

Ecole Nationale de la Santé Publique

Promotion des Infirmiers Généraux
1999

TEMPS PARTIEL ET QUALITE DES SOINS.

LOMBARD Michelle

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1 - LE CADRE CONCEPTUEL	5
1 - 1 LA NOTION DE TRAVAIL	5
1 - 1 - 1 L'évolution historique de la notion de travail	5
1 - 1 - 2 Caractéristiques du travail infirmier	8
* <i>L'évolution des caractéristiques du travail</i>	8
* <i>L'évolution des motivations du personnel infirmier</i>	8
* <i>L'évolution de la place du travail dans le cadre de vie</i>	9
1 - 1 - 3 Réglementation et organisation du temps partiel	10
1 - 1 - 4 Caractéristiques du temps partiel hospitalier	11
1 - 1 - 5 Attentes des agents à temps partiel	12
1 - 2 LA COMPLEXITE DU TRAVAIL HOSPITALIER	14
1 - 3 LA NOTION DE QUALITE.	16
1 - 3 - 1 Le concept de qualité en général	16
1 - 3 - 2 La qualité des soins	17
1 - 4 LIENS ENTRE TEMPS PARTIEL, COMPLEXITE HOSPITALIERE ET QUALITE DE SOINS	20
1 - 4 - 1 Au niveau des patients	20
* <i>Ce qu'implique le temps partiel</i>	20
* <i>Ce qui fait la complexité</i>	21
* <i>Ce qu'exige la qualité</i>	22
1 - 4 - 2 Au niveau des infirmières	23
* <i>Ce qu'implique le temps partiel</i>	23
* <i>Ce qui fait la complexité</i>	23
* <i>Ce qu'exige la qualité</i>	24
1 - 4 - 3 Au niveau de l'institution.	26
* <i>Ce qu'implique le temps partiel</i>	26
* <i>Ce qui fait la complexité</i>	26
* <i>Ce qu'exige la qualité</i>	27

1 - 5 HYPOTHESE -----	30
2- LA RECHERCHE DE TERRAIN -----	32
2 - 1 LA METHODOLOGIE -----	32
2 - 1 - 1 Le choix de la méthode -----	32
2 - 1 - 2 Le choix de la population -----	32
2 - 1 - 3 Le terrain de recherche -----	33
2 - 1 - 4 La quotité de temps choisie -----	34
2 - 1 - 5 Les limites de l'enquête -----	34
2 - 2 RESULTATS. -----	35
2 - 2 - 1 La population. -----	35
* <i>Répartition par âge</i> -----	35
* <i>Ancienneté dans le temps partiel</i> -----	35
* <i>Ancienneté d'exercice dans le service et à temps partiel</i> -----	36
* <i>Plannings de travail</i> -----	36
2 - 2 - 2 L'impact du temps partiel sur le séjour du patient -----	38
* <i>La coordination des soins</i> -----	38
* <i>La qualité des informations transmises</i> -----	41
* <i>La continuité des soins</i> -----	42
* <i>La personnalisation des prises en charge</i> -----	45
2 - 2 - 3 L'impact du temps partiel sur les infirmières -----	48
* <i>Le maintien des compétences</i> -----	48
* <i>Le respect des protocoles</i> -----	51
* <i>La gestion des informations</i> -----	52
2 - 2 - 4 L'impact du temps partiel sur l'institution -----	54
3- PREALABLE ET AXES DE PROPOSITIONS -----	59
3 - 1 ACCEPTER LE TEMPSPARTIEL -----	60
3 - 1 - 1 Déterminer une politique institutionnelle -----	60
3 - 1 - 2 Utiliser l'information comme vecteur d'appropriation -----	60
3 - 1 - 3 Donner l'envie de changer -----	61
3 - 2 RENFORCER LES ECRITS. -----	62
3 - 2 - 1 Les chemins cliniques -----	62

3 - 2 - 2 Les plans de soins guide-----	64
3 - 2 - 3 Les protocoles de soins-----	65
3 - 3 DEVELOPPER LES OUTILS DE SYNTHESE-----	66
3 - 3 - 1 Les synthèses-----	66
3 - 3 - 2 Les planifications-----	67
3 - 4 TRANSCRIRE L'ACTIVITE RELATIONNELLE-----	68
3 - 5 AMELIORER LA GESTION DES INFORMATIONS-----	70
3 - 6 REVOIR LES ORGANISATIONS DE TRAVAIL-----	71
3 - 6 - 1 Les plannings de travail-----	71
* <i>Les objectifs visés</i> -----	71
* <i>Les impératifs à considérer</i> -----	72
3 - 6 - 2 Les organisations de travail-----	75
3 - 7 RENFORCER LA MOTIVATION AU TRAVAIL-----	76
CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXES	84

INTRODUCTION

« Dans un environnement en mouvement caractérisé par des besoins évolutifs des usagers, la modernisation de l'administration hospitalière est un impératif. Il paraît indispensable de profiter de l'aménagement et de la réduction du temps de travail pour procéder à une nouvelle organisation du travail,....afin d'assurer une meilleure efficacité des missions du service public et de répondre aux besoins des usagers et aux aspirations du personnel. »¹

« Travailler moins pour travailler mieux. »

Ces propos sont au cœur de l'actualité et font l'objet de multiples débats.

Après avoir échangé sur un aspect purement économique de l'intérêt et de la nécessité du partage du travail dans une politique de lutte contre le chômage, les préoccupations se tournent, actuellement vers l'importance de concilier les impératifs de services, les besoins des clients, et les aspirations des agents.

Actuellement dans les hôpitaux, l'aménagement du temps de travail repose pour partie sur le temps partiel, qui constitue, à ce jour, une réponse aux demandes des employés plutôt qu'une véritable politique d'établissement.

Ce mode de travail qui s'accroît régulièrement depuis ces dernières années, répond à une évolution de la société et se justifie par les mutations en cours. Le temps libéré par le travail devient un impératif nécessaire à l'épanouissement des personnes, à leur accomplissement dans des tâches familiales ou associatives, et à leur réalisation personnelle.

L'acceptation des demandes de réduction de temps de travail dans les services de soins est toutefois souvent contrainte et répond à la réglementation en vigueur (temps partiel de droit) ou à la nécessité d'ajuster les effectifs manquant. Les autorisations relèvent plus d'une obligation de satisfaire les aspirations personnelles des agents que d'arguments professionnels. Peu de réflexions ont été menées sur les répercussions ou conséquences que pouvait entraîner ce mode de travail sur les soins eux mêmes.

Actuellement, l'acceptation de temps partiels dans une équipe, résulte de l'adaptation d'un planning à une organisation de service et à des habitudes de travail existantes.

Les refus ou les efforts de dissuasion, de la part de la hiérarchie (21% des agents de la fonction publique souhaiteraient travailler à temps partiel²), portent essentiellement sur les craintes de désorganisation du service et la peur de perdre des habitudes et des repères.

L'évolution est toutefois inéluctable, et le contexte actuel de réflexions sur la réduction et l'aménagement du temps de travail, associant les contraintes économiques et les impératifs de qualité, peut être une opportunité à saisir pour engager un travail de fond sur le sujet.

L'infirmière générale est complètement impliquée et engagée dans ce défi : utiliser la réduction du temps de travail des soignants pour améliorer la qualité des prestations de soins aux usagers.

¹ Rapport de la mission interministérielle sur le temps de travail dans les trois fonctions publiques . Janvier 1999 p.82

² Rapport du Centre de Recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) juillet 1993

Le choix de ce thème sur le temps partiel des infirmières³ en lien avec la qualité des soins, repose sur la situation locale dans laquelle nous exerçons notre activité professionnelle. Pour des raisons sociales et probablement culturelles, le pourcentage de ces agents dépasse largement le taux moyen observé sur la France entière⁴.

Il se situe, suivant les données de la DRASS⁵ de la région concernée, à 44% de l'effectif infirmier total en 1997, alors que le pourcentage correspondant pour les centres hospitaliers français est de 26%.

Il suit par ailleurs, la même courbe évolutive puisqu'il était de 38% en 1994 et de 21% en France. La croissance est régulière et correspond aux modifications sociales que nous évoquions précédemment.

L'importance du développement de ce mode de travail impose que l'on se préoccupe des conséquences induites.

En effet, parallèlement, l'évolution des techniques et des soins, l'évolution des mentalités et des exigences des populations soignées, l'apparition de nouveaux modes d'hospitalisation, la progression des normes de sécurité, et la vigilance..., ont considérablement complexifié l'exercice hospitalier, et n'ont, par là même pas facilité le mode de travail à temps réduit.

La complexité du travail hospitalier s'accompagne en effet d'exigences et de responsabilités professionnelles sévères. Elle devrait conduire à repenser les modes d'organisation de travail pour satisfaire aux impératifs de qualité.

La qualité est une notion qui a elle même évolué et qui correspond à des attentes de plus en plus accrues de la population soignée. Les risques, les dysfonctionnements ne sont plus tolérés et les « plus values » sont appréciées.

La qualité est la finalité de toute pratique professionnelle, elle doit s'adapter à l'évolution des besoins des clients. Les établissements hospitaliers, comme les entreprises privées, doivent s'engager dans une politique d'amélioration de la qualité pour satisfaire les attentes du public.

Ces évolutions sociales et sanitaires se sont développées de façon parallèle et simultanée. Aucune des deux ne peut être remise en cause et aucun retour en arrière n'est envisagé. Ce sont des évolutions actuelles satisfaisant le cours de l'histoire.

Toutefois, il convient de s'interroger sur les impacts des uns sur les autres. Les modalités d'organisation du temps partiel permettent elles d'assurer la qualité des soins requise par un exercice hospitalier en évolution ?

L'objet de ce travail est de faire les liens entre le temps partiel, la complexité du travail hospitalier et la qualité des soins.

³ Le sujet se limite à la population des infirmières compte tenu des impératifs de temps liés à la restitution du travail sur la durée de la formation des infirmières générales à l'ENSP.

⁴ Source : SAE Communication DRASS service statistique, cf. annexe n°1.

⁵ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

L'intérêt est de faire apparaître ce qui influence et ce qui occasionne des dysfonctionnements ou des difficultés, pour améliorer la situation et résoudre la double exigence de satisfaire les besoins des usagers et de répondre aux aspirations du personnel.

Pour mener cette étude, nous allons :

- dans la première partie, définir le cadre de la recherche, c'est à dire le temps partiel dans le contexte sociologique de l'évolution du travail, les concepts de complexité du travail hospitalier et de qualité des soins, et les liens qui existent entre eux.
- dans la seconde partie, identifier au travers de l'enquête réalisée auprès des infirmières, l'impact du temps partiel sur la qualité des soins, délimitée dans le contexte de l'évolution du travail infirmier à l'hôpital.
- enfin, dans la troisième partie, proposer un plan d'action qui relève le défi d'utiliser la nécessaire réduction du temps de travail pour repenser les soins afin d'améliorer la qualité des prestations.

PREMIERE PARTIE.

1 - LE CADRE CONCEPTUEL

1 - 1 LA NOTION DE TRAVAIL

1 - 1 - 1 L'évolution historique de la notion de travail

Il semble nécessaire de positionner les concepts de travail et de travailleur, dans l'évolution des idées, en partant des origines de façon à bien saisir les implications actuelles.

Dans la société Romaine, le travail est le fait des esclaves, les véritables valeurs sont la Culture, les Fêtes, la Politique, les Jeux. Travailler vient du latin tripaliare : torturer par le tripalium (pieux auxquels on attache l'esclave qui ne travaille pas assez.)

Avec l'arrivée du Christianisme, les mentalités à l'égard du travail se modifient. Perdant le droit au paradis terrestre, l'homme doit « gagner son pain à la sueur de son front », et par la même, le travail est vécu comme rédempteur, apportant le salut de l'âme.

Au X^{ème} siècle apparaît le mot « métier ». L'étymologie du mot nous montre qu'il s'agit « d'un genre d'occupation manuelle ou mécanique qui trouve son utilité dans la société. »⁶

Vers la fin du XI^{ème} siècle apparaissent les mots « compagnon » (celui avec qui l'on partage le pain), le mot « gagner »: chercher de la nourriture, puis faire du profit, du butin, (mot révélateur à la fois de la nécessité de satisfaire aux besoins vitaux et de l'appât du gain.) En 1160 naît le mot « marchand ».

A la fin du XII^{ème} siècle, les concepts d'une certaine forme de vie socio-économique se sont dégagés : il y a les maîtres, les métiers, ouvriers, apprentis et marchands ; que ce soit par labeur, besogne, tâche ou négoce, on reçoit des gages, on est payé, on gagne, mais surtout pour survivre : les conditions sont pénibles et seuls les besoins de base arrivent à être satisfaits.

Dès le XVII^{ème} siècle, le travail est érigé en valeur : il est le sens de la vie. « Le plus bel éloge que l'on puisse faire à quelqu'un à cette époque est de déclarer qu'il est travailleur. »⁷

Les moines et les nobles sont vilipendés par les intellectuels pour leur oisiveté.

Cette tendance va en s'affirmant jusqu'au XVIII^{ème} siècle où s'épanouit l'acteur social. Le travail devient la référence, un critère d'identité. La réalisation de l'homme au travail se fait dans l'œuvre qu'il crée, dans le service qu'il rend.

⁶ Robert année 1986 p.1192

⁷ ELLUL Jacques, « Variations historiques des motivations au travail ». Quelles motivations au travail ? Société Française de psychologie, Paris, EME, 1982.

Le XIX^{ème} est le siècle du progrès technique, de la grande industrie, de l'expansion des échanges mondiaux. L'ouvrier, devenu le travailleur, trouve devant lui une puissance sans commune mesure avec celles des anciennes corporations.

Le travail fini perd de son sens, le travailleur devient un maillon sur une chaîne, c'est « une main d'œuvre ». Les notions de rendement et de production prédominent.

L'appartenance à une classe sociale, à un secteur d'activité (secondaire, tertiaire)... identifie l'homme au travail

C'est l'époque où certains secteurs industriels ou autres s'érigent en « famille », s'occupant des loisirs, de la santé, de la formation... de leurs employés, cimentant ce sentiment d'appartenance.

Le XX^{ème} siècle subit également de profonds bouleversements. Il est caractérisé par :

- L'accélération des innovations technologiques, mais aussi la mondialisation, la concurrence, la performance, la prédominance de l'économie.
- La mécanisation, l'automatisation, l'informatisation des tâches; d'où la frustration des individus dépossédés par la machine de ce qui faisait leur valeur, leur « savoir faire ».
- La diminution régulière des emplois et la croissance parallèle du chômage, qui, entraînant la nécessité d'indemnités dans un système de protection sociale, fait perdre tout son sens à la notion de rémunération d'un travail.
- L'arrivée au travail des femmes, changeant les représentations et la répartition des rôles dans la famille.
- la réduction progressive du temps de travail et l'abaissement de l'âge de la retraite, le projet professionnel tendant à s'inscrire dans un projet de vie, le travail n'étant plus le seul facteur de lien social.
- La généralisation des loisirs⁸ : les week-end, l'allongement progressif des semaines de congés payés (3 semaines en 1956, puis 4 en 1969, puis 5 semaines en 1982).
- L'amélioration progressive des conditions de travail, portant particulièrement sur la diminution des charges physiques.

La notion de travail et la relation de l'homme au travail sont des concepts qui se sont transformés au cours de l'histoire. Les évolutions sociales, technologiques, économiques et environnementales sont des facteurs qui ont influencés la signification même du travail. Toutefois, « les variables mises en jeu, celles qui permettent de décrire l'impact du travail sur l'individu et sur son développement psychologique, et les sources potentielles de la valeur attribuée au travail sont les mêmes. »⁹

« On peut envisager la signification psychologique du travail en tant que réalisation des intérêts et des aspirations personnelles et en tant que processus d'élaboration de l'image de soi. »

⁸ cf. annexe.n°2

⁹LEVY LEBOYER C. « Le travail comme activité et comme valeur » Le Psychologue et le monde du travail p 30

Plusieurs mécanismes contribuent à cette élaboration de l'image de soi : d'abord le fait que le travail facilite la comparaison sociale, ensuite parce que le contexte professionnel représente une seconde source d'information sur soi même, et enfin par l'appréciation directe que chacun peut faire des résultats de son travail.

L'expérience du travail contribue toujours au développement de la personnalité, et reste donc une valeur essentielle.

Le changement se situe plus à d'autres niveaux. La valeur économique du travail recule, il n'est plus une nécessité absolue pour survivre. Le salaire est de moins en moins tributaire du travail fait, et de plus en plus déterminé par des facteurs sociaux. Actuellement la politique sociale tend à assurer, dans un principe de solidarité nationale, des ressources minimales sans obligation de travail. Des primes ou allocations diverses complètent les pertes de revenus pour répondre à des objectifs généraux d'une politique globale (ex. primes reversées dans le cadre de la politique agricole commune, allocation parentale compensatrice des pertes de salaire lié au temps partiel...).

De plus le lien entre travail humain et production au sens strict devient de moins en moins évident : les robots non seulement produisent mais inspectent, trient et décident, les ordinateurs contrôlent et planifient. La technique a non seulement transformé le travail de production de base, en réduisant la manutention et en accélérant la rentabilité, mais il a également modifié le travail intellectuel en diminuant les opérations de série et en procurant une aide à la décision.

« Le travail est en train de changer de nature, de lieu, de temps...La bureaucratie et le progrès de communications devraient voir se multiplier les tâches faites à domicile, et le travail réintégrer la vie familiale. »¹⁰

Le travail de demain risque de subir de nouvelles transformations. La réduction du temps de travail, la flexibilité des horaires, la possibilité de travailler chez soi grâce à l'évolution des modes communications, vont modifier les données actuelles. Les temps au travail et les temps hors travail n'auront pas les mêmes définitions. « Parallèlement, les tâches vont changer : on aura moins de travaux lourds, moins d'effort et un plus grand nombre de postes pour lesquels la vigilance et la réflexion seront des éléments centraux. »

Ce qui paraît inéluctable, c'est que l'idéologie du travail ne sera pas demain ce qu'elle était hier ni ce qu'elle est encore aujourd'hui.

¹⁰ LEVY LEBOYER Claude. « Le travail comme activité et comme valeur » Le Psychologue et le monde du travail p. 34

1 - 1 - 2 Caractéristiques du travail infirmier de cette fin de siècle.

L'exercice infirmier ne s'est pas démarqué de ces évolutions historiques. Les transformations s'observent au niveau de l'évolution des caractéristiques du travail, au niveau des motivations, et au niveau de sa place dans le cadre de vie.

* L'évolution des caractéristiques du travail infirmier :

Dans son essence, le travail lui même a changé.

Le temps de soins directs passé auprès des patients est moins long, aujourd'hui, que le temps de soins indirects. Suivant les différentes études d'évaluation de charge en soins, seul un tiers du temps, environ, est consacré aux soins directs.

Les tâches « administratives » et de gestion, afférentes aux soins, sont considérables, et les procédures liées à la vigilance et à la sécurité accentuent le phénomène. Le temps consacré aux écrits apparaît donc comme très important.

Les durées de séjour sont plus courtes et les *turn over* des patients plus grands, ce qui entraîne une moins grande relation de proximité et limite les satisfactions affectives des soignants.

L'hospitalisation est prise en charge par un grand nombre de partenaires. L'infirmière ne se sent plus l'interlocuteur privilégié du patient.

Le rôle pédagogique des infirmières est plus important qu'autrefois. La population soignée possède de plus en plus de connaissances de base et attend des soignants des explications et des informations complémentaires.

Suivant ces nouvelles données, la représentation du travail infirmier n'est plus celle d'il y a vingt ans. Ceci doit être pris en compte pour la compréhension des phénomènes actuels.

* L'évolution des motivations du personnel infirmier :

La conjoncture économique a touché, d'une certaine manière, le personnel infirmier. Le chômage et les aléas des emplois, en règle générale, font s'orienter certaines candidates vers des carrières encore protégées, offrant toujours des possibilités de recrutement et la sécurité de la fonction publique.

Depuis le mouvement infirmier de 1989, la nette amélioration des conditions de travail, la revalorisation des salaires et l'accès à une évolution de carrière, leur font mieux accepter les contraintes et leur permettent d'exercer leur activité sur une durée de vie de plus en plus longue.

La crainte de perte d'emploi du conjoint ou le risque de séparation du couple et le besoin d'argent dans une société de consommation, accentuent la nécessité de travailler plus longtemps ou de reprendre son activité.

On remarquera, ici encore, l'évolution de la représentation du travail. Même s'il concourt au positionnement social, et s'il permet, par la valorisation qu'il suscite, la réalisation de soi, il représente avant tout, un salaire et un emploi.

** L'évolution de la place du travail dans le cadre de vie.*

Il faut déjà situer le travail infirmier dans un travail majoritairement féminin.

Les infirmières, comme toutes les femmes exerçant une activité professionnelle partagent leur temps, selon Roger Sue (professeur de sociologie et spécialiste des temps sociaux) entre « le temps professionnel, le temps domestique et le temps des sorties. »¹¹

« La généralisation de l'activité professionnelle des femmes n'a pas mis fin au partage des rôles au sein des couples : ce sont les femmes qui assument à fois responsabilités professionnelles et familiales (travaux domestiques et éducation des enfants)¹². »

Le souhait d'harmonisation entre vie professionnelle et vie familiale que revendiquent les infirmières hospitalières correspond donc, au contexte social de la femme au travail. Le modèle dominant n'est plus celui du choix entre travail et vie familiale, ni celui de l'alternance (travailler, s'arrêter, puis retravailler), mais celui du cumul.

De plus, la représentation de la maternité a subi des évolutions au fil du temps. C'est un choix, et de plus en plus un choix tardif, qui succède souvent, entre autres, au choix de carrière. Les mères sont, actuellement généralement plus âgées. Ceci implique une volonté d'accorder plus de temps à l'éducation des enfants.

