



HAL
open science

Le bricolage en gestion des ressources humaines et ses évolutions

Laurent Mériade

► **To cite this version:**

Laurent Mériade. Le bricolage en gestion des ressources humaines et ses évolutions. @GRH, 2022, N° 45 (4), pp.89-114. 10.3917/grh.045.0089 . hal-03886137

HAL Id: hal-03886137

<https://hal.science/hal-03886137>

Submitted on 6 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LE BRICOLAGE EN GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET SES EVOLUTIONS : L'EXEMPLE DE LA GESTION DE L'ABSENTEEISME DE COURTE DUREE A L'HOPITAL FACE A LA COVID-19

Résumé

Cet article examine dans quelles mesures des pratiques de bricolage peuvent s'exprimer dans la Gestion des Ressources Humaines (GRH) des organisations. Le bricolage dans les organisations est défini comme la manière de faire face à de nouvelles problèmes ou opportunités avec les « moyens du bord ». Dans le domaine de la Gestion des Ressources Humaines (GRH), les pratiques de bricolage sont peu identifiées. Nous analysons ces pratiques de bricolage à travers l'étude de cas de la gestion de l'absentéisme de courte durée d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) français, avant et pendant la crise de la Covid-19. A partir de la proposition d'un cadre d'analyse des dynamiques du bricolage dans les organisations, les résultats de cette étude identifient, dans cet établissement, pour gérer cet absentéisme, trois principales formes de bricolage (individuel, collectif familial, collectif conventionnel) et deux dynamiques d'évolution de ce bricolage (dynamiques des objectifs et de mise en œuvre), observées durant la crise de la Covid-19.

Mots clés : bricolage, GRH, gestion de l'absentéisme, hôpital, Covid-19

BRICOLAGE IN HUMAN RESOURCE MANAGEMENT AND ITS EVOLUTION: THE EXAMPLE OF THE MANAGEMENT OF SHORT-TERM ABSENTEEISM IN HOSPITALS IN THE FACE OF COVID-19

Abstract

This article examines the extent to which *bricolage* practices can be expressed in the Human Resource Management (HRM) of organisations. *Bricolage* in organisations is defined as the way of dealing with new problems or opportunities with the 'means at hand'. In the field of Human Resource Management (HRM), *bricolage* practices are not well identified. We analyse these *bricolage* practices through the case study of short-term absenteeism management in a French university hospital (CHU), before and during the Covid-19 crisis. Based on the proposal of a framework for analysing the dynamics of *bricolage* in organisations, the results of this study identify, in this establishment, three main forms of *bricolage* (individual, familiar collective, conventional collective) and two dynamics of evolution of this *bricolage* (dynamics of objectives and implementation), observed during the Covid-19 crisis.

Keywords: *bricolage*, HRM, absenteeism management, hospital, Covid-19

LE BRICOLAGE EN GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET SES EVOLUTIONS : L'EXEMPLE DE LA GESTION DE L'ABSENTEISME DE COURTE DUREE A L'HOPITAL FACE A LA COVID-19

Introduction

Dans les recherches en sciences de gestion, le bricolage est très souvent rapproché de concepts plus larges tels que la résilience (Coutu, 2002), l'agilité organisationnelle (Worley et Lawler, 2010 ; Worley et al, 2015), l'improvisation (Weick, 1998), le sensemaking (Weick, 1993) ou encore l'esprit d'entreprise (Baker et Nelson, 2005). Cependant, le bricolage s'en distingue notamment par des formes d'action et de construction singulières (Duymedian et Ruling, 2010).

Le bricolage dans les organisations est défini comme « le fait de se débrouiller en appliquant des combinaisons de ressources disponibles à de nouveaux problèmes et opportunités » (Baker et Nelson, 2005, p. 333). De manière très opérationnelle, il s'agit de répondre à un changement de l'environnement des organisations à partir de ressources existantes « en les utilisant ou les réutilisant d'une manière autre que celle à laquelle elles étaient destinées » (Philips et Tracey, 2007, p. 316).

