



HAL
open science

De la gestion prévisionnelle des ressources humaines à leur gestion réelle à l'hôpital : le cas du personnel soignant en neurologie

Nicolas Canales Bravo

► To cite this version:

Nicolas Canales Bravo. De la gestion prévisionnelle des ressources humaines à leur gestion réelle à l'hôpital : le cas du personnel soignant en neurologie. Psychologie. HESAM Université, 2021. Français. NNT : 2021HESAC030 . tel-03680353

HAL Id: tel-03680353

<https://theses.hal.science/tel-03680353>

Submitted on 27 May 2022

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.

ÉCOLE DOCTORALE Abbé Grégoire
Centre de Recherche sur le Travail et le Développement

THÈSE

présentée par : **Nicolás CANALES-BRAVO**

soutenue le : **7 décembre 2021**

pour obtenir le grade de : **Docteur d'HESAM Université**

préparée au : **Conservatoire national des arts et métiers**

Discipline : **Psychologie et Ergonomie**

Spécialité : **Ergonomie**

De la gestion prévisionnelle des ressources humaines à leur gestion réelle à l'hôpital : le cas du personnel soignant en neurologie

THÈSE dirigée par :

M. FALZON Pierre, Professeur émérite, CRTD, Cnam
Mme NASCIMENTO Adelaide, Maîtresse de conférences-HDR, CRTD, Cnam

Jury

Mme. Corinne GAUDART

Directrice de Recherche en Ergonomie, CNRS-CNAM-LISE

Présidente du jury

M. Johann PETIT

Maitre de conférences-HDR, Université de Bordeaux

Rapporteur

M. Pascal UGHETTO

Professeur en Sociologie, LATTS, Université Gustave Eiffel

Rapporteur

Mme. Catherine LUBETZKI

Professeure des universités-praticien hospitalier,
G. Hospitalier Pitié-Salpêtrière

Examinatrice

Affidavit

Je soussigné, Nicolás Canales-Bravo, déclare par la présente que le travail présenté dans ce manuscrit est mon propre travail, réalisé sous la direction scientifique de Pierre Falzon et de Adelaide Nascimento, dans le respect des principes d'honnêteté, d'intégrité et de responsabilité inhérents à la mission de recherche. Les travaux de recherche et la rédaction de ce manuscrit ont été réalisés dans le respect de la charte nationale de déontologie des métiers de la recherche. Ce travail n'a pas été précédemment soumis en France ou à l'étranger dans une version identique ou similaire à un organisme examinateur.

Fait à Paris, le 26 Octobre 2021

Signature



Affidavit

I, undersigned, Nicolás Canales-Bravo, hereby declare that the work presented in this manuscript is my own work, carried out under the scientific direction of Pierre Falzon and of Adelaide Nascimento, in accordance with the principles of honesty, integrity and responsibility inherent to the research mission. The research work and the writing of this manuscript have been carried out in compliance with the French charter for Research Integrity.

This work has not been submitted previously either in France or abroad in the same or in a similar version to any other examination body.

Place Paris, date 26 October 2021

Signature



À mes parents Carlos et Benigna, qui auraient aimé être ici avec moi en ce moment.

Remerciements

Ce n'est pas une thèse, mais un rêve. Un rêve qui a commencé - sans le savoir - le dimanche 20 septembre 2015, lorsque j'ai visité pour la première fois l'amphithéâtre Jean-Martin Charcot de l'hôpital Pitié-Salpêtrière. À l'époque, je n'avais aucun projet de vivre à Paris ni de faire des études en ergonomie. J'ai passé de nombreux moments de ma formation de psychologue au Chili à imaginer ce que cela aurait été de travailler à cet endroit, à Paris, au début des années 1900, lorsque la neurologie et la psychiatrie modernes étaient en train de naître. C'est pourquoi j'ai été très heureux lorsque Pierre Falzon m'a transféré une proposition de terrain pour y effectuer mon stage de recherche pour ma formation de master en ergonomie.

Cette thèse n'aurait pas été possible sans le travail et l'aide de nombreuses personnes qui nous ont accompagnés au fil de ces années. Je voudrais profiter de cette occasion pour remercier les principales personnes qui ont contribué à tisser ce rêve.

A mes directeurs Pierre Falzon et Adelaide Nascimento, pour avoir accepté de m'encadrer et de m'accompagner dans cette aventure. Merci de m'avoir permis de travailler de manière autonome et en même temps d'avoir « pris soin » de moi dans les moments difficiles. J'ai une profonde admiration intellectuelle pour vous deux et je n'oublierai jamais tout ce que vous avez fait pour moi pendant cette période.

Au Pr Jean-Yves Delattre qui a soutenu ce projet et a eu le souci constant que sa réalisation se fasse dans les meilleures conditions possibles. Également au Pr Catherine Lubetski qui a succédé au Pr Delattre, avec le même engagement et le même intérêt. Je la remercie d'avoir accepté de faire partie du jury.

Aux autres membres du jury, Corinne Gaudart, Pascal Ughetto et Johann Petit, pour avoir accepté de lire ce travail et d'en discuter avec vous.

A l'Ecole doctorale Abbé-Grégoire du Cnam qui a financé ce projet pendant trois ans grâce à l'attribution d'un contrat doctoral.

A Katia Kostulski, directrice du Centre de Recherche du Travail et Développement, pour nos échanges sur mon travail et pour son engagement à faire vivre les travaux de recherche des doctorants du laboratoire.

A toute l'équipe d'ergonomie du CRTD, pour m'avoir accueilli et soutenu tout au long de cette période. Je tiens tout d'abord à remercier Catherine Delgoulet et Flore Barcellini pour leur soutien dans la poursuite de cette dernière année. Mille mercis à Hakim Benchekroun, Willy Buchmann, Cecilia de la Garza, Yannick Lémonie, Moustafa Zouinar, Valérie Zara-Meylan, Céline Mardon, Aude Villemain, Laurent Karsenty, Annie Jolivet et Bérence Bissangou.

A tous mes collègues doctorants et post-doctorants avec lesquels j'ai partagé ces années. Merci à Maria Noel Close, Camille Murie, Anne-Cécile La Feuillade, Audrey Marquet, Nora Ouifi, Leila Boudra, Louis Galey, Valérie Terquem, Tamari Gamkrelidze, Thiago Pereira, Julia Alengry, Marie Chizallet, Camille Thomas et Lauriane Domette.

A l'équipe de cadres et de référents de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière qui m'a accueilli pendant quatre ans. Merci à Julie Bourmaleau, Sandrine Lefevre, Yann Connesson et Rachel Verbrugghe, qui ont été une ressource essentielle pour la recherche. Je remercie tout particulièrement William Suarez qui m'a aidé à obtenir tout ce dont j'avais besoin pour mes recherches et qui a pris un temps précieux pour m'expliquer certaines choses sur l'hôpital ou discuter de mon travail.

Aux véritables protagonistes de cette recherche : le personnel soignant. Merci à toutes les infirmiers, aides-soignants et médecins que j'ai rencontrés à la Pitié-Salpêtrière. J'ai appris d'eux que soigner est un travail, que cela demande des connaissances et des efforts, mais que cela est nécessaire pour préserver la vie. Bien que la crise sanitaire ait rendu visible l'importance du travail de soins dans la société, il est loin d'être reconnu comme il le devrait. J'espère que la prochaine révolution sera la vôtre !

A mes amis-collègues qui m'ont aidé par leurs commentaires permanents, leur compagnie et leurs encouragements. Merci à Laetitia Flamard, Dorothee Malet et Amélie Sandoval d'être toujours là en première ligne. J'espère maintenant avoir plus de temps pour profiter de notre amitié.

A Denise Guyot et Jean-Claude Vautrin qui m'ont soutenu et écouté pendant ces années. Le 41 Gay Lussac n'est pas le même sans vous.

Enfin, à ma femme Cécile pour toujours remettre les choses à leur place et me soutenir à chaque instant (ce travail t'appartient aussi !). Et à ma fille Céleste, qui avec sa détermination, sa joie et sa hâte sereine, me redonne chaque jour foi et confiance en moi. Vous deux êtes mon bonheur.

Résumé

Les systèmes de santé publique en France et dans le monde entier sont aujourd'hui soumis à des pressions politiques, économiques et sociales qui contraignent la dotation en personnel et peuvent mettre en danger la qualité des soins. La thèse s'intéresse à l'étude des mécanismes et des conditions qui leur permettent de s'adapter aux variations de la charge et aux perturbations en termes de personnel pour maintenir une performance globale acceptable. La performance de toute organisation dépend de sa capacité à disposer de travailleurs en nombre suffisant et de qualification appropriée et à les déployer judicieusement dans un environnement de travail changeant. Le travail de terrain, à caractère ethnographique, a été mené dans sept secteurs d'hospitalisation du département de neurologie d'un grand hôpital parisien qui présente depuis quelques années un déficit constant de personnel soignant. La recherche se concentre sur l'analyse des solutions adoptées par l'organisation pour configurer les équipes de soins face à la réalité des ressources humaines effectivement disponibles et sur la manière dont les équipes de soins, dans ce contexte, s'efforcent de fournir des soins de qualité et sûrs. Trois études empiriques ont été menées du côté du personnel soignant (AS et IDE) et des cadres de santé en utilisant différentes techniques de recueil de données (analyse de documents, observations systématiques, protocoles d'analyse de cas). Les résultats indiquent que les perturbations en termes de personnel - et leurs conséquences - sont traitées au quotidien par une pluralité d'acteurs qui exercent une activité conjointe de gestion des ressources à plusieurs niveaux dans l'organisation. Dans ce cadre, les équipes de première ligne – cadres de santé et personnel soignant - jouent un rôle central dans la compensation des perturbations RH à travers le management des ressources : elles proposent des adaptations et réorganisent constamment les ressources sociotechniques disponibles afin de les rendre aussi opérationnelles que possible tout en tant contrôlant le risque, afin de maintenir le fonctionnement de l'organisation. Toutefois, cette capacité organisationnelle n'est pas un acquis ; elle nécessite le développement et le soutien de compétences d'arbitrage permettant d'optimiser efficacement les ressources disponibles dans ses limites fonctionnelles. Les résultats donnent matière à réflexion sur les types de pratiques et de conditions nécessaires pour assurer une gestion durable des ressources humaines à court et à long terme.

Mots clés : ergonomie, pratiques de gestion des ressources humaines, gestion du personnel, qualité des soins, organisation du travail.

Résumé en anglais

Public health systems in France and around the world are now subject to political, economic and social pressures that constrain staffing and can affect the quality of care. This thesis investigates the mechanisms and conditions that allow health care systems to adapt to variations in workload and staffing disruptions in order to maintain acceptable organizational performance. The performance of any organisation depends on its ability to have sufficient and appropriately qualified workers and to deploy them wisely in a changing work environment. The ethnographic fieldwork was carried out in seven hospitalization sectors of the neurology department of a large Parisian hospital which has been experiencing a constant shortage of nursing staff for several years. The research focuses on the analysis of the solutions adopted by the organisation to configure the nursing teams in the face of the reality of the human resources actually available and on the way in which the nursing teams, in this context, strive to provide quality and safe care. Three empirical studies were conducted on the side of nursing teams (nurses and nurses' assistants) and health managers using different data collection techniques (document analysis, systematic observations, case analysis protocols). The results indicate that staffing disruptions - and their consequences - are dealt with on a daily basis by a plurality of actors who perform joint resource management activity at several levels in the organisation. Within this framework, frontline teams - health managers and care staff - play a central role in compensating HR disruptions through resource management : they propose adaptations and constantly reorganise the available socio-technical resources in order to make them as operational as possible while controlling the risk, so as to keep the organisation functioning. However, this organisational capacity is not a given; it requires the development and support of arbitration skills to effectively optimise the available resources within its functional limits. The results provide food for thought on the types of practices and conditions needed to ensure sustainable human resource management in the short and long term.

Keywords : activity-centered ergonomics, human resource management practices, personnel management, quality of care, work organization.

Table des matières

Remerciements	4
Résumé	7
Résumé en anglais	8
Table des matières	9
Liste des figures	14
Liste des annexes	16
Introduction – Contexte	18
Présentation de la recherche	18
Contexte de la recherche	20
Origine de la demande.....	20
La gestion prévisionnelle à l'épreuve du manque de personnel soignant et des réformes hospitalières.....	21
Organisation du manuscrit	25
Première partie : Cadre Théorique	27
Chapitre 1. Anticiper et organiser les flux de main-d'œuvre à l'hôpital : la gestion prévisionnelle comme pratique d'adaptation du personnel	28
1.1. Évolution et développement des perspectives de la gestion prévisionnelle des ressources humaines : une pratique historiquement située	29
1.2. La structure d'un dispositif de gestion prévisionnelle des ressources humaines : la GPEC comme modèle de référence à l'hôpital.	36
1.2.1. Phase 1. Analyse de l'existant : identification des ressources et définition des besoins actuels.....	38
1.2.2. Phase 2 : Projection de la situation future : analyse des besoins actuels et définition des besoins à venir.....	40
1.2.3. Phase 3 : Analyse et diagnostics des écarts : comparaison des ressources projetées et des besoins futurs	40
1.2.4. Phase 4 : Recherche d'adéquation des ressources projetées aux besoins futurs par l'élaboration d'un plan d'action	41
1.3. La gestion prévisionnelle des ressources humaines à l'hôpital : un défi pour la sécurité des patients	43

1.3.1. Écarts au niveau des effectifs du personnel de santé	46
1.3.2. Écarts au niveau des compétences du personnel de santé	47
1.3.3. Conditions de travail des équipes de santé	48
1.3.4. Fragilisation du modèle de gestion des risques et de la stratégie de sécurité.....	50
1.4. La GPEC, un dispositif mis en débat : écueils, possibilités et enjeux.....	51
Chapitre 2. Construire la qualité des soins : vers une approche multi-niveau de la qualité et de l'activité	56
2.1. Vers une approche constructive de la qualité des soins : une perspective ergonomique.	57
2.1.1. La notion de qualité construite et son application dans le domaine des soins	57
2.1.2. La place de l'organisation dans la construction de la qualité des soins	61
2.1.3. Qualité du travail produit, qualité du travail vécu.....	64
2.2. Comprendre la construction de qualité comme un processus distribué : vers un modèle d'analyse d'activité à plusieurs niveaux.....	68
2.2.1. Présentation du modèle et de ses composantes	68
2.2.2. Mécanismes d'articulation et de régulation des différents niveaux de l'organisation	74
Deuxième partie : Problématique et stratégie de recherche.....	84
Chapitre 3. Problématique de Recherche	85
Chapitre 4. Terrain et Méthodes	90
4.1. Présentation du terrain de l'étude : le Département de Neurologie	90
4.1.1. Caractéristiques générales et fonctionnement des secteurs d'hospitalisation dans le Département de Neurologie.....	91
4.1.2. Prévision du personnel et modèle de gestion du personnel soignant à l'hôpital....	93
4.2. Stratégie de recherche	95
4.2.1. Phase exploratoire :	96
4.2.2. Phase d'expérimentation :	97
4.3. Constitution du comité de pilotage de la recherche	98
Troisième partie : Partie Empirique	99
Chapitre 5. Les réponses organisationnelles face au manque de personnel et leurs effets sur la qualité des soins.	100
5.1. Objectif et méthode	100
5.1.1. Objectif.....	100

5.1.2. Méthode.....	101
5.1.3. Analyse des données	105
5.2. Résultats	107
5.2.1. Analyse de l'activité des équipes de soins dans les secteurs d'hospitalisation : le travail de soins en neurologie.....	107
5.2.2. Des reconfigurations du personnel permanentes qui conduisent à des situations dégradées récurrentes.	116
5.2.3. Le fonctionnement en « mode dégradé » et ses conséquences sur la qualité du travail : des régulations individuelles et collectives mises sous tension.	125
5.3. Conclusions préliminaires :	130
Chapitre 6 : Organiser le travail face au manque de personnel soignant à l'hôpital : les pratiques de gestion résilientes des cadres de santé	133
6.1. Objectif et méthode	133
6.1.1. Objectif.....	133
6.1.2. Méthode.....	134
6.1.3. Analyse des données	137
6.2. Résultats	138
6.2.1. De l'idéal au réel de la gestion du personnel soignant à l'hôpital : un travail d'articulation entre les ressources existantes et les règles de gestion.	138
6.2.2. Conséquences de la pénurie de personnel dans l'activité de gestion du personnel : rationalisation et flexibilité des ressources existantes	144
6.2.3. Pratiques de gestion résilientes pour gérer le manque de personnel : de la perturbation à la reconfiguration des ressources.	151
6.3. Conclusions préliminaires	159
Chapitre 7. Déploiement des capacités dans des situations perturbées : les équipes soignantes face à la pénurie de personnel.	165
7.1. Objectif et méthode	165
7.1.1. Objectif.....	165
7.1.2. Méthode.....	166
7.1.3. Analyse des données	170
7.2. Résultats.	171
7.2.1. Effets des solutions organisationnelles sur l'activité et la qualité du travail des équipes de soins.....	172

7.2.2. Capacité d'adaptation et gestion de la variabilité produites par les solutions RH.	177
7.2.3. Facteurs de conversion influençant le déploiement des capacités des équipes de soins.	186
7.3. Conclusions préliminaires	200
Quatrième partie : Discussion-Conclusion	202
1. La gestion prévisionnelle dans les systèmes à risque : un maillon essentiel pour la sécurité	204
1.1. Anticiper et ajuster la main-d'œuvre à l'hôpital : obligation et contradiction ...	205
1.2. La gestion du personnel comme activité distribuée orientée à maintenir l'équilibre fonctionnel de l'organisation	207
2. Construire la qualité du travail : une ressource pour l'organisation	208
2.1. Le caractère situé de la qualité	209
2.2. La construction de la qualité comme une activité collective conjointe	210
3. Conditions pour un système de gestion du personnel soutenable : développer la qualité du travail au sein de l'organisation.	212
3.1. Réaliser une estimation réaliste de la dotation en personnel.	212
3.2. Développer les compétences d'arbitrage.	213
3.3. Soutenir l'activité collective conjointe	215
3.4. Management de ressources humaines durable : développer la qualité du travail.	216
4. Perspectives de recherche.	218
Bibliographie	221
Annexes	248

Liste des tableaux

Tableau 1 : Écart entre l'effectif autorisé et l'effectif réel dans les secteurs d'hospitalisation non normés du Département de Neurologie.....	24
Tableau 2 : Typologie des formes de flexibilité de l'emploi et type de travailleurs (Stroobants, 2016).....	43
Tableau 3 : Les trois niveaux de l'organisation (adapté de Dietrich et al, 2010).....	70
Tableau 4 : Les secteurs d'hospitalisation non normés des Services Neurologie Générale (NG) et Neuroncologie (NO).....	92
Tableau 5 : Typologie des soignantes participant à l'étude.....	102
Tableau 6 : Journées d'observation et principaux enjeux dans les différents secteurs d'hospitalisation	104
Tableau 7 : Grille d'observation du protocole.....	105
Tableau 8 : Typologie des patients par secteur d'hospitalisation	110
Tableau 9 : Mécanismes d'ajustement RH prévus par l'organisation pour compenser les déficits de personnel.....	117
Tableau 10 : Répartition du personnel et des solutions adoptées dans les secteurs d'hospitalisation pendant 28 jours d'observation systématique.....	118
Tableau 11 : Les cadres de santé (CDS) ayant participé à l'étude.....	135
Tableau 12 : Grille récapitulative des pratiques de gestion résilientes.	160
Tableau 13 : Caractéristiques des soignantes participant à l'étude	167
Tableau 14 : Éléments contenus dans les cinq cas utilisés dans le protocole d'entretien.....	169
Tableau 15 : Les facteurs qui influencent la capacité des équipes à gérer la variabilité des situations perturbées.	188

Liste des figures

Figure 1 : La logique traditionnelle du développement de la GPEC (Mallet, 1989)	38
Figure 2 : Les capacités dans leurs rapports aux capacités, facteurs de conversion et conditions favorables, d'après Denys (2013).....	63
Figure 3 : Schéma du modèle de l'activité de Leplat (adapté par Falzon,2013a)	65
Figure 4 : Régulations chaudes et régulations froides à l'œuvre dans l'organisation (adapté de Terssac et Lompré, 2006).....	76
Figure 5 : Régulations horizontales et verticales (adapté de Petit, 2020)	80
Figure 6 : Répartition des secteurs d'hospitalisation et de consultation des services.....	91
Figure 7 : Répartition des équipes de soins dans les secteurs d'hospitalisation	93
Figure 8 : Organisation formelle des grandes tâches de la grande équipe	108
Figure 9 : Secteur Scléroses (Journée N°21) – L'IDE et l'AS font ensemble le tour de visites de 8 patients.	114
Figure 10 : Secteur Neuropathie (Journée N° 5) – 2 IDE effectuent la tournée de visite en binôme auprès de 11 patients.	114
Figure 11 : Secteur Parkinson HDS (Journée N°11) - 1 IDE seule effectue le tour de visites auprès de 8 patients.	115
Figure 12 : Fréquence et type de perturbations RH pendant 28 jours d'observation systématique	120
Figure 13 : Répartition des solutions organisationnelles par type	121
Figure 14 : Fréquence des réponses organisationnelles dans chaque secteur d'hospitalisation	122
Figure 15 : Fréquence des réponses de l'organisation selon le métier.....	123
Figure 16 : Solutions organisationnelles et niveau de compensation de chaque solution.....	124
Figure 17 : Les trois outils utilisés lors de l'entretien de confrontation auprès des Cadres de Santé.....	137
Figure 18 : Représentation de la procédure organisationnelle pour la gestion quotidienne du personnel.	139
Figure 19 : Distribution des réponses selon le métier des participantes	177
Figure 20 : Distribution des réponses selon le type de solution pour chaque cas (%).....	178
Figure 21 : Solutions proposées par les participantes pour gérer les incidents du Cas 1 (Suppléance).....	180

Figure 22 : Solutions proposées par les participantes pour gérer les incidents du Cas 2 (Sous-effectifs)	181
Figure 23 : Solutions proposées par les participantes pour gérer les incidents du Cas 3 (Coupure)	183
Figure 24 : Solutions proposées par les participantes pour gérer les incidents du Cas 4 (Mobilité Ponctuelle).....	184
Figure 25 : Solutions proposées par les participantes pour gérer les incidents du Cas 5 (Mobilité sur la journée).....	186
Figure 26 : Distribution des facteurs évoqués par les soignantes selon quatre dimensions du travail.....	187

Liste des annexes

Annexe 1 : Protocole d'observation systématique.....	250
Annexe 2 : Guide d'entretien Cadres de Santé	252
Annexe 3 : Protocole d'entretien soignants	256
Annexe 4 : Répartition du personnel et des solutions adoptées dans les secteurs d'hospitalisation pendant 28 jours d'observation systématique	265

Introduction – Contexte

Présentation de la recherche

Le personnel de santé est fondamental dans un système de santé durable. Les performances de toute organisation de santé dépendent essentiellement de la disponibilité continue d'un nombre suffisant de travailleurs qualifiés, déployés judicieusement et opérant dans un environnement de travail qui améliore leur performance. De nombreuses études et revues systématiques indiquent que la présence d'un personnel suffisant et compétent est associée à des résultats plus favorables pour les patients, notamment une mortalité plus faible (Aiken et al., 2014, Needleman et al., 2002), moins de complications (Mchugh et al., 2011), une plus grande satisfaction des patients (Aiken et al., 2012), des séjours plus courts et moins de réadmissions (Lasater & Mchugh, 2016 ; Silber et al., 2016), et aussi pour le personnel soignant, en permettant d'assurer de meilleures conditions de pratique (Butler et al., 2011), de santé et de sécurité au travail (Kornig, Chadi & Levet, 2016 ; Cimiotti et al., 2012).

Dans de nombreux pays industrialisés, les systèmes de santé doivent faire face à une demande croissante de soins hospitaliers, tout en étant confrontés à une diminution du nombre de soignants (WHO, 2016 ; 2017 ; 2020a ; 2020b). Les raisons principalement avancées sont les suivantes : demande croissante de services de soins, manque de postes, de programmes de soins et/ou d'installations inadéquates, pressions budgétaires, faible investissement dans la formation et l'éducation, marché du travail instable et conditions de travail insatisfaisantes (Kornig et al., 2016 ; WHO 2019). En France, le travail et l'emploi du personnel soignant ont été affectés par une série de réformes et de transformations du système de santé. Force est de constater que les conditions de travail sont toujours considérées comme difficiles (Arnaudo et al., 2013). Des indicateurs sociaux alertent sur la question, tels que l'absentéisme (Devigne et al., 2016), le turn-over (Nyathi & Jooste, 2008) et l'intention de quitter la profession (Estryn-Behar, 2008).

Pour faire face à la pénurie de personnel, les établissements de santé ont été contraints de modifier leurs politiques et stratégies de gestion des ressources humaines (Juven, Pierru et

Vincent, 2019). L'utilisation de pratiques modernes de gestion prévisionnelle du personnel et la mise en œuvre de modèles RH innovants sont devenues un levier essentiel pour améliorer l'adéquation de la main d'œuvre, tant à court qu'à long terme (Gilbert, 2006). Nombre de ces pratiques et modèles de gestion découlent des perspectives dominantes en management des ressources humaines (modèles *Hard-HRM*, *high-commitment*, *high-involvement*) (Laroche et al., 2019). Le principal but de ces modèles est de parvenir à une adéquation parfaite, en quantité et en qualité, entre les besoins en personnel prévus et réels (Gilbert, 2016). Les moyens sur lesquels reposent ces modèles sont la rationalisation et la flexibilité des ressources humaines. L'objectif de ces dispositifs RH est de maîtriser les coûts de personnel et d'élaborer une stratégie pour faire évoluer les emplois et les compétences en fonction des besoins de l'entreprise.

Dans ce contexte, la présente recherche vise à comprendre comment un système de soins répond aux différentes exigences et pressions dans un contexte de pénurie chronique de personnel. Plus précisément, l'étude se concentre sur la manière dont les cadres de santé et les équipes soignantes¹ (infirmières et aides-soignantes) gèrent les contraintes et les ressources pour fournir des soins de qualité et sûrs dans un tel contexte. L'objectif est d'identifier les mécanismes et les conditions qui permettent aux systèmes de soins de s'adapter aux variations de la charge de travail et aux perturbations du personnel afin de maintenir une performance globale acceptable.

Pour ce faire, une recherche empirique a été menée dans sept secteurs d'hospitalisation conventionnelle appartenant à deux services du Département de Neurologie d'un hôpital universitaire français. Dans ce département, une série de réformes et de décisions de gestion au niveau régional et local ont conduit à une flexibilisation et à une rationalisation du personnel soignant, ce qui a entraîné une pénurie chronique de personnel et sa mobilité permanente dans les différents secteurs d'hospitalisation.

La recherche a été menée juste avant le début de la crise sanitaire actuelle causée par le virus Covid-19. Cette crise a relancé le débat sur les stratégies et les modèles de gestion des ressources humaines les plus pertinents à utiliser à l'hôpital (Frimousse et Peretti, 2021). La crise n'a pas seulement mis en évidence le problème du manque de personnel soignant, mais aussi l'importance de disposer de systèmes de gestion permettant d'adapter efficacement le

¹ Dans le manuscrit, les métiers de cadres de santé (CDS), d'infirmier (IDE) et d'auxiliaire de soins (AS) ont été féminisés, car ces postes sont principalement utilisés par des femmes.

personnel disponible, tant sur le plan quantitatif (effectifs) que qualitatif (compétences, santé, performances) (Nobre, 2020). Le défi actuel pour les établissements de santé n'est pas seulement de faire face aux perturbations quotidiennes du personnel, mais aussi d'être en mesure de faire face à des perturbations plus importantes (Pariès, 2020). En ce sens, la recherche, à la lumière de ses résultats, vise également à tirer des enseignements pour comprendre quels aspects de la gestion du personnel nécessaires pour assurer le fonctionnement quotidien peuvent être mobilisés dans un contexte de crise.

Contexte de la recherche

Origine de la demande

La présente étude émane d'une demande du chef du département de neurologie d'un hôpital parisien appartenant à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP). Le département souffre actuellement d'une importante pénurie de personnel soignant, en raison des restrictions budgétaires imposées par la direction générale de l'hôpital, ce qui contraint les cadres à appliquer différentes stratégies pour adapter le personnel interne afin d'assurer la prise en charge. L'étude vise à contribuer à la réflexion pour améliorer la gestion des ressources humaines dans le département.

Le département regroupe plusieurs services cliniques dans différents sites d'un même hôpital. Les services fournissent une prise en charge diagnostique et thérapeutique pour une grande variété de maladies neurologiques avec un haut niveau d'expertise clinique et de recherche dans différents domaines (maladies vasculaires, inflammatoires, dégénératives, neurooncologie, troubles musculaires). Les services comprennent des secteurs de consultation, l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation conventionnelle, des plateaux techniques, ainsi qu'un site de réanimation neurologique. Les patients souffrant de maladies neurologiques se caractérisent par une grande variété de troubles et de symptômes qui ne sont pas toujours observables, et qu'ils expriment à différents niveaux, physique, mental, comportemental. Ces pathologies sont souvent chroniques, évolutives et produisent un handicap à court et à long terme ayant un impact profond sur la qualité de vie des personnes tout au long de leur vie. La prise en charge de ces patients implique la participation de nombreux professionnels au sein de diverses

structures. La durée du parcours de soins est souvent indéfinie, de sorte que ces patients sont souvent reçus plusieurs fois dans un secteur au cours de leur vie.

La demande de l'étude visait à analyser la situation dans les secteurs d'hospitalisation non normés. Bien que le manque de personnel affecte tous les services du département, au moment de la demande, ces secteurs d'hospitalisation étaient les plus touchés par le déficit. Les services non normés sont ceux dans lesquels il n'existe pas de décret fixant un quota de personnel soignant pour un nombre de patients donné. Cela signifie que l'établissement n'est pas obligé de respecter un ratio soignant-patient préétabli, comme c'est le cas dans les secteurs d'hospitalisation normés². Ainsi, bien que chaque secteur d'hospitalisation dispose d'un quota de personnel de référence prédéfini sur la base d'un modèle d'organisation hebdomadaire, l'établissement n'est pas obligé de le respecter.

La demande a été faite avant que le département n'entame un projet de restructuration et d'unification de plusieurs de ses services sur un même site. La direction des ressources humaines de l'hôpital, quant à elle, envisage une réduction du nombre de postes et la fusion des équipes soignantes travaillant dans les différents secteurs. La demande du chef du département découle d'une inquiétude quant aux effets de ce projet sur la qualité des soins et les conditions de travail des équipes soignantes, compte tenu de la situation actuelle des effectifs dans les services.

La gestion prévisionnelle à l'épreuve du manque de personnel soignant et des réformes hospitalières

L'estimation et le dimensionnement des équipes de soins (IDE et AS dans ce travail) est un problème quotidien qui affecte de nombreux acteurs. Les premières à être impactées sont les soignantes elles-mêmes. En effet, une équipe sous-dimensionnée peut entraîner une surcharge

² Les secteurs d'hospitalisation normés en France concernent : dialyse adulte, dialyse enfant, hôpital de jour, Salle de surveillance post-interventionnelle, néonatalogie, soins intensifs de néonatalogie, réanimations de néonatalogie, réanimations, unité de soins intensifs cardiologiques, surveillance continue, réanimation pédiatrique, réanimation pédiatrique spécialisée, chirurgie cardiaque, réanimation de chirurgie cardiaque et soins intensifs de chirurgie cardiaque (Aguasca et al., 2016).

de travail, du stress et une dégradation de la qualité de vie au travail (Aiken et al, 2002). Le personnel médical est également affecté, car pour travailler dans de bonnes conditions, il doit collaborer avec du personnel soignant en nombre suffisant et possédant les connaissances et les compétences nécessaires. La dimension des effectifs peut enfin avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins, ce qui peut également affecter la satisfaction des patients (Aiken et al., 2014).

Dans les hôpitaux, différents acteurs sont chargés de déterminer la taille des équipes et de limiter ainsi les effets négatifs d'un mauvais calibrage. Au quotidien, la cadre de santé, en collaboration avec la cadre paramédicale du département, ajuste son équipe en fonction des variables conjoncturelles (congrés, arrêts maladie, RTT, activité médicale). Elle veille à ce que les besoins du service soient satisfaits tout en respectant la réglementation en termes de temps de travail et de repos quotidiens et hebdomadaires.

Au niveau général, l'estimation des effectifs dans les hôpitaux publics est effectuée par le directeur des soins et le directeur des ressources humaines. Le directeur des soins participe au pilotage et au contrôle des politiques d'organisation des soins et des activités paramédicales, à la définition des objectifs et des projets de soins, y compris l'estimation des effectifs. Sur le plan opérationnel, le directeur des soins calcule les effets théoriques nécessaires pour chaque service et le DRH est chargé de répondre aux besoins en respectant les contraintes budgétaires. En fonction de l'évolution des activités existantes ou de l'émergence d'une nouvelle activité, l'estimation des effectifs peut être modifiée.

Pour estimer la dotation en personnel des activités non normées, des ratios sont proposés par différentes agences depuis quelques années. Par exemple, en 2009, les directeurs des soins de différentes Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) ont produit un guide de recommandations sur les besoins en personnel paramédical afin de guider les professionnels dans leurs pratiques (Aguasca et al., 2016). L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a aussi formulé des propositions (MEAH, 2009). Toutefois, il ne s'agit pas de normes, mais de ratios de référence. Chaque établissement est donc libre d'organiser son personnel comme il le souhaite.

La mise en œuvre de la T2A en 2007 a introduit un processus de décision par le biais d'un dialogue de gestion (Juven et al., 2019). Les choix organisationnels sont fondés sur une approche médico-économique qui fait l'objet de discussions divisionnaires avec le directeur de l'établissement, puis d'une itération avec les instances délibératives et/ou consultatives (Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement, Comité Social et Economique, etc). La méthodologie de définition des effectifs des services se fait généralement en deux étapes successives : la définition des besoins quotidiens puis la détermination des ETP³ nécessaires pour y répondre. Dans le cas d'activités normées, les ratios de personnel sont prédéfinis et le respect des normes est la règle. Pour les activités non normées, les exigences quotidiennes sont généralement déterminées sur la base d'une maquette organisationnelle. Cela indique le nombre de personnes nécessaires pour faire fonctionner un service pendant une semaine « standard » (MEAH, 2009). Le nombre d'agents est précisé poste par poste, en fonction des horaires de travail quotidiens (matin, après-midi, nuit). La décision peut prendre en compte des éléments tels que les caractéristiques de l'activité du service (nombre de lits, durée moyenne de séjour (DMS), taux d'occupation, etc.), les normes réglementaires en matière de sécurité des soins, la qualité des soins, etc. Cependant, certains des éléments à prendre en compte ne sont pas quantifiables, de sorte que la décision finale concernant l'effectif théorique se fonde davantage sur l'expérience des professionnels que sur des données chiffrées.

La politique de restriction stricte de la dotation de personnel dans l'établissement étudié a été mise en œuvre à un moment où le Département de Neurologie était déjà fortement touché par le manque de personnel permanent et de remplacement. Par exemple, en ce qui concerne le personnel permanent des sept secteurs ayant participé à l'étude, en novembre 2017, on constate un écart de 7,2 postes ETP en Neurologie générale (soit 8 % de la dotation autorisée) et de 7 ETP en Neurooncologie (13 % de la dotation) par rapport à la dotation prévue (voir le Tableau 1). Ces écarts affectent autant les équipes AS qu'IDE. Concernant le personnel de remplacement, le taux de réponse favorable aux demandes de suppléance est faible dans cet établissement : en 2016, sur un total de 3.173 demandes émises par les cadres du Département de Neurologie, 1.379 (43%) ont reçu une réponse favorable du Service de suppléance (42% de demandes NG et 48% des demandes NO), qu'il s'agisse de personnel externe ou interne.

³ En France, la notion d'équivalent temps plein (ETP) correspond à une activité exercée sur la base d'un temps plein soit à hauteur de la durée légale. Ainsi, 2 salariés ayant une durée de travail hebdomadaire de 17h et 30 minutes correspondent à 1 ETP.

		Infirmières (IDE)			Aides-oignantes (AS)			Total Personnel soignant (IDE + AS)		
		Autorisée	Réel	Manque	Autorisée	Réel	Manque	Autorisée	Réel	Manque
Neurologie Générale (NG)	Epilepsie (Traditionnelle, 15 lits)	9,5	7	-2,5	8	10	+2,0	17,5	17	-0,5
	Neuropathie (Semaine, 15lits)	6,7	6	-0,7	4,6	5	+0,4	11,3	11	-0,3
	Parkinson HS (Semaine, 16 lits)	6,7	6	-0,7	7,7	4	-3,7	14,4	10	-4,4
	Parkinson-TCA (Mixte, 16 lits)	9,5	9	-0,5	10,5	10	-0,5	20	19	-1
	Scléroses (Mixte, 17 lits)	9,5	9	-0,5	10,5	10	-0,5	20	19	-1
	Total	41,9	37	-4,2	41,3	39	-2,3	83,2	76	-7,2
		Autorisée	Réel	Manque	Autorisée	Réel	Manque	Autorisée	Réel	Manque
Neuroncologie (NO)	Neuroncologie 1 (Mixte, 20 lits)	13	10	-3	14	10	-4	27	20	-7
	Neuroncologie 2 (Mixte, 16 lits)	9,5	10	+0,5	9,5	10	+0,5	19	20,5	+1
	Total	22,5	20	-2,5	23,5	20	-3,5	46	40	-6

Tableau 1 : Écart entre l'effectif autorisé et l'effectif réel dans les secteurs d'hospitalisation non normés du Département de Neurologie

Ces écarts s'expliquent par un turn-over élevé (environ 12%), par un manque de candidats à l'embauche aux postes concernés, et par les effets de la réforme des temps de travail à l'hôpital. En effet, avec la création de la Grande équipe en 2016, la journée de travail passe de 7h50 à 7h36 quotidiennes ; les équipes ne sont plus fixes soit du matin, soit de l'après-midi, mais doivent alterner toutes les deux semaines. Malgré des besoins accrus liés à la réduction du temps de travail, celle-ci n'a pas été accompagnée d'une augmentation de la dotation en personnel.

D'après les responsables du Département de Neurologie (cadres supérieures de santé, responsables RH et cadres paramédicales du Département), les prévisions concernant l'effectif ne permettaient pas de répondre aux besoins entraînés par les perturbations RH quotidiennes liés à l'absentéisme ordinaire (maladie, accident de travail, absences non programmées, etc.). En effet, même si en 2016 l'absentéisme au sein du Département (6.43%) et de l'hôpital (7.23%) ont été comparables aux tendances observées dans les autres établissements (avec une moyenne nationale de 7.66% d'absentéisme dans les hôpitaux), et même si ces taux étaient stables depuis trois ans, le déficit permanent de personnel rendait difficile la gestion de ce type de perturbations.

Le problème actuel du manque de personnel soignant soulève au moins deux questions : la première est de savoir comment des systèmes à risque tels que les hôpitaux peuvent gérer les pressions quotidiennes avec des moyens plus limités et en même temps être préparés à faire face à des développements plus importants à l'avenir ? La seconde question est de savoir comment la gestion quotidienne du personnel peut faciliter ou bloquer les processus d'adaptation au sein de ces systèmes ?

Organisation du manuscrit

Le manuscrit est organisé en quatre parties.

La première présente le cadre théorique sur lequel nous avons construit la problématique de recherche et analysé les données empiriques. Un premier chapitre théorique (chapitre 1) passe en revue la littérature, dans une perspective multidisciplinaire, sur les dispositifs de gestion prévisionnelle des ressources humaines et leurs effets sur la qualité et la sécurité à l'hôpital. Le deuxième chapitre théorique (chapitre 2) présente le cadre conceptuel défini pour comprendre la qualité des soins à partir d'une approche constructive de l'ergonomie. Le chapitre présente un modèle intégratif d'activité qui vise à comprendre la qualité des soins comme un processus construit par des acteurs à différents niveaux de l'organisation.

La deuxième partie présente la problématique de la recherche (chapitre 3) et les stratégies qui ont guidé le choix des terrains et les méthodes de recherche (chapitre 4). L'objectif de la troisième partie de la thèse est de présenter la recherche empirique ainsi que les résultats de ce travail. Trois chapitres empiriques sont présentés :

- La première étude a consisté à décrire comment les différentes perturbations en matière de personnel affectent les équipes soignantes (infirmières et aides-soignantes) des secteurs d'hospitalisation et les types de régulation mises en place par l'organisation pour réduire la variabilité et maintenir un fonctionnement acceptable du système (chapitre 5).

- La seconde étude s'est intéressée à la manière dont les cadres de santé gèrent les contraintes et les ressources pour assurer un personnel suffisant et compétent dans le contexte de déficit de personnel. L'étude s'est attachée à comprendre comment ces professionnelles construisent des solutions pour agencer les ressources en personnel disponibles de manière satisfaisante (chapitre 6).
- Le troisième chapitre, réalisé auprès du personnel soignant (infirmières et aides-soignantes), s'est attaché à comprendre comment les équipes prennent en compte les différents arbitrages pris par l'organisation pour pallier le manque de personnel. L'étude se concentre sur les régulations mises en place par ces professionnels pour gérer ce type de perturbations (chapitre 7).

Dans la quatrième et dernière partie du manuscrit, on présente la discussion générale de la recherche et les perspectives sur les résultats obtenus.

Première partie :
Cadre Théorique

Chapitre 1. Anticiper et organiser les flux de main-d'œuvre à l'hôpital : la gestion prévisionnelle comme pratique d'adaptation du personnel

La gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPRH) -ou *strategic workforce planning* en anglais- est une pratique GRH qui vise à garantir que les organisations disposent *en temps voulu* du personnel suffisant avec les compétences nécessaires pour pouvoir répondre à tout moment à leurs besoins (Haegel, 2016). Habituellement pilotée par la Direction des Ressources Humaines (DRH) -notamment dans les grandes entreprises-, elle englobe un ensemble de pratiques, de procédures et de méthodes RH qui permettent à l'organisation de concevoir, de mettre en œuvre et de suivre des politiques et des plans d'action visant à réduire à l'avance les écarts entre les ressources humaines de l'entreprise et ses besoins - en termes de personnel et de compétences - en fonction de son plan stratégique (Laroche et al., 2019). Cette pratique vise à optimiser la gestion du personnel à court et long terme tout en minimisant les coûts des adaptations futures (Grasser et Noel, 2017). En France, la GPRH est souvent appelée Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC), qui est le nom de référence de la GPRH moderne (Haegel, 2020). Depuis 2005, la GPEC est une disposition légale qui oblige les employeurs à mener des négociations avec les employés tous les trois ans, indépendamment de toute restructuration au sein de l'entreprise.

La GPRH est un composant fondamental pour assurer le fonctionnement optimal des systèmes de soins. Les établissements de soins tels que les hôpitaux ont besoin d'un personnel suffisant, qualifié et judicieusement réparti pour fournir des soins sûrs et de qualité (Bell, 2010). En effet, les hôpitaux sont confrontés au double défi de devoir faire correspondre les niveaux de personnel aux besoins futurs en matière de santé publique, tout en maintenant un système de gestion et de planification du personnel pour répondre aux exigences quotidiennes liées à la prise en charge de patients (Lartigau et al., 2015). On observe une tendance mondiale à l'augmentation de la demande de services de santé, accompagnée d'une pénurie mondiale de personnel de santé dans un contexte de fortes pressions économiques (WHO, 2016). Afin de répondre à ces demandes, la tendance en matière de GRH dans le secteur de la santé a été celle

d'une forte rationalisation du personnel et d'une forte segmentation de la main-d'œuvre (Juven, et al., 2019). Cependant, la récente crise sanitaire provoquée par le COVID-19 a mis au centre du débat l'importance de la GRH pour disposer d'un personnel suffisant permettant de gérer à la fois les soins quotidiens et les perturbations qui pourraient apparaître dans l'avenir (McGarry, Grabozski et Barnett, 2020).

L'objectif de ce chapitre est d'analyser, dans une perspective multidisciplinaire, la gestion prévisionnelle de ressources humaines (GPRH) en tant que pratique RH à l'hôpital et ses effets possibles sur la qualité des soins. Ce chapitre est organisé en trois parties. La première partie aborde le contexte de l'émergence et de l'évolution de la GPRH en tant que pratique organisationnelle. Ensuite, la structure et les principes généraux de la GPRH sont présentés, en prenant la GPEC utilisée à l'hôpital comme modèle de référence. Enfin, la troisième partie examine l'état des connaissances sur les effets de la GPRH sur la qualité et la sécurité des soins à l'hôpital. À la fin du chapitre, les limites, les possibilités et les principaux enjeux de la GPEC à l'hôpital sont discutés.

1.1. Évolution et développement des perspectives de la gestion prévisionnelle des ressources humaines : une pratique historiquement située

Si la prévision du personnel dans les organisations est une pratique qui existe depuis le début de la société industrielle, son utilisation formelle en tant que pratique opérationnelle commence autour des années 1960 (Syed et Kramar, 2017). Depuis lors, les sciences de gestion et en particulier la gestion des ressources humaines (GRH) se sont intéressées au développement de dispositifs et de démarches permettant de mieux ajuster la main-d'œuvre aux besoins des entreprises. La gestion prévisionnelle du personnel - aujourd'hui gestion prévisionnelle des ressources humaines ou GPRH- a pourtant connu différentes étapes de développement conceptuel et méthodologique (Gilbert, 1999 ; 2020).

Les premières tentatives de la GPRH ont été développées au début des années 1960, au cours de « l'ère administrative » de la GRH, quand la notion de ressources humaines n'était pas encore

apparue (Gilbert, 2006). A cette époque, les grandes entreprises avaient intégré une fonction administrative dédiée à la gestion des personnes : l'Administration du Personnel. Cette fonction se concentrait sur le contrôle des processus administratifs tels que la gestion de la paie et la coordination des politiques de recrutement (Jamali et Afiouni, 2012). Son principal objectif jusque-là était de doter l'organisation en personnel et de réduire les coûts de la main-d'œuvre. Cependant, avec l'essor du fordisme et l'influence des théories classiques de gestion (Weber, Taylor, Fayol), se développe dans les pays industrialisés une conception technique de la gestion du personnel qui permet une rationalisation de la main-d'œuvre par le biais de l'« automatisation administrative » (Gilbert, 1999).

Cette nouvelle conception technique a permis de développer les premières tentatives de gestion prévisionnelle dans les entreprises, principalement à partir d'une approche d'ingénierie (Sheehan, 2017). Des méthodes quantitatives telles que la simulation et l'optimisation ont commencé à être appliquées, ce qui a permis d'analyser et d'estimer le nombre d'employés requis à court terme dans une organisation, sur la base de différentes variables (type d'ouvrier, évolution démographique, structure de l'emploi, écart d'effectifs requis, etc.) (Gilbert, 1999). Cependant, les projections alors faites étaient exclusivement basées sur des données numériques et ne tenaient compte que de ce qui était calculable. Cette approche était cohérente avec la vision utilitariste du travailleur de l'époque, considéré comme un agent rationnel et interchangeable, mobilisé uniquement par des facteurs de motivation externes à la tâche (emploi, salaire, primes) et non des facteurs tels que les conditions de travail ou le contenu de son travail (Lallement, 2007 ; Linhart, 2015 ; Mercure, 2017).

Toutefois, bien que cette approche quantitative et technique ait posé les bases de la GPRH moderne, la perspective n'a pas été fructueuse et n'a pas été largement diffusée à cette époque (Sheehan, 2017). Cet échec s'explique par au moins trois raisons (Gilbert, 2006). La mise en œuvre des méthodes et outils au sein des entreprises s'est heurtée à des difficultés : les directions « n'y croyaient pas », les gestionnaires maîtrisaient peu ces techniques, et la pensée des ingénieurs et les préoccupations des acteurs de terrain étaient en décalage. Deuxièmement, ces méthodes négligeaient des aspects plus qualitatifs tels que les compétences, l'ancienneté ou l'état de santé du personnel ; les prévisions n'étaient basées que sur ce qui était chiffrable. Enfin, les prévisions laissaient de côté les informations relatives à l'environnement (évolution des technologies, concurrence, marché du travail, législation, etc.) et au système social interne de

l'entreprise (ex. les organisations syndicales). Toutefois, cette approche permettra de souligner l'importance de l'évaluation et de la rationalisation des besoins en personnel comme moyen d'assurer la dotation en personnel et de contrôler les coûts (Martory, 2003).

À partir des années 1970, l'idée de faire converger le progrès économique et le progrès social a commencé à être promue dans les organisations. Le contexte socio-politique (la grève de l'acier aux États-Unis, Mai 1968 en France) et la diffusion des théories de l'École des relations humaines (Mayo, Argyris, McGregor, Maslow) ont conduit la GRH à adopter une perspective plus humaniste de la gestion du personnel (Syed et Kramar, 2017). La préoccupation pour la rationalité était toujours présente, mais des variables telles que la motivation et le leadership ont commencé à être prises en compte. Jardillier (1972), l'un des premiers auteurs français à avoir écrit sur la GRH, soulignait que la gestion du personnel devait s'accompagner d'un « management à visage humain », indiquant que les travailleurs devaient être répartis en fonction des besoins de l'entreprise, mais en tenant compte de leurs aspirations personnelles.

Ainsi, en suivant ces dernières idées, les entreprises commencent progressivement à introduire la notion de « gestion prévisionnelle des carrières », ce qui entraîne un renouvellement de la vision de la GPRH (Gilbert, 1999). Cette seconde approche présentera deux différences importantes par rapport à la précédente (Sheehan, 2017). Tout d'abord, elle ne cherche pas seulement à anticiper les besoins en personnel de l'entreprise - en termes d'effectifs - mais aussi à faire correspondre les individus à des emplois qui correspondent à leurs besoins et leur permettent de libérer leur potentiel (Jardillier, 1972). D'autre part, les méthodes quantitatives existantes ont été complétées par des outils qui prennent en compte des variables plus qualitatives telles que les descriptions de poste, les évaluations de potentiel, les programmes de promotion et les organigrammes de remplacement.

Cependant, le projet de développer une gestion prévisionnelle centrée sur les besoins des individus sera abandonné au milieu des années 1970 (Syed et Kramar, 2017). Des phénomènes tels que le choc pétrolier et la baisse de la croissance économique vont remettre en cause l'organisation bureaucratique et le modèle de production fordiste (Boyer et Freyssenet, 2000). Dans ce contexte, la gestion du personnel axée sur la stabilité de l'emploi et le développement des salariés n'avait plus de sens (Dietrich et Pigeyre, 2016). Le sens traditionnel de la notion de « carrière » ne fait plus référence à un cheminement professionnel prédéfini, linéaire et

ascendant (Gilbert, 2006). En outre, les méthodes utilisées à l'époque pour anticiper les besoins en personnel commencent également à être remises en question (*Ibid*, 1999). D'une part, il est critiqué que, malgré un discours humaniste, les procédures et les outils continuent de se concentrer sur les aspects quantitatifs et mesurables. D'autre part, on s'est demandé si cette vision de la prévision du personnel ne se concentrait pas trop sur les individus et pas assez sur les aspects organisationnels.

Dans les années 1980, les entreprises ont commencé à se restructurer massivement et ont cherché à « dégraisser » les processus bureaucratiques afin de mieux s'adapter aux changements d'un nouvel environnement économique : ouverture à la concurrence internationale, rapide évolution technologique, massification des activités de service, et accroissement des exigences de qualité et de sécurité (Boyer et Freyssenet, 2000). Dans ce contexte, le terme « gestion des ressources humaines » commence à être utilisé dans son sens actuel et l'ancien Département du Personnel est rebaptisé Département des Ressources Humaines (Laroche et al., 2019). Cette évolution a été marquée par l'influence de la perspective stratégique des ressources humaines⁴, qui a pris pour principes les apports de l'Ecole de la contingence⁵. Elle a cherché à proposer un nouveau paradigme pour la gestion des personnes dans les organisations : le personnel n'est plus vu comme un coût à réduire, mais comme une ressource à valoriser et dont l'utilisation doit être optimisée afin d'obtenir un avantage concurrentiel. L'émergence de la perspective stratégique des RH -en particulier avec la large diffusion des modèles de HRM *Hard* et HRM

⁴ La perspective de la gestion stratégique des ressources humaines couvre les concepts et les pratiques qui guident et alignent la philosophie, la planification tactique et la pratique de la gestion des ressources humaines avec les objectifs stratégiques et à long terme de l'organisation, avec un accent particulier mis sur le capital humain (Syed et Kramar, 2017). Elle traite des préoccupations de l'organisation concernant la structure, la qualité, la culture, les valeurs, l'engagement, l'adéquation des ressources aux besoins futurs et d'autres problèmes de personnes à plus long terme.

⁵ La perspective de contingence met l'accent sur l'adéquation entre la stratégie commerciale et les politiques et stratégies de GRH, ce qui implique que les stratégies commerciales soient suivies par les politiques de GRH pour déterminer les performances de l'entreprise (*Ibid*, 2017). Contrairement à l'approche universaliste (axée sur l'utilisation des " meilleures pratiques "), qui postule qu'il existe un ensemble de pratiques de GRH susceptibles d'améliorer universellement la performance, la perspective fondée sur la contingence propose que l'amélioration de la performance dépende de la qualité de l'ajustement dans un contexte organisationnel donné (certaines pratiques ou ensemble de pratiques RH sont mieux adaptées à certaines contingences) (Laroche et al, 2019). Dans cette dernière perspective, il n'y a pas de "*one best way*", mais plutôt des "*one best way*" pour un ensemble donné de contingences (Mintzberg, 2009).

Soft- a redéfini le rôle du DRH dans l'organisation en soulignant son rôle clé pour atteindre les objectifs stratégiques de l'entreprise

La perspective stratégique va également renouveler les objectifs de la GPRH : il ne s'agit plus d'assurer une dotation adéquate en personnel pendant une période de croissance, mais d'anticiper les variations d'effectifs afin de s'adapter au mieux aux changements conjoncturels (restructuration, réduction massive des effectifs) (Laroche et al., 2019). La nouvelle perspective se concentrera alors sur la gestion de l'emploi à court et à long terme comme levier pour obtenir un avantage concurrentiel. En France, des auteurs comme Le Boterf (1988), ont commencé à proposer la GPRH comme schéma directeur pour la conception de la stratégie des ressources humaines des entreprises. Cependant, pour ce faire, les entreprises ont dû adapter les méthodes développées antérieurement aux nouveaux objectifs stratégiques, et de nouveaux outils tels que la cartographie des emplois et la détection des postes sensibles ont dû être développés. La gestion prévisionnelle a commencé à se concentrer sur l'anticipation des écarts futurs en termes d'emplois -excédent ou manque- et sur l'élaboration de plans d'action en vue d'assurer la gestion quotidienne du personnel. (Gilbert, 1999).

Dans le contexte de la reprise économique et de la baisse du chômage de la fin des années 1980 et du début des années 1990, la GPRH a commencé à ne plus se concentrer uniquement sur l'emploi et à se préoccuper également des compétences des employés. Des phénomènes tels que la pénurie de talents et les apports de la « vision de l'entreprise orientée vers les ressources » (*resource-based view of the firme*, ou RBV) (Barney, 1991) et du courant du capital humain (Becker, 1993) vont inciter les entreprises à commencer à prendre en compte les compétences du personnel comme une valeur stratégique (Sheehan, 2017). Cela implique que les entreprises ne doivent plus seulement se préoccuper de s'adapter aux changements de l'environnement, mais aussi de développer leurs capacités internes (leur capital humain). Ce changement de perspective va modifier la conception de l'emploi de l'époque qui ne sera plus pensé uniquement selon une logique de poste de travail. Avoir un emploi ne signifie pas occuper un poste de travail, mais mobiliser un ensemble de compétences (Gilbert, 2006). Ce passage d'une approche basée sur les emplois à une approche basée sur les compétences signifie que les organisations doivent être en mesure de repérer l'ensemble des compétences requises pour chaque emploi et d'offrir aux travailleurs des solutions de formation (Dietrich et Pegeyre, 2016). D'autre part, c'est la période où émerge la notion de flexibilité organisationnelle et les modèles des

organisations flexibles -ou *flexible firm model*- (Atkinson, 1984), qui vont approfondir la demande d'adaptation interne et externe aux entreprises. Cette perspective insistera sur l'importance d'investir stratégiquement dans le développement d'un personnel interne qualifié, qui constitue le noyau de la capacité de production de l'entreprise, et de diversifier et de flexibiliser l'ensemble du personnel dont les compétences sont facilement disponibles sur le marché du travail (Everaere, 2012).

Ces enjeux conduiront à l'intégration de la dimension « compétences » dans les démarches prévisionnelles. En France, la perspective prévisionnelle est renouvelée sous le nom de Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) (Gilbert, 1999). Ce changement de nom a impliqué non seulement l'introduction de nouveaux outils pour aborder la question des compétences (référentiels de compétences, entretien annuel d'évaluation), mais aussi une formalisation plus structurée de la démarche (Dejoux et al., 2020). Dans un processus systématisé en plusieurs étapes, la GPEC vise à articuler deux dimensions de la gestion du personnel qui étaient jusqu'alors indépendantes : la gestion de l'emploi et la gestion des compétences (Laroche et al., 2019). Les analyses d'écart sont non seulement quantitatives, mais aussi qualitatives, grâce à l'intégration de nouveaux outils tels que le référentiel de compétences et l'entretien annuel d'appréciation (Dietrich et Pegeyre, 2016). La GPEC a commencé à se développer dans les entreprises privées mais aussi dans la sphère publique après la publication de la circulaire Rocard sur la modernisation du service public. Elle a été initialement mise en œuvre dans les ministères de l'équipement, de la défense nationale et des télécommunications.

A partir des années 2000, des phénomènes tels que la mondialisation, l'évolution des nouvelles technologies et l'émergence de différents types de crises (crises financières, migratoires, sanitaires, etc.) vont générer un nouveau contexte d'incertitude qui va accélérer les cycles de changement des entreprises (Syed et Kramar, 2017). Ces changements contribueront à une précarisation des emplois et à une détérioration des conditions de travail (Lallement, 2018). Dans le même temps, on s'inquiète de plus en plus du vieillissement de la population active et de la transformation des métiers due à l'introduction des nouvelles technologies (TIC⁶, IA⁷,

⁶ Technologies de l'information et de la communication

⁷ Intelligence artificielle

robotique, etc.) (Syed et Kramar, 2017). En France, ces changements vont alerter les pouvoirs publics qui vont proposer la GPEC comme nouvel outil de dialogue social à la suite de la publication de la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005 (Haegel, 2016 ; 2020). Ainsi, les entreprises et groupes d'au moins 300 salariés, ainsi que les entreprises et groupes communautaires ayant au moins un établissement ou une entreprise de 150 salariés, sont soumis à une obligation triennale de négocier sur la GPEC. Ce nouveau statut juridique de la GPEC s'inscrit dans une logique de développement de la « flexicurité »⁸ en France comme nouvelle approche de la régulation du marché du travail, qui vise à concilier les besoins de flexibilité des salariés et de sécurité des travailleurs dans une perspective gagnant-gagnant (Mouillac-Delage, 2014).

La GPEC commence alors à être mise en œuvre dans les établissements de santé en France en même temps que le *New Public Management* (NPM) l'est dans les hôpitaux (Fabre, 2009). L'implantation obligatoire de la GPEC en tant que pratique GPRH coïncide avec la réforme de la « nouvelle gouvernance hospitalière », le plan Hôpital 2007, et la mise en œuvre de la Tarification à l'Acte (T2A) (Juven et al., 2019). La première a un effet profond sur le fonctionnement interne des hôpitaux, puisque les établissements et les décideurs locaux deviennent les premiers responsables de leur organisation et des décisions stratégiques. Cela signifie que les établissements de santé sont désormais responsables de leur équilibre interne, par le biais d'une prévision budgétaire basée sur l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).

Dans ce nouveau contexte, les établissements de santé publique tels que les hôpitaux doivent être économiquement viables, répondre aux demandes du marché et se projeter à court, moyen et long terme (Lartigau et al., 2015). Cela les pousse à adopter une vision stratégique et prospective similaire à celle d'une entreprise privée. Dans ce cadre, la mise en œuvre de pratiques de GPRH telles que la GPEC devient une garantie de la viabilité des établissements dans le temps. Les gestionnaires et les managers doivent assurer une adaptation constante du

⁸ La flexicurité est un modèle de réglementation de l'emploi développé dans les pays scandinaves qui vise à combiner flexibilité et sécurité de l'emploi par le biais du dialogue social constructif. Selon Rogowski et Wilthager (2002), elle peut être définie comme une « *une politique stratégique qui tente, de façon synchronique et délibérée : d'améliorer la flexibilité du marché de l'emploi, de l'organisation du travail et des relations collectives de travail, d'améliorer la sécurité d'emploi et la protection sociale, en particulier pour les groupes fragilisés à l'intérieur et à l'extérieur du marché de l'emploi* » (p. 233-234).

personnel dans le temps - tant sur le plan quantitatif que qualitatif - de manière efficace, dans le respect de la stratégie de gestion et conformément au budget alloué chaque année.

1.2. La structure d'un dispositif de gestion prévisionnelle des ressources humaines : la GPEC comme modèle de référence à l'hôpital.

La nouvelle gouvernance hospitalière introduit un système de gestion médico-économique, associant étroitement le corps médical à la gestion des établissements. Pour être efficaces, les choix stratégiques doivent être clairs et partagés. Au sein des hôpitaux, la GPEC - ou GPMC⁹ comme on l'appelle dans certains établissements de santé - a un double objectif (Lartigau et al., 2015). D'une part, elle cherche à structurer et à mettre en cohérence l'ensemble des politiques et pratiques de ressources humaines en relation avec la stratégie de gestion : recrutement, formation, mobilité et gestion des carrières, dans une démarche pragmatique et argumentée. D'autre part, elle vise à assurer une adéquation quantitative et qualitative des effectifs à court et à long terme. Cela implique de fournir un personnel en phase avec l'évolution des défis et des besoins futurs de l'organisation (dans une perspective stratégique), mais aussi d'assurer le fonctionnement de la gestion quotidienne du personnel et des différents mécanismes utilisés pour la réguler (personnel de remplacement, recrutement, heures supplémentaires, formation, etc.).

En général, la GPEC est utilisée par les entreprises pour aligner leurs politiques d'emploi et la gestion de la main-d'œuvre sur les objectifs stratégiques des entreprises (Dejoux et al., 2020). Son objectif principal est d'assurer un équilibre à court et à long terme entre les ressources en personnel et les besoins de l'entreprise (Grasser et Noel, 2017). Elle prend en compte une dimension quantitative, relative à l'effectif, et une dimension qualitative, relative au type de compétences requises. Mais elle intègre également une dimension temporelle : l'activité productive des organisations varie continuellement dans le temps, en termes de volume et de contenu, tandis que l'évolution de la main-d'œuvre suit son propre rythme (social, réglementaire, psychologique) (*Ibid*, 2017).

⁹ Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences.

La GPEC est actuellement le schéma directeur des entreprises en matière de gestion du personnel car elle leur permet de réussir à articuler la stratégie de l'entreprise avec le reste des composantes du système de GRH (Grasser et Noel, 2017). La littérature sur la GRH a montré que les entreprises qui ne prennent pas soin de leurs « ressources humaines » courent le risque de ne pas avoir assez de personnel pour répondre à la demande ou, au contraire, d'être en sureffectif (Boxall, 2007 ; Sheehan, 2017). L'incapacité à anticiper les effectifs et à les gérer au quotidien peut engendrer des coûts financiers pour les entreprises et les obliger à recourir à d'autres moyens d'ajuster leurs effectifs pour éviter les licenciements ou les recrutements (Boxall, Purcell et Wright, 2007). À l'inverse, les organisations qui anticipent et gèrent bien leur « main-d'œuvre » ont plus de chances d'obtenir un avantage concurrentiel et de créer une valeur stratégique (Ferrary, 2014).

En pratique, ce dispositif est mobilisé par une coalition d'acteurs (direction, encadrement, représentants du personnel, employés), à travers différents instruments (fiche de poste, bilan de compétences, logiciels de pilotage, système d'information intégré...), processus (recrutement, formation, gestion d'emploi, planification...) et composantes de l'organisation (technique, social, management...) (Gilbert, 2020). Dans les établissements publics de santé, ils sont généralement pilotés par la Direction des Ressources Humaines, chargée de conduire l'ensemble des actions RH, en lien avec la Direction des Soins, chargée de mettre en œuvre le projet de soins de l'hôpital et de coordonner les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Lartigau et al., 2015). Il peut être appliqué de manière globale à l'ensemble du personnel de l'organisation, ou de manière plus ciblée à un type de population (commerce, service) ou à un objectif particulier (identification des emplois sensibles, fidélisation du personnel, etc.) (Haegel, 2016).

La mise en œuvre de la GPEC devrait apporter un éclairage sur au moins trois questions stratégiques que se posent les employeurs en matière de gestion du personnel (Gilbert, 2006) :

- 1) Quel type de salaires sera nécessaire à l'avenir pour assurer les emplois qui seront alors nécessaires ?
- 2) Quelles sont les ressources humaines qui seront nécessaires pour survivre et prospérer ?
- et 3) Quelles sont les actions à entreprendre pour tenter de réduire à l'avance les écarts entre les besoins et les ressources ou, du moins, d'en limiter les effets négatifs ?

Suivant un modèle adéquationniste (Mallet, 1989 ; Gilbert, 2020), les phases de la GPEC peuvent typiquement être décomposées en quatre étapes (voir Figure 1). La première consiste à faire un état des lieux afin d'identifier les besoins et les ressources en personnel de l'organisation disponibles. Une deuxième étape consiste à estimer et à projeter les besoins et les ressources dans un futur probable, en tenant compte de la vision stratégique de l'entreprise sur une période donnée. La troisième étape consiste à analyser les écarts entre les besoins anticipés et l'état des ressources prévisibles. Enfin, une quatrième étape consiste à définir des politiques et un plan d'action pour réduire les écarts. Le déploiement de ces phases ambitionne de rendre lisible la stratégie d'entreprise par une traduction en termes de besoins en emplois et en compétences. Le processus met en évidence la prédominance de la logique de subordination de la GPEC à la stratégie selon une approche ascendante et descendante (ou *top-down*).

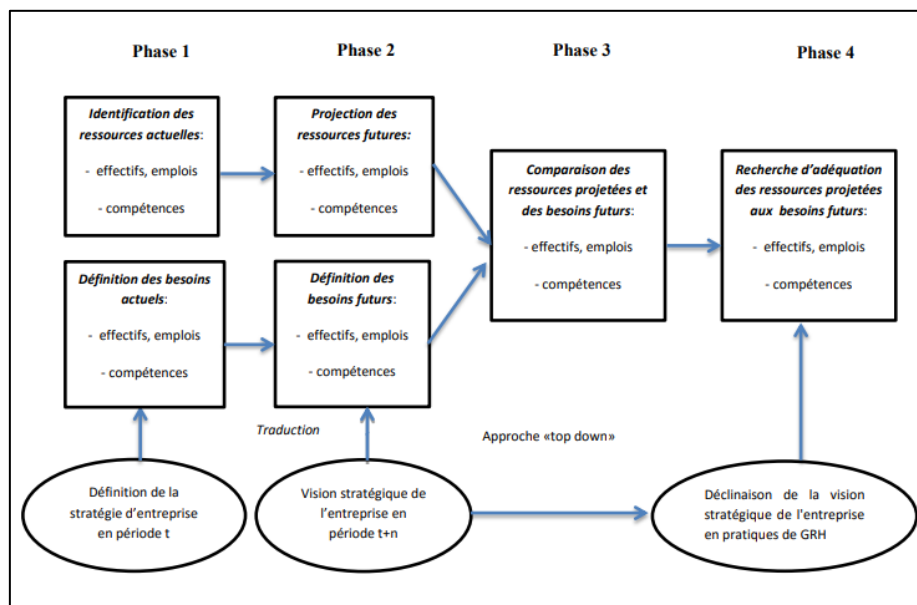


Figure 1 : La logique traditionnelle du développement de la GPEC (Mallet, 1989)

1.2.1. Phase 1. Analyse de l'existant : identification des ressources et définition des besoins actuels

Cette première étape consiste à obtenir une « photographie » du personnel réellement disponible et des emplois dans l'organisation, ventilée par familles professionnelles et/ou par type d'emploi

(Gilbert, 2014). La façon la plus courante de procéder est de recenser les ressources en personnel disponibles, en tenant compte des caractéristiques de la population (sexe, âge, ancienneté, lieu d'emploi) et des informations sur les emplois ou les compétences requises (description du contenu des emplois, types d'emplois, référentiels de compétences, etc.) (Laroche et al., 2019). En général, on considère à la fois le personnel permanent, le personnel temporaire et le personnel externe (ex : sous-traitance, intérim). Les données organisationnelles telles que le turn-over, l'absentéisme, les heures supplémentaires, etc. sont souvent ajoutées à ces données de population.

Pour connaître l'état de la situation actuelle, les entreprises cherchent à identifier les ressources et les besoins existants sur la base de deux types d'analyse (Ferrary, 2014 ; Gilbert, 2016) :

- Analyse quantitative : elle consiste à identifier les ressources actuelles et les besoins en personnel à l'aide de données chiffrées. Elle se fonde sur une analyse des « stocks » de ressources et une analyse des flux d'entrée et de sortie de ces ressources (recrutement, renouvellement, licenciement, mobilité, retraite, etc.). Elle est basée sur des catégories objectives telles que l'effectif théorique, l'effectif inscrit, l'effectif permanent, l'effectif présent, etc.
- Analyse qualitative : se concentre principalement sur l'analyse des ressources en termes de compétences qui sont disponibles ou devraient être disponibles pour la main-d'œuvre, individuellement ou collectivement. Certaines de ces données peuvent être tirées de sources existantes telles que le bilan de compétences ou l'entretien annuel d'information.

Ainsi, à ce stade, les responsables du processus cherchent à élaborer un diagnostic qui tienne compte des forces et des faiblesses de l'organisation en matière de gestion du personnel : recrutement, absentéisme, besoins de formation, problèmes d'organisation du travail, climat social, problèmes spécifiques de certains employés, etc.

1.2.2. Phase 2 : Projection de la situation future : analyse des besoins actuels et définition des besoins à venir

L'analyse des ressources et des besoins futurs vise à déterminer la composition du personnel nécessaire pour l'avenir. Cette analyse repose sur des hypothèses concernant l'évolution des emplois et des compétences sur un horizon temporel défini (de 6 mois à 5 ans) (Laroche et al., 2019). Dans un contexte de stabilité, cette prévision est généralement faite sur la base d'un effectif connu et d'une structure de personnel constante quant à la nature des emplois.

Afin d'identifier ce « futur probable », l'« extrapolation statistique» est généralement utilisée comme outil principal (Grasser et Noel, 2017). Cette extrapolation est basée sur une simulation des données statistiques présentes ou passées de l'entreprise et permet de construire des hypothèses dans un horizon temporel donné en fonction du nombre de mouvements attendus (entrées, sorties, permanences).

1.2.3. Phase 3 : Analyse et diagnostics des écarts : comparaison des ressources projetées et des besoins futurs

Une fois les besoins en matière de personnel identifiés, l'organisation procède à leur comparaison avec les ressources disponibles dans l'entreprise afin d'établir un diagnostic des éventuels écarts à venir (Laroche et al., 2019). L'objectif de cette analyse est de mettre en évidence les excédents et les déficits de ressources afin d'identifier les éventuels déséquilibres, qui peuvent être quantitatifs ou qualitatifs (Ferrary, 2014). Les déséquilibres quantitatifs concernent les excédents et/ou les déficits en effectifs qui sont susceptibles de compromettre la réalisation des objectifs de l'organisation. Les déséquilibres qualitatifs font référence aux différences entre les compétences des salariés et les besoins attendus (par exemple, manque de formation ou surqualification).

L'analyse des écarts vise à réduire la différence entre l'avenir probable et l'avenir souhaitable en tenant compte des défis socio-économiques de l'entreprise et des ressources disponibles dans le futur (Grasser et Noel, 2017). Les diagnostics d'écart peuvent être de nature différente : un

excès ou un déficit de ressources, une inadéquation entre la structure des ressources (âge, activité, etc.) et la structure des besoins. L'analyse peut révéler, par exemple, un manque de formation des employés en raison de l'évolution technologique, la création de nouveaux emplois dans de nouveaux métiers, la réduction ou le redéploiement du personnel en vue de futurs changements organisationnels, etc.

Sur la base de l'analyse de l'écart entre ce qui existe et ce qui est souhaitable, les ressources possibles sont définies afin de mettre en œuvre des mécanismes d'ajustement du personnel. Ces ressources peuvent être plus ou moins bien définies à l'avance en fonction du type d'organisation, de sa réglementation, de son plan d'affaires, etc. A l'hôpital, depuis la mise en œuvre de la Tarification à l'Acte (T2A), les estimations et les processus de décision en matière de dotation sont principalement basés sur un outil de gestion appelé tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER) (Lartigau et al., 2015). Il s'agit d'un outil de gestion couramment utilisé dans le cadre du pilotage stratégique annuel des établissements de santé publique, notamment sur l'équilibre économique et financier du personnel pour définir le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) d'une unité ou d'un service. Sur la base du nombre d'ETP autorisés, on établit généralement un modèle d'organisation hebdomadaire qui fixe le nombre d'agents prévus pour chaque poste de travail. Chaque établissement, en fonction de son activité annuelle, dispose d'un budget fixe pour financer la masse salariale. Cela signifie que la marge de manœuvre des établissements en matière de prévision des emplois est soumise aux indicateurs d'activité définis par la T2A.

1.2.4. Phase 4 : Recherche d'adéquation des ressources projetées aux besoins futurs par l'élaboration d'un plan d'action

Enfin, après avoir identifié les écarts en volume et en qualité entre les ressources disponibles et les ressources requises, l'organisation doit prendre des mesures pour élaborer des politiques et un plan d'action visant à réduire les écarts négatifs (sous-effectifs, pénuries de compétences, etc.) et/ou positifs (surperformance, surqualification).