Le temps partiel avantage les femmes qui veulent « assumer elles mêmes les tâches éducatives et concilier leur responsabilités familiales avec leurs responsabilités professionnelles »¹³. Les lois qui ont trait aux allocations et aides diverses confirment et confortent cette évolution idéologique.

De plus, soit pour poursuivre leurs missions éducatives, soit pour s'accorder du temps personnel, elles s'engagent de plus en plus à l'extérieur dans les associations de parents d'élèves, associations culturelles ou sportives. Les loisirs prennent également beaucoup d'importance et correspondent au temps des sorties évoqué par Roger Sue.

Cette vie extra professionnelle transforme la notion interne du travail en lui ôtant l'exclusivité du lien social. Les relations partagées hors du temps de travail sont aussi facteurs de socialisation.

¹¹ HIRATA Hélène et SENOTIER Danièle. « Femmes et partage du travail » Alternatives sociologiques 1996 p.26

¹² ALIS David. « Temps partiel et horaires variables, harmoniser familles et professions. » Revue Personnel ANDCP Octobre 1998 n° 393 p.9,

¹³ SINEAU Mariette. « Qui doit garder le jeune enfant ? Les représentations du travail pour les mères de famille. » Recherche et Prévisions (Caisse d'allocations familiales), Septembre 1998 p.8.

Toutes ces caractéristiques, inscrites dans le cours des évolutions sociologiques, permettent de comprendre le cheminement vers une réduction du temps de travail dans le milieu infirmier hospitalier. Il semble maintenant nécessaire de situer le temps partiel dans le cadre réglementaire qui le régit.

Le paragraphe suivant traite des évolutions législatives qui ont accompagné les aménagements et les réductions de la durée du travail.

1 - 1 - 3 Réglementation et organisation du temps partiel.

« La durée du travail effectif à temps plein est fixée à 39 heures hebdomadaires par l'ordonnance du 26 mars 1982. Le décret du 6 octobre 1982 complète ce texte. En référence à la notion de travail effectif des circulaires ont précisé que ni les temps de pause, ni les temps de repas ne constituaient du travail effectif. »¹⁴

La durée quotidienne maximale de travail est différente pour les équipes de jour et de nuit et selon que l'activité est exercée en continu ou en discontinu.

Le travail s'effectue sur une période de 14 jours comprenant 4 jours de repos dont 1 hebdomadaire (2 d'entre eux devant être consécutifs).

Le travail effectif ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour et 10 heures pour les équipes de nuit. En cas d'activité discontinuée, cette durée ne peut être fractionnée en plus de deux vacations dont aucune ne doit être inférieure à 3 heures. L'amplitude ne peut excéder 10h 30 ni réduire à moins de 12 heures la durée de repos ininterrompue entre 2 jours travaillés.

Les textes prévoient de donner des informations minimales au personnel quant à l'organisation du travail : tableau de service affiché 8 jours à l'avance et portant sur une quinzaine ou un mois d'activité.

L'ordonnance du 26 mars 1982 (article 7) dispose que l'aménagement et la répartition des horaires de travail sont fixés, après avis des instances paritaires, par le règlement intérieur de l'établissement, compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins les dimanches et fériés et pendant la nuit.

Les difficultés de mise en œuvre des 35 heures de nuit ont amené l'administration à poser, par circulaire du 8 février 1994 une référence annuelle du temps de travail, soit 1714 heures pour les agents de jour et 1540 heures pour les agents de nuit.

Ces mêmes règles s'imposent aux personnes exerçant leur activité à temps partiel. Aucune précision supplémentaire concernant la répartition journalière ou hebdomadaire des horaires de travail n'est apportée. Aucune limite n'est fixée quant aux nombres de repos consécutifs à accorder, ou au nombre de jours de travail consécutifs minimum à assurer...Les modalités d'exercice à temps partiel sont donc calquées sur le temps plein. Ils procèdent essentiellement d'un calcul de pourcentage.

¹⁴ Rapport de la mission interministérielle sur le temps de travail dans les trois fonctions publiques. Janvier 1999 p.24

Les premiers textes régissant le temps partiel datent du décret du 23 novembre 1982 modifié par celui du 6 mars 1995. La loi du 25 juillet 1994 et son décret d'application du 6 mars 1995 réglementent l'octroi du mi temps de droit pour raisons familiales.

Ces textes définissent les pourcentages de temps de travail autorisés et leurs bénéficiaires.

Il existe deux formes principales de service à temps partiel. L'une peut concerner le mi temps ou les autres quotités autorisées (60, 75, 80, 90%).

« Son octroi est subordonné à la bonne organisation et à l'intérêt du service »¹⁵. L'autre concerne le temps partiel à 50% et son octroi est de droit, pourvu que l'agent se trouve dans une situation familiale spécifique.

Ces textes peuvent être interprétés et exploités de différentes manières. Les imprécisions quant aux modalités d'exercice, ou les précisions concernant l'octroi du temps partiel « subordonné à la bonne organisation et à l'intérêt du service », devraient donner suffisamment de marges de manoeuvres aux responsables pour adapter les horaires de travail aux besoins des services.

Cependant, l'application du temps partiel révélera ultérieurement que ces opportunités ne sont pas pleinement utilisées.

1 - 1 - 4 Les caractéristiques du temps partiel hospitalier.

Ces précisions relèvent du rapport de la mission interministérielle sur le temps de travail dans les trois fonctions publiques de janvier 1999.

Le temps partiel s'est beaucoup développé dans la fonction publique hospitalière ces dernières années, correspondant aux évolutions dont nous avons parlé précédemment et suite aux mesures destinées à le rendre plus attractif comme la loi relative à la famille. C'est dans les centres hospitaliers généraux, non universitaires, qu'en moyenne le temps partiel est le plus pratiqué.

La quotité de temps la plus utilisée est le 80% suivie du mi temps. Enfin, le temps partiel reste très largement une modalité de travail des agents féminins.

Le temps partiel hebdomadaire reste de loin la norme, puis viennent les temps journaliers et mensuels.

Ne profitant pas de la liberté offerte par les textes, on observe une grande rigidité du système et un manque de souplesse dans les plannings, dans la mesure où le modèle du temps plein reste la référence d'organisation. Sans que rien ne l'exige, les priorités personnelles des agents semblent s'imposer aux nécessités de service. Les habitudes acquises génèrent un certain immobilisme et empêchent la créativité ou l'innovation.

¹⁵ Décret du 6 mars 1995.

Si l'on en juge les informations fournies par les membres de la mission, « les risques que feraient peser le retour au temps plein d'un nombre important d'agents à temps partiel sont relativement faibles. Les agents semblent définitivement convertis à la pérennisation des gains de temps libérés pour leur vie personnelle. »¹⁶ Cette remarque vaut pour des agents qui avaient fait le choix du temps partiel pour des raisons familiales : ils restent à temps partiel même lorsque le motif familial n'a plus cours.

Suivant les mêmes sources d'information, il persiste toujours de nombreux freins pour que toutes les demandes de réduction de temps de travail soient honorées :

* Des informations insuffisantes sont données aux agents sur les possibilités de travail selon cette formule.

* Une dévalorisation des agents travaillant à temps partiel continue d'exister, car on estime qu'ils s'impliquent moins dans leur travail. Une certaine culpabilité est entretenue chez les agents accordant de l'importance à leur vie personnelle.

* L'opinion générale pense que les priorités des agents s'opposent systématiquement aux priorités du service. Les intérêts ne semblent pas pouvoir se cumuler. On ne peut pas être et intéressé par sa vie personnelle et intéressé par son travail.

* La hiérarchie craint une désorganisation du service de soins. Le nombre important d'agents à gérer génère un surcroît de travail administratif, dont des ajustements de planning réguliers.

* Les fractions d'emplois libérées par le temps partiel ne sont pas intégralement redistribuées. Le 20% manquant, lors de l'accord de 80% à un agent n'est pas toujours compensé. Ceci entraîne une perte d'effectif qui pénalise le service.

* Le système administratif, n'autorise pas, pour l'instant la gestion automatisée des heures de présence et limite ainsi la souplesse d'organisation.

1 - 1 - 5 Les attentes des agents à temps partiel.

Ces propos proviennent des enquêtes réalisées dans le cadre la mission précédemment citée.¹⁷

L'hôpital regroupe en son sein des agents qui sont une image fidèle de la société.

Tous n'ont pas le même rythme, les mêmes envies, et le vieillissement progressif marqué par la pyramide des âges peut sensiblement modifier les attentes.

Certains préfèrent commencer tôt, d'autres finir tard....Certains apprécient de travailler les dimanches ou les fériés pour les primes correspondantes, d'autres au contraire aspirent à avoir leurs repos sur les week-end.

La chronobiologie des uns leur permet de se satisfaire des horaires de nuit, d'autres n'arrivent pas à se reposer la journée.

¹⁶ Rapport de la mission interministérielle sur le temps de travail dans les trois fonctions publiques. Janvier 1999 p.54

¹⁷ Op. cit.. p. 96

Certains préfèrent regrouper leurs repos pour partir plusieurs jours en congé, pour d'autres, la régularité facilite la pratique d'activités culturelles ou sportives.

Les uns supportent mal les contraintes d'horaires attachées à certains postes, les autres y trouvent des avantages et apprécient les possibilités offertes en parallèle.

Tous, en règle générale, aspirent à plus de temps libre et souhaitent avoir plus de souplesse pour concilier leur vie personnelle et professionnelle.

Le contenu du temps libre et sa forme sont toutefois, très variables et fortement dépendants de l'âge, de la personne, de ses engagements extra professionnels, de la situation familiale, du conjoint, de la proximité du domicile.... Ce qui fait que certains préfèrent regrouper leurs jours de congés autour d'un week-end, et que d'autres apprécient l'allègement hebdomadaire des heures de travail.

Très souvent le temps libre permet de prendre le temps de faire les choses et évite les activités dans la précipitation. Il conduit à davantage de sérénité et de disponibilité. Les agents se sentent moins fatigués, plus détendus, déculpabilisés par le fait qu'ils consacrent un certain temps à leur vie familiale. Ils viennent avec plaisir au travail, et apprécient l'ouverture et le sentiment d'utilité qu'il occasionne. Le temps libre est donc la motivation première des agents à temps partiel.

Ils déclarent tous, par ailleurs, leur attachement au service public, et font valoir à la fois l'intérêt du service et leur intérêt personnel.

Ils disent se sentir concernés par la continuité du service public et connaissent les missions de l'hôpital.

Nous pouvons dire, en synthèse, que l'évolution du taux de temps partiel chez les infirmières hospitalières est conforme à la tendance générale de la société.

Les transformations dans les modalités d'exercice s'intègrent dans le contexte social, économique et culturel. Les modifications du travail infirmier en ont même été un facteur déterminant.

Les textes réglementant la pratique laissent des marges de manoeuvre et de liberté que l'on peut exploiter au profit des patients.

La rigidité et le manque de souplesse que nous observons actuellement dans les organisations de travail, portent plus sur la peur du changement, des idées préconçues, des automatismes...

L'actuelle organisation du temps partiel, calquée sur un temps plein, permet de satisfaire les demandes des agents en leur laissant du temps libre pour leurs activités personnelles. Elle répond, toutefois peut être plus difficilement aux nouvelles exigences professionnelles.

L'évolution des technologies, des modes d'hospitalisation et des mentalités que nous évoquons en introduction, ont en effet considérablement complexifié l'exercice hospitalier et apporté, parallèlement, leurs lots d'impératifs de travail.

Nous nous proposons donc, dans le chapitre suivant, de clarifier le concept de complexité, pour pouvoir le décliner ultérieurement au regard des notions de qualité.

1 - 2 LA COMPLEXITE DU TRAVAIL HOSPITALIER

La complexité est un mot à la mode. Utilisée dans de multiples domaines, conceptualisée dans de nombreuses disciplines, elle semble correspondre à notre temps et à notre actualité. Elle se définit par des caractéristiques qui la rendent transposable au milieu hospitalier.

Elle qualifie « un système dynamique, non linéaire où les forces s'entremêlent. »¹⁸. L'enchaînement des phénomènes et les interactions avec de multiples acteurs poursuivant des logiques différentes conduisent à des résultats difficiles à maîtriser et encore moins à anticiper.

La complexité et l'imprévisibilité sont des phénomènes que l'on peut observer dans les organisations hospitalières. Celles ci doivent répondre continuellement à un environnement complexe et imprévisible, et ne peuvent s'appuyer sur une stratégie délibérée.

« On ne peut déterminer précisément des modes d'action dans ces activités et les imposer à travers quelque forme que ce soit de planification formalisée. La coordination exigée, ne peut plus s'exercer selon les modes bureaucratiques ou professionnels traditionnels mais par l'ajustement mutuel. »¹⁹

Les systèmes dynamiques sont régis par des relations et des interactions non linéaires. De multiples acteurs, internes et externes, communiquent, tentent de coordonner leurs actions pour accomplir une tâche, échangent de l'information, interagissent les uns avec les autres, s'influencent mutuellement et cela de manière dynamique. De plus ils interfèrent dans un environnement, lui même porteur de sa propre complexité.

Nous rencontrons, de plus en plus fréquemment dans les institutions, cette dialectique permanente entre la rationalité et l'incertitude, l'ordre et le désordre...

Nous parlons très souvent de la complexité des soins pour qualifier ses différentes approches (techniques, relationnelles...), pour prendre en compte les différents paramètres qui entrent en jeu dans un raisonnement diagnostic, pour associer les nombreux partenaires, pour satisfaire les différentes logiques...

« L'organisation hospitalière met en jeu le collectif, c'est à dire les articulations entre les différents acteurs qui concourent au service rendu au malade. Cela implique une coopération entre des logiques professionnelles multiples, et cette approche est nécessairement complexe, porteuse de contradictions ardues à réguler ».²⁰

¹⁸ THIELART Raymond-Alain, « Gérer la complexité. La dialectique de l'ordre et du chaos dans les organisations. »Revue française de gestion Mars, Avril 1993 p.6.

¹⁹ MINTZBERG H., Le management, voyage au centre des organisations, Editions d'organisation, 1990 p.304

²⁰ TONNEAU D. L'organisation du travail dans les services de soins ANACT, collection outils et méthodes 1996 p.7

Les exigences accrues de qualité et d'efficacité des soins d'une part, les contraintes économiques d'autre part, et les attentes des personnels confrontés à effectifs quasi constants à une intensification de leur activité rendent à eux seuls compte de la complexité du système.

Cette complexité impose une coordination entre les différents acteurs.

La coordination est définie dans le dictionnaire comme l'enchaînement, l'intégration, l'agencement des éléments pour constituer un ensemble.

Ce sont les infirmières qui assurent la responsabilité de la coordination et de la continuité des soins par leur présence effective jour et nuit dans le service auprès des malades. Elles sont donc particulièrement concernées par ces articulations. Elles doivent organiser le déroulement de l'hospitalisation pour la plus grande satisfaction du patient, c'est à dire dans les meilleurs délais, suivant une logique irréfutable, en tenant compte des impératifs et des exigences de chacun (médecins, para médicaux, plateaux techniques...).

« La position clé qu'elles occupent entre médecins et malades, à la croisée des lignes technique et relationnelle, les désigne socialement et pratiquement comme interfaces entre les exigences de l'organisation, celles de la thérapeutique et celles qui viennent des patients. »²¹

L'articulation, l'enchaînement, l'agencement des éléments vont permettre la cohérence d'ensemble, et vont qualifier alors la prise en charge des patients, de « qualité ».

C'est d'ailleurs la démarche dans laquelle doivent s'engager tous les établissements de santé.

« L'accréditation s'intéresse en premier lieu au parcours du patient et à la coordination des soins au sein de l'établissement de santé et du réseau de soins. »²²

Cet impératif législatif permet de situer l'importance des articulations dans les organisations complexes pour satisfaire aux exigences de qualité.

Nous venons de voir ce qui caractérise la notion de complexité, et comment cela s'adresse particulièrement au milieu hospitalier.

Nous avons vu également que cette notion ne peut s'analyser que sous l'angle de la qualité. C'est pourquoi, maintenant, nous nous proposons plus précisément de clarifier ce concept, afin d'établir plus tardivement les liens entre les trois notions..

²¹ GROSJEAN M. et LACOSTE M., Communication et intelligence collective, Puf, Le travail humain 1999 p.54

²² Manuel d'accréditation des établissements de santé février 1999

1 - 3 LA NOTION DE QUALITE

1 - 3 - 1 Le concept de qualité en général

« La qualité est une construction sociale opérant des distinctions entre les membres de différents milieux se démarquant les uns des autres »²³, ce qui fait que la qualité pour les uns ne l'est pas forcément pour les autres.

Cette notion de qualité touche en fait à des questions philosophiques fondamentales.

Aristote écrit : « j'appelle qualité ce en vertu de quoi on est dit être tel ». C'est donc une caractéristique qui donne identité à une personne ou à une chose.

Pour Descartes, dans ses principes de la philosophie, la qualité devient une propriété un attribut.

Tout ce qui existe possède une ou plusieurs qualités (animaux, objets, personnes...)

Les synonymes de qualité sont : attribut, caractère, propriété, aptitude, capacité, don, mérite, valeur, vertu.

Toutes les choses ont ainsi leur qualité. Chaque point de vue fait voir ou ressortir les qualités que d'autres ne voient pas ou auxquelles ils ne s'intéressent pas.

La qualité est aussi un lien avec la connaissance que l'on a d'un objet.

La qualité est une notion qui participe des principes de classement des individus les uns par rapport aux autres, par le biais de leurs goûts et préférences. « Le goût est le principe de tout ce que l'on a, personnes et choses, et de tout ce que l'on est pour les autres, de ce par quoi on classe et par quoi on est classé ».²⁴

La qualité est donc un terme général, employé comme qualificatif des êtres, des choses, des services. Elle varie en fonction des priorités accordées, qui dépendent elles mêmes de facteurs subjectifs. Elle permet d'apprécier des résultats, elle s'évalue en termes de satisfaction et procède à une échelle de classification.

Ainsi pour CROSBY²⁵, la qualité est la conformité aux exigences d'un public de consommateurs. « Si une cadillac répond à toutes les exigences requises pour une cadillac, alors c'est une voiture de qualité. Si une 2 cv. répond à toutes les exigences qui en font une 2 cv., alors c'est une voiture de qualité. »

A partir de cette approche issue de l'entreprise, un soin infirmier de qualité peut se définir comme un soin qui rencontre les exigences établies pour lui.

C'est la recherche de sens donné aux gestes et aux actes posés qui représente la véritable démarche de qualité.

²³ MISPELBLOM F Au delà de la qualité. imprimerie du Correzien Naves 1995 p 60

²⁴ BOURDIEU P. Questions de sociologie, Les éditions de minuit, 1984 p 162

²⁵ CROSBY Philippe B. La qualité c'est gratuit : L'art et la manière d'obtenir la qualité. Economica, 1986, p.18.

C'est cette approche qui sous tend les différentes définitions apportées à la qualité des soins.

1 - 3 - 2 La qualité des soins.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 fait obligation aux établissements de santé de garantir la qualité des soins au travers notamment de la mise en place d'une « politique d'évaluation des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient »²⁶.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée marque un pas supplémentaire pour le développement des méthodes d'amélioration de la qualité à l'hôpital car au delà des principes, elle introduit la notion que :

- « la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. »
- La qualité des soins passe par la réponse aux attentes du patient, les hôpitaux sont tenus de procéder régulièrement à l'évaluation de la satisfaction des patients.

Différentes tendances se conjuguent pour tenter de clarifier le concept de qualité des soins.

Les premières reposent sur des standards et critères définis par les professionnels qui visent à garantir aux usagers un niveau de qualité. L'importance croissante de l'aspect sécurité, lié à la notion de prévention de risques, a pour conséquence le renforcement constant de normes.

Ainsi, suivant le courrier de l'évaluation en santé²⁷, la qualité des soins infirmiers est définie comme « le degré de conformité des soins donné par le personnel infirmier à des normes fixées d'avance ».

Selon l'OMS²⁸, « la qualité est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément :

- à l'état actuel de la science médicale.
- au meilleur coût pour un meilleur résultat.
- au moindre risque iatrogénique.
- et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. »²⁹

²⁶ Loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, article L. 710-4

²⁷ L'évaluation en santé SOFESTEC Mai 1998 n° 13

²⁸ Organisation mondiale de la santé.

²⁹ ALLUARD E. La qualité et les soins infirmiers, Soins n° 625 Mai 1998 p.49

La deuxième tendance prend en compte les besoins et les attentes des usagers. Les standards ne peuvent répondre à eux seuls à ces attentes.

Catherine Mordacq³⁰ définit la qualité des soins comme « l'ensemble des éléments qui satisfont les besoins des utilisateurs ».

De même, selon le système de normalisation international, la qualité représente l'ensemble des propriétés et des caractéristiques d'un produit ou service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites de l'utilisateur du produit ou service Norme ISO 8 402)³¹

« Cette définition donne de la qualité une vision prospective dans la mesure où elle est présentée comme un résultat à atteindre en fonction des besoins d'un client.»³²

De ces dernières définitions, on relèvera l'importance de l'adéquation d'un service aux attentes exprimées ou implicites d'un client.

Les attentes et les besoins du patient s'inscrivent dans une démarche personnalisée qui prend en compte le savoir faire et « l'art de prendre soin »³³.

Le concept de prendre soin se définit selon W. Hesbeen, comme « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soin qui lui est particulière, dans le but de contribuer à son bien être, à son harmonie ».

Les attentes se situent également au niveau de la considération et de la valorisation des êtres. Cela implique la participation du patient au projet de soin et nécessite des qualités pédagogiques pour partager les informations et entreprendre des actions d'éducation.

Dans ce sens on peut définir 3 niveaux de qualité des soins :

- * Le niveau des soins corrects, où la sécurité est assurée et où les normes sont respectées.
- * Le niveau des bons soins, adaptés à la personne soignée.
- * Les soins de qualité, où le patient est informé et participe à son projet de soins.

Différentes études et enquêtes ont été menées sur les attentes des patients et leur représentation de la qualité.

