



Véronique ACHMET  
Doctorante en Sciences de Gestion / A.T.E.R  
Université de Montpellier / Laboratoire MRM

Nathalie COMMEIRAS  
Professeur des Universités en Sciences de Gestion  
Université de Montpellier / Laboratoire MRM

# Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : quelles conséquences ?

---

## Introduction

---

En février 2015, l'ancienne ministre de la santé, Marisol Touraine, prévoit un plan d'économies de 3 milliards d'euros pour les hôpitaux jusqu'à 2017 provoquant des « coupes budgétaires »<sup>1</sup> notables, une des composantes du *New Public Management* (NPM) selon la revue de littérature de Gruening (2001). Ces « coupes budgétaires » correspondent au « managérialisme » évoqué par les travaux d'Abord de Châtillon et Desmarais

(2012). Il s'agit de rechercher la performance par une meilleure maîtrise du coût des actions publiques. Rappelons que le NPM est l'ensemble des dispositifs et des pratiques qui tentent d'accroître le contrôle sur le travail des agents publics et d'augmenter leur productivité (Hood, 1991). L'introduction dans le secteur public du NPM et particulièrement, son impératif de réduction des coûts (Lethbridge, 2004) n'est pas sans conséquence sur les conditions de travail et les relations de travail, l'hôpital ne fait pas exception. Le NPM est, d'ailleurs aujourd'hui, largement interrogé (Pollitt, 2000) notamment parce qu'il impose de nouvelles exigences aux agents publics (Noblet *et al.*, 2006, Mikkelsen *et al.*, 2000).

---

<sup>1</sup> L'objectif visé est que la somme des dépenses publiques soit inférieure ou égale aux recettes publiques (Bacache-Beauvallet, 2012).

Des recherches récentes (Abord de Chatillon *et al.*, 2017 ; Newman et Lawler, 2009) attestent d'ailleurs, de la dégradation des conditions de travail dans les hôpitaux et plus particulièrement pour le personnel soignant (intensification du travail, charge de travail excessive, pression temporelle, rythme de travail soumis à un contrôle informatique, travail morcelé, agressivité des patients et de leur famille...). Elles mettent également en avant les incidences négatives de cette détérioration de l'environnement de travail : santé au travail fragilisée (stress accru, fatigue physique intense, épuisement professionnel...), perte de sens au travail, démotivation et désengagement au travail, perte de confiance envers le manager (Demmke, 2016), fort absentéisme. L'absentéisme constitue d'ailleurs aujourd'hui, un véritable fléau pour les hôpitaux publics, le taux d'absentéisme pouvant atteindre jusqu'à 11% dans certains établissements<sup>2</sup>. L'absentéisme peut être défini « *dès lors qu'une personne inscrite à l'effectif et au planning n'est physiquement pas présente à son travail* » (Le-teurtre, 1991 – p.7). Cette définition sera retenue dans cette recherche pour deux raisons : par sa globalité, toutes formes d'absentéisme peuvent être identifiées et le fait que l'étude de Le-teurtre soit la seule à avoir traité de manière approfondie l'absentéisme à l'hôpital public comme le note Randon

(2015). La revue de littérature montre que les chercheurs s'intéressent principalement aux déterminants individuels de l'absentéisme (Davey *et al.*, 2009 ; Randon, 2011, 2015) et délaissent sa dimension organisationnelle (contenu du travail, coordination du travail, intensité du travail et organisation du temps de travail) comme le fait remarquer Bouville (2009). A notre connaissance, rares sont les chercheurs qui se sont intéressés à la gestion de l'absentéisme et plus spécifiquement dans le secteur hospitalier. Or, les travaux Devigne *et al.* (2014) menés dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) révèlent que les modalités de gestion de l'absentéisme peuvent bouleverser le fonctionnement même d'un service et avoir des répercussions sur les patients et la santé au travail des personnels. Dans la même lignée, ceux de Divay (2010) soulignent la précarité des contractuels au sein d'un hôpital local, une des facettes de la conséquence de la gestion de l'absentéisme.

Cette recherche s'intéresse à la dimension organisationnelle de l'absentéisme et plus précisément aux incidences sur la gestion de l'absentéisme par les cadres de santé. D'ailleurs, cet impératif de réduction de coûts est mis en exergue par les résultats d'une étude réalisée par la Fédération Hospitalière Française (FHF) et Obéa, en 2016 auprès de 274 chefs d'établissements, directeurs des ressources hu-

<sup>2</sup> Chiffres tirés d'HospiDiag, 2016.

maines (DRH) et directeurs des affaires médicales. Pour 74% d'entre eux, la réduction des coûts constitue l'enjeu principal de la fonction « ressources humaines » (RH) au sein de leurs établissements. L'enjeu est tel que, lors d'un point presse, la FHF appelle à « *mettre fin à la contrainte budgétaire permanente et aux injonctions paradoxales* » imposées aux hôpitaux par le gouvernement<sup>3</sup>.

L'objectif de la recherche est donc de répondre aux questions suivantes : comment l'absentéisme des infirmiers est-il géré par les cadres de santé de proximité dans un contexte de réduction de coûts ? Quelles en sont les conséquences pour le personnel infirmier, les cadres de santé et les patients ? Afin de mieux appréhender ce questionnement, la théorie du contrat psychologique (Rousseau, 1989) a été retenue. Cet ancrage théorique semble pertinent dans la mesure où un contrat psychologique a été formé, pour un certain nombre d'agents, avant l'introduction concrète du NPM, s'accompagnant d'une volonté de travailler en équipe et de réaliser des soins de qualité voire d'une réelle vocation pour le métier.

Les apports de la littérature fourniront, tout d'abord, un éclairage sur les conséquences des restrictions budgétaires et plus spécifiquement sur la gestion de l'absentéisme au sein des éta-

blissements publics de santé et sur ses effets sur le personnel soignants et les patients. Par la suite, les résultats d'une étude qualitative menée auprès de personnels soignants d'établissements hospitaliers publics seront présentés et discutés.

## I. Les conséquences des restrictions budgétaires imposées par le NPM sur la gestion de l'absentéisme dans le secteur hospitalier public

---

La revue de la littérature présentera, tout d'abord, les conséquences générales des restrictions budgétaires imposées par le NPM sur les ressources humaines dans le secteur hospitalier public (1.1). Par la suite seront abordées plus spécifiquement, ses conséquences sur la gestion de l'absentéisme (1.2) et particulièrement ses répercussions sur l'organisation du temps de travail (avec, par exemple, l'émergence du présentéisme) qui n'est pas sans conséquence pour les agents et les patients (1.3).

---

<sup>3</sup> Chiffres tirés du site de la FHF, 2016

## I.I. Les conséquences générales des restrictions budgétaires imposées par le NPM sur les ressources humaines dans le secteur hospitalier public

---

Au sein de la littérature, très peu de travaux mettent en exergue les résultats positifs du NPM (Dan et Pollitt, 2015). S'ils sont évoqués, ils sont rarement attribués au NPM. Rappelons que la mise en œuvre du NPM s'est essentiellement focalisée sur l'identification de chaque processus organisationnel et sur le développement d'indicateurs de performance (Amstrong, 1998). Chaque pays met en place sa réforme avec sa spécificité. Toutefois, les recherches de Rigoli et Dussault dès 2003, révèlent que des tendances communes se dégagent en termes de quantité et de qualité des services offerts en fonction de la réduction et/ou du maintien des ressources mobilisées. Ils montrent ainsi que les restrictions budgétaires imposées par le NPM permettraient de réaliser des gains d'efficacité et de réduire les déficits actuels. De manière plus générale, les travaux de Buchan (2000) indiquent que de nouveaux schémas de travail sont désormais possibles. Il cite à titre d'illustration, la décentralisation du budget du personnel.

Si des impacts positifs sont relevés par la littérature, le NPM est vivement critiqué dans la mesure où il a entraîné une véritable restructuration du secteur

hospitalier, en France mais aussi à l'international. L'impératif de réduction des coûts (Lethbridge, 2004) reste très fort. Dans la plupart des cas, avec le NPM, la pression au travail et le nombre d'heures travaillées ont considérablement augmenté dans le secteur hospitalier du fait de la réduction de la taille des équipes et de la pression aux résultats (Afford, 2003). En effet, le NPM et les « coupes budgétaires » qu'il impose conduit à réduire le personnel hospitalier pour alléger la masse salariale, provoquant ainsi une pénurie de personnel et particulièrement dans le secteur soignant. Le gouvernement sous la présidence Hollande avait déjà prévu une maîtrise de la masse salariale du secteur hospitalier jusqu'à 2017 devant aboutir à environ 860 millions d'euros d'économie, soit l'équivalent de 22 000 postes représentant 2% des effectifs de la fonction publique hospitalière. Cette maîtrise de la masse salariale repose principalement sur une diminution des effectifs. En 2014, lors d'une conférence de presse, Gérard Vincent, délégué général de la FHF, l'a bien fait comprendre « *on ne fera pas d'économies sans diminution des effectifs* »<sup>4</sup>.

Après avoir traité les conséquences des restrictions budgétaires sur les ressources humaines de manière générale

---

<sup>4</sup> *Bien qu'aujourd'hui, après la réalisation d'une étude en 2016, la FHF demande que la contrainte budgétaire permanente cesse d'être imposée aux établissements de santé.*

rale, il convient de les étudier sous l'angle de la gestion de l'absentéisme.