Afin d'ajuster les ressources à leurs besoins au niveau stratégique, les organisations disposent de deux types d'ajustement internes (changements, formation, promotion, organisation du

travail, temps de travail, etc.) et externes (recrutement, recours à l'intérim, sous-traitance, etc.) (Everaere, 2012). Ces moyens permettent de procéder à des ajustements quantitatifs (augmentation de l'effectif permanent, mise en place d'un système de remplacement, régulation de la charge de travail) ou qualitatifs (enrichissement des tâches, spécialisation, reconversion, etc.) Les mécanismes d'ajustement peuvent viser à gérer les variations à court terme ou à moyen et long terme (Laroche et al., 2019).

Lorsqu'il s'agit de variations prévisibles à moyen ou à long terme, les leviers de régulation par l'organisation peuvent être divers et impliquer des politiques dans les différents domaines de la GRH (Grasser et Noel, 2017) : le recrutement, l'organisation du travail, la gestion de carrières, les mesures de formation et de développement des compétences, la politique de rémunération, le dialogue social, etc. L'objectif ici est de faire évoluer le personnel actuel en fonction des objectifs stratégiques et des défis futurs de l'entreprise, dans un horizon de 3 à 5 ans.

De leur côté, pour faire face à des variations conjoncturelles et assurer la gestion du personnel au quotidien, les entreprises utilisent souvent la flexibilité comme levier d'ajustement principal (Ferrary, 2014). En gestion des ressources humaines, la flexibilité consiste finalement en une modification des effectifs ou des affectations en fonction du niveau d'activité déterminé par la demande. Cette flexibilité est généralement de deux types : la flexibilité quantitative -ou numérique- et la flexibilité qualitative -ou fonctionnelle-. La flexibilité quantitative consiste à faire varier rapidement la main-d'œuvre en termes de volume d'emplois (licenciement-embauche, travail temporaire, personnel de remplacement) ou de temps de travail (aménagement du temps de travail, heures supplémentaires), tandis que la flexibilité qualitative vise à rendre la main-d'œuvre adaptable à une variation des tâches ou des compétences (par exemple, par la polyvalence, la rotation des postes). En fonction du mode d'ajustement choisi par l'organisation, cette flexibilité peut être aussi interne (recours au marché interne du travail) ou externe (recours au marché externe du travail) et peut être mobilisée par différents mécanismes souvent utilisés de manière ponctuelle ou en fonction d'un besoin stratégique (voir Tableau 2). Le tableau suivant présente les pratiques de flexibilité les plus courantes :

Flexibilité	Quantitative	Qualitative
-------------	--------------	-------------

Interne	Modulation du temps de travail, travail à temps partiel, heures supplémentaires...	Polyvalence, rotation de poste, mobilité géographique, etc...
Externe	Licenciement-embauche, intérim, travail temporaire (CDD), stagiaires, etc...	Sous-traitance, externalisation, appel aux consultants experts...

Tableau 2 : Typologie des formes de flexibilité de l'emploi et type de travailleurs
(Stroobants, 2016)

La mise en œuvre de ces actions correctives implique les acteurs de l'organisation au niveau stratégique (DRH, directeur de l'entreprise), au niveau managérial (RH local, management local, ordonnanceurs) et au niveau opérationnel (personnel de première ligne). Dans certaines entreprises, ces actions sont souvent suivies et évaluées par des systèmes de contrôle afin de vérifier la cohérence des événements avec les prévisions établies et les objectifs formulés. La conception du système de planification des effectifs joue un rôle fondamental dans la mise en œuvre de ces actions.

1.3. La gestion prévisionnelle des ressources humaines à l'hôpital : un défi pour la sécurité des patients

La gestion prévisionnelle des ressources humaines est un défi dans le secteur des soins de santé en raison de la diversité des professions, des compétences requises et du large éventail de services et de contextes cliniques qui existent. Les dépenses liées au personnel représentent 60 à 85 % du budget des établissements de santé (Lartigau et al., 2015). Mais les risques liés à l'absence de planification adéquate du personnel et de sa gestion quotidienne sont considérables : des vies peuvent être mises en danger, la morbidité peut augmenter, des emplois pour du personnel hautement qualifié peuvent ne pas être disponibles, et de grandes quantités d'argent des contribuables peuvent être gaspillées (WHO, 2016). En même temps, il faut toujours garder à l'esprit la situation globale en termes de santé publique et les défis financiers. Par exemple, les établissements doivent suivre la direction stratégique de l'organisation, mais en même temps les réformes possibles des systèmes de santé, du droit du travail ou du droit à la santé (Mouillacdelage, 2014). La dernière crise sanitaire provoquée par le COVID-19 est apparue dans un

contexte où plusieurs pays comme la France ou l'Angleterre étaient dans un long processus de restructuration des systèmes de santé publique (Mills et al., 2020).

Un rapport de l'OMS (2016) présente une vue d'ensemble des méthodes adoptées dans 26 pays pour mener la GPRH dans les établissements de santé. Ses conclusions mettent l'accent sur le fait que chaque pays utilisait des mécanismes différents pour estimer la main-d'œuvre des établissements, en fonction du contexte législatif, politique, économique et social du pays. Le rapport a noté que tous les pays ont utilisé une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives pour estimer les besoins en personnel, mais pas nécessairement de manière cohérente. Les démarches de gestion prévisionnelle traditionnellement utilisées dans les grandes entreprises sont souvent complétées par des instruments de mesure de la charge de travail ou de l'activité médicale. Pour sa part, la *Workforce Review Team* du *National Health Service* (NHS) en Angleterre a publié un rapport intitulé «*Who does workforce planning well?*» qui visait à déterminer les données probantes sur la planification des effectifs dans les établissements de soins de santé et à dégager un consensus sur les pratiques réussies dans ce domaine (Curson et al., 2010). Les résultats du rapport n'ont révélé aucune étude solide sur l'existence de meilleures pratiques permettant de remettre en question les pratiques de gestion des effectifs utilisées par le NHS et ont souligné que des problèmes tels que le manque de personnel, l'absentéisme ou la difficulté à flexibiliser les effectifs étaient présents dans tous les cas étudiés.

En France, la GPRH dans les établissements de santé doit répondre à un certain nombre d'exigences de santé publique, réglementaires (droit du travail, droit de la santé) et financières (Mouillac-Delage, 2014). Depuis les années 1990, la GPEC a commencé à être mise en œuvre dans les établissements de santé en tant que démarche de référence pour la prévision du personnel, plusieurs années avant qu'elle n'ait son statut juridique actuel, obtenu en 2005. Sa mise en œuvre dans ces structures suit les mêmes principes que la démarche initiale et maintient les mêmes objectifs que les autres organisations. Cependant, depuis la mise en œuvre de la Tarification à l'Acte (T2A), les estimations et les processus de décision en matière de dotation sont structurés par le tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER) (Lartigau et al., 2015).

La définition du personnel de santé principalement selon des indicateurs économiques ou de performance a été remise en question dans des rapports de différentes organisations internationales (WHO, 2016 ; OECD, 2019). Il est généralement reproché aux indicateurs utilisés pour calculer les ratios de personnel de ne pas prendre en compte la charge en soins et d'en estimer les variations futures principalement sur la base de l'activité passée. Cela signifie que la planification de la main-d'œuvre est principalement motivée par des critères financiers et laisse les critères médicaux, sanitaires et de sécurité au second plan. En outre, ces critères n'intègrent pas l'évolution des environnements de travail et les nouveaux défis organisationnels tels que la révolution numérique (*Ibid*, 2019). C'est pourquoi des auteurs tels qu'Aguasca et al. (2016) ont avancé l'idée en France d'intégrer le mode de calcul des effectifs à l'aide d'indicateurs tels que le taux d'occupation des lits ou l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IPDMS), voire des indicateurs de charge en outils de soins tels que les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS). Au niveau international, il existe des outils validés qui permettent d'estimer les ratios de dotation en personnel en tenant compte de variables telles que le niveau de compétence ou le contexte clinique (par exemple, la méthode Telford, le *Nursing Workforce Planning Tool*, AUKUH, eCAT, etc) (Ball, 2010).

La récente crise sanitaire provoquée par la pandémie de COVID-19 a remis en question la manière dont les établissements de santé anticipent les besoins en ressources humaines. Dans plusieurs pays, les systèmes publics faisaient l'objet de restructurations et de réductions budgétaires, ce qui a contribué à une pénurie rapide de personnel (Mills et al., 2020). La demande généralisée de personnel soignant a conduit les établissements à compléter la stratégie de recrutement par des stratégies de formation et de reconfiguration des équipes (Schwartz et al., 2020). Outre la pénurie générale de personnel, des problèmes tels que l'épuisement des équipes de santé et les contaminations croisées ont exacerbé le problème (Laster et al., 2021). Cela a non seulement rouvert le débat sur les effectifs nécessaires dans les établissements de santé, mais aussi sur les meilleures pratiques de gestion pour organiser le personnel et garantir la qualité et la sécurité des soins. La prévision du personnel dans les établissements de santé ne doit pas seulement répondre aux situations quotidiennes de soins, mais doit également être en mesure de répondre aux situations de crise ou aux perturbations inattendues (Nagesh et Chakraborty, 2020). Pour comprendre le rôle de la GPRH dans la qualité et la sécurité des soins de santé, on peut identifier au moins quatre dimensions de la GRH comme source de risque pour les individus et l'organisation.

1.3.1. Écarts au niveau des effectifs du personnel de santé

La GPRH est un processus fondamental pour garantir une dotation suffisante en personnel dans les hôpitaux. Des effectifs suffisants, quelle que soit leur expérience, sont associés à des résultats plus favorables pour les patients, notamment une mortalité plus faible (Aiken et al., 2014 ; Needleman et al., 2002), moins de complications (Mchugh et al., 2011), une plus grande satisfaction des patients (Aiken et al., 2012), des durées de séjour plus courtes et moins de réadmissions (Lasater et Mchugh, 2016 ; Silber et al., 2016), et moins de burn out (Cimiotti et al., 2012). Une dotation en personnel réduite ou insuffisante est associée à un absentéisme plus élevé et à une rotation plus importante du personnel (Briatte et al., 2019)

Pour garantir l'adéquation du personnel de santé aux exigences minimales en matière de qualité et de sécurité des soins, certains pays ont établi des réglementations qui définissent des ratios minimums de personnel par patient. Par exemple, aux États-Unis, une quinzaine d'États ont des lois qui fixent des ratios de patients pour le personnel médical et infirmier (Driscoll et al., 2018). Dans des pays comme l'Australie et le Japon, il existe également des normes - depuis les années 2000 - définissant des ratios obligatoires pour le personnel infirmier dans les hôpitaux publics (Marioka et al., 2017). En France, une distinction est faite entre les secteurs d'hospitalisation normés et non normés (par le biais de différents décrets) qui établissent des ratios de personnel de jour et de nuit dans 14 domaines de soins spécifiques (Aguasca et al., 2016). Dans le cas des secteurs non normés, les ratios sont calculés sur la base du TPER¹⁰ de chaque établissement.

Les travaux empiriques montrent que l'existence de ratios obligatoires est un facteur clé dans la gestion prévisionnelle des hôpitaux. Une étude réalisée par Aiken et al. (2010) dix ans après la publication de la loi californienne sur la dotation en personnel médicale et paramédicale a montré que ces ratios étaient associés à une mortalité plus faible et à une meilleure rétention du personnel. Récemment, une étude également menée aux États-Unis lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 a cherché à comprendre les effets des différences de ratio dans les hôpitaux de deux États (New York et Illinois) dotés de lois sur la sécurité du personnel

¹⁰ Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés

(Lasater et al., 2021). L'étude a révélé que les ratios patient/infirmière variaient considérablement d'un hôpital à l'autre dans les deux États, allant d'une moyenne de 3,3 à 9,7 dans les secteurs médico-chirurgicaux pour adultes. En outre, les hôpitaux dont les niveaux de dotation en personnel étaient proches des recommandations et des lois en vigueur dans d'autres États, comme la Californie, présentaient de meilleurs résultats que ceux qui n'en avaient pas. Dans ces derniers, il a été constaté que la dotation en personnel se faisait selon des critères différents, et n'était pas toujours justifiée par des critères médico-sanitaires.

1.3.2. Écarts au niveau des compétences du personnel de santé

La gestion prévisionnelle peut également avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins au niveau des compétences. En général, on affirme que la gestion prévisionnelle contribue à l'identification des compétences sensibles et à l'anticipation des futurs besoins de formation (Dejoux et al., 2020). Elle permettrait d'identifier les compétences à rechercher ou à développer afin de définir une stratégie de formation. La conception et la gestion prévisionnelle jouent également un rôle important dans la manière dont les compétences sont distribuées et combinées dans l'organisation au quotidien (Ball, 2010).

En général, les études sur la gestion du personnel de santé qui abordent la question des compétences s'accordent à dire que le déploiement réussi des compétences dépend d'au moins trois facteurs : la disponibilité des ressources, leur combinaison et leur stabilité (ANA, 1999 ; Dubois et al., 2012 ; Schell, 2014). La disponibilité des ressources renvoie au fait que les compétences du personnel dépendent de l'existence d'une main-d'œuvre suffisante pour fournir des services dans des conditions de travail favorables. Des facteurs tels que le manque de personnel ou une demande excessive de soins amènent les agents de santé à allouer une partie de leurs ressources pour compenser le manque (Duffield et al., 2011). La combinaison de ressources renvoie à la façon dont les équipes de soins sont composées. En effet, les compétences et les expériences des membres de l'équipe peuvent différer selon le type de professionnel, son expérience du métier, sa spécialité, etc. (Butler et al., 2011). Enfin, la stabilité renvoie à la permanence de la participation des membres de l'équipe (ANA, 1999). Par exemple, l'utilisation d'infirmières intérimaires ou d'équipes flottantes sont des indicateurs d'instabilité du personnel.

En utilisant cette approche, Thériault et al. (2019) ont mené une étude exploratoire dans 40 unités de soins intensifs de cinq hôpitaux de la ville de Québec (Canada) pour découvrir comment différentes configurations de dotation en personnel infirmier pouvaient affecter la qualité des soins. À partir des données, quatre configurations du personnel infirmier ont été identifiées en fonction de leurs ressources en compétences. Un « groupe avec des ressources réduites » a été identifié, qui était principalement composé de personnel peu qualifié (nombre important d'infirmières étudiantes et faible nombre d'infirmières diplômées), souvent combiné avec du personnel intérimaire. Un « groupe de base avec des ressources modérées » présentait un équilibre entre le personnel qualifié et non qualifié (mais inexpérimenté) et l'utilisation d'un équilibre de personnel intérimaire. Un « groupe professionnel avec des ressources modérées », avait une proportion légèrement plus élevée de personnel qualifié et une utilisation équilibrée du personnel intérimaire. Enfin, un « groupe avec ressources proches de l'idéal théorique » disposait d'un personnel hautement qualifié (en moyenne avec une ancienneté d'au moins 3 ans dans l'unité) et faisait rarement appel à du personnel intérimaire. Les résultats ont montré que, bien qu'ils soient les moins fréquents, les deux derniers groupes avaient de meilleurs résultats en matière de santé et de sécurité.

Ce type d'études rejoint les auteurs qui soulignent l'importance des mécanismes d'adaptation du personnel au quotidien et des politiques de remplacement, en particulier lorsque des stratégies fondées sur la flexibilité ou la segmentation du personnel sont mises en œuvre (Mossé et al., 2011). Par exemple, en France, des études ethnographiques en sciences de gestion (Maihagu, 2010) et en sociologie (Périer, 2001 ; Barbier, 2008) ont montré que lorsque la flexibilité est uniquement quantitative et ne tient pas compte de la dynamique d'apprentissage, elle peut constituer un obstacle à l'acquisition de nouvelles compétences du côté du personnel. En ce sens, pour garantir le succès en matière de sécurité, les organisations doivent examiner attentivement les compétences requises pour chaque poste et les possibilités de les combiner dans chaque situation (Thériault et al., 2019).

1.3.3. Conditions de travail des équipes de santé

De nombreuses études menées en milieu hospitalier ont mis en évidence le lien entre les conditions de travail, la santé du personnel et la qualité des soins. En France, par exemple, les

enquêtes statistiques nationales montrent des indicateurs négatifs pour presque tous les risques professionnels (horaires atypiques, charge mentale, risques physiques, risques environnementaux, risques psychosociaux, intensification des rythmes de travail) (Kornig et al., 2016). Pour sa part, le secteur hospitalier a longtemps présenté des indicateurs de turn-over et d'absentéisme élevés, et un taux d'abandon élevé pour le personnel paramédical (DGOS, 2008 ; Estryn-Behar, 2008 ; Arnaudo et al., 2013). Un nombre important de travaux associe ces indicateurs sociaux et sanitaires à une dégradation de la qualité et de la sécurité des soins (Needleman et al., 2002).

La relation entre les conditions de travail et la qualité des soins est en partie une question de gestion prévisionnelle. A cause de prévisions d'effectifs trop justes, de mécanismes d'ajustement inadéquats ou insuffisants (restriction des heures supplémentaires ou du personnel de remplacement), les services cliniques peuvent être en permanence en sous-effectif et trop sollicités pour absorber la charge de travail (Reid et al., 2008). La mise en œuvre de pratiques flexibles internes (mobilité interservices, modulation du temps de travail, équipes polyvalentes) peut être une solution pour faire face au manque de personnel, mais aussi une source de risques lorsqu'elle n'est pas choisie ni négociée avec les équipes de santé (Everaere, 2012 ; 2014). Les professionnels de la santé peuvent avoir un sentiment d'inutilité ou d'interchangeabilité. Le recours à la flexibilité externe (personnel temporaire, intérim, externalisation) est une mesure qui permet d'ajuster la main-d'œuvre pour effectuer des variations à court terme, mais qui implique souvent des travailleurs moins qualifiés et ne disposant que de compétences « transversales » pour effectuer le travail, ce qui peut les exposer à des situations de travail complexes ou difficiles (Achmet et Commeiras, 2018).

Afin d'aborder la question des conditions de travail en relation avec la gestion prévisionnelle, différents outils d'évaluation-diagnostic ont été développés. Un exemple est la méthode *Nurses Per Occupied Bed* (NPOB) qui permet d'établir des ratios patients/infirmières en tenant compte d'indicateurs tels que : le nombre d'agents, le nombre de lits, l'activité infirmière associée, etc. (Scott, 2003). Cependant, ces instruments ne tiennent pas compte de tâches qui ne sont pas liées aux soins aux patients, comme la coordination et la supervision d'autres membres de l'équipe, la supervision d'étudiants, les tâches administratives, la formation en situation de travail, etc. (Martin et Gadbois, 2004 ; Estryn-Béhar, 2011). Ils ne prennent pas non plus en compte des dimensions importantes de la charge de travail ou du stress perçu, comme la question des

compétences du personnel de santé : le personnel expérimenté a généralement des modes de fonctionnement plus efficaces - en termes de performance et de santé - que le personnel novice (Estryn-Behar et Vink, 2002). Ces aspects de la charge de travail sont moins quantifiables et peuvent être négligés dans la gestion prévisionnelle (Ball, 2010).

1.3.4. Fragilisation du modèle de gestion des risques et de la stratégie de sécurité

Les choix en matière de personnel et la répartition des différents professionnels au sein des services cliniques (médecins, infirmiers, assistants, etc.) influencent la conception de l'organisation et donc aussi la manière dont les risques sont gérés au sein de l'organisation (Kraev et Tikhonov, 2019 ; MEAH, 2009). Par exemple, la rareté relative d'une catégorie peut conduire les services à chercher à étendre le périmètre du poste « en ciblant » les tâches prioritaires non déléguables et à transférer certaines tâches déléguables à d'autres catégories professionnelles. C'est le cas, par exemple, des IDE de nuit qui sont souvent amenées à assumer une responsabilité transversale pour de nombreux patients (Toupin, 2008) ou des AS qui peuvent être contraintes d'assumer officieusement certains soins techniques dans des services où il y a un manque de personnel IDE (Arborio, 1995). Ce type de contexte souligne l'importance de lier la gestion des soins de santé aux stratégies de sécurité définies par chaque établissement de santé (Becker et Smidt, 2016).

Cependant, la prise en compte des stratégies de sécurité dans la prévision des ressources humaines ne va pas de soi. Les systèmes de soins constituent un environnement particulièrement complexe, dont on pourrait dire qu'il regroupe « vingt industries différentes » sous un même nom (Amalberti, 2013 ; Vincent et Amalberti, 2016). Dans le milieu hospitalier, par exemple, on peut identifier différents types de travail, de nombreuses professions et des conditions de travail très diverses en fonction du contexte clinique (Carayon et al., 2014). Cela signifie que les modèles et stratégies de sécurité adoptés dans chaque contexte peuvent varier considérablement (Woods, 2020).

Ainsi, Vincent et Amalberti (2016) ont identifié la diversité des modèles de gestion des risques que l'on peut trouver dans les soins de santé dans différents contextes cliniques. Bien que chaque institution ou service de santé tente de développer un modèle en fonction de son activité et de ses besoins, selon les auteurs, on peut identifier au moins trois modèles de gestion idéal-

typiques. Tout d'abord, il existe des domaines (par exemple, la pharmacie, la radiothérapie, la transfusion sanguine) où les soins sont hautement standardisés car les risques peuvent être clairement connus à l'avance et en grande partie contrôlés en adoptant un modèle basé sur des règles et des procédures bien définies. Dans ce cas, on adopte généralement des modèles ultrasûrs pour la gestion des risques. Il y a ensuite une partie des soins où les outils tels que les protocoles et les normes sont une ressource importante pour le contrôle des risques (par exemple, l'hygiène des mains), mais où le jugement professionnel et la flexibilité sont essentiels pour fournir des soins sûrs et de qualité. Il est alors nécessaire d'utiliser un modèle qui permette aux équipes de gérer les risques et d'adapter les procédures (par exemple, les modèles haute-fidélité ou HRO). Enfin, il existe des services tels que la chirurgie d'urgence, qui sont continuellement confrontés à des cas complexes et doivent travailler dans des conditions très difficiles. Le travail peut être organisé et planifié, mais nécessite une grande capacité d'adaptation en raison de la grande variété des situations. Ici, le système nécessitera le développement d'un modèle ultra-adaptatif (par exemple, des organisations résilientes).

Les travaux menés dans le domaine de la gestion des soins de santé abordent les questions de sécurité souvent d'un point de vue normatif et tendent à homogénéiser les problèmes de sécurité dans tous les contextes cliniques (Rafferty et al., 2007). Ils ne tiennent généralement pas compte non plus des variations qui peuvent exister dans le système et du fait qu'il peut y avoir différents niveaux de qualité de soins auxquels les praticiens aspirent en fonction des ressources disponibles (Ball, 2010). L'absence d'intégration de ces questions dans la gestion de l'offre de personnel de santé (dotation en personnel, système de remplacement, formation, etc.) peut entraver le développement des stratégies de sécurité requises dans chaque contexte.

1.4. La GPEC, un dispositif mis en débat : écueils, possibilités et enjeux

Les dispositifs et pratiques de gestion prévisionnelle de ressources humaines jouissent d'une réputation dans les organisations contemporaines et sont largement diffusés par les théoriciens et les praticiens en raison des avantages qu'ils apportent aux entreprises d'un point de vue stratégique et opérationnel. En France, la GPEC possède un statut juridique particulier, qui l'inscrit dans le cadre des obligations de l'employeur afin d'assurer le dialogue social au sein des entreprises.

Actuellement, différents arguments sont avancés pour justifier l'utilisation de dispositifs de gestion prévisionnelle dans les entreprises, en mettant en avant leurs vertus. Tout d'abord, cette démarche permet une analyse très précise des « ressources humaines » dont disposent les entreprises, ainsi que de leurs besoins en matière d'emploi (Laroche et al., 2019). En outre, la GPEC permet de centraliser des informations importantes qui sont souvent déjà disponibles (par exemple les données du bilan social) mais qui sont éparpillées dans l'organisation. Deuxièmement, ces dispositifs et pratiques fournissent à la DRH des informations stratégiques qui lui permettent de prendre des décisions avec les autres membres du comité de direction de l'entreprise (Gilbert, 2006). Enfin, les dispositifs de gestion prévisionnelle offrent un moyen de réfléchir aux mécanismes d'ajustement internes et/ou externes qui peuvent être adoptés par l'entreprise pour gérer le personnel (Mallet, 1991).

Cependant, si les dispositifs prévisionnels tels que la GPEC jouissent actuellement d'une certaine réputation, ils ont également fait l'objet de diverses critiques et interrogations. Elles vont d'une remise en cause de la philosophie qui sous-tend la perspective prévisionnelle à la conception de la démarche, en passant par un questionnement sur les modèles et les techniques qui mobilisent ces dispositifs. Ces critiques ont été faites principalement par des auteurs en sciences de gestion - en particulier la GRH – (Dietrich et Pigeyre, 200 ; Gilbert, 2020) qui ont une vision critique des approches dominantes de la GRH et aussi par des auteurs d'autres disciplines qui s'intéressent au travail, comme la sociologie (Ughetto, 2007 ; Mercure et Boudages-Sylvain, 2017), la psychologie (Rose, 1990 ; Parker, 2007), l'ergonomie (Hubault, 2005, 2006 ; Daniellou, 2010), etc.

Une première critique concerne le principe même de la prévision du personnel et la possibilité de faire une projection satisfaisante sur les ressources et besoins futurs. La GPEC suppose que la gestion des emplois et/ou des compétences puisse être programmée de manière anticipée et contrôlée à partir d'un plan d'action et de la mise à disposition d'outils de gestion RH (Laroche et al., 2019). Cependant, comme l'ont montré les travaux de Suchman (1987) selon la perspective de l'action située, un plan s'avère insuffisant pour guider l'action parce qu'il n'est jamais suffisamment détaillé, et parce que dans la situation réelle, divers événements peuvent le dévier de sa trajectoire. De plus, tout plan revêt un caractère « distribué », c'est-à-dire qu'il est réalisé par différents acteurs qui l'intériorisent et se l'approprient à leur manière (Bazet,

2002), et qui l'appliquent en tenant compte de leurs intérêts et des espaces d'action dont ils disposent (Segrestin, 1997). Dans ce sens, on reproche aux dispositifs de gestion prévisionnelle de ne pas tenir compte du fait que la prévision des ressources humaines est un processus ajusté et modifié par les acteurs à tous les niveaux – des supérieurs hiérarchiques aux équipes de terrain – selon leurs intérêts et selon les contingences (par exemple, des stratégies émergeant à cause de variations du marché ou d'un événement disruptif) apparaissant au cours du temps (Gilbert, 2006).

La vision des travailleurs qu'implique la gestion prévisionnelle fait également l'objet de critiques. La vision adéquationniste de la gestion prévisionnelle est critiquée pour être fondée sur une représentation béhavioriste des travailleurs et de l'activité humaine (*Ibid*, 2020). Par exemple, les compétences sont considérées comme un stock d'aptitudes et de connaissances permanent dans le temps et assignable à chaque individu, sans tenir compte de la complexité de celui-ci et de l'environnement dans lequel ses compétences doivent être déployées. Des auteurs comme Ughetto (2007), de la sociologie, ont souligné que les modèles de GRH sont en général dépourvus d'une théorie du travailleur et de l'activité de travail. D'autre part, cette pratique ne tient pas compte des processus d'apprentissage, ni de la socialisation existant en situation de travail (Zarifian, 1999). Par exemple, le recours à la flexibilité est pensé comme une stratégie efficace pour ajuster les emplois, mais ses effets immédiats et à moyen terme sur les collectifs (Gaudart et Pondaven, 1998 ; Gaudart, 2003 ; Dejourn, 2006 ; Everaere, 2012), leur performance et leurs dynamiques d'apprentissage ne sont pas pris en compte (par exemple, passer d'une organisation en équipes fixes à une organisation en équipes polyvalentes).

Le fait de poser la rationalisation des ressources comme principal objectif du processus des pratiques prévisionnelles fait également l'objet de critiques. La philosophie et les principes des dispositifs prévisionnels sont fondés sur la quête de l'« écart zéro » en tant qu'idéal normatif - c'est-à-dire un excédent zéro et un manque zéro de ressources (Gilbert, 2016), qui est souvent posé comme possible (Grasser et Noel, 2017). Cependant, des travaux en sociologie (Schneider et Harknett, 2019), en ingénierie des facteurs humains (Azadeh et Zarrin, 2016) et en ergonomie (Cegarra, 2004 ; Flamard et al., 2020) sur la planification du personnel ont montré qu'il existe toujours un écart entre les ressources en personnel prévues et les ressources disponibles auxquelles les cadres et les équipes de première ligne sont confrontés. De plus, si l'effectif des

équipes est restreint au strict minimum, elles ne peuvent avoir recours à des ressources supplémentaires quand surviennent des aléas ou des situations imprévues (Durand, 2017).

Enfin, les démarches GPEC ont tendance à considérer tous les travailleurs de la même manière (méthodes quantitatives, instruments standardisés) sans tenir compte de leur activité, de leurs intérêts, de leurs rationalités et des stratégies qu'ils adoptent pour réaliser leur travail quotidien (Laroche et al., 2019). La démarche est en général présentée comme participative, mais elle conserve une approche descendante, et les travailleurs de terrain sont rarement décideurs ou acteurs du processus (Gilbert, 2016). De plus, les outils généralement utilisés dans les dispositifs GPRH sont basés sur des exigences techniques que la plupart des acteurs ne connaissent pas et qu'ils trouvent généralement difficiles à manier (Cascio, 2010 ; Sheehan, 2017). Cette technicité des outils de gestion renforce le caractère descendant du pilotage de la démarche (*top-down*).

La gestion prévisionnelle est une composante essentielle du fonctionnement de l'hôpital, surtout dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins. La performance de tout système de soins dépend de sa capacité à disposer en permanence d'un nombre suffisant de personnel qualifié, ainsi que de sa capacité à le déployer judicieusement dans un environnement de travail propice (Vincent & Amalberti, 2016 ; Griffiths et al., 2016). Dans des conditions adéquates, les travailleurs peuvent contribuer à la résolution de problèmes à travers leur intelligence, s'engager dans la réalisation de leurs tâches ou dans le travail de leur équipe pour garantir la performance collective (Kornig et al, 2016). Au contraire, un effectif mal prévu ou mal organisé peut entraîner des risques pour les patients et les travailleurs (Estryn-Béhar, 1998). Par exemple les travailleurs peuvent se trouver en difficulté pour atteindre les objectifs de performance, réussir à faire leur travail, respecter les exigences en termes de sécurité des soins (procédures cliniques, hygiène, etc.). La littérature met en avant les risques qu'il y a à ne pas intégrer les défis en matière de sécurité et de qualité dans la démarche prévisionnelle dans les établissements de soin (Ball, 2010, Vincent et Amalberti, 2016).

La crise sanitaire due au COVID-19 a engendré une volonté de développer une démarche prévisionnelle plus adaptée aux besoins des établissements de soin. Cela n'est cependant pas facile. D'un côté, la prévision de l'effectif soignant dépend de facteurs économiques, politiques, juridiques, réglementaires, influençant fortement autant les méthodes que les critères pour

planifier la force de travail (Juven et al., 2019). De l'autre, la complexité et la spécificité de chaque domaine clinique rend difficile la prévision du personnel (Ball, 2010). L'estimation de la charge en soins, comme les dispositifs du type GPEC, se concentrent sur les aspects quantitatifs du travail (réduction des écarts, définition de ratios) et abandonnent les aspects qualitatifs tels que les compétences ou l'expérience sur le poste de travail (Clarke et al., 2008). Ces dernières années, Dietrich et al. (2010) ont développé une approche plus qualitative et opérationnelle appelée « management des compétences ». Son objectif principal n'est pas de calculer un optimum socio-économique, mais de résoudre les conflits d'intérêt entre les parties prenantes et de trouver un compromis satisfaisant entre les acteurs de l'organisation. Cependant, à ce jour on ne trouve pas de travaux empiriques concluants confirmant le bénéfice de ces approches.

Chapitre 2. Construire la qualité des soins : vers une approche multi-niveau de la qualité et de l'activité

L'exigence de qualité dans le système de soins est aujourd'hui une demande sociale forte dans le secteur hospitalier français, aussi bien de la part des patients que des pouvoirs publics. Le thème de la qualité prend ainsi une place de plus en plus importante dans les réformes et dans les orientations qui cherchent l'amélioration du système hospitalier. La qualité est devenue une exigence à la fois pour le système de soins et pour les professionnels (Vincent et Amalberti, 2016 ; Belorgey, 2016). On exige des soins dispensés aux patients qu'ils soient de « meilleure qualité », au sens qu'ils soient plus sûrs et plus efficaces quant aux résultats attendus sur la santé du patient. On exige aussi que ces soins soient plus efficaces, c'est-à-dire qu'ils permettent d'atteindre « le meilleur résultat possible » en un temps et à un coût aussi réduit que possible.

La qualité des soins peut être définie comme la capacité de « *garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains* » (Roemer & Montoya-Aguilar, 1988, p.55). Selon les avis d'experts et les organismes internationaux, la qualité des soins consiste à fournir les soins de santé attendus, au bon moment, en répondant aux besoins et aux préférences des utilisateurs des services, tout en minimisant les dommages et le gaspillage des ressources. Des soins de santé de qualité devraient accroître la probabilité d'obtenir les résultats souhaités en matière de santé, conformément à sept caractéristiques répandues et mesurables : efficacité, sécurité, centrage sur la personne, rapidité, équité, intégration des soins et efficience (Corrigan, 2005).

Il est prouvé que des soins de mauvaise qualité entraînent un gaspillage important de ressources et nuisent à la santé des populations, détruisant le capital humain et réduisant la productivité (OECD, 2019; WHO, 2016 ; 2017; 2020a). La qualité des soins, notamment la sécurité des patients, est essentielle pour instaurer la confiance dans les services de santé (Estryn et Vinck, 2002). Toutefois, cela ne dépend pas seulement du travail des professionnels de première ligne,

mais aussi de celui des gestionnaires, des directeurs, des responsables politiques, etc. (Vincent et Amalberti, 2016).

Ce chapitre propose une approche constructive de la qualité des soins. Il est organisé en deux parties. La première présente quelques principes généraux de cette approche constructive développée en ergonomie, en mettant en évidence deux de ses composantes essentielles : les individus et l'organisation. Dans la deuxième partie, est proposé un modèle intégratif d'activité visant à comprendre comment les processus de soins sont construits par des acteurs intervenant à différents niveaux de l'organisation.

2.1. Vers une approche constructive de la qualité des soins : une perspective ergonomique.

2.1.1. La notion de qualité construite et son application dans le domaine des soins

En s'éloignant des approches de la qualité fondées sur des principes de rationalité scientifique (Fleitman, 2008), c'est à partir de la notion de qualité construite que l'ergonomie a cherché ces dernières années à comprendre et à analyser la production de la qualité en situation de travail. L'utilisation récente de cette notion dans la recherche ergonomique dans le cadre des soins de santé a permis de développer une approche qui conçoit la qualité des soins comme un processus continu ou dynamique plutôt que comme un phénomène statique et stable (Munoz, 2016 ; Canales-Bravo, 2017 ; Canales-Bravo, Nascimento et Falzon, 2018a ; Canales-Bravo, Nascimento et Falzon, 2018b; Malet, 2020). Contrairement aux approches normatives qui assimilent la qualité à la conformité à la prescription, cette seconde approche reconnaît, d'une part, l'existence d'un écart irréductible entre les soins idéaux, prescrits, et les soins réels et, d'autre part, que certaines régulations ou innovations réalisées par des individus et des collectifs (professionnels de la santé, patients, gestionnaires) peuvent être nécessaires pour atteindre les résultats de santé souhaités.

Dans sa formulation initiale, la notion de qualité construite indique que la qualité ne se produit pas seulement grâce à l'exécution stricte d'un simple prescrit, elle se construit plutôt de manière à la fois ascendante et descendante entre les concepteurs et les opérateurs au sein de l'organisation

(Falzon et al., 2014). Ce processus de construction est le résultat de l'articulation – et non d'une simple juxtaposition – de deux composantes : d'un côté, la «qualité réglée», qui comprend la formulation de règles définies par les concepteurs pour atteindre un résultat souhaité (procédures, référentiels, prescriptions, etc.), leur diffusion auprès des acteurs et la volonté d'assurer leur application ; de l'autre, la «qualité gérée», soit l'intelligence adaptative individuelle ou collective des opérateurs pour faire face au caractère à la fois imprévisible et variable inhérent au réel.

Selon cette perspective, la qualité n'est alors pas seulement produite par le respect de règles de travail formelles (normes, procédures, standards formels), mais aussi grâce à l'émergence de comportements proactifs basés sur l'expérience de terrain, les initiatives et l'engagement des opérateurs, qui améliorent la qualité des résultats du système, le protègent des situations dangereuses et favorisent la collaboration entre les acteurs qui y travaillent (Daniellou, 2008 ; Falzon et al. 2012).

La notion de qualité construite reprend de manière implicite deux des principes fondateurs de l'ergonomie de l'activité : la distinction entre travail prescrit et travail réel d'une part, ainsi que la distinction entre tâche et activité (Falzon et al., 2014). Selon la première, il existe dans toute situation de travail un écart irréductible entre le travail prescrit – le travail imaginé par les concepteurs – *versus* le travail réel, qui désigne la façon dont se fait réellement le travail sur le terrain (Guérin et al., 1997). Quant à la distinction entre la tâche et l'activité, elle établit une différence entre ce que le sujet « doit faire » (la tâche), et ce qu'il « fait réellement » (l'activité) au travail (Falzon, 2004). La tâche englobe ce qui est prescrit par l'organisation, ainsi que les conditions dans lesquelles ce qui est prescrit doit être réalisé. L'activité, de son côté, définit la mobilisation mise en œuvre par le sujet pour effectuer la tâche.

Néanmoins, l'activité qui est déployée par le sujet n'est pas simplement l'interprétation et la mise en acte d'une consigne ou l'adaptation de celle-ci (Falzon, 2013a). Dans la situation de travail, le sujet effectue des arbitrages à partir du prescrit, pour décider de ce qu'il faut réellement faire de la tâche, ce qui est essentiel et ce qui l'est moins, les critères à prendre en compte, etc. (Falzon et al., 2014). Ces critères peuvent être d'ordre différent : critères de santé, de sécurité, de préservation de soi, d'efficacité, etc. Parmi eux, la qualité du travail constitue l'un des objectifs que se donnent les opérateurs (Clot, 2010 ; Miossec et Rouat, 2016). Ces

critères qui orientent l'activité ne proviennent pas uniquement de l'organisation, mais également de différents destinataires (utilisateurs, collègues, le travailleur lui-même). Ainsi, pour atteindre un résultat attendu, l'agent doit concilier en contexte une diversité de critères, en tenant compte des objectifs, des exigences et des ressources disponibles dans la situation de travail (Falzon et al., 2014).

Plusieurs études en ergonomie ont montré les difficultés des professionnels de santé à concilier les critères de qualité des soins dans la situation de soins. Par exemple, Nascimento (2009), dans une étude menée auprès des manipulatrices chargées d'administrer les traitements de radiothérapie, a montré comment l'insuffisance des règles, leurs contradictions ou leur non-applicabilité dans le processus d'irradiation conduisent régulièrement ces professionnelles à gérer des conflits entre les objectifs de « produire de la santé » et de « produire de la sécurité ». C'est le cas lorsque les accords pour la validation du plan de traitement ne sont pas fournis par le médecin. Dans cette situation, les manipulatrices sont confrontées au dilemme suivant : réaliser la séance d'irradiation avec un plan de traitement non validé (risque pour la sécurité du patient) et annuler la séance d'irradiation en raison de la non-validation du traitement (risque pour la santé du patient car le traitement ne sera pas effectué le jour prescrit). De même, une étude menée par Estry-Behar et Vink (2002) auprès des infirmières et des aides-soignantes d'un service de médecine interne a montré que ces professionnelles, lors de la réalisation des soins, recherchent constamment le meilleur compromis en essayant d'intégrer les différentes dimensions de la qualité (sécurité, rapidité, efficacité...). Cependant, lorsque le travail de soins est effectué « à la chaîne », les soignantes ont du mal à concilier toutes les exigences de qualité. Par exemple, pour certaines infirmières, gérer les patients en temps voulu et en toute sécurité signifie souvent ne pas répondre aux exigences d'intégration et de personnalisation des soins.

De même, des études dans le domaine de la sécurité et de la fiabilité ont mis en évidence le poids du « réglé » et du « géré » sur les stratégies de sécurité adoptées dans les services de soins pour assurer la sécurité des patients. Par exemple, il a été constaté que dans des services tels que la radiothérapie (François et al., 2010) ou la transfusion sanguine (Murphy et al., 2013) - où il existe de nombreuses procédures et protocoles hautement standardisés - les stratégies locales de sécurité reposent principalement sur le respect et la conformité aux normes officielles de sécurité - afin de ne pas s'exposer à des situations exceptionnelles - tandis que l'improvisation ou l'innovation sont rarement acceptées (sauf dans des contextes exceptionnels). En revanche,

dans d'autres services tels que les services d'urgence - où chaque situation est peu régulée (patients complexes, protocoles limités, événements imprévus) - il a été constaté que des qualités telles que l'expertise personnelle et le déploiement de compétences adaptatives représentent l'épine dorsale des stratégies de sécurité (Marc et Amalberti, 2002 ; Mouchet et al., 2017). Ainsi, les situations de soins peuvent conduire à l'adoption de différentes stratégies pour atteindre la qualité et la sécurité (soit plus axées sur le « réglée », soit plus axées sur le « géré »), chacune présentant des avantages et des limites quant aux bénéfices de l'adaptabilité et aux bénéfices du contrôle et de l'adoption de normes (bien que la présence des deux dimensions soit toujours essentielle) (Vincent et Amalberti, 2016).

Il convient à cet égard de signaler que la qualité construite ne cherche pas à prendre le contre-pied de l'approche normative, et ne fait pas non plus de la « qualité gérée » une garantie de qualité. Ce qui est « géré » n'est pas plus important que ce qui est « réglé », au sens où le premier n'est pas juste le comblement du second (Falzon et al., 2016). Les deux dimensions de la qualité entretiennent une relation à double sens. D'une part, la qualité gérée est subordonnée à la qualité réglée, dans la mesure où la première décide de l'application de la deuxième ; par ailleurs, il doit exister une règle qui contrôle ou contienne ce qui est géré afin que les opérateurs ne « s'emballent » pas. En effet, si l'on reprend l'exemple des manipulateurs de radiothérapie cité plus haut, il semblerait qu'« *il y a du géré au sein même du réglé et il y a du réglé au sein même du géré* » (Falzon, 2019, p. 153).

Cependant, l'articulation entre le « réglé » et le « géré » n'est pas stable et n'est pas une garantie d'efficacité per se *a priori*. La construction de la qualité peut en effet être difficile, voire empêchée dans certaines circonstances (Clot, 2008 ; 2010) ; c'est le cas par exemple quand l'organisation et son cadre de règles ne permettent pas aux individus d'« agir », ou quand il existe des conflits ou des tensions entre les règles et les critères de qualité (Falzon et al., 2012 ; Falzon, 2013b). La situation est courante dans le secteur des services : les opérateurs y réalisent fréquemment des arbitrages raisonnés (en termes d'efficacité, de sécurité, de justice, etc.) entre les objectifs de performance définis par l'organisation et les nécessités et les attentes des bénéficiaires (patients, usagers, clients). Dans ce sens, construire la qualité suppose aussi de gérer les conflits de critères (Falzon et al., 2013), d'arbitrer, c'est-à-dire faire face aux dilemmes de l'activité (Devezies, 2005).

Ces conflits entre le « réglé » et le « géré » ne proviennent pas uniquement de l'extérieur, ils peuvent aussi naître du choc des points de vue entre la qualité exigée par l'organisation (représentée par les décideurs, les managers, les responsables) et celle que définissent les opérateurs (Falzon, 2013b ; Falzon, 2016). La qualité telle que l'exige l'organisation ne coïncide pas toujours avec les critères de qualité définis par le ou les opérateurs. Quand les deux points de vue coïncident, la recherche de qualité peut produire des effets positifs sur la santé, la réussite et l'apprentissage (Falzon, 2013a ; Miossec et Rouat, 2016). Mais si la qualité telle que la définit l'agent ne correspond pas à celle que définit l'organisation, la situation peut rendre difficile les arbitrages et conduire à une « détresse éthique » (Vézina, 2011).

2.1.2. La place de l'organisation dans la construction de la qualité des soins

Des études en ergonomie et autres sciences du travail ont mis en évidence le rôle de l'organisation dans la réalisation d'un travail de qualité au sein des établissements de soins (Gonon et al., 2009 ; McCulloch et al., 2010 ; Garcia et al., 2011 ; Raspaud, 2014 ; Hignett et al., 2015). Dans plusieurs de ces travaux, l'organisation reste cependant assimilée à un organigramme définissant les responsables, les fonctions et les tâches à effectuer pour atteindre les objectifs fixés (Daniellou et al., 2010). Selon le point de vue défendu ici, cette représentation est trop simple pour rendre compte du processus de construction de la qualité, parce qu'elle assimile les individus à de simples « engrenages » à l'intérieur d'une « machine » organisationnelle (Arnoud et Falzon, 2017).

Des travaux en sociologie (de Terssac, 2011 ; Maggi, 2016) et psychosociologie (Weick et Sutcliffe, 2001) ont tenté de dépasser cette vision statique de l'organisation en tant que structure hiérarchique et fonctionnelle, pour adopter une vision dynamique et processuelle. Dans cette perspective, toute organisation est un système complexe et instable constitué de deux entités : une « structure » qui définit un cadre et un « *ensemble d'interactions entre les personnes et les groupes* » qui la constitue et la fait vivre (Petit, Dugué et Daniellou, 2011 ; Petit et Coutarel, 2013). La structure ou « organisation formelle » est constituée de ce qu'il est possible de concevoir et de mettre en place, c'est-à-dire des règles formelles et des dimensions matérielles. Les activités individuelles et collectives et les interactions entre individus et collectifs constituent l'activité sociale ou l'« organisation vivante » (de Terssac & Lompré, 1996 ;

Daniellou, 1999). Les échanges permanents entre les deux entités permettent de conserver l'équilibre organisationnel nécessaire à l'efficacité productive et à la santé des individus. L'organisation, dans cette perspective, est un système vivant, un lieu de tension et de régulation entre des acteurs qui donnent lieu à un « travail d'organisation » (*Ibid*, 1996 ; Nivet, Petit et Falzon, 2021) qui transforme en permanence la structure organisationnelle (Petit et al., 2011). Ainsi, les opérateurs contribuent à la transformation de l'organisation en même temps que cette dernière les transforme elle-même.

Dans les services de soins, ce rôle double de l'organisation devient fondamental pour assurer la qualité. D'une part, ces services doivent fournir les conditions matérielles et réglementaires nécessaires pour assurer un ensemble de composants et de processus organisationnels caractérisés par leur complexité technologique, qui forment la base de services et d'unités variées (clinique, laboratoire, administration, etc.), et ce dans un contexte social et économique exigeant et dans un cadre temporel limité (évolution de la maladie, processus de guérison, multiplicité des patients) (Catchpole et Jeffcott, 2016). Par ailleurs, les services de soins doivent favoriser l'émergence d'espaces d'interaction contribuant à la coordination – au sein d'un cadre formel – à un groupe nombreux d'acteurs dont les statuts et les métiers diffèrent (médecins, personnel paramédical, administratifs, etc.), et qui évoluent à l'intérieur d'une structure hiérarchique forte, où coexistent des cultures et des sous-cultures parfois antagonistes (Martin et Gadbois, 2004). La production de la qualité des soins au sein d'un service de soins achoppe sans ces deux composantes.

Dans une perspective constructive en ergonomie (Falzon, 2013a), la mise en œuvre de ce double rôle de l'organisation ne suffit pas pour produire un travail de qualité. Pour ce faire, l'organisation doit favoriser aussi bien le développement du pouvoir d'agir des individus que la transformation des ressources potentielles en ressources effectives individuelles et collectives (Six-Touchard & Falzon, 2013 ; Raspaud, 2014). Falzon (2013a), reprenant les travaux en économie de Sen (1999), souligne qu'il est possible de différencier : a) les « capacités » des individus, c'est-à-dire les ressources internes - compétences, santé, engagement - et externes - outils, connaissances, etc. dont ils disposent pour agir, et b) leurs « capacités », c'est-à-dire leurs possibilités réelles d'agir (liberté de choix) dans une situation donnée. Selon cette perspective, il ne suffit pas d'avoir des capacités pour agir, il faut pouvoir les convertir en capacités (voir Figure 2). C'est le rôle des « facteurs de conversion » (positifs)

d'assurer cette conversion. Il existe en effet dans l'environnement des « *facteurs qui facilitent (ou entravent) la capacité d'un individu à faire usage des ressources à sa disposition pour les convertir en réalisations concrètes* » (Fernagu-Oudet, 2012, p. 10).

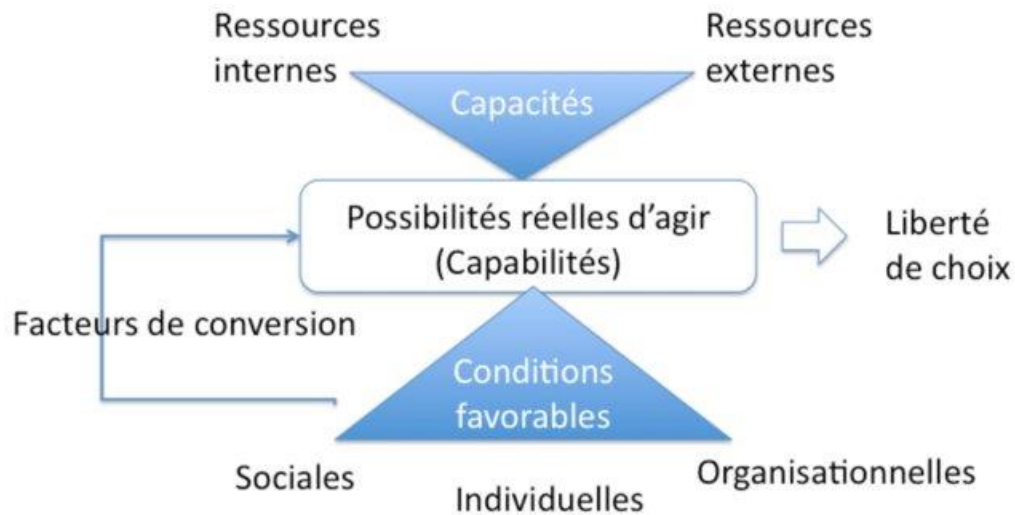


Figure 2 : Les capacités dans leurs rapports aux capacités, facteurs de conversion et conditions favorables, d'après Denys (2013)

A ce sujet, certains travaux sur la fiabilité ont mis en évidence comment, même en présence d'« équipes habiles et de capacité d'adaptation », le système organisationnel lui-même peut empêcher le personnel de santé de mettre en œuvre ses ressources pour s'adapter à une situation de soins (Amalberti, 2013 ; Vincent et Amalberti, 2016). C'est le cas par exemple lorsqu'il y a « surprescription » dans des services très réglés comme la pharmacie (Nyssen et Cote, 2010), ou en cas de morcellement des tâches et d'isolement dans des systèmes plus gérés comme les unités d'hospitalisations (Garcia et al., 2011). Dans ce type de situations, les ressources potentielles peuvent être disponibles sans être exploitées, reconnues ou développées (Falzon, 2013a).

Pour finir, si l'organisation peut contribuer à la construction de la qualité à travers la prescription de règles, elle doit également accomplir une fonction de soutien pour l'activité des individus et des collectifs afin de favoriser leur capacité d'« agir » (Petit et al., 2011). Il n'est pas question de concevoir l'organisation comme une structure qu'il faut « adapter » aux opérateurs ; elle doit être celle « que l'on peut mettre à sa main », autrement dit, elle doit être

conçue comme un artefact, mais aussi comme un instrument (Rabardel, 1995). En définitive, l'organisation doit être plus modulable à la variabilité du travail quotidien, mais aussi plus fiable dans sa capacité de résilience (Petit, 2005). Falzon (2013a) propose une idée similaire à partir du concept d' « environnement capacitant », qui définit des environnements de travail non délétères, non excluants et qui permettent aux personnes de réussir et de se développer tout à la fois.

2.1.3. Qualité du travail produit, qualité du travail vécu

Alors que les concepteurs et les décideurs organisationnels définissent la qualité en termes de règles formelles et de résultats attendus (en termes de standards, d'indicateurs, d'objectifs de production), c'est le travailleur, avec sa singularité et ses ressources, qui produit la « qualité effective ». Dans les situations de soins, produire de la qualité implique de mobiliser des ressources pour tenter de récupérer ou de préserver l'état de santé d'une personne en souffrance et de répondre à ses besoins particuliers. Ce travail, comme tout autre, nécessite un engagement subjectif dans l'activité, qui exige que « ce que je fais » (mon action, mes résultats, mes critères de qualité) corresponde à ce que « ce que je suis » (mon corps, mes connaissances, mon initiative) (Van Belleghem et. al, 2013). Cependant, cet engagement en faveur de la qualité n'est pas donné d'avance ; il se construit à partir du développement d'un « rapport sensible au travail » (Böhle & Milkau, 1998). Cela permet aux travailleurs de découvrir une consonance entre les caractéristiques des objets de travail et leur propre personnalité grâce aux résultats obtenus (Davezies, 2006). En ce sens, bien faire son travail apporte aux individus « *non seulement un bénéfice économique, mais aussi un bénéfice subjectif : l'approbation des autres contribue à l'estime de soi* » (Daniellou et. Al, 2010, p. 78).

L'idée que le travail a une résonance sur les individus peut se décliner dans un modèle de l'activité humaine (Leplat et Cuny, 1977 ; Leplat, 2000 ; Falzon, 2004 ; Gaudart et Falzon, 2012 ; Falzon, 2013a). Comme indiqué dans les sections précédentes, l'activité est le résultat d'un couplage entre les caractéristiques d'une tâche et les caractéristiques de l'individu (ou du groupe d'individus) (voir Figure 3). Ce couplage n'est pas mécanique. Dans ce processus, le sujet mobilise ses ressources (physiques, cognitives, psychologiques et sociales) et incorpore à la tâche une série d'éléments qui lui sont propres (son expérience professionnelle, son histoire, ses critères de travail, ses

valeurs personnelles, son état du moment) pour produire un résultat qui sera unique et non reproductible. Le résultat de l'activité aura ensuite des effets sur le sujet (santé, compétences, bien-être) et sur la tâche (qualité, sécurité, efficacité). Si les effets sur soi ou sur la performance ne sont pas satisfaisants (résultat de non-qualité, fatigue, risque) et si le travailleur dispose d'une marge de manœuvre suffisante, ce dernier peut réguler son activité (par exemple, changer le mode opératoire, redéfinir la tâche, appliquer d'autres critères de travail). Les effets d'une telle régulation peuvent apparaître à court ou à long terme, et porter sur l'opérateur comme sur le système.

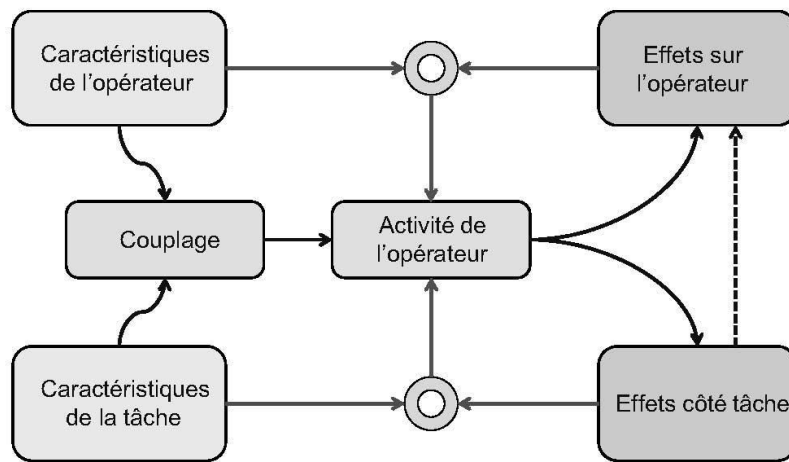


Figure 3 : Schéma du modèle de l'activité de Leplat (adapté par Falzon,2013a)

Selon ce modèle, si les résultats produits sont conformes à ce qui est prédéfini ou attendu par l'organisation, le système en bénéficie évidemment. Cependant, comme indiqué ci-dessus, les effets sur la tâche peuvent également avoir une résonance sur le sujet (d'où la ligne en pointillés dans le schéma) (Falzon, 2013a ; 2013b). La réalisation d'un travail de qualité aux yeux de l'opérateur peut lui permettre d'obtenir une satisfaction, d'apprendre quelque chose de nouveau, de développer un nouveau mode opératoire, d'être reconnu par les autres (collègues, hiérarchie, clients), etc. Le résultat de l'activité peut alors être non seulement un bénéfice pour le système, mais aussi un facteur de bien-être pour le travailleur. À l'inverse, si les résultats du travail ne génèrent pas de satisfaction pour le sujet, ou s'ils s'avèrent conflictuels, un état de mal-être, un sentiment d'échec, une souffrance peuvent apparaître. Ainsi, du point de vue du travailleur, il y a une double orientation sur le résultat du travail, l'une sur l'extérieur - le produit du travail- et l'autre sur soi-même - la satisfaction, le sentiment de réalisation de soi et de progrès.

Pour comprendre cette double orientation sur la performance du travail, il est nécessaire d'aborder

la notion de « travail bien fait » (Devezies, 2006 ; Clot, 2010) et sa relation avec la production de qualité du point de vue de l'opérateur. C'est une notion qui a été explorée principalement dans le domaine de la santé au travail, où il a été montré que la réduction du pouvoir d'agir ou la « désarticulation » des différentes dimensions de l'activité (efficacité, beauté du geste, éthique, sens du métier, etc.) entraînent des souffrances et des atteintes à la santé (Caroly, 2010 ; Davezies, 2006 ; Dejours et al., 1994 ; Falzon, 2013b ; Falzon, 2016).

Selon Falzon (2013b), le « travail bien fait » est celui qui permet de parvenir à un résultat conforme à ses propres normes de qualité, qui donne l'occasion de mettre en œuvre ses compétences (en les mettant à l'épreuve et en permettant d'en faire le meilleur usage possible), et qui offre l'opportunité de développer de nouvelles compétences en faisant le travail en interaction avec d'autres (collègues, usagers, etc.). Cette notion est elle-même pourvue d'une double orientation externe et interne. Elle implique d'un côté de « faire un travail de qualité » (la qualité produite), et de l'autre d'« avoir un travail de qualité » (la qualité vécue) (Falzon et al., 2012). Les deux dimensions impliquent la mobilisation subjective du sujet dans l'action et ont un impact sur celui-ci, même si au fond ils évoquent deux aspects entre lesquels il n'existe qu'une différence subtile (Cuvelier, 2016).

D'un côté, « faire un travail de qualité » consiste pour le sujet à arriver à faire ce qu'il avait prévu de faire alors qu'il aurait éventuellement pu échouer ou faire autre chose (Falzon, 2013b). Dans la situation de travail, les travailleurs inventent, produisent et négocient activement des solutions efficaces afin de réguler leur propre action, mais aussi les actions et les interactions des différents acteurs (collègues, responsables, bénéficiaires) et les éléments qui interviennent dans cette situation (de Terssac, 2011). Ils cherchent ainsi à définir un ordre productif, mais ils le font aussi en pensant aux bénéfices attendus pour les individus. D'une part, faire un travail de qualité permet de se reconnaître dans son propre travail et d'obtenir une reconnaissance sociale pour la beauté du geste (de la part des collègues, de la hiérarchie, des usagers). D'autre part, faire un travail de qualité donne une impulsion vers le progrès de la technique (Dejours et al., 1994), le développement de nouvelles compétences (Delgoulet et VidalGomel, 2013) et permet d'atteindre un sens « artisanal du métier » (Sennet, 2011).

Quant à la qualité vécue, elle a à voir avec le sentiment d'être juste, authentique et utile pour la société (Miossec et Rouat, 2013). Le « sentiment de faire un bon travail » est moins lié au résultat

externe du travail, qu'à l'expérience subjective de celui-ci en lien avec les « critères de qualité » (Davezies, 2006 ; Dejours et al., 1994). A l'inverse, la « qualité empêchée » (Clot, 2008 ; 2010) ou le sentiment de ne pas pouvoir bien faire son propre travail – après avoir tout essayé –, est l'une des principales causes de préjudice pour la santé au travail (Dejours, 1998 ; Davezies, 2006 ; Daniellou et al., 2010).

La présence du patient au cœur de l'activité des opérateurs est la particularité essentielle du travail de soins (Teiger et al, 2005). La réalisation d'un travail de qualité est difficile dans la mesure où le résultat du travail peut être jugé sous différents angles (opérateur, collègues, responsables) en incluant le patient comme bénéficiaire (Cerf et al, 2004 ; Teiger et al., 2005). L'évaluation de la qualité du travail sera ici l'évaluation de la qualité du soin presté tant du point de vue de l'organisation que de celui du patient et de ses proches. Ceci suppose l'articulation effective des aspects techniques (cure ou « traitement ») et relationnels (care ou « prendre soin ») des soins, en les adaptant de manière juste aux désirs, aux besoins et à la singularité de chaque patient (Molinier, 2000). Par exemple, l'administration d'un traitement médical implique d'agir conformément à une thérapeutique (dimension du « cure ») tout en considérant les besoins autres (subjectifs, sociaux...) d'un sujet malade (dimension du « care ») (Mollo, 2004).

Enfin, la possibilité de réaliser un travail de qualité ou « travail bien fait » dépend également de la présence d'un « collectif de travail de qualité » (Caroly, 2010 ; Clot, 2010 ; Caroly et Barcellini, 2013). Le collectif est une ressource tant pour l'organisation que pour la santé des individus, et peut contribuer à la réalisation d'un « travail bien fait » de différentes façons (Caroly, 2016) : en aidant l'individu qui se trouve seul face à la tâche et aux conflits sur les finalités de la situation de travail ; en octroyant des marges de manœuvre individuelles et collectives ; en permettant à ses membres de mettre en débat les difficultés et d'élaborer des manières nouvelles de réaliser le travail. Dans ce sens, les collectifs de travail assurent une fonction de protection des individus, tout en étant porteurs et gardiens des règles du travail et des critères de qualité (Davezies, 2006 ; Caroly et Barcellini, 2013). Inversement, si les conflits sur les critères de qualité ne trouvent pas un lieu où être reconnus et débattus au sein du collectif, la qualité du travail et la santé des opérateurs risquent d'être fragilisées (Petit et al., 2011). Dans tous les cas, si l'organisation fragilise les collectifs, elle fragilise aussi la qualité du travail (Clot, 2010).

2.2. Comprendre la construction de qualité comme un processus distribué : vers un modèle d'analyse d'activité à plusieurs niveaux.

Afin de comprendre la construction de la qualité comme un processus distribué au sein de l'organisation, cette section propose un modèle intégratif de l'activité du travail. En ergonomie, les « modèles opérants » sont généralement séparés en deux niveaux : analytique (visant à analyser une tâche ou un type d'activité particulier) et systémique (visant à avoir une vision plus globale des problèmes et à associer de multiples facteurs) (Leplat, 2003 ; Petit, 2020). L'intérêt d'intégrer différents modèles est de comprendre et d'articuler deux niveaux d'activité – local et global - dans l'organisation. On peut alors, d'une part, avoir une vision sur ce qui est en jeu dans une situation de travail au niveau local, par rapport à un type d'activité ou poste de travail ; d'autre part, comprendre ce qui est en jeu dans la mobilisation d'une activité conjointe, déployée de manière transversale par des acteurs menant des activités différentes, à différents niveaux de l'organisation.

Notre modèle cherche à représenter la construction de la qualité du travail comme un processus régulé collectivement et négocié en permanence (*Ibid*, 2020). Ce processus intègre les dimensions objectives (la qualité produite) et subjectives de la qualité (la qualité vécue) qui, comme nous l'avons vu dans la section précédente, est un facteur de performance pour l'organisation mais aussi de santé et de développement pour les individus qui y travaillent.

2.2.1. Présentation du modèle et de ses composantes

Travailler consiste à articuler des ressources, des contraintes et des objectifs émanant de systèmes techniques (matériels, logiciels), de l'organisation (procédures, règles, documentation), du collectif (règles partagées, compétences des autres) et de l'individuel (formation, expérience professionnelle) afin de trouver des compromis plus ou moins satisfaisants (Falzon, 2019 ; COFSOH, 2019). Cependant, pour comprendre comment les systèmes de travail produisent de la qualité, il est nécessaire de pouvoir analyser ce qui rend ces compromis possibles et acceptables. Dans les entreprises, tous les processus de travail sont le résultat de la coordination et de la régulation entre des acteurs qui ont généralement des

métiers spécifiques et remplissent des fonctions particulières à différents niveaux de l'organisation.

Afin de comprendre comment les acteurs agissent et se mobilisent pour construire la qualité du travail, il est possible de reprendre le modèle développé par Dietrich et al. (2010) qui présente trois niveaux de mise en jeu de l'activité dans l'organisation. De notre point de vue, ce modèle, initialement conçu dans le but d'analyser l'activité de gestion des ressources dans l'organisation, permet de comprendre différents processus organisationnels de manière intégrative. Le modèle distingue trois niveaux d'activité organisationnelle qui ressemblent à ceux de la pyramide organisationnelle d'Anthony¹¹ (1965), et explique leurs interactions sur la base du modèle de la théorie de la régulation sociale de Reynaud¹² (1979 ; 1995) (voir Tableau 3). Le modèle pose l'activité organisationnelle comme le résultat d'une régulation conjointe issue de compromis négociés entre les acteurs à différents niveaux de l'organisation. Ces compromis proviennent de la confrontation puis de l'accord entre les régulations formelles et informelles qu'effectuent les acteurs à chacun de ces niveaux. Les acteurs, par leur position et leurs objectifs, participent au processus de travail et structurent le fonctionnement des différents niveaux de l'organisation de manière à la fois descendante et ascendante (Dietrich et al., 2010).

Niveaux	Acteurs	Mécanisme	Finalité	Production
1er niveau	Direction (Top-management)	Rationalisation	Conception, formalisation de l'action organisée	Argumentaire managérial, outils de gestion, conception de la structure organisationnelle.
2e niveau	Management intermédiaire	Interactivité, négociation	Coordination, activation	Mise en œuvre des dispositifs de gestion, Appréciation des salariés

¹¹ Sur la base d'études sur la planification stratégique et la prise de décision organisationnelle, Anthony (1965) a proposé de distinguer deux types de divisions dans les organisations : la division horizontale, par laquelle le travail est fractionné en tâches, et la division verticale, qui génère une structure hiérarchique en fonction des responsabilités décisionnelles officielles. Anthony a appelé cette double division du travail la "pyramide organisationnelle". Elle comprend : un niveau supérieur ou stratégique (chargé d'élaborer les politiques et stratégies de l'organisation), un niveau intermédiaire ou tactique (qui coordonne les activités réalisées au niveau inférieur ou opérationnel), et un niveau inférieur ou opérationnel (qui réalise les tâches liées à l'activité principale développée dans l'entreprise).

¹² Dans le but de dépasser l'opposition entre règles formelles et règles informelles établie par l'École des Relations Humaines, Jean-Daniel Reynaud (1979) étudie les relations entre le conflit, la négociation et la règle afin d'élaborer une théorie de la régulation sociale. Selon Reynaud (1995), on peut distinguer plusieurs types de régulations au travail : une régulation de contrôle définie par l'entreprise, une régulation autonome définie par l'opérateur ou le groupe d'opérateurs, et enfin une régulation conjointe qui est une combinaison négociée des précédentes basée sur un compromis entre les acteurs.

3e niveau	Equipe de travail	Expérimentation	Professionnalité	Savoir-faire, compétences en acte
-----------	-------------------	-----------------	------------------	-----------------------------------

Tableau 3 : Les trois niveaux de l'organisation (adapté de Dietrich et al, 2010)

Le regroupement de ces trois niveaux dans un même cadre analytique permet de rendre compte de leurs interactions et régulations, qui peuvent se caractériser par la complémentarité, la tension ou l'interdépendance. L'adaptation de ce modèle permet également de reconnaître que, contrairement aux approches qui conservent une vision statique et structurelle de l'organisation, les processus de régulation ne sont pas seulement structurés de manière hiérarchique et descendante, mais aussi de manière ascendante (Nivet, Petit et Falzon, 2021). En effet, dans cette perspective, les acteurs de chaque niveau doivent répondre à la fois à des « prescriptions descendantes » - provenant de la hiérarchie et de la structure organisationnelle - et à des « prescriptions remontantes » - provenant des caractéristiques matérielles des situations, des collègues ou des clients (Six, 1999). Ainsi, l'activité de la direction peut activer des processus de régulation chez les managers intermédiaires ou les équipes de travail, tout comme l'activité des équipes de travail peut activer des processus de régulation des managers ou de la direction.

Pour mieux comprendre le rôle des acteurs, à chaque niveau, dans la construction de la qualité, certaines de leurs caractéristiques seront présentées plus en détail ci-dessous. Nous nous arrêterons ensuite sur les mécanismes de régulation et d'articulation qui sont nécessaires pour assurer une activité conjointe entre les différents niveaux de l'organisation et pour construire la qualité du travail.

2.2.1.1. Niveau 1 : Direction

Le « premier niveau » de ce modèle est occupé par l'équipe de direction qui est responsable des décisions stratégiques et de la définition des objectifs à long terme de l'organisation (Dietrich et al., 2010). Les acteurs de ce niveau cherchent à assurer la performance globale du système, principalement par la rationalisation (au sens de Weber) des moyens à leur disposition (Ughetto, 2012). Dans les entreprises, ils conçoivent les composantes essentielles de la structure organisationnelle, telles que les règles de travail, le processus de production, les conditions matérielles, la gestion du personnel, les politiques de sécurité, etc. Au quotidien, ces dirigeants doivent réaliser des arbitrages lorsque le fonctionnement de l'entreprise est perturbé et que la

ligne hiérarchique et les équipes ne peuvent pas faire face aux problèmes existants (ex : défaillance systémique de sécurité, dysfonctionnement majeur, risque d'effondrement) (Tengblad, 2012).

L'image du directeur comme leader visionnaire fixant des objectifs est une représentation populaire mais trompeuse de l'activité des dirigeants (Minzberg, 2009). Les travaux ethnographiques menés dans le domaine des sciences de gestion ont montré que le travail de ces managers est agité, fragmenté, complexe, désorganisé, qu'il présente de multiples facettes, et s'exerce dans un contexte de forte pression (Carlson, 1951). Ils doivent agir dans la sphère de la gestion où tout est incertain et peu tangible, contrairement à celle de l'ingénieur où tout est contrôlable et mesurable (Hubault, 2006).

Les décisions des acteurs de ce niveau sont déterminantes pour la conception de la structure organisationnelle (processus, règles officielles, etc.) et l'allocation des ressources nécessaires (humaines, techniques) aux acteurs des autres niveaux pour construire la qualité (Daniellou et al., 2010). Les régulations à ce niveau représentent l'activité organisationnelle au niveau macro : des négociations prolongées, élaborées et souvent controversées sur la configuration appropriée des ressources, les moyens appropriés pour les générer et les systèmes qui les soutiennent (Macrae, 2019). Les pressions et les perturbations qui affectent l'organisation peuvent conduire ces acteurs à reconfigurer l'architecture du système en réponse à des crises systémiques.

L'activité des dirigeants joue non seulement un rôle important en termes de performance des organisations, mais aussi pour préserver la santé des personnes qui y travaillent (Dugué et Petit, 2010). Les décisions relatives à la conception de la structure organisationnelle et du modèle de gouvernance peuvent favoriser ou entraver les possibilités de développement des individus et de l'organisation, étant donné qu'elles affectent des aspects tels que l'accès aux moyens de faire le travail, les espaces de délibération, ou encore la répartition du pouvoir de décision.

2.2.1.2. Niveau 2 : Management intermédiaire

Le « deuxième niveau » du modèle est occupé par le management intermédiaire, qui est chargé de rendre opérationnels au quotidien les objectifs et les processus conçus par la direction (Macrae, 2019). Pour Mispelblom-Beyer (2010), les managers intermédiaires sont « entre le

marteau et l'enclume », ils doivent « se débrouiller » entre la pression du « haut » et celle du « bas ». D'une part, leur travail consiste à traduire les politiques et les pratiques définies par la direction en règles de travail, en objectifs et en ressources qui assurent le bon fonctionnement de l'entreprise (organisation du travail, distribution des ressources, etc.) (Daniellou et al., 2010). D'autre part, ils doivent s'assurer que leurs équipes atteignent les performances attendues par l'organisation, tout en créant des conditions favorables au développement des individus (santé, compétence, bien-être) (Danillou, 2010 ; Hubault et Bourgeois, 2013). Leur travail consiste à encadrer le travail - en définissant le travail prescrit et ses conditions d'exécution - et à le cadrer - en vérifiant que le résultat du travail effectué correspond à celui défini par l'organisation (de Terssac et Cambon, 1998). En ce sens, on peut affirmer qu'une partie essentielle du travail de ces professionnels consiste à promouvoir le « travail d'organisation » (de Terssac, 2011), c'est-à-dire à créer « *des règles pour ordonner les actions et les interactions de tous ceux qui contribuent à la production de biens ou de services* » (p. 104).

Les acteurs de ce niveau sont doublement importants dans le processus de construction de la qualité du travail. Tout d'abord, ils ont une responsabilité dans la construction des compromis qui permettent d'assurer le bon fonctionnement de l'organisation (Daniellou et al., 2010 ; Petit, 2020). Ils participent aux ajustements qui sont faits quotidiennement sur le terrain, avec les travailleurs, pour résoudre les problèmes ordinaires ou les situations exceptionnelles. Ensuite, ils jouent le rôle de « sécant marginal » au sein de l'organisation (Dietrich, 2006 ; Daniellou, 2010), c'est-à-dire qu'ils sont des acteurs clés de plusieurs systèmes d'action interconnectés et ont alors un rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre la direction et les équipes de travail (Crozier et Friedberg, 1977). Ces acteurs ont entre autres un impact sur l'articulation des flux descendants et ascendants à chaque niveau, sur la négociation des objectifs et des ressources, sur la compatibilité des règles et des critères de travail, sur l'anticipation des contradictions ou des dysfonctionnements. (Daniellou et al., 2010).