Dans les recherches en Gestion des Ressources Humaines (GRH) le bricolage est également souvent assimilé à de l'improvisation (Vignikin et al. 2016), de la créativité (Gallego-Roquelaure et Adla, 2019 ; Coron et Pigeyre, 2020) ou encore de l'agilité (Anasse et al., 2020). Rarement le bricolage est identifié ou analysé comme un outil de GRH à part entière alors que sa pratique, souvent informelle (Havard et Ingham, 2018), est régulièrement mise en œuvre pour gérer et piloter des ressources humaines.

Quand il est étudié de manière autonome en GRH, le bricolage l'est principalement pour mettre en avant, soit ses effets sur l'identité des bricoleurs (Visscher et al., 2018) ou sur le développement de leurs compétences (Turnbull, 2002 ; Grimand et al., 2017), soit les effets de la GRH sur les pratiques de bricolage (Halim et al, 2020). En revanche, ses caractéristiques intrinsèques et ses modes d'évolution restent peu identifiées. Cela peut se justifier par le caractère informel (Horak, 2017) de ce bricolage qui génère des pratiques imprécises, fragmentées et souvent peu visibles (Dietrich, 2009). En effet, ces bricolages sont souvent considérés comme des pratiques exercées, en dehors des services des ressources humaines, dans des services ou fonctions non spécialistes qui exercent certaines activités de GRH (gestion des plannings, du temps de travail, des absences, etc.) sans en avoir toutes les compétences ou ressources.

Pourtant, en management, le bricolage a fait l'objet de descriptions très détaillées des formes qu'il peut prendre ainsi que des ressources et des répertoires qu'il mobilise (Duymedian et Ruling, 2010). Certains travaux (Cunha, 2005 ; Philips et Tracey, 2007), en le décrivant comme une capacité dynamique des organisations, démontrent que ce bricolage peut connaître de forts changements notamment par l'élargissement des répertoires de bricolage et la création de nouvelles combinaisons de ressources (Fultz et Baker, 2017). En revanche, les manières dont ces changements s'opèrent, restent particulièrement mal connues (MacMaster et al., 2014).

Dans le cadre d'une étude sur la gestion de l'absentéisme commandée par la direction d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) français et débutée fin 2018, nous avons eu l'occasion de recueillir auprès des cadres et cadres supérieurs de santé de cet établissement à la fois, leur analyse de la situation de l'absentéisme dans leurs services, mais aussi les moyens mis en œuvre pour y faire face. Nous avons constaté l'existence d'un important isolement managérial des cadres face à notamment la gestion de l'absentéisme imprévu et de courte durée qui les obligeait

à mobiliser, dans l'urgence, un grand nombre de subterfuges assimilés à du bricolage par les personnels de cet établissement. Avec la crise de la Covid-19, dans ce CHU, les modalités de gestion de l'absentéisme sont rentrées en forte résonance avec les « plans blancs » mis en œuvre à cette occasion, ce qui a provoqué des changements importants dans la manière de gérer l'absentéisme imprévu et de courte durée. Cependant pour rendre compte et de ses changements, il paraît nécessaire de déterminer dans quelles mesures certaines pratiques de gestion de l'absentéisme à l'hôpital peuvent être définies comme du bricolage, tel que le suggéraient les premiers retours issus de ce terrain de recherche.

Pour répondre à cette question de recherche, l'objectif de notre étude est d'analyser les modalités de gestion de l'absentéisme imprévu et de courte durée dans les services de cet établissement, avant et au cours de la crise de la Covid-19, afin d'essayer d'identifier et caractériser ces pratiques de bricolage et leurs évolutions.