## 1.2. Les conséquences des restrictions budgétaires sur la gestion de l'absentéisme dans le secteur hospitalier public

---

Peu de chercheurs analysent la gestion de l'absentéisme dans les établissements de santé. S'appuyant sur les travaux de Randon (2012) et sur le projet PHARES (2012), les travaux de Devigne *et al.* (2014) identifient les modalités de gestion de l'absentéisme dans les établissements publics en France. Pour l'essentiel, il s'agit de l'auto-remplacement, de l'auto-ajustement des plannings, de la mobilité inter-services, du recours au *pool* de remplacement, du recours à des contractuels ou encore, du non-remplacement des agents absents. Si les deux dernières modalités sont facilement compréhensibles, il convient toutefois, d'apporter quelques précisions quant aux autres formes de gestion de l'absentéisme. Avec l'auto-remplacement, les absences sont « comblées » par le rappel de personnels qui sont en repos hebdomadaire ou qui bénéficient d'une réduction du temps de travail (RTT) (Brami *et al.*, 2012). L'auto-ajustement constitue un dispositif de gestion informel : le caractère impromptu de l'arrêt maladie obligeant le cadre de santé à s'organiser en interne et à mobiliser les effectifs dont il dispose

pour pallier ladite absence. Il va ainsi faire appel aux agents en présence pour assurer le remplacement (Bourgeon *et al.*, 2013) en réorganisant le planning, par exemple (Devigne *et al.*, 2014). Quant à la mobilité inter-services, le cadre de santé sollicite des agents d'autres unités de soin pour venir renforcer son équipe. Il peut également avoir recours au *pool* de remplacement, institué en France à la suite des accords Aubry en 2000, qui est constitué d'infirmier(e)s qui occupent un emploi permanent à l'hôpital mais sans affectation fixe. C'est en quelque sorte un réservoir de main d'œuvre, dédié aux remplacements dans différents pôles ou services d'un pôle. Comme le soulignent Devigne *et al.* (2014), les modalités de gestion de l'absentéisme des établissements de santé se limitent aux choix du mode de remplacement. En effet, soit l'agent absent est remplacé par un autre agent interne ou externe à l'équipe, soit il ne l'est pas parce que le délai de prévenance est trop court ou que l'institution accepte un fonctionnement en sous-effectif pour des raisons financières. A l'évidence, il semblerait que les modalités de gestion de l'absentéisme privilégiées soient essentiellement internes, compte tenu des restrictions budgétaires des établissements hospitaliers limitant le recrutement externe. Les résultats de l'étude de Brami *et al.* (2012) menée auprès de dix établissements publics français (Centres Hospitaliers, Centres Hospitaliers Universitaires,

Hôpitaux locaux, EHPAD) précisent que l'auto-remplacement est utilisé pour gérer un absentéisme de courte durée, les absences de durée plus longue étant plutôt gérées par le recours à des personnels contractuels. Ils montrent également que le retour à l'équilibre financier assimile l'absentéisme et sa gestion, à un gaspillage de ressources (coût des mensualités de remplacement notamment), qu'il convient de réduire. Dans le même ordre d'idées, ils soulignent qu'une gestion purement quantitative des effectifs mise en œuvre par les établissements publics, se fait au détriment d'une gestion par les compétences. En effet, l'absence d'un agent sur un jour est perçue comme une réduction d'effectif et non comme une perte de compétence, le personnel soignant étant considéré comme interchangeable (cf. par exemple, le cas du glissement des tâches).

Dans un contexte de restriction budgétaire, la gestion de l'absentéisme a des répercussions non seulement sur les personnels infirmiers, sur les cadres de santé mais également sur les patients.

### 1.3. La gestion de l'absentéisme et les restrictions budgétaires : quelles répercussions sur les infirmiers ? les cadres de santé ? et les patients ?

---

Dans un contexte de réduction de moyens, les relations entre les cadres

de santé de proximité et les infirmiers peuvent s'avérer plus difficiles (Gadéa, 2011). En effet, pour gérer l'absentéisme de leur unité de travail, ils doivent solliciter la bonne volonté de leurs équipes (qu'il s'agisse de l'auto-remplacement, de l'auto-ajustement voire même de la mobilité inter-services), tout sachant qu'elles sont généralement lassées et découragées. Ainsi les cadres de santé peuvent être amenés à imposer des contraintes supplémentaires, sources de rancœurs pour le personnel soignant (Gadéa, 2011) et encourager une sorte de « management de la culpabilité » (Laval, 2011)<sup>5</sup>. D'ailleurs, les travaux de Vickers (2006) révèlent qu'un accroissement important des incivilités dans les relations interpersonnelles s'est fait ressentir dans des services hospitaliers. Aussi, l'introduction du NPM s'accompagne d'une montée du climat de compétition entre les agents publics mais aussi d'une dégradation de la satisfaction au travail et un déclin de la collégialité, comme il l'a été montré dans les travaux de Warde (1992) relatifs aux organisations d'enseignement supérieur. (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012 – p. 14). Ces conclusions sont confirmées par Diefenbach (2009) qui évoque, à son tour, la dureté relationnelle induite par les changements associés au NPM. Des résultats d'une étude plus récente

---

<sup>5</sup> Bordet, A. (2012). « L'hôpital mis à mal par le management », *La Vie des idées*, 8p.

menée en France dans les établissements hospitaliers publics (Abord de Chatillon *et al.*, 2017) convergent en soulignant la dégradation des relations interpersonnelles entre personnels soignants (violences verbales entre collègues de travail et supérieurs hiérarchiques) et entre les personnels soignants et les patients ou leur famille (agressions verbales de la part des patients et leur famille plus fréquentes dans tous les services de l'hôpital). Ces bouleversements au sein du secteur hospitalier sont tels, qu'ils peuvent produire une rupture voire une brèche du contrat psychologique chez l'agent, « *l'organisation n'ayant pas tenu une ou plusieurs de ses obligations* » (Morrison et Robinson, 1997).

Comme nous l'avons souligné précédemment, la gestion de l'absentéisme s'effectue par de la mobilité interne horizontale mais aussi par des rappels du personnel soignant sur leur temps de repos voire sur leurs congés. Les non remplacements suscitent alors un fort présentéisme, phénomène peu étudié par les chercheurs et peu pris en compte par les acteurs hospitaliers. A ce propos, les travaux d'Aronsson *et al.* (2000) mettent en exergue le fait que l'impossibilité d'être remplacé constitue un facteur de présentéisme. A l'instar de la notion d'absentéisme, le présentéisme fait l'objet de nombreuses définitions. L'approche de Simpson (1998) sera retenue dans cette recherche : le présentéisme correspond à un surinvestissement dans le

travail qui peut transparaître dans l'extension des plages horaires de travail (que ces heures supplémentaires soient rémunérées ou non) ou encore, dans la renonciation à un ou plusieurs jours de congés au profit de tâches professionnelles en cours ou encore dans le sacrifice du temps de loisir au profit du travail (McKevitt *et al.*, 1997). Des recherches indiquent qu'un fort présentéisme a des incidences négatives pour l'hôpital : baisse de la qualité des services rendus (Pollitt, 2000, 2002 ; Pollitt et Bouckaert, 2004), risque de *burn-out* chez les infirmiers (Demerouti *et al.*, 2009 ; Taloyan *et al.*, 2012), qualité et sécurité des soins moindre. Récemment, les résultats d'une recherche menée par Letvak *et al.* (2012), sur un échantillon d'infirmières américaines, concluent que les personnes présentéistes sont celles qui déclarent le plus grand nombre d'erreurs médicales.

Pour aller plus loin, dès 2008 Crozet *et al.* préconisent qu'au regard des difficultés financières qui pèsent sur les établissements de santé publics et des conséquences négatives qu'elles peuvent engendrer, de mettre en place un système de type « donnant-donnant » et de s'appuyer sur une nouvelle culture de gestion. Ces auteurs ajoutent que la mise en relation d'acteurs permettrait un croisement des rationalités, favoriserait le dialogue et permettrait ainsi d'identifier et de mieux comprendre les contraintes de l'autre. La littérature fournissant peu

d'éléments à ce sujet, en lien avec la gestion de l'absentéisme, l'étude exploratoire réalisée permettra alors approfondir ce point.

Afin de compléter cette revue de littérature sur les conséquences des restrictions budgétaires du NPM sur la gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres, une étude empirique a été réalisée.

## 2. Une étude empirique réalisée dans le secteur hospitalier public

Après avoir exposé la méthodologie qualitative de la recherche (2.1), les résultats seront présentés et discutés (2.2).

### 2.1. Méthodologie de la recherche

Une étude qualitative de nature exploratoire a été menée auprès de quatre établissements hospitaliers publics (un groupement hospitalier à l'île de la Réunion et trois centres hospitaliers en région Occitanie). Les caractéristiques des établissements sont précisées dans le tableau 1.

Sur les quatre établissements étudiés, un seul a mentionné la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre financier (Etablissement 1). Pour l'établissement 4, un mouvement de grève du personnel soignant s'est déclenché à la suite de l'utilisation abusive de l'auto-remplacement. En revanche les établissements étudiés n'ont pas souhaité communiquer les taux d'absentéisme du personnel infirmier de l'année en cours et des années précédentes.