Cependant, la contribution des cadres intermédiaires est sujette à des tensions. Ces travailleurs sont les destinataires de multiples prescriptions et ordres qu'il est parfois difficile de concilier : atteindre les objectifs de performance, contrôler les coûts, promouvoir les politiques de l'entreprise, préserver la santé des employés, assurer la qualité et la sécurité (Daniellou et al. 2010 ; Piney, 2015). Une part importante du rôle de ces managers intermédiaires consiste à gérer les contraintes, à faire des compromis et à élaborer des solutions avec les ressources

disponibles pour garantir de bonnes performances (Carballeda, 1997). Lorsque les conditions sont favorables, ce travail d'ajustement permanent, pour les autres et pour soi-même, peut devenir un facteur de développement pour l'organisation et pour les individus.

2.2. 1.3. Niveau 3 : Équipes de travail

Les équipes de travail représentent l'activité organisationnelle au niveau micro de l'organisation : elle comprend les interactions dynamiques entre les individus et leur environnement immédiat, et les régulations qui permettent de gérer à la fois les situations de routine et les événements inattendus dans le travail de première ligne (Hutchins, 1995 ; Suchman, 1987). Ces équipes sont généralement composées de professionnels de différents métiers, mais qui travaillent le plus souvent vers des objectifs communs, dans un cadre de relations d'interdépendance (Dietrich, 2005). Ils interviennent dans le processus de travail en effectuant des tâches spécifiques à leur fonction, qui impliquent un certain niveau de professionnalisme. Les acteurs de ce niveau sont généralement les premiers à subir les effets des décisions prises par les lignes de commandement et aussi les premiers à détecter les dysfonctionnements de l'organisation (Dietrich et al., 2010).

À ses débuts, l'ergonomie mettait l'accent sur la contribution de ces professionnels de première ligne à la qualité du travail, qui s'effectue de deux manières. Ils participent d'une part à la réduction ou à la gestion de l'écart entre le réel et le prescrit à un niveau proche de l'activité productive principale de l'organisation (Leplat, 1980, Guerin et al., 1997). Bien que ces travailleurs n'aient pas de position hiérarchique ou de pouvoir formel pour changer la structure organisationnelle ou les règles de travail officielles, leur connaissance et leur expérience de la singularité du terrain leur confèrent un pouvoir informel de transformation de l'organisation réelle, qui peut être plus ou moins légitimé par les pairs et les hiérarchies (Daniellou, 2010 ; de Terssac, 2016). D'autre part, précisément parce qu'ils ont une connaissance intime du travail de terrain, ces travailleurs peuvent contribuer à la qualité en remontant les dysfonctionnements et en détectant les signaux faibles qui pourraient perturber le bon fonctionnement de l'organisation à l'avenir (Rocha, 2014). Ce type de remontées est essentiel à la détection et à la résolution rapide des déviations du système, mais aussi à la négociation de règles de travail formelles.

L'activité des équipes de première ligne est donc essentielle pour gérer le travail quotidien et

les perturbations potentielles qui peuvent affecter l'organisation. Dans des contextes perturbés, ces équipes peuvent même être contraintes d'agir rapidement et de s'organiser pour faire face à l'émergence de perturbations existantes (Hollnagel, 2006 ; Macrae, 2019 ; Woods, 2020).

2.2.2. Mécanismes d'articulation et de régulation des différents niveaux de l'organisation

Cette section présentera les différents mécanismes d'articulation et de régulation entre les acteurs à chaque niveau du modèle. Ces mécanismes nous permettent de comprendre la construction de la qualité comme une activité organisationnelle. Comme mentionné ci-dessus, dans toute situation de travail, même celles dans lesquelles toutes les procédures sont standardisées, il existe un écart entre le fonctionnement envisagé par les concepteurs du travail et le fonctionnement réel, écart que les travailleurs tentent de combler. Le principe que ce modèle cherche à présenter est que lorsque les acteurs de chaque niveau se coordonnent et mobilisent une activité commune de qualité, c'est-à-dire leur permettant d'agir de manière efficace et dans des conditions de travail favorables, le processus de construction de la qualité au sein de l'organisation est favorisé. Cette mobilisation est non seulement importante pour assurer la performance dans les conditions prévues, mais aussi pour pouvoir le faire face à des perturbations quotidiennes ou à des bouleversements plus vastes (crises, défaillance systémique, effondrement). Une activité conjointe coordonnée et articulée contribue à la résilience et à la capacité d'innovation des systèmes, qui gagnent en agilité, en flexibilité et en réactivité (Macrae, 2019). A l'inverse, une activité conjointe mal coordonnée, fragmentée ou perturbée peut conduire à ce que Woods (2020) appelle le « *strategic agility gap* » : « *l'organisation n'est pas en mesure de développer des capacités d'adaptation au changement, à l'émergence de nouveaux défis, et devient fragile* » (p. 95).

2.2.2.1. Régulation et interaction entre les différents niveaux de l'organisation

Comme mentionné ci-dessus, face à la variabilité inhérente à toute situation de travail, afin d'obtenir des résultats efficaces et de préserver leur santé, les travailleurs régulent leur activité en fonction de l'évolution de la tâche et de ses objectifs, de leur état interne ou de l'apparition d'aléas, etc. (Leplat, 2000). La régulation est un mécanisme de contrôle qui compare l'issue

d'un processus à un résultat souhaité, et régule le processus en fonction des différences constatées (Falzon, 2004).

La régulation visant à modifier la tâche peut être mise en œuvre de deux manières (Rabardel, 1995) : la régulation par adaptation se produit lorsque le travailleur ou le groupe de travailleurs s'adapte à la situation afin de réduire l'écart par rapport à une norme ou un critère fixe. Cette régulation se fait généralement lorsqu'il n'existe pas de solution préétablie parce que la situation de travail est variable : les travailleurs doivent alors mettre en œuvre des actions en tenant compte des éléments de chaque nouvelle situation qu'ils rencontrent. La régulation par arbitrage constitue une deuxième voie possible : ce processus intervient lorsque les éléments d'une situation sont en contradiction (qualité, sécurité, confort, santé). Dans ce cas, les travailleurs doivent faire un choix, c'est-à-dire établir un compromis, entre des éléments de la situation dont les valeurs sont en conflit (par exemple, les exigences de production par rapport à la charge de travail), qui peuvent être équilibrés ou déséquilibrés. La qualité de ce compromis dépend, d'une part, des caractéristiques des travailleurs (santé, compétences, engagement) et, d'autre part, de la « marge de manœuvre », qui définit l'espace des compromis possibles pour les travailleurs et les limites qui ne peuvent - ou ne doivent - pas être franchies par rapport à ce qui est attendu par l'entreprise et par les travailleurs eux-mêmes. Lorsque ces régulations s'avèrent efficaces, elles peuvent être intégrées par les travailleurs en tant que stratégies opérationnelles ou règles d'action et utilisées ensuite comme partie du répertoire d'actions disponibles pour gérer l'écart entre le travail réel et le travail prescrit (Guerin et al., 1997 ; Teiger et al., 2005).

En termes d'organisation du travail, les régulations font référence aux mécanismes collectifs d'élaboration et de négociation des règles de travail (de Terssac, 1996 ; Carballeda et Garrigou, 2001 ; Daniellou, 2013). Les régulations individuelles s'inscrivent dans des régulations sociales complexes où se confrontent des « règles de contrôle » émanant « d'en haut » en tant que règles formelles imposées aux membres de l'organisation, et des « règles autonomes » émanant « d'en bas » en tant que pratiques quotidiennes reconnues par les acteurs de terrain (voir Figure 4). La confrontation entre ces deux types de règles peut conduire à deux formes de régulation du travail qui assurent le fonctionnement de l'organisation : la « régulation chaude » et la « régulation froide ». La « régulation chaude » émerge de la confrontation entre les règles prescrites, la situation de travail et les déterminants de l'activité, elle conduit à l'élaboration de « règles efficaces » pour réaliser le travail lorsque la règle officielle ne s'applique pas ou n'est

pas efficace. Ces régulations se font en temps réel et représentent des compromis provisoires pour faire face à une situation spécifique. Les régulations froides sont effectuées lorsque les régulations chaudes deviennent inefficaces pour maintenir la santé et/ou les performances des individus, ou lorsque de nouveaux événements surviennent qui conduisent à reconsidérer les règles de contrôle et/ou à développer des « méta-règles » qui permettent de redéfinir la structure. Ces régulations sont effectuées a posteriori, en dehors de la situation de travail en question, et impliquent des représentants de la hiérarchie et des représentants des situations de travail concernées.

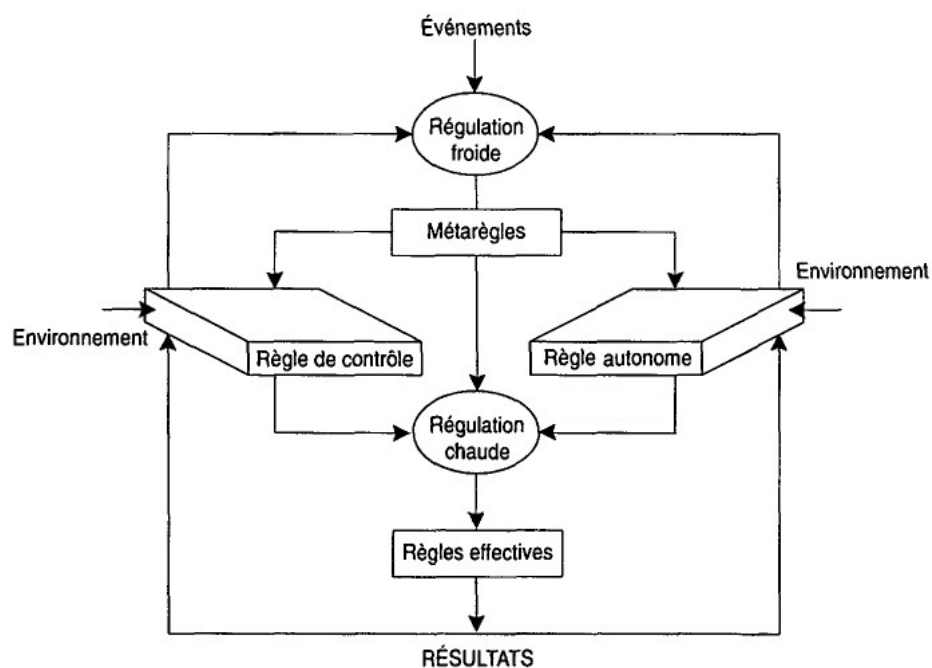


Figure 4 : Régulations chaudes et régulations froides à l'œuvre dans l'organisation (adapté de Terssac et Lompré, 2006)

Toutefois, dans cette perspective, les interactions et les régulations entre les acteurs ne sont pas statiques. Les confrontations permanentes entre les différentes règles et manières de faire des acteurs peuvent faire évoluer la structure formelle de l'organisation. Ainsi, par exemple, l'inefficacité ou les constantes exceptions aux règles formelles ouvrent la possibilité d'influencer les régulations à froid et amènent à renégocier de nouvelles règles, qui viennent modifier la structure organisationnelle (Daniellou et al., 2010). Par exemple, Carballeda (1997), en analysant l'activité des cadres de proximité, a montré que les réunions d'encadrement dédiées au traitement des difficultés de travail étaient souvent utilisées par ceux-ci comme des espaces

de régulation à froid pour renégocier les règles formelles avec leur propre hiérarchie. Ce type de compromis accepté par différentes parties constitue une troisième forme de régulation, également appelée par certains auteurs « régulation conjointe » (Reynaud, 1979).

Ainsi, dans ce modèle, l'organisation est un système vivant dont la « structure organisationnelle » n'est pas statique, mais évolue à partir des « interactions » entre les différents acteurs (Terssac et Lompré, 1996 ; Daniellou et al., 2010 ; Petit, 2020). Ces transformations s'opèrent par le biais de « régulations chaudes » - qui ont lieu dans l'action lorsque cela est nécessaire - et de « régulations froides » - réflexion et modification concertées de la structure en dehors de l'action-

2.2.2.2. Dimension collective de la régulation organisationnelle

Si l'on considère que la qualité est un processus construit collectivement, l'activité collective est une ressource fondamentale pour produire cette qualité. En ergonomie, l'activité collective est analysée à partir de deux dimensions complémentaires (Caroly et Barcellini, 2013). La première correspond aux modalités de « travail collectif » entre différents sujets, la seconde s'intéresse aux manières dont le « collectif de travail » se manifeste dans l'activité de chacun.

Selon la première, la notion de « travail collectif » se réfère à «*la réalisation conjointe d'une même activité par plusieurs individus, dans des lieux et des temps qui peuvent être communs ou différents* » (Caroly, 2010 p. 90). Ces réalisations conjointes peuvent adopter des formes différentes en fonction des objectifs des opérateurs et de leur coordination dans le temps et l'espace. Le travail collectif du personnel soignant revêt différentes formes (Caroly et Weill-Fassina, 2007) :

- La «co-action » est la forme particulière de coordination par laquelle les opérateurs réalisent des actions parallèles qui confluent à un moment donné (Guérin et al., 1997). Les objectifs de chaque opérateur sont différents, mais ils sont intégrés dans une activité commune à long terme (Caroly et Weill-Fassina, 2007).
- La « collaboration » correspond à une situation dans laquelle les objectifs à court terme sont identiques et les actions distinctes pour chaque opérateur (Rogalski, 1994).
- La « coopération » se réfère à une situation où les opérateurs travaillent sur le même objet et où chacun d'entre eux tend vers un but qui peut interférer avec un autre (De la Garza et Weill-

Fassina, 2000).

- L'« entraide » correspond à une situation dans laquelle un professionnel en aide un autre, sans que ce dernier ne le lui demande (Avila Assunção, 1998).

Ces différentes formes de travail collectif mettent en évidence la diversité des relations entre un travailleur et ses collègues. Selon Caroly et Weill-Fassina (2007), un travail collectif de qualité favorise les échanges entre collègues, la coordination du travail des différents membres d'une équipe (synchronisation opérationnelle) et la compréhension collective de la situation (synchronisation cognitive). En ce sens, le travail collectif recouvre deux fonctions majeures : la régulation de la production et la régulation de l'efficacité (Caroly 2010). Des études en ergonomie ont montré comment la qualité de l'activité permet aux régulations collectives d'être plus efficaces du point de vue de l'efficacité et de la préservation de la santé (Caroly, 2010, 2011 ; 2016 ; Mouchet et. al, 2017). Par exemple, la construction d'un « cadre référentiel commun » fournit aux opérateurs une représentation fonctionnelle commune qui oriente et contrôle l'activité exécutée collectivement (Leplat, 1991).

La notion de collectif de travail se réfère, pour sa part, aux « manières d'être en relation dans une équipe et de vivre ensemble le travail » (Caroly, 2010). Contrairement à ce que sous-tend la notion de travail collectif, ici l'activité des autres ne constitue pas un milieu d'« interférences possibles » pour l'activité individuelle. Elle « traverse » plutôt les activités de chacun et les fait évoluer (Clot, 2010). Selon Cru (2016), pour parler de « collectif de travail », il faut plusieurs travailleurs, un travail commun, une langue commune, des règles du métier communes et « *le respect durable des règles par chacun, ce qui suppose un cheminement individuel qui va de la connaissance des règles à leur intériorisation* » (Cru, 1988, p.4). Ces « règles du métier » ne sont pas des consignes formelles (règlements, procédures), ce sont des connaissances particulières qui guident les arbitrages que les sujets doivent effectuer pour faire face au non-écrit (Davezies, 2005). Pour qu'un « collectif de travail » se construise, il est nécessaire de disposer de « règles de métier » issues d'espaces de délibération entre travailleurs, d'un jugement de reconnaissance par les pairs de ces règles et compétences afférentes, et de relations de confiance réciproque (Caroly, 2010 ; Caroly et Clot, 2004). La présence d'un « collectif de travail de qualité » a une fonction protectrice, qui intervient à travers la possibilité pour le collectif d'élaborer et de réélaborer des normes et des règles encadrant l'action (notamment par rapport à des critères de qualité du travail), de gérer les conflits et les tensions dans les relations de travail, et de donner du sens au

travail (Caroly et Barcellini, 2013).

Toutefois, l'activité collective peut également se dérouler dans le cadre de formes de coopération plus complexes, telle que la coopération inter-commerces ou inter-services (Arnoud et Falzon, 2014). Elles concernent des professionnels de différents métiers ou qui travaillent dans différents services d'une entreprise. Dans ces contextes, l'utilisation des notions de travail collectif et de collectif de travail n'est pas entièrement pertinente car elles sont conçues pour comprendre l'activité collective de professionnels qui partagent généralement le même métier ou travaillent dans la même unité ou dans le même service opérationnel. Ce type de coopération est généralement soutenu par des instruments de gestion et est souvent coordonné par des *processus*. L'ergonomie a recours à la notion d'« activité collective conjointe » (Lorino, 2009) pour désigner cette dimension du travail collectif dans laquelle divers acteurs appartenant à des univers professionnels distincts sont amenés à faire des choses différentes, mais de manière coordonnée, et ce afin d'atteindre un objectif commun (Arnoud et Falzon, 2014). Des travaux récents réalisés dans différents contextes organisationnels montrent que, dans ce type de situation, la coordination entre les différents acteurs impliqués dans le processus de production est fondamentale pour garantir la qualité et la continuité du travail (Mollo, 2007 ; Nascimento, 2009 ; Petit, 2005 ; Muñoz, 2016). De la même manière que pour les collectifs de travail, l'articulation et l'ajustement permanent entre les différents professionnels impliqués peuvent être efficacement soutenus lorsqu'il existe un collectif de travail transverse (Motté, 2012). Celui-ci se développe lorsqu'il existe une connaissance partagée entre les participants du processus et du travail de chacun, une reconnaissance des compétences des participants et une volonté commune de faire au mieux le travail (Motté, 2012 ; Arnoud et Falzon, 2014).

Cependant, au-delà de la profession et de l'unité ou du service auquel les professionnels appartiennent, il est possible de distinguer l'activité et les régulations collectives qui se produisent entre professionnels d'un même niveau, de celles qui se produisent entre professionnels de différents niveaux de l'organisation. Pour distinguer ces deux formes de régulation, certains auteurs ont distingué deux formes de régulations, l'une « horizontale » et l'autre « verticale » (voir Figure 5) (de la Garza et Weill-Fassina, 2000 ; Mardon, 2015 ; Caroly, 2011 ; Petit, 2020). Les « régulations horizontales » sont celles effectuées par des travailleurs appartenant à un même groupe de travail - qu'il soit intra ou interprofessionnel - et travaillant au même niveau organisationnel. Les « régulations verticales » sont celles qui impliquent un membre hiérarchique

de l'organisation. Selon Caroly (2011), les deux formes de régulation sont essentielles au fonctionnement de l'organisation et entretiennent une relation d'interdépendance « *le déficit de régulations verticales constitue un obstacle aux régulations horizontales et vice-versa* » (p. 371).

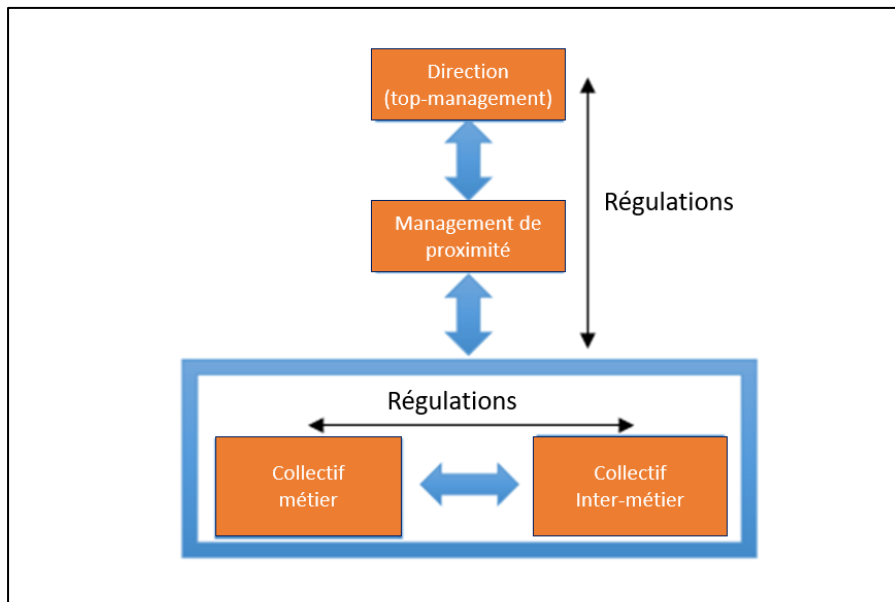


Figure 5 : Régulations horizontales et verticales (adapté de Petit, 2020)

L'efficacité des régulations collectives dépend non seulement de la marge de manœuvre dont disposent les différents acteurs, mais aussi du degré de coordination et d'accord entre les différentes actions à mener (de Terssac, 2011). Pour Petit (2020), la fluidité organisationnelle peut être atteinte lorsqu'il existe une articulation entre les régulations horizontales et verticales. Du point de vue de cet auteur, ce travail d'articulation est une partie essentielle du travail du manager.

2.2.2.3. Régulation organisationnelle et négociation des critères de qualité

Nous avons souligné l'idée qu'une part importante de l'activité des travailleurs consiste à effectuer des arbitrages raisonnés sur la qualité. Toutefois, la formulation de ces jugements pour les individus ne va pas sans une certaine complexité. Tout d'abord, parce que, comme nous l'avons indiqué dans la première section, la manière dont la qualité est perçue varie fortement selon le point de vue de l'acteur concerné (travailleur, manager, cadre, client, etc.). Ensuite, parce que la qualité se construit dans le cadre d'une situation dynamique, dans laquelle il existe une variabilité permanente par rapport à la tâche à accomplir et dont le résultat change constamment. En ce sens,

quels usages les individus font-ils des critères de qualité pour gérer les situations réelles de travail et comment les appliquent-ils en situation ?

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce chapitre, « bien faire » est souvent assimilé au fait de faire le travail prescrit, c'est-à-dire à la qualité prescrite ou à la qualité réglée. Cependant, les travailleurs, par l'expérience, développent un « rapport sensible au travail » et des façons de « bien faire » qui les amènent à élaborer leurs propres critères de qualité, critères qu'ils tentent d'appliquer (Davezies, 2006). Ces critères ne coïncident généralement jamais avec les critères établis par la structure organisationnelle, car dans la situation de travail réelle, il existe une variabilité inhérente à la tâche qui empêche leur application : soit parce que leur application est inappropriée, soit parce qu'elle contredit un autre critère ou une autre exigence (Falzon et al., 2014). Ainsi, au-delà d'une définition officielle de « bien faire » dans l'organisation (généralement reprise par les hiérarchies), dans la situation de travail, chaque travailleur procède à une évaluation subjective pour savoir si un critère de qualité correspond au résultat souhaité ou attendu (Canales-Bravo, 2017 ; Clot et al., 2021). Par exemple, la direction d'un centre d'appels peut fixer des durées d'appel définies pour assurer le flux des appels et garantir une certaine équité entre ses clients, mais les opérateurs peuvent fixer leurs propres critères concernant la durée de l'appel en fonction des besoins qu'ils estiment que le client a (par exemple en prolongeant la durée de l'appel) (Rolo, 2013).

Mais cette divergence par rapport aux critères de qualité ne se produit pas seulement par rapport aux critères officiels, elle a également lieu avec les pairs ou d'autres professionnels. Les études menées en clinique de l'activité ont montré que les milieux professionnels sont traversés par des conflits sur les critères de qualité, ceux-ci n'étant pas les mêmes pour tous (Clot, 2010). La notion de conflit ne renvoie pas ici à la notion de conflit social, ni à un conflit au sens d'une injonction paradoxale, mais plutôt à une confrontation de points de vue à partir d'un dialogue professionnel sur la « qualité du travail soigné » (Clot et al., 2021). Ces conflits de critères ne sont pas artificiels ni même « anormaux » ; au contraire, ils sont une condition pour préserver un éventuel accord sur un travail bien fait (Bonfond, 2016). Ainsi, ils seraient « *enracinés dans des conflits entre activités et dans l'activité des opérateurs, entre les registres du métier lui-même que nous allons définir, entre les activités et la tâche* » (Ibid, 2016, p. 40).

Cependant, les différences de qualité ne proviennent pas seulement des visions particulières qu'en ont les acteurs, mais aussi de la diversité des critères qui peuvent émerger au sein d'une même situation. En effet, lorsque nous évoquons la qualité, nous parlons généralement de dimensions ou de propriétés assez hétérogènes qu'un produit ou un service doit atteindre (Sennet, 1998). Celles-ci peuvent être très diverses, allant de la sécurité à la vitesse, en passant par d'autres critères tels que la quantité de production, la rapidité, la régularité, la satisfaction du client, etc. En ce sens, réaliser un travail de qualité implique de faire des arbitrages et de prendre des mesures pour concilier le plus grand nombre possible de critères utiles afin d'obtenir le résultat souhaité (Leplat, 2014). Toutefois, dans une situation de travail ordinaire, tous les critères n'ont pas la même valeur et peuvent différer. Par exemple, on peut trouver des « hiérarchies de critères » (ex : quand un critère est plus ou moins pertinent qu'un autre) ou des « conflits de critères » (ex : quand l'amélioration d'un critère entraîne la dégradation d'un autre) (Falzon et al., 2014). Il peut également y avoir des critères dépendants (le critère A dépend du respect du critère B) (Leplat, 1980).

Les critères de qualité dépendent aussi du caractère dynamique de toute situation de travail. En effet, la structure organisationnelle et les critères officiels sont généralement élaborés à partir d'une aspiration idéale pour le travail à effectuer, dans une situation « moyenne » (ou standard) (Amalberti, 2013). Cependant, la réalité de la situation de travail est tellement variable et dynamique que les critères de qualité peuvent être très différents selon le type d'activité, la complexité des tâches, les conditions de travail, le niveau d'exigence des clients, les compétences des équipes de travail, la marge de temps disponible, etc. (Clot et al., 2021). Par exemple, pour un vendeur de billets de train qui est amené à travailler dans une unité de vente où le flux de clients est élevé et où il y a un manque chronique de personnel, la possibilité de maintenir le service selon les critères requis est plus faible que s'il devait travailler avec une équipe plus nombreuse (Flamard, 2018). De même, pour un médecin qui doit traiter une maladie rare ou difficile à comprendre, les critères cliniques à utiliser sont souvent plus difficiles à déterminer et les résultats thérapeutiques plus incertains (Vincent et Amalberti, 2016). Ces deux exemples illustrent que les critères de qualité adoptés pour gérer une situation peuvent varier en fonction des moyens et des conditions disponibles pour agir dans une situation donnée.

C'est précisément en raison de ce caractère dynamique des situations de travail que le caractère « négocié » de la qualité est souligné (Petit, 2020). Les critères de travail, semblables à une règle,

sont un principe directeur qui indique ce qu'il faut faire et les résultats à obtenir (de Terssac, 2016). Cependant, dans la situation de travail, les individus ne gèrent pas le travail et les perturbations qui en découlent en appliquant à la lettre les critères - officiels et officieux - mais font des arbitrages en fonction de la situation, en ajoutant des critères ou en s'écartant des critères initialement utilisés (Falzon, 2019). En ce sens, les travailleurs combinent souvent les critères en action, de manière dynamique, au sein du processus de travail. Ce travail d'arbitrage et de combinaison se développe dans l'opposition, le conflit, le débat et la négociation entre les individus sur les critères et les règles de travail. Ce processus peut se dérouler entre collègues agissant au sein d'un même niveau (sous forme de régulation chaude), ainsi qu'entre les travailleurs et leur hiérarchie (sous forme de régulation froide) (Petit et Dugué, 2013).

Le caractère négocié de la qualité peut être promu de deux manières au moins, toutes deux complémentaires. La première consiste pour les organisations à définir, en participation avec les différents acteurs (travailleurs, clients, etc.), des critères adaptables de qualité du travail, en tenant compte des différents niveaux de fonctionnement du système. Par exemple, dans le secteur de la santé, Vincent et Amalberti (2016) proposent un modèle de cinq niveaux de soins progressifs en fonction du niveau de fonctionnement du système et de la possibilité d'atteindre les résultats de soins souhaités. Ce modèle a été proposé afin qu'il puisse être adapté à différents services de soins. Le deuxième moyen est d'encourager le dialogue autour de la qualité du travail, soit en développant des cadres dialogiques permettant de débattre des critères de qualité de travail (Clot et al., 2021), soit en créant des « espaces de discussion » sur le travail (Detchessahar, 2011). Tel a été l'esprit de certaines interventions récentes en psychologie du travail (Bonnetfond, 2016), en ergonomie (Domette, 2019) et en sciences de gestion (Detchessahar, 2019). Ce type d'espace collectif de discussion et de délibération permet de renouveler les règles du travail, d'en construire une vision partagée et d'éviter le « silence organisationnel » (Rocha, 2014).

Deuxième partie :
Problématique et stratégie de recherche

Chapitre 3. Problématique de Recherche

La prévision et la gestion des ressources humaines sont une composante essentielle du fonctionnement des hôpitaux. La performance de tout système de soins dépend de sa capacité à disposer en permanence d'un nombre suffisant de personnel qualifié, ainsi que de sa capacité à le déployer judicieusement dans un environnement de travail propice (Vincent & Amalberti, 2016 ; Griffiths et al., 2016). Les études ont démontré l'importance d'une dotation en personnel adéquate pour obtenir des résultats satisfaisants en termes de qualité et de sécurité des soins.

Or ce besoin de personnel en nombre et qualité suffisants se heurte aujourd'hui à des pressions sociales et économiques croissantes et à une pénurie mondiale de personnel de santé. Elles incitent à rechercher de nouvelles stratégies pour une gestion efficiente du personnel de soins (WHO, 2017 ; WHO, 2020). En France, par exemple, la mise en œuvre par les autorités d'une série de réformes visant à accroître la rentabilité du système hospitalier s'est également accompagnée d'une flexibilité plus importante dans la gestion des ressources humaines (Mainhagu, 2010 ; Mossé, Méhaut, Arborio & Causse, 2011 ; Gheorghiu & Moatty, 2020). Cette flexibilité vise à adapter de manière réactive la main-d'œuvre - considérée comme un stock de ressources - à la « charge en soins » afin de maîtriser les coûts et de tirer profit des « gisements de performance » (Juven et al., 2019). Au sein de l'organisation, les enjeux liés à la flexibilité poussent aujourd'hui à la réactivité, à la polyvalence et à la responsabilisation et se trouvent mêlés à ceux de la transversalité, de l'intégration des fonctions et des externalisations et au développement d'une culture de changement (De Nanteur & El Akremi, 2005 ; Skortad & Ramsdal, 2009). La diversification des types d'emploi, l'aménagement du temps de travail, la mobilité intra-organisationnelle, la sous-traitance et la réduction des effectifs font partie des pratiques qui caractérisent cette forme réactive de gestion des ressources humaines (Tarondeau, 1999 ; Barbier & Nadel, 2000 ; Everaere, 2012).

Les éléments pointés ci-dessus sont de nature chronique : ils affectent de façon permanente les systèmes de soin, qu'ils mettent en tension. Peuvent s'y ajouter des événements paroxystiques, qui vont au-delà des fluctuations usuelles. La récente crise sanitaire provoquée par le virus Covid-19 en fournit un exemple. Elle a mis en évidence l'importance de disposer non seulement

d'un personnel suffisant et compétent, mais aussi de systèmes de gestion du personnel qui soient capables d'anticiper et de gérer ce type d'événements disruptifs (à court et à long terme). (Buheji & Buhaid, 2020 ; Carayon & Perry, 2020). D'une part, malgré l'engagement et les efforts exceptionnels fournis par le personnel soignant de première ligne pendant la crise, on a pu constater que dans de nombreux pays (France, États-Unis, Angleterre, Espagne), le personnel de santé était déjà épuisé et travaillait dans des conditions de pénurie et de manque de moyens avant même la première vague de la pandémie de Covid-19 (Lasater et al., 2020 ; Maben & Bridges, 2020 ; Autissier et al., 2020). Ce problème pourrait s'expliquer, comme on l'a vu plus haut, par la pénurie mondiale de personnel de santé et par la rationalisation croissante des ressources soignantes et de gestion, et notamment par des formes d'optimisation « faster better cheaper » - liées à diverses pressions économiques, politiques et sociales (Ibid, 2020 ; Juven et al., 2019). D'autre part, face à la réactivité et à cette capacité d'adaptation dont ont fait preuve les équipes de première ligne, on a pu constater que les instances de décision au niveau méso et macro organisationnel étaient moins agiles et plus dispersées pour répondre aux bouleversements provoqués par la crise (Autissier et al., 2020 ; Frimousse & Peretti, 2020), comme en témoignent par exemple les difficultés rencontrées par les hôpitaux pour gérer les faillites dans la chaîne d'approvisionnement (ex. rupture du stock de masques et de matériel clinique) ou pour obtenir du personnel de renfort pendant les périodes critiques de la crise (ex. demandes excessives auprès des agences d'intérim, concurrence généralisée, etc.).

La crise sanitaire actuelle a donc réaffirmé l'idée que les organisations devront s'habituer à fonctionner dans un monde de plus en plus incertain et complexe, dans lequel, en plus de gérer les pressions quotidiennes, elles devront être capables de faire face à des crises de diverses natures (financières, informatiques, naturelles, sanitaires, etc.) (Beck, 2001 ; Woods, 2020 ; Paries, 2011). Des phénomènes tels que la mondialisation, le financement du marché, la révolution numérique, le changement climatique, entre autres, amènent les organisations à fonctionner dans des environnements turbulents et instables avec des ressources de plus en plus limitées (Woods, 2020 ; 2018). L'augmentation de la capacité de performance des organisations apporte de nouvelles opportunités, mais accroît également la complexité, et avec elle apparaissent de nouvelles menaces (Carlson & Doyle, 2000 ; Decker, 2018).

Ces dernières années, de nombreux efforts déployés dans les domaines des sciences sociales et de l'ingénierie pour comprendre la gestion des risques dans les organisations complexes se sont

concentrés sur les idées et les idéaux de résilience. Cette dernière a été théorisée de différentes manières (Hollnagel, Woods & Leveson, 2006 ; McDonald, 2017 ; Weick & Sutcliffe, 2001 ; Cuvelier & Falzon, 2015), parfois contradictoires (Sutcliffe & Vogus, 2003 ; Lengnick-Hall & Beck, 2003), mais, en termes généraux, elle désigne la capacité d'un système à adapter son fonctionnement aux perturbations, aux défaillances et aux imprévus de manière à éviter une défaillance totale du système et à aboutir à un résultat satisfaisant en termes de performance et de sécurité (Rigaud, 2011). Appliquée à la question de la gestion des effectifs, cela signifie que l'organisation doit non seulement disposer de ressources humaines suffisantes et compétentes pour effectuer le travail prévu, mais aussi de mécanismes permettant de les ajuster efficacement pour atteindre les performances organisationnelles attendues (Lengnick-Hall et al., 2011).

Dans ce contexte, quels sont les apports de l'ergonomie ?

D'une part, dans le domaine de la fiabilité et de la conception organisationnelle, les travaux mettent positivement en avant l'idée d'une organisation ou d'individus capables de s'adapter de manière réactive aux changements de l'environnement (Nyssen, 2008 ; Caroly, 2010 ; Cuvelier & Falzon, 2010 ; Cuvelier, 2016 ; Hollnagel et al., 2010) et de construire des savoir-faire particuliers leur permettant de prévenir ou de gérer des dysfonctionnements potentiels ou avérés (Nascimento, 2009 ; Cuvelier, 2011 ; Munoz, 2016 ; Flamard, 2018). D'autre part, une longue tradition dans cette discipline a mis en évidence l'importance de l'interaction des individus avec les systèmes de travail comme source de progrès et de développement. Par exemple, l'apprentissage et le développement de compétences (Falzon & Teiger, 1999 ; Delgoulet, 2001 ; Delgoulet & Vidal-Gomel, 2013), la construction d'un référentiel opératif commun (de Terssac & Chabaud, 1990), ou le développement d'une culture intégrée (Nascimento, 2009) ne sont possibles que dans la mesure où les travailleurs maintiennent une relation relativement continue au sein d'une situation de travail.

Ces travaux, comme une large part de ceux qui s'intéressent à la résilience organisationnelle, défendent donc une vision émergente de la sécurité et de la performance. Sécurité et performance ne résultent pas que de procédures et de structures qui s'imposeraient aux acteurs : elles résultent aussi de règles, de savoir-faire, individuels et collectifs, construits par l'expérience au cours de la confrontation quotidienne à la variabilité. Ceci étant vrai à tous les niveaux de l'organisation.

Cependant, à l'heure actuelle, peu de travaux ont été réalisés pour étudier la relation entre les stratégies et les pratiques de gestion des ressources humaines et la production de la sécurité. En ergonomie, la plupart des travaux consacrés à la GRH se concentrent sur la discussion de dialogues interdisciplinaires (Hubault, 2005, 2006 ; Grosdemouge, 2017) ou sur l'analyse des effets des pratiques de gestion sur la santé et la performance organisationnelle (Grosdemouge et al., 2014 ; Flamard, 2018, 2020). Mais peu d'études se sont intéressées à l'analyse, par exemple, des effets de la gestion du personnel sur la gestion quotidienne des risques, ni aux risques qui peuvent apparaître comme conséquence de la mise en œuvre de ces stratégies ou pratiques, ni aux actions entreprises par les travailleurs eux-mêmes pour faire face aux déficits de personnel.

Dans ce cadre, une recherche empirique a été menée dans deux services appartenant au Département de Neurologie d'un hôpital universitaire français. Dans ce département, une série de réformes et de décisions de gestion au niveau régional et local ont conduit à une flexibilisation et à une rationalisation du personnel soignant travaillant dans les secteurs d'hospitalisation, ce qui a entraîné une pénurie chronique de personnel et une mobilité permanente dans les différents secteurs d'hospitalisation. L'objectif de cette recherche a été précisé :

- de comprendre comment l'organisation tout entière répond aux différentes exigences et pressions dans un contexte de pénurie chronique de personnel ;
- de décrire les ressources construites et mobilisées pour fournir des soins de qualité et sûrs ;
- d'identifier les conditions favorables -ou défavorables- à la préservation et au développement de ces ressources.

L'hypothèse étant que ces ressources, nécessaires au fonctionnement quotidien dans un contexte de pression continue, sont aussi mobilisables dans un contexte de crise.

La recherche est organisée autour de trois études empiriques. La première a consisté à comprendre comment l'organisation gère les différents aléas « humains » et comment elle reconfigure ses ressources pour assurer la continuité des soins dans les secteurs d'hospitalisation. Plus précisément, l'objectif est de décrire comment les différentes

perturbations RH affectent les différentes équipes de soins des secteurs d'hospitalisation et quel type de régulation met en place l'organisation - qui inclut les soignants - pour réduire la variabilité et maintenir un fonctionnement acceptable du système. Ensuite, une deuxième étude a porté sur l'activité des cadres de santé dans chaque secteur d'hospitalisation et sur les différentes stratégies qu'ils mettent en place pour organiser les équipes (planification, configuration, affectation, management) afin de faire face aux perturbations des RH, qu'elles soient prévues ou imprévues. Enfin, une dernière étude a été réalisée du côté des équipes soignantes (IDE et AS), dans le but de connaître comment les équipes prennent en charge les différents arbitrages pris par l'organisation et quel type de régulations elles mettent en place pour gérer les situations caractéristiques.

Chapitre 4. Terrain et Méthodes

Dans ce chapitre, nous présenterons la stratégie générale de recherche à l'origine du choix des terrains et de la méthodologie des études réalisées. Un comité de pilotage de la recherche a été formé pour valider cette stratégie ainsi que les différents choix méthodologiques.

4.1. Présentation du terrain de l'étude : le Département de Neurologie

Cette étude a été réalisée au sein du Département de Neurologie^{13 14}, rattaché au Pôle Maladies du Système Nerveux. Au sein du département, deux services ont fait partie de la recherche : le service de Neurologie générale (NG) et le service de Neuroncologie (NO). Au total, nous nous sommes intéressés à sept secteurs afin d'en embrasser la diversité en termes de population au travail, patientèle et type d'hospitalisation (traditionnelle ou de semaine). Chaque service comporte également un secteur de consultation ambulatoire et des secteurs d'hospitalisation de jour. Les secteurs de chaque service sont regroupés dans deux bâtiments distincts (voire Figure 6).

¹³ La description du terrain a été faite en fonction de la distribution et de l'organisation des services avant la nouvelle réforme de la gouvernance et la mise en place des départements de médecine universitaire (DMU) (voir partie : Introduction-Contexte). Bien que cette réforme ait commencé à être mise en œuvre administrativement en milieu d'année 2019, dans la pratique, l'organisation des secteurs et services du département est restée quasiment inchangée jusqu'à la fin de la phase de recueil des données de cette étude.

¹⁴ Comme cela a été fait pour le nom du Département de Neurologie, le nom des services étudiés a également été modifié afin d'anonymiser l'organisation et les individus qui ont participé à l'étude.

R5	Hospitalisation mixte Parkinson-TCA	Hospitalisation mixte Scléroses		
R4	Hospitalisation du jour	Hospitalisation du jour		
R3	Centre d'études thérapeutiques	Hospitalisation de semaine Parkinson HDS		
R2	REA Neuro	Hospitalisation de semaine Neuropathies	Tertiaire	Tertiaire
R1	Tertiaire	Hospitalisation traditionnelle Epilepsie	Hospitalisation mixte Neurologie 1	Hospitalisation mixte Neurologie 2
R0	Consultation 1	Consultation 2	Tertiaire	Consultation /Hôpital de jour
	Aile Ouest	Aile Sud	Site B –Bâtiment B Neuroncologie (NO)	
	Site A - Bâtiment A Neurologie Générale (NG)			

Figure 6 : Répartition des secteurs d'hospitalisation et de consultation des services du département de Neurologie

4.1.1. Caractéristiques générales et fonctionnement des secteurs d'hospitalisation dans le Département de Neurologie

Sur les sept secteurs étudiés, cinq font partie du service NG et deux du service NO. Chaque secteur d'hospitalisation a une orientation médicale spécifique (épilepsie, SLA, maladie de Parkinson, neuropathie, etc.) et accueille des patients selon une modalité d'hospitalisation particulière : traditionnelle, hebdomadaire ou mixte - combinant des lits d'hospitalisation traditionnelle et de semaine- (voir Tableau 3). Les secteurs d'hospitalisation traditionnelle (HT) et mixte (HM) fonctionnent 7 jours sur 7, tandis que les secteurs d'hospitalisation de semaine (HDS) ne fonctionnent que 5 jours sur 7 (du lundi au vendredi). Le week-end, les secteurs mixtes accueillent uniquement des patients dans les lits d'hospitalisation traditionnelle – ce qui représente environ la moitié de la capacité du secteur. Sont accueillis en hospitalisation traditionnelle les patients en phase aigüe ou requérant un traitement de longue durée ; en hospitalisation de semaine, on trouve des patients pour lesquels il faut établir un diagnostic, ou qui ont besoin d'un traitement de courte durée. La capacité d'accueil de chaque secteur est similaire (16 lits en moyenne), les secteurs Epilepsie et Neuropathie (15 lits HDS) ont le plus petit nombre de lits et le secteur Neuroncologie 1 le plus grand nombre (20 lits, 18 lits HT et 2 HDS).

Site	Service	Secteurs	Orientation médicale	Type d'hospitalisation	Nombre de lits
Site A	Neurologie Générale (NG)	Epilepsie	Epilpesie	Traditionnelle	15 lits
		Neuropathie	Métabolique, système nerveux périphérique	Semaine	15lits
		Parkinson HDS	Parkinson, trouble du mouvement	Semaine	16 lits
		Parkinson-TCA	Parkinson, Trouble du comportement	Mixte	16 lits (8 HT & 8 HDS)
		Scléroses	SLA, Sclérose en plaques	Mixte	17 lits (8 HT & 9 HDS)
Site B	Neuroncologie (NO)	Neuroncologie 1	Tumeurs cérébrales (diagnostic, traitement initial)	Mixte	20 lits (18 HT & 2 HDS)
		Neuroncologie 2	Tumeurs cérébrales (formes graves)	Mixte	16 lits (8 HT & 8 HDS)

Tableau 4 : Les secteurs d'hospitalisation non normés des Services Neurologie Générale (NG) et Neuroncologie (NO)

Dans chaque secteur, on distingue l'équipe de nuit et l'équipe de jour. Cette dernière, également nommée « grande équipe », prend en charge les patients le matin et l'après-midi. En plus des infirmières (IDE) et des aides-soignantes (AS), la grande équipe est constituée de médecins – chefs de clinique, internes, spécialistes – et de secrétaires hospitalières. Des professionnels transversaux ou externes sont également amenés à intervenir dans les secteurs : infirmière coordinatrice, kinésithérapeutes, psychologues, assistante sociale, coursiers, brancardiers, ambulanciers, prestataires externes, etc. La plupart des soins sont réalisés de jour et en semaine. Un médecin est présent le matin et l'après-midi ; la nuit et le week-end, les urgences sont assurées par un médecin de garde ou d'astreinte.

Les soignantes de jour des deux services sont regroupées en cinq équipes (116 soignantes au total). Au début de cette étude, en novembre 2017, la grande équipe de NG était constituée de

76 soignantes (37 IDE et 39 AS) regroupées en quatre équipes, parmi lesquelles trois sont dévolues à un secteur unique, et une équipe est polyvalente en alternance sur deux secteurs (voir Figure 7). Le service NO est constitué de 40 soignantes (20 IDE et 20 AS), regroupées en une seule équipe évoluant sur deux secteurs d'hospitalisation. Dans la maquette organisationnelle des secteurs participant à l'étude, on estime le ratio soignant-patient à 1 AS et 1 IDE pour 7 patients environ.

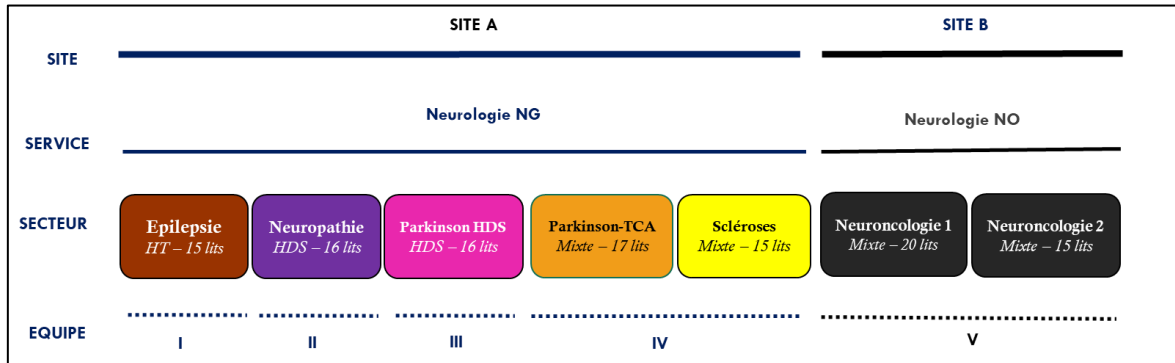


Figure 7 : Répartition des équipes de soins dans les secteurs d'hospitalisation

L'organisation et la coordination des équipes sont sous la responsabilité de la Cadre de santé (CDS) de chaque secteur. Elle est chargée de la gestion et de l'encadrement du personnel IDE et AS, et participe avec les médecins à l'organisation des activités de soin. En outre, dans cet hôpital, les CDS font les demandes de personnel de remplacement et cherchent des solutions en cas de perturbation RH. Elles dépendent hiérarchiquement de la Cadre paramédicale de chaque service, et cette dernière dépend de la Cadre du Département, qui elle-même dépend de la Direction des soins de l'hôpital.

4.1.2. Prévision du personnel et modèle de gestion du personnel soignant à l'hôpital

A l'hôpital, trois catégories de personnel sont affectées dans les services : le personnel permanent, le personnel de remplacement interne ou de pool, et le personnel de remplacement externe ou intérimaire. Le personnel permanent appartient à une équipe qui peut être affectée à un secteur ou à plusieurs. Ces agents faisant partie soient de la grande équipe, soit de l'équipe de nuit, sont fonctionnaires ou employés en CDD, et dépendent au niveau hiérarchique de la cadre de santé qui planifie, organise et évalue leurs activités. Le personnel de remplacement

interne - ou de pool – est affecté dans différents services de l'hôpital selon les besoins du moment. Ces soignants sont employés par l'hôpital, selon les mêmes modalités que le personnel permanent, mais sont rattachés au Service de suppléance, sous la responsabilité hiérarchique du cadre de ce service. Enfin, le personnel de remplacement externe – ou intérimaire – dépend d'une agence extérieure à l'hôpital et y réalise des missions de courte ou de longue durée.

D'après le modèle de gestion du personnel de l'organisation, les activités de soin devraient être assurées essentiellement par le personnel permanent ; le recours au personnel de remplacement (interne et externe) devrait être limité aux situations de perturbations RH ou de variation importante de la charge en soins (augmentation de la charge de travail, complexité des soins, etc.). Dans chaque service, les cadres de santé sont responsables de la planification et de l'organisation du personnel interne ; ce sont elles également qui prennent la décision de faire appel à du personnel de remplacement auprès du Service de suppléance. La maquette organisationnelle hebdomadaire définit l'effectif qui devrait constituer l'équipe de chaque secteur ou unité.

La direction de l'hôpital réalise chaque année une démarche de gestion prévisionnelle censée définir l'effectif requis pour assurer le fonctionnement de l'ensemble des services de l'établissement, tant pour le personnel interne que pour le personnel de remplacement. La démarche est pilotée par la Direction des Ressources humaines et par la Direction des soins. D'autres professionnels de l'établissement y prennent part : cadres paramédicales, référents RH de chaque département, référent qualité, etc. Le processus consiste à identifier les besoins en personnel actuels et à venir – écart entre l'effectif réel et l'effectif souhaité – et à définir une dotation quantitativement et qualitativement suffisante. Cette estimation doit tenir compte de la maquette organisationnelle de chaque secteur ou unité clinique, et du nombre de postes prévus pour l'établissement à partir de la dotation annuelle de financement (DAF) ou d'autres sources de financement (programmes spéciaux de financement, recherche, financement externe). Dans le cas des secteurs ou unités normés, les ratios figurant dans la maquette sont établis par décret. Dans le cas des secteurs non normés, l'effectif défini est le fruit d'une construction-formalisation réalisée par plusieurs acteurs à partir de leur connaissance du secteur (activité, prise en charge, recommandations de sécurité, organisation du travail, charge de travail, pénibilité, etc.). Le processus de gestion prévisionnelle doit permettre de dresser un Tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER), intégrant le nombre de postes – calculés en

Equivalent Temps plein (ETP) – correspondant à celui qui est défini dans la maquette organisationnelle. Cette projection inclut une estimation du personnel de remplacement interne et externe requis pour pallier les variations conjoncturelles. Une fois défini le plan d'action, la DRH et la Direction des soins peuvent se réunir tous les mois pour procéder à des ajustements si des dysfonctionnements ou des problèmes ont lieu (absentéisme, turn-over, augmentation imprévue de la charge de travail).

4.2. Stratégie de recherche

Cette recherche se fonde sur trois études empiriques de type descriptif-analytique, adoptant une approche qualitative de la recherche en sciences sociales (Flick, 2008). Elle s'inscrit dans le paradigme de l'ergonomie de l'activité (Wisner, 1995 ; Daniellou, 2005, Daniellou et Rabardel, 2005 ; Gaudart et Falzon, 2012).

L'étude se fonde sur l'analyse du travail des équipes soignantes et des cadres de santé des sept secteurs d'hospitalisation non normés des services NG et NO du Département de Neurologie. Nous nous sommes concentrés sur le travail des soignantes de la « grande équipe » en excluant les équipes de nuit, d'une part pour respecter les délais de réalisation de l'enquête de terrain, mais aussi parce que le personnel de la grande équipe est plus nombreux et que la charge de travail est plus importante la journée.

Par ailleurs, la sélection des secteurs constituant le terrain de recherche repose sur trois arguments. En premier lieu, au moment où nous avons débuté l'étude, ces secteurs étaient les plus touchés par le manque de personnel. Ensuite, ils ne sont pas normés, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de décret établissant un quota obligatoire de soignants par nombre de patients. Enfin, étant regroupés dans deux services distincts, nous avons pu mettre en contraste les deux terrains et apprécier comment le problème du manque de personnel pouvait affecter chaque équipe de manière différente.

L'étude s'est déroulée sur 25 mois de décembre 2017 à janvier 2020, et s'est décomposée en deux étapes : a) phase exploratoire et b) phase d'expérimentation.

4.2.1. Phase exploratoire :

La phase exploratoire a duré 7 mois (décembre 2017-juin 2018) et a consisté à appréhender le fonctionnement général des secteurs et à comprendre de quelle manière le manque de personnel affecte le travail des équipes soignantes. Elle répondait à deux objectifs : d'une part, se familiariser avec le domaine de la neurologie et avec la problématique des ressources humaines à l'hôpital et construire une relation de confiance avec les acteurs de terrain. D'autre part, nous nous sommes attachés à recueillir des données pour construire la stratégie méthodologique de l'étude, définir les participants, élaborer les techniques de recueil des données, évaluer la viabilité des études empiriques, etc. Les techniques de recherche suivantes ont été utilisées pour le recueil des données :

- 12 entretiens exploratoires auprès des responsables du Département : 1 cadre paramédicale, 2 cadres supérieures de santé (1 de chaque service), 4 médecins, 1 référent RH, 1 responsable qualité y 1 référent administratif.

- 3 entretiens exploratoires auprès des responsables de la Direction de l'hôpital : le DRH, la Directrice des soins et la référente médicale de la direction du Département.

- 16 journées d'observation ouvertes dans les secteurs d'hospitalisation. 2 journées d'observation – 1 matinée et 1 après-midi – ont été réalisées dans chacun des 7 secteurs retenus pour l'étude (soit 14 journées d'observation en tout), ainsi qu'1 journée d'observation par équipe de nuit dans chaque service, une dans le secteur Scléroses en NG et une autre dans le secteur Neuroncologie en NO. Les journées d'observation ont eu une durée comprise entre 2 et 5 heures.

- Avec l'autorisation de l'établissement, 42 documents de l'organisation ont été consultés ainsi que les données de 3 programmes informatiques traitant de thématiques RH (absentéisme, bilan social, fiches de poste), réglementaires, organisationnelles, ou cliniques.

Il convient de signaler ici que certains documents ou données importants pour notre sujet n'ont pas pu être consultés et qu'une partie des documents examinés, de qualité insatisfaisante, n'ont pas pu être exploités. Par exemple, il a été possible de retracer la variation réelle de l'effectif

soignant de tous les secteurs sur une période d'un mois en confrontant plusieurs sources comme la planification mensuelle des équipes et les registres personnels de chaque cadre de santé, mais pas sur une période plus longue parce que les données étaient incomplètes ou contradictoires.

4.2.2. Phase d'expérimentation :

Cette phase a duré 1 an et 4 mois (de septembre 2018 à janvier 2020) et a permis la réalisation de trois études empiriques auprès du personnel soignant (AS et IDE) et des cadres de santé. Nous avons cherché à comprendre comment le manque de personnel affecte le fonctionnement des services de neurologie au quotidien, et comment les différents acteurs parviennent à dispenser des soins de qualité dans ces conditions. Chaque étude a mobilisé une méthodologie particulière (co-construite avec les acteurs de terrain), combinant des techniques d'analyse utilisées en ergonomie pour l'analyse de l'activité de travail. La section empirique de ce manuscrit rend compte en détail de ces méthodes et des caractéristiques des participants.

La première étude (chapitre 5) a été réalisée entre septembre 2018 et janvier 2019. Il s'agit d'une analyse des réponses organisationnelles mises en œuvre dans chaque secteur pour pallier les perturbations en termes de personnel et leurs conséquences sur l'activité des équipes soignantes. L'étude cherche à mettre en évidence comment le modèle de gestion du personnel défini par l'organisation fonctionne au quotidien. 28 journées d'observation systématique ont été réalisées à cette fin (journées de travail, 4 journées d'observation dans chaque secteur). Les observations avaient pour finalité d'objectiver la fréquence des écarts dans l'effectif de chaque secteur et les effets que le manque de personnel peut avoir sur la qualité des soins et la qualité du travail.

Dans la seconde étude (chapitre 7), réalisée entre février et juillet 2019, l'objectif était de comprendre comment les équipes soignantes (AS et IDE) gèrent les restrictions et les ressources pour réaliser des soins sûrs et de qualité en sous-effectif. Des protocoles d'entretien utilisant la technique de la simulation de cas ont été proposés à 20 soignantes (AS et IDE). L'idée était de confronter les participantes à des situations de travail perturbées par des aléas RH, afin d'apprécier comment elles géraient la variabilité dans une situation perturbée par le manque de personnel, et de mettre en évidence les facteurs pouvant favoriser ou entraver les possibilités d'action dans ce contexte.

Enfin, la troisième étude (chapitre 6), qui s'est déroulée de septembre 2019 à janvier 2020, s'est intéressée au travail de gestion du personnel réalisé par les cadres de santé pour rendre l'effectif adéquat dans les différents secteurs. Nous avons mené un entretien auprès de chacune des sept cadres de santé en utilisant un protocole verbal composé de trois outils utilisés comme objets intermédiaires. L'objectif était de confronter les CDS à des traces de leur propre activité et de celle des équipes soignantes afin de comprendre comment ces professionnelles agissaient au quotidien pour assurer une dotation en agents compétents suffisante malgré les perturbations RH.

Ces trois études centrées sur la même thématique et utilisant différentes approches méthodologiques permettent d'appréhender sous différents angles comment le manque de personnel soignant affecte l'organisation du travail et l'activité des soignants. En considérant l'activité de travail comme une activité distribuée et l'organisation comme un processus, il est apparu pertinent de faire une triangulation des données en s'intéressant à la manière dont les acteurs de terrain s'approprient les dispositifs et les outils imaginés par l'organisation pour en assurer le fonctionnement. La triangulation des données a été utilisée à deux niveaux : elle a permis d'enrichir les analyses et les perspectives issues des résultats et du problème de recherche (Flick, 2008), et elle a servi de « stratégie de validation des données » (Denzin, 1978) afin d'augmenter la qualité de l'étude.

4.3. Constitution du comité de pilotage de la recherche

Le Comité de pilotage a été constitué pour évaluer et valider la stratégie de recherche proposée, puis les résultats de l'étude. Il a été constitué des deux directeurs de la thèse, du Chef du Département de Neurologie, des cadres supérieures de santé de chaque service et du référent Qualité et gestion des risques. Le Comité s'est réuni à cinq reprises de février 2018 à novembre 2020. Ces réunions ont duré environ une heure et demie.

Troisième partie :
Partie Empirique

Chapitre 5. Les réponses organisationnelles face au manque de personnel et leurs effets sur la qualité des soins.

5.1. Objectif et méthode

5.1.1. Objectif

La prévision et la gestion du personnel soignant sont des composantes essentielles de la qualité des soins à l'hôpital. La performance de toute organisation de soins de santé dépend de sa capacité à disposer en permanence d'un nombre suffisant de travailleurs qualifiés (Aiken et al., 2012). Cet équilibre est cependant difficile à obtenir dans le contexte actuel, d'une part parce que le personnel est la ressource qui représente le coût financier le plus important pour les hôpitaux, qui sont aujourd'hui soumis à des pressions financières de plus en plus fortes (Juven et al., 2019), et d'autre part parce qu'on constate une pénurie globale de professionnels de santé en France et dans le monde (WHO, 2013 ; 2020).

Ce chapitre s'intéresse aux modalités de gestion du personnel soignant (AS et IDE) dans les secteurs d'hospitalisation du Département de Neurologie dans un contexte de manque de personnel et à ses effets sur la qualité des soins. A travers une étude ethnographique de 28 jours d'observations aux côtés de l'équipe de soins, les différentes réponses organisationnelles utilisées pour gérer les perturbations en matière de personnel et leurs conséquences sur l'activité de soins sont analysées. L'argument central de l'étude est que ces perturbations RH modifient le fonctionnement prévu de l'organisation et entraînent une reconfiguration du personnel disponible, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. La reconfiguration permanente des ressources transforme les conditions dans lesquelles les soignantes travaillent et sont à mêmes de dispenser des soins sûrs et de qualité.

5.1.2. Méthode

5.1.2.1. Participants

L'étude a impliqué 28 soignantes volontaires (14 AS et 14 IDE) travaillant dans l'un des 7 secteurs d'hospitalisation conventionnelle (traditionnelle, de semaine ou mixte) de deux services du Département de Neurologie : le service de Neurologie Générale (NG) et le service de Neuroncologie (NO) (voir Tableau 5). 79% des participantes avaient moins de 50 ans (29% avaient moins de 30 ans et 50% avaient entre 30 et 49 ans) et 67% avaient moins de 11 ans d'ancienneté dans leur poste (25% avaient moins de 2 ans et 42% avaient entre 2 et 10 ans).

Chaque soignante faisait partie de l'une des cinq équipes de soins travaillant de jour (on appelle « Grande équipe » l'ensemble des soignantes travaillant de jour, en équipe du matin de 6h30 à 13h24 ou de l'après-midi de 13h24 à 21h). 6h30-13h24 et 13h24-21h respectivement). Les quatre équipes (équipes I à IV) évoluant dans les secteurs du service NG travaillent à différents étages du même bâtiment, tandis que l'équipe V des secteurs du service NO travaille dans un autre bâtiment au sein du même hôpital. Chaque secteur d'hospitalisation a une orientation médicale spécifique et accueille une catégorie de patients (par exemple, épilepsie, SLA, Parkinson, etc.) selon l'une des trois modalités d'hospitalisation décrites ci-dessus.

Service	Equipe	Secteurs	Métier	Participant	Genre	Âge	Ancienneté poste
Neurologie Générale (NG)	I	Epilepsie (15 lits HT)	AS	AS1	Femme	30 à 49 ans	6 ans à 10 ans
			AS	AS2	Homme	30 à 49 ans	6 ans à 10 ans
			IDE	IDE1	Femme	< 30 ans	2 ans à 5 ans
			IDE	IDE2	Femme	< 30 ans	2 ans à 5 ans
	II	Neuropathie (15 lits HDS)	AS	AS3	Femme	50 ans ou plus	6 ans à 10 ans
			AS	AS4	Femme	50 ans ou plus	10 ans ou plus
			IDE	IDE3	Femme	30 à 49 ans	6 ans à 10 ans
			IDE	IDE4	Femme	30 à 49 ans	2 ans à 5 ans
	III	Parkinson HDS (16 lits HDS)	AS	AS5	Femme	30 à 49 ans	< 2 ans
			AS	AS6	Femme	30 à 49 ans	< 2 ans
			IDE	IDE5	Femme	< 30 ans	2 ans à 5 ans
			IDE	IDE6	Femme	< 30 ans	2 ans à 5 ans

	IV	Parkinson-TCA (8 lits HT & 8 HDS)	AS	AS7	Homme	30 à 49 ans	2 ans à 5 ans		
			AS	AS8	Femme	30 à 49 ans	2 ans à 5 ans		
			IDE	IDE7	Femme	50 ans ou plus	> 10 ans		
			IDE	IDE8	Femme	30 à 49 ans	2 ans à 5 ans		
		Scléroses (8 lits HT & 9 HDS)	AS	AS9	Femme	30 à 49 ans	< 2 ans		
			AS	AS10	Homme	30 à 49 ans	6 ans à 10 ans		
			IDE	IDE9	Femme	< 30 ans	2 ans à 5 ans		
			IDE	IDE10	Femme	< 30 ans	2 ans à 5 ans		
		Neuroncologie (NO)	V	Neuroncologie 1 (18 lits HT & 2 HDS)	AS	AS11	Femme	50 ans ou plus	> 10 ans
					AS	AS12	Femme	30 à 49 ans	< 2 ans
IDE	IDE11				Femme	30 à 49 ans	2 ans à 5 ans		
IDE	IDE12				Femme	< 30 ans	2 ans à 5 ans		
Neuroncologie 2 (8 lits HT & 8 HDS)	AS			AS13	Homme	< 30 ans	< 2 ans		
	AS			AS14	Femme	< 30 ans	2 ans à 5 ans		
	IDE			IDE13	Femme	30 à 49 ans	2 ans à 5 ans		
	IDE			IDE14	Femme	< 30 ans	2 ans à 5 ans		

Tableau 5 : Typologie des soignantes participant à l'étude.

Les secteurs d'hospitalisation où l'étude a été menée sont des secteurs non normés et sont fortement touchés par le manque de personnel. La dotation en personnel prévue pour ces secteurs était d'environ 1 soignante pour 7 patients selon la Maquette Organisationnelle du Département de Neurologie. Au moment de l'étude, toutes les équipes présentaient un écart moyen de -3,2 postes ETP par secteur par rapport à l'effectif théorique prévu.

Pour gérer le manque de personnel ainsi que d'autres variations conjoncturelles (augmentation de la charge en soins, vacances, renforcement des services), l'établissement permet aux cadres de santé (CDS) d'utiliser différents mécanismes d'ajustement RH tels que la mobilisation du personnel interne, l'utilisation de personnel de remplacement interne -ou de pool- (appartenant au Service de Suppléance de l'hôpital), et l'utilisation de personnel de remplacement externe à l'hôpital -ou personnel intérimaire. Théoriquement, le modèle de gestion envisagé par l'organisation prévoit que chaque perturbation RH soit compensée par les différents mécanismes d'ajustement suivant une règle de 1 pour 1, si les CDS l'estiment nécessaire.

5.1.2.2. Méthode de recueil des données

Cette étude est basée sur une analyse de l'activité des soignantes fondée sur des observations systématiques (Guérin et al., 1997). Ces dernières permettent de prendre connaissance de manière structurée de l'activité et des événements qui se produisent autour de celle-ci dans une situation de travail donnée (*Idem*, 1997 ; Rabardel et al., 2002). Dans l'étude, elles ont été utilisées pour systématiser et caractériser la variabilité et la performance des soignantes tant dans des situations de travail standards que dans des situations perturbées par le manque de personnel. L'objectif de l'analyse était de comprendre comment le manque de personnel permanent dans l'organisation affectait le travail des équipes de soins et les conséquences que cela pouvait avoir sur la qualité et la sécurité des soins.

Un total de 28 journées d'observation a été réalisé au sein des 7 secteurs d'hospitalisation selon un protocole prédéfini après une première phase exploratoire (observations ouvertes, analyse de documents, entretiens sur le terrain). Dans chaque secteur, 4 jours d'observation ont été réalisés auprès de 2 infirmières (IDE) et de 2 aides-soignantes (AS) volontaires de chaque équipe lors de journées considérées comme « à forts enjeux » par les participantes elles-mêmes (voir Tableau 6). Chaque journée d'observation consistait à observer la participante volontaire du début à la fin de sa journée de travail en utilisant un protocole sur papier. Au début de chaque journée, on a demandé à chaque équipe si elle était au complet. Les journées « à forts enjeux » sont celles où se développent des situations de soins caractéristiques du point de vue des participantes et où il est indispensable que l'effectif soit complet. Par exemple, dans le service Neurooncologie 1 et 2, les soignantes ont déclaré que les jours à forts enjeux étaient ceux où un grand nombre de chimiothérapies doivent être administrées (soin caractéristique du secteur) et où il y a un nombre important de patients à préparer pour les examens externes. Le manque de personnel peut porter atteinte aux conditions de sécurité pendant les soins ou contraindre à les reprogrammer. Le tableau 6 montre les jours considérés « à forts enjeux » pour chaque secteur et décrit les situations de soins caractéristiques et les défis à relever au cours de chacun d'eux.

Service	Equipe	Secteur	Journées clés	Principaux enjeux
Neurologie Générale (NG)	I	Épilepsie (15 lits HT)	Lundi, mercredi et vendredi matin	Éviter les crises d'épilepsie, décompensation psychologique, fuite du patient...

	II	Neuropathie (15 lits HDS)	Mardi, mercredi et jeudi matin	Assurer l'administration des immunoglobulines, gérer le flux des entrées et sorties des patients...
	III	Parkinson HS (16 lits HDS)	Mardi matin, mercredi après-midi	Administrer les traitements à des horaires fixes (pour éviter les blocages de patients), gérer le flux des entrées et sorties des patients...
	IV	Parkinson-TCA (8 lits HT & 8 HDS)	Mardi à vendredi matin	Administrer les traitements à des horaires fixes (pour éviter les blocages de patients), réglage pompe Apokinon, volume important de soins de base et de nursing
		Scélroses (8 lits HT & 9 HDS)	Mardi à vendredi matin	Surveillance ORL, gestion des urgences vitales, volume important de soins de base et de nursing
Neuroncolo gie (NO)	V	Neuroncologie 1 (18 lits HT & 2 HDS)	Mardi matin, mercredi après-midi et jeudi matin	Administration de chimiothérapies, volume important de soins de base et de nursing
		Neuroncologie 2 (8 lits HT & 8 HDS)	Mardi à jeudi matin	

Tableau 6 : Journées d'observation et principaux enjeux dans les différents secteurs d'hospitalisation

Les observations systématiques ont porté principalement sur les actions de soins liées aux différentes tâches effectuées par les équipes au cours de la journée de travail. Le relevé se compose de deux sections (Annexe 1). La première contient des informations générales sur la participante observée et les conditions de déroulement de la journée : profession et expérience de la personne, nombre de personnes présentes, configuration des équipes, nombre de patients, diagnostic, nombre d'arrivées et de départs. Cette partie comprend également une section permettant de noter des commentaires généraux sur le déroulement de la journée et les différentes altérations rencontrées (par exemple, la soignante est absente aujourd'hui en raison d'un accident de travail). La seconde section est une grille dans laquelle sont décrites les différentes actions réalisées par les soignantes (mouvements, tâches, communications, activité collective, etc.). Les observables suivants figurent dans cette grille :

1. Lieu : le lieu dans lequel se trouve la soignante à chaque moment de la journée (lit, poste de soins, réserve, pharmacie).
2. Grande tâche : les grandes tâches quotidiennes que les soignantes doivent réaliser (relève, tour de service, tour protocolaire, déjeuner, etc.).
3. Action : nature, durée et personnes concernées (collègue, patient) par les actions réalisées par la soignante à chaque moment de la journée. On distingue différentes catégories telles que l'administration de médicaments, les soins techniques, les soins de

base (toilette au lit, douche, nursing, etc.), les soins relationnels, la transmission d'informations, la préparation de visites, la recherche de matériel, etc.

4. Patient : le diagnostic du patient visité, son état et le numéro du lit.
5. Co-action : toutes les formes de travail collectif effectuées par les soignantes pendant la journée (co-activité, collaboration, coopération et entraide), sans tenir compte des différences qui existent entre elles.
6. Événements exceptionnels : description des événements qui altèrent le travail de l'équipe et/ou affectent la qualité des soins (par exemple, urgence vitale, crise d'épilepsie, bris d'équipement, fuite de patient, etc.) Ceux-ci peuvent être déclarés par les soignantes elles-mêmes ou par l'observateur lorsqu'ils étaient évidents (par exemple, le non-respect d'une procédure formelle).

Ces données ont été recueillies à l'aide de la technique papier-crayon, en temps réel sur une grille d'observation (voir Tableau 7). Ces instruments ont été jugés plus judicieux qu'un enregistrement vidéo, car ils sont moins intrusifs pour le patient et ne sont pas soumis à un règlement particulier impliquant l'autorisation écrite du sujet.

Heure	Lieu	Grande Tâche	Patient	Action	Co-action	Événements exceptionnels

Tableau 7 : Grille d'observation du protocole

5.1.3. Analyse des données

Une analyse du processus de gestion du personnel et de l'activité professionnelle des soignantes observées a été réalisée à partir d'une approche ethnographique en recherche qualitative. A cette fin, un traitement des données recueillies pendant les 28 jours d'observation systématique a été effectué en deux étapes.

La première étape a consisté en un traitement quantitatif des 28 protocoles d'observation appliqués au cours de l'étude. Les données contenues dans la section générale du protocole et les données contenues dans la grille des observables ont été analysées. Les données de la section

générale des protocoles ont été utilisées pour identifier la configuration des équipes au cours de chaque journée, les différents types de perturbations en matière de personnel et le type de solutions adoptées pour chaque situation. Ces données ont permis de connaître la fréquence des perturbations et les types de solutions adoptées en fonction de différentes unités d'analyse : service, secteur, type d'hospitalisation et métier. Ils ont aussi établi le nombre de jours où les équipes étaient au complet (situation standard) et où elles ont été reconfigurées à la suite de perturbations du personnel (situation perturbée ou non standard). Enfin, ils ont permis d'identifier le nombre et le type de personnel affecté et donc les éventuels écarts de dotation en personnel pour chaque journée (tels qu'établis par la maquette organisationnelle du Département). Les données contenues dans la grille ont été utilisées pour identifier le nombre et le type de situations exceptionnelles survenues au cours des jours d'application du protocole. Afin d'enrichir et d'assurer la qualité des données recueillies lors des observations, celles-ci ont été triangulées avec des données informatiques extraites de trois logiciels de l'organisation utilisés pour la gestion du personnel :

a) *Gestime* : Ce logiciel contient des informations sur le planning prévu et réalisé pour les équipes de chaque secteur. Y ont été recueillies des informations concernant la configuration des équipes au cours de chaque journée et une partie des modifications apportées au planning pour réagencer le personnel.

b) *Sirilia* : ce logiciel enregistre des informations sur les demandes de personnel de remplacement interne et externe au Service de Suppléance de l'hôpital. Chaque demande effectuée contient des données sur l'auteur de la demande et des informations sur la date, le motif de la demande (congé maladie, poste vacant, RTT, etc.) et la réponse apportée à chaque demande (personnel du pool, intérim, heures supplémentaires, pas de solution, etc.)

c) *Osiris* : Ce programme recense les déclarations d'événements indésirables associés aux soins, faites par les professionnels de santé mais aussi par leur hiérarchie, Cadres de Santé, Cadres Supérieurs de Santé, etc.