Il en ressort que si la dimension médicale est prioritaire, la dimension humaine, affective de l'information et de la communication est jugée comme essentielle pour les patients.

« La communication est une obligation légale et déontologique, c'est la condition de participation du « patient client » au service de santé, c'est un élément du processus de soin,

³⁰ Cahier de l'AMIEC, Contributions à la qualité des soins infirmiers, n° 9

³¹ BRUN J. La qualité des soins. Une approche ISO 9000, Berger Levrault 1996

³² GUESNIER Martine, « Qualité, Evaluation, Accréditation : les concepts » Technologie Santé n° 32 décembre 1997 p. 5

³³ HESBEEN Walter, « Le projet de prendre soin à l'hôpital », Gestions hospitalières Janvier 1995 n°342 p.28

c'est une source de confiance envers les personnels hospitaliers et la qualité du service, c'est l'expression des attentes. »³⁴

L'étude de Joëlle LECAILLON³⁵ sur « les représentations comparées de la qualité du séjour chez les patients et les soignants » confirme que les patients accordent un poids très important aux relations humaines.

Pour eux la représentation de la qualité du séjour hospitalier s'organise autour des termes : accueil, disponibilité, gentillesse, compétence.

Des soins de qualité reposent surtout, de leur point de vue, sur la personnalisation des actes. Ils souhaitent être considérés comme « acteurs ». Ils attendent des informations et des explications suffisamment précises, être mis au courant sur ce qui les concerne, être avertis, instruits. Ils se situent comme clients et recherchent en ce sens de la considération. Ils doivent être source de « préoccupations » des soignants.

Leurs exigences portent sur l'assurance des compétences et la garantie de la sécurité. Ils revendiquent une grande coordination des actes et des personnes pour assurer sans défaut la continuité des soins à laquelle ils ont droit.

Les conceptions humanistes des soins de qualité que nous venons d'évoquer imposent aux soignants une grande connaissance des personnes soignées, une qualité des informations partagées et une constance dans les prises en charge.

La satisfaction finale du patient viendra de l'ensemble des compétences dont l'ensemble des professionnels auront fait preuve auprès de lui.

Ces derniers propos méritent que l'on s'arrête sur la notion de continuité des soins, puisqu'elle représente suivant ce qui vient d'être dit un indéniable facteur de qualité.

Elle est évoquée à plusieurs reprises par les patients, à propos des circuits qu'ils doivent emprunter au cours d'un séjour, à propos des nombreux intervenants....

Cette expression est très souvent utilisée mais rarement explicitée, elle se définit par elle-même, c'est une représentation sociale, ou sens commun. Le concept est défini dans le quotidien, il concerne le suivi des soins, il est le contraire de l'interruption, de la division. Il prend en compte les données passées, la situation présente et s'inscrit dans l'avenir. C'est la poursuite, le prolongement, l'enchaînement.

La continuité implique une certaine uniformité, une même philosophie, une même manière de faire pour porter le label de qualité.

La définition de la qualité des soins nous a permis de situer « la philosophie de notre pratique soignante » et de positionner les fondements de notre exercice infirmier quelque soient les modalités de temps de travail.

Le patient est au coeur des préoccupations. Toute notre attention est portée sur la satisfaction de ses attentes. Son adhésion et sa coopération au projet de soin qui le concerne doivent être au maximum recherchées.

³⁴ PHANUEL Dominique, « L'hôpital vu par les usagers. Les attentes des « patients clients » en matière d'information et de communication. » Gestions hospitalières Janvier 1995 n° 342 p.77.

³⁵ LECAILLON Joëlle, « les représentations comparées de la qualité du séjour chez les patients et les soignants ».Diplôme universitaire de cadre de santé. Université de Toulouse - Le Mirail.1996/1998.

Dans cette dynamique, il est essentiel de recentrer les besoins de notre clientèle dans le contexte de l'évolution des mentalités et des techniques dont nous avons parlé précédemment. Aussi, nous nous proposons de faire les liens entre les trois notions.

1 - 4 LIENS ENTRE TEMPS PARTIEL, COMPLEXITE HOSPITALIERE ET QUALITE DE SOINS.

Nous avons tenté, jusqu'à présent, de clarifier ces notions isolément et de situer chacune d'entre elles dans un cadre évolutif. Il nous semble, maintenant, intéressant d'étudier les liens entre le temps partiel, la complexité et la qualité, au regard de l'impact qu'ils ont sur les patients, sur les professionnelles et sur l'institution.

L'étude des conséquences de ces différentes notions permet d'afficher les juxtapositions, de comprendre les imbrications et de saisir les paradoxes.

1 - 4 - 1 Au niveau des patients

*** *Ce qu'implique le temps partiel***

La permanence des soins sur les 24 heures est assurée par une succession d'équipes soignantes. A chaque reprise, la nouvelle équipe doit prendre connaissance de nouveaux éléments pour assurer la continuité, la coordination des actions et être capable de donner au patient toutes les informations qu'il attend et qui le concernent.

La longue absence des soignants, occasionnée par le temps partiel, accentue la difficulté à intégrer toutes ces données et par là même à restituer au malade des informations suffisamment précises.

Le temps partiel accroît, par ailleurs, le nombre de soignants au sein d'une équipe et complique les repères pour les patients. La succession des agents donne une impression d'inconnus, de nouveaux visages, et est facteur de désagréments.

*** *Ce qui fait la complexité***

- ***La spécialisation des services.***

Le développement de la technicité médicale a entraîné la spécialisation des disciplines, opérant le cloisonnement des unités d'hospitalisation.

La prise en charge de patients présentant souvent des pathologies associées nécessite cependant, l'avis de différents spécialistes et crée le recours à plusieurs acteurs, occasionnant de multiples articulations.

De plus, la haute technicité des services conduit à une fréquente utilisation des ressources d'un plateau technique et multiplie encore les liens de fonctionnement.

- Les différentes missions des établissements publics de santé.

L'établissement hospitalier est à la fois le lieu de soins de plus en plus pointus, où les progrès thérapeutiques ne cessent de se développer, mais il reste toujours le lieu d'accueil et d'hébergement privilégié des patients en fin de vie ou présentant des affections pour lesquelles, les thérapeutiques médicales n'ont plus d'effets.

Le niveau de compétence attendu est donc différent et relève tant de performances techniques que relationnelles.

- L'évolution des mentalités et des exigences.

Les attentes des malades sont de plus en plus précises. Elles concernent la logistique (chambres individuelles, choix des menus, téléphone, télévision et sanitaires), mais aussi les soins et les délais (programmation des hospitalisations en fonction des impératifs personnels, raccourcissement des durées de séjour...).

D'une façon générale, le patient tend à être de moins en moins patient mais de plus en plus « consommateur » d'un service. Il supporte de plus en plus mal les dysfonctionnements divers qu'il peut avoir à subir et attend de l'institution une prestation comparable à celle qu'il obtient dans d'autres situations.

- L'élévation du niveau des informations.

L'élévation des niveaux de connaissances générales et la large diffusion des informations (médiatisation de la prise en charge de la douleur), ainsi que les problèmes récents de santé publique (sang contaminé), incitent le patient à poser davantage de questions. Il est devenu un partenaire supplémentaire dans la concertation. Il tient à être informé au maximum et au bon moment pour pouvoir participer aux projets qui le concernent.

* Ce qu'exige la qualité

- La continuité des soins.

Pour le patient, le partage des informations qui permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité est un gage de qualité.

Il attend des soignants une connaissance suffisante de son dossier pour que le suivi s'effectue sans ruptures, sans répétitions et sans inconnus.

Il estime par ailleurs que l'organisation des différents services entre eux doit permettre une articulation judicieuse des rendez vous de consultations ou d'examens. Pour lui la problématique est unique. Ceci répond à son souhait d'une durée minimale d'hospitalisation sur une période choisie.

- La personnalisation des soins.

Quelque soit le motif d'hospitalisation, les soins de qualité reposent sur la personnalisation des actes. Toutes les dimensions du soin doivent être maîtrisées et adaptées à chacun.

La satisfaction des patients se situe au niveau des qualités humaines de reconnaissance et de considération que les soignants sont capables de leur assurer.

« A chaque instant, l'activité de soin est une rencontre entre une personne malade et souffrante, et une personne chargée de lui apporter aide et réconfort. Il s'agit d'une relation singulière, où les personnalités de l'une et de l'autre entrent en jeu. »³⁶

Pourtant, cette activité de soin, vécue comme singulière par le patient est en fait articulée dans une organisation collective, faite de la juxtaposition et de l'articulation de différentes compétences. La coordination des acteurs, la reconnaissance de chaque partenaire, et la précision des transmissions sont nécessaires à la continuité des soins et au maintien d'une cohérence.

Le patient attend, à la fois cette relation personnalisée, mais il souhaite en même temps sentir qu'au fil des équipes se transmet, entre les différents soignants l'état d'avancée de sa situation.

- La qualité des informations transmises.

Le référentiel de l'ANAES³⁷ insiste particulièrement sur la qualité de l'information donnée aux patients. Celle ci doit être dispensée tout au long du séjour hospitalier.

On distingue différents niveaux d'information qui ont chacun leur importance.

Le patient attend qu'on l'informe régulièrement sur le déroulement du séjour, les événements à venir..., mais il attend également que l'on soit en mesure de lui donner suffisamment d'explications et que l'on s'assure de sa compréhension.

Il attend enfin que l'on soit capable de l'éduquer pour qu'il participe activement à sa prise en charge.

³⁶ TONNEAU D ,L'organisation du travail dans les services de soins ANACT collection outils et méthodes 1996 p.25

³⁷ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

1 - 4 - 2 Au niveau des infirmières.

*** Ce qu'implique le temps partiel**

- par rapport à l'évolution des pratiques et au maintien des compétences.

Les journées de formation continue ont lieu légalement sur 100% du temps de travail. Toute formation génère, en plus, de nouvelles absences liées aux récupérations, et diminue, encore, le temps de présence effectif au travail.

De plus, l'acquisition ou l'entretien des connaissances théoriques n'est pas suffisante ou n'est pas une garantie de bonne utilisation. « Ce qui compte, c'est le savoir en action. »

La réduction du temps de travail entraînant moins d'occasions de pratiques singulières, peut avoir une influence sur l'intégration et l'utilisation des connaissances.

- par rapport à la gestion de l'ensemble des informations.

L'infirmière doit gérer une multitude de données, disparates et dispersées. Le manque de formalisation, les nombreuses informations transmises oralement, pas toujours organisées...compliquent leur enregistrement et rendent difficile leur connaissance par les personnes qui ne sont pas là régulièrement.

L'inquiétude et le sentiment de perte d'informations entraînent une quête constante et un effort supplémentaire de mémorisation, ce qui accroît la charge mentale des agents à temps partiel.

*** Ce qui fait la complexité**

- Le développement de la technicité.

L'évolution de la technicité des soins infirmiers s'est opérée parallèlement à la spécialisation des disciplines médicales entraînant la maîtrise de connaissances de plus en plus pointues et le maintien de compétences spécifiques. On assiste au développement d'appareils de plus en plus sophistiqués, à l'augmentation des examens biologiques et des techniques invasives, entraînant des préparations spécifiques et des surveillances précises.

- L'élargissement du travail infirmier.

Les agents ne réalisent pas seulement des actes selon une programmation établie par ailleurs. On leur demande de surveiller un processus, de gérer un maximum d'informations diffuses, de les coordonner et de les analyser, de faire preuve d'initiatives multiples, d'assumer des responsabilités individuelles qui doivent concourir au succès de l'organisation collective et à la qualité des soins.

- L'évolution de la charge mentale et psychique.

La charge mentale est importante, elle est due à la grande quantité d'informations que nécessite l'exercice de la profession d'infirmière : connaissance des savoirs professionnels, et de leur actualisation, connaissance des malades, de leurs spécificités et de leur évolution, consignes et protocoles à respecter, remise à jour à chaque reprise de poste....

Or, les conditions de travail réelles dans les services montrent une parcellisation des tâches, des interruptions fréquentes, des recherches continuelles de renseignements, une multitude de supports d'informations, et un manque de disponibilité pour avoir le temps de s'occuper en continu et à fond d'un malade.

Par ailleurs, compte tenu de l'évolution des prises en charge des personnes âgées et des pathologies lourdes, la charge psychique a aussi tendance à augmenter.

L'augmentation de la charge psychique et mentale provient d'une part du stress lié à l'urgence des tâches à accomplir, au volume de l'activité et aux décisions continuelles qui marquent l'activité des soignants, mais aussi des angoisses qu'ils éprouvent face à la maladie, à la souffrance et à la mort.

- L'évaluation globale de l'activité en soins.

Indépendamment des secrétaires, hospitalières ou médicales, les personnels soignants, et surtout les infirmières, ont une large part de leur temps absorbée par un travail qui peut être qualifié d'administratif ou de gestionnaire : écritures diverses sur différents supports, tenues de statistiques, enregistrement de données, traitement ou saisie informatique, rendez vous, commandes, réparations, liaison avec les services logistiques...

L'évaluation globale de l'activité en soins est difficile, il existe des méthodes d'analyse (PRN,³⁸ SIIPS³⁹), mais elles rajoutent, dans le contexte actuel, de la complexité à l'activité.

* **Ce qu'exige la qualité**

- Le maintien des compétences.

C'est induit par l'évolution constante des pratiques et inscrit dans les règles professionnelles.

³⁸ Projet de recherche en nursing.

³⁹ Soins infirmiers individualisés à la personne soignée.

L'actualisation des connaissances implique le suivi régulier de formations continues et la consultation fréquente de la presse professionnelle en est un atout supplémentaire.

Plus que la mise à jour des connaissances théoriques, permettant la seule reproduction de techniques, on recherche dans une démarche qualité, la maîtrise du processus, c'est à dire la réflexion et l'analyse.

« La connaissance est l'aboutissement d'un travail intellectuel, qui se mesure au fait qu'il est transférable et peut être réinvesti. »⁴⁰

La pratique régulière des nouveaux procédés facilite l'intégration de ce processus.

« La compétence c'est un savoir agir, doublé d'un pouvoir agir, et ce, dans un contexte spécifique. »

- La garantie de la sécurité.

« La sécurité est une des dimensions majeures de la qualité des soins et correspond à une des attentes principales des patients vis à vis du système de santé ».⁴¹

La sécurité est en lien avec la notion de risques, d'aléas, d'imprévus que tout système de soins comporte.

« Le risque hospitalier se définit comme la probabilité de survenue d'un événement indésirable et imprévu... Il est étroitement lié à la notion de qualité : une situation de non qualité engendrera une situation à risque pour le patient. »⁴²

Le souci croissant de la sécurité impose l'élaboration de règles, protocoles et procédures.

Chaque infirmière doit avoir connaissance de l'ensemble de ces documents écrits, doit pouvoir y faire référence et être en mesure de les appliquer rigoureusement.

- La disponibilité d'esprit.

La charge mentale, à laquelle nous avons fait référence précédemment, ne doit pas pénaliser la personne soignée.

Quelque soit la somme d'informations diverses et variées à gérer, le patient mérite, à tout instant, attention, écoute et disponibilité.

L'infirmière doit pouvoir s'extraire de ses propres préoccupations pour pouvoir se centrer sur le besoin du moment du patient.

- La gestion de toutes les informations.

Le groupe infirmier est, on l'a déjà dit, l'acteur permanent 24 heures sur 24 auprès du patient.

⁴⁰ JEANNERET J., « Les technologies de la pensée restent à penser. », Sciences Humaines n° 24 Mars Avril 1999 p.22.

⁴¹ ANAES Direction de l'accréditation Février 1999

⁴² Rocher M., « Le temps de travail c'est aussi la santé. » Travail et sécurité, mai 1999 n°584 p ; 30

C'est lui qui concentre toutes les informations. Les infirmières analysent, décident (par exemple d'appeler ou non le médecin), restituent et coordonnent la totalité des données, pour tous les patients.

C'est sur elles que reposent la cohérence et la continuité de l'ensemble des soins.

« En intervenant au plan de l'organisation, dans les rapports avec l'extérieur (services d'examen, radio, bloc opératoire, médecins extérieurs...), et dans la coordination des soins, l'infirmière a un rôle d'interface avec un retentissement sur l'activité et sur l'efficacité des soins. »⁴³

1 - 4 - 3 Au niveau de l'institution.

*** Ce qu'implique le temps partiel**

Les groupes de travail et réunions de service se gèrent sur du temps hors soins et obligent régulièrement les agents à revenir sur du temps personnel.

Les raisons qui ont motivé les demandes de temps partiel sont souvent, on l'a vu, des demandes de temps libre pour assumer des choix personnels.

Les situations interférant sur la vie personnelle et le choix du temps libre, l'agent à temps partiel veut-il s'impliquer au-delà de la réalisation de son travail dans des projets institutionnels?

L'implication est une démarche souvent individuelle.

« C'est par rapport à la perception qu'ils ont des enjeux de l'évolution, mais aussi des perspectives concrètes de leur propre devenir, que les acteurs décideront de leur investissement. »⁴⁴

« Chaque acteur mobilise ses ressources sur un objectif, s'il en voit l'utilité et si le projet est en accord avec ses valeurs et son professionnalisme. »

L'implication dans l'institution va au-delà de la bonne exécution du travail. Parmi les facteurs de motivation, l'agent à temps partiel accordera-t-il de l'importance à s'investir dans des projets d'établissement, au point de partager son temps personnel ?

*** Ce qui fait la complexité**

• La recherche de la place de l'hôpital dans un environnement de santé.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire, qui visent à redéfinir les missions des établissements, compte tenu des impératifs de la carte sanitaire, et les redéploiements entre hôpitaux ont conduit à débattre de la place du service public au sein du système de santé. Les

⁴³ GROSJEAN M. Et LACOSTE M., Communication et intelligence collective, puf p. 55

⁴⁴ MAURAGE Vincent, « l'implication des acteurs de santé dans les démarches qualité. », Gestions hospitalières mai 1999 n°385 p. 34

réseaux, filières, coopérations avec les institutions privées remodelent complètement le tissu hospitalier.

Les hôpitaux doivent réfléchir à la place qu'ils peuvent occuper dans le dispositif local de soins, au type de clientèle qu'ils cherchent à attirer ou à conserver, aux pôles d'excellence qu'ils veulent développer. Ils doivent rechercher une organisation plus rationnelle au regard de leurs plans stratégiques, et dégager des gains de productivité et d'efficacité à partir d'une logistique mieux organisée et d'un fonctionnement plus collectif de l'établissement.

Cette démarche est complètement novatrice dans son évolution historique. Les restructurations, fermetures de lits, regroupements et associations...sont aujourd'hui une réalité. Ils entraînent dans leur sillage un flot d'incertitudes à gérer et des freins au changement à contenir.

- La maîtrise des coûts associée à une démarche de qualité.

Les pouvoirs publics et les tutelles mettent l'accent sur la maîtrise des dépenses de santé, et cherchent les moyens d'inciter les acteurs du système à freiner la croissance des budgets hospitaliers.

Dans ce cadre, les directions d'établissement cherchent à assurer des soins de qualité, intégrant les derniers perfectionnements des progrès médicaux, en essayant de réaliser des gains de productivité sur les services logistiques, ou de comprimer au maximum l'augmentation des dépenses de personnel.

En même temps, l'âge moyen des patients hospitalisés continue à augmenter, les thérapeutiques et les interventions à s'alourdir, renforçant ainsi une intensification de la charge de travail des soignants.

La restriction des moyens mis à la disposition de l'hôpital et l'exigence accrue de qualité pour des soins de plus en plus complexes, peuvent paraître inconciliables.

* Ce qu'exige la qualité

- L'implication des soignants dans les réflexions et les projets.

Les ordonnances hospitalières insistent sur la nécessaire implication des agents dans les projets. Face aux incertitudes de l'avenir, à la mouvance perpétuelle, à la nécessité de repenser les organisations et d'innover de nouveaux modes de fonctionnement, il est essentiel de décloisonner les services et d'associer tous les agents à des groupes de réflexion.

La recherche de qualité de soins à moindre coût nécessite l'engagement direct des soignants dans les groupes de travail. Leur participation permettra d'une part d'être créatif et innovant, tout en respectant les critères de faisabilité et de réalité, et cela favorisera d'autre part l'adhésion du groupe à des décisions d'ensemble.

- Le partage d'informations entre les différents agents de l'institution.

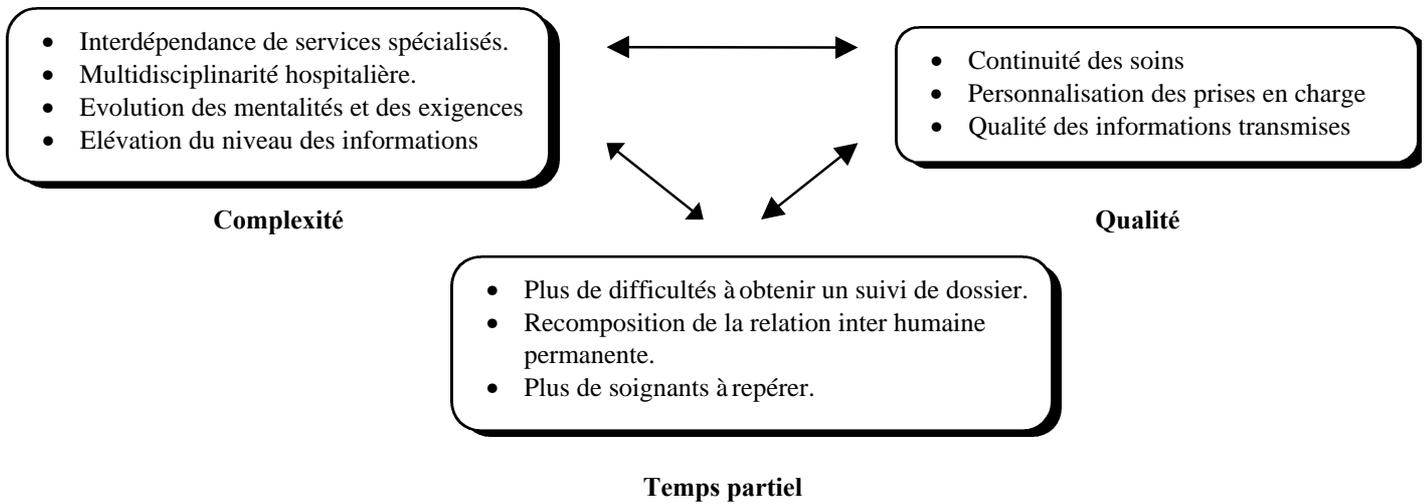
A partir du moment où le travail est pensé de façon collective, où il faut s'assurer le soutien de plusieurs équipes et catégories professionnelles et assurer la liaison entre elles, il est impératif d'organiser des réunions de service ou d'équipes. Elles sont indispensables pour repenser les organisations et les supports d'information, transmettre plus facilement les consignes, et expliquer en détail les raisons de certaines orientations et décisions...