Tableau 1 : Caractéristiques des établissements étudiés

Etablissement	Type	Intitulé	Nombre de sites	Agents/Personnels employés	Nombre de lits
1	Groupement hospitalier	Etab. 1	2	Environ 900	351
2	CH*	Etab. 2	9	1102 <sup>a</sup>	500
3	CH	Etab. 3	7	Environ 1500	856
4	CH	Etab.4	1	869 <sup>b</sup>	651

CH\* : Centre Hospitalier

NC\* : Non communiqué

Etab. : Etablissement

a. Chiffres de 2009, tirés du rapport d'observations définitives de la Cour des Comptes en date du 17 janvier 2012

b. Chiffres de 2010, tirés du rapport d'observations définitives de la Cour des comptes en date du 18 septembre 2012



La collecte des données s'est effectuée sur la période juillet 2016 – février 2017. En ce qui concerne le mode de collectes de données au sein des trois centres hospitaliers en région Occitanie, la direction des soins nous a fourni une liste de cadres d'infirmiers, de cadres de santé de proximité et de cadres supérieurs de santé à contacter, ces derniers étant préalablement informés. Cependant pour le groupe hospitalier de l'île de la Réunion, la directrice des soins nous a mis en contact avec une cadre de santé supérieure qui nous a autorisés à rencontrer le personnel soignant et les cadres de santé et à leur fixer un rendez-vous s'ils acceptaient de participer à l'étude. De plus, afin d'avoir un autre regard sur le sujet, nous avons également contacté un syndicat d'un Centre Hospitalier Universitaire de la région Occitanie, deux de ses membres ont accepté d'être interrogés. Les entretiens se sont déroulés dans le bureau des répondants, en face à face, pendant leur temps de travail et ont été enregistrés, avec leur accord au préalable afin de faciliter la retranscription. Une approche multi-acteurs a été retenue afin d'avoir des représentations différentes selon les catégories de personnel. Au total, 26 entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 4 cadres de santé supérieurs, 1 attachée d'administration hospitalière, 14 cadres de santé de proximité, 5 infirmières diplômées d'Etat (IDE) et 2 syndicalistes travaillant dans des établissements et des

pôles différents, mais aussi dans divers services au sein d'un même pôle. Les profils des répondants sont très variés : des hommes et des femmes, avec une expérience plus ou moins longue dans la fonction (de 1 à 20 ans), et évoluant dans différents services tels que la psychiatrie, la diabétologie, la rhumatologie, les urgences, la réanimation ... (cf. annexe 1). La durée des entretiens oscille entre 11 minutes et 56 minutes environ. Pour mener à bien ces entretiens, des guides d'entretien ont été élaborés à partir de la littérature, tout en tenant compte de la fonction et de la spécificité de la personne interrogée. Globalement, les thèmes abordés sont : le type d'absentéisme dans le service, la gestion de l'absentéisme à court, moyen terme et long terme, les conséquences de la gestion de l'absentéisme sur les infirmiers, les cadres de santé et les patients. A l'annexe 2, figurent deux exemples de guides d'entretien utilisés : un à l'attention des cadres de proximité (cf. annexe 2a) et un autre à l'attention des infirmiers (cf. annexe 2b).

Après la retranscription intégrale des enregistrements des entretiens, une analyse de contenu thématique a été effectuée sous QDA Miner Lite, afin de traiter les données collectées. En nous appuyant sur les étapes préconisées par Bardin (2003), nous avons procédé à une lecture flottante pour ensuite formuler les objectifs de l'analyse (identifier les impacts des restrictions budgétaires sur les ressources hu-

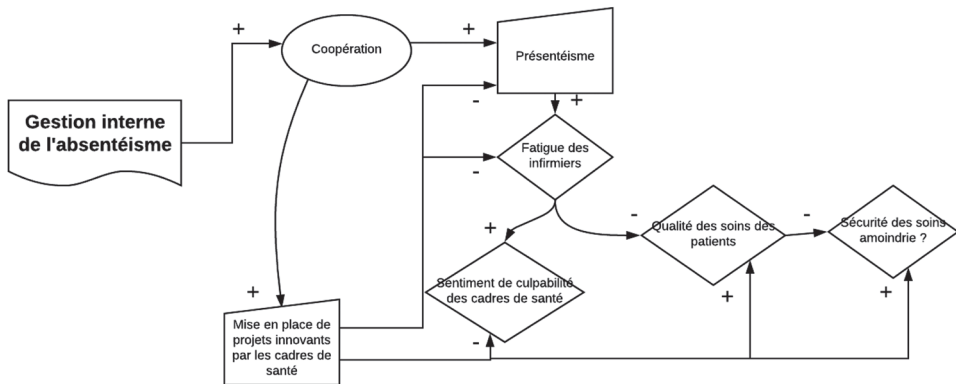
maines et sur la gestion de l'absentéisme dans le secteur hospitalier public). Par la suite, le corpus a été découpé en phrases (unité de codage) pour créer des catégories. Ces dernières font référence aux thèmes de l'étude (les modalités de gestion de l'absentéisme, les restrictions budgétaires du NPM, les relations au travail, le contenu du travail, la qualité et sécurité des soins, le présentéisme).

Il convient, à présent, d'analyser les résultats issus de cette étude.

## 2.2. Résultats de l'étude empirique

Les principaux résultats de l'étude empirique, obtenus dans un contexte de restrictions budgétaires peuvent être illustrés par la figure 1 ci-dessous.

Figure 1 : Résultats schématisés issus de l'étude empirique



**Légende :**

- Première conséquence de la gestion de l'absentéisme en interne
- Conséquences secondaires de la gestion de l'absentéisme en interne
- ◇ Conséquences du présentéisme

Pour rappel, les résultats de l'étude empirique se placent dans un contexte de restrictions budgétaires.

### Une gestion de l'absentéisme en interne privilégiée

Conformément à la littérature, les résultats de l'étude montrent que la maîtrise des coûts imposée par le NPM passe notamment par une maîtrise de

la masse salariale et de ce fait, par une limitation des recrutements du personnel (« L'ARS nous impose des mesures [...], par exemple, pour telle année, on ne pouvait pas augmenter la masse salariale de plus de tant » – Attaché administration 1, Etab. 1). Toute-

fois contrairement à ce qui est avancé par Brami *et al.* (2012), les résultats indiquent que cette limitation des recrutements concerne la gestion des absences de courte et longue durées (« Avec la politique de réduction des coûts, la DRH va freiner des deux pieds pour éviter un recrutement » – Cadre de santé 2, Etab. 2 ; « Les congés maternités n'étaient pas remplacés. On devait travailler avec moins d'agents » – IDE 3, Etab.3), relativement fréquentes compte tenu des congés maternité. Rappelons que la population infirmière interrogée est constituée majoritairement de femmes (« L'effectif infirmier est jeune, la moyenne d'âge est inférieure à 30 ans, une majorité de filles. Donc c'est la période des bébés » – Cadre de santé 2, Etab.1). Les résultats de l'étude confirment l'injonction posée au sein des établissements publics de santé consistant à « faire plus avec des ressources humaines moindres » (Noblet et Rodwell, 2009), ce qui provoque un accroissement de la charge de travail dans le secteur hospitalier (Newman et Lawler, 2009). Dans le même ordre d'idées, ils convergent avec ceux des travaux de Devigne *et al.* (2014) dans le sens où la gestion de l'absentéisme des infirmiers se fait essentiellement en interne et est, souvent, de nature quantitative. Les hôpitaux publics étudiés mettent en place les modalités de gestion de l'absentéisme identifiées, au préalable, dans la littérature. Les entretiens font émer-

ger l'utilisation de l'auto-remplacement, l'auto-ajustement des plannings, la mobilité inter-services et du pool de remplacement.

A travers l'étude de quatre établissements différents, force est de constater qu'il n'y a pas une « manière type » de gérer l'absentéisme. Cette gestion varie d'un établissement à un autre. Elle dépend non seulement de la politique de l'établissement mais également des pratiques du terrain (cf. tableau 2) dépendantes de la politique de l'établissement.

Globalement, l'inexistence d'un pool de remplacement limite clairement la marge de manœuvre des cadres de santé de proximité dans cette gestion de l'absentéisme. Les modalités de gestion de l'absentéisme les plus fréquentes sont l'auto-ajustement des plannings et l'auto-remplacement, dans trois établissements sur quatre (cf. tableau 2). Ces deux dernières modalités reposent sur le volontariat, autrement dit sur « le bon vouloir des agents » (Cadre de santé 2, Etab. 2).

*Une gestion interne de l'absentéisme dans un contexte de coupes budgétaires, source d'une forte coopération entre agents*

Contrairement à la littérature, l'étude révèle que la gestion de l'absentéisme au sein des établissements hospitaliers étudiés tend à développer une coopération entre les différents ac-

Tableau 2 : Les modalités de gestion de l'absentéisme mises en œuvre dans les établissements interrogés