La deuxième étape a consisté en un traitement qualitatif des 28 protocoles appliqués. Une attention particulière a été accordée aux situations exceptionnelles et aux variations qui peuvent

survenir dans l'activité des soignantes en raison de perturbations du personnel. Le codage et l'analyse ont été réalisés en deux étapes. Tout d'abord, un processus de codage général a été effectué dans le but d'explorer les différentes données et d'identifier les tendances fréquentes ou significatives dans chaque cas. Pour ce faire, chacun des protocoles a été revu plusieurs fois et un premier codage a été effectué avec des catégories descriptives telles que « stratégie opératoire », « fragilisation pour la santé », « transmission de connaissances », « ressource collective », etc. Ce premier codage a permis de mieux comprendre la problématique de l'organisation mais aussi de reconnaître les relations possibles entre les premières catégories codées et les données quantitatives extraites. Ensuite, un deuxième codage a été effectué, centré sur l'identification des différentes conséquences que les perturbations RH et les formes de réponse organisationnelle pouvaient générer dans l'activité des équipes de soins. Les différents éléments codés ont été organisés autour de quatre catégories de conséquences constatées : a) conditions de travail, b) efficacité et mobilisation des compétences, c) travail collectif et d) qualité et sécurité des soins. Enfin, pour chaque catégorie, deux cas représentatifs ont été sélectionnés afin de démontrer les effets du sous-effectif dans les différents secteurs. Un cas a été considéré comme représentatif lorsque la perturbation a affecté l'une des composantes essentielles à la réalisation des soins caractéristiques de chaque secteur selon les participantes.

Pour réaliser les différents types de traitement des données, plusieurs logiciels ont été utilisés. Pour le traitement quantitatif, on a utilisé le logiciel de création de diagrammes et de flux Microsoft Visio et le logiciel Actograph conçu pour visualiser et analyser l'activité au travers de chroniques d'activités. Les deux programmes ont permis non seulement de traiter les différentes informations collectées mais aussi de les représenter à travers différents tableaux et graphiques. Le traitement qualitatif a été réalisé avec le programme d'analyse qualitative assistée par ordinateur NVIVO.

5.2. Résultats

5.2.1. Analyse de l'activité des équipes de soins dans les secteurs d'hospitalisation : le travail de soins en neurologie.

L'organisation prévue du travail dans chaque secteur le matin et l'après-midi est présentée dans la Figure 8, avec la terminologie utilisée par les soignantes. Le personnel soignant est chargé de préparer et de réaliser les différents types de soins dans les secteurs d'hospitalisation : soins techniques, soins de base – d'hygiène et de confort - et soins relationnels. Dans chaque secteur, la durée de la journée de travail de l'équipe est de 7h36 et est organisée sur la base d'une séquence de grandes tâches qui sont réalisées à des heures prévues pour le personnel du matin et de l'après-midi : relève avec l'équipe précédente (6h30-7h00 / 13h24-14h00), préparation des soins (7h00-8h00 / 14h00-15h00), tour de service n°1 (8h00-9h00 / 15h-16h), visites protocolaires (9h00-12h00 / 16h00), tour de service n°2 (12h00-13h00 / 19h00-20h00) et relève avec l'équipe suivante (13h24-14h00 / 20h30-21h00).

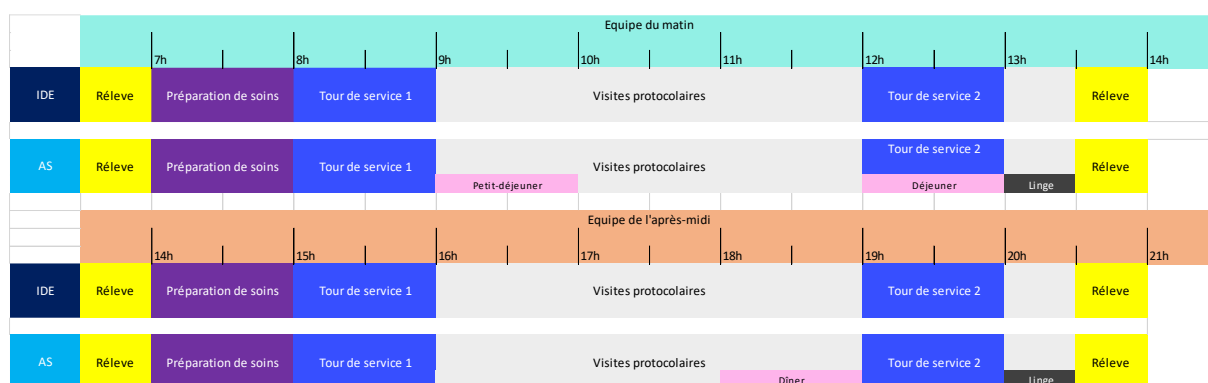


Figure 8 : Organisation formelle des grandes tâches de la grande équipe

Les soignantes disposent de 30 minutes de pause déjeuner et de 10 minutes par jour pour s'habiller. La répartition des tâches et le rôle de chaque professionnelle sont les mêmes dans d'autres structures hospitalières en France. Dans le cadre de leurs fonctions, les IDE peuvent réaliser tous les types de soins en conservant leur « rôle propre », tandis que les AS, qui sont subordonnées aux IDE, sont autorisées à réaliser uniquement les soins d'hygiène et de confort et les soins relationnels. Dans cet hôpital, les AS sont en outre chargées d'effectuer ce que les soignantes elles-mêmes appellent des tâches « d'hôtellerie », telles que la gestion des repas - commande, distribution, débarras et lavage de la vaisselle - et la gestion du linge - stockage, utilisation, collecte. Ces deux tâches doivent être effectuées selon des procédures standardisées qui s'appliquent à tout l'hôpital. La gestion des repas est effectuée trois fois par jour (9 h, 12 h et 18 h) et la gestion du linge à la fin de chaque poste. Bien que l'organisation et la répartition formelle des tâches soient identiques dans les différents secteurs, au fil des observations

réalisées, le travail de soins et son organisation dans chaque secteur s'avèrent fortement façonnés par deux éléments : le type d'hospitalisation et le type de patients. Ces deux facteurs structurent l'activité des soignantes, tant sur le plan individuel que collectif.

Tout d'abord, le type d'hospitalisation influence le rythme et le contenu du travail dans chaque secteur. Les secteurs d'hospitalisation traditionnelle ou mixte accueillent principalement des patients qui sont à des stades avancés de leur maladie, mais qui ont un diagnostic défini et une thérapie plus ou moins stable dans le temps. Ces patients sont admis pour de longs séjours - environ une à deux semaines - qui peuvent être répétés plusieurs fois au cours de leur maladie. Ils présentent un état clinique plus sévère - la plupart présentant des handicaps multiples - que ceux qui se trouvent dans les secteurs d'hospitalisation de semaine. Les soignantes des secteurs d'hospitalisation traditionnelle ou mixte doivent fréquemment réaliser des soins techniques à haut risque (chimiothérapie, antiépileptiques, réglage de pompe, VNI) auprès de patients dépendants et gérer des situations d'urgence vitale (convulsions, insuffisance respiratoire, tentatives de suicide, etc.) En revanche, les secteurs d'hospitalisation de semaine accueillent principalement des patients en cours d'étude ou de diagnostic, ou encore des patients qui doivent recevoir un traitement de courte durée. Le séjour dure 2 à 3 jours entre le lundi et le vendredi. Dans ces secteurs, même si les soignantes peuvent également effectuer des soins à haut risque (par exemple, l'administration d'immunoglobulines dans le Secteur Neuropathie), elles gèrent généralement des patients plus autonomes et ont rarement à faire face à des urgences vitales. En revanche, dans ces services, les soignantes doivent gérer un flux plus important de patients entrants et sortants que dans les secteurs d'hospitalisation traditionnels. La gestion des patients entrants et sortants implique une série de tâches administratives - préparation des dossiers, entretiens, impression des documents - et de tâches « hors patient » - bionettoyage des chambres, récupération des médicaments, création de dossiers cliniques- qui doivent être effectuées en même temps que les soins ordinaires des patients.

En ce qui concerne la typologie des patients, les observations ont montré que les caractéristiques cliniques de la maladie et les besoins des patients variaient considérablement d'un secteur à l'autre. De fait, les patients neurologiques sont caractérisés par de multiples handicaps et une combinaison de symptômes physiques, comportementaux et psychologiques qui peuvent être très divers selon le diagnostic et son évolution dans le temps. Du point de vue de l'activité de travail des soignantes, au moins quatre caractéristiques importantes ont été identifiées comme

définissant le contenu de leur travail dans chaque cas (voir Tableau 8). Tout d'abord, on a trouvé le type de « handicap prédominant » dans chaque maladie, qui peut être physique, cognitif, psychologique ou une combinaison de ceux-ci. Les patients présentant un handicap physique nécessitent un plus grand nombre de gestes de manutention et de nursing, nécessitant souvent l'aide d'autres collègues (toilettes au lit, transfert au fauteuil...) ; les patients présentant un handicap psychologique ou cognitif nécessitent plus souvent un soutien psychologique et une surveillance du comportement (risque de fugue, confusion, agressivité, tentative de suicide). Deuxièmement, le « niveau d'autonomie » des patients peut aller d'une dépendance totale ou partielle (prédominante en HT et Mixte) à une autonomie relative (prédominante en HDS). Ce facteur prend en compte les ressources et les capacités dont disposent les patients pour coopérer avec les soignantes. Ensuite, on trouve les « soins techniques caractéristiques » de chaque secteur, dont l'application nécessite non seulement une connaissance préalable des protocoles, mais aussi un certain niveau d'expertise pour leur application -surtout pour les infirmières-. Enfin, le type de « situation exceptionnelle » est caractéristique de chaque secteur et va de la gestion des décompensations cliniques typiques selon la maladie (bloc moteur, fausse route, décompensation psychologique, état confusionnel, etc.) aux urgences (crises convulsives, aspiration, etc.) ou à la gestion des comportements à risque (tentatives de fuite, agressivité).

	Secteur	Maladie	Handicap prédominant	Niveau d'autonomie	Soins caractéristiques	Situation exceptionnelle
N1	Epilepsie (15 lits HT)	Epilpesie	Cognitif et psychique	Dépendant	Antiepileptiques et EEG Video	Crises convulsive
	Neuropathie (15lits HDS)	Neuropathie	Physique	Autonome Semi-autonome	Inmunoglobulines	Effets secondaires des immunoglobulines
	Parkinson HDS (16 lits HDS)	Parkinson	Physique et cognitif	Semi-autonome Dépendant	Traitement oral, Pompe apokinon	Dyskinésies, blocages moteur, état confusionnel
	Parkinson-TCA (8 lits HT & 7 HDS)	Parkinson, Trouble du comportement	Physique, cognitif et psychique	Dépendant	Traitement oral, Pompe apokinon	Dyskinésies, blocage moteur, état confusionnel
	Scleroses (8 lits HT & 9 HDS)	SLA, Sclérose en plaques	Physique	Dépendant	VNI, alimentation entérale	Insuffisance respiratoire
N2	Neuroncologie 1 (18 lits HT & 2 HDS)	Tumeurs cérébrales (diagnostic, traitement initial)	Physique et cognitif	Dépendant Semi-autonome	Chimiothérapies	Diverses
	Neuroncologie 2 (8 lits HT & 8 HDS)	Tumeurs cérébrales (formes graves)	Physique et cognitif	Dépendant	Chimiothérapies, Soins palliatifss	Diverses

Tableau 8 : Typologie des patients par secteur d'hospitalisation

En fonction de la combinaison des deux facteurs mentionnés ci-dessus, les exigences et les conditions de travail des soignantes peuvent varier considérablement dans chaque secteur. Les soignantes adaptent en contexte les ressources sociotechniques disponibles (individuelles, collectives, organisationnelles) pour fournir des soins adaptés aux besoins de chaque patient tout au long de son séjour. Cet effort d'adaptation peut signifier que le contenu et la durée d'une même tâche diffèrent beaucoup selon le secteur. Par exemple, dans le secteur Sclérose (Hospitalisation mixte), les observations systématiques lors de la journée N° 20 ont montré que la durée moyenne de la visite d'un AS expérimentée était de 18 minutes par patient (35 minutes pour la visite la plus longue). Cette durée s'explique par le fait que ce secteur accueille des patients SLA souffrant de paralysie musculaire sévère - immobilité générale - et de troubles ORL - problèmes de déglutition, de communication et de respiration - qui amènent les soignantes à consacrer plus de temps aux soins techniques (bilans sanguins, administration de médicaments) et aux soins d'hygiène et de confort (toilettes au lit, aide à l'alimentation). En revanche, dans d'autres secteurs de semaine, comme le secteur Parkinson HDS (HDS), les observations ont montré que les visites étaient plus courtes et plus fragmentées. Ce fut le cas pour une IDE expérimentée (Journée N°13) dans ce secteur qui, lors de son premier tour de service, a passé 42% de son temps en visite auprès des patients (visites courtes, durée moyenne de 8 minutes par patient), 34% de son temps au poste de soins et 23% de son temps dans le couloir du service. Cette fragmentation des soins s'explique d'une part par le type et la fréquence des prescriptions -grand nombre de traitements oraux à heure fixe-, et d'autre part par le fait que les soignantes doivent constamment se coordonner afin d'anticiper et de gérer les entrées et sorties pour l'hospitalisation de semaine.

Pour répondre à ces exigences, les soignantes mobilisent des compétences et des modes opératoires fonctionnels en fonction des types de prise en charge dans chaque secteur. Ces modes opératoires (stratégies, pratiques, règles d'action) leur permettent non seulement de fournir des soins de qualité et sûrs, mais aussi de protéger leur propre santé, tant au niveau individuel que collectif.

Au niveau individuel, les observations ont en effet montré que les soignantes permanentes du secteur se distinguent des soignantes remplaçantes par le fait qu'elles ont une connaissance fine des patients et une expertise qui leur permet de gérer plus efficacement les situations ordinaires et exceptionnelles de chaque secteur. Les soignantes des secteurs sont capables de reconnaître

à l'avance les indices clés de chaque situation (identifier un blocage moteur, anticiper l'agitation d'un patient, une éventuelle crise, etc.) et ont développé des stratégies et un savoir-faire pour gérer les besoins spécifiques de chaque patient. Par exemple, dans les secteurs Parkinson HDS et Parkinson TCA, les patients doivent recevoir des traitements oraux à une heure précise car un retard de 20 minutes entraîne un blocage de tout le corps. Ainsi, pour éviter tout retard d'administration pendant les tours de service, les IDE internes effectuent généralement une première visite en ne distribuant que les traitements antiparkinsoniens, puis procèdent au reste des soins programmés. De même, les IDE travaillant en Neuroncologie 1 et 2 préparent le Méthotrexate (une chimiothérapie) en début de journée afin de disposer d'une marge de temps où il devra être administré (généralement après le tour de service). Un dernier exemple est celui des AS du secteur Neuropathie qui ont l'habitude de faire la commande des repas au chevet du patient afin d'éviter qu'ils les refusent au moment de les servir, ou qu'ils changent d'avis.

Les soignantes déploient également des stratégies collectives pour répondre efficacement aux exigences du travail. Par exemple, on a constaté que chaque équipe adoptait une organisation propre pour effectuer le tour des visites. Au moins trois formes d'organisation ont été identifiées pour réaliser cette grande tâche :

- Certaines équipes s'organisent toute la journée essentiellement en binômes interprofessionnels (par exemple, une IDE travaille avec une AS). Par exemple, au cours de la Journée N° 21, l'AS a fait le tour de service avec l'IDE (8 patients dépendants) car elles peuvent ainsi partager les efforts physiques et les tâches infirmières et éviter que les patients SLA soient manipulés plusieurs fois au cours de la journée (voir Figure 9). Elles ont installé ensemble le patient, l'AS a réalisé les soins de base et l'IDE les soins techniques.
- Certaines équipes travaillent en binôme intra-professionnel, c'est-à-dire que deux IDE travaillent ensemble, ou deux AS. Par exemple, dans le Secteur Neuropathie, l'IDE observée sur la Journée N°5 a fait tout le tour de service avec sa collègue IDE (11 patients), administrant les traitements d'immunoglobulines en même temps qu'elles assuraient leur traçabilité (voir Figure 10). Le fait de faire la visite ensemble a permis à l'une d'entre elles de « se détacher » momentanément pour assurer la traçabilité alors que sa collègue avançait dans les visites.
- Enfin, dans certaines équipes, les soignantes travaillent individuellement et ne collaborent avec leurs collègues que pendant la durée de la visite pour fournir des soins

spécifiques (toilette au lit, patient agressif, etc.). Par exemple, l'une des IDE observées dans le Secteur Parkinson HDS lors de la Journée N°11 (8 patients majoritairement dépendants), travaillait séparément de son collègue IDE ou AS afin de se consacrer exclusivement à l'administration des traitements oraux (voir Figure 11). Les exigences temporelles liées à l'administration de ces traitements à des heures fixes empêchaient les moments de coopération entre collègues, qui ne s'entraidaient que pour effectuer des tâches spécifiques ou prioritaires.

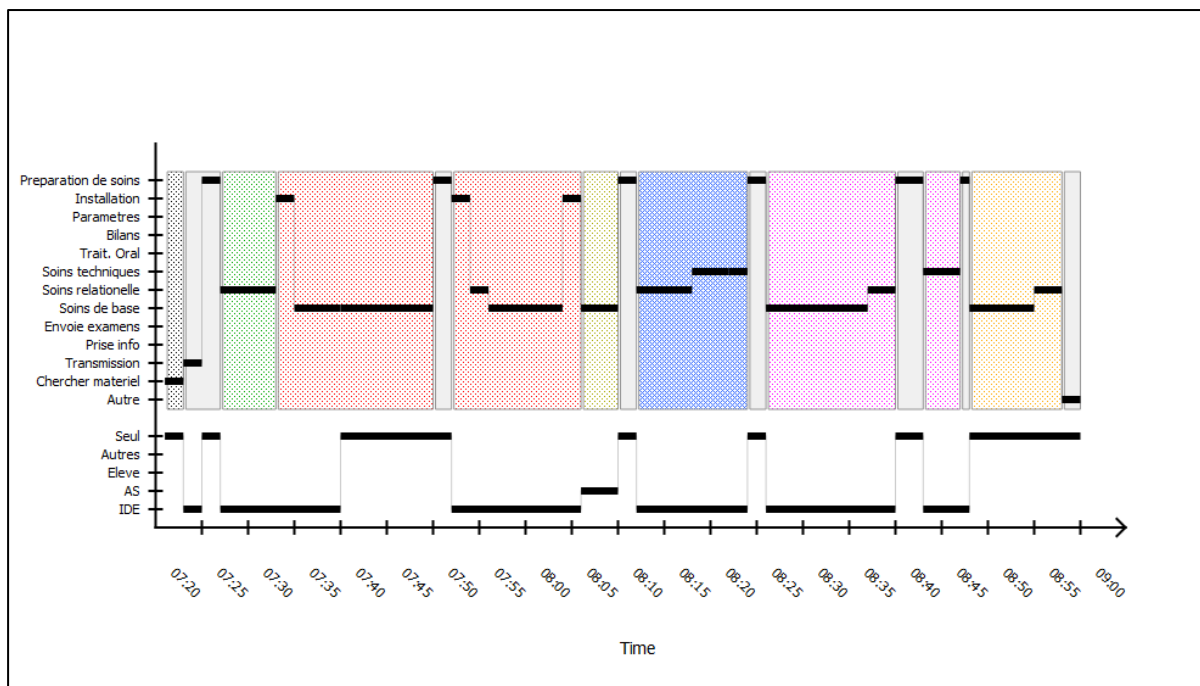


Figure 9 : Secteur Scléroses (Journée N°21) – L'IDE et l'AS font ensemble le tour de visites de 8 patients.

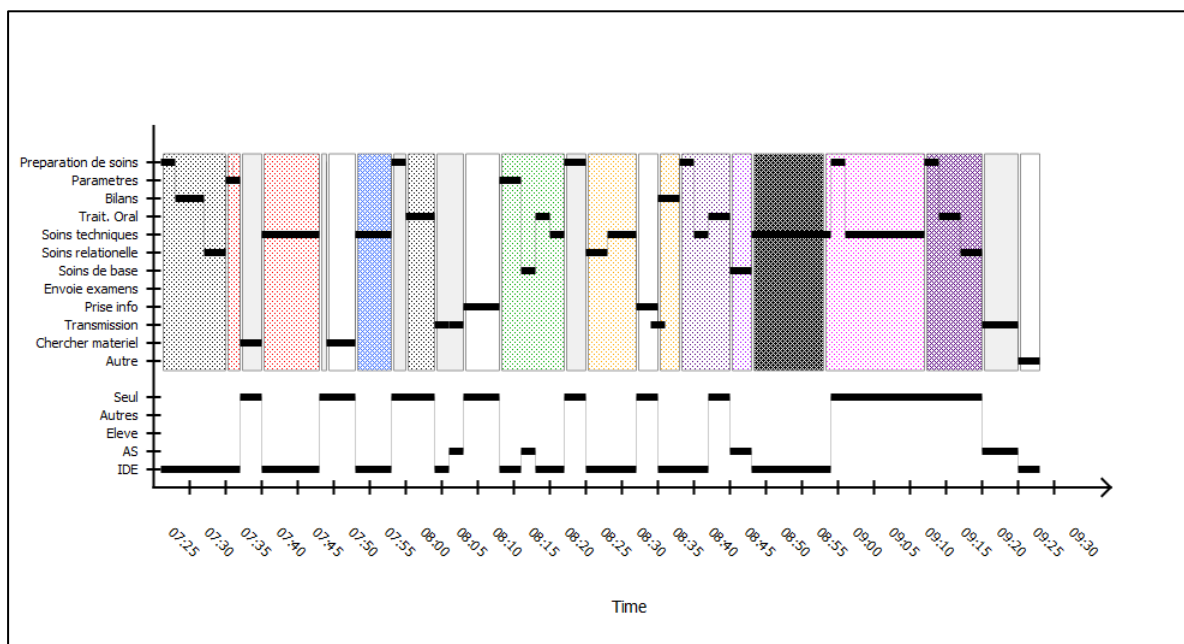


Figure 10 : Secteur Neuropathie (Journée N° 5) – 2 IDE effectuent la tournée de visite en binôme auprès de 11 patients.

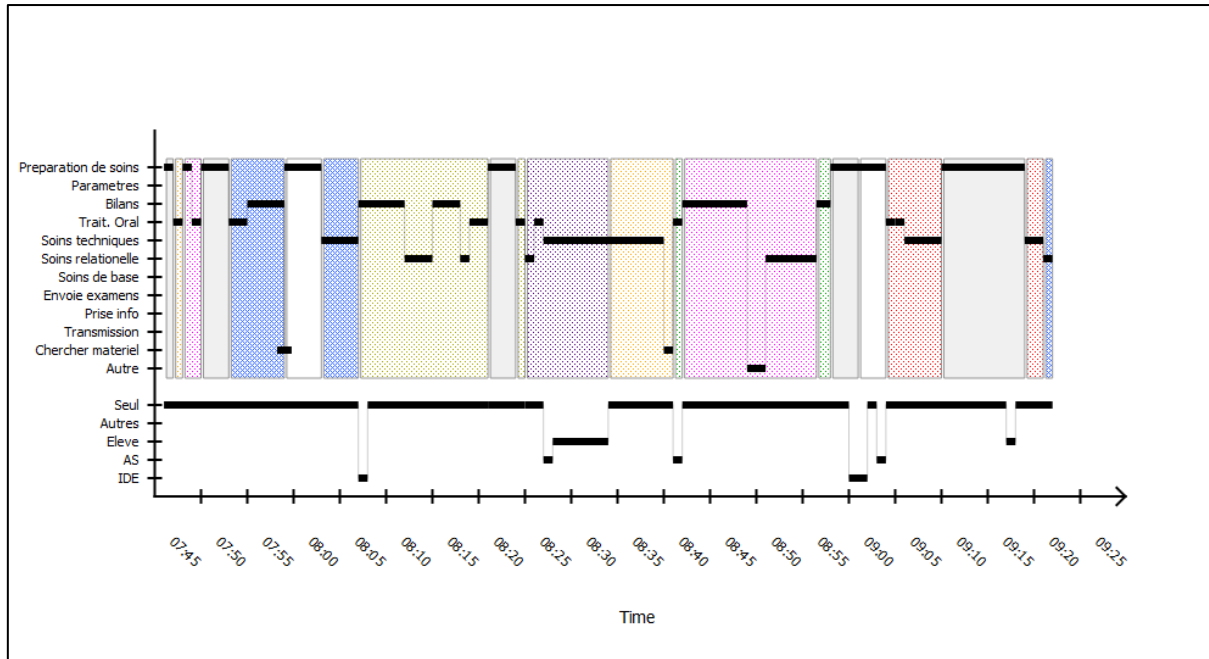


Figure 11 : Secteur Parkinson HDS (Journée N°11) - 1 IDE seule effectue le tour de visites auprès de 8 patients.

Cependant, les observations ont fait ressortir le fait que la mise en œuvre efficace d'une grande partie de ces régulations repose sur la possibilité de disposer d'un personnel suffisant et compétent dans chaque équipe. Le fait de disposer d'un personnel suffisant implique que les équipes puissent maintenir le ratio soignants-patients prévu dans le modèle organisationnel et disposer d'une plus grande marge de manœuvre pour effectuer leur travail. Par exemple, pour qu'une IDE du Secteur Parkinson HDS puisse mettre en œuvre la stratégie d'administration des médicaments décrite ci-dessus, il est nécessaire qu'elle n'ait pas plus de 8 patients en charge. De même, pour que le binôme d'IDE du secteur des neuropathies puisse fonctionner, il est nécessaire que les deux membres du binôme connaissent l'administration des immunoglobulines et la procédure de traçabilité.

Ainsi, ces premiers résultats ont permis de montrer non seulement en quoi consiste le travail de soins en neurologie, mais aussi comment il est réalisé de manière spécifique par les équipes de chaque secteur. En effet, chaque équipe, affectée à un service et à un étage, développe une organisation particulière et fonctionnelle pour un certain type de patient. Toutefois, le fonctionnement dans ces conditions contraste avec la situation rencontrée par le service de

neurologie en raison du manque de personnel. Cela soulève la question des effets du manque de soignantes sur la performance organisationnelle et sur les façons de faire des soignantes.

5.2.2. Des reconfigurations du personnel permanentes qui conduisent à des situations dégradées récurrentes.

Comme mentionné ci-dessus, les secteurs sont touchés quotidiennement par des perturbations liées au manque global de personnel qui affecte l'organisation et qui empêche la gestion du personnel de fonctionner selon le modèle prévu, alors même que le taux d'absentéisme est comparable à celui d'autres pôles de l'hôpital. Cette partie des résultats s'intéresse à l'analyse des différentes perturbations en matière de personnel - ou de RH - qui affectent l'organisation et les réponses organisationnelles utilisées pour y faire face.

5.2.2.1 Une diversité de mécanismes de compensation prévus par l'organisation pour faciliter la gestion des perturbations « en temps réel »

Pour faire face aux perturbations RH, les équipes de soins sont régulièrement reconfigurées par le biais de solutions organisationnelles et de mécanismes d'ajustement RH autorisés par l'organisation, comme le recours aux heures supplémentaires, à du personnel de remplacement, ou l'aménagement du temps de travail. Le choix de ce type de régulations RH est arbitré par les cadres de santé suivant la procédure organisationnelle, en accord avec différents acteurs selon les cas - soignantes, cadre de santé, cadre de service de suppléance, DRH-. Les mécanismes d'ajustement acceptés par l'organisation pour faire face aux perturbations peuvent être regroupés en trois catégories de solutions en fonction du type de personnel utilisé (interne, transversal ou externe), comme le montre le Tableau 9 :

Type de solution	Mécanisme d'ajustement RH	Définition
Interne	Heures supplémentaires	Le poste vacant est occupé par un membre du personnel interne du secteur effectuant des heures supplémentaires.
	Modulation du temps de travail (ou Coupure)	Le poste vacant est comblé en modulant les horaires des soignantes internes (par exemple, coupure). Cet aménagement du temps de travail permet d'avancer ou de retarder les heures d'entrée afin qu'une soignante puisse couvrir différentes plages

		horaires dans la journée (ex. entre 10h et 17h).
	Mobilité intra-service	Le poste vacant est occupé par une soignante qui a été transférée d'un autre secteur d'hospitalisation.
Transversal	Suppléance ou Pool	Le poste vacant est occupé par une soignante du service de remplacement de l'hôpital ou du pool.
Externe	Intérim	Le poste vacant est occupé par une soignante de remplacement extérieure à l'hôpital ou intérimaire.

Tableau 9 : Mécanismes d'ajustement RH prévus par l'organisation pour compenser les déficits de personnel.

Tout au long des 28 jours d'observations, on a constaté que les équipes sont affectées en permanence par les perturbations RH et qu'elles doivent travailler au quotidien sous des configurations de personnel différentes de celles prévues. En fait, il a été constaté que, sur un total de 116 postes à pourvoir pendant ces journées, 33 (28%) ont subi une perturbation liée au manque de personnel. Cela signifie que sur le nombre total de jours observés, les équipes n'ont travaillé que 4 fois (14%) avec le personnel prévu - c'est-à-dire sans configuration spéciale - (situation standard) et 24 fois (86%) les équipes ont été organisées selon l'une des solutions organisationnelles que nous venons de décrire (situation perturbée). Malgré les différentes solutions adoptées par l'organisation, il a été constaté qu'à 11 occasions (39%), les équipes ont dû travailler avec moins de personnel que prévu dans la maquette organisationnelle.

5.2.2.2 Des mécanismes de compensation différents, mobilisés en fonction du service et du secteur d'hospitalisation

Le Tableau 10 présente un diagramme montrant la répartition totale du personnel pendant les jours d'observation et les solutions adoptées par l'organisation pour répondre aux perturbations du personnel pendant les 28 jours d'observation (voir Annexe 4). Il est divisé en trois sections. La première indique le numéro de chaque journée d'observation, le lieu où elle a été effectuée (service, secteur, équipe) ainsi que les professionnels qui ont été observés (AS ou IDE). La seconde montre la configuration des postes de travail et la configuration des équipes au cours de chaque journée. Cette partie présente également les solutions et les mécanismes d'ajustement

utilisés par l'organisation pour faire face aux différentes perturbations RH. Ces solutions organisationnelles permettent de compenser une perturbation de manière totale (HS, pool, intérim) ou partielle (modulation des temps de travail). Parmi les solutions organisationnelles possibles, la catégorie « aucune solution » a été ajoutée pour indiquer les postes laissés vacants pendant chaque journée en raison du manque de personnel interne ou de remplacement. Le tableau des solutions ajoute également des informations sur des aspects spécifiques à certaines équipes : le nombre de demandes de remplacement adressées au service de suppléance, les perturbations imprévues internes (absence non justifiée, accident du travail) ou externes (par exemple, mobilité pour pallier le manque de personnel dans un autre secteur). Enfin, la section inférieure montre le nombre de personnes effectivement affectées à chaque secteur en fonction de la répartition du personnel disponible au cours de chaque journée. Lorsque le nombre de personnes affectées correspondait au nombre établi dans le modèle organisationnel, les chiffres apparaissent en noir, sinon, en rouge.

Service	N1																N2													
Secteur	Epilepsie				Neuropathies				Parkinson HDS				Parkinson-TCA				Sciéroses				Neuroncologie 1				Neuroncologie 2					
Equipe	A				B				C				D				E													
Journée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
Observation	AS	AS	IDE*	IDE*	IDE*	IDE*	AS	AS	AS	AS	IDE	IDE	IDE	IDE*	AS	AS	IDE*	IDE	AS*	AS	IDE	IDE	AS	AS	IDE	IDE	AS	AS		
Personne observée	24/09 LUN	26/09 MER	28/09 VEN	08/10 LUN	18/09 MAR	19/09 MER	03/10 MER	11/10 JEU	16/10 MAR	17/10 MER	23/10 MAR	24/10 MER	19/04 MAR	21/04 VEN	03/05 MER	04/05 JEU	25/04 MAR	28/04 VEN	10/05 JEU	12/5 MAR	16/05 MER	31/05 JEU	17/05 JEU	25/05 MER	22/05 MAR	23/05 MER	24/05 JEU	30/05 MER		
POSTES ET SOLUTION EFFECTUEE																														
IDE	P1	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE		
	P2	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE		
	P3	[Hatched]																								FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	
AS	P1	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	PV	M	FIXE	FIXE	FIXE	PV	M	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	HS	HS	FIXE	FIXE		
	P2	FIXE	FIXE	PV	FIXE	PV	M	M	FIXE	PV	FIXE	PV	FIXE	COUPE	FIXE	FIXE	HS	MOB	FIXE	FIXE	PV	MOB	HS	FIXE	MOB	PV	HS	FIXE		
	P3	[Hatched]																								FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	
TOTAUX EFFECTIFS CIBLES MISSIONS																														
IDE		2	2	2	2	2	1,5	1,5	1,5	2	1,5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3
AS		2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1,5	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	3	3	2	3
Total		4	4	3	4	3	2,5	2,5	2,5	4	2,5	3	3,5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	6	6	5	6	

Solution Interne

HS [Orange]

Modulation horaires (Coupure) [Yellow]

Non-compensé

Poste vacant [Red]

Solution transversale

Mobilité [Light Green]

Pool [Green]

Solution externe

Intérim [Purple]

M Poste vacant par mobilité

• Demande au service de suppléance

* Absence non justifiée

[Light Grey] journée du matin

[Dark Grey] journée d'après-midi

Tableau 10 : Répartition du personnel et des solutions adoptées dans les secteurs d'hospitalisation pendant 28 jours d'observation systématique.

On remarque que les perturbations RH sont fréquentes et conduisent l'organisation à adopter régulièrement des solutions permettant de pallier le manque de personnel. L'utilisation

fréquente de ces solutions entraîne une variation de l'effectif présent au cours de chaque journée de travail et une reconfiguration permanente des équipes. La diversité des solutions utilisées montre que les équipes sont rarement composées uniquement de personnel permanent du service, et qu'elles doivent souvent travailler avec du personnel ayant des statuts et des expériences de travail divers pour de courtes périodes. Le tableau montre ensuite comment les équipes de ces services doivent travailler dans des conditions changeantes et avec des ressources différentes chaque jour (par opposition à ce qui est défini dans la situation standard). Les informations présentées dans le tableau 6 nous permettent également d'extraire d'autres résultats tels que le type et la fréquence des perturbations affectant chaque secteur, la manière dont ces perturbations ont été résolues - ou pas - dans chaque secteur et l'efficacité des solutions adoptées : ont-elles permis ou non de pallier le manque de personnel ?

5.2.2.3 Des mécanismes de compensation mobilisés différemment selon le métier

Tout d'abord, on constate que les perturbations sont présentes dans tous les secteurs et affectent de manière similaire les IDE (42%) et les AS (58%). La seule exception constatée est le secteur Épilepsie qui n'a été touché qu'une seule fois en quatre jours d'observation. La triangulation de ces données avec les données extraites des logiciels RH (Gestime et Sirilia) a permis de vérifier que le manque de personnel n'était pas seulement lié aux problèmes d'absentéisme ordinaire mais aussi au problème général de manque de personnel dans l'organisation. En effet, comme le montre le graphique de la Figure 12, la perturbation la plus fréquente lors des observations est en premier lieu « absence structurelle de personnel »¹⁵ (39%), tandis que les facteurs associés à l'absentéisme tels que « les absences non justifiées » (12%) et « l'arrêt maladie » (12%), ou des droits sociaux tels que les « congés annuels » (9%) et les « RTT » (6%) apparaissent comme des facteurs secondaires. Les autres motifs tels que « accident du travail » (3%), « congé maternité » (3%) ou « formation » (3%) sont rares. Il faut noter ici la fréquence des « perturbations externes » (12%) comme facteur de perturbation, qui renvoie au nombre de personnes présentes dans une équipe et qui ont été déplacées dans un autre secteur pour pallier

¹⁵ Les absences structurelles de personnel correspondent à des postes vacants du fait d'indisponibilité des soignants compte tenu des caractéristiques du poste « horaire », « besoin en compétence » (...), de la réglementation, du nombre et des caractéristiques des soignants (temps de travail, qualification, disponibilité, ...).

le manque de personnel. Ce phénomène a principalement touché les postes AS dans le secteur Neuropathie du Service NG.

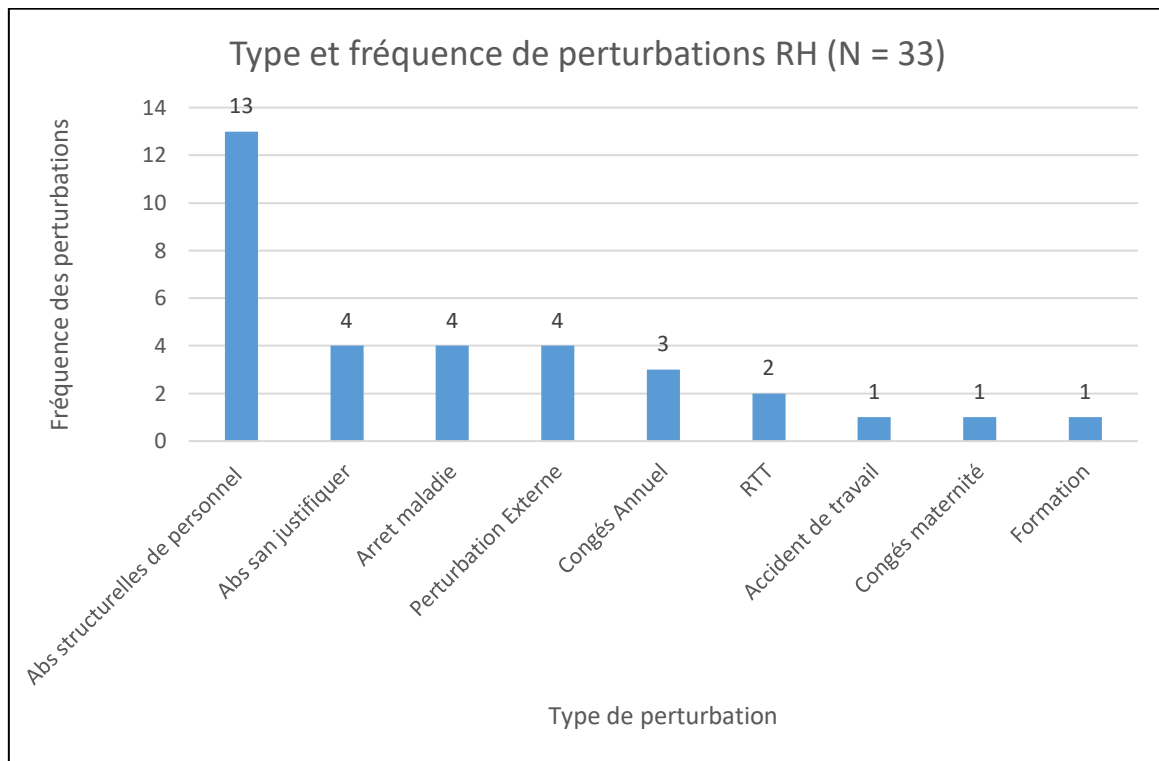


Figure 12 : Fréquence et type de perturbations RH pendant 28 jours d'observation systématique

En second lieu, les observations ont permis de déterminer la fréquence et le type de solutions organisationnelles utilisées dans chaque secteur d'hospitalisation. Ces résultats peuvent être analysés à un niveau général du département et à un niveau spécifique par rapport à chaque secteur d'hospitalisation.

D'une manière générale, comme le fait apparaître le tableau 10 précédent, les perturbations en matière de personnel ont touché les différents secteurs et impliqué plusieurs solutions organisationnelles. Une analyse ciblée de ces données (voir Figure 13) a montré que la plupart des solutions utilisées pour gérer les perturbations étaient des solutions internes (43% des postes perturbés), alors que les solutions transversales ou externes l'étaient dans une moindre mesure (respectivement 24% et 3% des postes perturbés). Il a également été noté qu'une part importante des postes perturbés n'était pas compensée de quelque manière que ce soit par l'organisation

(correspondant à 30% des postes perturbés), de sorte que les équipes ont dû travailler en sous-effectif. Si l'on considère que la plupart des perturbations ne sont pas liées à des facteurs d'absentéisme, le recours fréquent à des solutions internes peut s'expliquer par le faible taux de réponse du Service de Suppléance pour délivrer des ressources transversales ou externes. En effet, sur un total de 20 demandes adressées au Service de Suppléance pendant les jours analysés, seules 9 demandes (45%) ont reçu une réponse favorable.

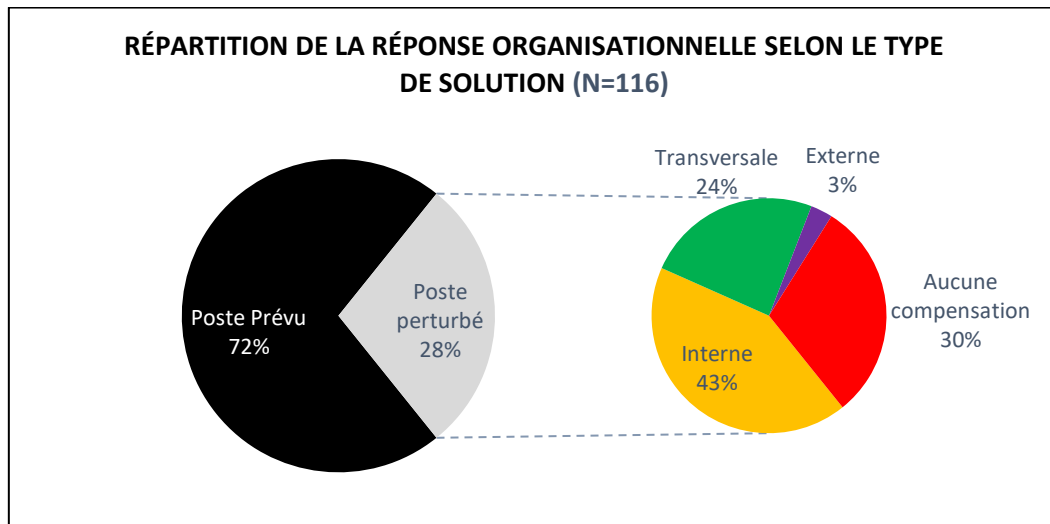


Figure 13 : Répartition des solutions organisationnelles par type

Toutefois, en analysant les réponses organisationnelles utilisées dans chaque secteur, des différences ont été constatées dans les solutions organisationnelles adoptées par chacun d'entre eux. Il a été observé que les secteurs d'hospitalisation mixte tels que Sclérose, Parkinson-TCA et Neurologie 1 et 2 absorbaient la quasi-totalité des solutions transversales et externes utilisées par l'organisation, tandis que le recours aux solutions internes telles que les « heures supplémentaires » et la « modulation du temps de travail » était principalement utilisées dans les secteurs d'hospitalisation de semaine. Par exemple, la Figure 14 montre que les trois perturbations affectant des postes IDE dans le secteur Parkinson-TCA ont été couvertes par du personnel du Pool, alors que dans le secteur Neuropathie, aucun des trois postes IDE perturbés n'a été compensé par du personnel de remplacement. Il convient de noter ici que dans les deux cas, les cadres de santé en avaient fait la demande auprès du Service de Suppléance. Le secteur Neuropathie, quant à lui, se distingue par le recours le plus fréquent à la « modulation du temps de travail » -ou « coupure » - dans trois perturbations sur sept - et aussi par le plus grand nombre de postes non compensés - quatre perturbations sur sept. Un cas exceptionnel a été le secteur

d'Epilepsie, qui n'a subi qu'une seule perturbation d'un poste AS au cours des quatre jours observés, qui n'a pas été compensée. Ces résultats soulignent que tous les secteurs ne disposent pas des mêmes ressources pour faire face aux perturbations et que les mécanismes d'ajustement varient d'un secteur à l'autre.

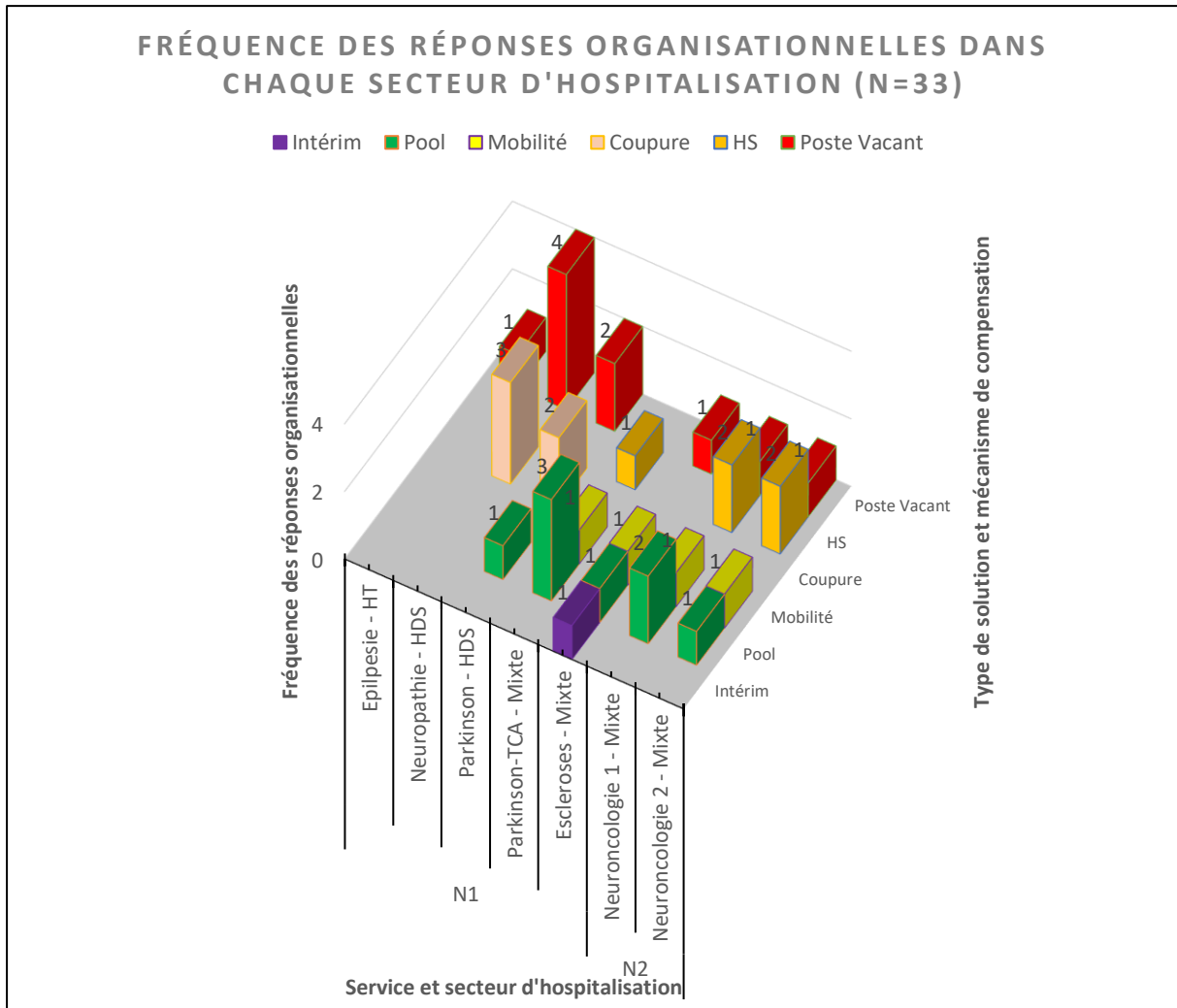


Figure 14 : Fréquence des réponses organisationnelles dans chaque secteur d'hospitalisation

Il a également été constaté que les solutions organisationnelles étaient utilisées différemment selon que les absences concernent des professionnels IDE et AS. D'une part, il a été constaté que les 14 perturbations affectant les postes d'IDE ont été entièrement ou partiellement compensées par l'organisation, tandis que seulement 9 des 19 perturbations (47%) affectant les AS ont eu une forme de compensation. En outre, il a été constaté que la totalité des solutions impliquant le recours à du personnel de remplacement avait été utilisée pour compenser le

manque d'IDE (42% avec du personnel de pool et 7% avec du personnel intérimaire), tandis que les postes d'AS n'étaient compensés que par des solutions internes (principalement des heures supplémentaires et de la mobilité). C'est le cas des secteurs de Neurooncologie, dont l'équipe au moment de l'étude ne comptait que 11 AS au total pour couvrir 9 postes quotidiens répartis dans les deux secteurs ; le principal mécanisme de compensation utilisé pour ces professionnelles était le recours aux heures supplémentaires. Ces résultats nous permettent de déduire deux choses. Tout d'abord, en l'absence de personnel permanent dans les secteurs et de personnel de remplacement interne et externe (notamment dans le cas des AS), les secteurs d'hospitalisation ont tendance à recourir à des solutions internes pour gérer les perturbations RH qui les affectent. Deuxièmement, malgré ceci, il semble que pour l'organisation, le non-remplacement des AS est plus acceptable que le non-remplacement des IDE. La Figure 15 montre la distribution des différentes solutions adoptées par l'organisation pour gérer les perturbations au cours des 28 jours d'observation pour chaque métier (ajusté en pourcentage).

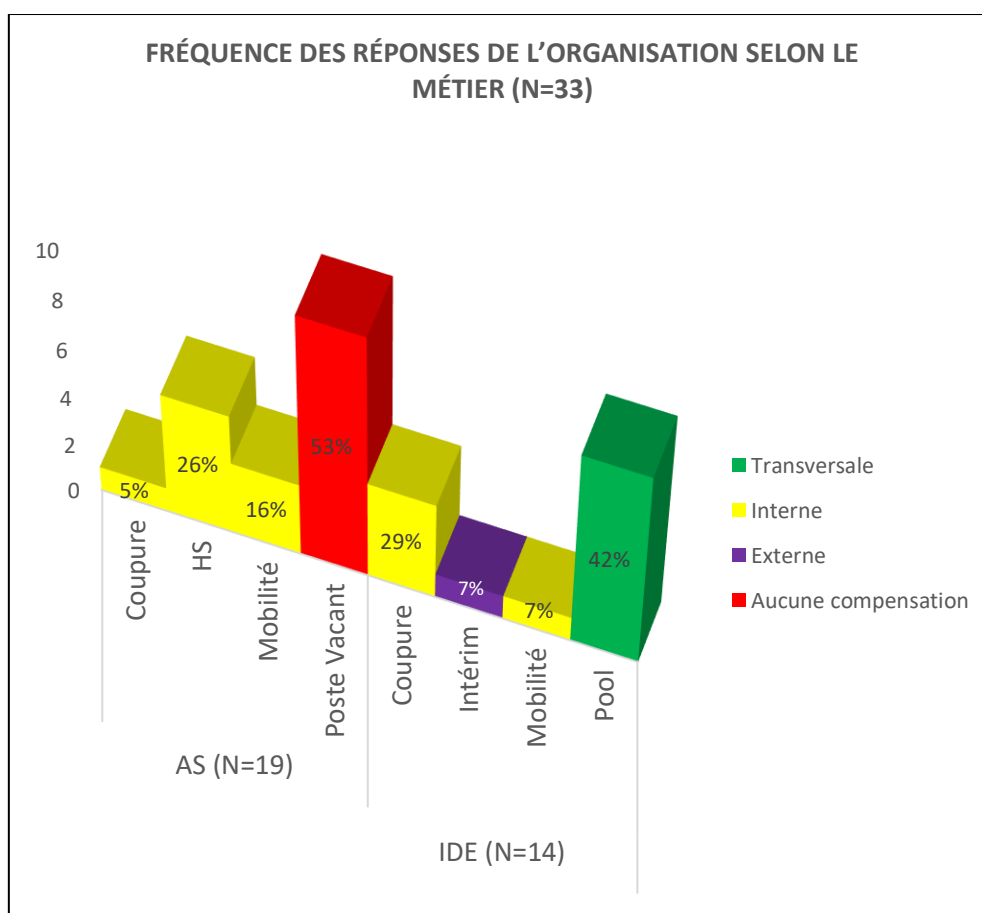


Figure 15 : Fréquence des réponses de l'organisation selon le métier

5.2.2.4. Des mécanismes de compensation fragiles lorsque plusieurs perturbations surviennent sur une même journée

L'analyse des réponses organisationnelles montre dans quelle mesure les solutions adoptées ont permis de réduire les écarts de personnel pendant les jours observés. Les réponses organisationnelles ont ainsi permis de disposer d'une dotation complète 12 fois (50%) - par exemple, avec du personnel de remplacement - et à 5 reprises de compenser par une dotation partielle (21%) - par exemple, avec la modulation du temps de travail. La Figure 16 montre la proportion de journées compensées, partiellement compensées et non compensées au cours des 24 jours pendant lesquels au moins une forme de perturbation s'est produite. En effet, sur un total de 33 perturbations concentrées en 24 jours, les réponses organisationnelles ont permis de compenser au moins un des postes en 18 jours (75%). Cela montre que le système a des difficultés quotidiennes pour compenser les perturbations avec les ressources en personnel fournies par l'organisation.

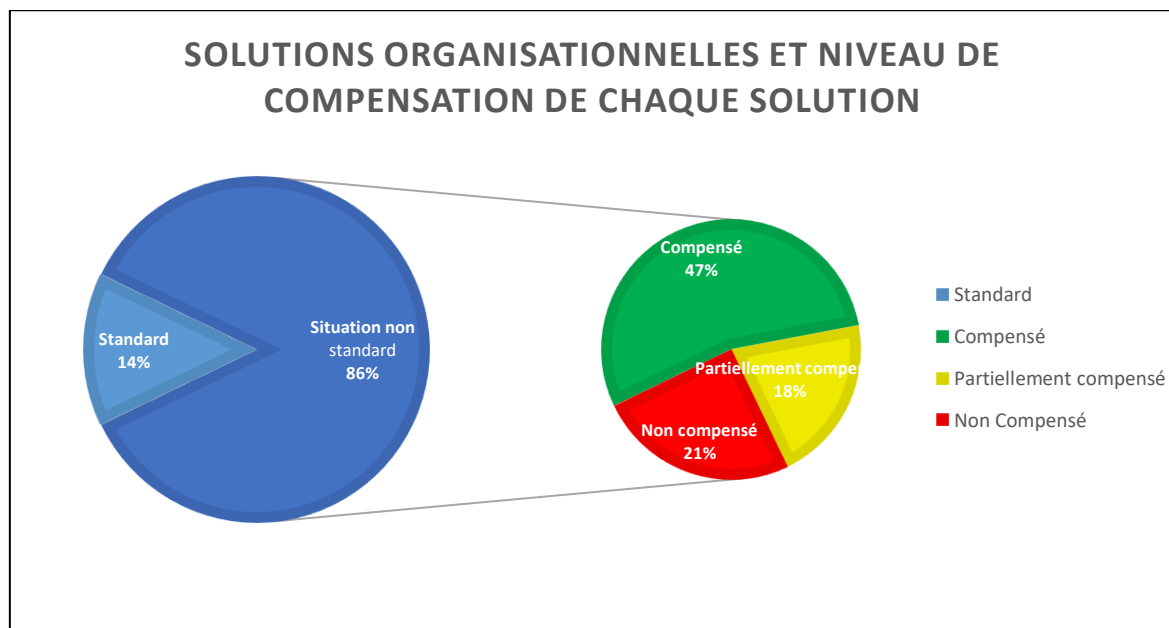


Figure 16 : Solutions organisationnelles et niveau de compensation de chaque solution

Ainsi, les résultats qui viennent d'être présentés montrent que les perturbations quotidiennes qui affectent le département conduisent à la reconfiguration permanente des ressources et à la mise en œuvre de différentes solutions pour pallier le manque de personnel. La fréquence de ce phénomène indique que le mode de fonctionnement dominant de cette organisation n'est pas le

mode de fonctionnement standard et que d'une certaine manière, le travail en « mode dégradé » est quotidien pour les équipes de soins. Du point de vue de l'activité professionnelle, cela signifie que les soignantes doivent travailler dans une situation de travail familière, mais dans laquelle les ressources sociotechniques disponibles - individuelles, collectives, organisationnelles – sont réduites et changent constamment. Il reste donc à savoir si cette forme de gestion du personnel peut garantir les objectifs de santé et de performance poursuivis tant par l'organisation que par les individus qui y travaillent.

5.2.3. Le fonctionnement en « mode dégradé » et ses conséquences sur la qualité du travail : des régulations individuelles et collectives mises sous tension.

Dans cette dernière partie seront présentées les conséquences possibles de ce mode de gestion du personnel sur le travail des soignantes. L'analyse des observations a montré que le manque de personnel et le mode de gestion utilisé par l'organisation ont un impact sur la configuration des ressources et affectent l'organisation du travail des équipes. A partir des 28 cas analysés, il a été possible de mettre en évidence quatre conséquences principales de cette forme de gestion du personnel sur l'activité des soignantes dans chaque secteur.

5.2.3.1. *Fragilisation des conditions de travail*

Dans toutes les journées d'observation en situation non standard, on a pu voir comment le fonctionnement de l'organisation conduit à une augmentation des contraintes et à une intensification du travail, conduisant à l'épuisement physique et cognitif des soignantes. D'une part, le manque partiel (dans le cas de la coupure) ou total (dans le cas du sous-effectif) de personnel augmente le nombre de tâches et le volume de travail à effectuer par les équipes, au point que le personnel restant doit absorber la totalité de la charge de travail. Dans ce cas, les soignantes sont amenées à supprimer des tâches ou à accélérer le rythme de travail afin d'assurer les soins aux patients. Lorsqu'il y a des tâches essentielles à effectuer ou des patients difficiles (patient lourd, violence, fugue, stress), les soignantes sont obligées d'enchaîner rapidement les soins ou de demander l'aide d'une collègue dans une salle voisine pour l'aider dans une tâche spécifique. En effet, sur 14 des 24 jours observés (58%), les soignantes ont dû se déplacer dans

un autre secteur pour demander l'aide d'une collègue. D'autre part, le recours à une professionnelle du pool ou à une intérimaire peut au contraire ajouter des tâches supplémentaires au personnel interne (former la collègue dans la situation de travail, s'occuper de patients non connus) ou doubler la durée des tâches à gérer au quotidien (par exemple, la durée des transmissions). Ces phénomènes sont fréquents lorsque les soignantes remplaçantes connaissent peu ou n'ont jamais travaillé sur le poste (3 cas sur 8 situations observées avec du personnel remplaçant). En ce sens, gérer les exigences dans ces conditions devient particulièrement difficile lorsque les patients sont « lourds » ou instables, lorsqu'ils doivent être suivis de près. En plus des deux facteurs mentionnés ci-dessus, en raison du manque de personnel, les soignantes internes sont soumises à des changements incessants de leurs horaires et ont des difficultés constantes à prendre des congés (repos hebdomadaire, congés annuels, RTT, etc.). Deux exemples permettent d'expliquer les effets du manque de personnel sur les conditions de travail des soignantes :

Cas A : Une AS a été observée le matin dans le secteur Parkinson-HDS au cours d'une journée (Journée 12) où l'équipe était organisée en « coupure » (son binôme AS devait être présent à 10h00). En attendant son arrivée, l'AS observée a dû effectuer les soins de base et la distribution des repas de tous les patients du service (3 dépendants, 11 semi-dépendants et 1 autonome), en plus de préparer le matériel et les transmissions pour l'arrivée de sa collègue.

Cas B : une IDE du secteur Parkinson-TCA a été observée en train de travailler avec une collègue du Pool ayant peu d'expérience dans le secteur (Journée 14). L'IDE interne a dû prendre en charge un quart des patients de sa collègue du Pool car cette dernière ne connaissait pas une partie des soins spécifiques à réaliser (installation de la pompe et bilan génétique). Dans la journée, l'IDE observée a dû interrompre son activité à quatre reprises pendant le tour de service pour aider sa collègue à gérer certains soins (notamment le réglage des pompes) et deux fois pour poser des questions sur l'organisation (localisation du matériel et mot de passe informatique). Pendant le tour de service, l'IDE a passé au total 13 minutes à donner des explications à sa collègue du pool pour qu'elle puisse effectuer correctement son travail.

5.2.3.2 Performance des soignantes et mobilisation des compétences :

Les solutions adoptées par l'organisation amènent les soignantes à se réorganiser et à faire des arrangements locaux afin d'assurer la continuité des soins. Travailler avec moins de personnel ou avec du personnel extérieur à l'équipe fragmente les tâches et intensifie le travail. Au cours

des 10 cas en mode sous-effectif, il a été possible d'observer une plus grande fréquence de délégation de tâches entre collègues de la même profession et également de « glissement » de tâches entre IDE et AS (par exemple, administration de médicaments ou gestion des repas). Cette situation réduit les marges d'action du personnel interne et limite donc les possibilités de mettre en œuvre les stratégies opératoires auxquelles elles sont habituées lorsqu'elles sont en équipe complète. D'autre part, le travail avec du personnel de remplacement ou du personnel « mutualisé » pose également des problèmes car ce personnel n'est pas habitué aux manières de travailler de chaque secteur, ne connaît pas le système de travail (outils, programmes, poste de travail) et/ou n'a pas la connaissance approfondie de la typologie des patients. Parfois, les patients habituels des secteurs peuvent refuser les soins des soignantes externes parce qu'ils ne les « connaissent » pas ou ne leur font pas confiance. Dans d'autres cas, ce sont les soignantes externes elles-mêmes qui peuvent déléguer certains soins afin de ne pas mettre le patient en danger. Par exemple, dans 3 des 8 cas observés, la soignante remplaçante n'avait pas suffisamment d'expérience dans le secteur pour travailler de manière autonome et dépendait de ses collègues, celles-ci devant soit l'informer, soit prendre sa place. Dans ce cas, l'organisation du travail s'appuie donc sur les références et les bases de pratique du personnel interne. Voici deux exemples de la manière dont ce type de situation peut affecter les performances et la mobilisation des compétences :

Cas C : Une IDE travaillant avec une IDE du Pool a été observée en Neurooncologie 2 la journée où elles devaient administrer une chimiothérapie (Méthotrexate) à trois patients. L'une des stratégies adoptées pour garantir une administration sûre de ce traitement consiste à préparer le matériel associé à ces soins au début du service, car le processus d'administration - qui est généralement effectué après le premier tour de garde - peut prendre jusqu'à 30 minutes en fonction des indices de pH de chaque patient. Cependant, en raison du temps nécessaire pour que le Service de Suppléance affecte l'IDE de remplacement, l'IDE de secteur a dû surveiller la salle et avancer dans la préparation des prescriptions de sa collègue. La préparation de chaque Méthotrexate a été faite seulement 6 minutes avant le début de la première administration.

Cas D : Une AS expérimentée du secteur Epilepsie a été envoyée en renfort dans le Secteur Sclérose (Journée 16). Dans ce secteur, des patients atteints de SLA souffrent de problèmes ORL et ne peuvent communiquer que par un système visuel particulier (par le biais d'un laser et d'un tableau). Bien que l'AS mutualisée connaisse bien les soins et le service, elle a eu du mal tout au long de

la journée à détecter les besoins et à échanger avec ces patients. L'AS mutualisée doit fréquemment interrompre l'AS interne pour lui demander de faire fonction de traductrice.

5.2.3.3. Coordination et organisation du travail collectif

Troisièmement, le manque permanent de personnel transforme les mécanismes habituels de coordination et d'organisation du travail collectif des équipes. Dans les situations perturbées, les équipes ne s'organisent pas selon la planification de travail prévue, mais plutôt selon une forme de planification contingente ou dégradée. Pour gérer l'incertitude et les aléas existants, les équipes doivent agir avec plus de discrétion et organiser les ressources disponibles de manière cohérente pour pallier le manque de personnel. Chaque solution adoptée par l'organisation crée des conditions qui structurent les formes de coordination et les manières de faire le travail. Dans un tel scénario, les soignantes se mobilisent et se synchronisent régulièrement afin de trouver des solutions et des arrangements pour faire face à chaque situation. Si le flux de travail est important, le travail en binôme devient difficile à maintenir et le travail collectif se fragmente et se disperse afin de gérer les aléas ou les micro-aléas qui peuvent émerger (cela concerne les médecins, les cadres et les autres professionnels). Par exemple, lorsque les équipes sont en sous-effectif ou en coupure, les soignantes ont l'habitude de travailler la plupart du temps séparément et de ne coopérer entre elles que pour des tâches ponctuelles -transférer un patient sur le fauteuil, faire une toilette, etc. Cela se produit également lorsque le personnel de remplacement ou le personnel mobilisé est peu expérimenté. Dans ces cas, les soignantes doivent également modifier les formes de régulation connues, car toutes n'ont pas les mêmes compétences. Des changements de cette nature ont été observés pendant les 24 jours où une solution organisationnelle a été mise en place. Voici deux exemples qui illustrent ce phénomène :

Cas D (sous-effectif) : Une IDE observée dans le Secteur Epilepsie (Jour 3) a dû suspendre sa tournée de visites et déléguer pendant 45 minutes les prescriptions et le suivi de ses patients à son binôme IDE afin de collaborer avec l'AS dans la réalisation de toilettes au lit (pour pallier l'absence d'une AS). Alors que l'IDE collaborait avec l'AS, la première était fréquemment sollicitée par son binôme pour obtenir des informations cliniques sur les patients qu'elle devait suivre. Plus tard, pendant le déjeuner, l'IDE a également

dû collaborer à la distribution des repas et à l'alimentation des patients afin de pallier le manque d'AS.

Cas E : Une IDE du Secteur Sclérose (Jour 18) a été observée travaillant avec une IDE intérimaire évoluant pour la première fois dans ce secteur. Ici, pour une question d'efficacité, les IDE ont l'habitude de se répartir les patients et travaillent individuellement dans une section de la salle. Cependant, au cours de cette journée, au lieu d'adopter cette organisation, l'IDE observée a dû travailler en binôme avec sa collègue intérimaire - à la demande de cette dernière - car celle-ci « ne se sentait pas à l'aise pour gérer tous les patients toute seule ».

5.2.3.4. Qualité des soins et sécurité des patients

Enfin, une quatrième dimension qui peut être affectée par le manque de personnel dans les services a trait à la possibilité de fournir des soins de qualité et sûrs aux patients. En effet, bien qu'au cours des 28 jours d'observation, un seul incident majeur ait été observé du côté patient, ayant d'ailleurs fait l'objet d'une déclaration d'événement indésirable sur le logiciel OSIRIS (chute de patient le 15e jour), le manque de personnel qualifié ajoute des exigences au travail qui peuvent affaiblir les conditions de sécurité des soins. Tout au long des journées d'observation, il a été possible d'identifier comment ce phénomène a contribué à des erreurs et/ou au développement de pratiques informelles qui ont affecté la qualité et la sécurité des soins. Par exemple, il a été observé que le travail en sous-effectif ou en coupure favorisait des situations telles que le débordement de ressources, le « glissement de tâches » et la gestion de situations conflictuelles ou impossibles (faire vite une toilette vs. faire une toilette de qualité). Le personnel extérieur au secteur - qu'il s'agisse de remplacement ou d'un autre secteur - peut être confronté à des situations inconnues ou qu'il ne sait pas gérer sans l'aide d'une soignante plus expérimentée et peut mettre les patients en danger (notamment dans des situations exceptionnelles). Bon nombre des situations décrites sont souvent détectées ou rattrapées par le personnel expérimenté avant qu'elles ne causent un préjudice aux patients ; cependant, de nombreuses situations peuvent passer inaperçues pendant la journée. Les cas suivants montrent ainsi les conséquences que cette forme de gestion du personnel peut avoir sur la qualité et la sécurité des soins :

Cas F : Une IDE du Secteur Neuropathie (Journée 7) qui doit travailler le matin en « coupure » est seule en charge de tous les patients du service (15 patients). Parmi les différentes prescriptions qu'elle doit respecter, il y a l'administration d'un stupéfiant à 8h du matin. Les stupéfiants sont conservés sous clé dans un stock de pharmacie à l'étage supérieur. La Cadre de Santé et les médecins internes n'étaient pas présents à ce moment-là, et l'AS du secteur n'était pas autorisée à entrer dans la réserve de la pharmacie. L'IDE quitte la salle pendant 8 minutes pour récupérer les médicaments et laisse l'AS surveiller la salle.

Cas G : Une AS mutualisée dans le secteur Neuroncologie 2 (Journée 28), lors de la distribution du déjeuner, sert à un patient sous traitement de Méthotrexate un dessert contenant de la banane. Cet aliment est contre-indiqué chez ces patients et peut générer un effet indésirable. Une partie de l'équipe était à ce moment-là dans la salle de repos. Le dessert n'a finalement pas été consommé par le patient (il est resté sur le plateau) et a été récupéré 30 minutes plus tard par une IDE lors du retrait des plateaux.

Ainsi, les perturbations, puis les solutions organisationnelles adoptées par les cadres de santé, transforment la situation de travail et les ressources sociotechniques -individuelles, collectives et organisationnelles- disponibles pour effectuer le travail des équipes de soins. Le manque de personnel et les solutions organisationnelles pour pallier ce manque déstabilisent le fonctionnement habituel des équipes et mettent en péril la qualité et la sécurité des soins. Les équipes doivent improviser pour effectuer le travail demandé dans des conditions dégradées, ce qui augmente la fatigue physique et psychologique. Les soignantes ont une marge de manœuvre moindre et ont moins de ressources pour mobiliser leurs capacités et mettre en œuvre des stratégies ou des régulations efficaces et reconnues. Les modes de coordination et de travail collectif sont également impactés. En partie privés d'autonomie et des moyens nécessaires à l'exercice de leur métier, les soignantes doivent effectuer leur travail dans des conditions qui ne permettent pas d'assurer une prise en charge optimale des patients et qui, au contraire, les mettent souvent en danger.

5.3. Conclusions préliminaires :

Les résultats de l'étude montrent que la dotation en personnel fournie par l'organisation ne permet pas de faire face aux perturbations RH ordinaires et oblige le système à fonctionner en permanence en dehors du modèle prévu ou du modèle standard. Les perturbations RH constantes - et souvent multiples - dépassent la capacité de l'organisation à maintenir les

effectifs prévus et conduisent les acteurs de terrain à faire des régulations et des ajustements pour pallier le manque de personnel ; le travail en mode dégradé devient habituel. Ce type de fonctionnement génère des dysfonctionnements au niveau de la planification du personnel, de la configuration des équipes, de l'organisation du travail et finit par transformer les conditions de réalisation du travail des soignantes. Les cadres et les équipes soignantes doivent faire face à la situation de manière réactive par des régulations et des reconfigurations qui peuvent être coûteuses ou inefficaces lorsqu'elles affectent la qualité des soins et la santé du personnel (notamment lorsqu'elles ne permettent pas de gérer la variabilité des situations de travail ou de concilier les différents critères de qualité.). Loin de diviser les soignantes ou de les mettre en concurrence, les pressions exercées sur le système les obligent à se coordonner et à se mobiliser collectivement pour trouver des solutions, des arrangements, pour pallier le manque de personnel.

Ainsi, les bouleversements provoqués par ce mode de fonctionnement génèrent non seulement des transformations du personnel au niveau quantitatif, mais aussi au niveau qualitatif. D'une part, les équipes doivent travailler en permanence avec moins de personnel que prévu et doivent recourir principalement à des adaptations internes -y compris le fait de devoir travailler en sous-effectif- afin de combler les postes vacants. D'autre part, le manque de personnel entraîne une reconfiguration qualitative des ressources et des capacités individuelles et collectives des équipes de soins. En effet, les réorganisations incessantes conduisent les équipes à faire preuve d'agilité pour faire face à des conditions de travail changeantes avec des ressources variables et des formes d'organisation éphémères. Le système exige une plus grande flexibilité du travail, une exacerbation de la réactivité et de la polyvalence du personnel interne par rapport au personnel de remplacement - rotation des postes, élargissement des tâches -. Les résultats ont montré que, dans la plupart des jours observés, les équipes se sont adaptées aux perturbations et ont été capables de maintenir une cohérence fonctionnelle dans leurs performances, malgré le coût que le travail en effectif réduit pouvait impliquer.

Un autre aspect à souligner est lié à la variabilité des solutions trouvées dans chaque secteur et à la manière dont les ressources sont configurées en fonction du secteur et du type de métier. Comme on peut le constater, les secteurs, en fonction de leurs caractéristiques (type de patients, type d'hospitalisation) disposent de ressources différentes en termes de personnel et adoptent des solutions organisationnelles différentes. De manière générale, les secteurs d'hospitalisation

traditionnelle et mixte ont davantage recours à des solutions transversales et externes, tandis que les secteurs d'hospitalisation de semaine auront plutôt recours à des solutions internes telles que les heures supplémentaires ou l'aménagement du temps de travail. Dans le même temps, on a constaté que les secteurs ne possèdent pas ou n'ont pas accès au même niveau de ressources en personnel pour mettre en œuvre les solutions RH envisagées par l'organisation. Cela montre que les secteurs peuvent avoir des comportements organisationnels très différents en fonction des ressources disponibles et des exigences locales à satisfaire.

Ces résultats soulèvent un certain nombre de questions sur la manière dont le processus de gestion du personnel est construit et développé par les acteurs de terrain. Tout d'abord, quels sont les pratiques et les critères qui sous-tendent la mise en œuvre des différentes solutions organisationnelles pour les ressources fournies par l'organisation ? Ensuite, les acteurs s'adaptent-ils passivement à ces exigences ou contribuent-ils aussi activement à la construction des différentes solutions trouvées ? Enfin, les solutions organisationnelles en matière de personnel sont-elles déterminées en amont par les ressources fournies par l'organisation, ou sont-elles construites par les acteurs de terrain ?

Pour répondre à ces questions, il faut comprendre comment les cadres de santé et les soignantes de chaque équipe gèrent les contraintes et les ressources au sein des situations perturbées ou hors normes. Pour ce faire, le prochain chapitre étudiera l'activité des cadres de santé afin de comprendre comment elles gèrent leur personnel et de connaître les différentes pratiques utilisées pour configurer les équipes dans chaque secteur. Le chapitre suivant s'intéressera aux pratiques et modes opératoires adoptés par les soignantes dans chaque configuration d'équipe.