Afin de tendre vers cet objectif, notre article est structuré en trois étapes. Dans un premier temps, en revenant sur les enjeux pratiques de la gestion de l'absentéisme dans les hôpitaux publics français, nous mettons en avant la place qu'occupe le bricolage dans cette gestion. Dans un deuxième temps, à partir d'un modèle conceptuel d'analyse dynamique de ce bricolage, nous faisons apparaître trois formes de bricolage dans l'établissement étudié. Enfin, troisièmement, la confrontation de ces résultats avec le « plan blanc » de cet établissement nous permet de voir apparaître au moins deux dynamiques de ce bricolage dont nous discutons les implications théoriques et pratiques.

1. Le bricolage en GRH à l'hôpital : enjeux pratiques et théoriques

A partir du 6 mars 2020, la crise de la Covid-19 a nécessité la mise en place de « plans blancs » dans les hôpitaux français. Ces « plans blancs » sont prévus par une loi de 2004¹ et sont mis en place en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Ils permettent notamment d'organiser la gestion du personnel soignant et administratif, d'ouvrir davantage de lits et de déprogrammer certaines opérations non indispensables. Ils ont notamment vocation à dégager des règles et des moyens spécifiques pour gérer l'absentéisme.

Dans le langage habituel, l'absentéisme est le plus souvent synonyme d'absence au travail (Bouville, 2009). Dans un sens large, cet absentéisme désigne les absences d'un travailleur pendant une période déterminée, indépendamment de leur cause et de leur durée (Weiss, 1979). On y inclut les absences pour maladie, professionnelle ou non, celles dues aux accidents du travail, aux grèves, à la maternité et celles relatives à des absences injustifiées et aux mises à pied disciplinaires. Sont par contre exclues, les absences dues à des repos hebdomadaires, fêtes, vacances ou congés formation (Bouville, 2011).

Il est possible de caractériser cet absentéisme par sa durée (courte ou longue) et sa fréquence (faible ou forte). L'absentéisme de courte durée peut être ponctuel (fréquence faible) ou attitudinal (fréquence forte). De manière analogue, l'absentéisme de longue durée peut être médical (fréquence faible) ou cumulatif (fréquence forte) (Bouville, 2009).

Plus particulièrement, à l'hôpital, les définitions données à l'absentéisme sont très différentes d'un établissement à un autre (Brami et al., 2012 ; 2014). Et, les modalités de gestion de cet absentéisme, même si elles sont encadrées, prennent des formes extrêmement diverses (Achmet et Commeiras, 2018) qui nécessitent d'importantes capacités d'adaptation de la part des cadres chargés de cette gestion (Kletz et Moisson, 2015).

Pourtant, l'absentéisme à l'hôpital constitue un enjeu important pour les hôpitaux publics (Devigne et al, 2014) car il se situe (toutes catégories confondues) entre 7 et 10% des heures

¹ loi n° 2004-806 du 9 août 2004

travaillées, jusqu'à 14% dans certains établissements (Achmet et Commeiras, 2018). Les restrictions budgétaires qui ont accompagné, en France, l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) ont souvent amené les hôpitaux, pour gérer l'absentéisme des personnels soignants, à privilégier des solutions internes plutôt que des solutions externes plus coûteuses (recrutement externe ou intérim) (Achmet et Commeiras, 2018). L'absentéisme est aussi un important révélateur des dysfonctionnements organisationnels dans les établissements de santé (Baret, 2002) où la charge quantitative de travail génère souvent tensions de rôles et stress professionnel (Rivière et al., 2019). Ce constat est renforcé, notamment en France, par une précarisation progressive de certains emplois (A.S.², A.S.H.³, voire infirmières) qui rend les métiers moins valorisants et moins attractifs comme peut encore le révéler la crise de la Covid-19. Cette diminution de l'attractivité des métiers à l'hôpital peut générer, en interne, un épuisement des personnels et en externe, elle limite souvent les possibilités de remplacement et les solutions de gestion de l'absentéisme (Divay, 2010).