Nous confirmons que le triptyque : temps partiel, complexité et qualité des soins, concerne le patient, le personnel infirmier et l'institution.

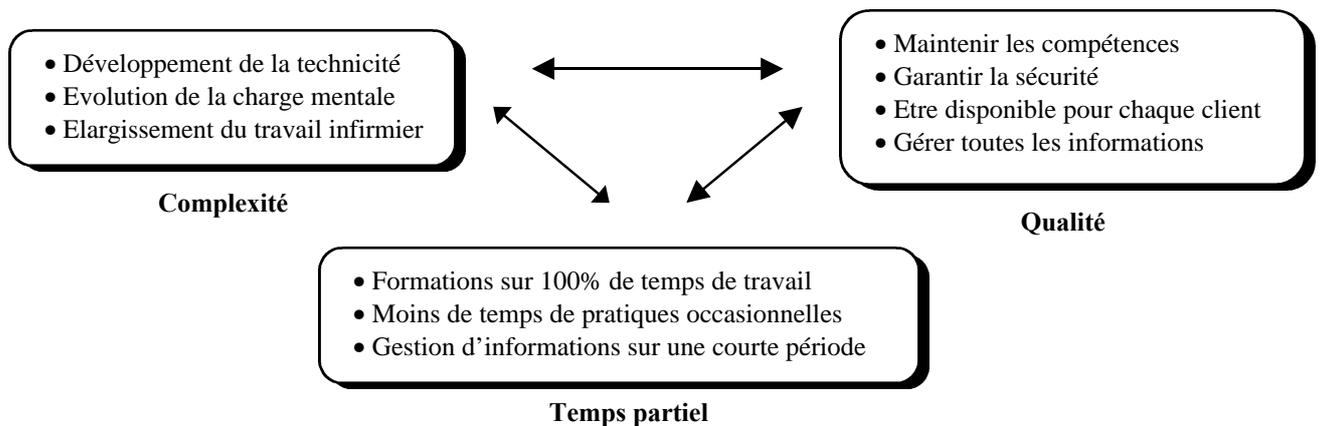
Ces rapprochements démontrent les liens, les paradoxes et les contradictions présents entre les principaux facteurs relevant du temps partiel, de la complexité et de la qualité des soins.

Pour visualiser ces relations, nous les avons matérialisées sur le schéma suivant.

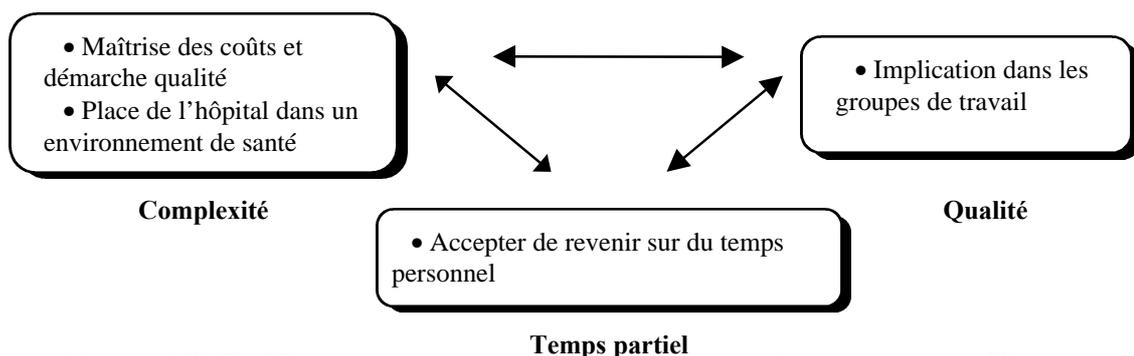
Au niveau des patients :



Au niveau des infirmières :



Au niveau de l'institution :



1 - 5 HYPOTHESE.

Les liens qui viennent d'être établis entre les trois notions permettent d'avancer l'hypothèse suivante :

Le temps partiel dans le contexte actuel de la complexité du travail hospitalier dans les services de soins, peut avoir un impact sur la qualité des soins.

A partir de la théorie développée en première partie, nous pouvons préciser cette hypothèse globale et la décliner en sous hypothèses opérationnelles :

- Le temps partiel, dans le contexte de la réduction des durées de séjour et de la multiplication des interactions entre les services, ne facilite pas la coordination, la continuité des soins et la personnalisation de la prise en charge des patients.
- Le temps partiel, dans le contexte de l'évolution constante des pratiques et des normes de sécurité, ne facilite pas le maintien des compétences et l'actualisation des connaissances des infirmières.
- Le temps partiel, dans le contexte des projets d'établissement et de l'amélioration continue de la qualité du service, ne facilite pas l'implication des agents dans les groupes de réflexions institutionnels .

La recherche présentée ci après consiste à valider ces hypothèses auprès d'infirmières. Elle permet de repérer les problèmes et les difficultés liées au temps partiel, ainsi que les modalités d'ajustement que les professionnelles, elles mêmes, préconisent pour faire face aux situations.

DEUXIEME PARTIE.

2 - LA RECHERCHE DE TERRAIN

2 - 1 LA METHODOLOGIE

2 - 1 - 1 Le choix de la méthode.

Le choix d'entretiens semi directifs permet de privilégier l'aspect qualitatif de l'étude, correspondant ainsi à l'approfondissement d'une réflexion personnelle. 22 entretiens ont été conduits auprès d'infirmières à temps partiel. En l'occurrence cette recherche ne peut se prévaloir d'un caractère statistique.

La grille d'entretien⁴⁵, pour répondre à l'objectif précédemment énoncé, est divisée suivant les trois niveaux énumérés plus avant : les patients, les professionnelles, et l'institution.

Elle est construite pour répondre aux indicateurs de :

- * Coordination, continuité, personnalisation des soins.
- * Maintien des compétences et actualisation des connaissances.
- * Implication dans l'institution.

Le contexte de la complexité de l'exercice hospitalier dans les services de soins a été précisé pour chacune des questions.

Chaque entretien s'est déroulé sur une durée moyenne d'une heure, sur le temps de travail des infirmières. Certaines ont préféré consulter et remplir la grille préalablement à la rencontre pour prendre le temps de réfléchir et être plus complet dans les réponses.

2 - 1 - 2 Le choix de la population

Nous avons choisi de ne retenir que les infirmières dans la population de soignants, car elles sont responsables des soins, et donc directement concernées par la qualité des prestations.

Seules, les infirmières à temps partiel ont été interviewées. L'intérêt des entretiens était de recueillir leur ressenti, leur propre manière d'appréhender la situation, leur auto évaluation.

Interroger des infirmières à temps plein aurait permis de compléter le recueil, mais aurait surtout introduit une variable supplémentaire : la notion d'évaluation du travail des autres. Leur jugement peut être teinté d'appréciations subjectives, parasitées par les sentiments d'envie, de jalousie, ou simplement par le caractère affectif de la vie d'équipe.

⁴⁵ cf. annexe n°3

Nous avons également choisi de nous entretenir avec des infirmières de jour et de nuit, car nous pensons que l'exercice permanent de nuit est une variable intéressante à prendre en compte.

La quotité d'heures travaillées est concentrée sur un minimum de nuits, ce qui laisse une plage de temps libre conséquente.

De plus, le travail de nuit est souvent un choix de temps partiel, et la permanence des soins sur 24 heures impose les mêmes exigences de qualité dans les prestations.

Le choix des infirmières a été le fait du hasard. Il a été conditionné d'une part par les disponibilités de temps offertes par la formation à l'ENSP, et d'autre part par les aléas du planning de travail des infirmières, en sachant que l'horaire d'après midi était préférable, pour la plus grande flexibilité d'organisation de travail qu'il proposait.

Les rendez vous avec les infirmières interrogées ont tous transité par le cadre de l'unité (pour des questions de facilité).

Des rencontres de courtes durées avec chaque surveillante ont donc eu lieu, permettant de présenter le sujet de l'étude. Les réactions spontanées ont été relevées et permettront d'enrichir l'analyse.

2 - 1 - 3 Le terrain de recherche

Pour élargir et enrichir l'étude, la recherche a été conduite dans deux centres hospitaliers généraux de même importance (autour de 900 lits), variant par le taux de temps partiel du personnel soignant (44% d'infirmières à temps partiel pour l'un, 20% pour l'autre). Cela nous permet d'introduire la possible influence du nombre d'agents à temps partiel sur les soins.

Les terrains de recherche ont été déterminés d'une part par le lieu d'exercice professionnel et d'autre part par le deuxième stage effectué au cours de la formation à l'Ecole Nationale de Santé Publique.

La recherche menée dans un plus grand nombre d'établissements aurait apporté de la crédibilité à l'étude. Les limites données par le temps et le cadre de la formation nous ont conduit à restreindre notre champ d'enquête.

Il nous a semblé alors préférable de rencontrer plusieurs infirmières d'un même établissement plutôt qu'un petit nombre d'infirmières de plusieurs établissements.

22 infirmières de 15 unités différentes ont été interrogées.

Pour que les questions correspondent aux réalités de chacune d'entre elles, seuls les services d'hospitalisation générale (médecine, chirurgie, rééducation fonctionnelle ont été retenus. Les services de consultations externes (accueillant beaucoup d'infirmières à temps partiel), ainsi que les services techniques (bloc, urgences ...) ont été exclus.

Pour les mêmes raisons la particularité des services de psychiatrie n'a pas été envisagée.

2 - 1 - 4 La quotité de temps choisie

Deux modalités d'exercice à temps partiel ont été retenus pour comparer et mesurer les incidences des écarts de temps sur ce qui nous intéresse.

D'après l'étude ministérielle sur les trois fonctions publiques, le 80% suivi du 50% sont les temps les plus pratiqués. Toutefois, pour les difficultés de compensation d'effectifs manquants, que nous avons évoqué, l'établissement, dans lequel nous exerçons notre activité professionnelle, n'autorise pas l'exercice à 80% chez les infirmières.

Nous avons donc choisi de retenir, pour cette étude l'échantillon représentatif de la situation qui nous concerne, soit 11 infirmières à 50% et 11 infirmières à 75%.

La population se répartit de la manière suivante :

	Etablissement A. (affectation)	Etablissement S. (stage)	Total	Total 75%	Total 50%	Total nuit
75 % jour	6	2	8	8		
75 % nuit	2	1	3	3		3
50 % jour	4	3	7		7	
50 % nuit	1	3	4		4	4
TOTAL	13	9	22	11	11	7

L'enquête a débuté en avril 1999 par l'établissement de stage. Toutes les infirmières à temps partiel travaillant à cette période dans les services sélectionnés ont été interrogées.

La politique restrictive de temps partiel de l'établissement explique qu'une majorité d'agents interrogés (6/9) soit à 50%. Ceci correspond au mi temps de droit accordé pour raison familiale. Par ailleurs, les infirmières, sollicitant, dans ce même établissement, une réduction de temps de travail sont incitées à travailler de nuit (4 infirmières sur 9 interrogées).

Le nombre et le type d'agents interviewés dans l'établissement S. a déterminé, en partie, les choix de complémentarité dans l'établissement A.. Nous souhaitons, d'une part avoir des éléments comparatifs, et d'autre part obtenir un nombre équivalent de 50% et 75%.

La suite a résulté des opportunités et des disponibilités dont nous parlions précédemment.

2 - 1 - 5 Les limites de l'enquête.

Le nombre restreint d'infirmières rencontrées sur deux établissements, ne permet en aucun cas de généraliser l'étude. Il n'est sûrement pas représentatif d'un ensemble de situations variées, il permet cependant, à notre sens, de comprendre un certain nombre d'expériences pour envisager des solutions d'avenir.

2 - 2 RESULTATS

2 - 2 - 1 La population .

*** Répartition par âge**

	Etablissement A	Etablissement S	Total
de 26 à 30 ans	1	2	3
de 31 à 35 ans	1	1	2
de 36 à 40 ans	7	3	10
de 41 à 45 ans	3	3	6
de 46 à 50 ans	0	0	0
53 ans	1	0	1
Total	13	9	22

L'échantillon par âge se distribue de façon identique dans les deux établissements. La plus grande fraction d'agents travaillant à temps partiel a entre 36 et 45 ans, avec un nombre assez important au delà de 41 ans.

*** Ancienneté dans le temps partiel**

	Etablissement A	Etablissement S	Total
moins de 3 ans	0	6	6
de 4 à 5 ans	3	1	4
de 6 à 10 ans	6	1	7
de 11 à 15 ans	1	1	2
de 16 à 19 ans	3	0	3
Total	13	9	22

La majorité des agents interviewés dans l'établissement A a entre 6 et 15 ans d'ancienneté dans le temps partiel, alors que ceux de l'établissement S ont moins de trois ans. La différence observée entre les deux établissements correspond vraisemblablement à la politique sociale, en faveur ou non des temps partiel, qui y est conduite.

Les trois infirmières de moins de 35 ans de l'établissement S ont moins de trois ans d'exercice à temps partiel, et les quatre agents de plus de onze ans de temps partiel de l'établissement A ont plus de 41 ans..

Il semblerait donc bien que les agents qui ont opté pour un temps partiel, confirment leur choix au fil des années.

* **Ancienneté d'exercice dans le service et ancienneté du temps partiel**

	Etablissement A	Etablissement S	Total
Ancienneté dans le service inférieure à l'ancienneté du temps partiel	3	1	4
Ancienneté égale	2	2	4
Ancienneté dans le service supérieure à l'ancienneté du temps partiel	8	6	14
Total	13	9	22

La majorité des agents interrogés connaissaient le service avant d'y exercer à temps partiel.

8 ont choisi ou ont été mutées dans le service directement à temps réduit. Pour 3 infirmières parmi les 8, l'octroi du temps partiel dépendait de l'acceptation d'un poste de nuit. 3 agents ont profité de l'opportunité du dégagement d'un poste à temps partiel pour solliciter un changement de service.

* **Planning de travail**

⇒ ***L'amplitude horaire.***

Les nuits ont pour toutes les infirmières interrogées, une amplitude horaire de dix heures.

Les journées de travail sont en règle générale de huit heures. Seules trois infirmières à 50% de deux services différents de l'établissement S. assurent des journées de dix heures, conformément à ce qui se pratique dans leur unité.

On n'observe aucune différence entre les 50% et les 75%. La totalité des agents interrogés effectue les mêmes horaires que les collègues temps plein du service.

La réduction du temps de travail des infirmières enquêtées porte essentiellement sur une diminution du nombre de jours travaillés, et non sur une réduction horaire quotidienne.

⇒ *La répartition des jours de travail.*

	Régularité du planning	Irrégularité du planning	Total
75% jour	6	2	8
75% nuit	2	1	3
50% jour	4	3	7
50% nuit	1	3	4
Total	13	9	22

9 infirmières, dont 6 à 50% ont un planning de travail irrégulier. Le roulement est établi en fonction des besoins d'organisation du service et permet de réguler le manque d'effectif. Ceci a pour conséquence un éparpillement des jours de travail.

Ces roulements sont assez mal ressentis par le personnel, à cause du manque de continuité dans les soins qu'ils créent. On observe toutefois la disponibilité des agents et le souci de satisfaire les besoins du service.

Les raisons personnelles motivant la demande de temps partiel n'entraîne pas obligatoirement de rigidité dans les plannings.

La régularité des roulements, pour les différents temps de travail étudiés, se présente en général comme ce qui suit :

	Jours ou nuits de travail.	Jours ou nuits de repos.
75% jour	3 ou 4 jours consécutifs.	2 repos successifs.
75% nuit	3 nuits consécutives.	4 repos.
50% jour	2 ou 3 jours consécutifs	4 repos et une série de 10 repos sur un roulement de 8 semaines
50% nuit	2 ou 3 nuits	7 nuits de repos

La différence entre le 50% et le 75% est marquée tant par les séries de travail que par les intervalles d'absence entre deux séries.

Les agents se sont néanmoins, plus spontanément exprimés sur la contiguïté des jours de travail que sur l'amplitude des périodes de repos.

Ils ressentent une plus grande satisfaction dans le travail lorsqu'ils effectuent au moins trois jours consécutifs, et perçoivent à l'inverse des difficultés pour deux jours de travail.

2 infirmières ont signalé une particularité intéressante de leur planning. Le regroupement des jours de travail (de 10 heures), sur les deux premières semaines du mois limite, à leur sens, les problèmes de discontinuité.

Le profil de la population interrogée semble ainsi conforme aux caractéristiques évoquées dans le rapport sur la fonction publique hospitalière, ce qui nous engagerait quelque peu à le généraliser.

Cette présentation nous conduit maintenant à développer le sujet de notre recherche.

2 - 2 - 2 L'impact du temps partiel sur le séjour du patient.

L'analyse de cette thématique correspond aux réponses aux deux premières questions de la grille d'entretien. Le dépouillement a mis en évidence quatre sous parties :

- la coordination des soins,
- la qualité des informations transmises au patient,
- la continuité des soins,
- la personnalisation des relations.

*** La coordination des soins.**

Le contexte de la réduction des durées de séjour et la multiplication des examens et investigations, accentuent la masse d'informations à mobiliser et augmente le nombre d'articulations à réaliser.

⇒ *L'importance des transmissions orales.*

Pour la prise en charge coordonnée des patients, les 22 infirmières interrogées utilisent en priorité les transmissions orales.

Le besoin est encore plus fortement ressenti quand l'absence est plus longue. (16)

Les transmissions orales permettent : une vision d'ensemble (6), plus de précisions (10). C'est plus concret (3), plus vivant (1)

Elles assurent ainsi les compléments, les explications et les détails. Ce qui se dit oralement est rarement écrit, ce qui rend ce mode de fonctionnement souvent indispensable à la compréhension des situations.

Les infirmières souhaitent d'ailleurs, que ces transmissions soient organisées dans leur présentation, afin de faciliter l'intégration des données (9).

L'oral est la référence, l'usage facile. De façon informelle, à tout moment, le recours aux collègues (IDE et AS) est mentionné par les sept infirmières de jour à 50% et deux infirmières de nuit à 50%, soit 9/11.

⇒ *L'importance des synthèses.*

Les infirmières se réfèrent aux documents de travail écrits; particulièrement lorsqu'ils sont synthétiques. Ils permettent une vision d'ensemble du séjour des patients (examens à prévoir, avenir envisagé...), et donnent un rapide aperçu de la charge de travail du jour.

Les planifications murales ou écrites ont été citées 9 fois comme un outil « facilitant » (dont 7 fois pour l'établissement S.).

La « synthèse » est citée 10 fois comme élément permettant d'apprécier rapidement ce qui s'est passé, sans avoir à feuilleter les pages précédentes. Sur ces 10 fois, 5 fois le manque de synthèse a été déploré.

« Il n'y a pas suffisamment de synthèse, ce serait important pour des questions pratiques, on peut être resté sur l'idée d'avant, on peut poser plusieurs fois les mêmes questions, il y a une perte de temps. »

L'importance d'avoir une synthèse est revendiquée particulièrement par l'équipe de nuit (5/7) et/ou par les agents travaillant à 50% (7/11).

⇒ La nécessité d'une connaissance préalable du service.

La coordination des soins repose, pour l'ensemble des infirmières interrogées, sur la connaissance des pathologies, des procédures thérapeutiques, et du fonctionnement médical du service, pour pouvoir dès l'arrivée du patient, ou au cours de son hospitalisation, s'engager dans une démarche d'anticipation.

Pour cela, la majorité des infirmières (15/22) insiste sur la nécessité d'avoir de l'expérience dans le service avant d'y travailler à temps partiel.

L'expérience fait que l'on a des protocoles dans sa tête... Je suis ancienne dans le service, je sais ce qu'il faut prévoir(3)... Je connais bien, je sais ce qui va arriver...

La totalité des onze infirmières à 50% expriment cette idée autour des termes : *nécessité d'expérience, de connaissance, d'ancienneté...* pour parler de leur plus grande difficulté à assurer la coordination des soins (7/11) ou au contraire leurs *difficultés à s'adapter* (4/11).

Cela nous permet d'aller très vite... Cela nous permet de faire les actes qu'il faut... On a des automatismes(3), par rapport aux grandes pathologies... En chirurgie, les soins sont courts, il n'y a pas une multitude d'exams, c'est plus stéréotypé, je commence à connaître depuis que je suis ici...

En arrivant à 50% dans un service nouveau, je ne connais pas l'organisation, les jours de visite du neurologue, du chirurgien ...

La connaissance préalable du service est une remarque qui prévaut pour l'ensemble des infirmières à 50%. Seules 4 infirmières à 75% sur 11 évoquent cette nécessité. La différence de temps de présence joue vraisemblablement sur cet impératif.

Par ailleurs, nous observons que 5 infirmières sur les 8 ayant une ancienneté dans le service inférieure ou égale au temps partiel expriment leurs difficultés à ce propos.

⇒ L'importance des connaissances théoriques et d'une démarche mentale d'analyse.

Selon les infirmières, la coordination des soins impose aux temps partiels des qualités d'analyse développées pour pouvoir rapidement dégager les priorités, identifier et anticiper ce qu'il faut faire.