Chapitre 6 : Organiser le travail face au manque de personnel soignant à l'hôpital : les pratiques de gestion résilientes des cadres de santé

6.1. Objectif et méthode

6.1.1. Objectif

La gestion quotidienne du personnel est une mission d'importance majeure pour l'activité de gestion de ressources humaines (GRH) à l'hôpital. Dans les hôpitaux français, les Cadres de Santé (CDS) sont responsables de la gestion du personnel paramédical¹⁶ : infirmières et aides-soignantes. Avec le médecin responsable du personnel médical, elles participent à l'organisation des activités de soins et à leur animation à travers un grand nombre des tâches protéiformes : planification des quarts de travail, recherche et embauche du personnel, allocation du personnel, commandes de matériel, mise en place de procédures de sécurité, entre autres. Premier maillon dans la hiérarchie, les CDS ont la responsabilité de fournir à l'organisation un personnel qualifié et suffisant en nombre pour assurer des soins de qualité, tout en garantissant que ce personnel puisse travailler dans un environnement de travail propice. Par conséquent, l'exercice de cette activité est subordonné à des questions de GRH, notamment la performance organisationnelle, la santé et la sécurité, la gestion des compétences et la réglementation du travail. Cette mission devient indispensable dans le contexte actuel, où les hôpitaux sont soumis à une forte pression pour augmenter leurs performances avec des ressources humaines de plus en plus limitées. On peut ainsi considérer aujourd'hui que les CDS jouent un rôle central dans les processus RH car elles sont le premier maillon hiérarchique en contact avec les équipes de terrain.

¹⁶ Les CDS doivent avoir travaillé pendant au moins 5 ans comme personnel paramédical -généralement comme IDE- avant de suivre une formation de 10 mois qui leur permet d'exercer leur nouvelle fonction. Leur connaissance du travail du personnel qu'elles encadrent est plus ou moins fine selon qu'elles ont ou non exercé comme IDE dans la même spécialité que le secteur où elles sont cadres.

Cette étude empirique s'intéresse au travail de gestion du personnel effectué par les CDS et à leur rôle dans l'accomplissement des objectifs RH de l'organisation. Plus précisément, ce chapitre vise à comprendre comment ces professionnelles gèrent les contraintes et les ressources pour assurer une dotation en agents compétents suffisante dans un contexte de déficit de personnel. L'argument central de l'étude est que les CDS mettent en place diverses « pratiques de gestion résilientes » pour adapter l'organisation du système aux perturbations auquel il fait face en termes de personnel. Ces pratiques consistent en un travail d'articulation entre les exigences de la prise en charge, les ressources en personnel disponibles et la mise en cohérence d'un ensemble de règles de gestion, et ce auprès de différents acteurs, afin que le système fonctionne d'une manière acceptable pour l'organisation, les malades et les équipes soignantes.

6.1.2. Méthode

6.1.2.1. Participantes

Sept cadres de de santé (CDS) volontaires ont participé à l'étude, chacune responsable d'un secteur d'hospitalisation appartenant aux deux services du Département Neurologie (voir Tableau 11). Trois CDS s'occupent d'un secteur d'hospitalisation ayant ses propres équipes de soins paramédicales (secteur Epilepsie et Neuropathie). Les quatre autres travaillent en binôme (secteurs Parkinson-TCA et Scléroses en NG, et secteurs Neuroncologie 1 et 2 en NO) : à cause de la proximité géographique des secteurs, elles partagent la même équipe de soins (alternance matin et après-midi dans chaque secteur chaque semaine ou tous les 15 jours). Chaque secteur d'hospitalisation a une orientation médicale spécifique avec une modalité d'hospitalisation propre (conventionnelle, hebdomadaire ou mixte) - (voir Chapitre 4). L'ancienneté dans le poste des participantes varie de 1 à 5 ans.

Service	Participante	Genre	Ancienneté poste	Secteur	Orientation médicale	Type d'hospitalisation	Nombre de lits	Taille de la grande équipe
Neurologie Générale (NG)	CDS 1	Femme	< 2 ans	Epilepsie	Epilpesie	Conventionnelle	15	16 soignantes (8 IDE et 8 AS)
	CDS 2	Femme	< 2 ans	Neuropathie	Métabolique, nerf périphérique	Semaine	16	9 soignantes (4 AS et 5 IDE)
	CDS 3	Femme	< 2 ans	Parkinson	Parkinson, trouble du mouvement	Semaine	16	10 (4 AS et 6 IDE)
	CDS 4	Homme	< 2 ans	Neurodégénératif et TCA	Parkinson, Trouble du comportement	Mixte	15	

	CDS 5	Femme	2 à 5 ans	Neuro-inflammatoire et SLA	SLA, Sclérose en plaques	Mixte	17	38 soignantes (19 AS et 19 IDE)
Neuroncologie (NO)	CDS 6	Femme	< 2 ans	Neuroncologie 1	Tumeurs cérébrales (diagnostic, traitement initial)	Mixte	21	39 soignantes (20 IDE et 19 AS)
	CDS 7	Femme	2 à 5 ans	Neuroncologie 2	Tumeurs cérébrales (formes graves)	Mixte	15	

Tableau 11 : Les cadres de santé (CDS) ayant participé à l'étude.

En ce qui concerne la gestion du personnel, dans cet hôpital, la CDS est chargée d'affecter le personnel au sein des équipes paramédicales de chaque secteur, mais aussi de rechercher des solutions en cas d'aléa et de solliciter le personnel de remplacement pour mettre en œuvre ces solutions d'affectation. A cette fin, les CDS doivent agir de manière discrétionnaire en suivant la procédure RH établie par l'organisation, qui définit les moyens et les types de solutions acceptés selon la situation. Ce travail de gestion du personnel doit permettre de concilier les objectifs de qualité et de sécurité des patients, mais aussi de performance attendue par l'organisation.

6.1.2.2. Technique du protocole verbal

Cette étude est fondée sur des entretiens individuels utilisant la technique du protocole verbal, qui consiste à « demander à un sujet de réaliser une tâche en raisonnant à haute voix » (Bisseret et al., p. 199). Cette technique classique de l'ergonomie permet d'accéder au raisonnement et aux connaissances mises en pratique par un sujet effectuant une tâche. Ici, il s'agit de comprendre les différentes pratiques mobilisées par les CDS pour réaliser la gestion du personnel dans un contexte de déficit d'effectif.

Le protocole utilisé (voir Annexe 2) a été conçu à partir des données recueillies lors d'une première étude réalisée dans la même structure six mois auparavant, qui visait à identifier les réponses organisationnelles fournies par les différents secteurs d'hospitalisation pour pallier le déficit permanent de personnel (voir Chapitre 5). Cette première recherche a permis de recueillir des documents de l'organisation, des observations de terrain et des entretiens exploratoires, qui ont alimenté la conception méthodologique de la présente étude, laquelle a

été construite de manière itérative par les échanges avec les informateurs clés de l'organisation. Le protocole a finalement été soumis pour validation à deux Cadres Supérieurs de Santé (CSS) du département, afin de vérifier la fiabilité de son contenu (données, constatations, interprétations) et de corriger les inexactitudes (ex. termes techniques).

Le contenu du protocole intègre trois outils qui ont été utilisés comme objets intermédiaires lors des entretiens : 1) la maquette d'organisation hebdomadaire, 2) le diagramme des observations systématiques et, 3) les récits de situations (voir Figure 17). Ces outils ont été conçus sur la base des données recueillies lors de la première étude et ont été adaptés sur un support en carton pour faciliter leur manipulation et leur utilisation didactique afin d'aborder différentes questions lors des confrontations. L'utilisation de chaque outil a permis d'explorer différentes dimensions de l'activité de gestion du personnel menée par les CDS. La « maquette d'organisation hebdomadaire » (outil n°1) visait à explorer comment chaque participante organisait la répartition hebdomadaire des postes au sein du secteur qu'elle gère, en tenant compte des caractéristiques de la prise en charge (type de patient, type d'hospitalisation, prescriptions), des ressources en personnel dont elle dispose d'ordinaire et des différentes règles de gestion à respecter (organisation du temps de travail, conditions de travail, qualité et sécurité des patients, etc.). Le diagramme des observations sur le terrain (outil n°2) avait pour but d'analyser comment sont utilisées les différentes solutions organisationnelles adoptées pour pallier le manque de personnel et les conditions qui peuvent déterminer leur utilisation. Enfin, la confrontation à des récits de situation (outil n°3) avait pour objectif de connaître les différentes pratiques de gestion utilisées par les participantes pour organiser les équipes de soins face aux aléas - prévus ou imprévus - qui peuvent affecter le fonctionnement du système.

Outil 1. La maquette organisationnelle hebdomadaire de référence

La maquette organisationnelle hebdomadaire est un document de référence utilisé dans les structures hospitalières qui formalise «la répartition des différents postes de travail au cours d'une semaine considérée comme 'standard' (c'est-à-dire correspondant au niveau d'activité le plus fréquemment observé) » (MeaH, 2019 p. 25). Elle définit la répartition de chaque poste de travail sur la base de qualifications et de compétences précises (IDE, AS, etc.) ; c'est à partir de ce document que le nombre de personnel effectif pour chaque service, secteur, unité, etc. est défini. Elle n'a pas vocation à être une représentation complète ou une vision rigide d'un fonctionnement qui ne laisserait aucune marge de manoeuvre aux acteurs concernés (*Ibid*, 2019). Les cadres sont autorisés à apporter des ajustements à la répartition des postes proposée. Lors de l'entretien, ce document de référence a été représenté sur un support en carton où figure une grille de planification sur une semaine (jour, après-midi, nuit) conforme aux exigences de la maquette organisationnelle hebdomadaire.

Outil 2. Diagramme des observations systématiques de la grande équipe

Une synthèse des différentes formes de régulation servant à constituer les équipes de soins a été réalisée sur la base des 28 journées d'observations systématiques des soignantes de la grande équipe réalisées lors de la précédente étude dans les sept secteurs d'hospitalisation du département (quatre jours par secteur ; 2 AS et 2

IDE). La conception matérielle du support de cette synthèse a été calquée sur la feuille de planification utilisée par les cadres, afin d'en faciliter la lecture et la manipulation. Le diagramme a montré les différentes solutions organisationnelles utilisées par les mêmes cadres pendant les journées d'observation pour compenser les perturbations du personnel.

Outil 3. Récits de situations d'absence de personnel

Deux récits de situations (Mollo, 2004 ; Nascimento, 2009) qui pourraient se produire dans tous les secteurs ont été conçus à partir de situations réelles recueillies lors des observations de la première étude. Le premier cas concerne une situation d'absence non prévue pour le lendemain ; l'autre une situation d'absence survenant dans le courant de la même journée. Les deux récits s'achèvent par une fin ouverte (*open ending*) afin que les participantes puissent proposer plusieurs réponses (sans qu'on puisse retenir de *bonne* ou de *mauvaise* réponse). Bien que le contenu soit fondé sur des situations réelles, certains éléments de contexte ont été adaptés ou omis afin de maintenir un certain niveau de difficulté (difficile, mais réalisable), d'incertitude (pour éviter la contamination ou la suggestion de réponses) et d'universalité (envisageable dans tout secteur hospitalier). Par exemple, dans le cas n°2, on a omis l'heure de prise de poste de l'IDE de l'équipe du matin afin d'éviter d'induire ou de réduire le type de réponses possible (par exemple, « ici, il n'y a pas d'autre solution que de doubler l'IDE de l'équipe du matin »). Les cadres devaient résoudre les cas comme elles l'auraient fait si la situation s'était produite dans leur secteur.

Figure 17 : Les trois outils utilisés lors de l'entretien de confrontation auprès des Cadres de Santé.

L'utilisation de ces trois ressources lors des entretiens avait un double objectif. D'abord, connaître les différents usages de l'activité des CDS (conception, diagnostic et résolution) pour gérer des situations à la fois localement (secteur, équipe) et globalement (service, hôpital). Deuxièmement, être en mesure de garantir ou d'accroître la validité, la fiabilité et l'objectivité des données extraites (Flick, 2008). Par exemple, au cours de l'étude, la confrontation à un autre support sous forme de diagramme d'observations (deuxième outil) a permis à l'une des cadres de rectifier et de clarifier certaines réponses données lors de la confrontation au document d'organisation (premier outil) ; ces réponses ont également permis aux participantes d'approfondir les réponses données lors de la confrontation des cas (troisième outil), enrichissant de notre point de vue la qualité des données recueillies.

6.1.3. Analyse des données

Les entretiens ont été réalisés individuellement. Ils ont duré en moyenne 42 minutes par participante, et ont été menés dans le bureau de chacune d'entre elles, pour en garantir la confidentialité. Les verbalisations ont été enregistrées sur un dictaphone portable, avec le consentement des participantes.

Les sept entretiens ont été analysés par le logiciel d'analyse qualitative NVIVO. Pour le traitement des entretiens, une analyse de contenu a été effectuée sur la base d'une triangulation intraméthode (Flick, 2008) des trois outils utilisés dans le protocole verbal. L'analyse et l'interprétation des données ont été effectuées sur la base d'un triple codage (Glaser et Strauss, 1967) qui agglomère les données issues des trois outils utilisés dans le protocole. Tout d'abord, un processus de « codage ouvert » (général) a été mis en place, dont l'objectif était d'explorer différentes données afin de comprendre l'activité des participantes et d'avoir une compréhension de leurs représentations. Cette première étape a consisté à comparer les réponses des participantes et à générer des codes descriptifs du type : « type de perturbation », « ressource pour l'activité », « contrainte pour l'activité ». Ensuite, un processus de « codage axial » (sous-général) a été réalisé, dans le but de créer de nouvelles catégories et sous-catégories en reliant celles trouvées lors du codage ouvert. Les catégories et sous-catégories utilisées étaient les suivantes : a) Catégorie 1 : règles de gestion et ressources mobilisées par les CDS pour assurer la dotation du personnel dans une situation normale ; b) Catégorie 2 : déterminants et conséquences du déficit d'effectif sur la gestion du personnel ; c) Catégorie 3 : pratiques de gestion utilisées dans un contexte de déficit permanent de personnel. Enfin, un troisième type de « codage sélectif » a été réalisé afin d'identifier les différentes relations entre les catégories trouvées, qui sont présentées dans les résultats de cette étude.

6.2. Résultats

Les résultats de cette étude sont organisés en trois parties. Tout d'abord, on présente la manière dont les CDS mobilisent les différentes ressources et règles de gestion pour assurer quotidiennement la présence d'un personnel suffisant et compétent dans les secteurs d'hospitalisation. Ensuite, on examine les différentes « contraintes de gestion » liées au déficit chronique de personnel dans l'activité des CDS et leurs conséquences sur les individus et l'organisation. Enfin, sont présentées les différentes « pratiques de gestion résilientes » utilisées par les CDS pour maintenir le fonctionnement des équipes malgré le manque permanent de personnel dans l'organisation.

6.2.1. De l'idéal au réel de la gestion du personnel soignant à l'hôpital : un travail d'articulation entre les ressources existantes et les règles de gestion.

La première partie des résultats a montré le rôle central que les CDS jouent dans le processus de gestion du personnel : elles adaptent les ressources disponibles aux exigences de la prise en charge prévalant dans chaque secteur. En ce sens, bien que les participantes associent généralement ce travail à la conception des plannings, leurs discours ont permis de dévoiler une dimension plus invisible de leur activité : l'articulation permanente entre la recherche de personnel en quantité et compétences suffisantes et l'attention portée au respect des règles de gestion en tenant compte des situations singulières dans le travail. Ce travail d'articulation, souvent caché par la propre activité de management des CDS, est rendu visible lorsqu'elles explicitent le processus ordinaire de gestion du personnel tel qu'indiqué par la procédure RH de l'organisation.

Comme défini dans la procédure organisationnelle (voir Figure 18), les CDS sont responsables d'affecter pour chaque journée l'effectif soignant correspondant au nombre de postes définis pour chaque situation (conception d'une solution prévue).

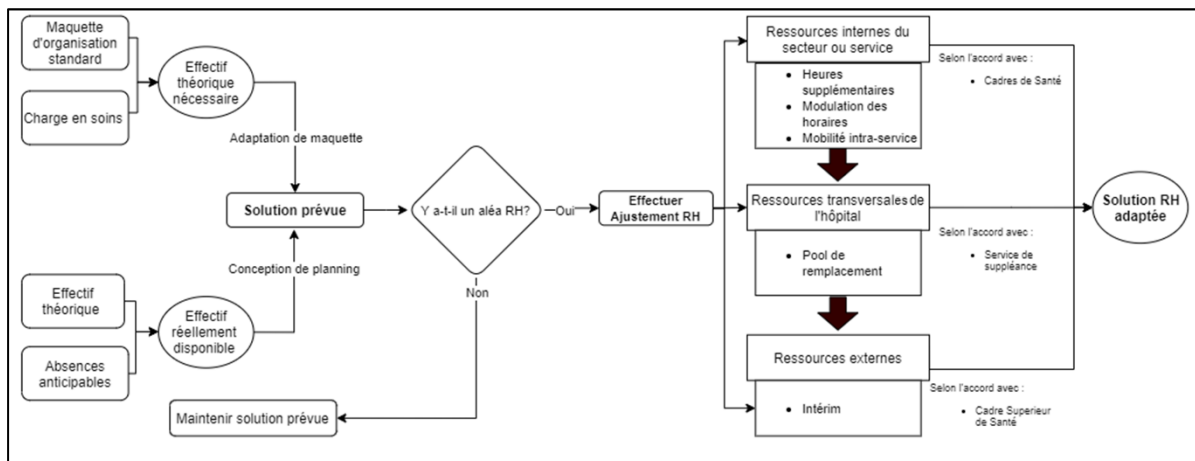


Figure 18 : Représentation de la procédure organisationnelle pour la gestion quotidienne du personnel.

Pour définir le nombre de postes requis pour chaque journée, les CDS se basent sur le ratio établi dans la maquette organisationnelle de chaque secteur. Ce ratio peut être adapté par les CDS en fonction des variations conjoncturelles de la charge de soins (charge de travail, fermeture de lits, besoin de surveillance, période de vacances, etc.). En fonction du nombre de postes à pourvoir, les CDS effectuent des planifications prévisionnelles mensuelles figurant le personnel disponible pour chaque journée. Cette estimation doit prendre en compte le personnel non disponible -les absences anticipées- pour diverses raisons (formation, repos, maladie) et

également respecter les règles relatives à l'organisation du temps de travail (horaires atypiques, RTT, congés, etc.). Dans le cas où une perturbation modifie la situation prévue initialement, les CDS peuvent - si elles le jugent pertinent - recourir à l'une des cinq solutions organisationnelles autorisées par l'établissement pour pourvoir les postes vacants : a) heures supplémentaires, b) modulation du temps de travail ou coupure, c) mobilité intra-service, d) remplacement interne, e) remplacement externe. Les trois premières solutions impliquent le recours à du personnel interne des secteurs et sont arbitrées directement par la CDS de chaque secteur, sauf pour la mobilité qui nécessite également l'accord de la CDS de l'autre secteur impliqué dans cette solution (donateur ou receveur du personnel). La suppléance interne implique l'utilisation de personnel de remplacement ou de pool de l'hôpital et son attribution dépend de la direction du service de suppléance. Enfin, la suppléance externe implique le recours à des intérimaires et leur affectation dépend en premier lieu de l'accord du Comité supérieur de la santé du département, puis de la Direction des ressources humaines. Le personnel intérimaire étant une ressource limitée et coûteuse pour l'organisation, les CDS doivent y avoir recours selon une logique de rationalisation, c'est-à-dire en recourant d'abord aux ressources internes, puis aux ressources transversales et enfin aux ressources externes (voir les lignes verticales noires dans la figure 1).

Une part importante des explications données par les participantes au cours des entretiens a porté sur la manière dont celles-ci doivent constamment adapter les ressources existantes afin d'articuler les solutions organisationnelles souhaitables avec les différentes règles de gestion. Par règles de gestion, on entend non seulement les règles formelles définies par l'organisation ou la législation en vigueur, mais aussi celles informelles définies et construites par les différents acteurs de l'organisation. Ce travail d'articulation suit les différentes étapes de la procédure organisationnelle que les CDS doivent suivre.

Par exemple, une première étape importante de la gestion du personnel consiste à définir le nombre de postes pour chaque journée conformément à la maquette organisationnelle. Pour les participantes, parce qu'elles sont les garantes de la sécurité des soins dans leur secteur, le respect de la maquette organisationnelle est impératif, en particulier le respect des ratios qui sont considérés comme le « seuil minimum de sécurité » pour chaque secteur. Cependant, 6 des 7 CDS ont indiqué qu'elles doivent régulièrement adapter la maquette organisationnelle car elles considèrent qu'elle n'est pas adaptée à la typologie de la prise en charge de chaque secteur. Du

point de vue de ces participantes, ces ajustements permettraient une « répartition plus efficace » des postes par rapport aux exigences des soins et assureraient également un « équilibre de la charge de travail » pour les équipes. Même si les CDS ont une connaissance approfondie de la typologie de la prise en charge (très diverse d'un secteur à l'autre), les ajustements sont souvent co-construits avec les soignantes à partir des informations recueillies et perçues sur le terrain à différents moments de la journée (tour de service, relève d'équipe, staff médical, échanges dans le poste de soins). Un exemple de ce type d'ajustement a été décrit par la CDS 1 du secteur Epilepsie qui a souligné qu'elle adapte habituellement la maquette organisationnelle en renforçant les jours de la semaine où la charge en soins est habituellement plus importante :

« Moi je fais effectivement la distribution des effectifs en fonction de la maquette organisationnelle (...), mais en revanche, je priorise certains jours (...) qui sont le lundi, le mercredi et le vendredi, parce que depuis que je suis arrivée (...), je me suis rendu compte que ces jours-là, ce sont des jours où les patients sortent et rentrent. Mais c'est aussi en fonction de la pathologie des patients. (...). Donc, je vais demander à mon équipe et s'ils me disent que ça va être compliqué sur ces jours-là avec deux IDE et une AS l'après-midi, j'essaie de renforcer le lundi, le mercredi et le vendredi après-midi pour qu'elles soient deux IDE et deux AS ». (CDS 1, Secteur Epilepsie)

La conception d'une planification provisoire qui réponde aux différentes situations possibles repose également sur la conciliation de différentes règles de gestion et dimensions du travail des soignantes. Selon les CDS, cette planification doit non seulement prévoir les effectifs théoriques pour chaque équipe, mais aussi assurer la cohérence entre les règles de gestion reconnues par tous (mais en tenant compte des cas singuliers). Cela implique, d'une part, de devoir se mobiliser pour assurer une adéquation satisfaisante du personnel disponible pour chaque jour - en considérant à la fois des critères quantitatifs tels que le nombre de soignantes et des critères qualitatifs liés au niveau de compétence ou aux préférences de chacune ; d'autre part, de proposer des roulements de plannings compatibles avec les règles de gestion définies par l'organisation et les soignantes elles-mêmes. Ces règles peuvent être formelles - gestion du temps de travail, congés, RTT, formation - ou informelles - conditions de travail acceptées, arrangements informels, équité dans les roulements. En outre, les CDS doivent répondre aux demandes singulières que les soignantes peuvent avoir au quotidien (demandes de week-end, participation à une formation, besoin d'heures supplémentaires, etc.). Un cas évoqué par la CDS 5 (Secteur Parkinson-TCA/Scléroses) illustre la manière dont ces professionnelles recherchent

en permanence des solutions de planification qui concilient les exigences de performance avec les besoins des différents acteurs :

« Parfois, tu as la bonne trame, mais il te manque une pièce du puzzle (...). Un exemple, le mois dernier une IDE m'a demandé un week-end pour une raison personnelle... mais je n'avais personne à mettre à sa place. Il y avait une autre IDE disponible, mais elle ne pouvait pas venir parce qu'il n'y a pas de crèche à l'hôpital l'après-midi le week-end. (...) Il y en avait une autre qui venait de rejoindre l'équipe mais qui était encore dans son mois d'intégration (...). Et finalement, j'ai pu trouver un arrangement qui convenait à tout le monde. Sinon j'aurais dû rejeter la demande de l'IDE et la forcer à venir... parce que je dois en même temps assurer la sécurité des patients ». (CDS 5, Secteur Scléroses)

Lorsqu'un aléa ou un micro-aléa survient, la procédure organisationnelle permet aux CDS de décider si la solution prévue nécessite ou non un ajustement. Parmi les perturbations possibles, les CDS font la distinction entre celles qui sont attendues - souvent programmables, comme les arrêts maladie longs ou les congés maternité-, et celles qui sont imprévues - généralement non programmables, comme les accidents du travail ou les arrêts inopinés. Dans le cas où l'aléa ne modifie pas le déroulement des activités de soins, les CDS peuvent - en accord avec les équipes - maintenir la configuration initialement prévue - avec moins de personnel - et laisser le personnel présent en salle absorber la charge de travail. Cela peut se produire, par exemple, dans le cas où la charge en soins pendant la semaine ou la journée est inférieure à celle initialement prévue. Toutefois, au cas où l'aléa perturberait le bon fonctionnement du secteur, les CDS chercheront d'autres moyens humains et procéderont à un ajustement :

« Et après, nous pouvons aussi décider des fois de ne pas compléter l'équipe. (...) Si j'ai un arrêt inopiné lundi matin et qu'il y a 6 entrées, mais qu'il s'agit de patients plutôt autonomes, l'équipe peut me dire « aujourd'hui ce n'est pas nécessaire, mieux vaut renforcer demain qui sera plus lourd ». Mais si ce sont 6 entrées de patients qui sont grabataires, il faudra bien que je trouve une solution. » (CDS 7, Neurooncologie 1)

Pour réaliser des ajustements, les CDS tentent de proposer des solutions en suivant l'ordre établi dans la procédure organisationnelle - en utilisant d'abord des ressources internes, puis transversales et enfin externes. Cependant, selon toutes les participantes, en situation réelle, le respect de cette procédure ne permet pas toujours de répondre aux différents problèmes rencontrés sur le terrain, et peut s'avérer inefficace ou contre-productif. Par exemple, la proposition des heures supplémentaires ou la modulation du temps de travail sont difficilement réalisables si elles contreviennent aux règles sur le temps de travail des équipes (temps de repos,

durée maximale hebdomadaire, etc.). Faire venir une soignante du pool ou une intérimaire peut être une solution adéquate pour gérer une absence imprévue, mais n'est pas envisageable si cette personne doit travailler avec une autre soignante du pool qui n'a que peu ou pas de connaissances du secteur. Enfin, la possibilité de recourir à la mobilité intra-service peut être écartée si le personnel présent refuse d'effectuer ce remplacement. Par conséquent, lorsque les CDS sont confrontées à des problèmes repérables, elles peuvent, en accord avec les responsables hiérarchiques, ne pas respecter cet ordre et tenter de mettre directement en œuvre la solution qu'elles jugent la plus appropriée :

« Quand une solution ne nous convient pas, on informe la Cadre Supérieur de Santé, qui arbitre les demandes d'intérim. S'il n'est pas sûr que je puisse avoir du personnel de pool ce jour-là, par exemple, ou s'il est difficile de mutualiser quelqu'un toute la journée, je demanderai à la Cadre Supérieur de Santé de lancer une demande d'intérim. Je dois expliquer pourquoi il y a un manque et argumenter que je n'ai pas d'autre solution.... Et puis elle valide et me donne la réponse (de la DRH). » (CDS 4, Secteur Parkinson-TCA)

Les CDS expliquent que le travail de recherche de personnel nécessite un effort de coordination transversale entre les différents acteurs, impliquant une mobilisation permanente de leur part. Les CDS doivent ainsi systématiquement négocier avec leur hiérarchie ou le service de remplacement pour obtenir les ressources nécessaires à chaque solution. D'autre part, les CDS doivent sans cesse modifier les planifications pour trouver des arrangements qui conviennent à la fois aux nécessités du secteur et aux soignantes. La CDS doit ensuite concilier les demandes et les exigences des équipes avec celles des responsables hiérarchiques afin qu'elles soient dirigées vers le même objectif. Ce travail implique parfois de passer des heures à téléphoner pour trouver du personnel ou discuter de solutions avec des collègues, et parfois de devoir se déplacer pour observer et traduire ce qui se passe sur le terrain et avec les équipes. La mobilisation conjointe de ces professionnelles conduit également au fait qu'un nombre important d'arbitrages sont effectués par arrangement direct entre les CDS de même niveau. Ainsi, une grande partie de ce travail de coordination n'est pas visible pour les équipes et les hiérarchies :

« Quand on a un arrêt de travail, on passe énormément de temps, pas sur le planning en soi parce que les décisions peuvent être simples à prendre, mais après c'est rechercher les agents, retéléphoner parce que les gens ne répondent pas, faire des tableaux (...), passer par le responsable de la suppléance pour négocier des remplacements. Quand on trouve un arrangement plus ou moins satisfaisant, il faut que tout le monde soit d'accord. (...). Il me semble que ce travail est un peu invisible pour tout le monde (...) » (CDS 4, Parkinson-TCA)

Ainsi, le travail de gestion effectué par les CDS ne repose pas seulement sur la capacité à donner un ordre approprié aux ressources existantes, mais aussi sur une mobilisation efficace des règles de gestion qui réponde aux attentes de l'organisation, des soignantes et des malades. Pour pouvoir faire ce travail d'articulation, il est non seulement fondamental que les CDS aient une certaine compétence d'arbitrage pour prendre des décisions, mais aussi de disposer d'une quantité et d'une qualité de ressources qui permette de mettre en œuvre cette compétence dans tout le système.

6.2.2. Conséquences de la pénurie de personnel dans l'activité de gestion du personnel : rationalisation et flexibilité des ressources existantes

Le déficit permanent de personnel qui affecte les services du Département Neurologie ces dernières années accentue la pression sur les CDS et fragilise les conditions dans lesquelles elles réalisent ce travail. Dans les entretiens, les participantes ont évoqué les exigences auxquelles elles sont soumises quotidiennement pour réaliser cette tâche. Elles affirment devoir travailler : « *en flux tendu permanent [...] avec un personnel réduit au minimum, dans des conditions qui ne permettent pas toujours d'assurer la sécurité des patients* » (CDS B, Secteur Neuropathie). Le déficit en différents types de soignants - internes, transversaux et externes - réduit la capacité des CDS à gérer les perturbations quotidiennes, perpétuant ainsi ce que certaines participantes appellent un « mode dégradé » de gestion du personnel. Cela conduit à une flexibilité et une rationalisation permanente des ressources disponibles - en particulier le personnel interne - afin de pouvoir répondre aux demandes de soins dans ce contexte. Le manque de personnel devient une source forte de tension pour le système, un phénomène qui déstabilise le travail de gestion des CDS, en conflit avec d'autres processus que celles-ci doivent également assurer dans les équipes - sécurité, santé, formation à la performance - :

« ... On est en mode dégradé tous les jours [...], on doit jongler avec le peu de personnel dont on dispose [...]. On en est sans cesse à refaire les plannings, à trouver du monde pour le lendemain ou pour l'après-midi, à appeler la suppléance, bouger les gens, faire revenir les gens de leur repos... on diminue aussi les apports en formation [...] pour trouver un arrangement qui est à peu près satisfaisant pour la prise en charge des patients [...]. Et c'est vraiment cette activité-là, de mettre en face des patients, des soignants, qui est très chronophage, parce que tous les matins on ne fait que ça (...). Ça fatigue nos agents, et ça nous fatigue aussi... » (CDS 5, Scléroses)

Au cours des entretiens, les CDS ont également mis en évidence différents types de « contraintes de gestion » qui peuvent réduire les possibilités d'action pour mobiliser les ressources disponibles et les différentes règles de gestion. Selon les participantes, le manque de personnel peut entraîner des difficultés de planification et de gestion du personnel non seulement au niveau quantitatif mais aussi au niveau qualitatif, tant au niveau local qu'au niveau du système. Chaque type de contrainte peut donner lieu à différents types de dysfonctionnements (et peut se produire isolément ou en combinaison). L'analyse du contenu des entretiens a permis de regrouper et de catégoriser ces problèmes à l'aide de différents types idéaux de dysfonctionnements, appelés ici « déséquilibres organisationnels ». Trois types de déséquilibres ont ainsi pu être identifiés : (a) les déséquilibres quantitatifs, (b) les déséquilibres qualitatifs et (c) les déséquilibres structurels.

6.2.2.1. Déséquilibres quantitatifs

Ce type de déséquilibre fait référence aux difficultés que rencontrent les CDS pour disposer de la quantité de personnel suffisant pour assurer des soins de qualité et sûrs dans leur secteur. Les écarts existant dans l'effectif ne concernent pas seulement le personnel fixe (ressources internes du secteur), mais aussi le personnel de remplacement interne (ressource transversale) et le personnel intérimaire (ressource externe). Le manque de personnel fixe limite la possibilité d'envisager des solutions organisationnelles internes, tandis que le manque de personnel de remplacement (pool ou intérimaire) limite la possibilité d'ajustement en cas de perturbation. D'après les participantes, trois facteurs expliquent les déséquilibres à ce niveau.

Le premier facteur, évoqué par l'ensemble des participantes (7/7), concerne les écarts constants entre les effectifs théoriquement prévus et les effectifs réellement disponibles dans toutes les équipes soignantes. Les CDS ont indiqué avoir un nombre de personnel IDE et AS inférieur à celui prévu et autorisé par l'organisation (nécessaire pour atteindre le ratio de référence indiqué dans la maquette organisationnelle de chaque secteur). Ces écarts varient considérablement dans le temps au sein de chaque secteur et conduisent à ce que les CDS disposent de moins de personnel pour trouver des solutions organisationnelles satisfaisantes. Selon les participantes, ces écarts pourraient s'expliquer à la fois par les longs retards pris par la direction des RH pour

recruter du personnel et par une augmentation générale du turn-over découlant d'une dégradation des conditions de travail des soignantes au cours des deux dernières années. Le secteur le moins touché par ce problème est le secteur Epilepsie, où la CDS 1 a dans son équipe un écart de -1 IDE et -2 AS (19% des postes de l'équipe) par rapport au personnel autorisé par l'organisation. L'équipe la plus touchée est celle qui travaille dans les secteurs Parkinson-TCA et Scléroses, où les CDS 4 et 5 ont eu un écart de -15 IDE et -2 AS (44% des soignantes de l'équipe) au cours des trois derniers mois. Ces écarts, comme l'explique la CDS 3 (Secteur Parkinson HDS), peuvent entraver la gestion des absences prévues et empêcher la réalisation d'une planification robuste dans chaque secteur :

« Depuis que je suis arrivée, j'ai toujours un effectif de -2 (AS). Parfois, pour le matin, je n'ai qu'une AS (...) et l'après-midi, il me manque toujours un AS (...). Comme on a des effectifs qui sont tellement justes, dès qu'il y en a une qui prend des congés annuels, ça bloque (le planning). » (CDS 3, Secteur Parkinson-HDS)

Un deuxième facteur évoqué par 5 des 7 participantes est la réduction de l'effectif de personnel de remplacement transversal ou externe mis à disposition par l'organisation pour procéder à des ajustements. Selon les CDS, le petit nombre d'agents de remplacement dont dispose l'hôpital (9 AS et 23 IDE à l'échelle de l'hôpital), ainsi que le rejet fréquent par la DRH des demandes de personnel intérimaire, rendent difficile le remplacement effectif du personnel fixe. Par exemple, la CDS 6 du secteur Neurooncologie 1 souligne comment l'insuffisance de ces ressources entrave le processus de gestion du personnel et oblige à recourir à l'auto-remplacement :

« On fait systématiquement les demandes à la suppléance, mais la proportion pool et intérim est quand même très faible par rapport au nombre de personnel dont on a besoin (...). On est plus obligé de s'auto-dépanner que d'avoir de la suppléance. Par exemple, j'ai fait 28 demandes d'AS pour le mois de juillet, j'en ai 3 qui ont été pourvues, et j'ai eu 5 intérim ». (CDS 6, Neurooncologie 1)

Un dernier facteur mentionné par les participantes concerne la manière dont le personnel de remplacement est réparti - en termes d'équité - dans les secteurs d'hospitalisation de chaque service. Ceci a été évoqué par trois d'entre elles (3/7) : les deux CDS qui travaillent dans les secteurs d'hospitalisation en semaine -secteur Neuropathie et Parkinson HDS- et l'une de celles qui gèrent des secteurs mixtes -secteur Scléroses-. Selon elles, l'excès de demandes de remplacement faites dans chaque service conduit les autres responsables opérationnels - Cadre Supérieur de Santé, Cadre du Service de la Suppléance - à devoir sélectionner les secteurs où

affecter en priorité ce type de personnel. Cela contribuerait à une sorte de discrimination dans l'allocation des ressources, en fonction des caractéristiques de chaque secteur et de la typologie de la prise en charge. Par exemple, la CDS 2 a constaté que le personnel de remplacement est rarement attribué à son secteur (secteur Neuropathie) car la typologie des patients est considérée comme « moins lourde » que celle des secteurs Parkinson-TCA et Scléroses :

« Comme il y a peu de suppléance, on privilégie sur les grosses salles comme Parkinson-TCA ou Scléroses où il y a tout le temps du monde, de toute façon. Je ne suis pas un secteur prioritaire pour la suppléance parce que ma charge en soins est considérée comme moins lourde. (...) » (CDS 2, Secteur Neuropathie)

Ce déséquilibre peut rendre difficile le travail de gestion du personnel effectué par les CDS d'au moins deux manières. D'une part, les CDS doivent recourir en permanence à du personnel interne pour compenser les écarts, conduisant à des régulations coûteuses pour les travailleuses (prolongation des heures de travail, hypersollicitation, réduction du temps de repos). D'autre part, il induit la transgression de l'ensemble des règles de gestion définies par l'organisation et acceptées par les travailleuses elles-mêmes - notamment des règles formelles- (par exemple, elles doivent refuser certains congés, annuler des formations, elles ne peuvent pas respecter la grille de planification, etc.). Selon les participantes, ces deux problèmes contribuent à la dégradation des conditions du travail du personnel et de la qualité des soins. Ce type de problème introduit une source de risque grave pour les individus – y compris les CDS elles-mêmes - et l'organisation, conduisant cette dernière à un fonctionnement illégal-normal permanent. Les 7 CDS ont systématiquement évoqué au moins un de ces deux points lors des entretiens :

« Les conditions de travail sont, pour elles (les soignantes), très compliquées, parce qu'on est obligé de le faire et c'est cette partie-là de mon travail que je n'aime pas parce que c'est parfois difficile pour moi, dans le sens où on ne respecte pas la réglementation, c'est-à-dire qu'on change leur planning, parfois, 24h avant, on les rappelle sur leurs jours de repos, sur leurs vacances...et donc j'ai changé tout le planning de mon équipe pour trouver une solution convenable, et au final on se rend compte qu'au dernier moment...je me retrouve tous les jours avec six intérimaires, des pools, enfin.» (CDS 5, Scléroses)

6.2.2.2. Déséquilibres qualitatifs

Pour les CDS, disposer du nombre adéquat de soignantes pour chaque poste ne suffit pas pour garantir la qualité et la sécurité des soins, il est également important que les soignantes aient les compétences attendues et qu'elles se mobilisent pour atteindre les résultats espérés. Ces aspects ne sont pas seulement relatifs à l'expérience dans le poste : les préférences personnelles et les valeurs professionnelles entrent aussi en jeu. La combinaison des ressources joue également un rôle majeur dans les processus collectifs qui affectent la qualité des soins, tels que la coordination et la coopération entre les différents acteurs. Les discours des CDS interrogées mettent en évidence deux facteurs potentiellement problématiques.

En premier lieu, des écarts peuvent exister en termes de compétences entre les soignantes fixes et les soignantes remplaçantes -pool ou intérimaires-. Toutes les cadres l'ont mentionné, de façon explicite ou tacite. Les CDS distinguent le niveau de compétences des soignantes permanentes, des soignantes du pool et des intérimaires. Les soignantes fixes sont jugées par les CDS comme « plus compétentes » et « fonctionnelles » que les autres parce qu'elles auraient une « meilleure connaissance du fonctionnement du secteur » et de la « typologie des patients ». Les soignantes du pool sont considérées par les CDS comme plus fonctionnelles que les soignantes intérimaires car elles « connaissent l'organisation » et effectuent des missions dans les secteurs « plus fréquemment ». Ces écarts peuvent créer des déséquilibres au sein des équipes et contraindre le personnel interne expérimenté à combler les lacunes des autres agents en matière de compétences. On a pu néanmoins constater que la perception de ce problème varie selon l'expérience que les CDS ont avec le personnel de remplacement ; les CDS ayant le moins l'habitude d'avoir ce type de personnel dans leur secteur ont une perception plus négative de leur niveau de compétence que celles qui sont souvent confrontées à du personnel de remplacement. Par exemple, dans les secteurs Neuroncologie 1 et 2 où le personnel du pool vient régulièrement, les CDS font valoir que les performances de ce type de soignantes varient en fonction de leur connaissance des caractéristiques de la prise en charge :

« Il y a beaucoup de filles du pool qui sont venues et qui connaissent le service, et elles peuvent bien travailler (...). Mais une IDE du pool qui ne connaît pas du tout la neuroncologie peut être un frein pour l'équipe [...] ... ou peut mettre l'équipe en difficulté... si elle ne connaît pas un peu les protocoles pour les chimios, par exemple les protocoles Méthotrexate¹⁷ » (CDS6, Secteur Neuroncologie 1)

17 Ce médicament est une chimiothérapie anticancéreuse. Il est utilisé seul ou en association avec d'autres chimiothérapies dans le traitement de nombreux cancers.

Un autre facteur évoqué par les CDS et pouvant contribuer à ce type de déséquilibre est le risque de démobilité subjective du personnel, en particulier du personnel interne. 6 participantes constatent que les ajustements RH non négociés avec les soignantes fixes peuvent entraîner le développement de comportements de retrait ou de désengagement. Le cas le plus évoqué par les participantes concerne le fait de recourir de force à la mobilité intra-services quand aucune autre forme de solution RH n'est adaptée. Selon les participantes, si ces situations ne sont pas négociées, elles entraînent des formes de mobilisation incompatibles avec l'accomplissement de la tâche et/ou du travail collectif :

« Si on impose aux gens (la mutualisation), ils vont le faire une fois, deux fois, après, ils vont s'en aller [...]. Il y a des personnes qui sont habituées à travailler avec leurs collègues et qui n'aiment pas travailler ailleurs, puis il y en a d'autres qui ne se sentent pas à l'aise si elles ne connaissent pas bien le type de patient (...). Donc si je le fais et que la personne n'est pas d'accord, elle ne va pas travailler avec le même enthousiasme. » (CDS 4, Parkinson-TCA)

Ce type de déséquilibre – à la différence des déséquilibres quantitatifs - n'entraîne pas une transgression des règles de gestion formelles, mais affecte plutôt le respect des règles informelles. Le manque d'harmonie dans la combinaison des ressources entraîne des conditions de travail et des exigences qui sont socialement mal tolérées par les soignantes et qui influencent la qualité du travail fourni (perte d'efficacité, difficultés de coordination, manque de motivation, etc.). Dans chaque secteur, il existe des accords implicites sur la charge de travail et les formes d'organisation acceptables chaque jour (qui se fondent habituellement sur une logique donnant-donnant). Selon les participantes, la répétition systématique de ce type de déséquilibre peut aggraver les problèmes et générer des réactions collectives de la part des soignantes. Ainsi, la CDS 5 évoque le retrait massif des soignantes de l'équipe des secteurs Parkinson-TCA et Scléroses en raison de la dégradation des conditions de travail :

« En ce moment, il ne me reste que 3 IDE sur 15 pour 32 lits. Il y a quelques mois, il y a eu un conflit dans l'équipe et plusieurs soignantes sont parties. Il y a plusieurs raisons à ce qui se passe (...), mais le problème est qu'on se retrouve à faire des choses, à imposer en fait un rythme de travail et des conditions de travail aux gens, pour lesquels on n'est pas du tout d'accord et qu'on n'aimerait même pas pour nous (...). Aujourd'hui, on les déplace presque tout le temps, on les fait travailler avec des gens qu'elles ne connaissent pas forcément... et le roulement qui existait avant, on ne peut plus le faire... donc elles doivent elles aussi changer leur organisation personnelle » (CDS 5, Scléroses)

6.2.2.3. Déséquilibres structurels

Enfin, le manque de personnel peut affecter le fonctionnement de plusieurs secteurs au niveau global du système. Les réponses des participantes mettent en évidence le fait que les aléas et les arbitrages effectués dans un secteur peuvent avoir un effet sur les autres en raison des relations d'interdépendance qui existent entre eux.

D'une part, les CDS, notamment les 5 qui évoluent dans le service NG, notent que la dépendance fonctionnelle et la proximité géographique entre les différents secteurs jouent un rôle important dans le fonctionnement du système. Ces secteurs partagent la même division administrative et sont situés dans le même bâtiment (sous le pilotage de la même Cadre Supérieure de Santé). Selon les CDS de ce service, cette caractéristique facilite la mobilité du personnel entre les différents secteurs du service du fait que les CDS peuvent se coordonner en interne par le biais de réunions et de plates-formes numériques partagées, tout en rendant chaque secteur vulnérable aux perturbations qui peuvent survenir dans le reste du service. La gestion du personnel est ainsi rendue plus complexe par l'incertitude et la variabilité accrues. Par exemple, la CDS 3 (secteur Parkinson HDS) explique comment elle doit céder quotidiennement des AS de son équipe pour faire des « dépannages » dans les secteurs qui souffrent le plus du manque de personnel :

« Donc comme en ce moment il y a beaucoup d'arrêts au cinquième étage, je dois y déplacer du personnel AS toutes les semaines (...). En fait, comme on ne peut pas demander de l'intérim, si on a quelqu'un en plus chez une collègue, c'est ce que je suis tenu de faire. (...). Ça m'enlève, à moi, une personne, mais au moins, par semaine. » (CDS 3, Secteur Parkinson HDS)

D'autre part, un autre facteur - très lié au précédent - a trait à la simultanéité des perturbations qui se produisent dans les différents secteurs pendant la même journée ou période. Cela conduit à une accumulation et à un couplage entre les différents aléas qui fragilisent le fonctionnement de tout le système (ou d'une partie importante de celui-ci). 5 participantes des deux services évoquent ce problème en citant des exemples. Par exemple, la CDS 7 du secteur Neuroncologie 1 explique - à l'aide d'un cas concret - comment la concomitance dans la même journée de deux arrêts inopinés et d'un accident de travail dans son secteur, a déclenché une série de dysfonctionnements dans les autres secteurs du service :

« J'ai eu deux arrêts inopinés dans une salle et un accident de travail dans l'autre... Donc il y avait trois IDE de moins dans l'équipe. Je n'ai pas pu négocier une IDE de pool avec la suppléance parce qu'il y avait des demandes dans tous les services. Mes collègues n'avaient pas de surplus, la plupart des salles étaient en sous-effectif. Et donc, voilà, j'ai dû fermer six lits parce que je n'avais plus d'IDE ! » (CDS 7, Neurooncologie 2)

Ces déséquilibres structurels rendent difficile l'adéquation tant quantitative que qualitative des ressources au niveau global. La principale différence avec les autres types de déséquilibres réside dans leur caractère systémique et dans le degré de complexité pour les gérer (les défaillances d'un secteur peuvent se propager à d'autres secteurs et fragiliser les solutions planifiées localement). Pour les CDS, la perpétuation de ces défaillances organisationnelles peut conduire à un épuisement général des ressources et à un affaiblissement du système à long terme. Un exemple en est donné par la CDS 4 (Secteur Parkinson-TCA), qui explique les conséquences de la fuite massive de personnel de son équipe (évoquée ci-dessus) sur le fonctionnement des secteurs d'hospitalisation de semaine et même de l'hôpital en général :

« Avec le départ de plusieurs membres de l'équipe, notre secteur est devenu consommateur de suppléance. Par conséquent, l'hospitalisation de semaine doit toujours fonctionner en mode dégradé et on doit lancer de l'intérim constamment. Comme j'ai 10 postes vacants et que le personnel de suppléance est réduit, du coup, la direction m'a autorisée à avoir 8 IDE intérimaires ce mois-ci.... Ce qui permet de combler les trous ici mais pas dans toutes les salles... » (CDS 4, Secteur Parkinson-TCA)

6.2.3. Pratiques de gestion résilientes pour gérer le manque de personnel : de la perturbation à la reconfiguration des ressources.

Enfin, les résultats montrent que pour fournir les soins attendus et éviter les déséquilibres causés par le déficit permanent de ressources, les CDS se servent d'une palette de « pratiques de gestion résilientes » (PGR) dans le but d'adapter le fonctionnement du système aux perturbations existantes. Ces pratiques sont le résultat de la sédimentation des expériences individuelles et collectives et permettent de structurer les espaces de travail des soignantes afin qu'elles puissent agir d'une manière acceptable dans ce contexte restrictif. Il s'agit de « bricolages de routine » visant à relier et à réorganiser les ressources existantes de façon agile et judicieuse pour tenir l'organisation. Ainsi, la mobilisation de ces pratiques permet de concilier - de la manière la plus acceptable dans ce contexte - les exigences d'adéquation des ressources - tant au niveau quantitatif que qualitatif - avec les règles de gestion et les différents processus de GRH.

Dix-sept pratiques de gestion différentes ont été identifiées, chacune partagée par au moins deux des participantes (voir la synthèse dans le Tableau 12). L'utilisation de ces pratiques de gestion varie selon le contexte et l'horizon temporel dans lequel les fluctuations au niveau du personnel apparaissent. Elles peuvent être mises en œuvre de manière isolée ou combinées, avant qu'un événement ne se produise ou au moment même, ou comme réponses lorsqu'il a déjà eu lieu, en intégrant à la fois les contraintes qui existent localement dans chaque secteur et celles qui affectent le fonctionnement général du service.

6.2.3.1. Pratiques d'anticipation

Bien qu'il soit difficile de prévoir exactement quand et comment des perturbations en matière de personnel - notamment non programmables - peuvent se produire, les CDS agissent constamment pour anticiper les perturbations fréquentes (arrêts inopinés, congés maladie, etc.). Ces pratiques visent à réduire les menaces que l'expérience professionnelle rend familières afin de s'assurer que le système fonctionne au plus près de l'idéal - ou de la finalité - dans ce contexte.

Un premier groupe de pratiques évoquées par les participantes sont celles qui permettent d'anticiper l'effectif réellement disponible pour chaque journée. Elles visent principalement à maintenir le nombre de personnes prévues. Par exemple, comme les soignantes du pool sont une ressource limitée et concurrencée dans les services de l'hôpital, 3 CDS ont indiqué qu'elles réalisent la planification de leur équipe plusieurs mois à l'avance afin d'effectuer les demandes du personnel de pool au Service de Suppléance avec anticipation (PGR1). Cela permet également de faire à l'avance les propositions d'heures supplémentaires au personnel fixe de chaque secteur (PGR2). Une pratique complémentaire consiste à partager la planification préliminaire avec les collègues afin de trouver des solutions pour pourvoir les postes vacants (PGR3). Par exemple, dans le service NG, les CDS partagent généralement leurs plannings chaque semaine afin d'identifier le nombre de postes non pourvus et les personnes disponibles pour effectuer des remplacements internes.

PGR1 - Faire les demandes de remplacement de personnel à l'avance. (3/7)

« Bah là, on a déjà fait tous nos plannings jusqu'à fin septembre, on sait qu'il y a des semaines, ou des jours, où il nous manque du personnel. Donc là, on est déjà en train de

négocié (avec le Service de Suppléance) des remplacements pour juillet, août et septembre.
» (CDS 6, Secteur Neurooncologie 1)

PGR2 - Créer un créneau avec des propositions d'heures supplémentaires. (2/7)

« Une fois la planification effectuée, on peut connaître aussi les besoins en heures supplémentaires pour chaque semaine (...), et faire des propositions. » « [...] Avec ma collègue, on a fait un tableau avec des propositions d'HS, aussi, pour les gens qui veulent s'inscrire. » (CDS 7, Secteur Neurooncologie 2)

PGR3 - Rechercher des solutions entre collègues en mettant en commun les plannings. (5/7)

« Parfois, on se réunit avec tous nos plannings en disant "moi, je vais me retrouver en difficulté là, là, là, est-ce que quelqu'un peut m'aider ? " " Est-ce que quelqu'un a quelque chose pour la semaine prochaine ? » (CDS 2, Secteur Neuropathie)

Les CDS agissent également pour éviter les écarts de compétences entre les soignantes présentes la même journée, ce qui pourrait se produire à la suite de diverses perturbations. Par exemple, pour s'assurer que le personnel de remplacement est fonctionnel, les CDS de certains secteurs – notamment Parkinson-TCA et Scléroses et Neurooncologie 1 et 2– proposent des stages de formation pour apprendre les protocoles et les soins techniques de chaque secteur (PGR4). Cela permet aux soignantes de remplacement d'être « plus efficaces », mais aussi d'être « plus à l'aise » dans leur travail. D'autre part, lorsque le personnel de remplacement affecté ne connaît pas suffisamment un secteur, la CDS peut modifier la planification afin d'équilibrer les écarts en termes de compétences, en combinant ce personnel avec du personnel plus expérimenté (PGR5). La pratique consistant à combiner du personnel expérimenté et moins expérimenté permettrait également la transmission de savoir entre pairs dans la situation de travail.

PGR4 - Former le personnel de remplacement transversal (pool) (4/7)

« Quand ils ont de nouvelles IDE au pool, on leur propose de venir en encadrement ici, en journée tutorat. De façon à ce que quand elles sont affectées, elles ne soient pas sur un terrain complètement inconnu. (...) C'est aussi opportun de faire ça pour que la personne puisse se sentir à l'aise. » (CDS 6, Secteur Neurooncologie 1)

PGR5 - Combiner personnel de remplacement et personnel fixe (7/7)

« Quand j'ai une IDE de la suppléance, je préfère la mettre du matin, avec une IDE expérimentée qui connaît son service et qui va pouvoir lui donner un coup de main. [...] » (CDS 2, Secteur Neuropathie)

Enfin, les CDS se préoccupent également d'anticiper les perturbations susceptibles d'affecter le fonctionnement global du système (en préservant le fonctionnement local). Une pratique suivie par certaines CDS consiste à prévoir du personnel de renfort pour compenser les aléas externes sans réduire la configuration du personnel considérée comme optimale pour la journée (PGR6). Pour ce faire, les CDS doivent avoir une connaissance du fonctionnement des autres secteurs et aussi des pratiques de leurs collègues. Un exemple de ce type de pratique est évoqué par la CDS 1 (Secteur Epilepsie), qui explique qu'elle renforce généralement son équipe avec du personnel interne supplémentaire si elle est informée que des perturbations externes peuvent se produire les jours clés. Cette pratique lui permet de déplacer le personnel excédentaire (« surplus ») vers les secteurs qui en ont besoin et de maintenir le nombre d'agents nécessaire pour assurer les missions locales :

PGR6 - Conserver les « surplus » pour les jours de forte charge. (2/2)

« Tu vois...sur mon planning... il y a une journée où j'ai 3 IDE le matin (mardi). Je les maintiens comme ça. Je sais qu'il va manquer du personnel ici ou dans les étages (...). L'IDE en plus du matin va aller aider. » (CDS 1, Epilepsie)

6.2.3.2. Pratiques de récupération

Certaines pratiques de gestion sont mises en œuvre par les CDS lorsque des perturbations sont inévitables. Elles sont très importantes pour gérer les perturbations non prévues. Selon la nature et le moment de la perturbation, ces pratiques permettent de reconfigurer les espaces de travail afin d'adapter le fonctionnement du système à d'éventuels imprévus.

Le premier objectif des CDS dans ce contexte est de compenser les absences imprévues afin d'équilibrer les écarts relatifs à l'effectif attendu. Les CDS ont toutefois moins de chances d'avoir du personnel de remplacement ou d'effectuer la mobilité intra-service dans ces circonstances. Elles doivent alors trouver des solutions alternatives, comme demander du personnel de remplacement pour un jour autre où l'équipe interne est complète. Lorsqu'aucun personnel de suppléance n'est disponible pour la journée, les CDS peuvent être amenées à opérer une double négociation : faire venir une suppléante une journée où l'effectif interne est au complet, et négocier avec l'un des agents fixes prévus qu'il assure la journée qui posait initialement des problèmes (donner un jour de repos, payer les heures supplémentaires, donner

un week-end supplémentaire) (PGR7). Une autre pratique visant le même objectif consiste à convertir le personnel de remplacement disponible vers une autre fonction. Par exemple, la CDS 2 du secteur Neuropathie explique qu'une pratique acceptable pour compenser l'absence d'AS dans une situation donnée consiste à demander une IDE de remplacement au Service de Suppléance pour lui faire exercer la fonction d'AS (PGR8) :

PGR7 - Demander du personnel de remplacement pour un jour où l'équipe interne est complète. (3/7)

« La CDS (du service de suppléance) peut me dire : je ne peux pas vous donner pour cet après-midi. Par contre, j'ai une IDE du pool, mais du matin. Donc à moi d'aller renégocier avec mes IDE savoir si elles sont d'accord pour passer d'après-midi. » (CDS 3, Secteur Parkinson HDS)

PGR8 - Changer les rôles du personnel de remplacement. (4/7)

« Et sinon, une autre solution (pour remplacer une AS), c'est aussi de voir avec les IDE du Pool. Parce que si je n'ai pas de suppléance AS ou d'intérimaire, je peux voir avec la suppléance pour avoir à la place une IDE. Ce qui fait que... j'aurai 3 IDE et 1 AS, et je demande à une de mes IDE d'être en binôme avec l'AS. » (CDS 2, Secteur Neuropathie)

Pour compenser la perte de compétences ou la démobilisation des équipes internes dans ce contexte, les CDS recourent également à des pratiques spécifiques. Par exemple, si le personnel de remplacement affecté par le service de suppléance n'est pas suffisamment expérimenté pour effectuer son travail (par exemple, un membre du personnel intérimaire venant dans le secteur pour la première fois), elle peut demander à ses collègues d'échanger cet agent - avant le début de la journée - contre un autre membre du personnel qui a plus d'expérience dans le secteur (PGR9). Par ailleurs, pour s'assurer que les différents ajustements sont acceptés par les soignantes et pour prévenir une éventuelle démobilisation subjective, les CDS mettent également en œuvre des pratiques visant à préserver les ressources. Par exemple, lorsque les CDS utilisent la mobilité du personnel d'un autre service - en accord avec leurs collègues - elles cherchent d'abord à négocier avec les soignantes qui ont une certaine expérience et/ou qui n'ont pas été récemment déplacées afin d'éviter de travailler dans des conditions délétères (PGR10) :

PGR9 - Demander aux collègues de permuter un agent de remplacement non fonctionnel avec un agent fixe d'un autre secteur (4/7)

« ...S'ils n'ont pas d'autre IDE à me proposer (le Service de Suppléance), je vais essayer de voir avec mes collègues pour faire un switch, c'est-à-dire essayer de déplacer l'intérim dans une autre salle et faire venir une personne qui connaît mieux la salle (...). Je serai plus en sécurité » (CDS 4, Parkinson- TCA)

PGR10 - Ne pas solliciter toujours les mêmes personnes pour la mobilité intra service. (7/7)

(...) on essaie de faire tourner déjà ...d'avoir une certaine équité, pour que ce ne soit pas toujours les mêmes qui viennent. Parce que mutualiser, c'est fatigant pour les équipes, et que ça pousse à l'arrêt » (CDS 5, Scléroses)

Ces pratiques de gestion visant à reconfigurer les ressources peuvent également être mises en œuvre afin de préserver le fonctionnement global du système. Une pratique courante dans les deux services pour faire face aux perturbations imprévues consiste à communiquer en interne à toutes les collègues CDS la perturbation qui s'est produite. Cette pratique vise à trouver une solution collective par la reconfiguration des ressources afin de maintenir le fonctionnement de l'ensemble du système. La communication peut se faire de manière synchrone ou asynchrone, soit en personne, soit par le biais d'outils de travail formels (courrier institutionnel, logiciels de gestion) ou informels (téléphones personnels). Les CDS peuvent décider de donner une partie des remplacements alloués à leur secteur pour dépanner une collègue ou déplacer le personnel de son équipe de manière ponctuelle pendant la journée (PGR11). Par exemple, lorsqu'une CDS est en difficulté et qu'il n'y a pas de personnel supplémentaire dans les secteurs, le reste des collègues peut s'organiser pour faire de la mobilité intra-service pendant quelques heures ou pour effectuer une tâche spécifique (toilette au lit, tour de service, soins techniques, etc.).

PGR 11. Faire une demande de mobilité intra-service ponctuelle. (7/7)

« Donc là, globalement, ce qu'on fait, c'est qu'on s'appelle pour essayer de trouver du renfort en interne, mais ponctuel (mobilité ponctuelle). S'il me manque une AS, une collègue peut me proposer : "J'ai une AS de mon secteur qui peut y aller 1 heure pour faire les toilettes ". Ou une autre : "une de mes AS peut aider à l'heure des repas". » (CDS 3, Secteur Parkinson HDS)

6.2.3.4. Pratiques d'atténuation

Enfin, les résultats ont montré que les CDS entreprennent également diverses actions pour atténuer les effets possibles des perturbations RH lorsqu'elles ont déjà eu lieu (et qu'il n'a pas été possible de les éviter). Si, dans ce contexte, la qualité des soins et les conditions de

travail sont affectées, les pratiques de gestion utilisées visent à limiter autant que possible les dommages entraînés.

En ce qui concerne les écarts dans le nombre de soignantes, trois pratiques peuvent être mises en œuvre. La première consiste à élargir ou à réorganiser les fonctions des soignantes présentes pour compenser les absences (PGR12). Par exemple, les CDS délèguent à l'une des IDE internes et/ou élèves IDE la responsabilité de couvrir les tâches prioritaires si une AS vient à manquer (toilettes, distribution de nourriture, désinfection des pièces, etc.). Une autre pratique consiste à prolonger la journée de travail du personnel et/ou des équipes (PGR13). Par exemple, en cas d'absence l'après-midi, les CDS peuvent demander « sur le vif » à une soignante du matin de prolonger sa journée de travail pour faire 10 ou 12 heures et avancer l'horaire de prise de poste de l'équipe la nuit. Ce travail de réorganisation permet de combler les lacunes en matière de personnel pendant les heures les plus chargées. Enfin, les CDS peuvent réduire la quantité de travail, par exemple en reprogrammant les tâches (examens, soins technique, soins de base) ou les entrées des patients dans le secteur (PGR14) :

PGR12 - Demander au personnel d'être polyvalent. (5/7)

« On demande à l'équipe de changer l'organisation de son travail. Par exemple, s'il manque une AS, on peut demander aux IDE ou à une élève de faire un peu la volante...pour aider l'AS. » (CDS 1, Secteur Epilepsie)

PGR13 - Prolonger la journée de travail du personnel de garde. (5/7)

« Je peux exceptionnellement faire doubler (prolonger la journée) l'IDE du matin pour qu'elle travaille l'après-midi. Mais comme elle n'a pas le droit de dépasser 12h et qu'elle est arrivée à 7h, elle part à 19h, et donc parfois on appelle l'équipe de nuit, pour qu'au lieu de venir à 21h, ils viennent à 19h. » (CDS 5, Secteur Scléroses)

PGR14 - Réduire la charge de travail (6/6)

« Si la charge en soins est beaucoup plus lourde pour les AS et si on ne peut pas avoir une AS en plus [...], je vois avec mon chef de clinique si des soins ou des examens peuvent être étalés sur la semaine pour que les IDE puissent aussi aider les AS à faire les soins. Je vois aussi si on peut reprogrammer les admissions pour l'après-midi ou le lendemain. » (CDS 6, Secteur Neurooncologie 1)

Afin d'éviter le dépassement de compétences ou la démobilitation des soignantes, les CDS mettent principalement en œuvre des pratiques visant à reconfigurer les ressources. Par exemple, lorsque le personnel de remplacement n'est pas suffisamment expérimenté pour

réaliser un soin complexe et qu'il y a un risque de dépassement des ressources, les CDS peuvent choisir de réaffecter le personnel de remplacement sur la journée -sur le vif- dans une autre salle ou un autre secteur pour équilibrer le niveau des demandes et répartir les capacités collectives des équipes (PGR15). Cela rend l'organisation du travail moins lourde et plus efficace dans ce contexte. Une autre pratique consiste à pouvoir déléguer certaines tâches spécifiques à un autre acteur - un médecin ou les CDS elles-mêmes (PGR16). Cette pratique réduit la complexité du travail mais apporte également un soutien socio-émotionnel aux soignantes pour éviter qu'elles perdent leur motivation. Par exemple, 5 CDS ont mentionné que dans ce type de situation, elles proposent généralement de collaborer avec les soignantes en effectuant différents soins - même lorsque cette pratique est considérée comme clandestine - afin d'alléger la charge de travail et d'éviter la démobilité :

PGR15 - Affecter un soignant sur un autre poste de travail au sein du secteur (4/7)

« Si je constate que l'IDE du pool ne peut pas gérer la situation, je mets l'IDE la plus expérimentée seule dans la salle, celle qui a la meilleure organisation. S'il y a une IDE du pool, je la mets dans l'autre salle avec une autre IDE. » (CDS 7, Secteur Neurooncologie 2)

PGR16 - Prêter main forte aux soignantes dans la réalisation des soins (5/7)

« (...) Il ne faut pas trop le dire (aux supérieurs) ; mais quand elles sont en difficulté, on est présent et on peut les aider, on est prêt à mettre la main à la pâte. Des fois, un acte technique ça peut déjà soulager, et puis moralement, c'est bon aussi de savoir qu'on n'est pas tout seul à se galérer » (CDS 3, Secteur Parkison HDS)

Enfin, si dans ce scénario, les CDS parviennent difficilement à atténuer les effets que les perturbations peuvent avoir sur les différents secteurs, elles prennent néanmoins des mesures de protection tant au niveau local que global. Par exemple, lorsqu'il y a un manque de personnel dans un ou plusieurs secteurs d'hospitalisation, les CDS envoient des *reportings* ou des courriers pour alerter les responsables hiérarchiques et les informer des risques de la situation et des mesures correctrices engagées (PGR17).

PG17 - Alerter les hiérarchies et la direction de l'hôpital (5/7)

« Je vais relever la charge de travail en soins. Je vais dire par exemple : "j'ai tant de patients... "J'ai X patients sous Méthotrexate", " j'ai x patients à risque de fugue ". (...) J'envoie un mail avec ça et je vais balancer à tout le monde pour tirer la sonnette d'alarme. Alors je mets en copie ma collègue, bien évidemment, la cadre supérieure, le cadre RH, et la cadre de pôle. » (CDS 7, Secteur Neurooncologie 2)

Ce type d'action a un double objectif. D'une part, protéger l'équipe soignante et les CDS elles-mêmes si des dommages surviennent au cours de la journée (ex. responsabilité médico-légale). D'autre part, ce type d'action permet d'alerter l'organisation au sujet des risques afin d'éviter la pérennisation du manque de personnel.

6.3. Conclusions préliminaires

Les résultats de l'étude ont montré le travail de gestion du personnel réalisé par les CDS du département de neurologie comme un processus d'articulation constante entre l'adéquation des ressources de personnel et la cohérence des différentes règles de gestion. Ce travail d'articulation, souvent invisible, nécessite une mobilisation coordonnée des différents acteurs de l'organisation, en particulier des CDS, qui jouent un rôle de lien entre les différents acteurs, les moyens dont ils disposent et les objectifs à poursuivre. Pour ce faire, les CDS ne se contentent pas de prendre des décisions et de réaliser des actions pour parvenir à ces fins, mais cherchent également à les légitimer afin de garantir la mise à disposition de ressources et la mobilisation des acteurs à tous les niveaux de l'organisation (micro, meso, macro). Il s'agit donc d'une activité qui s'exerce dans un contexte d'incertitude et de complexité avec des ressources humaines de plus en plus limitées et segmentées. Leur mise en œuvre nécessite à la fois une connaissance des situations de terrain et des compétences d'arbitrage.

En ce sens, le fait d'utiliser le personnel de façon sous-optimale et son déficit chronique met en tension cette activité de gestion menée par les CDS, augmente sa complexité et entraîne des contraintes dans le travail d'articulation déjà mentionné. Ces contraintes rendent difficile l'adéquation du personnel non seulement quantitativement mais aussi qualitativement, et peuvent affecter tant le fonctionnement local d'un secteur que le fonctionnement de l'ensemble du système (en raison de l'interdépendance entre les différentes composantes du système). Alors que les CDS se mobilisent en permanence pour détecter et anticiper les perturbations potentielles et trouver les meilleures solutions, le manque de personnel les conduit à rationaliser et à flexibiliser les ressources disponibles, situation qui contribue à la fragilisation de la santé et de la sécurité des malades et des soignantes. Cette situation est déstabilisante pour les CDS, qui se trouvent souvent empêchées de concilier les différents objectifs et ainsi répondre à leurs obligations en tant que garantes de la qualité et de la sécurité des soins.

L'identification de « pratiques de gestion résilientes » a mis en évidence le rôle actif que jouent les CDS dans la gestion des effectifs dans un contexte restrictif tel que le déficit de personnel soignant. Il s'agit d'un répertoire de pratiques plus ou moins partagées qui permettent une de répondre rapidement et de s'organiser autour de perturbations RH familières. Elles visent à activer des processus de reconfiguration des ressources disponibles sur la base d'un travail de réorganisation de celles-ci et de renégociation des règles de gestion existantes (par des régulations horizontales et verticales). Cette reconfiguration permet de réaménager les systèmes de travail en réponse à des aléas et d'assurer un fonctionnement acceptable dans un contexte incertain et mouvementé (grâce à l'optimisation des ressources). Le caractère partagé de ces pratiques entre les CDS participe à la gestion de la complexité tant au niveau local que dans l'ensemble du système.

Tableau 12 : Grille récapitulative des pratiques de gestion résilientes.