Etablissement concerné	Politique de l'établissement	Pratiques les plus fréquentes en termes de gestion de l'absentéisme
<i>Groupement Hospitalier (Etab.1)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence d'un <i>pool</i> de remplacement</li> <li>▪ Recrutements limités</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rappel sur les repos</li> <li>2. Pool de remplacement</li> <li>3. Auto-ajustement des plannings</li> <li>4. Mobilité inter-services</li> </ol>
<i>CH1 (Etab.2)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence d'un <i>pool</i> de remplacement</li> <li>▪ Gestion de l'absentéisme en interne pendant 72 heures avant de demander le <i>pool</i> de remplacement</li> <li>▪ Recrutements limités</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pool de remplacement</li> <li>2. Rappel sur les repos</li> <li>3. Auto-ajustement des plannings/ mobilité inter-services</li> </ol>
<i>CH2 (Etab.3)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas de <i>pool</i> de remplacement</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auto ajustement des plannings</li> </ol>
<i>CH3 (Etab. 4)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas de <i>pool</i> de remplacement</li> <li>▪ Mobilité inter-services encouragée par les membres de la direction</li> <li>▪ Recrutements limités</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mobilité inter-services</li> <li>2. Rappel sur les repos</li> <li>3. Ajustement des plannings</li> </ol>

teurs. Loin de diviser et de les mettre en compétition, la réduction des coûts imposée par le NPM semble contraindre les agents à trouver ensemble des solutions, des arrangements. Cette coopération se manifeste à différents niveaux. Tout d'abord, une coopération se crée au niveau des cadres de santé notamment pour la mise en œuvre de la mobilité inter-service (« *Quand j'ai besoin d'une infirmière, je demande à ma collègue (dont le service fonctionne de la même façon) si un de ces agents peut venir dans mon service et inversement ; en général, on trouve une solution [...] Je m'entends bien avec elle, donc je lui demande son avis sur telle situation et inversement* » – Cadre de santé 1, Etab.1). Contrairement à la littérature, la gestion de l'absentéisme, même dans ce contexte financier difficile,

semble renforcer les relations interpersonnelles. Dans le même ordre d'idées, se développe un fort soutien social d'une part, au sein de l'équipe, entre les infirmières, et d'autre part entre les infirmières et le cadre de santé. Ce soutien social s'avère être doublé d'une solidarité accrue et d'une grande confiance entre collègues et surtout, envers le cadre de santé (« *S'il n'y avait pas de solidarité entre nous, ce serait très dur comme boulot* » – Cadre de santé 1, Etab.1 ; « *Ils savent qu'ils peuvent tout me dire, il y a une très grande confiance* » – Cadre de santé 8, Etab.2) ; « *On s'entend bien, on arrive à comprendre que si quelqu'un a besoin de faire un changement de planning, pour un rendez-vous médical, par exemple* » – IDE 1, Etab.2). Ainsi, les résultats de l'étude qualitative vont à l'encontre des tra-

vaux de Demmke (2016) au sujet de la confiance envers le manager. Par ailleurs, se met en place une coopération entre les cadres de santé et les médecins si, en cas d'absence, les agents ne veulent ni modifier leur planning, ni revenir sur leur repos (« Si on fait rester un infirmier pendant 12 heures, on va essayer de réduire les entrées ; on va diminuer au niveau de l'activité, en accord avec le médecin, afin d'éviter qu'il s'épuise, d'éviter les erreurs. Du coup, il va assurer la prise charge les patients mais a minima, on ne va pas augmenter son activité. Donc, on perd sur l'activité. Cette situation peut arriver mais ce n'est pas systématique, ça m'est arrivé une fois » – Cadre de santé 2, Etab.1). Cette coopération entre les cadres de santé de proximité et les médecins n'est pas systématique et ne semble pas être véritablement entrée « dans les mœurs » hospitalières. A ce propos, certains cadres de santé de proximité n'hésitent pas à parler de la « toute puissance médicale » (Cadre de santé 10, Etab.3).

Enfin, afin de trouver des solutions aux problèmes de gestion de l'absentéisme, une coopération paraît également s'instaurer, de manière plus large, entre la direction des ressources humaines, les cadres de santé supérieurs et les cadres de santé dans certains établissements (« Tous les 15 jours, nous avons une réunion dite des effectifs où les 6 cadres supérieurs de santé se retrouvent avec la directrice

des soins, l'attachée d'administration hospitalière DRH, son adjointe et chaque cadre supérieur expose ses difficultés en termes d'effectif pour les 15 jours à venir ; par exemple, j'ai X absences, j'ai des difficultés pour remplacer, une infirmière qui annonce une maternité, qui annonce une opération » – Cadre de santé sup. 3, Etab.4). Comme le soulignaient Crozet et al. (2008), une nouvelle culture de gestion s'installe dans le milieu hospitalier permettant de gérer l'absentéisme de manière collégiale. Ces réunions offrent l'opportunité à chacun de prendre du recul par rapport à la situation de son service, d'indiquer ses difficultés et de trouver ensemble des solutions.

*Une coopération accrue entre infirmiers qui conduit à un présentéisme aux effets néfastes sur la santé au travail*

Les résultats de l'étude indiquent que pour faire face à l'absentéisme dans leur service, les cadres de santé recourent en priorité et systématiquement à des mesures de flexibilité interne dont l'auto-remplacement et à l'auto-ajustement des plannings (cf. annexe 3b). Ces pratiques semblent d'ailleurs, devenir une sorte d'habitude dans certains établissements (« Comme on revenait tout le temps, la direction a dû considérer que c'était devenu une normalité alors que non, ce n'est pas comme cela » – IDE 5,

Etab.4). Celles-ci sont d'autant plus utilisées par les cadres de santé lorsque les équipes sont investies et fortement impliquées affectivement dans leur métier, avec une véritable vocation pour leur métier (« *Dernièrement, on a eu une équipe dans un service de pneumologie qui a été mise en difficulté pendant un an et demi pour des problèmes d'absentéisme (burn-out, longue maladie, accidents de travail) et qui n'en pouvait plus. C'étaient des soignants investis, qui aimaient leur service, qui aimaient la pathologie qu'ils avaient choisi mais qui n'en pouvaient plus : des salariés à 80% obligés de travailler à 120%, aucune possibilité de poser des repos* » – Syndicaliste 2 ; « *Il y a une limite que l'équipe ne peut plus atteindre, l'équipe doit poser ses congés, à chaque fois, on repousse, on repousse [...] On ne pouvait même plus poser nos congés* » – IDE 5, Etab.4). Ces verbatim illustrent le fait que les heures de travail se rallongent continuellement, allant au-delà de la quotité de travail choisie par l'agent, s'accompagnant d'une impossibilité de poser des congés et de se reposer. Cet accroissement du nombre d'heures travaillées pointé par Afford (2003), conduit au phénomène de présentéisme au sens de Simpson (1998) et de McKeivitt et al. (1997). A l'instar des travaux d'Aronsson et al. (2000), les résultats de l'étude mettent également en lumière que l'impossibilité d'être remplacé constitue un facteur de présentéisme.

En outre, ils révèlent que sur le moyen voire le long terme, le présentéisme provoque une grande fatigue chez les infirmiers, ce qui conduit à une absence morale (« *Disons que lorsque les collègues travaillent cinq jours d'affilée, le cinquième jour est difficile* » – IDE 3, Etab.4 ; « *Quand on est extrêmement fatiguée, oui ça peut arriver d'être absent moralement. Cela m'est arrivé la dernière fois, je me trouvais fatiguée le matin, j'ai dit aux collègues « je ne me sens pas bien ce matin, je ne me sens pas de faire les médicaments* » – IDE 5, Etab.4).

*Un présentéisme des infirmiers qui interroge quant à la qualité et à la sécurité des soins des patients*

Les résultats de l'étude révèlent que les modalités de gestion de l'absentéisme mises en œuvre dans les établissements hospitaliers peuvent avoir des effets négatifs sur la qualité des soins. En effet, lorsque le recours à l'auto-remplacement ou à l'auto-ajustement des plannings s'avère impossible, les cadres de santé développent la mobilité inter-services. Certains d'entre eux déclarent que ce levier d'action de gestion de l'absentéisme provoque une réduction de la qualité des soins dans la mesure où l'agent qui intervient ne connaît ni le service en question, ni les patients (« *Pour ce qui est de la mobilité interservices, je n'ai pas la qualité des soins ; j'assure avant*

*tout la sécurité », « L'agent dépanne, il fait du soin en série mais il ne fait pas de la prise en charge. Il est certes là physiquement, donc on a l'effectif de sécurité pour tourner » – Cadre de santé 11, Etab.4) ; « On ne connaît pas les patients donc on fait comme on peut. On ne connaît pas l'endroit, où sont les médicaments [...] on peut se sentir complètement inutile. Donc, on essaye d'avancer le travail des collègues mais on ne peut pas s'engager dans une relation avec les patients » – IDE 4, Etab.4). A la lecture de ces verbatim, il semblerait qu'il soit difficile voire impossible de faire mieux ou plus avec un nombre de personnels soignants moindre. Des solutions sont, certes, trouvées mais ne sont pas efficaces et viennent mettre en porte-à-faux les raisons pour lesquelles les agents se sont engagés dans ce métier, créant ainsi un sentiment de perte de sens au travail et une brèche voire une rupture du contrat psychologique.*

Enfin, l'absence morale précédemment évoquée des agents infirmiers interroge quant à la sécurité des soins. Comme il a été mentionné dans un entretien, les infirmiers doivent prendre en charge les médicaments et les erreurs, à ce niveau, peuvent être mortelles pour le patient. Même si en tant que chercheurs, nous n'avons pu obtenir le nombre d'incidents liés à la fatigue des infirmiers (donnée confidentielle), un syndicaliste a pu relater un incident dont les conséquences sont alarmistes : « Exemple type, il n'y a

*pas très longtemps, on a eu une chimiothérapie qui devait se dérouler en 8 heures, les agents l'ont fait en une demi-heure, le patient a failli mourir très clairement...et il y a eu des choses encore plus graves mais bien sûr, ça ne sort pas de l'établissement » (Syndicaliste 1).*

*Le présentéisme des infirmiers, un déterminant du sentiment de culpabilité chez le cadre de santé de proximité*

Le sentiment de culpabilité des cadres de santé de proximité face à cette gestion de l'absentéisme est récurrent dans les entretiens réalisés (« Quand cela dysfonctionne, c'est toujours de la faute du cadre. On est bien utile quand on veut trouver un responsable » ; « On est le bouc-émissaire qui sert bien » – Cadre de santé 11, Etab.4 ; « On est toujours coupable de tout » – Cadre de santé 1, Etab.1). Ce sentiment de culpabilité vient du fait qu'ils ont conscience qu'ils font travailler leurs agents dans de mauvaises conditions (« Parfois, quand je sais que mes infirmières vont travailler en dégradé, je peux y penser la nuit et cela m'impacte et me stresse » – Cadre de santé 8, Etab.2). Pour tenter d'amoinrir ce sentiment de culpabilité, certains établissements de santé étudiés mettent en place des « réunions d'effectifs » regroupant d'autres cadres de proximité, des cadres de santé supérieurs et des membres de la

direction, comme il l'a été indiqué précédemment. Il s'agit en fait de groupes de discussion ou de réunions d'analyse de pratiques de gestion de l'absentéisme au sein des différents services et des pôles.