16 infirmières sur 22 expriment cette idée. Ceci est particulièrement partagé par les infirmières travaillant à 75%, puisque les 8 agents à 75% de jour et 2 infirmières sur 3 à 75% de nuit en font mention.

Les infirmières différencient dans leurs propos le niveau des connaissances et le niveau de l'analyse.

- les connaissances.

Elles relèvent principalement du domaine médical et font appel à la mémoire.

Le temps partiel demande une mobilisation rapide des connaissances (2), un entraînement intellectuel (4)... Il demande des efforts de mémorisation (6), plus d'attention (3), plus de vigilance (5)...

« A temps partiel, il y a obligation d'être au top, au niveau de l'esprit. Il va falloir que cela marche tout de suite. »

« On n'a pas le temps de perdre du temps, on a un schéma dans notre tête. »

« On a un schéma dans notre tête, un OAP, un infarctus. »...

« Si au cours des transmissions orales, on me présente un réveil de coma, je pose des questions, sur sa canule, son besoin d'être aspiré.. ; sa compréhension... »

- La démarche mentale.

L'organisation mentale est définie comme *la démarche de raisonnement, le plan de soins.*

« Si j'ai une entrée pré opératoire, dans ma tête c'est clair... »

« Je pose des questions, pendant les transmissions orales suivant le guide que j'ai dans ma tête »...

Le temps partiel demande d'être plus à l'affût (1), d'avoir plus de rigueur (2), plus de perspicacité (1)...

Il exige une capacité à discerner les priorités (4)...ce qui est important (4)..., une organisation mentale (4)...une capacité de synthèse (3)..., des qualités de raisonnement..., une logique (2)...

⇒ **Commentaires.**

Les infirmières ont mis en évidence la prédominance du fonctionnement oral dans les organisations de soins.

L'insuffisance des écrits, la trop grande importance de l'oral, les habitudes de fonctionnement sur l'implicite ne facilitent pas la tâche des agents à temps partiel.

Plus l'absence est longue, plus la gestion de ces informations, basée sur des ajustements oraux, est difficile et plus la qualité du séjour du patient peut en dépendre.

La somme des informations à mémoriser, à prioriser et à organiser mentalement est considérable. Ceci est particulièrement accentué par la réduction des durées de séjour et la complexité des soins.

Les habitudes de fonctionnement dans une unité se transmettent essentiellement par la pratique et l'usage. Les règlements sont le plus souvent tacites.

Pour que le séjour du patient se déroule dans les meilleures conditions, sans délais dans les prises de rendez-vous, les examens, les surveillances..., les infirmières à temps partiel estiment donc, qu'elles doivent avoir une bonne connaissance préalable du service, et qu'elles doivent savoir développer des capacités théoriques et d'analyse.

* **La qualité des informations transmises.**

L'élévation du niveau d'attente de renseignements des patients sur une durée de séjour de plus en plus brève, accroît la somme d'informations à maîtriser par les infirmières.

L'ensemble des infirmières interrogées estiment que la qualité des informations données au patient dépend de la qualité des transmissions de l'équipe. Les insuffisances de précisions écrites leur créent des difficultés pour répondre correctement à la demande du patient.

« Actuellement, on ne satisfait pas toujours la demande du malade. »

Les points manquants concernent essentiellement, les informations médicalisées (13), l'aspect social (4) et psychologique (10).

⇒ **Les informations médicalisées.**

Il s'agit particulièrement des raisons qui ont motivé la demande d'examen complémentaires et les résultats de ces examens. Les transmissions écrites sont beaucoup trop succinctes et l'oral passe ce sujet sous silence.

« Il est demandé une échographie rénale, mais on ne sait pas pourquoi..., ce n'est pas noté. »

« On nous demande si l'échographie est normale..., rien n'est marqué, il nous faut rechercher dans le dossier médical. »

« Il nous pose des questions d'ordre médical, on ne sait pas ce qui a été répondu par le médecin. »

⇒ **L'aspect social.**

Il concerne surtout l'avenir du patient et les solutions de placement envisagées. Les infirmières déplorent particulièrement le manque d'écrits sur les démarches en cours, l'insuffisance de points d'étape et d'informations suffisamment explicites sur ce qui est prévu. Trop souvent seule, la solution définitive est mentionnée.

« Les personnes posent beaucoup de questions sur la convalescence... je suis obligée de dire que je ne sais pas, je vais me renseigner. »

« Il devait sortir, on ne sait pas pourquoi il n'est pas sorti, on ne peut pas répondre. »

« Il faut écrire les raisons des événements imprévus et le pourquoi des choses,... les questions, elles sont posées quand les gens ont besoin de parler, c'est à dire à n'importe quel moment. »

⇒ ***L'aspect psychologique.***

Il est en lien avec les informations qui ont été données au patient au sujet de la gravité de sa maladie.

« On a des difficultés pour répondre, on ne sait pas ce qui a été dit au malade et à sa famille. »

« On ne sait pas ce qui a été dit par le médecin... Dans ce cas, on attend....,on fait reformuler... »

« Est ce qu'il est au courant de son diagnostic? »

⇒ ***Commentaires.***

L'attente des patients concernant la qualité des informations transmises est croissante.

Le manque de précisions écrites concernant les résultats d'examens, l'avenir du malade, et l'information qui lui a été donnée sur sa maladie et son pronostic, pose des difficultés aux agents à temps partiel pour répondre sur ce qui s'est passé pendant leur absence.

Plus l'absence de l'agent est longue, plus les difficultés de retrouver ces informations sont importantes pour lui.

* ***La continuité des soins.***

Le *turn over* important de patients et la multiplicité des acteurs intervenant pour sa prise en charge complexifient le suivi des soins.

Pour assurer la poursuite des actions de soins, leurs enchaînements, et la continuité dans les meilleures conditions, les infirmières interrogées insistent sur deux points :

- l'adaptation de leur planning,
- la performance des outils de transmission.

⇒ ***L'adaptation des plannings.***

Elle doit permettre de concilier rythme de travail et continuité des soins.

« Ne pas avoir trop d'interruptions, être là le plus souvent et s'adapter à la particularité du service. »

De façon générale, les onze agents à 50% se sont exprimés pour un regroupement de leurs jours de travail, évitant ainsi la régularité des interruptions longues et permettant de conserver la connaissance de quelques patients.

« A chaque reprise, la majorité des patients nous sont inconnus. »

« L'éparpillement des jours de travail de notre planning ne nous facilite pas la tâche. »

« Quand le temps partiel est très découpé, c'est notre continuité à nous qui est difficile. »

« Une journée par ci, 2 jours par là, ce n'est pas motivant. »

Une infirmière apprécierait un mi temps de 4 heures *pour plus de continuité...à condition de conserver une prise en charge globale de patient.*

Si les infirmières à 75% de nuit ne se sont pas exprimées spontanément sur le sujet du planning, 6 infirmières sur 8 à 75% de jour ont transmis leurs souhaits.

Contrairement aux 50%, mais pour les mêmes raisons, elles souhaitent un étalement des jours de travail et un maximum de repos de deux jours.

« En deux jours d'absence, on n'a pas perdu le fil. »

« Quand on travaille trois ou quatre jours de suite, pour nous c'est plus simple. »

« Quand je suis là pour 2 jours, je vais à l'essentiel. Pour 4, on a envie de faire plus, on perçoit plus de choses. »

Les trois infirmières de rééducation fonctionnelle interrogées (50% de jour, 75% de jour et 75% de nuit), affirment que les longues durées de séjour des patients facilitent la connaissance et le suivi des soins.

L'organisation du planning de l'infirmière 75% de l'établissement S. lui permet d'assurer la responsabilité du plan d'éducation des malades diabétiques de son service.

On remarque à travers ces propos que la nécessité de continuité oblige à repenser les plannings et à les adapter aux particularités de chaque service.

⇒ La performance des transmissions.

Elle concerne les outils et les écrits.

• Le dossier de soins.

Les outils de transmissions doivent permettre la continuité des soins pour le patient et faciliter les échanges avec d'autres professionnels dans un objectif de cohérence et de synchronisation des actions.

Le dossier soins est un outil qualifié *d'essentiel à la continuité des soins* par les 22 infirmières interrogées.

« Il est essentiel d'avoir un bon support écrit, structuré, où tout est regroupé. »

« Si les documents sont dispersés, il y a davantage de risques d'erreurs ou d'oublis. »

« Sur un même support, on retrouve: les raisons et le résumé de l'hospitalisation, les antécédents médicaux, les transmissions du jour et des jours précédents la prise en charge. »

• Les écrits.

Le temps imparti pour prendre le relais est relativement court, aussi les transmissions écrites de qualité sont, pour les agents interrogés, *synthétiques, précises, complètes, structurées, compréhensibles et non interprétables.*

Pour l'ensemble des agents interrogés, ce sont les transmissions du jour qui permettent d'assurer la continuité des soins.

Les 7 agents à 50% de jour expriment leur souci d'immédiateté. Ils sont centrés sur les soins de la journée, et particulièrement les actes techniques et les surveillances.

« On ne détaille pas, on va à l'essentiel. »

« J'essaie de prendre les choses le jour où on est. »

« Il faut prendre dans les transmissions ce qui est important pour la journée. »

« Il est important d'avoir rapidement en tête la pathologie, les soins, les examens. »

Les transmissions ciblées ont globalement marqué une avancée dans la qualité des écrits.

« Cela permet d'avoir des repères. »

« On n'a plus besoin de revenir 8 jours en arrière pour savoir ce qui s'est passé. »

« C'est plus précis, c'est plus spécifique à chaque pathologie. »

Pourtant trois infirmières à 50% de nuit expriment plutôt une insatisfaction dans la qualité des transmissions, leur permettant une vision moins complète des patients.

« On ne note plus les choses de la vie, surtout en positif...il a le sourire...S'il va bien, il n'y a plus de transmission. »

« Les transmissions sont trop synthétiques, on a toutes les données techniques, on sait ce que l'on a à faire, il nous manque le social et le psychologique. »

« Avec les transmissions ciblées, on n'a pas assez de transmission, on n'a que des problèmes. »

⇒ **Commentaires.**

• Les plannings des agents à temps partiel ne semblent pas adaptés aux règles de la continuité dans le contexte actuel de la complexité des séjours. La révision des roulements doit tendre à limiter les interruptions, regrouper les jours de travail et accorder les rythmes aux particularités des services.

• L'effort général engagé sur l'amélioration de la qualité des transmissions écrites est bénéfique et est à poursuivre.

* **La personnalisation des prises en charge.**

Le *turn over* des patients et la succession des équipes nécessitée par la permanence des soins, réduisent les possibilités de croisement des individus sur des rencontres durables. Ceci occasionne la recombinaison permanente de nouvelles relations.

La personnalisation de ces relations concerne donc à la fois, la relation singulière que peut avoir chaque agent avec le patient, mais également les échanges entre professionnels pour réaliser la continuité des soins dans ce domaine.

18 infirmières se sont exprimées sur ces deux points, alors que 4 infirmières à 50% (2 de nuit, 2 de jour), n'ont rien dit sur ce sujet.

- Peut-on expliquer ce fait par un plus grand investissement dans le domaine technique, considéré comme incontournable ?
- Doit-on l'attribuer à la masse d'informations à gérer et à l'établissement d'autres priorités ?
- Doit-on le lier à l'éparpillement des jours de travail et à la plus grande difficulté à s'engager dans une relation ?

Une infirmière à 75% dit : « *Le patient perçoit différemment l'investissement quand on est là 4 jours ou simplement de passage sur une ou deux journées.* »

⇒ ***La relation singulière.***

La relation singulière s'établit entre 2 individus sur des liens de confiance, et fait intervenir la personnalité de l'un et de l'autre.

Elle permet l'expression des soucis et préoccupations qui agissent et influencent l'état de santé de l'individu. Elle permet le cheminement dans le processus d'acceptation de la maladie, et participe au programme d'éducation pour la santé.

Elle est basée sur des connaissances et pratiques professionnelles (écoute, reformulation...), et s'accorde de circonstances ou facteurs plus favorables à la constitution de ces liens.

• **Des moments plus favorables..**

La nuit, le moment est plus propice à ces échanges, la quotité de temps de travail n'intervient pas. La relation est facilitée par la *disponibilité des agents* (4/7), et l'*envie de parler des patients* (3/7).

« *La nuit, les patients sont différents, il y a l'angoisse, la peur de l'intervention, des examens, la douleur...Ils ont envie de parler.* » (75% nuit)

« *Quand l'équipe a vu quelque chose, on est plus vigilant, on peut rester plus longtemps dans la chambre, on essaie de parler, de brancher sur le sujet, en restant le plus respectueux possible. Souvent ils saisissent l'occasion.* » (50% nuit)

« *On a plus de relation la nuit, on peut prendre plus de temps...* » (75% nuit)

• *Une intensité du moment.*

L'intensité de la relation dépend de la disponibilité d'esprit qui permet de porter toute son attention à l'autre. La qualité de la relation semble alors dépendre de chaque personne.

Certains agents mettent en avant les avantages offerts par le temps partiel (8/15), permettant d'être *plus disponible, plus reposée, plus attentive.*

« *A temps partiel, on est plus reposé. Les patients le perçoivent. Notre investissement au travail, notre relation avec les gens en fin de vie est aussi profond.. C'est une question d'intensité du moment.* » (50% jour)

« *Certaines fois, on peut mieux prendre en charge un patient difficile. On est plus fraîche. Le regard est différent, le temps partiel permet de temporiser.* » (75% jour)

« *Il faut être naturel, la relation n'est pas une question de temps mais d'attention.* » (50% jour)

« *La personne qui est là, on a l'impression de vivre avec lui des moments importants sans attendre plus....Des fois la relation cela ne se palpe pas, cela se vit.* » (50% jour)

« *Si quelque chose s'est passé dans la relation, la personne attend notre retour. On ne peut pas l'exprimer, c'est très fort.* » (75% jour)

• *La nécessité d'un temps de connaissance.*

Les liens s'établissent dans la durée, et sont facilités par le fait d'avoir affaire aux mêmes interlocuteurs.

« *Le simple fait de rencontrer fréquemment une même personne peut être un facteur incitateur pour engager la relation avec elle.* »⁴⁶

Certaines infirmières expriment leurs difficultés, à temps partiel, à s'impliquer dans une relation profonde avec le malade à cause du manque de continuité dans le planning (7/15).

« *Les malades s'habituent aux personnes, ils ne se confient qu'au bout de quelques jours. A temps partiel, c'est plus difficile, il faut une mise en confiance. Le malade a besoin de temps.* » (50% jour)

« *Pour entrer dans une relation approfondie, il faut bien se connaître, cela prend du temps.* » (75% jour)

« *C'est difficile de poursuivre une relation qui a été engagée avec quelqu'un d'autre.* » (75% jour)

⁴⁶ FISCHER Gustave, Le concept de relation en psychologie sociale, Recherche en soins infirmiers, Mars 1999, n°56, p.4.

« Souvent la personne qui accueille, c'est un lien qui se crée..., le problème c'est qu'avec le temps partiel plus la sectorisation, on ne s'occupe plus de la personne accueillie. »
(75% jour)

⇒ **Les échanges entre professionnels.**

La succession des équipes nécessite le passage d'informations.

Là, les avis sont unanimement partagés par toutes les professionnelles interrogées. « *La relation ne s'écrit pas, on dit les choses oralement.* »

Quelque soit leur temps de travail, elles expriment toutes leur malaise à formaliser par écrit, ce qui d'emblée gêne la continuité. (18//22)

« *C'est difficile d'écrire la relation dans un dossier. « Le malade semble anxieux...action : écoute... », la suite c'est difficile.* »

« *Ce n'est pas facile de faire des transmissions concernant l'écoute. Il y a une part d'interprétation, c'est du ressenti. Cela passe de personne à personne.* »

« *A l'écrit, on ne note pas tout. « perte de moral, perte d'espoir... » Après on a besoin d'en parler oralement.* »

« *C'est difficile d'écrire ce que je dis. Chacun fait comme il peut en fonction de ce qu'il est. Chacun s'investit différemment. C'est difficile à noter, c'est du ressenti.* »

⇒ **Commentaires.**

L'actuelle organisation des plannings de travail des temps partiel, dans le contexte du *turn over* des patients, ne permet pas une continuité dans la relation avec celui ci.

Elle occasionne une succession d'agents au chevet du malade, et ne crée par là même, pas la confiance nécessaire à une relation de qualité.

Le temps de contact entre le patient et le soignant est souvent trop court pour que s'établissent des liens.

Seul, le moment présent peut être privilégié. La quiétude offerte alors, par le temps partiel permet de consacrer toute l'attention et de vivre intensément la relation dans l'instant.

La grande difficulté réside dans l'absence de transmissions écrites, qui ne permet pas le suivi des actions. Chaque fois la relation est à reconstruire. Chaque fois le patient est tenu de réexposer sa situation, de répéter, de réexpliquer...

Il s'en suit un défaut de cohérence dans les actions et un sentiment de manque de sérieux pour les clients.

Les différents points exposés dans cette partie, permettent de confirmer l'impact du temps partiel sur la qualité du séjour du patient.

Le fractionnement du travail et le fonctionnement oral de l'exercice infirmier, dans le contexte du *turn over* important des patients influencent la qualité des prestations.

Ceci conduit à valider la première sous hypothèse..

Le temps partiel, dans le contexte de la réduction des durées de séjour et de la multiplication des interactions entre les services, ne facilite pas la coordination, la continuité des soins et la personnalisation de la prise en charge des patients.

2 - 2 - 3 L'impact du temps partiel sur les infirmières.

L'analyse de cette thématique concerne les réponses aux questions 3, 4 et 5 de la grille d'entretien. Le dépouillement met en évidence trois sous parties :

- Le maintien des compétences.
- Le respect des protocoles.
- La gestion des informations.

*** Le maintien des compétences..**

Les techniques de soins et les modes de prise en charge spécifiques à chaque service évoluent très rapidement, et exigent le maintien des connaissances et des compétences à jour.

Les infirmières ont envisagé pour ce point deux approches :

- L'utilisation de matériels nouveaux.
- La formation.

⇒ L'utilisation des matériels.

Les infirmières définissent la maîtrise des compétences gestuelles par des *connaissances, la compréhension du mécanisme et la pratique de matériel nouveau ou différent.*

Les infirmières à temps partiel ont toutes été confrontées à l'utilisation de nouveaux matériels (17), au respect de nouveaux procédés (8) ou à des prises en charge spécifiques auxquelles ,elles n'étaient pas habituées dans le service (4).

Les 7 infirmières de nuit expriment leur difficulté dans la maîtrise de nouvelles techniques par le manque de manipulation.

La nuit on a moins de soins techniques...Ce sont des choses que je manipule peu....Du fait du peu de présence, j'ai moins d'occasion de manipuler...

5 infirmières à 75% de jour sur 8 tiennent les mêmes propos. 2 d'entre elles n'avaient pas de connaissance préalable du service.

« On pratique moins, donc on a moins de réflexes. »... « Le temps partiel occasionne plus d'absences, donc il y a plus de pénalités. »... « La formation, c'est bien, mais si on ne pratique pas... »

Confrontées à ces méconnaissances, les infirmières interrogées ont recours, en premier aux collègues (16), aux médecins (8 dont 6 infirmières de nuit), aux cadres(5), et aux élèves (1).

La transmission est alors essentiellement orale, toujours accompagnée d'une démonstration et se réalise le jour où l'infirmière est confrontée à cette pratique.

Lors de la réception d'un nouveau matériel (de jour), les explications et démonstrations sont fournies au moment de la relève, mais pas toujours perpétuées au fil des successions d'équipes.

« Si le matériel vient d'arriver dans le service on me montre, sinon on m'oublie... »

« Pour être en phase, il faut faire un effort, il faut être vigilant, j'ai encore quelquefois l'impression d'arriver après la bagarre. »

Ce sont les infirmières qui doivent faire l'effort de se mettre à jour des nouveautés.

« C'est à nous de chercher à nous informer, sinon on est vite dépassé. »

« au cours de nos périodes d'absences, il peut y avoir eu des nouveautés, il faut être à l'affût et rechercher les informations. »(9)

« Quand on revient, il faut être vigilante, rechercher ce qu'il y a de nouveau. » (5)

Les modes d'emploi (1) *protocoles écrits (6), fiches techniques (2), notes (1), compte rendu écrit (1), cahier de service (2)* sont cités, parce que consultés, par 10 infirmières sur 22.

4 infirmières à 75% de jour déplorent le manque d'écrit.

« Il serait intéressant d'avoir une fiche de synthèse de la technique. »

« Si on avait des protocoles écrits, on ne reposerait pas plusieurs fois les mêmes questions. »

Les 4 infirmières à 50% de nuit et une 75% de nuit sur 3, donc la majorité des infirmières de nuit ont des documents personnels.

« Je me fais un petit carnet avec des techniques, que j'essaie de tenir à jour. »

« Je recherche des documentations (3) et je fais des photocopies, que j'ai toujours dans mon sac. »

« Je reprends mes livres d'école et je me fais des fiches techniques. »

⇒ **La formation**

La formation est citée par 19 infirmières comme moyen de *maintenir ses connaissances à jour, de ne pas être mise à l'écart, d'être toujours dans le coup.*

Toutes les infirmières ayant répondu à cette question, suivent en moyenne, quelque soit leur temps de travail une formation par an.

3 infirmières de nuit expriment les réticences du cadre à accorder une formation à cause du remplacement de nuit.

Trois infirmières à 50% de jour insistent sur la nécessité de faire le bon choix de formation et de s'engager dans la restitution.

« Il faut qu'il y ait des bénéfices directs sur le service. »

« C'est important pour le 50% de bien choisir, car cela entraîne des pénalités sur le temps de travail. »

Toutes les infirmières à 50% ont conscience des effets d'une formation assurée en totalité sur le temps de travail. Certaines éprouvent même un sentiment de culpabilité et hésitent à formuler trop de demandes. D'autres expriment les réticences des cadres, qui offrent les choix de formation en priorité aux temps plein, à cause du plus grand réinvestissement dans le service.