No de pratique	No. de réponses	Pratique adoptée	Contexte	Objectifs	Verbalisation correspondante
Pratiques d'anticipation					
PGR1	2	Faire les demandes de remplacement de personnel plusieurs mois à l'avance.	Forte demande de personnel de remplacement dans tous les services de l'hôpital.	S'assurer de la présence de personnel de remplacement pour les postes non pourvus.	« Bah là, on a déjà fait tous nos plannings jusqu'à fin septembre, on sait qu'il y a des semaines, ou des jours, où il nous manque du personnel. Donc là, on est déjà en train de négocier (avec le Service de Suppléance) des remplacements pour juillet, août et septembre. » (CDS 7, Secteur F-G)
PGR2	2	Créer un créneau avec des propositions d'heures supplémentaires.	Il n'y a pas de personnel de remplacement disponible pour ces dates.	Assurer le remplacement du personnel pour les postes non pourvus.	« Une fois la planification effectuée, on peut connaître aussi les besoins en heures supplémentaires pour chaque semaine (...), et faire des propositions. ». « [...] Avec ma collègue, on a fait un tableau avec des propositions d'HS, aussi, pour les gens qui veulent s'inscrire. » (CDS 7, Secteur F-G)
PGR3	5	Rechercher des solutions entre collègues en mettant en	Des perturbations affectent un ou plusieurs secteurs.	Trouver d'autres solutions dans la planification et/ou trouver du	« Parfois, on se réunit avec tous nos plannings en disant « moi, je vais me retrouver en difficulté là, là, là, est-ce que

		commun les plannings.		personnel de renfort.	<i>quelqu'un peut m'aider ? » « Est-ce que quelqu'un a quelque chose pour la semaine prochaine ? » (CDS 2, Secteur B)</i>
PGR4	4	Former le personnel de remplacement transversal (pool)	Le personnel de remplacement ne sait pas toujours comment effectuer les soins techniques propres au secteur.	Développer le niveau de compétence du personnel de remplacement.	<i>« Quand ils ont de nouvelles IDE au pool, on leur propose de venir en encadrement ici, en journée tutorat. De façon à ce que quand elles sont affectées, elles ne soient pas sur un terrain complètement inconnu. (...) C'est aussi opportun de faire ça pour que la personne puisse se sentir à l'aise. » (CDS 6, Secteur F-G)</i>
PGR5	7	Combiner de personnel de remplacement et personnel fixe	Le personnel de remplacement ne sait pas effectuer les soins techniques propres au secteur.	Réduire les écarts de compétences entre le personnel fixe et le personnel de remplacement.	<i>« Quand j'ai une IDE de la suppléance, je préfère la mettre du matin, avec une IDE expérimentée qui connaît son service et qui va pouvoir lui donner un coup de main. [...] » (CDS 2, Secteur B)</i>
PGR6	2	Conserver le personnel excédentaire pour les jours de forte charge.	Probabilité que d'autres secteurs demandent du personnel pour dépanner.	Empêcher que des perturbations externes ne créent des écarts dans l'effectif.	<i>« Tu vois...sur mon planning... il y a une journée où j'ai 3 IDE le matin (mardi). Je les maintiens comme ça. Je sais qu'il va manquer du personnel ici ou dans les étages (...). L'IDE en plus du matin va aller aider. » (CDS 1, Secteur A)</i>
No de pratique	No. de réponses	Pratique adoptée	Contexte	Objectifs	Verbalisation correspondante
Pratiques de récupération					
PGR7	3	Demander du personnel de remplacement pour un jour où l'équipe interne est complète.	Il n'y a pas de personnel de remplacement (pool) pour la date demandée	Permettre de modifier la planification du personnel interne pour couvrir le poste non pourvu.	<i>« La CDS (du service de suppléance) peut me dire : je ne peux pas vous donner pour cet après-midi. Par contre, j'ai une IDE du pool, mais du matin. Donc à moi d'aller renégocier avec mes IDE savoir si elles sont d'accord pour passer d'après-midi.» (CDS 6, Secteur F-G)</i>
PGR8	4	Changer les rôles du personnel de remplacement.	Il n'y a pas de personnel de remplacement pour le métier A, mais il y en a pour le métier B.	Éviter qu'un poste ne soit pas pourvu.	<i>« Et sinon, une autre solution (pour remplacer une AS), c'est aussi de voir avec les IDE du Pool. Parce que si je n'ai pas de suppléance AS ou d'intérimaire, je peux voir avec la suppléance pour</i>

					<i>avoir à la place une IDE. Ce qui fait que... j'aurai 3 IDE et 1 AS, et je demande à une de mes IDE d'être en binôme avec l'AS. » (CDS 2, Secteur B)</i>
PGR9	4	Demander aux collègues de permuter un agent de remplacement non fonctionnel avec un agent fixe d'un autre secteur.	Le personnel de remplacement n'a pas les compétences requises et met l'équipe interne en difficulté.	Équilibrer le niveau de compétences entre les soignantes des différents secteurs.	<i>« ...S'ils n'ont pas d'autre IDE à me proposer (le Service de Suppléance), je vais essayer de voir avec mes collègues pour faire un switch, c'est-à-dire essayer de déplacer l'intérim dans une autre salle et faire venir une personne qui connaît mieux la salle (...). Je serai plus en sécurité » (CDS 2, Secteur B)</i>
PGR10	7	Ne pas solliciter toujours les mêmes personnes pour la mobilité intra service.	Les CDS doivent recourir plusieurs fois à la mobilité intra-service comme solution organisationnelle.	Éviter la démobilisation ou un éventuel arrêt de travail chez les soignantes.	<i>(...) on essaie de faire tourner déjà ...d'avoir une certaine équité, pour que ce ne soit pas toujours les mêmes qui viennent. Parce que mutualiser, c'est fatigant pour les équipes, et que ça pousse à l'arrêt » (CDS 7, Secteur F-G)</i>
PGR11	7	Faire une demande de mobilité intra-service ponctuelle.	L'équipe du secteur est en sous-effectif.	Compenser partiellement le manque de personnel.	<i>« Donc là, globalement, ce qu'on fait, c'est qu'on s'appelle pour essayer de trouver du renfort en interne, mais ponctuel (mobilité ponctuelle). S'il me manque une AS, une collègue peut me proposer : "J'ai une AS de mon secteur qui peut y aller 1 heure pour faire les toilettes ". Ou une autre : "une de mes AS peut aider à l'heure des repas". » (CDS 3, Secteur C)</i>
No de pratique	No. de réponses	Pratique adoptée	Contexte	Objectifs	Verbalisation correspondante
Pratiques d'atténuation					
PGR12	5	Demander au personnel d'être polyvalent.	L'équipe doit travailler en sous-effectif.	Redistribuer les tâches entre certains agents pour compenser une absence.	<i>« On demande à l'équipe de changer l'organisation de son travail. Par exemple, s'il manque une AS, on peut demander aux IDE ou à une élève de faire un peu la volante...pour aider l'AS. » (CDS 1, Secteur A)</i>
PGR13	5	Prolonger la journée de	Un agent est en arrêt de travail de	Comblé les lacunes dans les	<i>« Je peux exceptionnellement faire</i>

		travail du personnel de garde.	façon inopinée et n'est pas remplacé.	effectifs à différents moments de la journée.	<i>doubler (prolonger la journée) l'IDE du matin pour qu'elle travaille l'après-midi. Mais comme elle n'a pas le droit de dépasser 12h et qu'elle est arrivée à 7h, elle part à 19h, et donc parfois on appelle l'équipe de nuit, pour qu'au lieu de venir à 21h, ils viennent à 19h. »</i> (CDS 5, Secteur D-E)
PGR14	6	Réduire la charge de travail	Risque de surcharge de travail pour l'équipe soignante.	S'assurer que la charge de travail corresponde aux capacités du personnel disponible.	<i>« Si la charge en soins est beaucoup plus lourde pour les AS et si on ne peut pas avoir une AS en plus [...], je vois avec mon chef de clinique si des soins ou des examens peuvent être étalés sur la semaine pour que les IDE puissent aussi aider les AS à faire les soins. Je vois aussi si on peut reprogrammer les admissions pour l'après-midi ou le lendemain. »</i> (CDS 6, Secteur F-G)
PGR15	4	Affecter une soignante sur un autre poste de travail au sein du secteur.	La répartition des postes n'est pas efficace à cause du manque de personnel.	Améliorer la répartition des compétences entre les agents disponibles dans le secteur.	<i>« Si je constate que l'IDE du pool ne peut pas gérer la situation, je mets l'IDE la plus expérimentée seule dans la salle, celle qui a la meilleure organisation. S'il y a une IDE du pool, je la mets dans l'autre salle avec une autre IDE. »</i> (CDS 7, Secteur F-G)
PGR16	5	Prêter main forte aux soignantes dans la réalisation des soins	L'équipe travaille en sous-effectif (risque de dépassement de ressources)	Absorber un peu de la charge de travail et rassurer les équipes.	<i>« [...] Il ne faut pas trop le dire (aux supérieurs) ; mais quand elles sont en difficulté, on est présent et on peut les aider, on est prêt à mettre la main à la pâte. Des fois, un acte technique ça peut déjà soulager, et puis moralement, c'est bon aussi de savoir qu'on n'est pas tout seul à se galérer »</i> (CDS 3, Secteur C)
PGR17	5	Alerter les hiérarchies et la direction de l'hôpital.	Le secteur fonctionne en mode dégradé, ce qui risque d'entraîner des dommages pour les patients.	Eviter que la situation ne se reproduise. Exonérer les équipes et soi-même des responsabilités	<i>« Je vais relever la charge de travail en soins. Je vais dire par exemple : "j'ai tant de patients... "J'ai X patients sous Méthotrexate", " j'ai x patients à risque de fugue ". (...) J'envoie un mail</i>

				<p>médico-légales ou organisationnelles.</p>	<p><i>avec ça et je vais balancer à tout le monde pour tirer la sonnette d'alarme. Alors je mets en copie ma collègue, bien évidemment, la cadre supérieure, le cadre RH, et la cadre de pôle. »</i> (CDS 7, Secteur F-G)</p>
--	--	--	--	--	---

Chapitre 7. Déploiement des capacités dans des situations perturbées : les équipes soignantes face à la pénurie de personnel.

7.1. Objectif et méthode

7.1.1. Objectif

Un personnel suffisant et qualifié est une condition nécessaire pour assurer la performance des équipes de soins. Cependant, la littérature récente a mis en évidence que la performance globale des équipes de soins ne dépend pas uniquement du fait d'avoir une dotation en personnel optimale. Des facteurs tels que la composition du personnel, les conditions de travail et la gestion quotidienne de ces professionnels jouent également un rôle important (Thériault et al., 2018). Cet aspect multidimensionnel de la gestion du personnel soignant souligne l'importance des conditions favorables dont disposent les travailleurs pour rendre leur capacité d'action effective. En ergonomie, depuis le développement du concept d'"environnement favorable" (Pavageau, Nascimento et Falzon, 2007 ; Falzon et Mollo, 2009), plusieurs études ont montré que le déploiement efficace d'une capacité est circonscrit par les conditions dans lesquelles le travail est effectué (Arnoud, 2013 ; Raspaud, 2014 ; Pernet, Mollo et Falzon, 2018) Ainsi, pour qu'une capacité devienne une réelle possibilité d'agir (capabilité), elle nécessite des facteurs de conversion qui permettent de la rendre effective dans la situation de travail (Falzon, 2013a).

Ce chapitre vise à comprendre comment les soignantes (AS et IDE) gèrent les contraintes et les ressources pour délivrer des soins de qualité et sûrs dans des situations perturbées par le manque de personnel. Plus précisément, le chapitre cherche à analyser comment ces professionnelles mobilisent leurs capacités pour faire face aux aléas liés au manque de personnel et à identifier les différents facteurs qui peuvent contribuer à l'utilisation efficace de ces capacités dans ces situations de travail perturbées.

7.1.2. Méthode

7.1.2.1. Participantes

L'étude a porté sur 20 soignantes volontaires (10 IDE et 10 AS) qui travaillaient dans l'un des 7 secteurs d'hospitalisation (conventionnelle traditionnelle, de semaine ou mixte) des services de Neurologie Générale (NG) et de Neuroncologie (NO) (voir Tableau 13). Chaque soignante faisait partie d'une des cinq équipes de soins de la Grande équipe de chaque secteur. Trois de ces équipes travaillent dans un seul secteur (I, II et III), tandis que les équipes IV et V travaillent en alternance dans deux secteurs différents. 79% des participantes avaient moins de 50 ans (29% avaient moins de 30 ans et 50% avaient entre 30 et 49 ans) et 67% des participantes avaient moins de 11 ans d'ancienneté dans leur poste de travail (25% avaient moins de deux ans et 42% avaient entre 2 et 10 ans).

Service	Equipe	Secteur	Participant e	Métier	Genre	Âge	Ancienneté poste
Neurologie Générale (NG)	I	Epilepsie (15 lits HT)	AS1	Aide-soignante	Femme	30 à 49 ans	6 ans et 10 ans
			AS2	Aide-soignante	Homme	30 à 49 ans	6 ans et 10 ans
			IDE1	Infirmière	Femme	< 30 ans	2 ans et 5 ans
			IDE2	Infirmière	Femme	< 30 ans	2 ans et 5 ans
	II	Neuropathie (15 lits HDS)	AS3	Aide-soignante	Femme	50 ans ou plus	6 ans et 10 ans
			AS4	Aide-soignante	Femme	50 ans ou plus	10 ans et plus
			IDE3	Infirmière	Femme	30 à 49 ans	6 ans et 10 ans
			IDE4	Infirmière	Femme	30 à 49 ans	2 ans et 5 ans
	III	Parkinson HDS (16 lits HDS)	AS5	Aide-soignante	Femme	30 à 49 ans	< 2 ans
			AS6	Aide-soignante	Femme	30 à 49 ans	< 2 ans
			IDE5	Infirmière	Femme	< 30 ans	2 ans et 5 ans
			IDE6	Infirmière	Femme	30 ans Moins	2 ans et 5 ans
IV	Parkinson-TCA (8 lits HT & 7 HDS)	AS7	Aide-soignante	Homme	30 à 49 ans	2 ans et 5 ans	
		AS8	Aide-soignante	Femme	30 à 49 ans	2 ans et 5 ans	

Neuroncologie (NO)	V	Scléroses (8 lits HT & 9 HDS)	IDE7	Infirmière	Femme	30 à 49 ans	< 2 ans
			IDE8	Infirmière	Homme	30 à 49 ans	6 ans et 10 ans
		Neuroncologie 1 (18 lits HT & 2 HDS)	AS9	Aide- soignante	Femme	50 ans ou plus	> 10 ans
			AS10	Aide- soignante	Femme	30 à 49 ans	< 2 ans
		Neuroncologie 2 (8 lits HT & 8 HDS)	IDE9	Infirmière	Homme	< 30 ans	< 2 ans
			IDE10	Infirmière	Femme	< 30 ans	2 ans et 5 ans

Tableau 13 : Caractéristiques des soignantes participant à l'étude

Les équipes de soins sont responsables de la préparation et de la réalisation des soins dans les secteurs d'hospitalisation - soins techniques, soins d'hygiène et de confort, et soins relationnels. Dans chaque secteur, il y a des soins caractéristiques que les soignantes doivent prendre en charge et qui nécessitent un certain niveau de connaissances, à la fois de la maladie et des procédures (chimiothérapie, pompe à Apokinon, immunoglobulines, EEG, ventilation de type VNI, etc.). La répartition des professionnelles et leur rôle sont similaires à ceux des professionnelles des autres structures hospitalières françaises. Dans le cadre de ses fonctions, l'IDE peut effectuer tous les soins en conservant son « rôle propre », tandis que l'AS ne peut effectuer que les soins d'hygiène et de confort, et les relations de soins. Dans cet hôpital, l'AS a également la responsabilité d'effectuer des tâches considérées comme d'« hôtellerie », telles que la distribution des repas et la gestion du linge.

7.1.2.2. Méthode d'entretien de cas simulés

Cette étude est fondée sur des entretiens individuels utilisant la technique d'entretien de cas simulé (Sfez et al., 2008 ; Cuvelier, 2011). La méthode a été utilisée pour explorer la manière dont les équipes gèrent les contraintes et les ressources pour construire la qualité des soins dans des situations perturbées par le déficit de personnel. Des cas ont été utilisés pour mettre les participantes en situation dans différents scénarios en lien avec le manque de personnel afin qu'elles verbalisent les facteurs qui pourraient favoriser ou entraver la manifestation des capacités individuelles et collectives effectives pour fournir des soins sûrs et de qualité (facteurs de conversion positifs ou négatifs). En d'autres termes, il s'agissait d'explorer les facteurs qui contribuent -ou pas- à ce que les capacités dont disposent les individus (capacités) se

transforment en possibilités réelles d'agir dans une situation donnée (capabilities) (Falzon, 2013a).

Le protocole d'entretien contenait cinq cas réels décrivant une situation clinique perturbée qui s'écartait de son cours normal (*open ending*) (voir Annexe 3). Les cas ont été construits sur la base d'observations ouvertes et systématiques faites dans les secteurs d'hospitalisation où évoluent les participantes de l'étude (voir Chapitre 5). Une adaptation mineure de chaque cas a été faite pour équilibrer la difficulté et améliorer la vraisemblance pour les soignantes. Les cas présentaient des situations contenant des incidents connus des soignantes, ayant lieu dans un contexte où l'équipe était affectée par un manque de personnel (voir Tableau 14). Chaque cas faisait référence à l'une des cinq décisions organisationnelles utilisées pour organiser les équipes face à une perturbation RH (arrêt maladie, congé, poste non tenu) : 1) suppléance, 2) sous-effectif, 3) coupure, 4) mobilité intra-service (ponctuelle), et 5) mobilité intra-service (sur la journée). En outre, chaque cas contenait des éléments de variabilité qui permettaient de reconnaître les problèmes émergents et leurs conséquences, comme le type d'hospitalisation, de perturbation RH, ou de patient, la situation clinique et les conséquences possibles. Le protocole a été soumis pour validation à deux Cadres Supérieures de Santé du département et à deux soignantes (1 IDE et 1 AS), afin de vérifier la fiabilité de son contenu (données, constatations, interprétations) et de corriger les inexactitudes (erreurs de termes techniques).

Cas	Type d'hospitalisation	Type de perturbation	Décision organisationnelle		Type de patient	Incident	Conséquences possibles
			Type	Définition			
1	HT/HD S	Absence attendue de personnel	Suppléance	Le poste vacant est occupé par du personnel remplaçant pour la durée de la journée (une soignante de l'équipe de pool, intérim ou soignante fixe d'une équipe en HS)	Parkinson	Patient s'enfuit au moment où l'IDE doit faire le tour de médicaments	Blocage des patients, fuite, retard dans l'administration des médicaments
2	HT/HD S	Absence non attendue de personnel	Sous-effectif	Les équipes travaillent avec au moins une soignante (IDE ou AS) de moins que ce qui est officiellement prévu par la maquette organisationnelle	Tumeur cérébrale	Patient confus, bouge et essaie de sortir de la chambre au moment où les AS font une toilette au lit.	Fugue, arrachage de la perfusion, retard pour RDV IRM.
3	HDS	Absence attendue et non attendue de personnel	Coupure	Aménagement des horaires de travail du personnel permanent du secteur (ex. entre 9h30 et 16h30) pour qu'il puisse assurer le remplacement d'une partie de la journée. (matin et après-midi)	Polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique (PDIC)	Entrée programmée arrive 5 heures avant que sa chambre ne soit disponible.	Retard dans l'administration de traitements, retard de l'entrée.

4	HT	Absence attendue non de personnel	Mobilité intra-service (ponctuelle)	Déplacement partiel d'une ou plusieurs soignantes permanentes d'un secteur à un autre du même service.).	Epilepsie	Patient avec risque de présenter une crise d'épilepsie refusant ses traitements	Risque de crises d'épilepsie, maltraitance, retard dans l'administration des médicaments.
5	HT/HD S	Absence attendue de personnel	Mobilité intra-service (sur la journée)	Déplacement tout au long de la journée d'une ou plusieurs soignantes d'un secteur à un autre du même service.	SLA	Patient présentant une crise vitale pendant le tour de toilettes au lit.	Risque vital pour le patient, retard des soins de base et des tâches transverses

Tableau 14 : Éléments contenus dans les cinq cas utilisés dans le protocole d'entretien

L'application du protocole a consisté en la présentation successive des cas (présentés sur un support en carton) par l'interviewer aux participants. Les soignantes n'avaient pas de limite de réponse définie et étaient autorisées à argumenter à l'aide d'exemples tirés d'autres situations. Avant de procéder à la présentation du cas, la personne chargée de l'entretien rappelait les objectifs du projet de recherche et présentait la consigne suivante :

« Je vais vous demander de lire des cas correspondant à des situations réelles avec des problèmes de déficit d'effectifs dans le service de Neurologie où vous travaillez actuellement. Ils peuvent paraître plus ou moins familiers en fonction de votre expérience et de votre poste. Au fur et à mesure de votre lecture, vous pouvez faire des commentaires, dire ce que vous en pensez, faire toute remarque que vous jugerez utile. A l'issue de chaque cas, je vous poserai quelques questions pour recueillir votre sentiment et votre avis. Le but est de connaître votre vision de chaque situation ; il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation de pratiques, aucune réponse n'est bonne ou mauvaise. »

À la fin de la lecture de chaque cas, les participantes ont été confrontées à trois questions afin de comprendre comment elles agiraient dans chaque situation présentée (qu'elle se soit produite dans leur secteur ou non) et quels effets chaque situation pourrait avoir sur leur travail :

1. *Que pensez-vous de la situation dans laquelle se trouve la protagoniste ? Comment devrait-elle gérer la situation ?*
2. *Avez-vous déjà vécu une situation similaire dans votre secteur ? Comment avez-vous géré cette situation dans votre secteur ?*
3. *Quand vous devez travailler en cas de « nom du type décision organisationnelle » (ex. personnel suppléant), cela affecte-t-il votre travail ? De quelle manière ?*

Enfin, le déroulement de l'entretien devrait permettre d'obtenir les éléments suivants pour chaque cas : 1) interprétation de la situation problème, 2) identification des ressources internes

et externes disponibles pour l'action, 3) prises de décisions et arbitrages à réaliser avec leur argumentation, 4) effets possibles de ces choix sur la situation et ses participants.

7.1.3. Analyse des données

Des entretiens ont été menés individuellement avec toutes les participantes de l'étude. Ils ont duré en moyenne 36 minutes par participante. Ils ont été menés dans un espace confidentiel au sein d'un secteur dans lequel le participant travaillait (bureau de la cadre, salle d'entretien, etc.), et ont été enregistrés sur un enregistreur numérique après acceptation des conditions de confidentialité.

Les données recueillies ont été traitées quantitativement et qualitativement avec le logiciel d'analyse de données NVIVO en lien avec trois thématiques différentes. Pour chaque thématique un codage sélectif a été effectué en utilisant des catégories définies après un premier codage exploratoire des données (codage ouvert). Tout d'abord, on a analysé les effets des solutions RH utilisées par l'organisation sur l'activité des équipes de soins. Pour ce faire, toutes les références d'entretien ayant trait aux solutions RH ont été prises en compte. L'analyse s'est intéressée aux conséquences de ces solutions organisationnelles sur la performance et la santé des soignantes d'une part, mais aussi sur les conditions de réalisation du travail et sur les mécanismes de régulation utilisés pour le réaliser. Quatre catégories thématiques ont été utilisées : a) la division du travail, b) les conditions d'exécution du travail, c) l'activité, et d) les conséquences sur le travail. Ensuite, les solutions proposées par les participantes pour gérer chaque incident ont été codées en fonction du type d'adaptation que chaque réponse impliquait (Woods, 2006 ; Kyrikidis et Dang, 2020). Elles ont été classées selon trois niveaux de récupération des perturbations présentes dans chaque cas : (a) les solutions qui ont permis au système de s'adapter aux incidents pour maintenir les performances requises et fournir un niveau de service optimal (solution robuste), (b) les solutions qui ont permis de maintenir les fonctions de base du système, en altérant partiellement le fonctionnement et la capacité à fournir des soins optimaux (solution ductile), et (c) les solutions qui n'ont pas permis au système de rattraper les incidents, le service fourni étant alors sous-optimal ou préjudiciable aux patients (solution d'effondrement). Enfin, les facteurs influençant la capacité d'action des participantes dans les situations présentées ont été analysés. Au total, 15 facteurs ont été identifiés et

regroupés en quatre catégories selon la dimension du travail à laquelle ils se réfèrent : a) facteurs individuels, b) facteurs liés au collectif de travail, c) facteurs liés à la situation de travail et d) facteurs liés à au management et au système de GRH de l'organisation.

7.2. Résultats.

Les résultats sont présentés en trois parties. Dans un premier temps, on présente les effets des solutions RH utilisées par l'organisation sur l'activité et la qualité du travail des équipes de soins. Ensuite, nous présentons les différents types de réponses compensatoires utilisées par les soignantes pour gérer les aléas découlant des différentes solutions RH utilisées par l'organisation. Enfin, on présente les différents facteurs qui influencent la capacité des équipes à gérer la variabilité face aux perturbations RH.

L'application des protocoles d'entretien s'est déroulée sans problème pour les 20 participantes. Les soignantes volontaires ont participé de manière active et avec intérêt à la passation des cas. 19 d'entre elles ont explicitement évoqué la similitude des cas avec les situations de travail qu'elles vivent au quotidien par des expressions telles que : « *cela arrive tous les jours* », « *j'ai l'impression d'avoir déjà vécu cela* », « *cela me semble familier* ». 17 participantes l'ont fait spontanément, tandis que deux l'ont fait après qu'on leur a posé la question directement au terme du protocole. Seule une AS a décrit une des situations présentées (cas 5, mobilité intra-service) comme une situation inhabituelle : « *ça peut arriver, mais c'est rare (...) je crois que ça m'est arrivé une fois en deux ans* » (AS8, Secteur Parkinson-TCA/Scléroses). Aucune différence significative n'a été constatée dans les formes d'appropriation de l'instrument par les participantes. Au cours des entretiens, les soignantes se sont principalement concentrées sur la résolution des cas présentés, bien qu'elles aient toutes eu tendance à évoquer d'autres cas ou situations lorsqu'elles voulaient expliquer ou exemplifier un phénomène ou un élément manquant (par exemple, une soignante a évoqué un autre cas dans lequel un patient a fugué afin de le comparer au cas présenté).

7.2.1. Effets des solutions organisationnelles sur l'activité et la qualité du travail des équipes de soins.

Les entretiens ont permis de montrer comment l'activité des soignantes peut être affectée par les différentes solutions organisationnelles utilisées par l'hôpital pour gérer les perturbations RH. Toutes les participantes avaient une opinion négative du fonctionnement actuel de l'organisation et reconnaissaient explicitement que son mode de gestion du personnel était coûteux pour la santé et la sécurité des patients et des équipes de soins. Selon elles, cette forme de gestion du personnel entraîne des perturbations dans la planification et l'organisation des équipes, augmente les exigences du travail et réduit la possibilité de collaborer avec d'autres professionnels tels que les médecins, le personnel paramédical (physiothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes), etc. Les soignantes ont déclaré que pour gérer les soins dans ces conditions, elles doivent « faire plus avec moins », « être plus polyvalentes » et organiser le travail « au fur à mesure » avec des ressources matérielles « plus réduites qu'avant ».

« On essaie d'être le plus optimal possible, après on n'est pas à l'abri du manque de personnel, donc c'est toute la recherche de personnel pour pallier, pour faire en sorte que le personnel ne soit pas en sous-nombre. Les cadres cherchent du personnel de renfort, mais s'ils ne le trouvent pas, c'est à nous de pallier le manque de personnel (...). On doit changer nos horaires, venir sur nos jours de repos... parfois on doit travailler ailleurs (...). C'est fatigant. (...) Sans personnel la salle ne peut pas tourner, les patients ne peuvent pas être pris en charge correctement, avec une qualité optimale et une sécurité optimale (...). Franchement, je trouve que si on avait l'effectif, on pourrait faire beaucoup mieux. »
(AS6, Secteur Parkinson HDS)

L'une des principales difficultés mentionnées par les soignantes dans l'accomplissement de leur travail est liée aux efforts d'adaptation et de reconfiguration qu'implique le fait de travailler constamment avec du personnel réduit et/ou du personnel de remplacement qui ne connaît pas toujours le travail et l'organisation de chaque secteur. Ce travail d'adaptation implique un effort supplémentaire tant au niveau individuel que collectif. Les entretiens ont permis, d'une part, de rendre compte de l'appréciation de chaque soignante sur chaque solution organisationnelle et, d'autre part, de la manière dont chacune d'entre elles a conduit les équipes vers différentes formes d'adaptation.

La « suppléance » (cas 1) a été la solution organisationnelle la plus attendue et la plus appréciée par les participantes face aux perturbations RH. Elle consiste à pourvoir un poste vacant par du

personnel de remplacement interne (personnel du pool) ou du personnel de remplacement externe (intérim). Elle met au défi les équipes locales de garantir les soins en travaillant avec des collègues qui ont des statuts différents et qui n'appartiennent pas à l'équipe du secteur. Les participantes ont déclaré qu'elles avaient des compétences et des connaissances fines sur les patients de leur unité et sur l'organisation du travail dans chaque secteur, que leurs collègues remplaçantes n'avaient généralement pas. Pour les participantes, ce décalage de compétences avec le personnel de remplacement se traduit dans la plupart des cas par une réorganisation des rôles et des tâches au cours de la journée de travail - notamment lorsque les soignantes remplaçantes se rendent pour la première fois dans le secteur. Le fait que les personnes n'aient pas de compétences similaires au sein de l'équipe conduit à la mise en œuvre permanente d'« arrangements » - ou d'équilibrages- au niveau organisationnel, qui visent à compenser les lacunes de compétences existantes et à rendre fonctionnelles les capacités du personnel de remplacement. Pour les participantes, plus cet écart de compétences est important, plus il est difficile d'obtenir un couplage satisfaisant entre les soignantes pour travailler ensemble.

« Quand c'est quelqu'un du pool qui a l'habitude, ça va. C'est comme une collègue du service. Quand c'est quelqu'un du pool qui ne connaît pas du tout le service, qui vient d'arriver, déjà souvent ils arrivent en retard. Le temps qu'ils sachent qu'ils sont attribués à ce service, ils arrivent en retard donc pendant ce temps-là on gère toute la salle et après, quand ils ne connaissent pas, nous, on a notre secteur à gérer, mais on est obligé aussi de garder un œil sur la personne. Pour peu que ce soit des soins qu'elle ne connaît pas, elle va venir nous chercher, elle a besoin d'aide, du coup on va gérer un petit peu ses patients ou alors, elle va avoir des questions à poser. Elle fait les soins qu'elle connaît, mais nous on est amené aussi à gérer tout le reste. On a un peu les trois quarts de la salle à gérer au lieu de n'avoir que la moitié. » (IDE7, Secteur Parkison-TCA/Scléroses)

Les opinions des participantes sur l'utilisation des horaires « en décalé » ou « en coupure » (cas 3) étaient en revanche plus variées. Bien que toutes les soignantes partagent une opinion négative à ce sujet en tant que solution au manque de personnel, 4 soignantes - principalement des secteurs d'hospitalisation de semaine - ont indiqué qu'elle peut être utile pour gérer la charge de travail les jours où elle est concentrée sur des pics spécifiques de la journée (par exemple, les jours où se juxtaposent un fort volume d'entrées et sorties). Les soignantes reconnaissent deux difficultés spécifiques à ce type de solution organisationnelle. La première est liée à la difficulté d'organiser et de synchroniser efficacement les tâches au sein d'une équipe dont chaque membre travaille à des moments différents de la journée. En général, dans cette configuration, les soignantes qui travaillent selon l'horaire habituel (6h45 - 14h06) essaient

d'avancer les tâches qu'elles peuvent réaliser seules et réservent celles qui doivent être réalisées en binôme pour le moment où la collègue en coupure arrive, laquelle n'a pas de patients assignés et vient remplir une fonction de « volante ». Cependant, les soignantes ont déclaré que la variabilité de la charge de travail au quotidien peut entraîner une concentration des tâches à des moments où il y a moins de personnel (début et fin de journée) et conduire à une surcharge pour le personnel présent. Une deuxième difficulté mentionnée est liée aux exigences que ce type de solution RH ajoute à l'activité de travail des équipes. Les participantes ont déclaré que le travail « en décalé » entraîne une altération des repères spatiaux-temporels, et une accélération de l'activité qui rend difficile le contrôle du rythme de travail (juxtaposition de tâches, glissement de tâches, dépassement de ressources). Les soignantes utilisent souvent des expressions telles que se sentir « responsable de tout et de rien à la fois », « être perdue », « se sentir morcelée » pour décrire l'expérience du travail sous cette modalité. Les explications évoquées par le personnel des secteurs d'hospitalisation en semaine illustrent bien cette expérience :

« Quand on est en coupure, l'IDE du matin est seule de 7h à 9h, et c'est là où parfois il y a énormément de bilans, d'hyperglycémies provoquées, de gaz du sang, etc., à faire. Comme on ne peut pas gérer tout, l'IDE du matin va prioriser certaines choses et attendra l'arrivée de sa collègue pour en faire d'autres (...). Quand l'IDE en coupure arrive -vers 9h30/10h-, elle va aider sa collègue du matin, donc elle prend un peu le relais.... des fois elle termine les prises de sang, pose les flacons pour les patients qui vont sortir ou va aider l'AS avec les toilettes (...). Et après du coup elle enchaîne avec sa deuxième journée (...). » (IDE5, Secteur Parkinson HDS)

« On a l'impression d'être perdue, parce qu'on n'a pas eu les transmissions du matin et des choses se sont passées depuis le début de la journée. On ne sait pas trop quoi faire (...). Tu n'as pas de véritable patient à prendre en charge, tu fais un peu tous les patients. On te dit d'aller faire tel patient, tu vas faire tel patient (...) On essaie de décaler autant que possible les soins, mais parfois, tout tombe en même temps. ». (IDE3, Secteur Neuropathie)

La « mobilité intra-service » en tant que solution RH était considérée comme indésirable et perçue comme un dysfonctionnement de l'organisation. Elle peut être appliquée de manière ponctuelle pendant une courte période de la journée (cas 4) ou de manière permanente tout au long de la journée (cas 5). Malgré son apparente similitude avec la « suppléance » - dans le sens où une équipe de soignantes permanentes reçoit une soignante externe avec laquelle elles doivent se coordonner pour accomplir la journée - les participantes ont souligné au moins deux différences importantes avec celle-ci. La première est que la « suppléance » est une situation

choisie à l'avance par les soignantes remplaçantes, alors que dans la « mobilité » elle est toujours négociée (par exemple, lorsque les cadres de santé font une offre en échange de certains jours de congé) ou imposée (par exemple, lorsqu'il n'y a pas d'autre soignante disponible dans la chambre). Une autre différence serait liée au moment où ce type de solution est adoptée. Les soignantes ont souligné que cette solution est presque toujours adoptée en dernier recours et intervient donc dans des conditions où tant les équipes que le système sont sous tension (surcharge de travail, situation critique, risque de dépassement des ressources). Les effets de la mobilité peuvent être perçus à double sens selon les soignantes. D'une part, la mobilité a un effet sur les secteurs d'origine du personnel, où les équipes doivent travailler avec moins de personnel en fonction de la durée de la mobilité. D'autre part, elle a également un effet sur le personnel déplacé et l'équipe qui l'accueille, en particulier si la mobilité n'a pas été négociée et consentie par le personnel. Le personnel peut ainsi être affecté à un secteur qu'il ne connaît pas et travailler dans des conditions dangereuses ou dans lequel ses compétences sont moins fonctionnelles. Elle peut également conduire à la démobilisation subjective du personnel déplacé et affecter son engagement envers son travail. Le double effet de la mobilité a été évoqué par 15 des participantes tout au long des entretiens :

« Ce n'est pas la même chose (d'être mutualisé) parce que quand tu es du « pool », tu l'as choisi et tu sais à quoi t'en tenir. (...), mais là, tu n'as pas le choix (...). Si je dois aller dépanner, j'essaie de m'adapter, mais la prise en charge n'est pas la même... parce qu'on ne connaît pas ses habitudes, on ne connaît pas les besoins des patients... ici, c'est automatique (...). C'est difficile parce que tu ne connais pas les locaux, tu ne sais pas où est rangé le matériel, tu ne connais pas la pathologie (...) et tout ça peut te faire paniquer ou même te faire sentir moins impliquée avec les patients (...). On devient exécutant ». (IDE1, Secteur Epilepsie)

« Le problème aussi est que tu laisses ton équipe avec un collègue de moins (...), ça va être une équipe amputée. Par exemple, si on avait prévu de travailler à deux le matin, ma binôme AS serait toute seule pour faire les toilettes, distribuer la nourriture, faire la vaisselle... » (AS7, Secteur Parkinson-TCA/Scléroses)

La solution RH « sous-effectifs » (cas 2) était la moins souhaitée et acceptée par les soignantes. Comme pour la mobilité, cette solution est perçue comme un « dysfonctionnement organisationnel », mais aussi comme une menace latente pour la sécurité des patients. Cette solution implique un déséquilibre permanent en termes de personnel, dans le sens où le personnel présent doit compenser le travail du personnel manquant. Le fait de devoir travailler avec un petit nombre de personnel signifie que les soignantes doivent puiser dans leurs propres

ressources pour faire face à la charge de travail prévue. Le manque de marge de manœuvre amène les soignantes à travailler à un rythme plus rapide et avec moins de ressources cognitives pour gérer chaque situation. Les soignantes doivent effectuer des transmissions à partir de deux postes et sont obligées d'interrompre constamment leurs activités au cours de la journée afin de coopérer entre elles (sous forme de coopération forcée). Cela affecte particulièrement la dynamique de coopération et de collaboration entre les IDE et les AS, étant donné que les premières peuvent effectuer les tâches de soins - y compris les soins techniques - alors que les AS ne sont autorisées qu'à effectuer les soins d'hygiène et de confort et les soins relationnels. Dans ce cas, les AS peuvent toutefois jouer le rôle d'assistantes des IDE, en les aidant à prendre la tension, à aller chercher du matériel ou à se rendre au laboratoire pour déposer les bilans, etc. Travailler avec un personnel réduit contribue à l'épuisement physique et psychologique des soignantes, ce qui peut conduire à un épuisement général des équipes.

« Quand il manque une AS, on court toute la journée, on ne se repose pas une minute (...). Les IDE sont obligées de nous aider, il n'y a pas d'autre choix. Elles nous aident à faire les toilettes à deux ou à distribuer les repas (...). Quand il manque une IDE, c'est aussi compliqué parce qu'il y a des choses qu'en tant qu'AS, on ne peut malheureusement pas faire. On va les aider le plus qu'on peut dans les limites de nos fonctions. On va prendre les tensions, aller faire des entrées, des dossiers d'entrée s'il y en a. ». (AS10, Neurooncologie 1/Neurooncologie 2)

« Quand on est en sous-effectif, je sais que j'aurai des soins qui sont nuls (...). Je fais des erreurs de malade, je fais des erreurs d'asepsie, tu loupes des infos, tu laisses des choses de côté.... Je m'en rends compte, mais je n'ai pas le temps : il faut que j'aille vite, il faut que j'aille au plus essentiel. Le soin que tu prodigues n'est pas forcément l'attendu que toi, tu voudrais. » (IDE7, Secteur Parkinson-TCA/Scléroses)

De cette façon, les aspects présentés dans cette première partie nous permettent de voir - en première instance - comment les solutions RH utilisées par l'organisation affectent la capacité des équipes à répondre aux aléas et aux variations conjoncturelles qui peuvent survenir au cours d'une situation de travail ordinaire. Ces solutions RH modifient les routines et l'organisation du travail envisagées par les soignantes et transforment l'environnement écologique dans lequel se déroule leur activité. Le recours fréquent à ces solutions par l'organisation implique un processus d'adaptation et de réappropriation constant des individus à leur environnement et à leur objet de travail. En ce sens, comme les exemples donnés jusqu'à présent l'ont montré, cette façon de gérer le personnel transforme les conditions dans lesquelles le travail est effectué non seulement d'un point de vue quantitatif, mais aussi d'un point de vue qualitatif. La variabilité

de la main-d'œuvre pousse les soignantes à s'écarter des pratiques de soins optimales et présente donc des risques pour la santé et la sécurité du système.

7.2.2. Capacité d'adaptation et gestion de la variabilité produites par les solutions RH.

La confrontation des cas a permis de mettre les participantes en situation et de démontrer leurs possibilités pour gérer les différents aléas découlant des solutions RH. L'objectif de cette section est d'analyser la capacité d'adaptation des soignantes pour reconfigurer les ressources et gérer la variabilité dans des situations perturbées par le manque de personnel.

Le traitement quantitatif des cinq cas simulés des 20 entretiens a permis de coder un total de 187 réponses ou solutions proposées par les participantes pour gérer les incidents présentés dans chaque cas (une moyenne de 37 réponses pour chaque cas pour le nombre total de participantes). Aucune différence significative n'a été constatée dans la fréquence des réponses pour chaque cas (voir Figure 19). Les cas ayant le plus grand nombre de réponses sont le cas 1 (Suppléance) et le cas 4 (Mobilité ponctuelle) avec 44 et 41 réponses chacun, tandis que les cas ayant le moins de réponses sont les cas 2 (Sous-effectifs) et cas 3 (Coupure) avec 33 et 34 réponses respectivement. Il n'y avait pas non plus de différence dans la fréquence des réponses données en ce qui concerne la profession de chaque participant. Le taux de réponse estimé par participante était de 1,9 par cas.

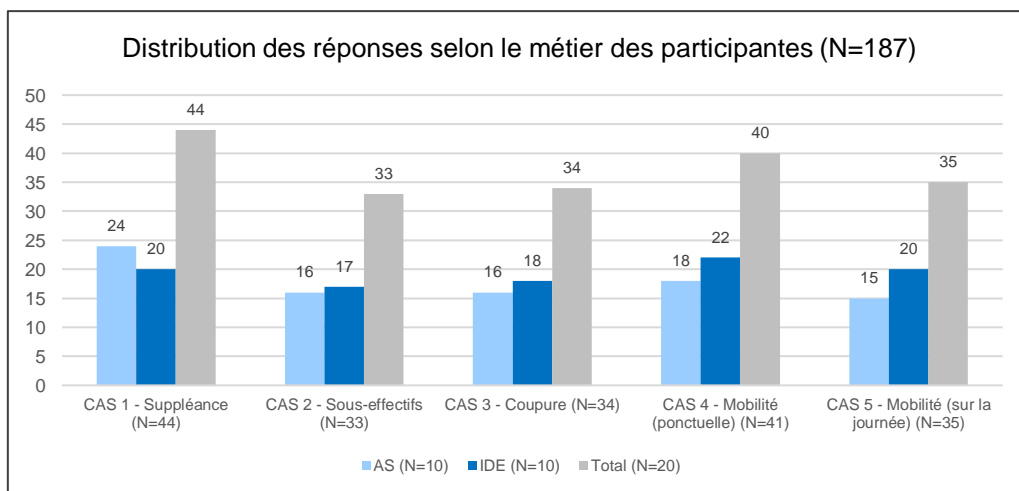


Figure 19 : Distribution des réponses selon le métier des participantes

La catégorisation des réponses en fonction du type de solution -robuste, ductile et effondrement- a permis de rendre compte des différents niveaux d'adaptation et de la diversité des possibilités dont disposent les soignantes pour gérer la variabilité des situations perturbées. Le codage des réponses a montré une distribution homogène du type de solution adoptée pour gérer chaque cas, avec une légère prédominance des réponses ductiles (près de 50%) sur les réponses robustes et d'effondrement (environ 25% pour chacune). La seule exception a été trouvée dans le cas 2 (sous-effectifs) où un plus grand nombre de solutions ductiles (63%) et un plus petit nombre de solutions robustes (9%) ont été codées. Cela signifie que dans la plupart des cas, les réponses fournies par les participantes proposaient des solutions permettant de gérer les incidents de manière satisfaisante, mais altérant partiellement le fonctionnement des équipes et la possibilité de fournir des soins de haute qualité. Comme nous le verrons plus loin, une explication de ce résultat est liée précisément au fait que le manque de personnel restreint la possibilité d'agir et de réaliser des pratiques optimales conformément aux attentes. La Figure 20 montre la distribution du type de réponse pour chaque cas (ajusté à 100%).

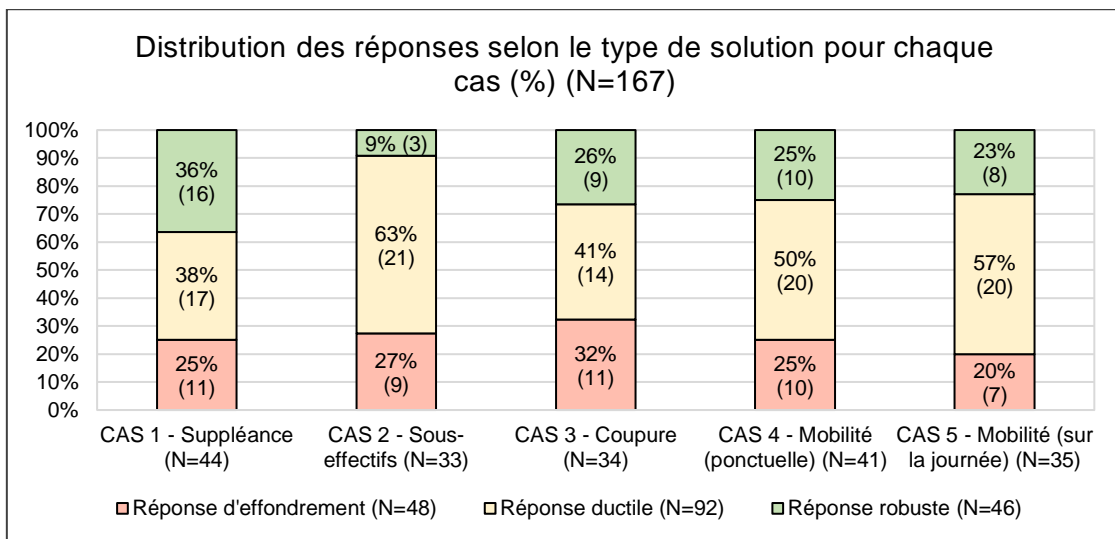


Figure 20 : Distribution des réponses selon le type de solution pour chaque cas (%)

Le cas 1 (Suppléance) est le cas dans lequel les participantes ont proposé le plus grand nombre de réponses (N=44). Celles-ci correspondaient à 8 types de solutions différentes : 3 solutions robustes (36%), 2 solutions ductiles (39%) et 3 solutions d'effondrement (25%) (voir figure 16). Le cas présentait une IDE de pool sans expérience préalable dans le service qui devait travailler dans le secteur Parkinson-TCA (17 lits, Hospitalisation Mixte). Alors que l'IDE de Pool fait son

tour de service, un patient confus et agressif (atteint de la maladie de Parkinson) tente de fuguer du service. L'IDE de Pool demande l'aide de l'IDE fixe du secteur pour gérer la situation, cette dernière étant occupée dans la chambre d'un patient. La situation se produit lorsque le binôme d'AS réalise la toilette au lit d'un patient devant se rendre à un examen en dehors du service. Lorsque l'incident se produit, ni la Cadre de Santé ni les médecins ne sont dans la salle.

Les réponses évoquées par les participantes se sont concentrées sur la manière de mettre en sécurité le patient fugueur sans interrompre d'autres tâches de soins prioritaires telles que les toilettes au lit et l'administration de traitements antiparkinsoniens (voire Figure 21). Dans ce cas, les solutions proposées par les soignantes dépendaient principalement du niveau de compétences et de la capacité de l'IDE de Pool à être performante dans le secteur. Les solutions robustes (36% des réponses) se concentrent sur la possibilité d'échanger les patients et/ou les rôles entre les soignantes de l'équipe pour prendre en charge le patient qui fugue (faire un « *switch* ») ou guider l'action de l'IDE du Pool (2% des réponses). Par exemple, 8 participantes ont évoqué comme solution que l'IDE du Pool pourrait prendre le rôle de l'IDE fixe (18%) pour gérer le patient en fuite, tandis que 7 ont indiqué que cela pourrait être fait par l'une des AS (16%), l'IDE du Pool ou l'IDE étudiante remplacerait alors celle-ci. Les solutions codées comme ductiles (39%) faisaient référence à une suspension temporaire des visites pour gérer l'urgence. Les deux solutions proposées à ce niveau indiquaient que l'IDE fixe (20%) ou l'une des AS (18%) devait suspendre sa visite pour gérer le patient agressif. Ce type de compromis, effectué lorsqu'il n'y a pas de possibilité d'échange avec d'autres professionnels, est fondé sur une évaluation coût-bénéfice entre le niveau de risque pour les patients recevant le soin en cours et pour celui qui fait la fugue. Enfin, les solutions d'effondrement (25 %) consistaient en des mesures de confinement pour retenir le patient en fuite lorsqu'il n'est pas possible d'assurer des conditions de sécurité minimales pour le reste des patients de la salle : appeler la sécurité (18 %), faire une contention médicamenteuse au patient qui fugue (5 %) ou fermer la porte de la salle (2 %). Ces actions permettaient de limiter une partie des risques (patient se perdant ou quittant l'établissement) mais pas forcément les dommages potentiels (risque de chute, d'automutilation, etc.).

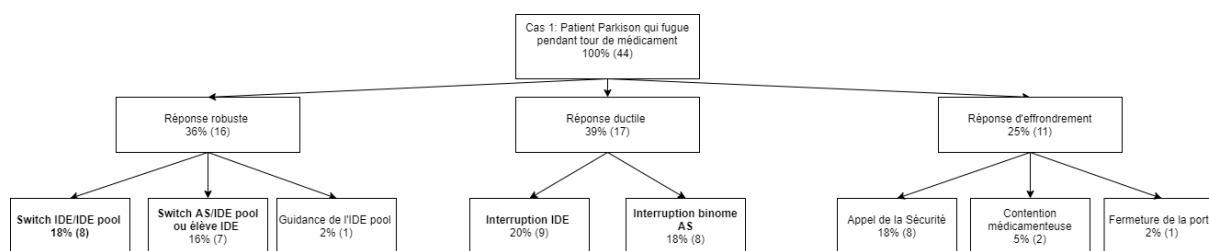


Figure 21 : Solutions proposées par les participantes pour gérer les incidents du Cas 1 (Suppléance)

Pour le cas 2 (Sous-effectif), un total de 33 réponses a été codé, se référant à 7 solutions différentes : 1 solution robuste (9% des réponses), 3 solutions ductiles (63%) et 3 solutions d'effondrement (27%) (voir Figure 22). Le cas portait sur une AS fixe qui devait travailler le matin sans sa binôme AS en raison d'une absence non programmée (arrêt maladie inopiné). Dans l'équipe, il y a deux IDE et une étudiante IDE de première année - sous la responsabilité de l'AS - pour la prise en charge des patients du Secteur Neuroncologie 1 (17 lits, Hospitalisation Mixte). Lors du premier tour de visites, un patient confus sous chimiothérapie tente de quitter sa chambre au moment où l'AS et l'étudiante IDE réalisent la toilette au lit d'un second patient dans la même chambre (ce dernier devant se rendre à un examen en dehors du service dans la matinée). Le patient confus a toutes les tubulures de la chimiothérapie emmêlées autour son corps, et risque de déconnecter le traitement de sa perfusion. Cela se produit au moment où l'IDE responsable de la salle réalise un soin sur PAC¹⁸. Les médecins internes et la cadre de santé n'ont pas encore commencé leur journée de travail.

Les réponses fournies par les participantes se sont concentrées sur la gestion du patient confus recevant un traitement de chimiothérapie, considéré comme prioritaire. Contrairement au cas 1 (Suppléance), les solutions évoquées par les participantes étaient principalement des solutions ductiles (63% des réponses) et des solutions d'effondrement (27%) ; les solutions robustes étaient rares (9%). La seule solution robuste a été évoquée par trois soignantes - dont deux du

¹⁸ Le PAC ou Port-a-Cath est une forme de cathéter central. Il se présente sous la forme d'une petite boîte placée sous la peau et reliée à un cathéter placé dans une veine (jugulaire ou sous-clavière) qui rejoint la veine cave supérieure (grosse veine menant au cœur). Le PAC est utilisé chez les patients qui ont besoin d'injections répétées d'un traitement médical sur une longue période, comme la chimiothérapie. Au lieu de ponctionner à plusieurs reprises les veines du bras, l'infirmière injecte les produits directement dans la chambre implantable. Les veines des bras étant plus fragiles, le PAC permet de les préserver.

secteur d'où provient le cas - (9% des réponses), qui ont indiqué que le problème du patient confus pouvait être géré verbalement lors de la réalisation de la toilette au lit. Des astuces telles que la suggestion de leur « apporter un petit-déjeuner » ou de leur « rappeler qu'ils ont une visite » peuvent faire en sorte que les patients abandonnent ou cessent de déambuler en un court laps de temps. Les 3 solutions ductiles proposées par les participantes consistaient principalement à suspendre partiellement ou totalement la toilette au lit pour assurer la sécurité du patient confus. La majorité des participantes ont indiqué qu'il était préférable que l'AS suspende la toilette afin de s'occuper du patient désorienté (42% des réponses), tandis que d'autres ont proposé comme alternative de demander l'aide du personnel d'un service voisin pour faire la toilette (12%) ou que l'étudiant IDE - non autorisé à travailler seul - poursuive momentanément cette tâche pendant que l'AS s'occupe de l'imprévu (9%). Les participantes ont été réticentes à demander de l'aide à l'IDE du secteur car elles considéraient que l'interruption d'un soin sur PAC comporterait des risques importants (infection, fuite de traitements). Les participantes ont fait valoir que l'AS pourrait gérer cet incident si elle avait la possibilité de supprimer ou de modifier les soins prévus (par exemple, reporter une douche ou une toilette au jour suivant). Enfin, les 3 solutions d'effondrement sont similaires à celles du cas 1 (Suppléance) et visent à solliciter l'aide du personnel de renfort pour atténuer les conséquences que l'incident peut générer a posteriori : appeler la sécurité (12%), téléphoner au cadre de santé pour demander du renfort en personnel (9%) ou demander du personnel supplémentaire directement au service de suppléance (6%).

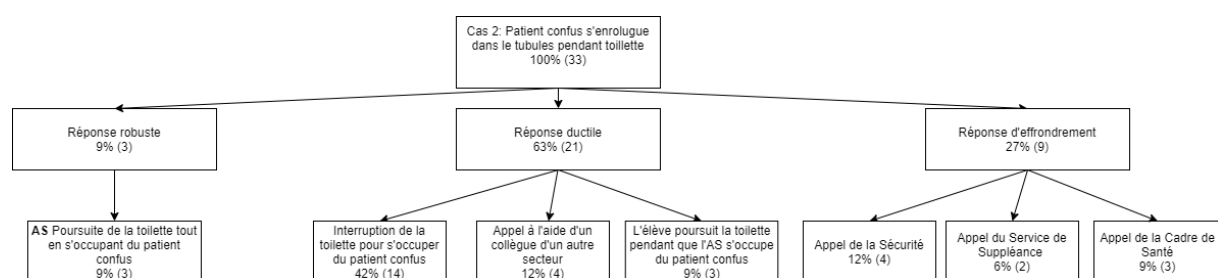


Figure 22 : Solutions proposées par les participantes pour gérer les incidents du Cas 2 (Sous-effectifs)

L'analyse du cas 3 (Coupure) a permis de coder 34 réponses associées à 6 solutions différentes : 2 solutions robustes (26% des réponses), 2 solutions ductiles (41%) et 2 solutions d'effondrement (32%) (voir Figure 23). Le cas présente une IDE fixe qui doit travailler en

coupure (9h30 - 16h30) pour pallier l'absence d'une IDE le matin dans le Secteur Neuropathie(15 lits, Hospitalisation de semaine). Elle doit travailler avec une IDE et une AS qui ont commencé leur journée de travail à 6h45. La protagoniste prend le poste à un moment où il y a un volume important de soins à réaliser et qui se juxtaposent (administration d'immunoglobulines, distribution de repas et gestion des entrées et sorties). Alors qu'elle administrait des traitements d'immunoglobulines à différents patients, un patient qui devait être hospitalisé dans l'après-midi arrive plus tôt que prévu à cause d'une erreur administrative. Ce patient dépendant se présente avec sa femme qui doit retourner au travail deux heures plus tard. Au moment de l'incident, aucune chambre n'est prête à recevoir le patient et l'AS est en train de faire la commande des repas pour le déjeuner. La sortie des patients n'est effective qu'après l'administration du dernier traitement par immunoglobulines, qui dure au moins 3 heures pour éviter l'apparition d'effets secondaires (nausées, maux de tête, fatigue).

Les réponses des participantes se concentrent ici principalement sur la manière de coordonner les actions afin de libérer des lits pour accueillir le patient entrant. De l'avis des participantes, la responsabilité de ces actions incombe à l'IDE en coupure qui, en général, remplit le rôle de volante au sein du secteur. Les solutions robustes (26% des réponses) visaient dans ce cas à libérer des lits en accélérant les procédures administratives (18%) ou en réorganisant le flux des patients (9%). Par exemple, le médecin peut signer en avance le compte rendu de fin de soins d'un patient, ou les soignantes peuvent parfois changer l'ordre de sortie de certains patients ou installer dans une chambre transitoire les patients qui doivent terminer leur traitement avant de partir. Les deux solutions ductiles (41%) visaient également à libérer des lits, mais cette fois en accélérant le rythme de travail ou en réduisant la qualité des soins fournis. La solution la plus évoquée consistait à accélérer les soins prioritaires et à essayer d'annuler ou de déléguer les soins moins prioritaires à l'équipe suivante (32%). Pour les soignantes dans ces situations, les soins techniques étaient prioritaires par rapport aux soins relationnels ou aux soins d'hygiène et de confort. La seconde solution - proposée par les IDE ayant une expérience dans ce secteur - consistait à accélérer l'administration des immunoglobulines aux patients qui pouvaient le tolérer - il s'agit là d'une transgression du protocole médical. Ces soignantes ont déclaré être en mesure d'identifier, au cours du séjour à l'hôpital, les patients qui tolèrent mieux le traitement et ne souffrent pas d'effets secondaires. Enfin, les solutions de type effondrement (32%) consistaient à reprogrammer ou à faire respecter l'heure d'arrivée prévue du nouveau patient

pour éviter de surcharger l'équipe. Ce type d'action peut être réalisé par l'une des soignantes (18%) ou délégué à la cadre de santé (5%).

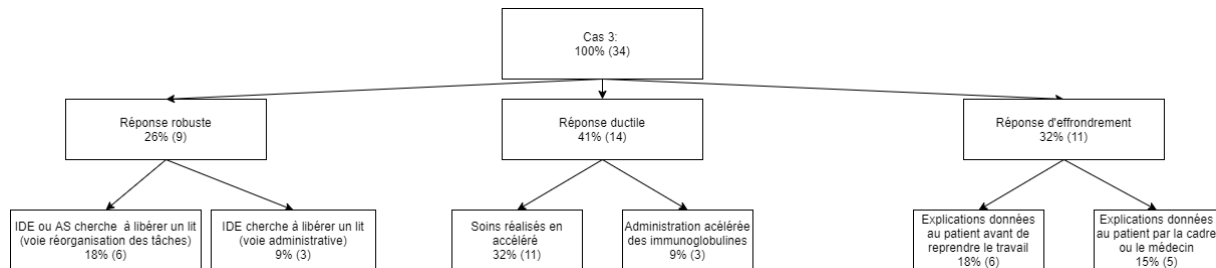


Figure 23 : Solutions proposées par les participantes pour gérer les incidents du Cas 3 (Coupure)

L'analyse du cas 4 (Mobilité ponctuelle) a permis de coder 41 réponses correspondant à 6 types de solutions différentes : 2 solutions robustes (28%), 2 solutions ductiles (49%) et 2 solutions d'effondrement (32%) (voir Figure 24). Le cas présentait une IDE du secteur Epilepsie (Hospitalisation Traditionnelle, 15 lits) qui devait travailler dans l'équipe du matin avec une collègue IDE et seulement une des deux AS prévues (la seconde ayant été déplacée pour dépanner dans un autre secteur). Au début du deuxième tour de médicaments, un patient adolescent souffrant d'une forme d'autisme sévère refuse de prendre son traitement antiépileptique. L'IDE doit assurer l'administration de ce médicament au patient tout en assurant l'administration des antiépileptiques au reste des patients sous sa responsabilité (9 patients).

Les solutions évoquées pour résoudre ce cas ont consisté à assurer l'administration de médicaments au patient adolescent pour éviter un risque de crise grave. Les différentes possibilités de régulation dépendaient non seulement du nombre de personnes disponibles pendant l'incident, mais aussi de la durée de l'absence de l'AS déplacée dans un autre secteur. Les solutions qui ont émergé (28% des réponses) se sont concentrées sur la manière dont l'IDE principale pouvait s'assurer que le traitement du patient adolescent pouvait être administré sans interrompre le tour des visites. Une première solution proposée par les soignantes était de déléguer l'administration à la seule AS présente dans l'équipe, qui pouvait mélanger le traitement au petit déjeuner du patient et éviter ainsi toute confrontation avec ce dernier (20%). Cette solution dépendait toutefois de la charge de travail de l'AS - travaillant seule -. La deuxième solution consistait à échanger des patients ou des tâches avec la deuxième IDE du service si elle était disponible (7%). Les solutions ductiles (49%) visaient généralement à

assurer la distribution des médicaments du patient en retardant ou en reprogrammant la réalisation de certains soins. Ce type de solution est utilisé lorsque les régulations collectives ne sont pas possibles. Par exemple, 27% des participantes ont proposé que l'IDE continue le tour de visites et revienne essayer de délivrer le traitement une fois le tour terminé. Cette solution implique un retard dans l'administration des médicaments, mais laisse à l'IDE plus de temps pour co-gérer la situation avec le patient. La deuxième solution consistait à reporter ou à annuler certaines tâches (pansements, changement de ligne, etc.) afin d'avoir plus de temps à consacrer au patient (par exemple en déléguant à l'équipe suivante). Enfin, les solutions d'effondrement consistaient principalement en des mesures coercitives pour assurer l'administration des médicaments. Une façon de résoudre la situation est de demander au médecin une autorisation pour une contention médicamenteuse (22%) et la seconde est de réaliser une « contention douce » avec un petit bandage (2%).

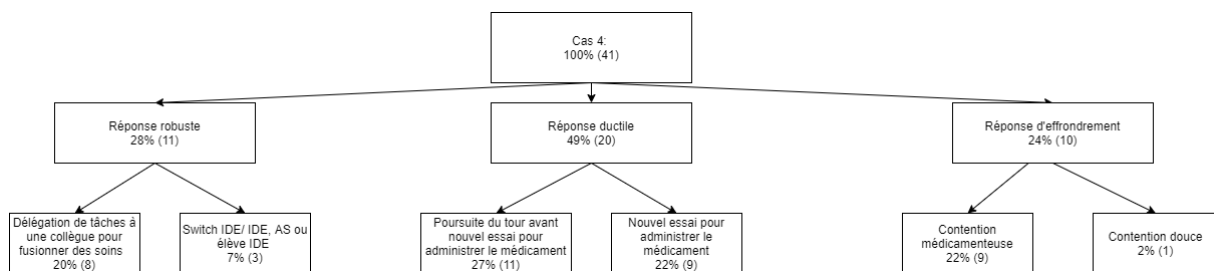


Figure 24 : Solutions proposées par les participantes pour gérer les incidents du Cas 4 (Mobilité Ponctuelle)

Enfin, pour le cas 5 (Mobilité sur la journée), un total de 35 réponses a été codé en 6 solutions différentes : 1 solution robuste (23%), 3 solutions ductiles (57%) et 2 solutions d'effondrement (20%) (voir Figure 25). Le cas décrit une AS du secteur Epilepsie affectée pour la première fois dans le secteur Scléroses pour pallier le manque de personnel le week-end (Hospitalisation Mixte, 17 lits). Elle doit travailler avec une IDE du secteur et elles ont 8 patients SLA dépendants sous leur responsabilité (le week-end, il n'y a que des patients HT et seule la moitié de l'équipe travaille). Il s'agit de patients physiquement lourds dont les soins doivent être réalisés le plus souvent à deux (notamment les soins d'hygiène et de confort). Alors qu'elles effectuent toutes deux une toilette au lit dans l'une des chambres, une alarme retentit, indiquant qu'un patient fait une crise nécessitant une ventilation non invasive (VNI). Cette situation

oblige l'IDE à se détacher de l'AS pour faire face à l'urgence. L'AS, qui travaille pour la première fois dans ce domaine, doit décider comment poursuivre son travail.

Les réponses évoquées par les participantes se sont concentrées sur la manière dont l'AS pouvait effectuer les soins prévus sans interrompre l'activité de l'IDE. L'unique solution robuste évoquée indique que l'AS pourrait réadapter la planification et l'organisation du travail (23% des réponses). Par exemple, une participante a évoqué le fait que l'AS pourrait suspendre momentanément la toilette et commencer à s'occuper du petit-déjeuner du même patient pendant qu'elle termine de gérer l'urgence. Cette solution n'est possible que le week-end (pas d'examens ou de visites médicales), si le patient est capable de manger et si la toilette n'était pas suffisamment avancée. Les solutions de type ductile (57%) visaient à expliquer les possibilités de l'AP de faire des efforts supplémentaires pour poursuivre les tâches programmées. 27% des réponses suggèrent que l'AS pourrait continuer la visite par elle-même si elle reprogrammait ou modifiait le contenu des soins (par exemple, faire une toilette au lit au lieu d'une toilette sous la douche). 20% des réponses indiquent que l'AS devrait suspendre momentanément la toilette et aider l'IDE à gérer l'urgence ensemble. 14% des réponses indiquent que l'AS pourrait demander l'aide d'une collègue d'un autre secteur pour terminer la toilette. D'après les participantes, ces solutions impliquent des écarts par rapport aux meilleures pratiques - suspension des soins, retard dans les soins - mais qui permettraient un résultat réalisable compte tenu des conditions d'exécution des tâches. Enfin, les réponses d'effondrement (29%) visaient à trouver des moyens d'éviter un dépassement des ressources en acceptant une certaine dégradation du service. Par exemple, cinq participantes (14% des réponses) ont déclaré qu'il était judicieux pour l'AS de suspendre la toilette et de ne reprendre son activité que lorsque l'IDE aurait fini de gérer l'urgence. Ces participantes ont indiqué que l'AS, ne connaissant pas assez bien le secteur, pourrait se blesser, et que cela l'empêcherait de réaliser le reste du travail de l'équipe. Une deuxième solution a été d'appeler un médecin de garde (6%) pour qu'il vienne stabiliser le patient au cas où les crises deviendraient systématiques dans la journée. Ainsi, l'activité de l'équipe AS et IDE subirait moins d'interruptions le reste de la journée.

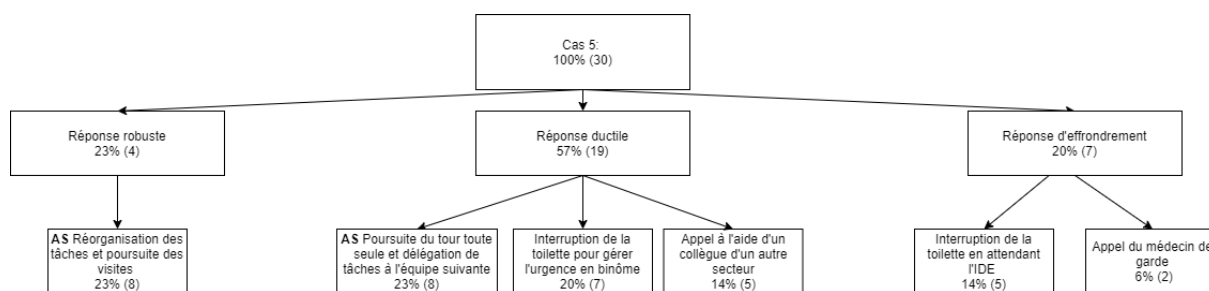


Figure 25 : Solutions proposées par les participantes pour gérer les incidents du Cas 5
(Mobilité sur la journée)

Les solutions proposées par les soignantes dans les différents cas nous permettent de rendre compte de la diversité des actions tant individuelles que collectives qui peuvent être entreprises pour faire face aux aléas découlant des perturbations RH afin de fournir des soins sûrs et de qualité dans ces situations perturbées. Les soignantes ont constaté qu'elles pouvaient gérer la variabilité de diverses manières dans ces situations. Deux aspects peuvent être mis en évidence à partir de l'analyse de ces résultats. Tout d'abord, la plupart des solutions proposées par les soignantes privilégient une gestion active des incidents et de la variabilité. Loin de s'adapter passivement, les participantes ont proposé des solutions qui impliquent une construction et une mobilisation des ressources pour gérer ces situations. La possibilité de réorganiser les tâches, d'échanger les rôles, de réguler la charge de travail, de transmettre les connaissances, entre autres, sont des ressources qui ont permis, par exemple, de maintenir le système en fonctionnement. Deuxièmement, les cas ont montré que les pressions quotidiennes poussent la capacité de réponse des équipes à sa limite et conduisent les soignantes à une pratique orientée vers la gestion des risques plutôt que vers l'optimisation des soins. En effet, le manque de ressources en termes d'effectifs et de compétences réduit le champ d'action des équipes et crée de nouvelles menaces dans le système.

7.2.3. Facteurs de conversion influençant le déploiement des capacités des équipes de soins.

Après avoir montré les différentes manières dont les soignantes gèrent la variabilité dans des situations perturbées par des ruptures de ressources humaines, il reste maintenant à examiner les facteurs de conversion -positifs ou négatifs- qui permettent de rendre -ou entraver- les

ressources disponibles en capacités individuelles et collectives effectives pour gérer les perturbations. Le codage de 672 réponses (tous cas confondus) a permis d'identifier 15 facteurs influençant l'activité des équipes de première ligne et susceptibles d'affecter la capacité des équipes à faire face à l'adversité résultant de perturbations RH. Ceux-ci peuvent être regroupés en quatre dimensions différentes : a) les facteurs individuels, b) les facteurs liés à la situation de travail, c) les facteurs liés au collectif de travail, d) les facteurs liés au système de management et à la GRH.

Le graphique de la Figure 26 présente la distribution de fréquence des facteurs évoqués par les participantes pour chaque cas (regroupés dans ces quatre dimensions), tandis que le Tableau 15 présente la distribution de fréquence des quatre dimensions incluant les 15 facteurs selon le métier de chaque participante (IDE et AS). Les facteurs les plus présents lors de la confrontation des cas sont les « facteurs individuels », les « facteurs liés au collectif de travail » et les « facteurs liés à la situation de travail », tandis que les « facteurs liés au système de management et à la GRH » sont moins présents dans les discours des participantes.

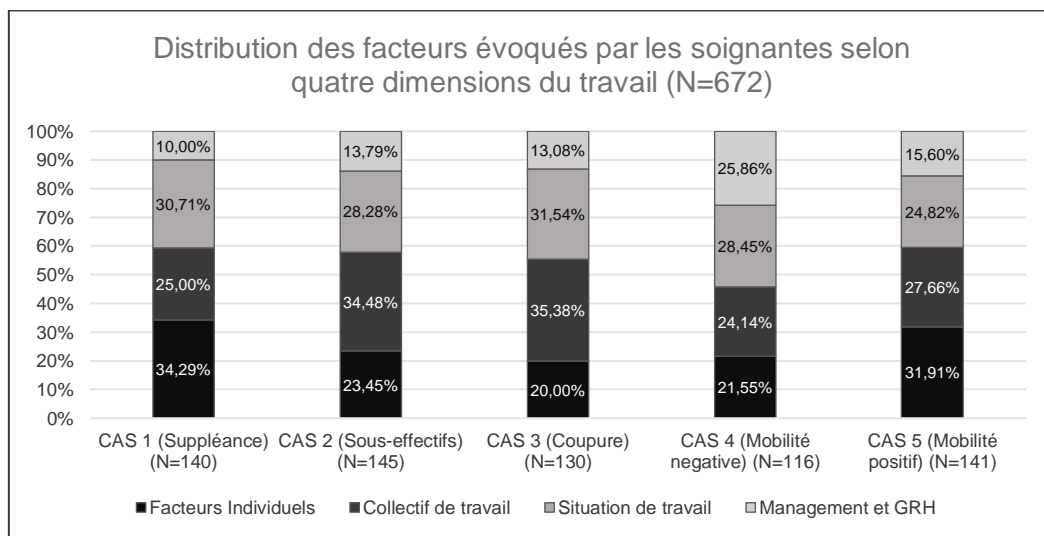


Figure 26 : Distribution des facteurs évoqués par les soignantes selon quatre dimensions du travail.

Facteurs	CAS 1 (Suppléance) (N=140)				CAS 2 (Sous-effectifs) (N=145)				CAS 3 (Coupure) (N=130)				CAS 4 (Mobilité ponctuelle) (N=116)				CAS 5 (Mobilité sur la journée) (N=141)				
	IDE (N=10)	AS (N=10)	Total (N=20)	Total %	IDE (N=10)	AS (N=10)	Total (N=20)	Total %	IDE (N=10)	AS (N=10)	Total (N=20)	Total %	IDE (N=10)	AS (N=10)	Total (N=20)	Total %	IDE (N=10)	AS (N=10)	Total (N=20)	Total %	
Facteurs individuels 34% (N=48)	Compétences et habiletés	10	10	20	14,29%	9	6	15	10,34%	3	0	3	2,31%	7	4	11	9,48%	10	7	17	12,06%
	Connaissances du poste de travail	3	8	11	7,86%	0	2	2	1,38%	1	5	6	4,62%	1	3	4	3,45%	3	6	9	6,38%
	Personnalité et intérêts	5	4	9	6,43%	4	0	4	2,76%	5	1	6	4,62%	1	2	3	2,59%	7	3	10	7,09%
	État de la personne	1	7	8	5,71%	6	7	13	8,97%	4	7	11	8,46%	1	6	7	6,03%	2	7	9	6,38%
Collectif de travail 25% (N=35)	Combinaison de compétences et de capacités	10	7	17	12,14%	5	4	9	6,21%	7	3	10	7,69%	3	4	7	6,03%	5	4	9	6,38%
	Possibilité de travail collectif	5	9	14	10,00%	10	1	11	13,79%	8	10	18	13,85%	4	8	12	10,34%	6	4	10	7,09%
	État de l'équipe de travail	2	1	3	2,14%	7	10	17	11,72%	8	9	17	13,08%	3	5	8	6,90%	3	4	7	4,96%
	Culture de travail	1	0	1	0,71%	2	2	4	2,76%	0	1	1	0,77%	1	0	1	0,86%	6	7	13	9,22%
Situation de travail 31% (N=43)	Charge en soins	10	9	19	13,57%	10	10	20	13,79%	10	8	18	13,85%	8	7	15	12,93%	6	5	11	7,80%
	Conditions matérielles et environnementales	3	1	4	2,86%	1	6	7	4,83%	2	5	7	5,38%	1	3	4	3,45%	2	6	8	5,67%
	Organisation de travail	5	4	9	6,43%	2	6	8	5,52%	6	7	13	10,00%	5	7	12	10,34%	5	4	9	6,38%
	Outils de travail	4	7	11	7,86%	3	3	6	4,14%	0	3	3	2,31%	1	1	2	1,72%	4	3	7	4,96%
Management et GRH 10% (N=14)	Qualité de solution RH	7	3	10	7,14%	7	6	13	8,97%	5	2	7	5,38%	7	4	11	9,48%	6	5	11	7,80%
	Efficacité du système de remplacement	2	1	3	2,14%	1	1	2	1,38%	3	1	4	3,08%	6	7	13	11,21%	3	3	6	4,26%
	Présence et positionnement du cadre	1	0	1	0,71%	2	3	5	3,45%	3	3	6	4,62%	4	2	6	5,17%	3	2	5	3,55%

Tableau 15 : Les facteurs qui influencent la capacité des équipes à gérer la variabilité des situations perturbées.

7.2.3.1. Facteurs individuels

Des facteurs individuels tels que les ressources internes des soignantes pour faire le travail ont été évoqués par les participantes comme une composante essentielle pour assurer le déploiement des capacités collectives des équipes. Les réponses données par les participantes peuvent être regroupées en quatre facteurs : a) compétences et capacités personnelles, b) connaissance du travail, c) état de la personne et d) personnalité et intérêts.

La dimension « compétences et capacités personnelles » a été le facteur individuel le plus évoqué par les soignantes dans tous les cas présentés (sauf dans le cas 3 où il était le deuxième plus évoqué). Lors de la résolution des cas, les participantes ont constamment évoqué des solutions qui s'appuyaient sur l'expertise et les compétences acquises dans le milieu de travail.