Il apparaît ainsi que ces problèmes d'absentéisme dans les hôpitaux restent particulièrement difficiles à gérer de façon globale et coordonnée (Kletz et Moisdon, 2015) d'autant plus que la coopération interprofessionnelle est souvent peu opérante dans ces établissements (Zardet et al., 2011 ; Frachette et al., 2019). En effet, dans les organisations hospitalières françaises, les activités administratives prennent souvent des formes « liquides » (Bauman, 2013) c'est-à-dire saccadées et sans continuité. Les individus y sont, en effet, souvent amenés à s'emparer d'éléments de leur quotidien au travail pour en faire des ressources (Rossano et Abord de Chatillon, 2021). Ainsi, face à notamment un absentéisme imprévu et de courte durée, dans les hôpitaux français, il est régulièrement fait appel à des solutions bricolées imposées par l'urgence de la réponse à fournir et la limitation des ressources mobilisables (*ibid.*).

A partir de ses travaux anthropologiques, Lévi-Strauss (1962) a, dans son ouvrage « la pensée sauvage », le premier défini le bricolage comme une manière de « faire les choses avec ce qui est à portée de main » (Levi-Strauss 1962, p.17). Les notions de « répertoire » de « dialogue » sont au centre de l'idée de bricolage de Lévi-Strauss (Mawadia et al., 2020). Le répertoire consiste en des ressources matérielles et immatérielles collectées progressivement par les « bricoleurs ». Le « dialogue » étant la manière avec laquelle le ou les « bricoleurs » considèrent et reconsidèrent les éléments du répertoire en les partageant ou non avec leur entourage.

A partir de l'analyse de Lévi-Strauss, des travaux en management (Duymedjian et Rüling, 2010 ; Desa, 2012) ont analysé le concept de « bricolage » dans les organisations pour le définir comme la combinaison de ressources disponibles destinée à lever des contraintes ou créer de nouvelles opportunités (Baker et Nelson, 2005).

Le processus de bricolage s'appuie sur le répertoire du bricoleur et sur sa capacité à faire dialoguer les divers éléments du répertoire afin d'inventer de nouvelles solutions qui viennent en retour enrichir le répertoire du bricoleur, ensemble fini de ressources (Duymedjian et Rüling, 2010). Le bricoleur cherche à agencer les éléments du répertoire à travers un processus continu de tests des contraintes (Baker et Nelson, 2005) et de combinaison de ressources préexistantes (Duymedjian et Rüling, 2010). Les ressources d'un répertoire qui font l'objet de combinaisons peuvent être des ressources matérielles, humaines ou encore cognitives (compétences et connaissances) (Desa, 2012).

Dans la littérature en sciences de gestion, ce bricolage est décrit sous différentes formes. Il peut être entrepreneurial (Baker et Nelson, 2005 ; Nakara et al., 2018) lorsqu'il permet aux entrepreneurs de re-combiner des ressources existantes et de connaissances pratiques pour

² Aides-Soignantes

³ Agents de Services Hospitaliers

trouver des réponses aux contraintes et dépendances environnementales auxquelles ils sont confrontés (Baker et Aldrich 2000). Il est informationnel (Garud et Karnøe, 2003) lorsqu'il recombine et s'approprie de manière adaptée ou créative des technologies d'information ou des informations pour faire face à des contraintes environnementales (Ciborra 2002). Il est aussi organisationnel lorsqu'il façonne une nouvelle organisation en s'inspirant des formes organisationnelles qui existent dans un environnement (Perkman et Spicer, 2014). Il est enfin, de manière plus générique, managérial lorsqu'il permet de combiner stratégiquement des ressources disponibles (Duymedjian et Rüling, 2010).

En termes de niveaux d'analyse, le bricolage peut être individuel (Weick 1998), organisationnel (Ciborra 2002) ou bien encore inter-organisationnel (Garud et Karnøe 2003).