9 infirmières sur les 19 qui se sont exprimées n'hésitent pas à revenir sur leur temps de repos.

« La récupération est partielle, mais ce n'est pas grave, il faut venir à toutes les formations techniques, car il y a des choses qui se disent oralement et qui ne s'écriraient pas. »

« J'évalue quand j'en ai besoin et je reviens. »

« Lorsqu'il y a des cours de médecins, des démonstrations de laboratoire..., il faut revenir, c'est nécessaire. »

L'ensemble des infirmières interrogées n'actualisent pas leurs connaissances par la presse professionnelle.

2 infirmières sur les 22 ont un abonnement personnel à « l'infirmière magazine ».

5 infirmières (essentiellement de nuit) lisent la revue achetée par le service.

⇒ **Commentaires.**

Les infirmières à temps partiel cherchent à maintenir leurs compétences à jour. Elles reviennent spontanément sur leur temps personnel pour suivre des formations ou assister à des réunions d'informations.

Elles tiennent à suivre les évolutions techniques qui complexifient l'exercice infirmier, et sont à l'affût des nouveautés.

Toutefois le peu de pratiques pour l'utilisation de matériels nouveaux, associé au manque de documents explicatifs, les mettent en difficulté face aux malades.

* **Le respect des protocoles.**

Le souci croissant de la sécurité et de la vigilance impose l'élaboration de protocoles et procédures, pour s'assurer de l'uniformité et de la conformité aux règles établies.

La sécurité est une préoccupation des infirmières interrogées et le protocole écrit est une aide précieuse pour les agents à temps partiel qui ont moins d'occasions de certaines pratiques.

Les protocoles écrits ont amélioré la situation...Ils permettent de répondre à des difficultés, à des préoccupations...On peut s'y référer dès qu'il y a un doute...

L'absence d'écrits est ressentie de façon assez aiguë pour 15 infirmières interrogées.

« Il y a difficultés lorsque sur les transmissions, il y a écrit selon protocole... Quel protocole ? »

« Le chef de service dit souvent : vous faites comme d'habitude..., mais nous des habitudes on en a moins... »

Les écrits manquants concernent : les protocoles de soins relatifs aux pathologies peu connues dans le service (7), et aux pansements (1) (dans le but d'uniformiser la pratique).

Ils concernent également les protocoles médicaux : prescriptions de somnifères (2), protocoles d'urgence (2), protocoles thérapeutiques (3), prévention et traitement de la douleur (8), prévention de la constipation (2).

Des protocoles existent dans certains services et sont ressentis comme manquants dans d'autres. Il y a peu de diffusion et de partage de ces informations entre les différentes unités.

Six personnes ont signalé cependant, qu'elles faisaient souvent appel à des collègues d'autres services. « L'écrit et son partage ne sont pas la règle ».

Pour que ces protocoles soient consultés, et utilisés comme documents de travail, il faut qu'ils soient :rangés dans un classeur (9), signés et datés (3), mis en évidence (5), régulièrement mis à jour (2), triés (2), disponibles (4).

Il faut savoir qu'ils existent (1). Le cadre a un rôle important dans la diffusion et la coordination (3).

⇒ **Commentaires.**

La progression du nombre de documents écrits est certaine et constitue une référence pour les agents à temps partiel, dans le contexte d'une recherche de garanties de sécurité.

Pourtant des difficultés d'utilisation des protocoles demeurent.

Elles reposent sur le nombre, le classement, les mises à jour et les diffusions entre les différents services.

* La gestion des informations.

De plus en plus d'informations diverses et variées sont diffusées au sein du service. Elles concernent les soins, la législation et la réglementation, la gestion, et la vie de l'établissement... Elles proviennent du ministère, des DRASS, des différents directions, des services médico-techniques (laboratoire, radiologie)...

« *Il est encore plus difficile pour les temps partiels d'avoir connaissance de toutes les informations diffusées.* » Ceci n'est pas du, exclusivement à la réduction du temps de présence, mais leurs diffusions quotidiennes demandent aux agents de faire l'effort de se tenir à jour.

« *A chaque reprise de travail, il y a du nouveau.* »

Sur 22 agents, seules trois infirmières à 75% de jour disent être bien informées. Les trois infirmières à 75% de nuit estiment ne pas être informées. Les autres sont moins affirmatives, considérant que l'information est effectivement donnée, mais qu'il faut faire l'effort de lire, de trier et de prioriser.

Toutes les notes de service sont affichées. « *Elles peuvent rester assez longtemps accrochées au mur.* »

La majorité des infirmières interrogées à 75% pensent qu'il y a *beaucoup trop d'informations.* (6/11) *On a besoin d'aller à l'essentiel... Il y a trop de papiers...Il y a des notes de service affichées un peu partout... Cela traîne sur le coin d'un bureau, sur le côté d'une table...*

Il manque *un tri, une mise à jour, un filtre, un classement, une synthèse.* Il s'agit d'avoir la connaissance des informations mais surtout d'être capable de les retrouver.

« *Dans certains services, il y a des classeurs et chaque infirmière signe quand elle a lu la note.* » « *Chaque semaine le cadre affiche une page de synthèse des informations.* »

Le rôle des cadres est reconnu comme primordial.(cité 11 fois)

L'enregistrement est plus facile quand les explications sont données oralement.

Les réunions de service sont particulièrement appréciées. « C'est à la fois une synthèse et un complément d'informations. » « Cela permet d'intégrer... »

12 infirmières, dont les 8 à 75% disent revenir sur leurs repos. « On peut plus facilement se déplacer... » « Pour nous ce n'est pas une corvée, on a du temps... »

Mais pour certains agents, il n'y a pas assez de réunions.

Alors, ils doivent être eux mêmes plus attentifs (3), plus curieux (6), plus à l'affût (4). « Dès que j'ai 5', je vais lire... » « J'ai besoin d'être au courant comme les autres. »

« Il faut avoir des yeux, papillonner, chercher partout. » « Si on veut être bien informé, il faut faire l'effort. »

Le sentiment majeur émanant de ces entretiens est toutefois un sentiment de résignation et d'acceptation.

On accepte de ne pas tout savoir... C'est vrai, on est un peu en décalage...

Je ne peux pas être intéressée par tout...Je ne lis que les notes qui sont en évidence...J'ai l'impression de savoir ce qui est important...

L'information ne peut pas toujours être faite en même temps que les autres..

La priorité va au malade et aux informations qui le concernent. Le reste a moins d'importance. C'est ce qu'expriment les 11 infirmières à 50%.

Cela ne met pas la vie du malade en danger...Ce n'est pas pénalisant pour le patient...La priorité c'est le malade et l'information qui gravite autour de lui, le reste...c'est en fonction du temps...

Je me limite à ce qui se passe dans le service, cela ne me gêne pas trop...

⇒ **Commentaires.**

Le nombre d'informations diffusées est chaque jour plus important. Ceci accroît considérablement la charge mentale des infirmières.

Les infirmières à temps partiel interrogées priorisent les informations qui concernent directement le patient. Les autres sont considérées comme secondaires et les agents acceptent de ne pas tout connaître.

L'utilisation et l'intégration de ces informations passent nécessairement par l'organisation de la diffusion et le choix d'un classement pertinent.

L'actuel éparpillement des données ne facilite pas leur appropriation par des agents qui ont besoin de synthèse pour aller rapidement à l'essentiel, et au plus vite.

« Il n'y a pas le temps de perdre du temps... »

« La réduction du temps de travail, c'est souvent rendre le travail plus tendu.... »⁴⁷
L'agent doit maîtriser un maximum de données sur un temps plus court, et faire preuve d'une même efficacité.

L'influence du temps partiel sur la pratique professionnelle est démontrée.

Le manque de pratique des techniques occasionnelles, dans le contexte de l'évolution des technologies, nécessite l'écrit des procédures.

Actuellement ces écrits font défaut, ce qui peut avoir une répercussion directe sur les soins aux malades.

D'autre part, les documents existants ne sont pas suffisamment bien classés et synthétisés, pour être facilement appropriés par des agents dont le temps de présence est réduit.

Ceci conduit à valider la seconde sous hypothèse.

⁴⁷ ROCHER Michèle Le temps de travail c'est aussi la santé. Travail et sécurité Mai 1999 n° 584 p. 34

Le temps partiel, dans le contexte de l'évolution constante des pratiques et des normes de sécurité, ne facilite pas le maintien des compétences et l'actualisation des connaissances des infirmières.

2 - 2 - 4 L'impact du temps partiel sur l'institution.

Les ordonnances hospitalières insistent sur la nécessaire implication des agents aux projets et leur association à des groupes de réflexion institutionnelle.

Le management et la qualité des soins impliquent la participation des agents.

L'influence du temps partiel sur l'implication des infirmières et leur participation à des groupes de travail était l'objectif de la question n° 6.

Les réponses se répartissent comme suit :

	Participation à des groupes de travail	Aucune participation aux groupes de travail	TOTAL
75% jour	4	4	8
75% nuit	2	1	3
50% jour	3	4	7
50% nuit	0	4	4
TOTAL	9	13	22

On observe une légère différence entre les deux populations sans que l'écart soit très marquant et significatif d'une non implication générale des agents à temps partiel dans les groupes de travail.

Les raisons évoquées pour ne pas participer sont avant tout des raisons de priorités de vie personnelle (8/13), confirmant les motivations premières du choix d'un temps partiel.

« Ma vie familiale en priorité... » « Le choix du temps partiel, c'est un choix personnel... » « Je me suis investie autre part... » « Je participe à beaucoup de choses avec mes filles... » « Je n'habite pas tout près... »

Les secondes raisons évoquées peuvent dépendre de la dynamique du service et du cadre en particulier.

« Je n'ai pas été sollicitée. » « L'occasion ne s'est pas présentée. » « Je n'ai pas été invitée. » « Je n'y ai pas pensé. » « La nuit, je n'ai pas le sentiment d'appartenir au service. » « Je ne souhaite participer qu'à des groupes concrets, pas de travail inutile. »

Les agents marquent la différence entre les réunions d'informations et l'engagement dans des travaux.

« Je souhaite venir m'informer de ce qui me sers dans mon travail, mais pas forcément de la politique de l'hôpital. »

Sur les 9 infirmières investies dans des groupes de travail, 5 sont engagées dans la vie du service : conseils de service (3), procédures de prise en charge spécifiques à l'unité (3), livret d'accueil du malade (2), organisation de lits d'hospitalisation de jour (1).

4 infirmières participent à des groupes de travail inter services : pharmacie, escarres, hygiène, encadrement des stagiaires.

Les 9 infirmières insistent sur l'avantage d'être à temps partiel pour participer.

« C'est un atout d'être à temps partiel, je peux revenir facilement sur des périodes de repos. » « La disponibilité offerte par le planning facilite les choses. » « Quand on est à temps partiel, on est plus disponible, donc on peut s'investir un peu plus. »

« A temps partiel c'est plus facile d'assurer la continuité, il y a moins d'absentéisme dans les groupes de travail. »

⇒ **Commentaires.**

L'investissement des professionnelles dans des groupes de travail institutionnels dépend de chaque individu.

La motivation première d'une demande de temps partiel n'incite pas les agents à revenir sur leur temps personnel, et à s'investir professionnellement dans un domaine plus large que leur travail de base.

A contrario, le temps partiel offre des disponibilités qui permet l'implication dans des groupes de réflexion sans trop d'incidence sur la vie familiale et le travail domestique.

La demande de réduction de temps de travail fait suite, nous le rappelons, à un souhait de temps libre, qui peut s'organiser de différentes manières.

La participation des agents semble donc, en fait plus dépendre du rôle moteur du cadre du service, de sa manière de solliciter les agents et de profiter des opportunités.

Nous ne pouvons donc véritablement valider la troisième sous hypothèse :

Le temps partiel, dans le contexte des projets d'établissement et de l'amélioration continue de la qualité du service, ne facilite pas l'implication des agents dans les groupes de réflexions institutionnels.

Si des priorités peuvent être accordées pour certains à la vie familiale et associative, pour d'autres, le seul fait d'avoir davantage de temps pour s'organiser globalement, suffit à s'impliquer dans l'institution.

La vérification des trois sous hypothèses permet toutefois de valider l'hypothèse générale dans son ensemble.

Le temps partiel dans le contexte actuel de la complexité du travail hospitalier dans les services de soins, peut avoir un impact sur la qualité des soins.

Il est alors intéressant de compléter le tableau de la page 27 avec les éléments de l'enquête.

Au niveau des patients :

Discontinuité des jours de travail
Interruptions longues ou fréquentes.
Plannings de travail inadaptés.

Temps partiel

*Fonctionnement oral et tacite.
Défaut de formalisation.
Manque de synthèses.
Prise en charge psychologique
insuffisante.*

Continuité des soins
Personnalisation des prises en charge
Qualité des informations transmises

Qualité

Réduction des durées de séjour.
Multiplicité des acteurs.
Evolution des attentes des patients

Complexité

Au niveau des infirmières :

Moins de temps de pratiques.
Récupérations des jours de formation

Temps partiel

*Transmissions orales des modes
d'emploi de matériels .
Manque de procédures écrites.
Défaut de classement et de
synthèse des documents.
Limitation du nombre de jours de
formation.*

Maintien des compétences
Utilisation des protocoles.
Gestion de toutes les informations

Qualité

Développement de la technicité
Augmentation des informations

Complexité

Au niveau de l'institution :

Plus de temps libre :
investissement personnel
Disponibilité planning :
investissement professionnel

Temps partiel

*Rôle moteur du cadre dans le
développement des facteurs
de motivation au travail.*

Implication dans les
groupes de travail

Qualité

Maîtrise des coûts et
démarche qualité
Place de l'hôpital

Complexité

TROISIEME PARTIE

3 - PREALABLES ET AXES DE PROPOSITIONS

Nous rappelons que l'évolution de la réduction du temps de travail est une évolution naturelle que nous ne pouvons freiner. Les transformations observées au niveau infirmier suivent les mutations de la société et ne peuvent être niées. Il paraît désormais inconcevable, dans le contexte social, que l'on puisse adopter une politique restrictive, à contre courant.

L'évolution parallèle des technologies, des mentalités, des modes d'hospitalisation nous conduit, par contre, à prendre en considération ce mode d'exercice et à bien encadrer sa pratique.

Nous avons, de ce fait, interrogé un certain nombre d'infirmières à temps partiel, sur leur ressenti au travail et leur manière d'assurer des soins de qualité dans ce contexte.

Leurs difficultés, besoins et souhaits ont été relevés et nous permettent de proposer des orientations pour améliorer la qualité de leurs prestations.

Ces propositions n'auront pas d'effet exclusif sur le temps partiel, même si elles visent en premier les difficultés ressenties de façon beaucoup plus aiguës.

Elles deviennent toutefois incontournables à l'acceptation de l'évolution des temps partiels dans les unités de soins, et pourront par voie de conséquence, concourir à l'amélioration globale des prestations de l'ensemble des infirmières.

Les solutions, émanant des résultats de l'enquête, s'articulent autour de six points principaux :

- Renforcer les écrits.
- Développer les synthèses.
- Favoriser la transcription écrite de l'activité relationnelle.
- Améliorer la gestion globale des informations.
- Réviser les plannings et les modes d'organisation du travail des agents..
- Développer les facteurs de motivation et de satisfaction au travail.

Il nous semble toutefois essentiel, avant de traiter ces propositions de revenir sur l'acceptation du temps partiel en tant que tel.

Ceci suppose, chez les responsables d'unité, une transformation des mentalités et une révision de leurs propres conceptions et fonctionnements. Le changement espéré s'accompagne nécessairement de mesures qui visent l'adhésion et limitent les oppositions. C'est ce que nous nous proposons de traiter dans le point suivant.

3 - 1 ACCEPTER LE TEMPS PARTIEL.

3 - 1 - 1 Déterminer une politique institutionnelle.

Pour ne pas être « mené par les événements », il s'agit d'avoir une vision éclairée de la situation et défendre une politique d'anticipation.

Il paraît, dans ce contexte, indispensable que l'infirmière générale affiche ses convictions et argumente sa position. Suivant ce qui vient d'être développé, nous souhaitons ne pas aller à contre courant de l'évolution sociale, mais encadrer suffisamment la pratique des soignants pour que les soins, dont nous sommes responsable, soient assurés avec un maximum de qualité.

Cette politique doit être soutenue en équipe de direction, et les décisions, précisément arrêtées avec le Directeur des ressources humaines. Le coût du temps partiel doit en effet être mesuré, et le projet social doit tenir compte des contraintes budgétaires et des avancées sociales, pour pouvoir s'harmoniser avec les positions de la direction du service infirmier.

La cohérence d'ensemble est un gage de réussite.

Les engagements doivent ensuite être tenus et pas sans cesse remis en cause.

Une fois cette orientation définie en équipe de direction, il convient de diffuser cette position avec suffisamment de clarté, de détails et d'explications sur les conséquences induites et les ajustements à opérer pour que la satisfaction du client reste toujours le leitmotiv.

3 - 1 - 2 Utiliser l'information comme vecteur d'appropriation.

Les destinataires privilégiés sont les cadres soignants, viennent ensuite les partenaires sociaux. Chacun à son niveau doit mesurer les tenants et les aboutissants d'une telle mesure, et s'engager à en respecter le contrat.

Le mode de diffusion de l'information peut varier mais doit au maximum favoriser la participation des interlocuteurs.

Les réticences à repenser les organisations, changer les habitudes, casser les à priori sont fortes. La peur de perdre des avantages et la méfiance vis à vis de décisions prises par l'équipe de direction sont importantes.

Il est alors essentiel de concentrer les points de vue sur un même objectif, la qualité, et de fédérer les acteurs autour d'un même projet. L'appropriation du sens de la décision en dépend.

L'acceptation du temps partiel chez les soignants nous engage tous à mobiliser nos efforts de créativité et de considération pour trouver les moyens appropriés à un travail de qualité.

Jusqu'à présent, nous l'avons vu, les cadres se sentent contraints à accepter les temps partiels dans leur unité.

Il s'en suit d'une part une trop facile utilisation des agents comme « solution de remplacement », entraînant l'éparpillement des jours de travail et ses conséquences. Il en résulte d'autre part un manque d'intégration des agents dans l'équipe, un défaut de reconnaissance et un trop faible souci de recherche de ce qui faciliterait leur exercice.

La situation de fait, de l'évolution du temps partiel devrait nécessairement conduire à un changement de considération des agents dans une équipe.

Mais comment favoriser ce changement de mentalités?

3 - 1 - 3 Donner l'envie de changer.

« La performance du promoteur de changement repose en priorité sur sa capacité à créer, à construire le désir d'évoluer. »⁴⁸

Le changement auquel nous sommes confronté, vise à porter un nouveau regard, à changer de références, à faire une nouvelle lecture de la réalité.

« Tant qu'une situation est appréhendée avec les mêmes constats, les mêmes regards et présupposés, nous restons prisonniers des mêmes remèdes et victimes des mêmes blocages. »⁴⁹

« Ceux qui savent voir de vieux paysages d'un regard neuf sont plus aptes au changement que ceux qui persistent à éclairer des paysages nouveaux avec un regard ancien, handicapé par de vieux préjugés. »

La nécessité de reconsidérer la situation fait suite au constat d'évidences, sur lesquels nous avons peu de marges de manoeuvre. Il ne s'agit donc plus d'avoir des regrets sur des fonctionnements et des comportements anciens et dépassés, mais d'envisager l'avenir avec sérénité..

De la manière, dont l'infirmière générale, en tant que leader, développera une argumentation convaincante et positive, dépendra l'adhésion du groupe.

Le temps partiel, dans le contexte de l'évolution des modes d'hospitalisation, peut être présenté comme une opportunité, et être alors mobilisateur de créativité.

« Toute organisation humaine possède en elle les ressources et les leviers de son évolution. »

Rechercher les ressources qu'offre le temps partiel, transformer les inconvénients en avantages, permettent de porter un autre regard sur la réalité et d'ouvrir de nouvelles voies plus mobilisatrices au service de la qualité.

⁴⁸ Kourilsky Françoise, « Comment ne pas bloquer le changement? », Gestions Hospitalières Avril 1999 p. 266

⁴⁹Op. cit.. p.267

C'est pourquoi l'acceptation du temps partiel constitue pour nous , un préalable indispensable.

3 - 2 RENFORCER LES ECRITS.

Les résultats de l'enquête nous ont montré combien la charge mentale des infirmières à temps partiel était accentuée par l'effort de mémorisation, qu'elles devaient fournir.

Les propositions qui suivent ont pour objectif de diminuer le nombre d'informations à enregistrer mentalement en procurant, en remplacement des standards de soins.

3 - 2 - 1 Les chemins cliniques.

Les standards sont particulièrement utiles pour des actions répétitives. La spécificité des services hospitaliers conduit à accueillir des patients présentant, en majorité, les mêmes pathologies, pour lesquelles les mêmes soins seront effectués suivant une même chronologie.

Actuellement l'absence d'écrit contraint les infirmières à se remémorer mentalement à chaque fois la surveillance de la pathologie à tel jour d'hospitalisation, en l'adaptant précisément au patient à prendre en charge.

C'est ce qui a entraîné chez elles, disent elles, rigueur, méthode et logique. Mais la somme d'informations à contenir peut aussi provoquer des oublis, des erreurs et un manque de disponibilité pour une personnalisation des soins.

Le plan de soins standard pour un patient générique donné est une planification chronologique du processus de traitement, de soins et des résultats cliniques escomptés. Il tient compte de la durée de séjour prévue en fonction de l'état du patient.

« Le suivi clinique⁵⁰ des patients peut être défini comme la coordination des soins et des services du début jusqu'à la fin d'un épisode de soins, pour atteindre les résultats cliniques négociés au meilleur coût et dans des délais établis. »⁵¹

L'objectif premier vise la qualité des résultats de santé escomptée pour une clientèle spécifique, en améliorant la pratique interdisciplinaire, la coordination et la continuité des soins.