Il peut s'agir de compétences visibles et valorisées telles que la capacité à réaliser des soins techniques spécifiques comme l'administration de certains médicaments ou le réglage de certains appareils, mais aussi de savoir-faire incorporés plus subtils comme des gestes (ex. : entretien des toilettes) ou des comportements (ex. : savoir comment se comporter face à un patient agressif). Pour les participantes, ce sont les compétences spécifiques qui les distinguent et les rendent « plus aptes » que le personnel de remplacement (pool ou intérim). Cette ressource est importante car elle leur permet également d'identifier les possibilités et capacités dont ils disposent pour agir dans une situation donnée. Par exemple, les participantes ont évoqué l'importance de l'expérience pour être capable de traiter efficacement les patients agressifs ou refusant les soins :

« Cela fait trois ans que je suis là, au début j'avais plus tendance à dire « allez Monsieur, c'est hyper important, il faut que vous preniez votre médicament », maintenant on négocie plus. Parfois il est préférable de partir et de revenir plus tard, puisque le patient peut s'énerver ou même se braquer encore plus, et résultat, il ne les prendra jamais. Tout ça s'apprend avec le temps. Du coup, comme ce sont des infirmiers qui ne sont pas du service, soit du pool, soit de l'intérim, en général du coup ils n'ont pas forcément cette expérience-là (...). Soit ils vont s'entêter en se disant qu'il faut qu'il les prenne, mais en y allant de force, le patient ne va vraiment jamais les prendre (...). L'idéal est d'avoir des remplaçantes qui connaissent un peu la pathologie. » (IDE8, Secteur Parkinson-TCA/Scléroses)

« Il faut du temps pour se former dans ce service. (...) On a des chimios compliquées, le Méthotrexate, il faut réhydrater, il faut vérifier le pH, machin, il faut recommencer plusieurs fois, c'est plein de contrôles, tout ça. Après, il y a d'autres chimios, où la vitesse est différente selon les patients, si c'est la première fois, si c'est la deuxième, la troisième, etc. (...) donc ce n'est pas facile pour les collègues qui ne font pas partie de l'équipe. » (IDE9, Secteur Neurooncologie 1/Neurooncologie 2)

La « connaissance du poste de travail » en tant que facteur individuel a été mentionnée dans tous les cas, en particulier dans les explications sur la suppléance (cas 1) et la mobilité intra-service sur la journée (cas 5). Cette dimension, généralement évoquée avec celle des compétences et des capacités, renvoie en général au niveau de connaissances que les soignantes ont de la situation de travail dans laquelle elles doivent évoluer. Cela implique non seulement de connaître le fonctionnement et l'organisation formelle de la salle, mais aussi de connaître les outils et les locaux, y compris ses dimensions temporelles, spatiales et sociales. Les soignantes ont mis en évidence à travers différents exemples comment cette connaissance peut influencer l'appropriation des ressources socio-techniques disponibles - techniques, organisationnelles, humaines- et contribuer à la reconnaissance d'indices clés pour gérer les situations

caractéristiques de chaque secteur (même s'ils n'ont pas la capacité de les interpréter ou de les gérer). Les exemples évoqués faisaient principalement référence aux difficultés d'adaptation à la situation de travail du personnel de remplacement et du personnel en mobilité :

« Mais une collègue du pool par exemple, qui ne sait pas qu'on doit regarder dans l'agenda pour voir les programmes qu'on a, les mouvements du jour, elle ne saura pas que ce X a rendez-vous à 10h par exemple. Elle ira faire un autre patient à 10h, alors que c'est M. X qu'on devait faire avant pour qu'il soit prêt pour son rendez-vous, par exemple. Ça me donne plus de travail de gérer tout ça et de coordonner ma collègue... » (AS10, Secteur Neurooncologie 1/Neurooncologie 2)

« Quand on ne connaît pas la salle, on ne peut pas travailler de la même façon, ce n'est pas possible. Par exemple, quand vous allez dans un service que vous ne connaissez pas, vous ne savez pas où est le matériel. Vous ne savez pas où sont les choses. S'il y a une urgence, ce n'est pas votre quotidien. (...). Après le fait de changer aussi, c'est encore une perte de temps... parce qu'il va falloir bien se réhabituer à un lieu, voir où est le matériel, faire les choses, voir les patients, voir comment sont les habitudes du service, etc. » (IDE4, Secteur Neuropathie)

Un troisième facteur régulièrement évoqué par les participantes était lié à « l'état de la personne » pendant la journée de travail. C'est le facteur individuel plus fréquemment évoqué pour les situations en « sous-effectifs » (cas 2) et le deuxième pour la situation « en coupure » (cas 3). Selon les soignantes, leur condition physique, leur santé, leur intégrité en général jouent un rôle important dans leur performance en situation de décompensation. Les effets de cette dimension ont été décrits selon deux points de vue complémentaires. Le premier est lié aux effets que des phénomènes tels que l'épuisement physique ou mental peuvent avoir sur la performance individuelle de chaque soignante et sur la sécurité des soins. Par exemple, le fait de devoir travailler plusieurs jours en sous-effectif ou de ne pas prendre de jours de repos affecte la performance globale des soignantes lors de leurs prochains jours de travail. D'autre part, l'état de la personne et la perception influencent également les modes opératoires et les régulations concrètes que les soignantes mettent en œuvre dans la situation de travail. Par exemple, les soignantes qui sont déplacées dans des secteurs qu'elles ne connaissent pas suffisamment ont tendance à être plus prudentes et à avoir moins confiance en leurs performances.

« Ça épuise, parce qu'on prend sur nous (...). Quelqu'un par exemple qui fait 12h, on a du mal des fois à récupérer (...). Quand ça se répète, ça se sent après, tu le ressens physiquement, parce que si vous étiez 2, peut-être la charge aurait été réduite. Quand c'est

une personne qui le fait, au niveau énergie, tu donnes encore plus d'énergie, ça c'est tout à fait normal que tu sois fatigué » (AS10, Secteur Neurooncologie 1/Neurooncologie 2)

« Moi, les fois où je suis déplacée, je sais que je viens travailler à reculons, ça me fait peur (...). Parce que si je suis sur l'étage, je sais que ça doit être une journée difficile (...). Si c'est un service que je ne connais pas, je ne me sentirai pas capable de gérer toutes les situations (...). On n'est pas à l'aise, on ne peut pas faire des choses qu'on a l'habitude de faire ici. C'est hyper stressant. » (IDE4, Secteur Neuropathie)

Un dernier facteur évoqué par les soignantes était lié à la « personnalité et aux intérêts » de chaque soignante. Ce facteur a également été mentionné de manière importante lors des cas de suppléance (cas 1) et de mobilité intra-service sur la journée (cas 5), notamment pour faire référence à la capacité d'adaptation et d'engagement du personnel externe dans la situation de travail. Tout d'abord, les participantes ont souligné l'importance de travailler dans un secteur d'hospitalisation ou dans une équipe qui les intéresse ou qui soit compatible avec leurs intérêts (typologie des patients, formation) ou où elles aient des affinités avec leurs pairs. En revanche, d'autres participantes ont souligné l'importance du profil des soignantes en fonction de leur « personnalité » ou de leur « attitude ». Certaines soignantes acceptent activement les changements organisationnels d'une manière plus favorable ou même d'une manière « stimulante », tandis que d'autres le font passivement et le vivent comme un « stress » ou un « sentiment d'inutilité ».

« Moi je pense que ça peut être intéressant, mais il faut que ce soit un choix. Par exemple, les gens qui ont envie d'être polyvalents, ils sont au pool parce qu'ils aiment tourner, ils aiment voir toutes les spécialités. Quand on est forcé, c'est un peu compliqué parce que souvent, les fois où on nous l'impose, c'est parce que c'est dans les moments très critiques où on est en sous-effectif, donc on arrive dans un service qu'on ne connaît pas, déjà c'est risqué pour les patients parce que l'on n'a pas les mêmes réflexes et on n'est pas formé. On arrive dans des conditions où toute l'équipe est à bout, toute l'équipe est débordée donc on n'a pas forcément le temps de nous aider. (...) C'est dangereux pour tout le monde. » (IDE 8, Secteur Parkinson-TCA/Scléroses)

« Alors, c'est très variable (...). La plupart des gens n'aiment pas être déplacés. Il y a des collègues qui sont peu sociables, d'autres sont moins sûres d'elles et vont avoir peur de faire des bêtises (...). Dans ce cas, si la personne n'est pas à l'aise, elle sera moins efficace et... ce sera un stress supplémentaire pour l'équipe. » (AS1, Secteur Epilepsie)

7.2.3.2. Facteurs liés au collectif de travail

Les facteurs liés au collectif de travail ont également été systématiquement évoqués comme une ressource pour répondre aux perturbations causées par le manque de personnel. Les participantes ont répondu à chaque cas en envisageant les possibilités d'interaction et de collaboration avec les autres individus qui agissent - ou pourraient agir - dans chaque situation. Les capacités collectives sont apparues au cours du processus décisionnel comme une ressource pour l'action lorsqu'elles peuvent être mobilisées de manière satisfaisante.

Un premier facteur évoqué par les participantes était lié à la « combinaison de compétences et de capacités de l'équipe ». Lors de la résolution des cas, les participantes ont pris en compte non seulement leurs propres compétences et capacités, mais aussi celles de leurs collègues et la manière dont elles pouvaient être articulées conjointement dans chaque situation. Les soignantes font souvent appel à leurs propres compétences pour traiter le cas, en tenant compte du niveau de compétences et d'aptitudes de leurs collègues. Une grande différence de compétences entre les membres de l'équipe exige un plus grand effort d'adaptation pour se coordonner et travailler ensemble. Selon les participantes, au-delà des différences et de la diversité des compétences existant au sein d'une équipe, l'important est leur articulation collective, si le décalage peut être comblé ou non. Il peut s'agir de redistribuer certaines tâches et/ou patients, ou de modifier l'organisation du travail. La possibilité de combiner les compétences et les capacités collectives joue non seulement un rôle important lorsqu'il s'agit de travailler avec des collègues externes peu expérimentés, mais aussi dans les situations où elles doivent travailler avec moins de personnel ou avec des horaires « décalés ». Différentes pratiques permettent de faciliter la combinaison des compétences en fonction du contexte :

« Nous (l'équipe), avec les infirmiers du pool, on ne divise pas la salle en deux. On ne se répartit pas les patients. On fait tout ensemble ou du moins on s'occupe des mêmes patients (...). Elles préfèrent que ça se passe comme ça. Du coup, elles perdent moins de temps à essayer de chercher du matériel (...). Même si elles n'ont jamais fait de neurologie, elles peuvent quand même se débrouiller un minimum toutes seules sans nous. Mais le fait de travailler en binôme me permet de la guider avec quelques références et aussi d'équilibrer la charge de travail pendant la journée. » (IDE 5, Secteur Parkinson HDS)

« Si je suis avec quelqu'un en coupure sur des grosses journées comme ça, je vais essayer d'anticiper la préparation de ses soins, si c'est possible. Par exemple, si on a des chimios, dès que j'ai fait mes transmissions, je prépare les plateaux. Comme ça ils sont prêts... Une fois que ma collègue arrive, elle peut faire les chimiothérapies et moi le reste. Elle n'a plus qu'à prendre le pochon et à le poser. C'est un gain de temps. » (IDE10, Secteur Neurooncologie 1/Neurooncologie 2)

La « possibilité de travail collectif » est le facteur le plus fréquemment évoqué dans cette dimension du travail. Il a été le plus fréquemment évoqué lors de la résolution des cas 2 (sous-effectifs), cas 3 (coupure) et cas 4 (mobilité ponctuelle). Nombre des solutions proposées pour gérer la variabilité dépendaient de la marge de manœuvre collective dont disposaient les soignantes pour coordonner et organiser leurs activités. Selon les participantes, le travail en sous-effectif ou avec des horaires irréguliers entraîne une réduction de l'autonomie procédurale des équipes et des espaces de discussion au travail (qui permettent la transmission des informations et des connaissances). Cette marge de manœuvre affecte non seulement la possibilité de travailler entre soignantes mais aussi avec tous les professionnels et acteurs impliqués dans la situation de soins. Les participantes ont ainsi évoqué divers exemples de la manière dont la difficulté de travailler ensemble peut fragmenter et disperser le fonctionnement du collectif. La solidarité et la préoccupation de synchroniser les activités est une ressource centrale pour assurer le travail collectif dans ce contexte.

« Quand on en a une de moins, il y a plus de conflits, plus d'incompréhension... On doit traiter plus d'informations mais tu as moins de temps pour faire des transmissions (...). On se demande tout le temps » que fait ma collègue ? », « elle est en difficulté ? » (...) Donc c'est important de maintenir la communication entre nous, de se mettre d'accord pour s'en sortir. » (AS7, Secteur Parkinson-TCA/Scléroses)

« Après, il faut voir qui est présent. S'il y a des médecins, forcément ils vont venir nous aider. Enfin, si les cadres sont présentes on peut leur demander (...). S'il y a du monde dans la salle ou autour oui, je peux leur demander de l'aide. S'il y a une collègue dans un autre étage que tu connais, tu peux peut-être l'appeler (...). Plus nous sommes nombreux dans la salle, plus nous avons de chances de trouver une solution. » (IDE1, Secteur Epilepsie)

La « culture du collectif de travail » est un troisième facteur mis en avant par les participantes. Bien que ce facteur ait été moins souvent évoqué que les précédents, il a été considéré comme important pour aborder la question de la mobilité intra-service (cas 5). Les participantes ont souligné que chaque équipe a ses propres routines et façons de faire afin de réaliser un travail de qualité. Les équipes partagent des règles, des valeurs et des pratiques qui ont un poids important dans l'activité des soignantes, en particulier lorsqu'il s'agit de personnel extérieur. En effet, 12 participantes ont reconnu que la connaissance de ces « manières de travailler » des équipes était un facteur d'adaptation pour le personnel externe « aussi important ou plus » que le niveau de compétences et de capacités. En ce sens, le développement d'une vision partagée de l'organisation et des règles de travail peut faciliter la capacité d'adaptation dans ce contexte.

« Chaque service a sa propre organisation de base ... moi, je respecte l'organisation. Je ne vais pas imposer ma façon de faire aux collègues... en plus ça peut créer des tensions (...) Tu es là pour aider.... pas pour changer leur façon de travailler. Au début, c'est plus difficile de s'adapter, mais avec le temps vous faites connaissance, après ça se passe bien » (AS7, Secteur Parkinson-TCA/Scléroses)

Enfin, un quatrième type de facteur évoqué dans cette dimension était lié à « l'état du collectif de travail ». Ce facteur a été évoqué principalement dans les cas où le fonctionnement avec « sous-effectif » (cas 2) ou « coupure » (cas 3) a été abordé. A l'instar de ce qui se passe au niveau individuel, les participantes ont souligné que l'état d'épuisement physique ou mental de l'équipe de travail peut influencer la performance générale du collectif et en particulier les formes de régulation. Les soignantes tiennent compte de l'état de leurs collègues et cherchent des régulations pour préserver la santé collective de l'équipe. Cette dimension de solidarité entre pairs est présente dans le travail avec le personnel interne et externe de chaque secteur. Les soignantes mettent souvent en place des régulations visant à la préservation collective des ressources. Toutefois, pour que ces régulations puissent voir le jour, une certaine cohésion et un sentiment d'appartenance au sein de l'équipe sont nécessaires :

« Donc, une qui ne connaît pas le service, qui ne connaît pas les gestes et tout, je préfère vraiment qu'elle fasse les toilettes les plus simples et on fera ensemble, quitte à décaler dans le temps. Mais je préfère vraiment décaler et mettre les patients en sécurité... me mettre entre guillemets, moi, en sécurité... et la mettre elle en sécurité (...). » (AS4, Secteur Neuropathie)

« (...) mais cela fatigue (être en sous-effectifs), au bout d'un moment tu en as marre ! Tu es quand même mieux quand tu es à deux ou à trois, parce que tu peux compter sur ta collègue, tu vois. Tu peux être fatiguée, tu arrives au boulot, normalement tu dois t'adapter, mais tu peux être fatiguée, tu n'as pas dormi de la nuit, tu as une vie. Et bien tant mieux, tu as une collègue à côté qui dit « bon, ne t'inquiètes pas je reprends la relève », tu vois, c'est important cela. » (AS5, Secteur Parkinson HDS)

7.2.3.3. Facteurs liés à la situation de travail

Les facteurs liés à la situation de travail constituent une troisième dimension influençant les capacités des équipes pour faire face. Les réponses évoquées par les participantes sur ce thème peuvent être divisées en quatre facteurs : la charge en soins, les conditions physiques et environnementales du travail, les outils de travail et l'organisation formelle du travail.

La « charge en soins » ou la charge de travail liée aux soins des patients, est le facteur le plus évoqué par les participantes concernant la situation de travail. Les réponses ont été fortement influencées par des aspects tels que le nombre de patients, leur diagnostic et leur niveau d'autonomie, le type d'hospitalisation dans le secteur, etc. Les soignantes ont indiqué que l'une des spécificités des patients souffrant de maladies neurologiques était liée à la fluctuation importante des symptômes neurologiques et aux altérations du comportement qui impliquent la mobilisation de différents types de compétences. Les solutions proposées dépendaient de manière significative des différents indices identifiables de chaque cas. Par exemple, les soignantes ont fréquemment déclaré estimer la nature et la complexité des soins s'ils disposaient d'informations supplémentaires sur le diagnostic et le niveau d'autonomie du patient. Sur la base du degré de connaissance qu'elles possédaient, les soignantes pouvaient comparer et estimer les exigences et la quantité de travail. Ainsi, une charge de travail adaptée aux capacités individuelles et collectives rend la prise en charge plus efficace et moins dangereuse pour les personnes :

« En fait, même s'il n'y a que 8 patients, c'est 8 patients SLA, et deux, ce n'est pas suffisant, il faut 2 aides-soignantes et 1 infirmière, ou 2 infirmières et 1 aide-soignante, au choix. Mais là, ce n'est pas assez. La preuve. » (IDE3, Secteur Neuropathie)

« On ne travaille pas de la même manière. Déjà on est obligé de tout faire beaucoup plus rapidement. Même les soins les plus simples. Par exemple une perfusion que je préparais d'habitude en trois minutes, là je ne vais en mettre qu'une. On fait tout en se dépêchant. Déjà il y a un risque d'erreur plus important, après, on fait comme on peut. On évite, mais on se dépêche et après il faut prioriser. On essaie de se dire, tel patient est plus urgent donc l'autre va attendre, même si en soi, les deux ont besoin de soins au même moment. Moi, ça m'est déjà arrivé d'avoir deux urgences vitales en même temps (...). » (IDE8, Secteur Parkinson HDS)

Le deuxième facteur le plus évoqué par les participantes par rapport à cette dimension est lié aux « outils de travail ». Bien que ce facteur ait été généralement évoqué dans tous les cas, il l'a été surtout dans les cas où la suppléance (cas 1) et la mobilité intra-service (cas 4 et 5) ont été abordées. Les participantes ont souligné que dans un secteur, elles partagent les mêmes outils et que les postes sont adaptés au fonctionnement spécifique du service (locaux, équipements, etc.). Les usages et les modes d'utilisation de ces outils ont été évoqués en permanence par les soignantes comme une ressource pour assurer la qualité des soins. Il s'agit non seulement de matériel clinique spécifique et de sa disponibilité dans le poste de soins (médicaments, tensiomètres, valves, etc.), mais aussi d'ordinateurs, de mots de passe de logiciels, de protocoles

cliniques, etc. À cet égard, les soignantes ont souligné que la suppléance et la mobilité permanente peuvent être contraignantes pour le personnel externe s'il ne connaît pas les outils ou ne peut les personnaliser. Au contraire, avoir des références et un certain niveau de connaissance des outils locaux permet et facilite le processus d'adaptation du personnel externe au secteur :

« Je vais aller d'un service à l'autre, il y a des petits détails comme "bon, en fait, la dame, elle voudrait rentrer chez elle en taxi". C'est quoi le numéro des taxis ? Ah c'est ça, ok j'appelle. J'appelle le taxi : "vous avez le numéro d'abonné ?" Le numéro d'abonné ? Alors attendez, c'est quoi ça ? Alors on est dans quel service ? il y a plein de détails qu'on ne sait pas, les codes pour retourner les matelas anti-escarres, les cahiers où il faut écrire ceci ou cela, les clés de la pharmacie. Il y a aussi des outils d'organisation qui existent dans les services, qui sont propres aux services et à leurs habitudes, à ceux qui sont dedans. Et ça, il faut aussi les rappeler à chaque fois. C'est fatigant. » (IDE9, Secteur Neurooncologie 1/Neurooncologie 2)

Un autre facteur également évoqué par les soignantes est la référence à « l'organisation formelle du travail » dans chaque secteur. Les modalités de répartition des fonctions entre les soignantes et les règles formelles établies dans chaque secteur jouent un rôle important dans l'activité des équipes de soins (méthodes d'exécution, planification et division du travail). Ceux-ci peuvent varier sensiblement en fonction, par exemple, du service ou de la modalité d'hospitalisation. Par exemple, les IDE du secteur Neuropathie ont besoin d'un effectif complet les jours des entrées car ils doivent effectuer des tâches spécifiques telles que la réalisation d'entretiens d'accueil et la prise de contact avec les prestataires externes qui réalisent des soins dans le secteur. En outre, les soignantes ont insisté sur l'importance de tenir compte de cette organisation spécifique au secteur lors de l'adoption de solutions RH de la part de l'organisation pour pallier le manque de personnel. Par exemple, dans le secteur Épilepsie, les soignantes ont souligné que le recours à du personnel « décalé » n'est pas une solution efficace, car il ne permet pas de combler le manque de personnel quand la charge de travail est importante.

« Quand il y a des patients qui ont une prescription pour une cure par immunoglobines sous-cutanées, il faut appeler un prestataire externe, qui vient faire le traitement et leur montrer ce qu'il faut faire plus tard à domicile. Si les patients arrivent le lundi, il faut prendre du temps sur l'après-midi pour coordonner les visites avant le vendredi. Ce jour-là, l'une des IDE devra donc s'occuper de ça pendant que l'autre s'occupera des visites (...) Le lundi, on

réalise également les entretiens d'admission (...). Donc, ce jour-là, il faut deux IDE pour travailler. » (IDE4, Secteur Neuropathie)

« En fait, chez nous (dans le secteur Épilepsie), ça ne sert à rien les coupures. Arriver à 9 heures ici, alors que le plus gros du travail est entre 7 et 9... Après il y a le petit déjeuner, après nous on se pose (...) Après, il reste des petits soins, il reste les sorties à faire, mais c'est plus vers onze heures. Donc on ne va pas servir à grand-chose et on a fait le plus gros du travail. Après il y a le tour des médicaments de midi. En début d'après-midi, c'est plutôt calme. Et c'est plutôt vers 18 heures qu'on a beaucoup de travail, mais à ce moment-là l'IDE de coupure part parce qu'il est 17 heures. Donc en fait, elle ne sert à rien, l'IDE de coupure. Et l'AS de coupure ne sert pas à grand-chose non plus. L'organisation ne va pas spécialement changer. » (IDE1, Secteur Epilepsie)

Un dernier facteur évoqué dans le cadre de cette dimension était « les conditions physiques et environnementales ». Ce point a été le moins évoqué dans les entretiens, mais il a été mentionné par au moins une soignante dans chaque cas. Outre les exigences physiques liées aux caractéristiques des patients neurologiques (patients lourds, polyhandicapés), les soignantes ont souligné l'importance des dimensions temporelles, spatiales et même environnementales pour réaliser leur travail. Par exemple, elles ont souligné comment travailler en coupure augmente les exigences temporelles ou comment certaines exigences environnementales peuvent avoir un impact lorsqu'on travaille avec un manque de personnel. Ce sont des dimensions qui doivent être prises en compte lors de la mise en œuvre d'une solution RH.

« (la coupure) ce n'est pas si bien que ça parce que la personne qui arrive, elle arrive en cours (...). Ce qui s'est passé avant, elle ne l'a pas, et donc il n'y a pas la même implication. En gros, quand vous êtes du matin, vous êtes du matin ; au moins, vous savez où en être (...). Vous êtes d'après-midi, vous savez où en être. Mais quand vous êtes à cheval entre deux trucs, deux horaires, c'est difficile (...). Ce n'est pas du tout intéressant. Il peut y avoir des erreurs parce qu'on n'a pas tous les éléments... (...) » (IDE3, Secteur Neuropathie)

« Dans notre salle, il n'y a pas de climatisation et quand il fait 30 ou 35 degrés, c'est plus compliqué. S'il y a beaucoup de patients grabataires, c'est-à-dire SLA, Parkinson, la salle devient dure, très lourde (...). Les patients vont moins bien, ils décompensent plus vite. Nous, nous sommes aussi plus fatiguées... ces jours-là, le manque de personnel se sent plus. » (AS7, Secteur Parkinson-TCA/Scléroses)

7.2.3.4. Facteurs liés au management et à la GRH

Le système de gestion et de management des ressources humaines est également un facteur considéré comme important pour pallier le manque de personnel. Il implique la participation des cadres de santé dans leur rôle de managers et de concepteurs de solutions RH au sein du

secteur. Il est à noter que ces facteurs ont été moins fréquemment mentionnés par les participantes que les précédents, cependant, dans tous les cas analysés, une partie des participantes ont souligné leur pertinence pour le fonctionnement des équipes.

Le facteur évoqué par le plus grand nombre de participantes est la « qualité des solutions RH » utilisées pour constituer les équipes. Les participantes ont évoqué ce facteur pour expliquer la performance et la qualité de la mobilisation des soignantes dans leur travail. Les soignantes s'attendent généralement à être informées et à participer aux solutions RH de l'organisation lorsqu'elles les concernent. Les soignantes considèrent également qu'elles ont une vision privilégiée de la situation de travail et qu'elles peuvent donc fournir les éléments nécessaires pour concevoir la solution la mieux adaptée à la situation. En ce sens, selon elles, la possibilité de débattre et de négocier les différents dispositifs RH constitue un levier d'efficacité pour l'organisation et de santé pour les équipes :

« Là, nos cadres, s'il manque du monde sur un week-end, elles demandent qui veut faire des heures supplémentaires. Les cadres d'avant, moi, je me suis vue faire 5 week-ends d'affilée, on ne m'a pas demandé mon avis (...) J'ai passé 5 week-ends au travail ! Et ce n'était pas juste un jour, c'était le week-end entier. Et parfois, j'arrivais et il y avait une intérimaire ou une IDE du Pool et on était trop nombreux pour la journée... » (IDE9, Secteur Neurooncologie 1/Neurooncologie 2)

« Quand on voit qu'on a atteint la limite, au-dessus de la limite de ce qu'on peut faire (...) on le dit aux cadres, on le dit aux médecins : « non, mais là, il faut un petit peu alléger. » Parce que là tout le monde est fatigué, on n'arrive pas à gérer comme on veut (...). Même chose si c'est une journée chargée et que la cadre nous propose une remplaçante, on insiste pour que ce soit quelqu'un qu'on connaît. Sinon, on préfère proposer que quelqu'un d'entre nous fasse des heures sup (...) Mais ici, la cadre est toujours à l'écoute ». (AS8, Secteur Parkinson-TCA/Scléroses)

Un autre facteur mentionné dans cette dimension concerne l'« efficacité du système de remplacement » fourni par l'organisation. Dans plusieurs réponses, notamment celles concernant les cas où il y a eu une perturbation non prévue (cas 2 et 4), les participantes ont mentionné le rôle que l'organisation pourrait jouer pour éviter la fragilisation du système. Les soignantes partagent l'avis que le nombre de personnes mises à disposition par l'organisation pour assurer les remplacements est insuffisant face à la variabilité des problèmes de RH. Alors que 15 soignantes ont mis en doute les compétences du personnel de remplacement envoyé par le service de soins de suppléance- principalement des soignantes travaillant dans des secteurs

où le personnel de remplacement était moins souvent envoyé -, 5 ont estimé que les compétences du personnel de remplacement - en particulier les soignantes du Pool - étaient satisfaisantes.

« Par exemple, ici, les cadres font des demandes de suppléance mais elles n'ont jamais personne (...) et quand la suppléance envoie des gens, il s'agit souvent de personnes qui ne connaissent rien à la neurologie. Si c'est le cas...je dirais...ça va être compliqué pour l'IDE... » (AS2, Secteur Epilepsie)

« Quand c'est quelqu'un du pool qui vient d'être appelé, déjà souvent ils arrivent en retard. Le temps qu'ils sachent qu'ils sont attribués à ce service, ils arrivent en retard donc pendant ce temps-là on gère toute la salle (...). Parfois, il y a deux ou trois jours d'affilée où nous avons besoin de quelqu'un, et la suppléance nous envoie pour chaque jour une personne différente (...) Nous devons expliquer la même chose tous les jours à des personnes différentes. » (IDE5, Secteur Parkinson HDS)

Un dernier facteur évoqué par les participantes est la « présence et le positionnement du cadre de santé » dans la situation de travail. Il renvoie à la possibilité de compter sur la collaboration des cadres de santé pour gérer les aléas ou les dysfonctionnements qui peuvent survenir au cours de la journée (problèmes administratifs, gestion des conflits avec la famille du patient, commandes de matériel, etc.). Certaines soignantes ont déclaré n'avoir que peu ou pas de soutien de la part des cadres, tandis que d'autres ont spontanément évoqué leur participation à la situation. Des différences ont également été identifiées dans la façon dont les participantes perçoivent leurs cadres en termes de réactivité pour gérer les perturbations.

« Et là, du coup, si jamais l'épouse (du patient) elle ne veut vraiment pas comprendre, et les IDE elles ont toujours leur travail à faire et l'AS elle est occupée aussi, ben il y a une cadre qui peut réagir par rapport à ça et aussi nous aider en fait. » (IDE5, Secteur Parkinson TCA-Scléroses)

« La cadre n'était pas présente dans la salle à ce moment-là. C'était la cadre sup, elle était venue me voir pour me demander si ça allait. Je lui ai dit que non. Je crois que ce jour-là, c'est elle qui est partie demander de l'aide pour moi. Du coup, il y a deux infirmières qui sont descendues pour une demi-heure, mais déjà ça m'a aidé. (...) Les cadres sont infirmières aussi, donc je pense qu'elles peuvent aider si vraiment on a un souci. » (IDE2, Secteur Epilepsie)

7.3. Conclusions préliminaires

Les résultats de l'étude mettent en évidence les effets et les mécanismes de régulation mis en place par les équipes de soins pour compenser les perturbations causées par les perturbations RH au sein de l'organisation. Ils montrent comment les équipes de soins ne subissent pas passivement les variations de personnel et les incidents qui surviennent dans ce contexte, mais mobilisent et utilisent les différentes ressources (individuelles, collectives, organisationnelles, techniques) disponibles pour assurer un fonctionnement acceptable du système. Pour ce faire, les soignantes utilisent des pratiques et des compétences d'arbitrage développées au fil de leur expérience et qui leur permettent de résoudre localement les perturbations qui surviennent dans chaque secteur. Le succès de ces pratiques dépend de facteurs de conversion spécifiques telles que les capacités individuelles et collectives des soignantes, les caractéristiques de la situation de travail et la qualité du système de gestion et de management des RH de l'organisation. Ainsi, par exemple, les compétences du personnel expérimenté ou la marge de manœuvre collective peuvent constituer un facteur de conversion positif qui favorise la performance effective du personnel de remplacement ou inexpérimenté.

Cependant, la pression constante que les perturbations RH exercent sur le système conduit à une exacerbation de la capacité d'adaptation des équipes et les pousse à faire fonctionner le système au plus près de ses conditions limites. Cette augmentation de la performance des équipes peut avoir une double conséquence. D'une part, elle peut favoriser l'affaiblissement des mécanismes de compensation et la capacité d'adaptation du système pour faire face aux aléas dans les situations perturbées ordinaires et extraordinaires. Divers exemples présentés dans l'étude montrent comment les pressions exercées sur le système poussent les acteurs à des déviations qui peuvent être risquées ou contre-productives pour l'organisation elle-même. D'autre part, ce mode de fonctionnement peut conduire à un épuisement des ressources du système, en particulier des acteurs qui y travaillent au quotidien. La variation constante du personnel et les différents mécanismes d'ajustement utilisés par l'organisation entraînent une augmentation des exigences qui laisse peu de marge de manœuvre aux acteurs. Cette forme de rationalisation et de flexibilisation du personnel bloque à la fois les initiatives, rend plus difficile la gestion de la variabilité et conduit à une obsolescence des compétences et de la capacité de résilience de l'organisation.

Dans ce cadre, les résultats présentés ici interrogent la manière dont les modes de gestion du personnel peuvent contribuer ou bloquer les capacités effectives des équipes et de l'organisation. Si la tentative d'ajuster et de contrôler la main-d'œuvre à l'aide de différentes solutions organisationnelles peut être légitime, il est également nécessaire de définir des règles et de garantir certaines conditions pour que les acteurs puissent agir dans ce contexte. En ce sens, l'étude questionne l'importance de considérer les dimensions de santé et de développement des individus comme des composantes essentielles lors de la conception de politiques et de pratiques en matière de ressources humaines.

Quatrième partie : Discussion-Conclusion

Dans la perspective de l'ergonomie de l'activité, l'objectif global de cette recherche visait à comprendre les mécanismes organisationnels qui permettent aux systèmes de soins de s'adapter aux perturbations affectant le personnel afin de maintenir une performance globale acceptable. Plus précisément, l'étude a porté sur la manière dont les secteurs d'hospitalisation appartenant au Département de Neurologie utilisent et combinent leurs ressources - par le biais d'acteurs agissant à différents niveaux de l'organisation - pour garantir la présence du personnel nécessaire à la production de soins de qualité et sûrs dans un contexte de manque d'effectifs. L'objectif pratique de la recherche était d'identifier les conditions qui contribuent au développement d'un système durable de gestion des ressources humaines à l'hôpital.

Les résultats des trois études empiriques réalisées ont permis d'aborder le problème sous différents angles. La première étude (chapitre 5), basée sur une recherche ethnographique de 28 jours d'observation systématique, a montré comment les secteurs d'hospitalisation sont contraints d'adopter systématiquement des solutions organisationnelles pour compenser les perturbations. Le manque de personnel modifie la composition des équipes et crée des conditions de travail dangereuses en termes de santé et de sécurité. La deuxième étude (chapitre 6) s'est intéressée à la manière dont les cadres de santé gèrent les contraintes et les ressources pour assurer une dotation en personnel suffisante et compétente dans ce contexte. L'étude a montré le rôle actif que jouent ces professionnels dans l'agencement des ressources (principalement par des pratiques de jonglage) et dans la conception de solutions organisationnelles pour préserver la qualité de la prise en charge. La dernière étude (chapitre 7) examinait comment les équipes prennent en charge les différents arbitrages de l'organisation et quelles régulations elles mettent en place pour gérer les situations caractéristiques. Les résultats ont montré que la capacité des individus à agir dans une situation donnée dépend de la convergence de différents facteurs de conversion.

Les résultats des trois études empiriques ont montré que les pressions causées par le sous-effectif chronique génèrent une série de dysfonctionnements au sein des secteurs d'hospitalisation étudiés qui fragilisent la qualité des soins. Ces dysfonctionnements induisent un mode de gestion du personnel qui modifie le fonctionnement habituel des équipes de soins, entraînant une augmentation des contraintes, une plus grande flexibilité du travail et une exacerbation de la réactivité et de la polyvalence -rotation des postes, élargissement des tâches.

En termes de performance, les pressions conduisent les soignantes à concentrer davantage leur activité sur la gestion des risques que sur l'optimisation des soins.

Cependant, ces résultats ont montré également que malgré les pressions auxquelles ce système est soumis, sa capacité à combiner et à reconfigurer le personnel lui permet de maintenir un fonctionnement acceptable dans ce contexte. En effet, les équipes parviennent à faire face aux perturbations et à maintenir une cohérence fonctionnelle dans leur performance collective, malgré le coût pour la santé et la sécurité des personnes (soignantes, patients, collègues, etc.). Cette capacité d'adaptation du système repose sur une volonté partagée des acteurs de terrain de faire face à différentes perturbations par le biais de différentes pratiques et mécanismes de régulation.

Afin de systématiser les principales contributions de cette recherche, cette partie sera divisée en trois sections. La première section examine le rôle de la gestion prévisionnelle du personnel dans les systèmes à risque et la manière dont elle peut affecter la performance globale de ces systèmes. La deuxième section examine la place de la qualité du travail dans la préservation de la performance et de la santé des individus et de l'organisation dans ce contexte. Enfin, certaines des conditions qui contribuent au développement d'un système durable de gestion des ressources humaines à l'hôpital sont examinées.

1. La gestion prévisionnelle dans les systèmes à risque : un maillon essentiel pour la sécurité

La recherche a réaffirmé l'importance de la prévision du personnel pour assurer le fonctionnement des organisations. Dans le cas des systèmes à risques, elle constitue en plus un maillon pour la sécurité (Ball, 2010). Disposer d'un personnel suffisant, qualifié et judicieusement réparti permet de gérer les risques au quotidien et de faire face aux perturbations majeures qui peuvent affecter le système. D'autre part, une insuffisance de personnel, en plus d'affecter la capacité du système à gérer ses risques, peut également contribuer à la génération de nouveaux risques (affaiblissement des compétences, santé des travailleurs, migration des pratiques, etc.)

Les résultats de la recherche apportent deux contributions importantes à cette question. Tout d'abord, ils ont montré que, malgré la vision optimiste de certains praticiens et chercheurs en GRH, les dispositifs modernes de gestion prévisionnelle ne permettent pas de définir avec précision les besoins en personnel : il existe un écart irréductible entre les effectifs supposés et les effectifs réellement requis. Deuxièmement, un ajustement efficace de la main-d'œuvre nécessite la participation des acteurs de terrain, et une certaine capacité de la part de ces derniers à gérer les perturbations RH qui peuvent survenir.

1.1. Anticiper et ajuster la main-d'œuvre à l'hôpital : obligation et contradiction

Les résultats de la recherche ont révélé que les prévisions en matière de personnel et le modèle de gestion des ressources humaines conçu par l'hôpital ne compensent pas les perturbations constantes qui affectent les secteurs d'hospitalisation. Bien que les acteurs de terrain effectuent constamment des régulations pour gérer ces perturbations, leur fréquence élevée couplée aux pressions quotidiennes peuvent affaiblir rapidement la capacité du système à assurer la qualité des soins. Les défaillances du modèle résultent non seulement d'un manque d'effectifs permanent dans toutes les équipes, mais aussi d'une sous-estimation des mécanismes d'ajustement définis par l'hôpital pour compenser des perturbations de ce type (remplacement interne, remplacement externe, etc.).

Ces résultats remettent en question le principe de l'adéquation parfaite (« l'écart zéro ») sur lequel se basent les dispositifs modernes de gestion prévisionnelle - critiqués par plusieurs auteurs - (Gilbert, 2020), et l'idée que ces dispositifs peuvent être mis en œuvre de manière standardisée sans tenir compte des caractéristiques particulières de chaque organisation (Dietrich et Pigeyre, 2016). Par exemple, dans le terrain étudié, il est difficile de prévoir la dotation en personnel car les perturbations en termes de ressources humaines sont fréquentes à l'hôpital et le flux et la complexité de la charge de travail peuvent varier fortement en fonction de facteurs conjoncturels. En termes de sécurité, s'il est rare que le manque de personnel puisse provoquer des catastrophes à grande échelle ou endommager le système, de telles perturbations entraînent des migrations de pratiques et des déviations constantes qui peuvent nuire à la qualité des soins prodigués (Bagnara et al., 2010).

L'un des facteurs qui expliquent les échecs constants de l'organisation à fournir le personnel requis -en quantité et qualité- est le manque de considération par les concepteurs et décideurs de l'activité de travail des salariés. Dans le chapitre théorique consacré à la gestion prévisionnelle, certaines idées sur cette question ont été mises en lumière à partir des critiques du modèle adéquationniste et de la vision behavioriste du travailleur qui sous-tendent les dispositifs de GRH (Ughetto, 2007 ; Gilbert, 2020). Cependant, la présente recherche a démontré que les ressources et les solutions prédéfinies par la structure organisationnelle ne sont pas toujours applicables (ex : solution non disponible au moment voulu) ou peuvent être inefficaces pour gérer les perturbations et assurer un niveau de soins satisfaisant au niveau local (ex : personnel de remplacement insuffisamment compétent). De ce fait, les cadres de santé et les soignantes doivent consacrer une partie importante de leur journée de travail à trouver des solutions pour compenser les besoins en personnel.

Les résultats de la recherche montrent ainsi que la prévision et l'ajustement de la main-d'œuvre sont des processus qui se déroulent à différents moments et qui impliquent des acteurs à tous les niveaux de l'organisation. Par exemple, les cadres de santé agissent sur l'acquisition des compétences lorsqu'elles décident de proposer des cours de formation aux agents du pool ou lorsqu'elles leur demandent d'exercer une fonction différente pour compenser l'absence d'un professionnel (par exemple, utiliser une IDE du pool pour remplacer une AS). De même, les équipes de soins peuvent décider des conditions de travail du personnel remplaçant (répartition des tâches, charge de travail, etc.) et prendre des décisions pour favoriser - ou non - son adaptation à l'équipe (par exemple, délégation de tâches, formation, transmission d'indices clés). Ceci met en évidence le fait que la séparation proposée par les dispositifs de la GPEC entre la planification et la gestion d'effectifs au quotidien est totalement artificielle. Comme c'est le cas dans les études de conception (Guerin et al., 2021), la manière dont le personnel est ajusté en situation réelle soulève la question suivante : « où commence » et « où finit » la gestion prévisionnelle du personnel ? Les résultats de la recherche suggèrent que les décisions dans ce domaine peuvent finir par être décidées au niveau le plus micro de l'action, c'est-à-dire au niveau de l'interaction avec le patient.

Bien que l'implication des cadres et des équipes de première ligne soit indispensable pour gérer l'écart entre les besoins souhaités/requis, l'étude a révélé que, bien souvent, l'activité des professionnels peut être en contradiction avec les principes et la logique qui sous-tendent la manière dont l'organisation cherche à ajuster la main d'œuvre. Traditionnellement, les

dispositifs de gestion prévisionnelle utilisés dans des organisations telles que la GPEC reposent sur un principe de rationalité instrumentale, selon lequel il n'est possible de contrôler et de réguler les salariés que par le haut, au moyen d'instruments et de pratiques de gestion standardisés (généralement centralisés à un niveau hiérarchique : la direction) (Gilbert, 2016). Cependant, les études empiriques de notre recherche ont montré que les acteurs peuvent arbitrer et agir selon une rationalité différente, telle qu'une rationalité relationnelle -dimension du care- ou une rationalité basée sur des valeurs du métier (Arborio, 1995 ; Molinier, 2013). Par exemple, les responsables et les soignantes peuvent ne pas suivre des repères comme le modèle organisationnel ou les procédures RH s'ils estiment que du personnel supplémentaire est nécessaire pour répondre aux besoins des patients ou des soignantes.

1.2. La gestion du personnel comme activité distribuée orientée à maintenir l'équilibre fonctionnel de l'organisation

Les observations systématiques (chapitre 5) ont montré que les situations perturbées sont plus fréquentes que les situations nominales, et que cela conduit à une reconfiguration permanente des équipes de soins. Cependant, les entretiens menés du côté des cadres (chapitre 6) et des soignantes (chapitre 7) ont montré que ces professionnelles participent activement à la construction de solutions pour pallier le manque de personnel.

Les résultats ont montré que ces professionnelles, chacune à leur niveau, entreprennent des actions pour protéger le système contre au moins trois types de déséquilibres : les déséquilibres quantitatifs, les déséquilibres qualitatifs et les déséquilibres structurels. Les déséquilibres quantitatifs se produisent lorsque les équipes doivent fonctionner avec moins de personnel que prévu et impliquent que ces dernières doivent absorber ou déléguer les tâches du personnel manquant. Les déséquilibres qualitatifs se produisent lorsqu'il y a un manque de compétences ou d'engagement parmi les membres de l'équipe. Enfin, les déséquilibres structurels désignent un type de dysfonctionnement global du système causé par des perturbations affectant un ou plusieurs secteurs d'hospitalisation.

Les actions menées par ces professionnels visent à préserver l'équilibre fonctionnel de l'organisation tant face à des aléas prévus qu'imprévus. Les cadres de santé réalisent des arbitrages, des compromis et mettent en œuvre des pratiques de jonglage (appelées dans cette

étude « pratiques de gestion résilientes ») afin de trouver des solutions organisationnelles et des configurations d'équipes permettant d'atteindre les objectifs de performance tout en préservant la santé. De même, les équipes soignantes élaborent des régulations pour éviter ou atténuer les effets des perturbations et alertent leur hiérarchie sur d'éventuels dysfonctionnements. Les actions entreprises par ces professionnels peuvent viser à résoudre un problème local ou global au sein du système. Dans les deux cas, il s'agit de trouver des moyens d'utiliser au mieux les ressources en personnel disponibles.

Les résultats de la recherche révèlent qu'il n'existe pas de solutions organisationnelles ou de mécanisme de régulation plus efficace qu'un autre. Chaque solution peut être considérée ou non comme appropriée en fonction du contexte et des exigences de chaque secteur. Dans un secteur, le recours au personnel de remplacement peut être la solution la plus pertinente pour pallier l'absence d'un membre du personnel pendant une journée de travail donné, tandis qu'ailleurs, il peut s'agir de la modulation des horaires de travail. En ce sens, la contribution des individus consiste précisément à définir les solutions les plus pertinentes pour compenser ces perturbations.

2. Construire la qualité du travail : une ressource pour l'organisation

Bien que les perturbations RH augmentent les exigences du système et peuvent en affaiblir le fonctionnement, les acteurs agissent activement pour assurer une qualité de soins « malgré tout ». La recherche a montré que les pressions induites par le manque de personnel, loin de diviser les équipes ou d'inhiber leur comportement, conduit les acteurs à trouver en permanence des solutions, des arrangements, même dans un contexte de conditions de travail dégradées. Face aux pressions dues au manque de personnel, les individus ne cèdent pas et mobilisent leurs ressources de manière active pour compenser toute forme de handicap.

L'étude a permis de montrer comment, d'une part, la possibilité d'effectuer un travail de qualité - c'est-à-dire un travail qui peut être adapté à ses propres normes - et, d'autre part, la possibilité de réaliser une activité conjointe, sont deux ressources qui permettent de faire face aux pressions quotidiennes produites par le manque de personnel. La possibilité de bien faire un travail est conditionnée par les ressources externes disponibles pour le faire (conditions de travail, collègues, outils, etc.), mais aussi par les ressources internes (compétences, état de santé,

engagement dans le travail). Le déploiement d'une activité conjointe efficace dépend en partie de la possibilité pour les acteurs impliqués dans le processus d'effectuer des régulations horizontales et verticales (Caroly, 2011).

2.1. Le caractère situé de la qualité

L'approche adoptée dans cette recherche a été de comprendre la qualité non pas comme un état, mais comme un processus en constant développement. Elle est le résultat d'un arbitrage raisonné réalisé en contexte en interaction avec les différents acteurs impliqués dans le processus de production (collègues, hiérarchie, clients, etc.). Ce processus dépend d'une combinaison de règles de travail préalablement définies par la structure organisationnelle (le « réglé ») et de l'intelligence adaptative des acteurs pour faire face à l'imprévisibilité et à la variabilité du réel (le « géré »).

Dans cette perspective, la recherche a montré que les cadres de santé et les équipes de soins participent activement à la construction de la qualité malgré les défis et les pressions auxquels ils sont confrontés au quotidien. Tandis que les cadres de santé jouent un rôle central dans la gestion des ressources en personnel, les équipes de soins mobilisent leurs ressources en termes de compétences et de savoir-faire pour assurer la meilleure qualité de soins possible auprès du patient dans ce contexte.

Cependant, la présente recherche a montré que la qualité se construit différemment selon la situation de travail. L'activité des acteurs est fortement structurée par les exigences, les contraintes, les ressources et les objectifs existant dans chaque secteur. Par exemple, au chapitre 7, nous avons observé comment les équipes de soins locales organisent leurs routines et planifient leur travail en fonction du type de patient et du type de soins qu'elles doivent fournir. Les soignantes les plus expérimentées possèdent également des savoir-faire et adoptent des stratégies opératives qui leur permettent de réaliser les soins de manière plus efficace. Ainsi, la manière de faire et les critères utilisés pour réaliser une toilette au lit peuvent varier considérablement en fonction du diagnostic du patient (SLA, Parkinson, épilepsie, etc.) et de son niveau d'autonomie (dépendant, semi-dépendant, autonome). Dans l'application de leurs pratiques de gestion, les cadres de santé (chapitre 6) se basent également sur des facteurs tels que le type de patient, le type d'hospitalisation, les soins, la charge en soins, etc. En ce sens, les

acteurs adaptent constamment leurs modes opératoires afin de produire un travail de qualité au sein du secteur dans lequel ils travaillent.

Ce caractère situé de la qualité joue un rôle important dans la manière dont les professionnelles font face aux perturbations RH. En effet, les résultats ont montré que les cadres et soignantes choisissent et adaptent les solutions organisationnelles en fonction de ces critères de qualité. Les professionnelles évaluent également les différentes solutions organisationnelles en fonction de ces critères de qualité.

Cependant, la possibilité de produire de la qualité peut être favorisée ou entravée par différents facteurs de conversion. Par exemple, dans le chapitre 7, on a identifié des groupes de facteurs de conversion positifs ou négatifs qui permettent aux équipes de soins de convertir leurs capacités en possibilités réelles d'agir (capabilités) : les facteurs individuels (compétences et aptitudes individuelles, connaissance du poste de travail, état de la personne), les facteurs liés au groupe de travail (combinaison de compétences, qualité du travail collectif, culture du groupe, état du groupe), les facteurs liés à la situation de travail (charge en soins, outils de travail, organisation formelle du travail, conditions physiques et environnementales), et les facteurs liés au management et à la GRH (qualité des solutions RH, efficacité du système de remplacement, présence et positionnement du personnel).

2.2. La construction de la qualité comme une activité collective conjointe

La recherche a montré que la qualité n'est pas le produit de l'activité d'une collection d'acteurs isolés : elle est le résultat d'une activité conjointe mobilisée par des collectifs de travail. Le potentiel de cette activité conjointe dépend de la capacité des acteurs à réaliser des régulations organisationnelles efficaces, tant au niveau horizontal (entre les acteurs interagissant au sein d'un même collectif de travail ou d'un collectif interservices) que vertical (entre les acteurs de différents niveaux hiérarchiques) (Caroly, 2011 ; Petit, 2020). La dynamique de cette activité conjointe peut toutefois être affectée par le déficit permanent de personnel et le manque de marges de manœuvre des différents acteurs qui participent au processus de travail.

Tout d'abord, dans l'étude de cas, les mécanismes de régulation horizontale sont apparus comme essentiels pour maintenir une performance acceptable et réduire les coûts pour l'activité des

professionnels appartenant au même niveau. Les cadres et les soignantes comptent souvent sur leurs pairs pour réguler la charge de travail et gérer les différentes demandes quotidiennes. L'activité collective permet d'assurer les tâches de routine, mais aussi d'activer des mécanismes de coordination « spontanés » pour agir dans des situations imprévues ou non planifiées. En effet, les professionnelles étudiées emploient au quotidien de nombreux mécanismes d'adaptation, formels et informels, pour gérer le travail dans des situations perturbées. Les cadres et les soignantes ont un répertoire de routines plus ou moins reconnu pour s'organiser en fonction des différentes solutions de compensation adoptées par l'organisation. Nombre de ces routines ont probablement été développées pour gérer des problèmes ponctuels, mais au fil du temps, elles ont été affinées et légitimées au sein du collectif de travail.

Mais ces régulations peuvent être affectées lorsque des membres de l'équipe soignante ne connaissent pas ces routines et ces façons de faire. Par exemple, il a été constaté que la reconfiguration des équipes locales avec du personnel du pool, du personnel intérimaire ou du personnel mutualisé peut altérer les régulations collectives lorsque les soignantes n'ont pas le niveau d'expertise requis pour travailler au sein du collectif ou ont une vision différente du travail et des manières de le faire. Au contraire, il a été démontré que ces difficultés peuvent être surmontées ou résolues une fois que ces professionnelles se sont familiarisées avec la situation de travail et sont intégrées dans le collectif de travail local.

A son tour, la construction de la qualité dépend aussi de la possibilité de réaliser des régulations verticales pour les acteurs. Les acteurs de chaque niveau ont une relation de dépendance fonctionnelle les uns avec les autres. Les interdépendances entre les différents niveaux impliquent que les actions et les arbitrages entrepris par les acteurs d'un niveau peuvent être une ressource ou un risque pour ceux d'un autre niveau (COFSOH, 2019). Les cadres de santé, par exemple, en étant responsables de la traduction et de l'opérationnalisation des objectifs et des processus définis par l'organisation, doivent trouver des solutions organisationnelles qui soient acceptées par les équipes de soins afin d'être mises en œuvre efficacement. Les équipes de soins doivent assumer officiellement les décisions organisationnelles définies par leur hiérarchie et par la direction, mais leurs actions peuvent influencer les arbitrages effectués par les cadres ou modifier les solutions proposées par la direction. Les régulations verticales, lorsqu'elles sont systématiques et légitimées, peuvent contribuer à modifier les règles officielles définies par la structure organisationnelle.

La recherche a révélé que si les régulations verticales pouvaient être fluides et efficaces entre les cadres de santé (niveau de management intermédiaire) et les équipes soignantes (niveau des équipes de travail), elles pouvaient devenir difficiles à gérer au niveau de la direction (top management). Par exemple, alors que les cadres de santé et les soignantes cherchent régulièrement à se conformer à la maquette organisationnelle, la structure organisationnelle décidait souvent de ne pas fournir de personnel supplémentaire ou prenait trop de temps pour le faire. Ces difficultés dans le processus de régulation peuvent souvent conduire, par exemple, à ce que l'organisation ne respecte pas les normes et les exigences qu'elle se fixe pour assurer le fonctionnement global du système.

3. Conditions pour un système de gestion du personnel soutenable : développer la qualité du travail au sein de l'organisation.

Cette partie traite des conditions d'un système de gestion du personnel favorable à la préservation et au développement de la qualité du travail. Jusque-là, la discussion a surtout porté sur les conséquences du manque de personnel sur la gestion du personnel, d'une part, et sur les performances et la santé des individus et de l'organisation, d'autre part. Cette section présente quatre dimensions qui peuvent contribuer au développement d'un système de gestion du personnel durable. Aucune des dimensions ne peut être considérée comme plus importante que l'autre, mais toutes sont complémentaires.

3.1. Réaliser une estimation réaliste de la dotation en personnel.

Les résultats de l'étude ont mis en évidence les limites des systèmes de gestion prévisionnelle et les difficultés rencontrées dans la gestion quotidienne du personnel. Dans le cas de l'hôpital, disposer d'un personnel suffisant et compétent est particulièrement complexe en raison de la demande de personnel qualifié et parce que les perturbations des RH sont fréquentes.

Dans l'hôpital étudié, comme dans la plupart des établissements de santé, les besoins en personnel sont estimés sur la base d'un calcul du nombre de postes nécessaires au cours d'une journée de travail considérée comme « standard » (c'est-à-dire correspondant au niveau d'activité le plus fréquemment observé) (Gilbert, 2016). Cette approche principalement

quantitative ne permet pas de tenir compte de la variabilité qui existe au sein des situations observées, ni des spécificités du travail dans chaque secteur. Ces dernières années, des tentatives ont été faites dans le secteur de la santé pour compléter cette approche en utilisant des méthodes d'analyse de la charge en soins ou de la charge de travail du personnel de santé (Scott, 2003). Cependant, le problème de l'intégration de ces outils est qu'ils continuent à penser le travail du personnel de santé d'une manière purement quantitative en référence à la situation standard (les demandes, les ressources et les objectifs sont stables).

La présente étude, en revanche, a mis en évidence la variabilité de la charge en soins et la variabilité en termes d'effectifs qui existe dans chaque secteur d'hospitalisation. Elle a également montré que lorsque les pressions augmentent, les professionnels, en fonction des ressources disponibles, peuvent agir de manière plus ou moins satisfaisante pour préserver la qualité. En ce sens, les résultats permettent de souligner les limites des approches quantitatives traditionnellement utilisées pour estimer les effectifs dans les établissements de santé. En plus de se concentrer sur des éléments quantifiables, ces calculs se basent sur une situation de travail moyenne, qui ne tient pas compte des variations qui peuvent apparaître au cours de chaque journée de travail (événements fréquents, peu fréquents ou impensables).

Afin de procéder à une estimation plus réaliste des effectifs, il est proposé de privilégier des approches qualitatives de la gestion du personnel qui tiennent compte du travail réel effectué par les professionnelles. Une perspective plus qualitative et opérationnelle pour estimer les besoins en personnel est appelée « management des compétences » (Dietrich et al., 2010). Dans cette perspective, la gestion prévisionnelle ne consiste pas à calculer un optimum socio-économique, même si les études sont utiles pour préparer les décisions et clarifier l'action. Il s'agit avant tout de résoudre les conflits d'intérêts entre de multiples parties prenantes en trouvant des compromis satisfaisants entre les acteurs (internes et externes). Cette approche permet des estimations raisonnées et l'intégration de critères multidimensionnels tels que la combinaison des compétences ou le niveau de la charge en soins estimée (élevée, modérée, faible).

3.2. Développer les compétences d'arbitrage

Un deuxième élément essentiel pour assurer une gestion efficace et sûre du personnel est le développement des compétences d'arbitrage. Les résultats de cette recherche ont montré l'importance des compétences d'arbitrage à tous les niveaux de l'organisation.

La recherche a montré que les perturbations RH augmentaient la complexité des situations auxquelles les professionnels doivent faire face dans leur travail quotidien. Les situations perturbées obligent les professionnels à rendre des arbitrages pour traiter les problèmes pour lesquels il n'existe pas de solution préétablie. Par exemple, une absence inopinée amène les cadres à décider quel type de solution organisationnelle est le mieux adapté pour compenser cette perturbation. (avec la possibilité d'utiliser différents types de soignantes). La qualité et l'efficacité des solutions proposées dépendaient en partie de la capacité à articuler les ressources, les contraintes et les objectifs pour trouver une réponse efficace à une situation donnée. De même, les soignantes peuvent décider de différentes manières de faire face aux effets induits par les solutions adoptées par les cadres de santé. Elles peuvent décider de déléguer une partie de leurs tâches, de modifier l'organisation du travail, de former du personnel de remplacement, etc.

En ce sens, les compétences d'arbitrage sont importantes car elles offrent un éventail d'actions possibles (Masson, 2013). Elles permettent de traiter des problèmes complexes, souvent indéfinis, pour lesquels il n'existe pas de bonne solution. Ils peuvent être utilisés pour gérer des événements critiques ou ordinaires. Dans le cas des cadres et des soignantes étudiées, disposer de cette ressource leur permettait d'avoir un plus grand espace d'autonomie et facilitait l'appropriation du prescrit (en facilitant l'intégration des éléments « réglés » et « gérés » dans une situation donnée) (COFSOH, 2019).

Les compétences d'arbitrage peuvent être développées par la reconnaissance et la discussion des pratiques entre pairs et/ou avec les hiérarchies. La mise en discussion des compétences d'arbitrage permet de discuter des pratiques utiles, d'explorer les choix possibles, de développer ses propres ressources, etc. L'ergonomie peut aider à la reconnaissance et au développement de ces compétences d'arbitrage par des techniques d'explicitation ou de confrontation (Caroly et Barcellini, 2013), qui permettent de formaliser les compétences développées par les uns et les autres dans des situations de travail spécifiques.

3.3. Soutenir l'activité collective conjointe

Une dotation en personnel satisfaisante en termes de quantité et de qualité dépend en grande partie de l'implication et de la coordination de plusieurs acteurs, jouant souvent des rôles à différents niveaux de l'organisation. Comme on l'a vu dans l'étude, les cadres et les soignantes utilisent de nombreux mécanismes d'adaptation collectifs, formels et informels, pour organiser les équipes et gérer le travail au quotidien. Cependant, si ces routines sont utilisées tous les jours et légitimées par le collectif de travail de référence, elles sont généralement peu formalisées et méconnues des hiérarchies et des acteurs extérieurs au groupe de référence. De même, les processus de coordination verticale sont mis en œuvre chaque jour, mais les acteurs ignorent - en raison de leur caractère implicite et non formalisé - l'existence de mécanismes de coordination transversale.

Ces dernières années, certains travaux émergents en ergonomie ont mis en évidence différentes conditions qui peuvent contribuer au développement d'une activité collective conjointe (Motté, 2012 ; Arnoud et Falzon, 2014). Deux pistes d'action peuvent être mises en avant, toutes deux complémentaires.

Une première consiste redéfinir le processus de travail lui-même ou concevoir des dispositifs techniques pour soutenir l'activité collective (Caroly et Barcellini, 2013). Une condition essentielle pour assurer le déploiement du travail collectif est de disposer d'un environnement permettant aux individus d'interagir et de se coordonner de manière efficace et sûre (Caroly, 2011). En ce sens, la structure organisationnelle, en plus d'offrir la marge de manœuvre nécessaire pour réaliser le travail et apprendre (Guerin et al., 1997), doit assurer que les processus, les outils et les supports de travail soient adaptables, c'est-à-dire que les travailleurs puissent les mettre « à leur main » (Petit, 2005). Cela peut contribuer par exemple aux processus d'adaptation et d'apprentissage du personnel qui ne sont pas encore familiarisés avec une situation de travail (par exemple, le personnel de remplacement).

Une deuxième voie consiste à développer/construire des espaces de débat pour partager des critères sur la qualité du travail et la réélaboration des règles (Caroly et Barcellini, 2013). De nombreuses pratiques et routines de coordination adoptées par les équipes de travail ont été développées dans la situation de travail sur la base d'une discussion - souvent informelle - des

règles et des critères de qualité du travail (Dejours et al., 1994 ; Davezies, 2006 ; Clot, 2010 ; Daniellou et al., 2010). En ce sens, des travaux en ergonomie ont montré que l'activité collective peut être encouragée par l'existence d'espaces favorisant la discussion sur l'activité de travail et les difficultés rencontrées dans le travail (Domette, 2019). La discussion collective des critères et des pratiques peut contribuer à construire une représentation partagée de la gestion du personnel et du processus de construction de la qualité. Cela implique d'outiller les collectifs de dispositifs méthodologiques qui contribuent à la création d'espaces de discussion entre professionnels du même niveau et de niveaux différents (Caroly et Barceliini, 2013). Les méthodes de confrontation croisée (Clot, 1999) ou la méthode du jugement différentiel d'acceptabilité (Nascimento, 2009) peuvent contribuer à mettre en évidence la participation, la relation et le rôle de chaque acteur dans le processus de travail.

3.4. Management de ressources humaines durable : développer la qualité du travail

Une dernière condition favorable à la gestion du personnel est le développement d'un management soutenable des ressources humaines. Il s'agit d'une forme de management qui vise à promouvoir le développement des personnes tout en intégrant l'efficacité et la sécurité du système. Les résultats ont montré (chapitre 7) que des facteurs tels que la proximité des responsables, la qualité des solutions organisationnelles et la mise à disposition de ressources en personnel satisfaisantes sont importantes pour les conditions de travail des équipes. Ainsi, on peut affirmer que ce mode de gestion peut être favorisé par trois éléments.

Le premier est le souci de la hiérarchie et de l'encadrement de préserver et d'encourager la qualité du travail dans l'organisation. Faire un travail « bien fait », c'est la possibilité de produire les résultats attendus, en utilisant ses propres normes de travail, en employant ses propres compétences en interaction avec d'autres (Falzon, 2013b). Il s'agit de pouvoir faire un travail qui soit reconnaissable à ses propres yeux et aux yeux des autres (hiérarchie, collègues, patients, etc.) (Clot, 2010). Son développement implique non seulement de garantir les aspects liés au contenu du travail, mais aussi de se préoccuper des conditions de travail et de la qualité de l'emploi (Guerin et al., 2021). Dans le cas du personnel de santé, en accord avec Thériault et al.

(2019), trois éléments peuvent être reconnus comme contribuant au développement de la qualité du travail (dans l'idéal) :

- assurer que le niveau des ressources en termes de quantité et de qualité de la main-d'œuvre est suffisant pour fournir des services aux différents niveaux de l'organisation (hôpital, service, secteur).
- assurer que la composition des équipes (personnel permanent, temporaire, intérim, sous-traitants) permet une performance satisfaisante qui réponde aux exigences de qualité et de sécurité (charge en soins, complexité des tâches, etc.).
- assurer la stabilité des équipes, c'est-à-dire maximiser la participation de la main-d'œuvre disponible et assurer des conditions de travail qui garantissent le déploiement efficace des compétences des professionnels dans la situation de travail.

D'autre part, il est important que le management des ressources humaines puisse encourager une vision intégrée de la qualité et de la sécurité (Nascimento et al., 2013). Il s'agit d'un type de management qui s'attache à intégrer les dimensions « réglée » et « gérée » dans les processus de travail, et qui prend en compte les dimensions collectives du travail dans les organisations (en articulant les échanges ascendants et descendants). Plutôt que de faire appel à des règles, ce mode de management privilégie la compréhension des décisions des acteurs en accordant une place centrale à l'autonomie, au comportement responsable des acteurs et à la recherche d'arbitrages raisonnés et partagés.

Enfin, une gestion durable des ressources humaines devrait encourager le pouvoir d'action et l'autonomie des individus à tous les niveaux de l'organisation. Cette idée est similaire à la notion de subsidiarité organisationnelle développée en ergonomie (Petit, Dugué, Daniellou, 2011 ; Petit, 2020) et dans d'autres disciplines telles qu'en droit (Rivolin, 2005), en économie (Gomez, 2011) et en sciences de gestion (Pradines, 2004 ; Detchessahar, 2013). Le principe de subsidiarité consiste à situer la source du pouvoir au niveau le plus proche de ses effets pratiques et à ne remonter à un niveau plus large que les décisions qui ne peuvent être prises localement (Merceron, 2016). Ainsi, l'échelon supérieur s'abstient de faire ce qu'un échelon inférieur pourrait faire et, inversement, l'échelon supérieur ne réalise que ce que l'échelon inférieur ne peut réaliser (Pradines, 2004). La subsidiarité considère l'organisation par le bas et vise principalement à préserver le pouvoir d'agir des individus.

4. Perspectives de recherche

Le présent travail de recherche peut être considéré comme une contribution de l'ergonomie à la compréhension des activités de gestion des ressources humaines et des différents mécanismes organisationnels qui expliquent leur développement. En particulier, la recherche permet d'établir une relation entre la gestion des ressources humaines et d'autres dimensions telles que la qualité et la sécurité dans les systèmes à risques. En ergonomie, la plupart des travaux consacrés à la GRH se concentrent sur la discussion d'échanges interdisciplinaires (Hubault, 2005, 2006 ; Grosdemouge, 2017) ou sur l'analyse des effets des pratiques de gestion sur la santé et la performance organisationnelle (Grosdemouge et al., 2014 ; Flamard, 2018). Mais peu d'études se penchent sur l'influence des pratiques de gestion des ressources humaines sur la sécurité des systèmes, notamment en concevant la gestion RH comme une activité en soi.

L'étude a montré comment les stratégies et les décisions en matière de RH (prises par la direction) sont assimilées et adaptées par les acteurs de terrain - cadres et équipes de travail - pour gérer les perturbations quotidiennes en matière de personnel. Le déficit chronique de personnel entraîne des pressions sur le système qui conduisent les acteurs à produire des solutions RH qui cherchent à adapter le fonctionnement du système au contexte actuel. La capacité des acteurs à reconfigurer les ressources permet de les rendre fonctionnelles et d'assurer un fonctionnement partiellement acceptable (même si les régulations peuvent être coûteuses pour les individus lorsqu'elles sont systématiquement adoptées). La gestion du personnel est une activité distribuée, un processus soutenu collectivement par des acteurs à différents niveaux, qui cherchent à travers différentes logiques à assurer les objectifs d'efficacité et de préservation de la santé de l'organisation. Lorsque les ressources socio-techniques disponibles (individuelles, collectives, organisationnelles) ne permettent pas de soutenir cette activité conjointe, il existe un risque de fragmentation du système (en termes de performance, de sécurité et de santé).

Au-delà des contraintes et des risques générés par le manque de personnel dans le système étudié, la recherche a révélé que les ressources construites dans l'organisation pour gérer le personnel étaient importantes pour éviter un plus grand affaiblissement du système. En effet, des ressources telles que l'existence de compétences d'arbitrage efficaces et la possibilité de déployer une activité conjointe de qualité permettent aux systèmes de traiter des aléas qui

affectent le système de manière récurrente. L'identification de cette capacité des systèmes à adapter et reconfigurer les ressources en personnel en fonction des contingences, permet de mettre en évidence au moins deux contributions importantes de notre recherche.

La première est liée à l'idée que la prévision et la gestion du personnel sont traditionnellement conçues dans une perspective d'adéquation en termes de volume d'emplois et de stock de compétences. Bien qu'une estimation judicieuse des besoins en personnel soit essentielle pour assurer le fonctionnement du système, notamment en raison des risques qu'un manque de personnel et de compétences peut engendrer, cette variable n'est pas suffisante pour garantir un ajustement efficace des effectifs. A cet égard, nos recherches ont montré que l'ajustement du personnel exige l'utilisation de compétences d'arbitrage et de mécanismes d'adaptation développés par les acteurs sur le terrain ; ils permettent de reconfigurer les ressources en personnel disponibles en termes de quantité et de qualité. Cette découverte met en évidence le fait qu'il ne suffit pas de mieux estimer le volume des emplois ou des compétences, mais qu'il faut aussi promouvoir la construction de ressources qui contribuent à la préservation et au développement de cette capacité d'adaptation des organisations.

Le second concerne le rôle des acteurs de terrain dans la construction de solutions et la régulation des décisions en matière de RH. Bien que, dans un sens traditionnel, la GRH soit conçue comme une fonction centralisée de l'entreprise, la recherche a montré que la mise en œuvre des décisions et des processus RH dépend du soutien des collaborateurs de terrain. Or, nos recherches ont montré qu'une GRH efficace nécessite une activité conjointe coordonnée à différents niveaux de l'organisation. Cela met en évidence le fait que les pratiques de gestion peuvent être déployées très différemment selon le contexte et le rôle de chaque acteur dans l'organisation. Dans un contexte de complexité croissante des processus RH, le manque d'articulation de cette activité collective conjointe peut conduire à la fragmentation des RH et rendre le système plus vulnérable aux changements futurs. En ce sens, il semble essentiel pour les organisations de soutenir et d'encourager l'articulation des pratiques RH à différents niveaux de l'organisation.

Ces deux contributions de notre étude prennent une nouvelle pertinence à la lumière de la crise sanitaire actuelle, qui a profondément affecté le monde du travail. Au cours de cette période, plusieurs secteurs (santé, finance, industrie, éducation, etc.) ont été touchés par des bouleversements majeurs qui ont mis en évidence les limites des modèles contemporains de

gestion des ressources humaines (Grimault, 2021 ; Frimousse et Peretti, 2021). Le cas des hôpitaux est emblématique, notamment en France, où la crise est survenue à un moment où ces établissements subissaient une pression financière importante et l'adoption de politiques RH visant à rationaliser et à flexibiliser la main-d'œuvre (Ramdani, 2021). Face à cette situation, les établissements de santé se sont retrouvés avec un effectif insuffisant pour gérer la crise et avec de grandes difficultés à recruter en raison de la forte demande d'embauche de ce personnel (Bergeron et al., 2020). Afin de faire face à la situation, la plupart des établissements ont dû recourir à des pratiques de reconfiguration du personnel et à des stratégies alternatives de gestion RH.

Malgré cela, l'opinion générale des chercheurs et des autorités, du moins en France, est que les hôpitaux ont réussi à faire face à la crise malgré les difficultés existantes (Nobre, 2020). Pour expliquer cette capacité d'adaptation, certains auteurs ont mis en avant la capacité d'innovation ou de résilience des systèmes de santé, tout en soulignant l'engagement des professionnels du secteur (Bertoni et al., 2021 ; Carayon et Perry, 2021). Cependant, à la lumière des résultats obtenus dans notre recherche, il est possible de suggérer qu'une partie de la réussite des systèmes de soins à ne pas s'effondrer dans ce contexte est due à la construction préalable de ressources pour gérer et reconfigurer la main-d'œuvre. Dans cette perspective, l'étude des mécanismes organisationnels qui contribuent au développement de chaque capacité d'adaptation peut ouvrir des pistes intéressantes pour comprendre la performance des systèmes en situation de crise et aussi pour contribuer à leur préparation à ce type de situation.

Bibliographie

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(6), 119-148.

Aguasca, K., Berion, C., De Jaham, C., Duforeau, R., Ecourtemer, E. ... & Werbrouck, V. (2016). Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé : quels ratios d'effectifs dans les services de soins et comment sont-ils calculés ?. *Module interprofessionnel de santé publique*. École des Hautes Études en Santé Publique.

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993.

Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2012). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *The Journal of nursing administration*, 42, S10.

Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The lancet*, 383(9931), 1824-1830.

Amalberti, R. (2013). *Piloter la sécurité: théories et pratiques sur les compromis et les arbitrages nécessaires*. Springer.

Anthony, R. N. (1965). *Planning and control systems: a framework for analysis*. Harvard University Press.

Arborio, A. M. (1995). Quand le sale boulot fait le métier: les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 93-126.

Arnaudo, B., Léonard, M., Sandret, N., Cavet, M., Coutrot, T., Rivalin, R., & Thierus, L. (2013). Les risques professionnels en 2010. *Références en Santé Travail*, 130, 59-74.

Arnoud, J. (2013). *Conception organisationnelle : pour des interventions capacitantes*. Thèse de doctorat en ergonomie, Cnam, Paris

Arnoud, J. & Falzon, P. (2014). Favoriser l'émergence d'un collectif transverse par la co-analyse constructive des pratiques. *Le travail humain*, 77, 127-153.

- Arnoud, J., & Falzon, P. (2017). Intervenir "sur" l'organisation : vers un cadre méthodologique. *Ulmann, A. L. Weill-Fassina, A., Benchekroun, H (Eds.) (2017). Intervenir – Histoires, recherches, pratiques.* Octarès, 2017.
- Atkinson, J. (1984). *Flexibility, uncertainty and manpower management* (p. 89). Institute of Manpower Studies.
- Avila Assunção, A. (1998). *De la déficience à la gestion collective du travail : les troubles musculo-squelettiques dans la restauration collective.* Thèse de doctorat d'ergonomie, Paris V: Ecole pratique des hautes Etudes.
- Azadeh, A., & Zarrin, M. (2016). An intelligent framework for productivity assessment and analysis of human resource from resilience engineering, motivational factors, HSE and ergonomics perspectives. *Safety science*, 89, 55-71.
- Bagnara, S., Parlangei, O., & Tartaglia, R. (2010). Are hospitals becoming high reliability organizations?. *Applied ergonomics*, 41(5), 713-718.
- Ball, J. (2010). *Guidance on safe nurse staffing levels in the UK.* RCN.
- Barbier, J. C., & Nadel, H. (2000). *La flexibilité du travail et de l'emploi.* Flammarion.
- Barbier, J. C. (2012). Flexibilité. A.Bevort, A.Jobert, M. Lallement, et A. Mias, (dir.), *Dictionnaire du travail* (p. 315-320). Presses universitaires de France
- Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of management*, 17(1), 99-120.
- Bazet, I. (2002). Le plan ou la prescription de l'engagement. In Groupe Régional d'Action sur le Travail (GREACT) (Org.), *Actes du 37e Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française (SELF)*. <https://ergonomieself.org/document/le-plan-ou-la-prescription-de-lengagement/>.
- Beck, U. (1998). *World Risk Society.* Polity Press.
- Beck, U. (2014). *The brave new world of work.* John Wiley & Sons.
- Becker, G. (1993). *Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education.* University of Chicago press.