*Une démarche proactive des cadres de santé de proximité pour surmonter ce sentiment de culpabilité : vers des projets innovants ?*

Cette recherche révèle que certains cadres de santé arrivent à passer outre, ce sentiment de culpabilité en mettant en place une démarche proactive, en collaboration avec le cadre de santé supérieur (« Une fois, on était dans une période où ni l'auto-remplacement, ni la modification des plannings, ni le pool et ni le recrutement de contractuels n'était possible. Donc là on était dans une impasse » – Cadre de santé sup. 1, Etab.2). Pour pallier cette difficulté, les cadres reviennent à un point phare de leur métier, la mise en place de projets. Cet impératif de réduction de coûts et ce manque de personnel dans une situation d'absentéisme permettent aux cadres d'innover en terme de management et de mettre en œuvre une gestion plus qualitative de l'absentéisme (« C'est pour cela que par la suite, j'ai monté un projet, avec mes collègues qui sont cadres de proximité, d'une gestion des compétences où pendant six mois de l'année, une infirmière est dans le service réanimation, une aide-soignante

est dans le service des urgences et ensuite, ils changent leur service pour les six autres mois » – Cadre santé sup. 1, Etab.2). Ainsi, les cadres de santé développent des innovations managériales pour pallier la pénurie de personnel afférente aux restrictions budgétaires et faire face au problème de gestion de l'absentéisme. C'est une manière de les reconforter dans leur posture de cadres de santé. En effet, la gestion de l'absentéisme est si chronophage au quotidien que la plupart d'entre eux regrettent ce manque de temps pour la mise en place de projets, un des leviers de motivation pour le choix de leur métier. Ces projets peuvent ainsi, comme l'exemple évoqué ci-dessus, porter sur le développement de la polyvalence, des compétences des agents. Ils peuvent, par là même, augmenter la qualité des soins et assurer la sécurité des soins.

## Discussion et conclusion

---

Cette étude exploratoire permet de mettre en lumière les conséquences des restrictions budgétaires relatives au NPM à travers le prisme de la gestion de l'absentéisme. En pratique, les restrictions budgétaires imposées par le NPM complexifient la gestion de l'absentéisme des infirmiers puisqu'elles limitent fortement la flexibilité externe. Globalement, les modalités de gestion de l'absentéisme mises



en évidence par la littérature (Devigne *et al.*, 2014) se retrouvent dans l'étude empirique menée. Une gestion de l'absentéisme par la flexibilité interne est privilégiée par les cadres de santé de proximité, qu'il s'agisse de l'absentéisme de courte ou de longue durée. C'est pourquoi, les résultats de l'étude divergent avec ceux de Bami *et al.* (2012) dans la mesure où le recours à l'auto-remplacement, par exemple, est utilisé pour gérer l'absentéisme, quelle que soit sa durée et ne se cantonne pas à la gestion des absences courtes. Compte tenu de l'impératif budgétaire, les marges de manœuvre des cadres de santé de proximité pour gérer l'absentéisme se restreignent davantage.

Contre toute attente, les résultats de l'étude qualitative révèlent une coopération accrue des personnels pour faciliter la gestion de l'absentéisme au quotidien. Le climat de compétition ou encore la dureté relationnelle entre les infirmiers ne transparaissent pas dans les entretiens réalisés contrairement aux travaux de Warde (1992), de Vickers (2006), de Diefenbach (2009) ou encore ceux d'Abord de Chatillon *et al.* (2017). Même si les conditions de travail se détériorent, les agents infirmiers interrogés s'entraident, « se serrent les coudes ». Les infirmiers semblent conscients que l'organisation du travail repose sur la qualité des relations entre collègues et/ou avec le cadre de santé de proximité. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles les jugements hâtifs relatif à

l'absentéisme des collègues sont évités. Une « projection » d'un éventuel absentéisme de leur part pousse les agents à venir travailler alors qu'ils sont, par exemple, en repos ou encore, à modifier leur planning pour remplacer un collègue.

Il semblerait que cette collégialité, ces relations interpersonnelles de qualité entre les personnels soignants soient au service des patients, leur rappelant le sens de leur métier, reconstruisant ainsi leur contrat psychologique (Rousseau, 1989). Cet attachement des agents au service public (Perry et Wise, 1990) va plus loin qu'un schéma traditionnel contribution/rétribution. Du fait de leur forte implication affective dans leur métier, les soignants du secteur hospitalier publics sont prêts « à faire don d'eux-mêmes » pour garantir la qualité et la sécurité des soins des patients, même si cela nuit à leur santé au travail.

Les cadres de santé de proximité interrogés conscients de cette entraide, de cette vocation et amour du métier finissent, plus ou moins consciemment, par en abuser. Ayant des marges de manœuvre extrêmement réduites, ils ne peuvent que s'appuyer sur l'équipe en place pour gérer l'absentéisme, surtout si l'établissement ne dispose pas de *pool* de remplacement ou n'incite pas à la mobilité inter-services, conduisant à un phénomène jusqu'alors peu mis en lumière, le présentéisme. Ce dernier émerge notamment lorsqu'une

organisation a des difficultés pour remplacer, ce qui est le cas du secteur hospitalier public. L'étude confirme ainsi les conclusions émises par Aronsson *et al.* (2000). En France, la notion est relativement peu abordée. Quelques exceptions demeurent avec les travaux d'Huver (2013) ou encore, ceux de Dumas (2013). Néanmoins, ces auteurs ne font pas le lien, à proprement parler, entre le présentéisme et les restrictions budgétaires imposées par le NPM. Si le présentéisme semble être la solution d'une gestion à court terme de l'absentéisme. Sur le long et moyen termes, les conséquences sont alarmistes. Parmi elles, figurent la fatigue accrue des équipes infirmières, la qualité des soins dégradée et la baisse de la sécurité des soins des patients. Les infirmiers, tout comme les cadres de santé de proximité, se retrouvent souvent face à un travail « bâclé », réalisé le plus souvent dans la précipitation, dans l'urgence, pouvant conduire à de « la qualité empêchée » (Clot, 2010). Les dimensions intrinsèques des métiers étudiés sont alors touchées (Rossano *et al.*, 2015), provoquant ainsi une rupture du contrat psychologique (Morrisson et Robinson, 1997). Même si les cadres de santé de proximité ont l'impression d'abuser, de « trop demander » à leurs équipes pour gérer l'absentéisme, c'est aussi parce que l'impératif budgétaire ne semble pas leur laisser d'autres choix. Néanmoins, ils restent bienveillants et tentent de protéger les agents. Se développe

alors un fort sentiment de culpabilité chez les cadres de santé de proximité au contact de la souffrance des soignants de leur équipe. Bien que les travaux de Laval (2011) évoquent un « management de la culpabilité » induit par le NPM, le sentiment de culpabilité des cadres de santé de proximité est relativement peu mis en lumière par la littérature. Il est pourtant nécessaire de s'y intéresser car ce sentiment ne fait que croître, le cadre de santé ne disposant d'aucun moyen pour pouvoir l'alléger. En outre, ce « management de la culpabilité » nuit à leur propre santé au travail et au respect de l'équilibre travail-hors travail des personnels soignants de leurs équipes. Les résultats de la recherche révèlent que la gestion de l'absentéisme semble reposer sur les épaules du cadre de santé de proximité. Cette gestion de l'absentéisme est telle, qu'elle constitue d'ailleurs, sa priorité au détriment de ses autres activités managériales. A ce propos, peu de chercheurs s'interrogent sur les effets de la managérialisation de cette profession. Les résultats de cette étude s'inscrivent dans la dynamique des travaux de Divay et Gadéa (2015) qui mettent en avant les effets de la managérialisation chez les cadres de santé et plus précisément leurs difficultés à être « manager » dans un contexte budgétaire restreint. Ce point mérite d'être approfondi par d'autres recherches, d'autant plus que nos résultats montrent que, le fait d'être devenu

« manager » leur donne la possibilité de mettre en place des projets et d'être proactifs avec leurs équipes pour tenter d'innover en termes de gestion de l'absentéisme.

Les résultats de cette étude exploratoire doivent être pris avec précaution compte tenu du nombre de personnes interrogées (26 dans 4 établissements hospitaliers publics). En outre, une zone d'ombre demeure sur la gestion de l'absentéisme par le recours au *pool* de remplacement car seuls deux établissements étudiés disposaient d'un *pool*. Il serait également judicieux d'approfondir la polyvalence et la gestion des compétences des personnels soignants travaillant dans le *pool*. Par ailleurs, cette étude exploratoire mériterait d'être prolongée par étude quantitative auprès d'un échantillon plus large de soignants pour renforcer la validité externe de ses résultats.