Le second objectif a pour objet de réduire la charge mentale des infirmières et de limiter le risque d'erreurs.

L'utilisation de cet outil est loin d'être généralisée en France. Il émane du Québec, où il a été implanté en 1990, et n'est qu'à son ébauche dans quelques hôpitaux français, dont Perpignan. Son approche est toutefois intéressante et mérite qu'on s'y arrête particulièrement, pour le sujet qui nous intéresse.

⁵⁰ cf. annexe n°4

⁵¹ BISLY Marthe, Infirmière générale Centre Hospitalier Général de Perpignan, Enseignement à l'ENSP Juin 1999

Sa mise en oeuvre nécessite pour chaque service :

- Le choix de la clientèle la plus significative pour l'unité.
- La définition de la pratique actuelle dans le service.
- L'identification des pistes d'amélioration en concertation pluri disciplinaire.
- La planification de la durée du séjour visée en moyenne.
- La description des problèmes les plus fréquemment rencontrés, en termes de diagnostic éventuellement.
- L'identification des résultats à atteindre (cliniques, biologiques et comportementaux.)
- La détermination des interventions de soins.

La conduite de ce projet repose sur la constitution de groupes de travail pluridisciplinaires au sein de chaque service, managé par le cadre de l'unité, soutenu et encadré par l'infirmière générale. La participation des médecins du service est particulièrement importante.

L'aide des responsables qui ont mis en place cette démarche dans d'autres hôpitaux peut être sollicitée. Cela permet d'avancer plus vite dans la méthodologie à suivre et d'avoir des repères sur les erreurs à ne pas commettre. Cela permet, en plus de reconnaître et de s'enrichir des expériences vécues.

Il n'empêche que l'adhésion du groupe de travail, au sein des unités, doit être soutenue, et que pour cela, les qualités de convictions et de persuasion de l'infirmière générale sont mises à l'épreuve. Les objectifs doivent être clairement définis. Chacun doit y trouver un intérêt personnel et collectif.

Le service informatique est évidemment sollicité et associé au projet. Son soutien est recherché pour l'élaboration d'un outil qui puisse être facilement utilisable. Cet outil constitue l'objectif majeur et la condition sine qua non de réussite du projet.

Il ne s'agit pas d'établir d'emblée, un document exhaustif, mais d'avancer progressivement vers une plus grande formalisation. Les échecs sont trop souvent liés à la volonté d'obtenir un résultat parfait et immédiat, ou à l'engagement trop rapide dans un grand changement.

Les craintes d'une trop grande instrumentalisation; qui risque de « vider le soin de son contenu, de lui retirer sa force principale, qui tient à ses qualités d'émergence, d'investissement subjectif, d'ajustement aux circonstances »⁵²; doivent être rapidement levées.

Au contraire, le fait d'être libéré mentalement du systématique, conduit à être beaucoup plus attentif aux problèmes qui peuvent subvenir.

Les mêmes objectifs sont poursuivis dans l'élaboration des plans de soins guide.

⁵² GROSJEAN M. et LACOSTE M., Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital, puf, le travail humain p.210

3 - 2 - 2 Les plans de soins guide⁵³.

Les transmissions ciblées ont marqué, nous l'avons vu , une avancée dans la qualité des écrits. L'aspect, à la fois synthétique, précis et organisé, est une aide appréciée par les infirmières à temps partiel.

La recherche d'amélioration de la qualité des informations transmises doit être poursuivie pour combler les manques ressentis, pénalisant le patient dans les renseignements qui lui sont fournis.

Un petit nombre de services, pour l'établissement qui nous concerne, a déjà travaillé sur des cibles prévalentes et est sur le chemin de formuler des diagnostics infirmiers.

L'élaboration du plan de soins guide constitue l'étape suivante.

La description précise et détaillée de ce qui définit le diagnostic permet, sans faire l'effort de mémoriser, d'avoir un guide préétabli des actions sur lesquelles doivent porter toute l'attention et la vigilance.

L'inscription de ces plans de soins guide au dossier du patient permet d'assurer le relais et la continuité des soins recherchée.

Il nous semble donc fortement souhaitable d'engager les équipes de soins à poursuivre leur avancée dans la recherche et la définition des cibles prévalentes et dans l'écriture des plans de soins guide correspondants et significatifs pour le service.

Le rôle de l'infirmière générale est particulièrement important dans le soutien et l'encouragement des cadres d'unité à poursuivre cet objectif de qualité.

Le dépistage de compétences méthodologiques remarquées chez certains cadres peut permettre de déléguer l'accompagnement d'équipes en mission transversale. Cette attitude est particulièrement stimulante, riche d'efficacité, et permet d'optimiser au maximum les compétences à utiliser.

⁵³ cf. annexe n°5

3 - 2 - 3 Les protocoles de soins.

Les résultats de l'enquête ont permis de souligner l'importance des protocoles écrits pour les agents qui ont moins l'occasion de pratiquer certaines techniques.

L'insuffisance notoire de ces documents conduit à contraindre les équipes à poursuivre leurs efforts de formalisation.

Trop souvent, néanmoins, les protocoles existants n'apportent pas toute l'aide attendue par les soignants.

La recherche menée par Christine LEGARS, a montré que « les soignants éprouvent des difficultés à mettre en pratique les protocoles car ils les considèrent comme une fin en soi, et non comme l'outil d'une véritable démarche qualité. »⁵⁴

Les propos recueillis dans notre propre enquête confirment cette idée. Les documents sont rangés et pas toujours disponibles. Ils ne répondent pas obligatoirement aux préoccupations actuelles des soignants. Les différentes attentes qui ont été relevées, mettent en évidence, d'une part la nécessaire collaboration médicale, et d'autre part l'indispensable décloisonnement des services.

Pour répondre au plus près des besoins des soignants, les protocoles et procédures de soins doivent être construits avec eux et viser en premier l'efficacité et l'opérationnalité. Ils doivent de plus, être régulièrement actualisés, pour réellement servir de référence.

La participation des médecins est indispensable à une cohérence d'ensemble et à la constitution d'un document complet, qui envisage les différents aspects.

Si la procédure de soins met en cause différents services, il est essentiel d'y associer les partenaires de ces différentes disciplines.

Sans déresponsabiliser les cadres et cadres supérieurs, qui sont toujours les acteurs pivots de cette démarche, Christine LEGARS préconise la constitution d'une cellule de qualité au sein de l'établissement.

Celle ci présente l'avantage de pouvoir coordonner l'ensemble des actions, d'uniformiser la méthodologie, d'éviter les « doublons » et de permettre le partage d'informations. Elle permet en ce sens, le décloisonnement des services.

Les membres de la cellule émanant de différentes disciplines constituent les relais sur leurs propres secteurs et assurent l'articulation du circuit que suit le patient.

⁵⁴ LEGARS Christine, « Le protocole, un enjeu pour le service de soins infirmiers. », Mémoire de fin d'étude, formation des infirmiers généraux, 1998.

3 - 3 DEVELOPPER LES OUTILS DE SYNTHÈSE.

Les infirmières à temps partiel ont exprimé leurs souhaits de présentations écrites synthétiques et structurées leur permettant d'avoir rapidement la connaissance succincte des patients et la visualisation des soins qu'elles ont à effectuer.

Les deux outils qu'elles ont elles mêmes évoqués, méritent d'être développés.

3 - 3 - 1 Les synthèses.

Elles sont intéressantes, suivant les propos des infirmières, à plusieurs étapes de l'hospitalisation.

Le jour d'entrée permet bien entendu, de rassembler tous les éléments de connaissance du patient et de présenter la situation structurée autour des différents problèmes de santé.

Cette synthèse est en principe régulièrement réalisée, résultant d'un entraînement méthodologique et, désormais d'une habitude de travail.

Les durées de séjour un peu plus longues, les modifications ou la complexité des problèmes de santé au cours de l'hospitalisation nécessiteraient de faire le point régulièrement, pour marquer les évolutions.

Les fins de cycles de travail (avant une période de repos, ou après trois ou quatre jours de prise en charge), paraissent la période propice aux résumés de situation. C'est ce qui peut faciliter les relèves et favoriser un enchaînement de soins de qualité, notamment pour les infirmières à temps partiel.

Ces synthèses sont trop irrégulièrement et insuffisamment réalisées. L'intérêt ayant été démontré, les cadres doivent être vigilants, veiller à leur régularité et si besoin aider les équipes à la formulation.

Là encore, le rôle de l'infirmière générale est bien de recentrer les cadres sur leur mission de qualité.

La méthodologie requise, par ce travail de synthèse, doit désormais, nécessairement être intégrée en fin de formation de base des études d'infirmières. La logique, la structure et la pertinence, qu'elles sous tendent sont les qualités d'une bonne utilisation et demandent suffisamment d'entraînement pour devenir réflexe professionnel.

3 - 3 - 2 Les planifications.

Les planifications de soins ont été qualifiées par les infirmières qui les utilisaient comme des outils de référence.

La présentation synthétique et structurée du document est une organisation horaire des soins de l'ensemble des patients pris en charge. La planification est réajustée et actualisée à chaque relève, prend en compte l'articulation et la coordination avec les autres acteurs, et devrait être établie suivant une démarche de soins.

Le document a l'avantage de représenter un outil de travail fiable, permettant de visualiser rapidement la charge en soins, de cerner les priorités et de dégager l'essentiel.

Nous comprenons aisément qu'il constitue pour les infirmières à temps partiel, une aide précieuse.

Il serait souhaitable que ce genre d'outil soit développé dans les différentes unités de soins, pour d'une part faciliter le travail des agents à temps partiel et repenser l'organisation du travail dans sa globalité.

Il est en effet intéressant de s'interroger sur la pertinence de certains horaires, de négocier l'articulation avec d'autres acteurs, de repenser la cohérence d'ensemble.

Les documents doivent bien sûr être adaptés à la spécificité du service. Une réflexion d'équipe doit être conduite pour créer l'outil le plus pertinent répondant au mieux aux attentes des soignants.

Faciliter leurs tâches, leur permettre de mieux appréhender les données, ne peut que concourir à la satisfaction des agents.

Les conseils de service semblent être le lieu et l'opportunité à saisir pour conduire ce genre de réflexions.

Le renforcement des écrits et le développement des outils de synthèse nous semblent incontournables pour l'amélioration de la qualité des prestations des agents à temps partiel.

Le rôle de l'infirmière générale est d'impulser cette dynamique auprès des surveillantes et de soutenir la réflexion engagée sur la qualité des soins.

L'animation des groupes de travail de cadres, la diffusion et le partage des différentes expériences, l'incitation au décroisement, et l'entretien d'une étroite collaboration avec le corps médical représentent l'essentiel de sa mission dans cette démarche.

L'instauration de relais, par le développement des missions transversales chez les cadres constitue à notre sens, une ressource non négligeable.

3 - 4 TRANSCRIRE L'ACTIVITE RELATIONNELLE.

Les difficultés ressenties par les infirmières à temps partiel sur ce sujet méritent que l'on s'y attarde, et que l'on cherche les moyens d'assurer une relation professionnelle qui puisse se poursuivre.

La relation fait incontestablement partie du soin infirmier. Cette idée est unanimement partagée, tant par les professionnelles elles mêmes que par la population toute entière. Elle s'inscrit dans la définition de l'infirmière et dans les actes professionnels qui régissent son exercice.

Les patients lui accordent un intérêt tout particulier et la situent dans les priorités des critères de qualité d'un séjour hospitalier.

L'attente va cependant, au delà de la relation de personne à personne, et s'inscrit dans la globalité du continuum hospitalier.

« Alors que le personnel agit dans la temporalité discontinue des roulements ou des jours de garde, le malade, inscrit au contraire dans une temporalité continue, attend que ses demandes soient suivies comme s'il avait affaire à une seule et même personne collective. »⁵⁵

Les ruptures entraînent des craintes et des désagréments liés au fait de devoir rebâtir sans cesse les liens de la confiance et de réexposer maintes et maintes fois ses préoccupations.

La continuité ne peut cependant reposer que sur la seule contiguïté des jours de travail.

Le problème semble tenir tant à l'absence de définition claire de la relation institutionnelle, qu'au défaut de formalisation.

La relation correspond parfois à des soins engagés de manière spécifique (éducation, écoute.) Elle peut alors être programmée et organisée. Mais le plus souvent elle est réalisée à l'occasion d'autres activités et « enchâssée de coactions et de sociabilité. »⁵⁶

Elle est alors peu dissociable d'un ensemble et surtout difficilement prévisible. Elle fait rarement l'objet de prescription, présente un caractère aléatoire, a lieu au décours d'un soin.

Elle semble dépendre de chacun et n'est pas sujet de contrôle et d'exigences.

Des infirmières se sont exprimées sur leurs difficultés, à temps partiel, d'entrer dans une relation profonde avec le patient, sans que cela ne semble poser de problème au niveau du service.

La transcription elle même ne semble pas être obligatoire. L'écrit est trop vague et imprécis pour permettre la prolongation. Seuls les échanges oraux occasionnent des commentaires.

⁵⁵ Grosjean M. et Lacoste M., Communication et intelligence collective, Puf, le travail humain, p.125.

⁵⁶ Op.cit.. p.58

La justification omniprésente des soins techniques se réfère , selon Michèle Grosjean, à « plusieurs ordres de légitimité : légitimité thérapeutique (ce qui doit être fait pour le malade.), légitimité communautaire (ce qui doit être fait par égard aux autres.), légitimité professionnelle (ce qu’implique le statut que l’on a.). »⁵⁷ pourquoi n’a-t-elle pas son parallèle dans les soins relationnels?

Le manque de conceptualisation de la relation gêne les transmissions entre professionnelles.

La relation soignant soigné est plus qu’un échange social, qu’un partage d’idées, ou qu’une relation affective confidentielle. Elle requiert des connaissances et des compétences qui font l’objet d’apprentissage, et qui la situe dans un cadre professionnel.

Elle s’inscrit « dans un contexte social particulier qui est celui du contexte hospitalier ou thérapeutique. Dans un tel contexte, les caractéristiques individuelles sont structurées voire transformées par leur inscription et leur absorption dans un rôle. »⁵⁸

Une recherche doit nécessairement être conduite dans ce domaine pour délimiter un langage professionnel qui ait le même sens et qui puisse se partager.

S’interroger sur ce qui peut et doit se transcrire dans un souci de continuité de l’action, s’enquérir des attitudes communes à adopter dans certaines situations dans un but d’uniformisation des prises en charge, nous semble le minimum à rechercher dans une politique de qualité.

Les codifications, conduites à tenir, modes opératoires seront probablement contestés car paraissent inadaptés à ce secteur, susceptibles de dépersonnaliser le soin. Sous ce prétexte, on préfère l’aléa, l’à peu près, la bonne volonté...

Notre intime conviction et la défense d’un soin de qualité pour tous nous engage dans une réflexion avec l’équipe de cadres sur ce thème, et nous invite à apporter notre contribution à une recherche qui pourrait être conduite à plus grande échelle sous la direction d’un chercheur clinicien.

Par ailleurs il nous semble opportun, au sein de notre propre établissement, de nous faire aider de formateur extérieur qui puisse participer au développement de ces compétences professionnelles et travailler précisément la formulation.

Il semble important de dégager les infirmières de la culpabilité de trahir un secret livré dans une relation de proximité. Pour cela il est essentiel de bien baliser la relation dans le cadre professionnel.

Le résultat attendu devrait conduire à ne plus marquer de différences entre les agents dans ce domaine, quelque soit leur temps de travail.

Le patient devrait ainsi percevoir de moins grands écarts dans les prestations qu’il est en mesure d’attendre.

⁵⁷ Op. cit.. p.101

⁵⁸ FISCHER Gustave, Le concept de relation en psychologie sociale, Recherche en soins infirmiers, Mars 1999 n°56

3 - 5 AMELIORER LA GESTION DES INFORMATIONS.

La somme, la fréquence et la diversité des documents diffusés ne cessent de croître. Les interruptions dans le temps de travail ne font qu'accroître la difficulté à maîtriser cette masse d'informations.

Pour qu'elles soient utilisables, les agents eux mêmes, ont exprimés leurs attentes en terme de tri, de sélection, d'actualisation et de classement.

Actuellement, la gestion de l'information, dans les services de soins, repose essentiellement sur les cadres infirmiers, qui, en fonction des priorités qu'ils y accordent sont plus ou moins créatifs et soucieux de la réception.

Si nous voulons que les différentes notes et avis aient un impact sur les destinataires que nous souhaitons toucher, il nous faut réviser l'organisation de la diffusion et le classement des différentes informations.

La curiosité et la quête de l'actualité dépendront toujours de l'intérêt que chacun peut porter à l'environnement du soin. Le cadre ne devra donc cesser de se montrer vigilant à ce que chaque membre ait connaissance des dernières informations et devra continuer à organiser les réunions permettant les commentaires et l'appropriation des décisions.

Il nous semble toutefois possible, dans le cadre de l'environnement technologique actuel, de simplifier et donc d'améliorer la situation.

Nous pensons particulièrement à l'aide que le secteur informatique peut nous apporter dans ce domaine.

L'objet n'est cependant pas ni d'ajouter des outils, ni de compliquer les procédures. Il s'agit simplement d'utiliser cette ressource pour classer les données, actualiser les documents et éviter les redondances.

Ceci implique la constitution d'un groupe de travail institutionnel qui puisse précisément avec l'aide du service informatique établir son cahier des charges en terme de messagerie.

La créativité et l'imagination de ce service sont sollicitées pour proposer des solutions qui correspondent au mieux aux besoins des utilisateurs.

La diffusion de flash vidéo dans des lieux communément fréquentés par les soignants, permettrait la communication des nouveautés. L'interrogation à distance faciliterait l'information des agents. La création de site intra-net favoriserait le partage des documents...

L'informatique a occasionné une révolution. Ses ressources n'ont pourtant pas été suffisamment exploitées, sans doute par peur des changements qu'elle risquait d'entraîner.

La créativité et l'innovation attendues ne dépendent pas du seul outil, mais du regard d'ouverture que les acteurs veulent bien lui accorder.

L'infirmière générale doit justement se montrer particulièrement progressiste dans ce domaine, repérer et utiliser les compétences que certains cadres ont pu développer et entraîner le groupe dans son sillage.

3 - 6 REVOIR LES ORGANISATIONS DE TRAVAIL.

Les difficultés soulevées par les agents interrogés font supposer que l'actuelle organisation du travail ne vise pas l'objectif de qualité.

L'éparpillement des jours de travail, les interruptions longues ou fréquentes ne permettent pas d'appréhender facilement les éléments de connaissance du patient et exigent, pour les professionnelles des efforts d'ajustements permanents.

L'objectif centré sur la qualité de la production, satisfaisant à la fois le personnel et les usagers implique nécessairement une révision des plannings et des organisations de travail des agents.

Les idées émises par les infirmières elles mêmes, méritent, dans ce sens, d'être approfondies.

3 - 6 - 1 Les plannings de travail.

* **Les objectifs visés**

⇒ **La considération des agents**

Elle repose sur la nécessité de leur offrir la possibilité d'assurer des soins de qualité.

La demande de réduction de temps de travail correspond en priorité à une quête de temps libre, qui permet de « prendre son temps ». Ceci conduit, suivant l'expression des agents à être « plus disponible, plus reposée, moins stressée ».

Le bénéfice occasionné sur les soins eux mêmes est indéniable, et cette forme physique et intellectuelle doit être entretenue.

L'élaboration du planning doit donc tenir compte de cet aspect. Les séries doivent au mieux être adaptées aux besoins physiologiques des agents. Des études sur les rythmes de travail ont fait l'objet de publications et peuvent servir de références. Toutefois chacun ayant ses particularités, il convient de veiller à ce que le rythme personnel soit respecté.

L'orientation conduit à envisager, cependant un minimum de deux ou trois jours de repos consécutifs par série. La maîtrise de l'absentéisme dépend de l'attention portée au repos des agents.

Par ailleurs, il est utile de reprendre l'idée développée précédemment autour du changement de mentalités. Estimer que l'agent à temps partiel peut être intéressé par son travail, et non exclusivement par sa vie personnelle, suscite à son égard une attention

particulière sur ce qui peut faciliter son adaptation et lui permettre d'assurer des soins de qualité.

Les plannings doivent donc être élaborés pour apporter un maximum de suivi dans les soins. Les suggestions émises par les agents doivent être étudiées avec beaucoup d'attention.

Le regroupement de l'activité pour les mi temps sur une période du mois, ou de l'année, et la réduction journalière des heures de travail, présentent un certain intérêt. De même, la limitation des séries de repos trop longues pour les 75% réduit considérablement les coupures. L'éparpillement des jours de travail, qui nous a été fréquemment relaté, devrait désormais faire l'objet d'exception.

⇒ L'adaptation des plannings à la spécificité du service.

Les services diffèrent de plus en plus les uns des autres, par la population accueillie ou par les modes d'hospitalisation offerts. Ceci n'a toutefois pas occasionné de variation dans les organisations de travail.

Les différents plannings recensés ne permettent pas de relever une quelconque adaptation à la spécialité d'un service. Pourtant, certains rythmes de travail semblent mieux convenir à certaines particularités de services. L'optimisation du travail des agents à temps partiel tient, entre autres de cette remarque.

Il convient donc de recueillir toutes les informations concernant la connaissance du service, son activité, les variations saisonnières et hebdomadaires, la charge de travail..., pour pouvoir envisager l'organisation de travail la plus pertinente et le système horaire le mieux adapté.

On peut ainsi faire correspondre les rythmes de travail des agents à temps partiel avec les durées de séjour de malades, avec les pics d'activité, les variations saisonnières. On peut renforcer les équipes sur les périodes de charge de travail plus intense et inversement.

Il est toutefois prudent de signaler que, là encore, ces modifications de conception de l'organisation du travail vont occasionner, chez les cadres, un bouleversement dans le système de références. L'uniformité et la rigidité des plannings, que nous observons actuellement, pour une recherche d'équité entre les agents, devra faire place à l'acceptation des différences de roulements pour plus de flexibilité.