- Becker, K., & Smidt, M. (2016). A risk perspective on human resource management: A review and directions for future research. *Human Resource Management Review*, 26(2), 149-165.
- Belorgey, N. (2016). *L'hôpital sous pression: enquête sur le " nouveau management public"*. Editions La Découverte.
- Bergeron, H., Borraz, O., Castel, P., Dedieu, F. (2020). *Covid-19 : une crise organisationnelle*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Bertoni, V. B., Ransolin, N., Wachs, P., & Righi, A. W. (2021, June). Resilience, Safety and Health: Reflections About Covid-19's Assistance. In *Congress of the International Ergonomics Association* (pp. 239-245). Springer.
- Birch, S., Kephart, G., Murphy, G. T., O'Brien-Pallas, L., Alder, R., & MacKenzie, A. (2009). Health human resources planning and the production of health: development of an extended analytical framework for needs-based health human resources planning. *Journal of Public Health Management and Practice*, 15(6), S56-S61.
- Böhle, F., & Milkau, B. (1998). *De la manivelle à l' écran: l' évolution de l' expérience sensible des ouvriers lors des changements technologiques*. Eyrolles.
- Bonnefond, J. Y. (2016). *L'intervention dans l'organisation en clinique de l'activité: le dispositif " DQT" RENAULT à l'usine de Flins*. Thèse de doctorat en ergonomie, Cnam, Paris
- Boxall, P. (2007). The goals of HRM. Dans P. Boxall, J. Purcell, et P. Wright (coord), *The Oxford handbook of human resource management* (p. 48-67). Oxford University Press.
- Boxall, P., Purcell, J., & Wright, P. M. (2007). Human resource management : scope, analysis and significance. Dans P. Boxall, J. Purcell et P.M. Wright (dir), *The Oxford handbook of human resource management* (pp.1-16). Oxford University Press.
- Boyer, R. (1986). *La flexibilité du travail en Europe: une étude comparative des transformations du rapport salarial dans sept pays de 1973 à 1985*. Editions la Découverte.
- Butler, M. P., Cassidy, I., Quillinan, B., Fahy, A., Bradshaw, C., Tuohy, D., ... & Tierney, C. (2011). Competency assessment methods—Tool and processes: A survey of nurse preceptors in Ireland. *Nurse education in practice*, 11(5), 298-303.

Canales-Bravo N (2017) *La construction de la qualité des soins: le cas des infirmières dans un service d'hospitalisation en neurologie*. Mémoire de master en ergonomie, Cnam Paris

Canales-Bravo, N., Nascimento, A., & Falzon, P. (2018a). Qualité construite en neurologie : stratégies pour l'organisation des soins infirmiers. *Actes du 53e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française (Self)*. Oct, Bordeaux, France.

Canales-Bravo, N., Nascimento, A., & Falzon, P. (2018b). Constructing Quality of Care in Neurology: Anticipation Strategies of a Team of Nurses. In *Congress of the International Ergonomics Association* (pp. 157-165). Springer.

Carayon, P., & Perry, S. (2021). Human factors and ergonomics systems approach to the COVID-19 healthcare crisis. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(Supplement_1), 1-3.

Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., & Gurses, A. P. (2014). Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied ergonomics*, 45(1), 14-25.

Carballeda, G. (1997). Les cadres des travailleurs en difficulté. *Performances humaines & techniques*, 91, 11-15.

Carballeda, G. & Garrigou, A. (2001). Derrière le « stress », un travail sous contraintes. Dans A. Grelon, G. Groux, J. Laufer, et Y.F Livian Y.F (Eds), *Cadres : la grande rupture* (pp. 89-105). Editions La Découverte.

Carney, B. M., & Getz, I. (2009). *Freedom, Inc.: Free your employees and let them lead your business to higher productivity, profits, and growth*. Crown Business.

Caroly, S., & Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail: développer des stratégies d'expérience. *Formation emploi*, 88(1), 43-55.

Caroly, S., & Weill-Fassina, A. (2007). En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de services interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie?. *Activités*, 4(4-1).

Caroly, S. (2010). L'activité collective et la réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail. Habilitation à diriger des recherches mention ergonomie, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France.

Caroly, S. (2011). Activité collective et réélaboration des règles comme ressources pour la santé psychique: le cas de la police nationale. *Le travail humain*, 74(4), 365-389.

Caroly, S., & Barcellini, F. (2013). Le développement de l'activité collective. In *Ergonomie constructive* (pp. 33-46). Presses universitaires de France.

Caroly, S. (2016). Collective du travail. Dans Valléry, G., Bobillier-Chaumon, M. E., Brangier, E., & Dubois, M.. *Psychologie du travail et des organisations: 110 notions clés* (pp. 101-104). Dunod.

Cascio, W. F. (2010). Managing Human Resources: Productivity, Quality of Work Life, Profits. *Language*, 31(719p), 26.

Catchpole, K., & Jeffcott, S. (2016). Human Factors and Ergonomics Practice in Healthcare. In Schorrock & Williams (Eds.), *Human Factors and Ergonomics in Practice: Improving System Performance and Human Well-Being in the Real World*, 181.

Cegarra, J. (2004). *La gestion de la complexité dans la planification : le cas de l'ordonnancement*. Thèse de doctorat en psychologie ergonomique, Université Paris 8.

Cerf, M., Valléry, G., & Boucheix, J. M. (2004). 34. Les activités de service: enjeux et développements. In P. Fazlon (Eds.) *Ergonomie* (pp. 565-581). Presses universitaires de France.

Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American journal of infection control*, 40(6), 486-490.

Clarke, N & Donaldson, N. (2008). Nurse staffing and patient care quality and safety. In *Patient safety and quality: An evidence based handbook for nurses*, Editor Hughes RG, Rockville, 2008

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Presses Universitaires de France.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Editions La Découverte.

Clot, Y., Bonnefond, J., Bonnemain, A., Zittoun, M. (2021). *Le prix du travail bien fait: La coopération conflictuelle dans les organisations*. Editions La Découverte.

Comité d'orientation sur les facteurs sociaux, organisationnels et humains, COFSOH (2019). *Développer la sécurité. Synthèse des travaux du groupe de travail D*. <https://www.asn.fr/tout-sur-l-asn/cofsoh>

Corrigan, J. M. (2005). *Crossing the quality chasm. Building a better delivery system*. National Academy Press.

Cortès, N. (2010). *Manuel de secours à l'usage des cadres de santé*. Wolters Kluwer France.

Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Editions du Seuil.

Cru, D. (2016). Les règles du métier. *Travailler*, (1), 35-52.

Curson, J., Dell, M., Wilson, R., Bosworth, D., & Baldauf, B. (2010). Who does workforce planning well? Workforce review team rapid review summary. *International journal of health care quality assurance*.

Cuvelier, L., & Falzon, P. (2015). The collective construction of safety : A trade-off between «understanding» and «doing» in managing dynamic situations. *Applied ergonomics*, 47, 117-126.

Cuvelier, L. (2016). *Agir face aux risques, regard de l'ergonomie*. Numéro 2016-01 de la Collection *Les Regards sur la sécurité industrielle*, Fondation pour une culture de sécurité industrielle, Toulouse, France.

Daniellou, F. (1999). *Le statut de la pratique et des connaissances dans l'intervention ergonomique de conception*. Thèse de doctorat en ergonomie, Université Bordeaux 2, Bordeaux.

Daniellou, F. (2005). The French-speaking ergonomists' approach to work activity : cross-influences of field intervention and conceptual models. *Theoretical issues in ergonomics science*, 6 (5), 409-427.

Daniellou, F., & Rabardel, P. (2005). Activity-oriented approaches to ergonomics: some traditions and communities. *Theoretical issues in Ergonomics science*, 6 (5), 353-357.

- Daniellou, F. (2008). Développement des TMS: désordre dans les organisations et fictions managériales. *2ème congrès francophone sur les TMS–Montréal. IRSST.*
- Daniellou, F. (2010). L'ergonome et les gestionnaires de ressources humaines : intervenir pour prévenir les risques du travail. Dans *Actes des Journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie « L'ergonome et les gestionnaires de ressources humaines : intervenir pour prévenir les risques du travail »* (p. 11-28). Bordeaux, France.
- Daniellou, F., Boissières, I., & Simard, M. (2010). *Les facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle: un état de l'art.* de la Collection *Les Regards sur la sécurité industrielle*, Fondation pour une culture de sécurité industrielle, Toulouse, France.
- Daniellou, F. (2013). Les facteurs humains et organisationnels dans les projets de conception d'un système à risques. *Cahiers de la Sécurité Industrielle, 5.*
- Davezies, P. (2005). La santé au travail, une construction collective. *Santé et travail, 52*, 24-28.
- Davezies, P. (2006). Chapitre Une affaire personnelle ? In L. Théry (Eds), *Le travail intenable* (pp. 138–168). Editions La Découverte.
- De la Garza, C., & Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. In A. Weill-Fassina, A., & T.H. Benchekroun (Eds.), *Le travail collectif: perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 217-234). Octarès Éditions
- De Nanteuil, M., & El Akremi, A. (2013). *La société flexible.* Eres.
- Dejours, C., Dessors, D., & Molinier, P. (1994). Comprendre la résistance au changement. *Documents du médecin du travail, 58(2)*, 112-117.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale.* Seuil.
- Dejours, C. (2006). La Flexibilité, ou l'autre nom de la servitude. Dans M. Husson (dir), *Travail flexible, salariés jetables. Fausses questions et vrais enjeux de la lutte contre le chômage* (pp. 52-63). Editions La Découverte.
- Dejoux, C., Pennaforte, A., Condomines, B., Gréselle-Zaïbet, O., Bender, A. F., & Storhaye, P. (2020). *Fonctions RH. Des stratégies, métiers et outils en transformation.* Pearson.

Dekker, S. (2018). *The Safety Anarchist. Relying on Human Expertise and Innovation, Reducing Bureaucracy and Compliance*. Routledge, Taylor & Francis Group.

Delgoulet, C. (2001). La construction des liens entre situations de travail et situations d'apprentissage dans la formation professionnelle. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (3-2).

Delgoulet, C. & Vidal-Gomel, C. (2013). Le développement des compétences : une condition pour la construction de la santé et de la performance au travail. Dans *Ergonomie constructive* (pp. 17-32). Presses universitaires de France.

Denys, D. (2013). *Comment les ressources du milieu peuvent aider les travailleurs à réguler les risques. Le cas de la manutention*. Colloque « Environnement capacitant : Concept et applications ». IRSST (Montréal) : 30 mai 2013. Ressources vidéo de l'IRRSST : <http://www.irsst.qc.ca/webtv-aider-travailleurs-risques-manutention.html>.

Denzin, N. (1978). Triangulation: A case for methodological evaluation and combination. *Sociological methods*, 339-357.

Detchessahar, M. (2001). Quand discuter, c'est produire... Pour une théorie de l'espace de discussion en situation de gestion. *Revue française de gestion*, 132, 32-43.

Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 19 (1), 57-80.

Detchessahar, M. (2019). *L'entreprise délibérée : refonder le management par le dialogue*. Nouvelle Cité.

Devigne, M., Damart, S., Kletz, F., Habib, J., Detchessahar, M., Krohmer, C., & Laurent, B. (2016). *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : comprendre et agir*. Presses des Mines.

Dietrich A., & Pigeys F. (2005). *La Gestion des Ressources Humaines*. Editions La Découverte.

Dietrich, A., Gilbert, P., Pigeys, F. (2010). *Management des compétences : Enjeux, modèles et perspectives*. Dunod.

Dietrich, A. & Pigeys, F. (2016). *La gestion des ressources humaines*. Editions La Découverte.

- Domette, L. (2019). *Les dispositifs de discussion sur le travail: conception pour l'usage, conception dans l'usage*. Thèse de doctorat en ergonomie, Cnam, Paris
- Driscoll, A., Grant, M. J., Carroll, D., Dalton, S., Deaton, C., Jones, I., ... & Astin, F. (2018). The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(1), 6-22.
- Drucker, P. (1993). *Post capitalist society*. New York C: Harper Business.
- Dubois, C. A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC health services research*, 12 (1), 1-15.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied nursing research*, 24(4), 244-255.
- Durand, J. P. (2017). *La fabrique de l'homme nouveau. Travailler, consommer et se taire?*. Bord de l'eau (Le).
- Dyer L., Shafer R. (1998), *From Human Resource Strategy to Organizational Effectiveness: Lessons from Research on Organizational Agility*. CAHRS Working Paper Series, Cornell University.
- Erven, B. (2009). The role of human resource management in risk management. *Department of Agricultural, Environmental and Development Economics, Ohio State University*, 6.
- Estryn-Béhar, M., & Vinck, L. (2002). La relation de soins à l'hôpital entre une ardente obligation et une ardente contradiction. *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie*, 77-95.
- Estryn-Béhar M. (2008) *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes: EHESP.
- Everaere, C. (2012). Flexibilité appliquée aux ressources humaines. Compatibilités et contradictions. *Revue française de gestion*, (2), 13-32.
- Everaere, C. (2014). Flexibilité et RPS. Dans Zawieja P. et Guarnieri F., *Dictionnaire des risques psychosociaux* (pp. 325-327). Le Seuil.

- Fabre, A. (2009). Première lecture du projet d'accord national interprofessionnel sur la GPEC. *Revue de droit du travail*, (1), 34-36.
- Falzon P. (1996). Les activités métafonctionnelles et leur assistance. *Le Travail humain*, 57 (1),1-23.
- Falzon, P., & Teiger, C. (1999). Ergonomie et formation. *Traité des sciences et des techniques de la formation*, 145-162.
- Falzon, P. (2004). Nature, objectifs et connaissances de l'ergonomie. Dans : P. Falzon (Coord.), *Ergonomie* (p.15-35). Presses Universitaires de France.
- Falzon, P., & Mollo, V. (2009). Para uma ergonomia construtiva : As condições para um trabalho capacitante (Pour une ergonomie constructive : les conditions d'un travail capacitant). *Laboreal*, 5 (1), 61-69.
- Falzon, P. & Teiger, C. (2011). Ergonomie, formation et transformation du travail. Dans P. Carré (éd.), *Traité des sciences et des techniques de la formation* (p. 143-159). Dunod.
- Falzon, P., Nascimento, A., Gaudart, C., Piney, C., Dujarier, M. A., & Germe, J. F. (2012). Performance-based management and quality of work: an empirical assessment. *Work*, 41(Supplement 1), 3855-3860.
- Falzon, P. (2013a). Pour une ergonomie constructive. Dans : Pierre Falzon éd., *Ergonomie constructive* (pp. 1-16). Presses Universitaires de France.
- Falzon, P. (2013b). Le travail bien fait. Dans : Prunier-Poulmaire, S.. *Le bonheur au travail?: regards croisés de dessinateurs de presse et d'experts du travail* (p.55-56)l. Recherche Midi.
- Falzon, P., Dicioccio, A., Mollo, V., & Nascimento, A. (2014). Qualité réglée, qualité gérée. In D. Lhulilier (Eds.), *Qualité du travail, qualité au travail*, (27-40). Octarès.
- Falzon, P. (2016). Ergonomie constructive : le développement comme objectif et comme moyen du changement des organisations du travail et du maintien en emploi. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 77(3), 362.
- Falzon, P. (2019). La sécurité des systèmes à risque : développer les compétences d'arbitrage. Dans : Bourdu, E., Lallement, M., Weil, T., & Pierre, V. (2019). *Le travail en mouvement* (P. 148-159). Press des Mines.

Fernagu-Oudet, S. (2012). Concevoir des environnements de travail capacitants comme espace de développement professionnel : le cas du réseau réciproque d'échanges des savoirs à La Poste. *Formation Emploi*, 119, 7-27 (2)

Ferrary, M. (2014). *Management des ressources humaines: Entre marché du travail et acteurs stratégiques*. Dunod.

Flamard, L. (2018). *La robustesse en ordonnancement : une activité d'articulation des dimensions économiques et sociales : la commande du personnel de vente à la SNCF*. Thèse de doctorat en ergonomie, Cnam, Paris.

Flamard, L., Nascimento, A., Falzon, P., & Tirilly, G. (2020). Planifier les affectations spatio-temporelles d'autrui: l'articulation d'enjeux économiques et sociaux par des ordonnanceurs. *Activités*, 17 (1).

Fleitman, J. (2008). *Evaluación integral para implantar modelos de calidad*. Editorial Pax.

Flick, U. (2008). *Managing quality in qualitative research*. Sage.

Frimousse, S. & Peretti, J. (2021). Quel style de management dans l'organisation post-Covid ?. *Question(s) de management*, 34, 97-171.

Garcia, F., Hélène, D., Ravache, A. E., Bitot, T., Chaumon, M.E., Milanini-Magny, G., & Estryn-Behar, M. (2011). Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *Activités*, 8 (1).

Gaudart, C., Pondaven, S. (1998). Polyvalence, vieillissement et expérience dans deux métiers de la sidérurgie. *Actes du XXXIIIe Congrès de la SELF" Temps et Travail*, 599-609.

Gaudart, C., Weill-Fassina, A. (1999). L'évolution des compétences au cours de la vie professionnelle : une approche ergonomique. *Formation Emploi*, 67.

Gaudart, C. (2003), La baisse de la polyvalence avec l'âge : question de vieillissement, d'expérience, de génération ? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 5-2.

Gaudart, C. & Falzon, P. (2012). Dans : A.Bevort, A.Jobert, M. Lallement, et A. Mias, (dir.), *Dictionnaire du travail* (p. 274-280). Presses universitaires de France.

Gheorghiu, M. & Moatty, F. (2020). Les équipes de travail à l'hôpital fragilisées par les réformes. *Le monde des collectifs: enquêtes sur les recompositions du travail*, 121.

Gilbert, P. (1999). La gestion prévisionnelle des ressources humaines: histoire et perspectives. *Revue française de gestion*, 66-75.

Gilbert, P. (2006). *La gestion prévisionnelle des ressources humaines*. Editions La Découverte.

Gilbert, P. (2020). Gestion prévisionnelle des ressources humaines (GPEC). Dans : Gérard Valléry éd., *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (pp. 228-233). Paris: Dunod.

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge.

Golden, L. (2001). Flexible work schedules: who gets them? *American Behavioural Scientist*, 44(7), 1157.

Gomez, P-Y. (2011), Renouer avec la subsidiarité comme principe de gouvernance, *Le Monde Economie*, 13 juin 2011, Chronique de Pierre-Yves Gomez.

Gonon O. Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français. *Perspective Interdisciplinaire de Travail et Santé*, 2003;5(1)

Gorz, A (2004). *Métamorphoses du travail, critique de la raison économique*. Folio-Essais.

Grasser B. et Noel, F. (2017). *Ressources Humaines: enjeux, stratégies, processus: Label Fnege 2018 dans la catégorie Manuel*. Vuibert.

Grimault, V. (2021). Un monde du travail chamboulé. *Alternatives Économiques*, 415, 22-26.

Grosdemouge, L., Grivel, R. et Massoni, D. (2014). Ergonomes et responsables des ressources humaines dans la conduite d'une démarche de prévention de la pénibilité. *Actes des 21e Journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie : L'ergonome et du travail des managers* (pp. 57-62), Bordeaux, France.

Grosdemouge, L. (2017). *Comprendre le travail des professionnels des ressources humaines pour développer leur pouvoir d'agir : le cas d'une intervention ergonomique dans un groupe de l'industrie chimique*. Thèse de doctorat en ergonomie, Université de Bordeaux, Bordeaux.

Guérin, F., Laville, A., & Daniellou, F. (1997). *Comprendre le travail pour le transformer: la pratique de l'ergonomie*. Editions de l'ANACT.

Guérin, F., Pueyo, V., Béguin, P., Garrigou, A., Hubault, F., Maline, J., & Morlet, T. (2021). *Concevoir le travail, le défi de l'ergonomie*. Octarès.

Haegel, A. (2016). *Toute la fonction Ressources Humaines-3e éd.: Savoirs-Savoir-faire-Savoir-être*. Dunod.

Haegel, A. (2020). *La boîte à outils des Ressources Humaines - 3e éd.*. Paris: Dunod.

Hignett, S., Jones, E. L., Miller, D., Wolf, L., Modi, C., Shahzad, M. W, & Catchpole, K. (2015). Human factors and ergonomics and quality improvement science: integrating approaches for safety in healthcare. *BMJ Quality & Safe*, 24(4), 250-254.

Hollnagel, E., Pariès, J., Woods, D.D., & Wreathall, J. (2011). *Resilience Engineering in Practice. A Guidebook*. Ashgate.

Hubault, F. (2005). Ergonomie et GRH, quelle convergence pour changer la condition du travail ? Dans *Actes du séminaire Paris 1 : Activités, travail, ressources humaines : parle-t-on de la même chose ? Les stratégies du changement en question* (p. 1-14). Octarès.

Hubault, F. (2006). Le travail, un défi pour la GRH. *Actes du XVIIème congrès de l'AGRH. Le travail au coeur de l'AGRH* (pp. 1-14). Reims, France.

Hubault, F. & Bourgeois, F. (2013). L'activité, ressource pour le développement de l'organisation du travail. Dans : Pierre Falzon éd., *Ergonomie constructive* (pp. 89-102). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2013.01.0089>

Hutchins, E (1995). *Cognition in the Wild* . Cambridge MIT Press.

Hutchins, E. (1995). *Cognition in the wild*. Cambridge, M.A.: MIT Press.

Jamali, D., & Afiouni, F. (2012). A critical perspective on strategic human resource management. *Human Resource Management in a Global Context*, 33-54.

Jardillier, P. (1972). *La gestion prévisionnelle du personnel*. Presses universitaires de France. Jarvis, M., & Tint, P. (2009). The effects of human resource management practice on development of safety culture. Dans MMRC conference (dir.), *Vilnius Conference proceedings: Insights into the sustainable growth of business*. (pp. 19-21). University of Management and Economics.

Jaw, B. S., & Liu, W. (2003). Promoting organizational learning and self-renewal in Taiwanese companies: The role of HRM. *Human Resource Management: Published in Cooperation with the School of Business Administration, The University of Michigan and in alliance with the Society of Human Resources Management*, 42(3), 223-241.

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

Kornig, C., Ghadi, V., & Levet, P. (2016). Revue de littérature: qualité de vie au travail et qualité des soins. *HAL Post-Print*, (hal-02284920).

Kraev, V. M., & Tikhonov, A. I. (2019). Risk management in human resource management. *TEM Journal*, 8 (4), p.1185.

Lallement, M. (2007). *Le travail. Une sociologie contemporaine*. Gallimard.

Lallement, M. (2018). *Le Travail sous tensions*. Sciences humaines. Laroche, P., Guery, L., Moulin, Y., Salesina, M., & Stévenot, A. (2019). *GRH: Théories et nouvelles pratiques de la fonction RH*. De Boeck Supérieur.

Lartigau, J. (2015). *Les nouveaux défis de la GRH à l'hôpital*. Infodium éditions.

Lasater, K. B., & Mchugh, M. D. (2016). Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 253-258.

Laster Pirtle, W. N., & Wright, T. (2021). Structural Gendered Racism Revealed in Pandemic Times: Intersectional Approaches to Understanding Race and Gender Health Inequities in COVID-19. *Gender & Society*, 35(2), 168-179.

- Le Boterf, G. (1988). « Qu'entend-on par audit de formation ? », *Éducation permanente*, n° 96.
- Leplat, J. & Cuny, X. (1977) *Introduction à la psychologie du travail*. Presses universitaires de France.
- Leplat, J. (1980). *La psychologie ergonomique*. Presses universitaires de France.
- Leplat, J. (1991). Activités collectives et nouvelles technologies. *Revue internationale de Psychologie sociale*, 4, 335-356.
- Leplat, J. (1992). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique, Tome 1*. Octarès.
- Leplat, J. (1997) *Regards sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique*. Presses universitaires de France.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie: aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Octarès.
- Leplat, J. (2003). La modélisation en ergonomie à travers son histoire. Dans J.C. Spérandio et M. Wolff (dir.), *Formalismes de modélisation pour l'analyse du travail et l'ergonomie* (p. 1-26). Presses universitaires de France.
- Linhart, D. (2015). *La comédie humaine du travail: De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale*. Érès.
- Lorino, P. (2009). Concevoir l'activité collective conjointe : L'enquête dialogique. Etude de cas sur la sécurité dans l'industrie du bâtiment. *Activités* 6(1), 87-110.
- Macrae, C. (2019). Moments of resilience: Time, space and the organisation of safety in complex sociotechnical systems. In *Exploring Resilience* (pp. 15-23). Springer.
- Maggi, B. (2016). *De l'agir organisationnel. Un point de vue sur le travail, le bien-être, l'apprentissage*. TAO Digital Library.
- Mainhagu, S. (2010). Les soignants face à la flexibilité des effectifs. *Journal d'économie médicale*, 28(3), 114-126.

- Malet, D., Benchekroun, T. H., Falzon, P., & Vidal-Gomel, C. (2016). Patient handling as an healthcare activity: a simulation-based training methodology. In *Proceedings of HEPS Conference : Healthcare and Societies, New Challenges, New Opportunities* (pp. 5-7). Toulouse, France.
- Malet, D. (2020). *De la prévention des risques au soin de manutention raisonné: former par la simulation pour construire la qualité au travail*. Thèse de doctorat en ergonomie, Cnam, Paris
- Mallet, L. (1989). Gestion prévisionnelle de l'emploi et des ressources humaines : de nouveaux outils d'apprentis- sage du changement ?, *Formation Emploi*, 25, 66-77.
- Mardon, C. (2015). *La notion de régulation et ses spécifications en ergonomie*. Mémoire de master en ergonomie, Cnam Paris
- Martin, C. & Gadbois, C. (2004). L'ergonomie à l'hôpital. Dans P. Falzon (Eds.), *Ergonomie* (pp. 603-619). Presses universitaires de France.
- Martory, B. (2003). *Contrôle de gestion sociale*. Vuibert.
- Masson, C. (2013). *Agir en sécurité : le réglé et le géré dans la propulsion nucléaire*. Thèse de doctorat en Ergonomie, Conservatoire national des arts et métiers, Paris, France.
- Mauno, S., Kinnunen, U., & Ruokolainen, M. (2006). Exploring work-and organization-based resources as moderators between workefamily conflict, well-being, and job attitudes. *Work & Stress*, 20(3), 210e233.
- McCulloch, P., Kreckler, S., New, S., Sheena, Y., Handa, A., & Catchpole, K. (2010). Effect of a «Lean» intervention to improve safety processes and outcomes on a surgical emergency unit. *British Medical Journal*, 341, c5469.
- McDonald, N. (2017). Organisational resilience and industrial risk. Dans E. Hollnagel, D.D. Woods et N. Leveson (dir), *Resilience Engineering. Concepts and precepts* (pp. 155-180). CRC Press.
- McGarry, B. E., Grabowski, D. C., & Barnett, M. L. (2020). Severe staffing and personal protective equipment shortages faced by nursing homes during the COVID-19 pandemic: study examines staffing and personal protective equipment shortages faced by nursing homes during the COVID-19 pandemic. *Health affairs*, 39 (10), 1812-1821.

McGuire, J. F., Pitt-Catsouphes, M., & Kenney, K. (2006). *Workplace flexibility: An emerging public health concern*. Boston, MA: American Public Health Association.

Mchugh, M.D., Shang, J., Sloane, D.M., & Aiken, L.H. (2011). Risk factors for hospital-acquired 'poor glycemic control': a case-control study. *International Journal for Quality in Health Care*, 23, 44-51.

Mendel, G. (1992). *La société n'est pas une famille: de la psychanalyse à la sociopsychanalyse*. Editions La découverte.

Merceron, J. (2016). Possibilités, conditions et limites d'un management subsidiaire : le cas d'une Banque Régionale. @GRH, 21, 95-120.

Mercure, D. (2017). Capitalisme contemporain et régimes de mobilisation subjective au travail. Dans D. Mercure et M.-P. Bourdages-Sylvain (dir), *Travail et subjectivité. Perspectives critiques* (pp. 43-65). Hermann et Presses de l'Université Laval.

Mercure, D., & Bourdages-Sylvain, M. P. (2017). *Travail et subjectivité. Perspectives critiques*. Presses de l'Université.

Mills, J., Ramachenderan, J., Chapman, M., Greenland, R., & Agar, M. (2020). Prioritising workforce wellbeing and resilience: What COVID-19 is reminding us about self-care and staff support. *Palliative Medicine*, 34 (9), 1137-1139.

Mintzberg, H. (2009). *Managing*. Berrett-Koehler Publishers.

Miossec Y. et Rouat S. (2016) Qualité du travail et santé. In G. Vallery (Eds.). *Psychologie du travail et des organisations : 110 notions clés*, (pp. 346-348). Dunod.

Mispelblom-Beyer, F. M. (2010). *Encadrer, un métier impossible ?*. 2^{ème} édition. Armand Colin.

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalière (MEAH) (2009). *Gestion du temps de travail des soignants : guide de bonnes pratiques organisationnelles*. Consulté le juin 22, 2020, sur www.anap.fr.

Molinier, P. (2000). Travail et compassion dans le monde hospitalier. *Les Cahiers du genre*, 29(9), 49-70.

- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Editions La Dispute.
- Mollo, V. (2004). *Usage des ressources, adaptation des savoirs et gestion de l'autonomie dans la décision thérapeutique* (Doctoral dissertation, Paris, CNAM).
- Mollo, V. (2007). Les collectifs de travail comme ressource : De l'usage formel à l'usage réel. *Psychologie de l'interaction*, 23-24, 199-232.
- Morioka, N., Tomio, J., Seto, T., & Kobayashi, Y. (2017). The association between higher nurse staffing standards in the fee schedules and the geographic distribution of hospital nurses: A cross-sectional study using nationwide administrative data. *BMC nursing*, 16(1), 1-10.
- Mossé, P., Méhaut, P., Arborio, A. M., & Causse, L. (2011). When flexibility diversity becomes socially acceptable: The case of the French hospital industry. *Economic and Industrial Democracy*, 32(2), 181-197.
- Motté, F. (2012). *Le collectif transverse : Un nouveau concept pour transformer l'activité*. 47e Congrès de la SELF. Lyon, France, Sept.
- Mouchet, A., Demeslay, J. & Bertrand, C. (2017). Coopérer en régulation médicale au Samu centre 15 : l'expérience subjective des médecins urgentistes. *Le travail humain*, vol. 80,(2), 133-160.
- Mouillac-Delage, A. M. (2014). *Les établissements de santé à l'épreuve de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences*. Thèse de doctorat en droit privé et sciences criminelles, Université Montpellier I, Montpellier.
- Munoz, M. I. (2016). « Prendre soin » du travail : dispositifs de gestion du flux et régulations émergentes en radiothérapie. Thèse de doctorat en ergonomie, Cnam, Paris.
- Nagesh, S., & Chakraborty, S. (2020). Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: Challenges and recommendations. *Journal of global health*, 10 (1).
- Nascimento, A. (2009). *Produire la santé, produire la sécurité: développer une culture collective de sécurité en radiothérapie*. Thèse de doctorat en ergonomie, Cnam, Paris
- Nascimento, A., Cuvelier, L., Mollo, V., Dicioccio, A., & Falzon, P. (2013). Construire la sécurité: du normatif à l'adaptatif. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie constructive* (p.103-116). Presses universitaires de France.

- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346 (22), 1715-1722.
- Nivet, B., Petit, J., & Falzon, P. (2021). Développer les compétences des managers. *Céreq Bref*, 402, 4p.
- Nobre, T. (2020). *L'hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformations et résilience : Les leçons des professionnels de santé du Grand Est et d'ailleurs*. EMS Editions.
- Nyathi, M., & Jooste, K. (2008). Working conditions that contribute to absenteeism among nurses in a provincial hospital in the Limpopo Province. *Curationis*, 31(1), 28-37.
- Nyssen, A. S. (2008). Coordination in hospitals: organized or emergent process? towards the idea of resilience as the agents', groups', systems' capacity to project themselves into future. In Hollnagel, E., Pieri, F., et Rigaud, E., Éd., *3rd International Symposium on Resilience Engineering, Antibes–Juan-les-Pins, France*.
- Nyssen, A. S., & Cote, V. (2010). Motivational mechanisms at the origin of control task violations: An analytical case study in the pharmaceutical industry. *Ergonomics*, 53(9), 1076-1084.
- OECD (2019). *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*. OECD Editions.
- Pariès, J. (2011). Resilience and the ability to respond. In Resilience engineering in practice. Dans E. Hollnagel, J. Pariès, D. Woods, et J. Wreathall (eds), *Resilience Engineering in practice : a guidebook* (pp. 3-8). CRC Press.
- Pariès, J. (2020). Crise de la Covid-19 : quelle résilience ? . *Tribunes de la sécurité industrielle*, n°01, FonCSI.
- Parker, I. (1999). Critical psychology: Critical links. *Annual review of critical psychology*, 1 (1), 3-18.

- Pavageau, P., Nascimento, A., & Falzon, P. (2007). Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (9-2).
- Périlleux, T. (2001). *Les tensions de la flexibilité. L'épreuve du travail contemporain*. Desclée De Brouwer.
- Pernet, A., Mollo, V., & Falzon, P. (2018). Développer les capacités des patients pour coproduire un soin sûr et efficace. *Activités*, 15(15-1).
- Petit, J. (2005). *Organiser la continuité du service: intervention sur l'organisation d'une mutuelle de santé*. Thèse d'ergonomie, Bordeaux 2, Bordeaux.
- Petit, J., & Dugué, B. (2010). Une organisation «subsidiariste» pour prévenir des RPS. *Actes du 45ème congrès Société d'Ergonomie de Langue Française (Self)*. Septembre, Liège, Belgique.
- Petit, J., Dugué, B., & Daniellou, F. (2011). L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques. *Le travail humain*, 74(4), 391-409.
- Petit, J., & Coutarel, F. (2013). L'intervention comme dynamique de développement conjoint des acteurs et de l'organisation. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie constructive* (p. 133-146). Presses universitaires de France.
- Petit, J. (2020). *Intervention sur l'organisation : concevoir des dispositifs de régulation pour un travail plus démocratique*. Habilitation à diriger des recherches, Université de Bordeaux, Bordeaux.
- Piney, C. (2015). *Transformation de l'activité d'encadrement de proximité: que fait le pilotage par la performance à la "proximité" des cadres?: Le cas d'une grande administration publique* (Doctoral dissertation, Conservatoire national des arts et métiers-CNAM).
- Pollert, A. (1988). Dismantling flexibility. *Capital & class*, 12(1), 42-75.
- Porter, Michael E. (1985). *Competitive Advantage*. Free Press.

Pradines, P (2004). *Management : la subsidiarité, organisation de l'entreprise et enseignement de l'Eglise*. En ligne : <http://biblio.domuni.org/articlesphilo/subsidiarite/>

Pucik, V. (1988). Strategic alliances, organizational learning, and competitive advantage: The HRM agenda. *Human Resource Management*, 27(1), 77-93.

Rabardel, P. (1995). Qu'est-ce qu'un instrument. *Les dossiers de l'Ingénierie éducative*, 19, 61-65.

Rabardel, P., Carlin, N., & Chesnais, M. (2002). *Ergonomie: concepts et méthodes*. Octarès.

Rafferty, A.M., Clarke, S.P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M., & Aiken, L.H. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (2), 175-182

Raghuram, S., London, M., & Larsen, H. H. (2001). Flexible employment practices in Europe: country versus culture. *International Journal of Human Resource Management*, 12(5), 738-753.

Ramdani, N. (2021). L'impact du risque de défaillance sur le mode de réduction d'effectifs adopté. *La Revue des Sciences de Gestion*, 307-308, 45-57.

Raspaud, A. (2014). *De la compréhension collective de l'activité réelle à la conception participative de l'organisation: plaidoyer pour une intervention ergonomique capacitante*. Thèse de doctorat en ergonomie, Cnam, Paris

Reid, B., Kane, K., & Curran, C. (2008). District nursing workforce planning: a review of the methods, *British Journal of Community Nursing*, 13 (11), 525-530

Renault, E. (2006). Soyez modernes: devenez flexibles! Luttés idéologiques autour de la précarité et de la flexibilité. Dans M. Husson, *Travail flexible, salariés jetables. Fausses questions et vrais enjeux de la lutte contre le chômage* (pp. 39-51), Editions La Découverte.

Reynaud, J. D. (1979). Conflit et régulation sociale : esquisse d'une théorie de la régulation conjointe. *Revue française de sociologie*, 367-376.

Reynaud, J. D. (1995). *Le conflit, la négociation et la règle*. Octarès.

Rigaud, E. (2011). *Résilience et management de la sécurité : pistes pour l'innovation en sécurité industrielle*. FonCSI.

Rivière, A., Commeiras, N., & Loubes, A. (2013). Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31 (2), 142-162.

Rocha, R. (2014). *Du silence organisationnel au développement du débat structuré sur le travail: les effets sur la sécurité et sur l'organisation* Thèse de doctorat en ergonomie, Université de Bordeaux.

Rocha, R., Daniellou, F., & Nascimento, A. (2012). La rotation et les stratégies collectives de préservation de la santé développées par des opérateurs d'une usine de boissons. *Activités*, 9 (2).

Rocha, R., Mollo, V., & Daniellou, F. (2017). Le débat sur le travail fondé sur la subsidiarité : un outil pour développer un environnement capacitant. *Activités*, 14 (2).

Roemer, M. I., Montoya-Aguilar, C. (1988). *Quality assessment and assurance in primary health care*. World Health Organization.

Rogalski, J. (1994). Formation aux activités collectives. *Le Travail humain*, 57 (4), 367-386.

Rolo, D. (2013). *Contraintes organisationnelles, distorsion de la communication et souffrance éthique: le cas des centres d'appels téléphoniques*. Thèse de doctorat en ergonomie, Cnam, Paris

Rose, N. (1990). *Governing the soul: The shaping of the private self*. Routledge, Taylor & Francis Group.

Schneider, D., & Harknett, K. (2019). Consequences of routine work-schedule instability for worker health and well-being. *American Sociological Review*, 84(1), 82-114.

Schwartz, A. M., Wilson, J. M., Boden, S. D., Moore Jr, T. J., Bradbury Jr, T. L., & Fletcher, N. D. (2020). Managing resident workforce and education during the COVID-19 pandemic: evolving strategies and lessons learned. *JBS Open Access*, 5 (2).

Scott, C. (2003). *Setting safe nurse staffing levels*. RCN.

Segrestin, D. (1997). L'entreprise à l'épreuve des normes de marché : les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie. *Revue Française de Sociologie*, 38(3), 553-585.

Sennett, R. (1998). *The corrosion of character: The personal consequences of work in the new capitalism*. Norton & Company.

Sfez, M., de Marcellis-Warin, N., Pourreau, A., Triadou, P., Courault, M., & Lienhart, A. (2008). Combiner des entretiens et cas simulé pour identifier les facteurs favorisant la récupération. *Risques & qualité en milieu de soins*, 5(3), pp-141.

Sheehan, C (2017). Human Resources Planning. Dans J.Syed et R.Kramar (dir). *Human resource management : A global and critical perspective (2nd edition)*. Macmillan International Higher Education.

Silber, J.H., Rosenbaum, P.R., McHugh, M.D., Ludwig, J.M., Smith, H.L., Niknam, B.A., Even-Shoshan, O., Fleisher, L.A., Kelz, R.R., & Aiken, L.H. (2016). Comparison of the value of nursing work environments in hospitals across different levels of patient risk. *JAMA Surg*, 151 (6), 527–536.

Six F. (1999), « De la prescription à la préparation du travail », *Document d'habilitation à diriger des recherches*, novembre 1999, Université de Lille 3.

Six-Touchard, B., & Falzon, P. (2013). L'auto-analyse du travail: une ressource pour le développement des compétences. In P. Falzon (Eds.) *Ergonomie constructive* (pp. 237-249). Presses universitaires de France.

Skorstad, E., & Ramsdal, H. (2009). The ambiguity of flexibility. *Flexible Organizations and the New Working Life: A European Perspective*, 17-42.

Stroobants, M. (2016). *Sociologie du travail*. Armand Colin.

Suchman, L. (1987) *Plans and Situated Actions: The Problem of Human-Machine Communication*. Cambridge University Press.

Swanberg, J., Pitt-Catsouphes, M., & Drescher-Burke, K. (2005). A question of justice: disparities in employees' access to flexible schedule arrangements. *Journal of Family Issues*, 26(6), 866e 895.

Syed, J., & Kramar, R. (2017). *Human resource management: A global and critical perspective*. Macmillan International Higher Education.

Tarondeau, J.-C. (1999). *La flexibilité dans les entreprises*. Presses universitaires de France.

Tengblad, S. (2012). *The work of managers: Towards a practice theory of management*. Oxford University Press.

Terssac (de), G. et Lompré, N. (1996). Pratiques organisationnelles dans les ensembles productifs : essai d'interprétation. Dans J.-C. Sperandio (dir.), *L'ergonomie face aux changements technologiques et organisationnels du travail humain* (pp. 51-66). Octarès.

Terssac (de), G. et Cambon, P. (1998). Le travail d'encadrement : relation entre cadre et action. *Performances humaines & techniques*, Hors série, 49-53.

Terssac, G. (de) (2011). Théorie du travail d'organisation. Dans B. Maggi (coord.), *Interpréter l'agir : un défi théorique* (p.97-121). Presses Universitaires de France.

Thériault, M., Dubois, C. A., Borgès da Silva, R., & Prud'homme, A. (2019). Nurse staffing models in acute care: A descriptive study. *Nursing open*, 6 (3), 1218-1229.

Thévenet, M., Dejoux, C., Marbot, É., Normand, É., Bender, A.-F. et Silva, F. (2012). *Fonctions RH. Politiques, métiers et outils des ressources humaines* (3e édition). Pearson.

Toupin, C. (2008). *Expérience et redéfinition de la tâche dans le travail des infirmières de nuit: une recherche menée dans des unités de pneumologie*. Thèse de doctorat en ergonomie, Cnam, Paris

Ughetto, P. (2007). Faire face aux exigences du travail contemporain. *Conditions du travail et management*. Anact Editions.

Ughetto, P. (2012). Management. Dans A. Bevort, A. Jobert, M. Lallement et A. Mias (Dir.). *Dictionnaire du travail* (p.439-444). Le Seuil.

Van Belleghem, L., De Gasparo, S., & Gaillard, I. (2013). Le développement de la dimension psychosociale au travail. In P. Falzon (Eds.), *Ergonomie constructive* (pp. 47-60). Presses universitaires de France.

Vézina, N. (2005). La rotation des postes peut-elle représenter un moyen de prévention des troubles musculo-squelettiques ?, *Performances*, 24, p. 12-16.

Vézina, M. (2011). La Détresse éthique. *Le Partenaire*, 20 (1), 20-21.

Vidal-Gomel, C., & Rogalski, J. (2007). La conceptualisation et la place des concepts pragmatiques dans l'activité professionnelle et le développement des compétences. *Activités*, 4 (1).

Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer healthcare: strategies for the real world*. Springer Nature.

Vinck, D. (2000). Approches sociologiques de la cognition et prise en compte des objets intermédiaires. Cours à la septième Ecole d'été de l'ARCo. Bonas, 10-21 Juillet 2000.

Weick, K. & Sutcliffe, K. (2001). *Managing the unexpected* (9ème édition). Jossey-Bass.

Weill-Fassina, A. & Pastré, P. (2004). Les compétences professionnelles et leur développement. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie* (pp. 213-231). Presses Universitaires de France.

Weill-Fassina, A. (2019). Activité. Dans : G. Valléry (dir.), *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (p. 30-36). Dunod.

Wilthgent, T ;, Rogowski, R. (2002). Legal regulation of transitional labour markets. Dans G. Schmid et B.Gazier (dir.), *The dynamics of full employment: social integration through transitional labour markets* (pp. 233-273). Edward Elgar Publishing.

Wisner, A. (1975). Analyse de la situation de travail : méthodes et techniques. Cours Laboratoire d'Ergonomie, Cnam.

Wisner, A. (1995). Ergonomie et analyse ergonomique du travail: un champ de l'Art de l'Ingénieur et une méthodologie générale des sciences humaines. *Performances Humaines & Techniques, N° hors serie Seminarie Paris, 1*, 74-78.

Woods, D (2018). The theory of graceful extensibility. *Environ. Syst. Decis.* 38, 433–457.

Woods, D. D. (2020). The Strategic Agility Gap: How Organizations Are Slow and Stale to Adapt in Turbulent Worlds. Dans B. Journé, H. Laroche, C.Bieder et C.Gilbert (eds), *Human and Organisational Factors* (p. 95-104). Springer.

World Health Organization (WHO). (2016). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/?sequence=1>

World Health Organization (WHO). (2017). Dublin Declaration on Human Resources for Health: building the health workforce of the future. In *Fourth Global Forum on Human Resources for Health*. Dublin: WHO.

World Health Organization (WHO). (2020a). State of the World's Nursing Report 2020. WHO.

World Health Organization (WHO). (2020b). *Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance, 3 December 2020*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1

Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*. Editions Liaisons.

Annexes

Annexe 1 : Protocole d'observation systématique

Protocole d'observation systématique

Nom :

Age :

Métier :

Ancienneté dans le métier :

Ancienneté dans le service :

Ancienneté dans la neurologie :

Début de l'observation :

Fin de l'observation :

Nombre des effectifs :

Nombre des patients en salle :

Nombre des patients en charge :

Nombre des entrées :

Nombre des sorties :

Commentaires :

Annexe 2 : Guide d'entretien Cadres de Santé

Guide d'entretien

Encadrement et présentation des entretiens

Cette étude s'intéresse à l'activité de soins dans un contexte de changement organisationnel dans les structures hospitalières visant la réduction des coûts et l'optimisation des ressources. Depuis quelques années, des structures de santé en France et dans d'autres pays mettent en œuvre des stratégies de gestion pour la mutualisation et la flexibilisation du personnel de santé, ce qui interroge quant aux effets possibles sur la qualité de soins et sur la qualité de vie au travail. Votre entretien fournira quelques pistes à ce sujet.

- Les informations collectées sont confidentielles et seront utilisées uniquement avec votre consentement.
- Aux fins de cette recherche les questions et les échanges seront enregistrés en audio.
- Vous pourrez éventuellement être recontacté au cours de cette étude pour approfondir l'entretien.

Section 1 : Question exploratoires

Ensuite, je vous poserai des questions autour votre parcours professionnel et sur les conditions de réalisation de votre travail.

A) Parcours professionnel et construction des compétences	1. <i>Pouvez-vous me raconter brièvement votre parcours professionnel avant d'être cadre ?</i> Explorer : expérience comme soignante, formation, expérience comme cadre.
B) Conditions de réalisation du travail	2. <i>Quel est l'aspect le plus satisfaisant dans votre travail ?</i> Explorer : motivation, relation avec les équipes, hiérarchie, etc. 3. <i>Quel est l'aspect le moins satisfaisant de votre travail ?</i> Explorer : les difficultés, la fatigue, les risques, la souffrance, les conflits de valeurs.
C) Qualité des soins et travail bien fait	4. <i>Compte tenu des moyens et des ressources disponibles, pouvez-vous effectuer quotidiennement votre travail de cadre ?</i> 5. <i>Avez-vous le sentiment de faire un travail de qualité au quotidien ?</i> 6. <i>Comme affect votre travail la manque du personnel soignantes au quotidienne ?</i>

Section 2 : Techniques pratiques de résolution de problèmes

1. Confrontation avec les observations systématiques

Le tableau suivant (tableau 1, annexe 1) présente une synthèse des 28 journées d'observation systématique réalisées dans les salles d'hospitalisation de neurologie tout au long de cette étude. Le tableau s'articule en deux parties. La première (partie supérieure) permet d'observer chronologiquement le métier des professionnels qui ont été observés, le jour où ils ont été observés et le type de journée (matin ou garde). Elle mentionne aussi si les soignants observés avaient dû encadrer un élève lors de leur journée. Dans la partie inférieure, on indique si les postes des équipes avaient été couverts ou pas pendant chaque journée, et s'ils l'étaient par une soignante du pool ou d'un autre service. Ne sont pas mentionnés les ajustements ou adaptations internes réalisés au sein de chaque équipe (par exemple, si un soignant de l'équipe a changé un jour de son planning pour couvrir le poste ou s'il fait des heures supplémentaires au sein de sa propre équipe). Dans le cas des journées où les postes n'ont été pas couverts, on mentionne également le mode de compensation utilisé par l'encadrement pour pallier le manque de personnel (organisation en coupure, suppléance ponctuelle et non remplacement).

Ce tableau pourrait permettre de formuler les affirmations ci-dessous:-

A. Les stratégies ou les modes de compensation pour pallier le manque d'effectif varient selon le secteur d'hospitalisation.

B. Les soignants de l'équipe de suppléance (pool) assurent moins de la moitié des suppléances nécessaires sur les 28 jours observés.

C. Dans les salles où travaillent les équipes A (Sicard, C. Vincent) et B (Guillain, Froment), les postes vacants sont plus souvent couverts.

D. Les postes vacants des IDE sont plus souvent couverts que ceux des AS. Etes-vous d'accord avec ces affirmations ? Pas d'accord ? D'accord en partie ?

Service	N1																N2													
	Epilepsie				Neuropathies				Parkinson HDS				Parkinson-TCA				Escléroses				Neuronologie 1				Neuronologie 2					
Equipe	A				B				C				D				E													
Journée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
Observation	AS	AS	IDE*	IDE*	IDE*	IDE*	AS	AS	AS	AS	IDE	IDE	IDE	IDE*	AS	AS	IDE*	IDE	AS*	AS	IDE	IDE	AS	AS	IDE	IDE	AS	AS		
Personne observée	24/09	26/09	28/09	08/10	18/09	19/09	03/10	11/10	16/10	17/10	23/10	24/10	19/04	21/04	03/05	04/05	25/04	28/04	10/05	12/5	16/05	31/05	17/05	25/05	22/05	23/05	24/05	30/05		
	LUN	MER	VEN	LUN	MAR	MER	MER	JEU	MAR	MER	MAR	MER	MAR	VEN	MER	JEU	MAR	VEN	JEU	MAR	MER	MER	JEU	JEU	MER	MAR	MER	JEU	MER	
POSTES ET SOLUTION EFFECTUEE																														
IDE	P1	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	
	P2	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	COUPE	COUPE	COUPE	FIXE	COUPE	FIXE	POOL	FIXE	POOL	FIXE	FIXE	INTERIM	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	POOL	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	MOB
	P3	[Hatched]																								FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	
AS	P1	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	PV	M	FIXE	FIXE	FIXE	PV	M	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	HS	HS	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	
	P2	FIXE	FIXE	PV	FIXE	PV	M	M	FIXE	PV	FIXE	PV	FIXE	COUPE	FIXE	FIXE	HS	MOB	FIXE	FIXE	PV	MOB	HS	FIXE	MOB	PV	FIXE	HS	FIXE	
	P3	[Hatched]																								FIXE	FIXE	PV	FIXE	
TOTAUX EFFECTIFS CIBLES MISSIONS																														
IDE	2	2	2	2	2	1,5	1,5	1,5	2	1,5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	
AS	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1,5	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	3	3	2	3	
Total	4	4	3	4	3	2,5	2,5	2,5	4	2,5	3	3,5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	6	6	5	6	

Solution Interne

HS

Modulation horaires (Coupure)

Non-compensé

Poste vacante

Solution transversal

Mobilité

Pool

Solution externe

Intérim

M Poste vacante par mobilité

• Demande au service de suppléance

✗ Absence sans Justifier

☐ Journée du matin

☐ Journée d'après-midi

2. Simulation pour la planification de postes

L'objectif de cette partie est de connaître la manière dont vous gérez au quotidien les exigences et contraintes dans le but d'organiser les équipes qui sont sous votre responsabilité. Mes questions viseront à comprendre comment vous réalisez la planification des postes, en tenant compte des ressources disponibles et des caractéristiques de la salle que vous dirigez. Pour pouvoir répondre à ces questions vous disposez d'un support (grille de planification, fiches, stylos) -voir figure- pour vous aider à représenter vos réponses et vos argumentations.

En tenant compte des caractéristiques de la salle et de la charge de travail au quotidien :

1. Comment essayez-vous d'organiser les équipes au cours de la semaine ? (Mentionnez sur le support combien d'IDE et d'AS doivent être assignés pour chaque poste [matin, garde, nuit]).
2. De votre point de vue, quelles sont les journées clés où la couverture des postes doit être prioritaire ? (Indiquez les deux jours avec la priorité la plus élevée et les deux jours avec la priorité la plus faible)
3. Quelles sont les difficultés les plus fréquentes pouvant affecter la planification que vous avez prévue ? Pouvez-vous anticiper les changements ou imprévus possibles autour de la planification ? Pouvez-vous vous préparer au possible survenu de ces imprévus ? Pouvez-vous organiser le travail de telle sorte que, si un imprévu se produit, le travail reste possible ?
4. Quelles actions pouvez-vous mettre en place pour arriver à couvrir un poste pendant la semaine ?
5. Que pouvez-vous faire si un poste n'est pas pourvu le jour même (absence non planifiée) ?

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin	2 AS 2 IDE	2 AS 2 IDE	2 AS 2 IDE	2 AS 2 IDE	2 AS 2 IDE	1 AS 1 IDE	1 AS 1 IDE
Garde	1 AS 2 IDE	1 AS 2 IDE	1 AS 2 IDE	1 AS 2 IDE	1 AS 2 IDE	1 AS 1 IDE	1 AS 1 IDE

Figure 1. Exemple de tableau utilisé pour la simulation de l'activité de planification

3. Analyse de cas

Je vais vous demander de lire des cas correspondant à des situations réelles ou réalistes liées à la question de la flexibilisation du personnel de soins en neurologie. Au fur et à mesure de votre lecture, vous pouvez faire des commentaires, dire ce que vous en pensez, faire toute remarque que vous jugerez utile. A l'issue de chaque cas, je vous poserai quelques questions pour recueillir votre sentiment et votre avis. Le but est de connaître votre vision de chaque situation ; il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation de pratiques, aucune réponse n'est bonne ou mauvaise.

Cas 1. Absence non prévue pour le lendemain

Lundi matin, une AS est absente en salle Z (salle HDS et HT) à cause d'un arrêt maladie. L'équipe arrivera malgré tout sans problème à gérer la charge de travail parce que la plupart des entrées auront lieu l'après-midi. Cependant, l'équipe demande à la cadre de trouver une remplaçante pour les 2 jours suivants en prévision d'une charge de travail importante.

Cas 2. Absence non prévue au cours de la journée

Mercredi après-midi, une IDE de l'équipe de la salle Y (salle HDS et HT) a un accident de travail en arrivant dans le service et ne peut pas assurer son poste (absence imprévue). Ce jour-là, le reste de l'équipe se compose d'un AS expérimenté et d'une IDE de pool qui vient pour la deuxième fois dans cette salle (elle est venue la première fois il y a deux mois environ). Bien que la charge de travail soit modérée, l'IDE de pool explique à la cadre qu'elle n'a pas l'expérience suffisante pour être responsable de la salle (elle ne connaît pas tous les protocoles, ni les diagnostics, ni les patients) et lui demande de trouver un remplaçant dans la journée, notamment pour l'aider à prendre en charge deux patients complexes.

Questions à poser pour chaque cas

1. Que feriez-vous si cela arrivait dans votre salle ? Avez-vous déjà vécu cette situation ? Quelle solution avez-vous trouvée ?

Explorer : les modes de compensation en cas de non remplacement (coupure, suppléance ponctuelle, non remplacement).

2. Comment feriez-vous pour mettre en place sur le terrain les solutions que vous avez imaginées ? Que pouvez-vous faire si vous n'avez pas les ressources nécessaires pour résoudre le problème et à qui pouvez-vous demander de l'aide ?

Explorer : les agents avec lesquels la cadre négocie des solutions, les stratégies de solution.

3. D'après vous, quel impact cette situation peut avoir sur l'activité des soignants ?

Explorer : effets sur le patient, sur le soignant

Annexe 3 : Protocole d'entretien soignants

Protocole d'entretien soignants

Participants et conditions de l'entretien

Le présent protocole d'entretien va être appliqué individuellement aux soignants (AS et IDE) des différentes équipes du terrain de recherche, ayant participé ou non aux observations. Parmi les participants, nous considérerons également les soignants qui appartiennent à l'équipe de suppléance. L'entretien a une durée estimée de 40-50 minutes et sera réalisée dans un lieu privé et isolé (à définir dans chaque service). L'entretien sera enregistré en audio si la personne interviewée y consent.

Structure du protocole

Le protocole d'entretien s'organise en deux sections, une première partie exploratoire constituée de huit questions (Section A dans le guide d'entretien), et une deuxième partie spécifique composée de cas de situations de travail que les interviewés doivent analyser (Section B). Les questions de la première partie ont pour finalité d'aborder trois axes thématiques généraux : a) parcours professionnel et acquis de compétences, b) conditions de réalisation du travail, et c) qualité des soins et travail bien fait. Dans la deuxième partie (section des cas), on présente cinq situations de travail différentes concernant les soins hospitaliers avec des patients neurologiques (avec présence d'aides-soignantes ou d'infirmières). Celles-ci contiennent au moins cinq éléments à analyser : 1) interprétation de la situation problème, 2) rôle et position des protagonistes dans le cas, 3) identification des ressources internes et externes disponibles pour l'action, 4) propositions des arbitrages à réaliser et argumentation (jugement), 5) effets possibles de ces choix sur les autres participants de chaque cas. Chaque cas montre une situation problème dont l'issue est inconnue et dans laquelle les arbitrages possibles auront des conséquences spécifiques. A la fin de la présentation de chaque cas, on demande à chaque soignant d'analyser la situation à partir de trois questions.

Les cas de la deuxième partie ont été construits sur la base des observations ouvertes et systématiques réalisées sur le terrain. Afin d'homogénéiser les différents cas en termes de complexité, on a ajouté des éléments d'autres situations observées. Chaque cas contient des situations connues par les soignants pouvant avoir lieu lors d'une journée de travail ordinaire. Ainsi, chaque cas est composé des éléments suivants :

- Type d'hospitalisation où se déroule la situation de soins dans le cas (hospitalisation de semaine, hospitalisation traditionnelle, hospitalisation mixte)
- Un type de perturbation qui détermine les contraintes et ressources humaines existantes (caractéristiques des collègues et patients, conditions d'exécution, etc.)

- Une décision organisationnelle définie par l'organisation pour s'adapter à la situation (suppléance sur la vacance, coupure, suppléance ponctuelle, etc.).
- Typologie de patient atteints d'une pathologie spécifique et ayant besoin d'une prise en charge liée à leur problème de santé.
- Une situation problème à résoudre en fonction des arbitrages et des actions à proposer.

Cas	Type d'hospitalisation	Type de perturbation	Décision organisationnelle	Type de patient	Situation problème	Conséquences possibles
1	HT/HDS	Absence de personnel programmée	Suppléance sur la vacance	Parkinson	Patient s'enfuit au moment où l'IDE doit faire le tour de médicament	Blocage des patients, fuite, retard dans l'administration des médicaments
2	HT/HDS	Absence de personnel non programmée	Non remplacé	Glioblastome	Patient confus, bouge et essaie de sortir de la chambre au moment où les AS font une toilette au lit.	Fugue, arrachage de la perfusion, retard pour RDV IRM.
3	HDS	Absence de personnel programmée et non programmée	Coupure	Polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique (PDIC)	Entrée programmée arrive 5 heures avant que sa chambre soit disponible	Retard dans l'administration de traitements, retard de l'entrée.
4	HT	Absence de personnel non programmée	Mobilité ponctuelle	Epilepsie	Patient avec risque de présenter une crise d'épilepsie refuse ses traitements	Risque de crises d'épilepsie, maltraitance, retard dans l'administration des médicaments.

5	HT/HDS	Absence de personnel programmée	Mobilité sur la journée (dans un autre secteur)	SLA	Patient présentant une crise vitale pendant le tour de toilettes au lit.	Risque vital pour le patient, retard des soins de base et tâches transverses,
---	--------	---------------------------------	---	-----	--	---

Méthode d'analyse

L'ensemble des entretiens sera retranscrit et analysé thématiquement en utilisant le logiciel NVIVO.

Les catégories d'analyse concernent la qualité des soins et la flexibilité fonctionnelle. Les thématiques spécifiques seront créées à partir d'une première analyse brute des entretiens.

Les analyses de ces catégories seront réalisées en considérant les différentes caractéristiques sociodémographiques des opérateurs : sexe, âge, métier, service/section, ancienneté, mobilité fonctionnelle.

Guide d'entretien

Encadrage et présentation des entretiens

Cette étude s'intéresse à l'activité de soins dans un contexte de changements organisationnels dans les structures hospitalières visant la réduction des coûts et l'optimisation des ressources. Depuis quelques années des différentes structures de santé en France et dans d'autres pays mettent en œuvre de stratégies de gestion pour mutualisation et flexibilisation du personnel de santé, question qui interroge sur leurs effets possibles sur la qualité de soins et la qualité de vie au travail. Votre entretien fournira quelques pistes sur ce sujet, en prenant attention aux points suivants :

- Les informations collectées sont confidentielles et seront uniquement utilisées avec votre consentement.

- Aux fins de cette recherche les questions et les échanges seront enregistrées en audio.
- S'il est dans leur intérêt, vous pouvez être contactés dans un second temps au cours de cette étude.

Section 1 : Question exploratoires

A) Parcours professionnel et construction des compétences	1. <i>Pouvez-vous me dire comment avez-vous appris à travailler dans ce service ? Explorer : formes d'apprentissage actuel, accès à la formation, pratiques de transmission.</i>
B) Conditions de réalisation du travail	2. <i>Quel est l'aspect le plus satisfaisant dans votre travail ?</i> 3. <i>Quel est l'aspect le moins satisfaisant de votre travail ? À explorer : la fatigue, les risques, la souffrance, les conflits de valeurs.</i>
C) Qualité des soins et travail bien fait	4. <i>Compte tenu des moyens et des ressources disponibles, pouvez-vous effectuer quotidiennement des soins de qualité et de sécurité aux patients ? À explorer : en ce qui concerne les règles de sécurité et d'hygiène, l'efficacité, la relation avec le patient, l'efficacité, l'équité.</i> 5. <i>Au-delà du respect des règles d'hygiène et de sécurité, avez-vous le sentiment de faire des soins de qualité au quotidien ?</i>
D) Flexibilisation et rotation de poste	6. <i>De quelle manière votre service est-il concerné par le manque de personnel ? Comment cela affecte-t-il votre travail au quotidien ?</i> 7. <i>Que pensez-vous de la polyvalence à l'hôpital ? De quelle manière la polyvalence peut-elle affecter la qualité des soins ? Et la qualité du travail des soignants ?</i>

Section 2 : Présentation de cas

Consigne : Je vais vous demander de lire des cas correspondant à des situations réelles ou réalistes. Au fur et à mesure de votre lecture, vous pouvez faire des commentaires, dire ce que vous en pensez, faire toute remarque que vous jugerez utile. A l'issue de chaque cas, je vous poserai quelques questions pour recueillir votre sentiment et votre avis

Questions à poser à la fin de chaque cas

1. *Que pensez-vous de la situation dans laquelle se trouve le protagoniste ? Explorer : protagonistes présents et absents, ressources identifiées, activité individuelle et collective, etc.*
2. *Que feriez-vous à la place du protagoniste dans cette situation ? (position soignant externe)*
3. *Que feriez-vous si cette situation se produisait dans votre service ? (position soignant interne)*
4. *Avez-vous déjà vécu une expérience similaire ? (Préciser la thématique du cas concerné) Pourriez-vous me donner un exemple ?*

Cas n°1 – Suppléance interne (pool)

L'IDE 1 travaille du matin dans une salle d'hospitalisation mixte (HDS et HT) accueillant 16 patients. Ce jour, l'IDE1 doit travailler avec une infirmière du pool qui n'a pas d'expérience en neurologie et qui vient faire un remplacement programmé.

Lors du premier tour de service, l'IDE1 doit réaliser des bilans sanguins et distribuer les traitements à tous les patients dont elle a la responsabilité. Parmi les prescriptions à réaliser, elle doit administrer leur traitement antiparkinsonien à quatre patients à 8h précises pour qu'il soit efficace. De plus, L'IDE1 a

proposé à sa collègue de prendre elle-même en charge un patient supplémentaire atteint de la maladie de Parkinson et ayant besoin de soins que sa collègue ne maîtrise pas (réglage de la pompe à Apokinon). En parallèle, l'IDE1 doit encadrer une étudiante infirmière de deuxième année qui connaît peu le service.

Au moment où l'IDE1 sort de la chambre 15, l'IDE de pool vient la prévenir que l'un de ses patients est en train de fuguer. Ce patient est atteint de maladie de Parkinson et de démence. L'IDE de pool n'a pas réussi à le faire revenir sur ses pas, le patient se montrant agressif, L'IDE1 va chercher les 2 aides-soignantes de sa salle pour leur demander d'aller retrouver le patient qu'elles connaissent bien, mais elles sont en train de faire une toilette au lit dans une chambre en isolement de contact à un patient qui doit partir faire un examen. L'IDE 1 doit donc gérer cet imprévu tout en terminant la distribution de ses traitements.

Cas n°2 – Sous-effectifs

L'AS1 travaille du matin dans une salle d'hospitalisation de 16 lits (8 HDS et 8 HT). A son arrivée, elle apprend que son binôme aide-soignant et l'agent hospitalier qui aide à la distribution des repas seront absents pour maladie (absence imprévue). Pour y pallier, la cadre cherche une remplaçante. En attendant, une élève IDE de première année aide l'AS1.

L'AS1 commence le tour de toilettes des patients ayant un rendez-vous pour un examen avec l'aide de l'élève IDE. La dernière toilette au lit avant de passer à la distribution des repas est celle de M. C., qui a rendez-vous pour une IRM à 10h.

M. C a 55 ans, souffre d'un glioblastome et est tétraplégique. Il est conscient et communique sans difficulté. M. C. doit aussi être lavé et rasé avec de partir faire son examen (car il n'a pas été rasé depuis plusieurs jours). M. C. partage la chambre de M. R., patient confus et désorienté, mais valide, également atteint d'un glioblastome.

Pendant que l'AS 1 réalise les soins d'hygiène de M. C. avec l'élève IDE, M. R. se lève, traverse la chambre avec son pied à perfusion et s'approche de la porte, les tubulures enroulées autour du corps. AS 1 s'interrompt et se dirige vers M. R pour le persuader de regagner son lit, en vain. Pendant que l'AS 1 reste auprès de M. R., l'élève IDE va chercher de l'aide auprès de l'IDE responsable, mais celle-ci est en train de changer un PAC. L'AS 1 doit régler le problème, sans prendre de retard sur les tâches à réaliser (sortie de M. C, distribution des petits-déjeuners, etc.)

Cas n°3 – Coupure

L'IDE2 travaille un mercredi dans une salle d'HDS de 13 lits avec des patients autonomes ou semi-autonomes ; elle fait un horaire de coupure pour pallier l'absence d'une infirmière de l'équipe, en vacances et non remplacée. Finalement, ce matin, avant l'arrivée de l'IDE2, il n'y avait qu'une IDE et une AS. On prévoit dans la journée 6 sorties et 5 entrées, dont 2 le matin.

En arrivant dans le service, vers 9h20, l'IDE2 trouve l'infirmière en train de finir le tour de médicaments pendant que l'aide-soignante débarrasse les petits-déjeuners. Sa collègue demande à l'IDE2 d'administrer 4 flacons d'immunoglobulines, dont celui de M. Z., patient souffrant de Polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique (PDIC).

Alors que M. Z était en train de recevoir sa cure d'immunoglobulines., M. B, dont l'entrée était prévue à 15h franchit les portes du service. A cause d'une erreur administrative, le patient à été convoqué pour le matin. Il devait prendre le lit de M. Z., prévu sortant ce jour. M. B est accompagné de son épouse, qui doit partir au travail et a très mal réagi quand on lui a expliqué que son mari allait devoir attendre plusieurs heures avant d'être hospitalisé. Aucune autre chambre n'est prête pour accueillir le patient, et l'aide-soignante ne peut à ce moment-là pas se libérer pour faire du nettoyage (à cause d'une erreur, elle doit refaire la commande des repas du midi)

Cas n°4 – Mutualisation ponctuelle

L'IDE3 travaille ce matin dans une salle HT de 16 patients avec une collègue infirmière qui commence à travailler seule après un mois d'intégration. Il n'y a qu'une seule AS dans la salle, son binôme AS ayant dû aller dépanner dans une autre salle en urgence.

Lors du second tour de médicaments (ou du tour de médicament de 12 heures), alors que l'IDE3 va commencer un grand pansement, l'aide-soignante vient lui demander de l'aide pour s'occuper d'une patiente qui refuse de prendre son déjeuner et ses médicaments (qu'elle n'a déjà pas pris le matin). Il s'agit de Mlle D., une adolescente de 13 ans présentant une épilepsie et un trouble du spectre autistique avec des conduites stéréotypées (gestes et expressions répétitifs) et un retard mental. Si elle ne prend pas ses médicaments, il est probable qu'elle ait une crise au cours de la journée.

Alors que l'IDE3 vient aider l'aide-soignante, Mlle M. ne veut rien entendre ; elle ferme les bras et la bouche de toutes ses forces. Quand les soignants s'éloignent, Mlle M. desserre les bras en riant. L'IDE3 et sa collègue doivent faire en sorte que Mlle M. prenne son traitement, sans prendre de retard dans leurs autres tâches (le tour pour IDE3 et la distribution des repas pour l'aide-soignante).

Cas n°5 – Mutualisation sur la journée

L'AS2 travaille comme remplaçante un matin de week-end, seule avec une infirmière dans une salle HT. Elles doivent prendre en charge 8 patients SLA à elles deux, tous dépendants ou semi-dépendants. L'AS2 doit en plus s'occuper de l'organisation et de la distribution des repas (petits-déjeuners et déjeuners) toute seule, l'agent hospitalier ne travaillant pas le week-end.

Après avoir réalisé la 1^{ère} partie de leur tour chacune de son côté, les soignantes se retrouvent pour réaliser ensemble la toilette au lit de 3 patients dépendants.

Alors qu'elles réalisent la toilette de Mme. T., M. R. appelle par la sonnette. Il a une crise grave et a besoin d'être aspiré. M. R. est atteint de SLA et sa fonction respiratoire est altérée depuis la veille. Pendant que l'infirmière s'occupe de M. R., l'AS2 achève seule la toilette de Mme T. L'infirmière rejoint ensuite l'AS2 dans le couloir alors qu'elle prépare le matériel pour la toilette suivante (Mme P.). Mais la sonnette de M. R. retentit à nouveau. L'infirmière informe l'AS2 qu'elle ne pourra pas faire la toilette suivante avec elle. L'AS doit décider si elle attend l'IDE pour continuer ou non.

Annexe 4 : Répartition du personnel et des solutions adoptées dans les secteurs d'hospitalisation pendant 28 jours d'observation systématique

Service	N1														N2																
	Epilepsie				Neuropathies				Parkinson HDS				Parkinson-TCA				Scléroses				Neurooncologie 1			Neurooncologie 2							
	A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		K		L		M						
Equipe	Journée	Observation	Personne observée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
AS	AS	AS	AS	IDE*	IDE*	IDE*	AS	AS	AS	AS	AS	AS	AS	AS	AS	AS	AS*	AS	AS	IDE	AS	AS	IDE	IDE	AS	AS	IDE	IDE	AS	AS	AS
24/09	26/09	28/09	08/10	18/09	19/09	03/10	11/10	16/10	17/10	23/10	24/10	19/04	21/04	03/05	04/05	25/04	28/04	10/05	12/5	16/05	17/05	25/05	31/05	17/05	25/05	23/05	2205	23/05	24/05	30/05	
LUN	MER	VEN	LUN	MAR	MER	MER	JEU	MAR	MER	MAR	MER	MAR	VEN	VEN	MER	JEU	MAR	VEN	JEU	MAR	JEU	JEU	MER	JEU	MER	MAR	MAR	MER	JEU	MER	

POSTES ET SOLUTION EFFECTUEE																														
IDE	P1	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE
P2	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	COUPE	
P3	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	
AS	P1	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	
P2	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	
P3	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	FIXE	

TOTAUX EFFECTIFS CIBLES MISSIONS																														
IDE	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
AS	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Total	4	4	3	4	3	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	4	2,5	3	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	

Solution Interne

HS

 Modulation horaires (Coupure)

 Non-compensé

 Poste vacant

Solution transversale

Mobilité

 Pool

Solution externe

 Intérim

MT Poste vacant par mobilité

• Demande au service de suppléance

✘ Absence non justifiée

☐ journée du matin

☐ journée d'après-midi

Nicolás CANALES-BRAVO

**De la gestion prévisionnelle des ressources
humaines à leur gestion réelle à l'hôpital : le cas du
personnel soignant en neurologie**

Résumé

Cette thèse s'intéresse à l'étude des mécanismes et des conditions qui permettent aux systèmes de soins de s'adapter aux perturbations en termes de personnel pour maintenir une performance acceptable. La performance de toute organisation dépend de sa capacité à disposer d'un nombre suffisant de travailleurs qualifiés et à les déployer judicieusement dans un environnement de travail propice. Cette étude ethnographique a été menée dans sept secteurs d'hospitalisation du département de neurologie d'un grand hôpital parisien qui subit un déficit constant de personnel soignant. La recherche se concentre sur l'analyse des solutions adoptées par l'organisation pour configurer les équipes de soins face à la réalité des ressources humaines effectivement disponibles et sur la manière dont les équipes de soins, dans ce contexte, s'efforcent de fournir des soins de qualité et sûrs. Trois études empiriques ont été menées du côté du personnel soignant (AS et IDE) et des cadres de santé. Les résultats donnent matière à réflexion sur les types de pratiques et de conditions nécessaires pour assurer une gestion durable des ressources humaines à court et à long terme.

Mots clés : ergonomie, pratiques de gestion des ressources humaines, gestion du personnel, qualité des soins, organisation du travail.

Résumé en anglais

This thesis is concerned with the study of the mechanisms and conditions that enable care systems to adapt to staffing disruptions in order to maintain acceptable performance. The performance of any organisation depends on its ability to have a sufficient number of skilled workers and to deploy them wisely in a work-enabling environment. This ethnographic study was conducted in seven inpatient areas of the neurology department of a large Parisian hospital, which is experiencing a constant shortage of nursing staff. The research focuses on the analysis of the solutions adopted by the organisation to configure the care teams to the reality of the human resources actually available and how the care teams, in this context, strive to provide quality and safe care. Three empirical studies were conducted on the side of health care staff (nurses and nurses' assistants) and health care managers. The results provide food for thought about the types of practices and conditions needed to ensure sustainable human resource management in the short and long term.

Keywords : activity-centered ergonomics, human resource management practices, personnel management, quality of care, work organization.