Pour conclure, les résultats de la recherche mettent en évidence les incidences notables des restrictions budgétaires imposées par le NPM sur la gestion actuelle de l'absentéisme des infirmiers dans le secteur hospitalier public, qui se fait essentiellement en interne. Cette gestion de l'absentéisme en interne fait émerger, chez la population infirmière, du présentéisme qui n'est pas sans conséquence sur la qualité et la sécurité des soins. Cependant, les résultats de l'étude soulignent la qualité des relations de travail au sein des services. Malgré des restric-

tions budgétaires et un manque de personnel, les agents restent solidaires et ont confiance en leur cadre de santé.

Suite aux résultats de cette étude, des préconisations émergent. Tout d'abord, il serait souhaitable de redimensionner les *pools* de remplacement au sein des établissements publics de santé afin de mutualiser un plus grand nombre de personnels, tout en étant vigilant sur leurs compétences et leur polyvalence. Ces *pools* permettraient de limiter l'auto-remplacement et l'auto-ajustement entre collègues, modalités de gestion de l'absentéisme les plus mobilisées par le cadre de santé et de réduire ainsi le présentéisme des infirmiers. Le recours aux agents du *pool* de remplacement pour gérer l'absentéisme de courte durée paraît être une solution judicieuse, à condition que la taille du *pool* de remplacement soit suffisante. Quant à la gestion de l'absentéisme de durée plus longue, le *pool* de remplacement ne semble pas être la solution. La recherche de solutions innovantes pour gérer l'absentéisme à l'hôpital public passe également par le développement d'une nouvelle « culture de gestion partenariale » favorisant les échanges entre les différentes catégories de personnels soignants qu'il s'agisse des cadres de santé de proximité, des cadres de santé supérieurs mais aussi des médecins, des infirmiers ou encore des aides soignants. Cette gestion de l'absentéisme se doit d'être la préoccupation de l'ensemble des parties pre-

nantes du secteur hospitalier public. Elle ne doit plus rester l'unique préoccupation du cadre de proximité. Enfin, il semble important également de ménager suffisamment le personnel en présence qui, certes, fait preuve de bonne volonté pour remplacer, pallier l'absentéisme mais qui à moyen terme, va finir par s'épuiser et s'absenter. En effet, si ce cercle n'est pas rompu, l'absentéisme risque d'être entretenu par le présentéisme. Comme l'a énoncé la FHF en 2016, il serait judicieux « de mettre fin à la contrainte budgétaire permanente et aux injonctions paradoxales » et de permettre les recrutements de contractuels surtout pour des arrêts de longue durée. Il semble nécessaire de repenser le recrutement au sein du secteur hospitalier public afin de préserver la santé des équipes de soignants. Le recours à la flexibilité externe ne doit plus être perçu comme un coût. Le recrutement se doit d'être réfléchi, certes, et être fait au cas par cas. Chaque secteur d'activité (orthopédie, urgences etc.) ou chaque type d'établissement (hôpital psychiatrique, hôpital général etc.) ne se gèrent pas de la même manière. Par conséquent, le Directeur des Ressources humaines doit en être conscient et ne pas hésiter à nommer et à s'appuyer sur un cadre supérieur qui serait un référent « ressources humaines » pour obtenir au plus près du « local » un avis sur la situation relative à la nécessité de recruter (ou pas) dans un secteur donné. En effet, sur le

long terme, cette limitation des recrutements peut conduire à stratégies de fuite chez les agents infirmiers, pouvant paralyser la gestion actuelle de l'absentéisme. Par exemple, ces derniers peuvent éviter de donner leur numéro de téléphone personnel ou bien, ignorer les messages vocaux des cadres de proximité leur demandant de venir travailler alors qu'ils sont en repos. De manière plus poussée, cette limitation des recrutements pour gérer l'absentéisme peut déboucher sur des situations de grève des agents, ce qui risque d'avoir des incidences sur la continuité des soins des patients. D'ailleurs de nombreuses études mettent en exergue les liens positifs entre la douleur des patients à l'hôpital ou encore le risque de décès voire leur mortalité et le nombre d'infirmiers disponibles. A titre d'illustration, une enquête menée auprès de patients dans des hôpitaux américains révèle que le nombre de soignants disponibles a une influence positive sur la satisfaction des patients relative au contrôle de la douleur (Shindul-Rothschild *et al.*, 2017).

Afin d'élargir notre sujet, il est intéressant d'observer ce qui se fait à l'international concernant l'amélioration des conditions de travail des personnels soignants. A ce propos, le gouvernement du Québec et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) ont récemment annoncé la création de 17 projets pilotes sur les ratios infirmière-patients. Ils auraient pour ob-

jectif de tester un nombre X d'infirmières pour un nombre X de patients dans tel type d'unité de soins afin de vérifier si le ratio envisagé convient, pour donner tous les soins qui doivent être fournis : changement de pansement, médicaments à donner à la bonne heure, etc<sup>6</sup>. Ce type de projets pourraient permettre aux personnels soignants de contrer des sentiments de travail bâclé et de renouer avec leur cœur de métier. D'ailleurs, l'établissement d'un quota d'infirmiers existe déjà en France, dans certaines unités de soin particulièrement sensibles pour garantir la qualité et la sécurité des soins aux patients. Il s'agit des unités de réanimation (deux infirmiers pour cinq patients) ou de dialyse (un infirmier pour six patients)<sup>7</sup>. Une réflexion sur sa généralisation dans les établissements de santé pourrait être envisagée.

## Bibliographie

---

Abord de Châtillon, E., Blondet, C., Branchet, B., Crambes, C. Valette, A. (2017). La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier privé et public. *Etudes, Recherche et Débat*. Paris, France : DGAFP Ministère de la Fonction Publique.

Abord de Chatillon, E. et Desmarais, C. (2012). *Le Nouveau Management Public est-il*

---

<sup>6</sup> <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1099624/dix-projets-pilotes-ratios-infirmieres-patients-gouvernement-quebec>

<sup>7</sup> <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/ratios-infirmiers-patients-defi-qualite-soins.html>

pathogène ? *Management International*, 16(3), 10-24.

Afford, C.W. (2003). *Corrosive Reform : Failing Health Workers in Eastern Europe*. A joint publication by the International Labour Office, Socio-Economic Security Programme, Geneva and Public Services International : Ferney-Voltaire.

Armstrong, A. (1998). A comparative analysis : New public management – the way ahead ?, *Australian Journal of Public Administration*, 57(2), 12-24.

Aronsson, G., Gustafsson, K. et Dallner, M. (2000). Sick But Yet at Work : An Empirical Study of Sickness Presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 502-509.

Bacache-Beauvallet, M. (2012). L'État : contraintes et liberté, approche économique. *Pouvoirs*, 142 (3), 21-31.

Bardin L. (2007). *L'analyse de contenu* (2<sup>ème</sup> édition). Paris, France : PUF.

Baret, C. (2002). Hôpital : le temps de travail sous tension. Une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède. *Sciences Sociales et Santé*, 20(3), 75-107.

Bezes, P. (2005). Le modèle de « l'État-stratège » : genèse d'une forme organisationnelle dans l'administration française. *Sociologie du travail*, 47, 431-450.

Bezes, P. (2009). *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*. Paris, France : PUF coll. « Le lien social ».

Bordet, A. (2012). L'hôpital mis à mal par le management », *La Vie des idées*. ISSN : 2105-3030. Repéré à : <http://www.laviedesidees.fr/L-hospital-mis-a-mal-par-le.html>

Bourgeon, D. (2013). *Le planning à l'hôpital : entre réglementation du travail et jeux de pouvoir*. Paris, France : Lamarre.

Bouville, G. (2009). L'influence de l'organisation et des conditions de travail sur l'absentéisme. Analyse quantitative et étude de cas (*Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion*). Université de Rennes 1.

Brami, L., Damart, S. et Kletz, F. (2012). Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude

des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. *Politiques et management public*, 29(3), 541-561. Repéré à : <http://journals.openedition.org/pmp/5551>

Buchan, J. (2000). Health sector reform and human resources : lessons from the United Kingdom. *Health Policy and Planning*, 15 (3), 319-325.

Butterfield, R., Edwards, C. et Woodall, J. (2005). The New Public Management and Managerial Roles : the Case of the Police Sergeant. *British Journal of Management*, 16(4), 329-341.

Clot, Y. (2010). *Le Travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, France : La Découverte.

Crozet, P., Kaaniche, A. et Lienard, K. (2008). Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines. *Politiques et Management Public*, 26(2), 33-51.

Dan, S. et Politt, C. (2015). NPM Can Work : An optimistic review of the impact of New Public Management reforms in central and eastern Europe. *Public Management Review*, 17(9), 1305-1332.

Demmke, C. (2016). Effects of Budgetary Constraints on HR Reforms in Central Public Administrations and the Importance of Institutional Context, *International Journal of Public Administration*, 0, 1-14.

Demerouti, E., Le Blanc, P.M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B et Hox, J. (2009). Present But Sick : A Three-Wave Study on Job Demands, Presenteeism and Burnout. *Career Development International*, 14(1), 50-68.

Devigne, M., Habib, J. Krohmer, C. et Brami, L. (2014). Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD, *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, 32 (1), 63-80.

Diefenbach, T. (2009). New public management in public sector organizations : the dark sides of managerialistic 'enlightenment', *Public Administration*, 87 (4), 892-909.

Divay, S. et Gadéa, C. (2015). Aggiornamento manageriale des établissements publics et dy-

namiques professionnelles. Éléments d'analyse à partir de l'évolution des cadres de santé, *Gouvernement et action publique*, 4, 81-99.

Dumas, M. (2013). Étude diachronique de la variabilité et des facteurs de l'absentéisme maladie et de présentéisme : le cas du personnel de production d'une entreprise du secteur du luxe. *Revue de gestion des ressources humaines*, 89(3), 19-39.