* Les impératifs à considérer.

⇒ Une démarche institutionnelle.

La volonté de réviser les plannings de travail pour les adapter au plus près des besoins des agents et des services risque d'entraîner de sérieuses inquiétudes chez les agents.

Un tel projet doit être porté par l'ensemble de l'équipe de direction, et plus particulièrement par le Directeur des ressources humaines et le Directeur du service de soins infirmiers. Ils devront donc partager la même optique et faire preuve de cohérence, face aux résistances et difficultés auxquelles ils ne sauraient échapper.

⇒ *Une méthodologie adaptée.*

La manière de faire sera d'une importance prépondérante. L'équipe de direction doit être très claire et loyale sur les finalités de cette démarche en donnant des garanties pour promouvoir le projet que les cadres auront à prendre en main.

« Ne pas partir avec des principes et des certitudes sous peine de fragiliser le projet. Autrement dit ne pas déclencher la révolution mais amener une évolution intégrée par les soignants et l'équipe d'encadrement. »⁵⁹

Cela sous entend l'autorisation des essais, des retours en arrière et des réajustements. Il faut faire accepter l'idée que plus rien n'est immuable mais que tout peut sans cesse être révisé.

L'engagement des services à entrer dans la démarche peut être progressif, et le cheminement doit être respecté. Les regroupements, restructurations, ouvertures de services constituent des opportunités à saisir. Les changements d'orientations médicales, l'arrivée d'un nouveau médecin, les difficultés à faire face à une charge de travail, l'accueil de nouveaux agents à temps partiel sont autant d'occasions pour repenser les organisations de travail et intégrer de nouveaux fonctionnements.

Les changements brutaux ne mènent à rien et sont peu souvent pérennes. Procéder par étapes et tenir compte des résistances, faire apparaître peu à peu les avantages du nouveau système et respecter les engagements pris, semblent être les voies de la réussite.

« Veiller à préserver les intérêts des uns et des autres, c'est sans doute la clef du succès. Il ne faut pas céder et tomber dans une analyse et des solutions trop technocratiques, pour lesquelles l'adhésion d'ensemble sera difficile à obtenir. »⁶⁰ Tous les biais et toutes les ruses seront alors utilisés pour détourner l'objectif.

Il convient d'associer les agents aux conséquences de la restructuration, de les impliquer dans les groupes de réflexion, de tenir compte de leurs propositions, et de les amener à s'engager. La richesse des propositions tient des qualités professionnelles de l'encadrement pour assurer la liberté d'expression, être permissif, à l'écoute des différents avis et susciter l'imagination.

L'adhésion des agents ne peut passer que par leur participation au projet.

⇒ *L'association des partenaires sociaux.*

Le sujet des horaires est sensible, il s'agit de construire dès le départ une démarche de prévention des conflits et de négociation sociale. Associer les partenaires sociaux à la démarche est, à notre sens incontournable. L'information régulière sur l'avancée des réflexions et le partage de solutions sur l'intérêt des agents et des patients sont des règles à préserver pour maintenir la paix sociale.

⁵⁹ MOREELS Catherine, Infirmière générale Centre Hospitalier DIEPPE, intervention sur la réduction du temps de travail à l'hôpital, ENSP juin 1999.

⁶⁰ Ibidem.

⇒ *L'importance du rôle des cadres.*

Le rôle des cadres infirmiers est fondamental. Il s'agit, pour l'infirmière générale, de repérer les compétences et les difficultés de chacun pour parvenir à développer les capacités à conduire une étude.

La formation des surveillantes aux études d'organisation de travail est indispensable. Le plan d'actions d'année doit nécessairement comporter un temps réservé pour les cadres de l'établissement sur ce sujet.

Il convient d'ailleurs au cours de ce temps d'enseignement d'insister sur la gestion de la qualité et la sécurité des soins, qui devient la mission principale du cadre soignant. Il s'agit, pour les surveillantes qui potentialisent leur activité sur les plannings et la visite médicale d'une nouvelle définition des rôles.

Le suivi de la formation sur l'établissement pourrait, comme à DIEPPE, se poursuivre et se concrétiser par la constitution de petits groupes de travail. La surveillante d'unité, qui s'engage pour les raisons exposées précédemment à réviser l'organisation des temps partiels de son service pourrait être soutenue et accompagnée de deux ou trois collègues. Le regard extérieur, dépourvu des habitudes et des coutumes du service permet d'aller plus loin dans la recherche de solutions. Cela permet, de décroiser les services et de faire naître une solidarité professionnelle.

Il est évident, par ailleurs que la conception qu'a le cadre infirmier de la gestion de son propre temps de travail et de ses loisirs conditionne son attitude et sert de modèle et de référence aux membres de l'équipe qu'il encadre. Sa position est déterminante dans la réussite d'un tel projet.

⇒ *La délimitation des règles de fonctionnement.*

Il s'agit de délimiter le cadre à l'intérieur duquel se positionnent les agents à temps partiel.

L'étude des textes et des règles de fonctionnement conduit à préciser et à clarifier les points d'accord. Elle aboutit à la production d'un protocole de préalables à l'élaboration d'un planning.

« Les coutumes latentes, devenues au fil du temps des droits acquis sont traduites sans ambiguïté afin de revenir à des normes équitables et régulatrices sur l'ensemble de la structure. »⁶¹ Il en est ainsi des règles de récupération des heures supplémentaires, des réunions de service ou autres...

Les particularités des services conduisent à identifier les impératifs de fonctionnement, et à les afficher comme règles non négociables.

⁶¹ Ibidem.

⇒ *l'informatisation des plannings.*

La flexibilité des horaires de travail, l'annualisation du temps, l'adaptation aux charges de travail et pics d'activité..., imposent l'informatisation des plannings.

La connexion avec le service du personnel pour la paie et la gestion administrative est évidente. De même, la convivialité du système avec la direction centrale du service infirmier est souhaitable pour la gestion de l'absentéisme ou d'autres applications.

Les facilités offertes par le système permettront d'alléger le travail des cadres et de résoudre les problèmes d'individualisation des roulements et des horaires.

3 - 6 - 2 Les organisations de travail.

L'évolution de la technicité et des prises en charge de patients, ainsi que les changements opérés dans les modes d'hospitalisation, suscitent la remise en question des organisations de travail.

L'étude de la répartition de la charge de travail sur la semaine et la journée et l'identification parallèle des règles organisationnelles qui la sous-tendent, conduisent à s'interroger et à rechercher un fonctionnement innovant.

Pour cela, il convient au départ, d'établir, par unité, des profils paquebot d'activité, de visualiser les périodes imparties pour les soins indirects, et d'identifier les phénomènes affectifs qui s'opposent trop fortement à l'aspect rationnel de l'organisation.

L'aide d'un ergonomiste ou d'un technicien en organisation du travail serait tout à fait utile. Ses compétences spécifiques pourraient apporter une contribution sérieuse à la concrétisation du projet.

D'emblée, suivant les remarques émises par les infirmières interrogées, les particularités de chaque service devraient être prises en considération et entraîner des distinctions dans les fonctionnements.

La traditionnelle sectorisation géographique, dont le but d'origine était de faciliter la connaissance des patients, n'est peut-être plus adaptée à certains services. Les infirmières ont quelquefois déploré, dans les entretiens, le manque de cohésion dans le fait de ne plus pouvoir s'occuper de la personne accueillie.

Une organisation par « référent » semble ainsi mieux correspondre à certaines unités et de surcroît, permettre aux agents d'assurer un meilleur suivi des soins.

De même, suivant le type de patients accueillis dans l'unité, des modes de prises en charge particuliers pourraient être envisagés et confiés à des agents à temps partiel (exemple: éducation de malades diabétiques, chimiothérapies en externe...)

Sans tomber dans l'excès et le retour à une trop grande division des tâches, certaines activités pourraient être détachées et assurées par des agents à temps partiel.

Il ne s'agit pas de fournir un standard d'organisation, mais au contraire d'adapter les horaires et les organisations de travail aux particularités du service. Il en dépend une optimisation du temps de travail des agents, une utilisation maximale des ressources et une amélioration de la qualité des prestations.

3 - 7 RENFORCER LA MOTIVATION AU TRAVAIL.

Les ordonnances hospitalières insistent, nous le disions en première partie, sur la nécessaire implication des agents dans les projets.

Leur participation à des groupes de réflexions institutionnelles est facilitée suivant certaines infirmières interrogées, par les disponibilités de plannings; ce qui constitue des ressources certaines.

L'aléa de la coopération dépend donc, plus souvent de la motivation au travail et de la sollicitation des cadres.

L'implication des professionnelles au travail dépend essentiellement des idées qui ont été développées précédemment. La considération de l'agent, la prise en compte de ses intérêts, de ce qui peut améliorer, valoriser et enrichir son propre travail, ainsi que la recherche de sa participation aux prises de décisions, sont autant de facteurs mobilisateurs.

Claude LEVY LEBOYER assure que ces différents aspects sont de puissants stimulants de la motivation.

« L'idée de changer le travail lui même peut le rendre plus motivant. Il s'agit de lui restituer sa signification et sa dignité, de redonner au travailleur la fierté liée au sentiment d'accomplir une tâche utile. »⁶²

« Le fait de prendre part à la prise de décision est le second aspect considéré comme motivant. Il facilite l'acceptation, et l'exécution, de la décision prise par la majorité, parce qu'on entend les arguments qui motivent la décision et qu'on est physiquement en présence de la majorité qui décide. »

La reconnaissance des agents à temps partiel dans l'institution, et le souci constant porté à l'amélioration de leur service, ne peuvent que faire croître leur sentiment d'appartenance à l'établissement, et leur donner l'envie de s'investir plus largement.

Leur mobilisation dépendra toutefois également de l'objectif poursuivi par le groupe de travail, du caractère opérationnel de la démarche et de son réalisme.

« C'est par rapport à la perception des conséquences que les acteurs décideront de leur investissement. »⁶³

Par ailleurs, comme nous l'avons dit tout au long de cette présentation, le rôle du cadre est prépondérant, et par là même, l'infirmière générale, dans sa fonction d'animation de l'équipe de surveillantes a une place fondamentale.

« Le leadership est un facteur de motivation, par l'exemple pratique qu'il donne. On influe plus sur autrui parce qu'on fait que par ce qu'on dit. Les véritables chefs qui savent

⁶² LEVY LEBOYER C., Le coeur à l'ouvrage, Sciences humaines n° 92 Mars 1999 p.23

⁶³ Maurage., L'implication des acteurs de santé dans les démarches qualité, Gestions hospitalières, Mai 1999 p. 34

entraîner leurs troupes sont ceux qui s'impliquent, participent, contrôlent, s'engagent, sollicitent et sont eux mêmes passionnés par ce qu'ils font. De ce point de vue, les actes et les exemples portent beaucoup plus que les paroles. »⁶⁴

De l'implication du cadre dépendra l'implication de l'agent.

⁶⁴ DORTIER J.F. Peut on motiver autrui?, Sciences Humaines n° 92 Mars 1999. P. 35

CONCLUSION

Les liens que nous avons établis entre le temps partiel, la complexité du travail infirmier hospitalier et la qualité des soins nous permettent d'affirmer, qu'actuellement, le temps partiel influe sur la qualité des soins donnée aux usagers.

Ce mode d'exercice, situé dans le contexte de l'histoire du travail, correspond à l'évolution sociale et ne peut être remis en cause. Aussi, il est de la responsabilité de l'infirmière générale d'encadrer sa pratique.

Les propositions répondant à cet objectif s'appuient particulièrement sur le renforcement des écrits et des synthèses, sur le développement des outils informatiques et sur la révision des plannings et les organisations de travail pour une plus grande flexibilité.

Les changements auxquels sont confrontés les différents acteurs, et particulièrement l'équipe d'encadrement, doivent les engager à réviser leurs représentations du temps partiel, et à porter un autre regard pour saisir les opportunités de ce mode de travail.

La prise en compte des difficultés des agents et la recherche de ce qui pourrait améliorer leur situation au travail, conduit à les reconnaître et à les positionner différemment dans une équipe de soins.

L'importance que nous accordons aux prestations offertes par les infirmières à temps partiel, nous entraîne nécessairement, dans une politique d'amélioration de la qualité.

Les bénéfices tirés par ces différents travaux serviront à l'ensemble des infirmières et auront un impact certain sur les patients.

Cette démarche peut être, évidemment conduite à d'autres occasions. La mise en place des 35 heures, par exemple, requière la même analyse. L'objectif est identique : profiter de la réduction du temps de travail pour améliorer la qualité du service et la satisfaction des usagers.

Tel est le défi que doit relever toute infirmière générale.

BIBLIOGRAPHIE.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- A.N.A.E.S., *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, 1999.
- ARBUZ G. et DEBROSSE D., *Réussir le changement à l'hôpital*. Inter éditions, 1996
- BOURDIEU P. *Questions de sociologie*, Les éditions de minuit, 1984
- BRUN J. , *La qualité des soins. Une approche ISO 9000*. Berger Levrault 1996
- CAZENAVE J.C., *La maîtrise du temps à l'hôpital*. Les études hospitalières, 1999
- CROSBY P., *La qualité c'est gratuit. L'art et la manière d'obtenir la qualité*. Economica, 1986.
- ELLUL J., *Variations historiques des motivations au travail. Quelles motivations au travail ?*, Société française de psychologie, EME, 1982
- GROSJEAN M. et LACOSTE M., *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*. Presses universitaires de France, le travail humain, 1999.
- HIRATA H. et SENOTIER D., *Femmes et partage du travail*, Alternatives sociologiques, 1996
- KOURILSKY F. *Du désir au plaisir de changer*. Dunod 1999.
- LETEURTRE H. - PATRELLE I. - QUARANTA J.F. - RONZIERE N.
La qualité hospitalière. Berger Levrault 1999.
- LEVY LEBOYER C., *Le psychologue et le monde du travail. Le travail comme activité et comme valeur*, Presses universitaires de France, 1987
- MICHEL S., *Peut on gérer les motivations ?* Presses universitaires de France 1989.
- MINTZBERG H., *Le management, voyage au centre des organisation*. Editions d'organisation, 1990.
- MISPELBLOM F. *Au delà de la qualité*, Imprimerie du Correzien Naves, 1995.
- MORDACQ C. *Contribution à la qualité des soins infirmiers*, Cahier de l'AMIEC, n° 9.
- TONNEAU D., *L'organisation du travail dans les services de soins*. Collection outils et méthodes, 1996

RAPPORTS.

RAPPORT DE LA MISSION INTERMINISTERIELLE SUR LE TEMPS DE TRAVAIL
DANS LES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES, 1999

RAPPORT DU CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ETUDE ET L'OBSERVATION DES
CONDITIONS DE VIE (CREDOC), 1993

ARTICLES

ALIS D., « *Temps partiel et horaires variables, harmoniser familles et professions* ». Revue Personnel, Octobre 1998 n° 393 p. 9

ALLUARD E. « *La qualité et les soins infirmiers* ». Soins, n° 625 Mai 1998 p.49

BERDAGUER M. - VAN ECHOUT L., « *Aménager le temps pour travailler mieux* ». Liaisons sociales Janvier 1996 p.41.

BERHAULT B., SIMON MM., MOREL F. RUFFET JL., « *Une expérience de gestion annualisée du temps de travail* ». Gestions Hospitalières, n° 361 Décembre 1996 p.758.

DORTIER J.F., « *Peut on motiver autrui ?* Sciences humaines » n° 92, Mars 1999, p.35.

FISCHER G., « *Le concept de relation en psychologie sociale.* » Recherche en soins infirmiers, n° 56 Mars 1999.p.4.

FOUILLAT C., « *Etude comparative de la motivation et de l'implication dans le travail des infirmières des unités de remplacement et des infirmières des unités de soins à l'hôpital* ». Recherche en soins infirmiers n°31 Décembre 1992 p.40.

GALLET AM., « *Engager une réflexion sur l'organisation du travail* ». Travail et changement. Anact, Janvier Février 1999 p.20

GUESNIER M., « *Qualité, évaluation, accréditation : les concept* ». Technologie Santé n° 32 Décembre 1997 p.5.

HESBEEN W., « *Le projet de prendre soin à l'hôpital* » Gestions Hospitalières, n° 342, Janvier 1995 p. 28.

HESBEEN W., « *Un soin infirmier de qualité* ». Soins, formation, pédagogie, encadrement, n° 13, 1^{er} trimestre 1995, p.5.

JEANNERET Y., « *La dynamique des savoirs. Les technologies de la pensée restent à penser* ». Sciences humaines n°24. Mars avril 1999, p. 22.

KOURILSKY F., « *Comment ne pas bloquer le changement ?* » Gestions Hospitalières. Avril 1999, p.266 268.

LECLERCQ B., « *Accréditation, la qualité ne dépend pas seulement des procédures* ». Décision Santé, n°124, Février 1998 p.15.

LEVY LEBOYER C., « *Les ressorts de la motivation. Le cœur à l'ouvrage* ». Sciences humaines n° 92 Mars 1999 p. 23

MAURAGE V., « *L'implication des acteurs dans les démarches qualité.* » Gestions Hospitalières n° 385, Mai 1999, p. 34

MEDA D., « *La fin de la valeur travail ?* » Esprit, n° 8 - 9, Août, Septembre 1995 p.75.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE Et L'ASSOCIATION DES ELEVES DE L'ENSP., « *Evolution du temps de travail. Comment harmoniser les pratiques et la réglementation ?* » Revue hospitalière de France, n° 5 Septembre Octobre 1998. p.510-531.

PERRET F., LETEURTRE H., « *Se préparer à l'accréditation pour réorganiser l'hôpital.* » Le cahier du management. Objectifs soins n°55 Juillet, Août 1997, p.1.

PHANUEL D., « *L'hôpital vu par les usagers. Les attentes des « patients clients » en matière d'information et de communication.* » Gestions Hospitalières, n° 342, Janvier 1995 p. 77.

ROCHER M., « *Le temps de travail, c'est aussi la santé.* » Travail et sécurité, n°584, Mai 1999, p.30 - 34.

SINEAU M., « *Qui doit garder le jeune enfant ? Les représentations du travail pour les mères de famille.* » Recherche et prévisions, Septembre 1998 p. 8

THIELART R., « *Gérer la complexité, la dialectique de l'ordre et du chaos dans les organisations.* » Revue française de gestion, Mars, Avril 1993, p.6

MEMOIRES

BARRE MT, « *Le travail à temps partiel est il compatible avec la notion de service infirmier ?* » Mémoire de fin d'études formation des infirmiers généraux, 1991

LECAILLON J., « *Les représentations comparées de la qualité du séjour chez les patients et les soignants* ». Diplôme universitaire de cadre de santé. Université de Toulouse, Le Mirail. 1996/1998.

LEGARS C., « *Le protocole, un enjeu pour le service de soins infirmiers.* » Mémoire de fin d'études formation des infirmiers généraux 1998.

MASSEI A., « *Une gestion individualisée du temps de travail, étude préalable à sa mise en place.* » Mémoire de fin d'études formation des infirmiers généraux 1993

MEGZARI A. « *Accompagner le projet social. Définition et mise en place d'une politique du temps partiel.* » Mémoire de fin d'études Directeur d'hôpital. 1997

PELLEN A. « *Une charte du temps partiel, un atout pour le service infirmier* ». Mémoire de fin d'études formation des infirmiers généraux 1996

TEXTES REGLEMENTAIRES

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Décret n° 95-248 du 6 mars 1995 portant sur la réglementation du service à mi temps pour raisons familiales.

Décret n°95-250 du 6 mars 1995 modifiant le décret du 23 novembre 1982 sur la réglementation du travail à temps partiel dans la fonction publique hospitalière.

Décret n°93 - 345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Décret n°93 - 221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Circulaire DH/:8D/:85-89 du 21 mars 1985 relative aux modalités d'application du régime de travail à temps partiel des agents des établissements d'hospitalisation publiques.

Ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 fixant la durée de travail dans la fonction publique hospitalière.

Décret n° 82-870 du 6 octobre 1982 complétant l'ordonnance du 26 mars 1982 sur l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière.

Décret n° 82-1003 du 23 novembre 1982 réglementant le temps partiel dans la fonction publique.

ANNEXES.



GUIDE D'ENTRETIEN

1 - La multiplication des examens et des investigations sur une durée de séjour très courte, nécessite le recours à une organisation et à une coordination des actes rigoureuses, pour le meilleur déroulement de la prise en charge du patient.

Comment, à temps partiel, assurez vous cette mission ?

Quelles sont vos difficultés et les moyens qui facilitent votre travail ?

2 - La connaissance des informations concernant le patient, permet sa prise en charge, favorise la continuité des soins, la personnalisation des actes et la réponse adaptée à sa demande d'informations.

Comment, à temps partiel, assurez vous la continuité des soins ?

Qu'est ce qui vous facilite rapidement la connaissance des patients ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

3 - Les techniques de soins et les modes de prise en charge spécifiques à chaque service évoluent très rapidement.

Comment évaluez vous la maîtrise de ces nouvelles techniques ?

Qu'est ce qui vous permet de maintenir vos connaissances et compétences à jour ?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez à temps partiel ?

4 - Les normes de sécurité et de vigilance augmentent le recours à des protocoles et des procédures écrites.

Eprouvez vous, à temps partiel, des difficultés d'utilisation ?

Quels sont les moyens qui vous facilitent leur usage ?

5 - De plus en plus d'informations diverses et variées sont diffusées au sein du service. Elles concernent les soins, la législation et la réglementation, la gestion et la vie de l'établissement...

Vous sentez vous informée ?

Qu'est ce qui vous facilite l'intégration de ces informations ?

Quelles sont vos difficultés ?

6 - Vous sentez vous engagée dans la vie de votre service et de votre établissement ?

Participez vous à des groupes de travail ?

Quelles sont, à temps partiel, les difficultés que vous rencontrez ?

Qu'est ce qui vous facilite au contraire, cet engagement ?