Gadéa, C. (2011). Cadres de santé, le maillon indispensable du New public management ? Dans P. Bouffartigue, C. Gaéda et S. Pochic (dir.). *Cadres, classes moyennes, vers l'éclatement ?* (p. 46-55). Paris, France : Armand Colin.

Grevin, A. (2011). Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail (Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion). Université de Nantes.

Gruening, G. (2001). Origin and Theoretical Basis of New Public Management, *International Public Management Journal*, 4(1), 1-26.

Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons ?, *Public Administration*, 69, 3-19.

Huver, B. (2013). Du présentéisme au travail : mesure et facteurs explicatifs (Thèse de doctorat en sciences économiques). Université de Lille 1.

Johns, G. (1978). Attitudinal and non attitudinal predictors of two forms of absence from work. *Organizational Behavior and Human Performance*, 22, 431-444.

Leteurtre, H. (1991). *L'audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, Paris, France : Berger-Levrault.

Letbridge, J. (2004). Public sector reform and demand for human resources for health (HRH). *Human Resources for Health*, 2-15.

Letvak, S.A, Ruhm, C.J. et Gupta, S.N. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *American Journal of Nursing*, 112(2), 30-38.

Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et Torielli, R. (2011). *L'hôpital en réanimation*, Paris, France : Editions du Croquant.

McKeivitt, C., Morgan, M., Dundas, R. et Holland, W.W. (1997). *Sickness Absence and*

Working through Illness : A Comparison of Two Professional Groups. *Journal of Public Health*, 19(3), 295-300.

Mikkelsen, A., Osgard, T. et Lovrich, N. (2000). Modeling the Effects of Organizational Setting and Individual Coping Style on Employees Subjective Health, Job Satisfaction and Commitment. *Public Administration Quarterly*, 24(3), 371-397.

Morrison, E.W. et Robinson, S.L. (1997). When employees feel betrayed : A model of how psychological contract violation develops. *Academy of Management*, 22, 226-256.

Muchinsky, P.M. (1977). Employee absenteeism : A review of the literature. *Journal of Vocational Behavior*, 10, 316-340.

Newman, S. et Lawler, J. (2009). Managing health care under NPM : A sisyphian challenge for nursing. *Journal of Sociology*, 45(4), 419-432.

Noblet, A.J., McWilliam, J., Teo, S.T.T. et Rodwell, J.J. (2006). Work characteristics and employee outcomes in local government. *The International Journal of Human Resource Management*, 17(10), 1804-1818.

Perry, J.I. et Wise, I.R. (1990). The motivational bases of public service. *Public Administration Review*, 50, 367-373.

Politt, C. (2000). Is the emperor in his underwear ? An analysis of the impacts of public management reform. *Public Management*, 2(2), 181-199.

Pollitt, C. (2002). The New Public Management in International Perspective : An Analysis of Impacts and Effects. Dans K. McLaughlin, S. P. Osborne and E. Ferlie (eds) *New Public Management : Current Trends and Future Prospects* (P. 12-35). London, UK : Routledge.

Pollitt, C. et Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform : A Comparative Analysis* (second edition). Oxford : Oxford University Press.

Randon, S., Baret, C. et Prioul, C. (2012). La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale. *Revue Management et Avenir*, 49, 133-149.

Randon, S. (2015). L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'absentéisme et l'intention de départ du personnel infirmier (Thèse de Doctorat en sciences de gestion), Université Lyon 3.

Rigoli, F. et Dussault, G. (2003). The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 1-9.

Rossano, M., Abord de Châtillon, E. et Desmarais, C. (2015). Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources. *Revue de gestion des ressources humaines*, 95(1), 58-77.

Rousseau, D.M. (1989). Psychological and implied contracts in organizations. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 2, 121-139.

Shindul-Rothschild J., Flanagan J., Stamp K., et Read C Y., (2017). Beyond the Pain Scale : Provider Communication and Staffing Predictive of Patients' Satisfaction with Pain Control. *Pain Management Nursing*, 18 (6), 401-409.

Simpson, R. (1998). Presenteeism, Power and Organizational Change : Long Hours as a Career Barrier and the Impact on the Working Lives of Women Managers. *British Journal of Management*, 9(s1), 37-50.

Taloyan, M., Aronsson, G., Leineweber, C., Hanson, L. M., Alexanderson, K., et Westerlund, H. (2012). Sick leave predicts sub-optimal self-rated health and sickness absence : A nationally representative study of the Swedish working population. *PLoS ONE*, 7(9). Article ID e44721. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0044721>

Thévenet, M. et Vachette, J.L. (1992). *Culture et comportements*. Paris, France : Vuibert.

Vickers, M. H. (2006). Writing what's relevant : workplace incivility in public administration of in sheep's clothing. *Administrative Theory & Praxis*, 28(1), 69-88.

Van de Walle, S. et Hammerschmid, G. (2011). The Impact of the New Public Management : Challenges for Coordination and Cohesion in European Public Sectors. *Halduskultuur – Administrative Culture*, 12 (2), 190-209.

Annexe 1 : Les caractéristiques de l'échantillon

Identifiant	Métier d'origine	Durée entretien	Genre	Ancienneté dans le métier	Service/ Pôle	Type établissement
Cadre de santé 1	Infirmier	45min 14s	Masculin	3 ans	Médecine Interne ; Diabétologie ; Pharmacie	Groupe hospitalier – Etablissement public
Cadre de santé 2	Infirmière	27min 59s	Féminin	3 ans	Médecine de spécialité + Addictologie	Groupe hospitalier – Etablissement public
Cadre de santé 3	Infirmière	18min 17s	Féminin	15 ans	Services soins continus + consultations externes médecine et chirurgie	Groupe hospitalier – Etablissement public
Cadre de santé 4	Infirmier, coordinatrice dans le privé puis faisant fonction (depuis 2000)	19min 58s	Féminin	4 ans	Unité de Soins de Suite et de Réadaptation	Groupe hospitalier – Etablissement public
Cadre de santé 5	Infirmier	54min 01s	Masculin	13 ans	Unité de Soins de Longue Durée	Groupe hospitalier – Etablissement public
Cadre de santé 6	Infirmier	56min 17s	Masculin	10 ans	Réanimation	CH1 – Etablissement public
Cadre de santé 7	Infirmier (pendant 15 ans) ; 2 ans faisant fonction de cadre	51 min 18s	Masculin	1an	Chirurgie orthopédique ; chirurgie ambulatoire	CH1 – Etablissement public
Cadre de santé 8	Infirmière ; Directrice de crèche pendant 7 ans ; Faisant fonction de cadre pendant 2 ans ;	33min.	Féminin	2 ans	Pneumologie ; Diabétologie ; Hospitalisation de semaine	CH1 – Etablissement public
Cadre de santé 9	Infirmière puéricultrice	27min 02s	Féminin	NP*	Urgences	CH1 – Etablissement public
Cadre de santé 10	Infirmière pendant 20 ans	25min 09s	Féminin	1 an	Psychiatrie ; Service d'entrants (90%) et Urgences psychiatriques (10%)	CH2 – Etablissement public
Cadre de santé 11	Infirmier	48 min 08s	Féminin	6 ans	Centre Médico-Psychologique (CMP)	CH3 – Etablissement public
Cadre de santé 12	Infirmier	37 min 57s	Masculin	NP* (3 ans dans le service)	Psychiatrie	CH3 – Etablissement public
Cadre de santé 13	Infirmier puis faisant fonction de cadre de santé pendant un an	54min.40s	Féminin	12 ans	Directions des soins (50%) ; Responsable du pool de remplacement paramédical aide soignant et infirmiers (50%)	CH1 Etablissement public
Cadre de santé 14	Infirmier puis faisant fonction	42min 48	Féminin	7 ans	Hôpital de jour, services ouvriers et dépitage, plateaux de consultations et secrétariat de pôle	CH1 Etablissement public
Cadre de santé sup. 1	Infirmier puis cadre de santé	47 min. 58s	Féminin	12 ans	Urgences / Réanimation et Médecine Technique	CH1 – Etablissement public
Cadre de santé sup. 2	Infirmier puis cadre de santé	33 min. 53s	Féminin	7 ans	Psychiatrie (Pôle pédopsychiatrie et Psychiatrie adulte)	CH2 – Etablissement public
Cadre de santé sup. 3	Infirmier puis cadre de santé (pendant 10 ans)	37 min. 36s	Masculin	6 ans	Directions des soins (à 50%) ; Psychiatrie (50%)	CH3 – Etablissement public



Identifiant	Métier d'origine	Durée entretien	Genre	Ancienneté dans le métier	Service/ Pôle	Type établissement
Cadre de santé sup. 4	Infirmière puis cadre de santé	38min.05s	Féminin	12 ans	Pôle Médico-chirurgie et pôle mère enfant	CH 1 – Etablissement public
IDE 1	NP*	14min.34s	Féminin	6 ans	Diabétologie et Rhumatologie	CH1 – Etablissement public
IDE 2	NP*	16min.46s	Féminin	12 ans	Psychiatrie	CH3 – Etablissement public
IDE 3	NP*	15min.25s	Féminin	20 ans	Psychiatrie	CH3 – Etablissement public
IDE 4	NP*	11min.58s	Féminin	19 ans	Psychiatrie (Service Admissions)	CH3 – Etablissement public
IDE 5	A.S.H puis A.S	25min.05s	Féminin	1 an et demi	Psychiatrie	CH3 – Etablissement public
Attachée administration 1	NP*	17min.24s	Féminin	13 ans	Ressources humaines	Groupe Hospitalier – Etablissement public
Syndicaliste 1	Aide soignant	37 min.09s	Masculin	Membre de ce syndicat depuis 15 ans	Section syndicale	Syndicat 1
Syndicaliste 2	A.S.H		Féminin	NP*		

NP\* : Non Précisé lors de l'entretien

## Annexe 2: Exemples de guides d'entretien utilisés

## Annexe 2a: Guide d'entretien à l'attention des cadres de santé de proximité

Étapes de l'entretien	Exemples de questions de relance
<b>Prise de contact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quel est le service dont vous vous occupez ?</li> <li>▪ De combien de soignants est-il composé ?</li> <li>▪ Quelle est l'ambiance générale du service ?</li> <li>▪ Depuis quand êtes-vous cadre de santé ?</li> <li>▪ Qu'est-ce qui vous a motivé pour devenir cadre de santé ?</li> </ul>
<b>Thème 1. Type d'absentéisme dans le service</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quels sont les types d'absences les plus courants dans votre service ?</li> <li>▪ Quel personnel soignant est le plus absent (infirmiers, aides soignant, kinésithérapeutes etc.) ?</li> <li>▪ D'après vous, pourquoi ces soignants sont-ils les plus absents ?</li> <li>▪ A certain moment, pensez-vous qu'ils choisissent d'être absent ?</li> <li>▪ Parfois, avez-vous l'impression qu'ils sont absents (moralement) alors qu'ils répondent présents ?</li> <li>▪ Ces absences entraînent-elles des dysfonctionnements ? Si oui, à quel(s) niveau(x) (humains, organisationnels etc.) ?</li> </ul>
<b>Thème 2. Gestion absentéisme court et moyen terme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que faites-vous, concrètement, quand un soignant est absent ? (Récupération des heures par un soignant du même service ? Remplacement par un soignant d'un autre service ? Remplacement par un contractuel ? Autres ?)</li> <li>▪ Comment procédez-vous à ce remplacement ? (appel d'un soignant en congé ? liste de contractuels à disposition ? etc.)</li> <li>▪ La gestion de l'absentéisme diffère-t-elle en fonction de la durée des absences ?</li> <li>▪ Disposez-vous d'outils RH qui permettent la gestion de l'absentéisme ? Si oui, lesquels ?</li> <li>▪ Le plus souvent, la gestion de l'absentéisme est-elle « réfléchie » (concertation avec la direction générale, discussion avec la DRH) ou s'agit-il d'une gestion dans l'urgence (aucune concertation) ?</li> </ul>
<b>Thème 3. Gestion absentéisme long terme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des recrutements sont-ils envisageables compte tenu de la situation financière de l'établissement ?</li> <li>▪ Avez-vous un soutien de la part de la direction de soins ? de la Direction des ressources humaines ? de la Direction générale ?</li> <li>▪ Comment procédez-vous pour arriver à un recrutement de contractuel ?</li> </ul>
<b>Thème 4. Conséquences gestion absentéisme sur les infirmiers, les patients et le cadre de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelles sont les répercussions de cette gestion sur vous, en tant que cadre de santé ?</li> <li>▪ Quelles sont les répercussions sur les équipes présentes ? Comment réagissent-elles ? (Fatigue ? Stress ? Absence ? Présentiéisme ?)</li> <li>▪ Quelles sont les répercussions sur les patients ? (Incidents ?)</li> </ul>

Etapes de l'entretien	Exemples de questions de relance
<p><b>Thème 5. Ressenti sur la profession de cadre de santé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pensez-vous qu'il y a eu des changements importants concernant cette profession, les ressentez-vous au quotidien ? Si oui, lesquels ?</li> <li>▪ Vous sentez-vous comme un « manager » ?</li> <li>▪ Avez-vous eu une formation en management ? (Ecole des cadres ? Formations externes ?)</li> <li>▪ Est-ce que vous pensez que c'est grâce à votre management que votre gestion de l'absentéisme (auto-remplacement, auto-ajustement) soit possible ?</li> <li>▪ Pour vous, quelles sont les compétences pour être un « bon cadre de santé » ?</li> <li>▪ Aujourd'hui, y a-t-il des éléments qui vous déplaisent dans l'exercice de votre profession ?</li> <li>▪ Seriez-vous prêt(e) à changer de service ?</li> <li>▪ Si l'occasion se présentait, changeriez-vous de métier ? Si oui, lequel</li> </ul>

Annexe 2b : Guide d'entretien à l'attention des infirmiers

Etapes de l'entretien	Exemples de questions de relance
<p><b>Prise de contact</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quelle est votre profession ?</li> <li>▪ Dans quel service êtes-vous ?</li> <li>▪ Pour vous, quelle est l'ambiance générale du service ?</li> </ul>
<p><b>Thème 1. Vos absences dans le service</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vous êtes-vous déjà absenté au moins une fois, cette année ?</li> <li>▪ Avez-vous l'impression d'être absent_(moralement) alors que vous êtes présents ?</li> <li>▪ Quelles peuvent être les raisons de cette « absence morale » : stress, fatigue, problèmes familiaux, désengagement par rapport au métier, autres ?</li> <li>▪ avez-vous déjà décidé/ choisi délibérément de ne pas venir au travail alors que vous étiez capable de venir ? Si oui, pourquoi ?</li> <li>▪ Pensez-vous que vos absences entraînent des dysfonctionnements pour votre service et pour les autres services ? Si oui, à quel(s) niveau(x) (humaines, organisationnel etc.) ?</li> </ul>
<p><b>Thème 2. Gestion absentéisme court et moyen terme par le cadre de santé de proximité</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment votre cadre procède-t-il à la gestion absentéisme court voire moyen terme ?</li> <li>▪ Comment trouvez-vous la gestion de l'absentéisme par votre cadre de santé ?</li> <li>▪ Pour vous, y a-t-il une gestion correcte de l'absentéisme au sein de l'établissement ?</li> <li>▪ Comment votre cadre peut-il s'améliorer dans cette gestion de l'absentéisme ?</li> <li>▪ Comment réagissez-vous quand un ou plusieurs de vos collègues sont absents ?</li> <li>▪ Avez-vous été amené à faire des remplacements et donc des heures supplémentaires de par l'absence d'un de vos collègues ? Volontariat ou remplacement « exigé » par le cadre de santé ?</li> <li>▪ Comment avez-vous réagi à ce moment-là ?</li> </ul>

Etapas de l'entretien	Exemples de questions de relance
<b>Thème 3. Gestion absentéisme sur le long terme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'absentéisme de longue durée fait-il l'objet d'un remplacement ?</li> <li>▪ Si non, comment vivez-vous cette situation ?</li> </ul>
<b>Thème 4. Conséquences gestion absentéisme sur vous en tant qu'infirmier et sur les patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour l'infirmier : Conséquences au niveau vie privée ? au niveau santé au travail ?</li> <li>▪ Pour les patients : des erreurs ont-elles été commises ? Une qualité des soins en baisse ?</li> </ul>
<b>Thème 5. Ressenti sur le métier d'infirmier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pensez-vous qu'il y a eu des changements importants concernant cette profession, les ressentez-vous au quotidien ? Si oui, lesquels ?</li> <li>▪ Aujourd'hui, y a-t-il des éléments qui vous déplaisent dans l'exercice de votre profession ?</li> <li>▪ Seriez-vous prêt(e) à changer de service ?</li> <li>▪ Si l'occasion se présentait, changeriez-vous de métier ? Si oui, lequel ?</li> </ul>

## Annexe 3 : Extraits du logiciel QDA Miner Lite

Annexe 3a : Extrait des fréquences de codage sur le logiciel QDA Miner Lite en lien avec les modalités de gestion de l'absentéisme telles que l'auto-remplacement, l'auto-ajustement des plannings, la mobilité inter-services et le pool de remplacement (sur 23 entretiens)

Etablissement	Auto-ajustement des plannings			Auto-remplacement			Mobilité inter services			Pool de remplacement		
	IDE	CSP	CSSUP	IDE	CSP	CSSUP	IDE	CSP	CSSUP	IDE	CSP	CSSUP
Groupement hospitalier (Etab.1)	0	6	0	0	24	0	0	3	0	0	7	0
<b>Total</b>		<b>6</b>		<b>24</b>			<b>3</b>			<b>7</b>		
CH1 (Etab. 2)	1	2	4	1	12	7	0	7	0	1	29	9
<b>Total</b>		<b>7</b>		<b>20</b>			<b>7</b>			<b>39</b>		
CH2 (Etab. 3)	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		<b>3</b>		<b>0</b>			<b>0</b>			<b>0</b>		
CH3 (Etab.4)	8	2	1	13	1	2	8	4	5	2	0	0
<b>Total</b>		<b>11</b>		<b>16</b>			<b>17</b>			<b>2</b>		

<sup>1</sup> Pour avoir les pratiques les plus fréquentes de gestion de l'absentéisme par établissement, 3 entretiens ont volontairement été exclus de l'analyse (à savoir les deux entretiens des syndicalistes et celui de l'attachée d'administration du service ressources humaines)

## Annexe 3b : Fréquences de codage mis en parallèle avec le nombre de cas (entretiens) - 26 cas étudiés

Catégorie	Code	Description	Fréquence	% Codes	Cas	% Cas
MOD ABS	Auto Remplacement		62	4,4%	20	80,0%
MOD ABS	Pool Remplacement		49	3,4%	14	56,0%
MOD ABS	Mobilité inter services		28	2,0%	13	52,0%
MOD ABS	Auto ajustement		28	1,9%	16	64,0%