La plupart des travaux sur le bricolage dans les organisations ont décrit avec précision les caractéristiques du bricolage (objectifs du bricolage, répertoires des bricoleurs et dialogues entre ces répertoires) mais plutôt de manière statique. Moins de travaux ont étudié les évolutions de ce bricolage, dans l'espace et dans le temps.

Servante et Hlady-Rispal (2019) utilisent l'étude de cas longitudinale pour appréhender les éléments de l'environnement d'une organisation qui modifient les ressources du « bricoleur ». Elles insistent sur le rôle du développement des compétences des bricoleurs pour développer de nouvelles ressources. Mair et Marti (2009) puis Desa (2012) montrent comment les évolutions de l'environnement réglementaire, politique et technologique d'une organisation affectent la mobilisation et la combinaison des ressources. Ces travaux identifient précisément comment l'environnement interne et externe d'une organisation, par ses changements, fait évoluer les pratiques de bricolage. Aux côtés de ces explications liées à l'environnement, il reste à analyser, de manière plus micro-analytique, les évolutions des pratiques de bricolage qui pourraient s'expliquer par les changements intervenant sur les éléments constitutifs de ce bricolage (objectifs, ressources, répertoires, dialogue notamment).

Desa et Basu (2013) distinguent deux catégories de bricolage (figure 1). D'une part, le bricolage par nécessité qui est une pratique provisoire ayant pour objectif de gérer des contraintes à court terme avec des ressources très limitées (« les moyens du bord ») (Jaouen et Nakara, 2014). D'autre part, le bricolage stratégique qui n'est pas une contrainte mais un choix durable visant à recombinaison des ressources rares ou difficiles d'accès afin de créer de la valeur à moyen ou long terme (Desa et Basu, 2013).

De leurs côtés, Duymedjian et Rüling (2010) identifient deux formes de bricolage : le bricolage individuel limité à l'initiative d'individus isolés et le bricolage collectif porté par un groupe d'individus (*ibid.*).

Le bricolage individuel fait référence à une situation dans laquelle sans contrainte, les bricoleurs individuels constituent, développent et enrichissent librement leur répertoire personnel (Duymedjian et Rüling, 2010). Ce répertoire du bricoleur est composé d'éléments hétérogènes qui ont été progressivement intégrés et qui tirent leurs caractéristiques de leur potentiel d'association (Lévi-Strauss 1962). Le processus de bricolage peut être compris comme une forme de dialogue qui commence à partir du moment où les bricoleurs individuels sont confrontés à un objectif ou à une fonction pratique à remplir (*ibid.*). Ils se retournent vers un ensemble déjà existant, constitué d'outils et de matériaux, pour le considérer ou le reconsidérer (Lévi-Strauss 1962). Ils rentrent alors individuellement en dialogue avec leurs répertoires et créent des arrangements personnels pour résoudre les problèmes et les défis qu'ils rencontrent (Thevenot, 2001, Duymedjian et Rüling, 2010).

Au contraire, dans le cas du bricolage collectif, le bricoleur individuel va accepter de partager son répertoire et dialoguer avec les répertoires d'autres bricoleurs (figure 1). Ce partage de

répertoire peut s'effectuer soit de manière familière avec d'autres bricoleurs individuels appartenant au même espace (bricolage collectif familial), soit de manière conventionnelle avec des bricoleurs individuels n'appartenant pas au même espace (bricolage collectif conventionnel). La notion d'espace de bricolage (figure 1), reprise des travaux de Thévenot (2001), est donc centrale dans la distinction opérée entre bricolage collectif familial et conventionnel. L'espace est commun et repose sur de la co-présence des bricoleurs, dans le cas du bricolage collectif familial. L'espace est distant, avec peu de co-présence des bricoleurs, dans le cas du bricolage collectif conventionnel.

La combinaison de ces deux approches (bricolage par nécessité/stratégique et bricolage individuel/collectif - figure 1) apparaît particulièrement fertile pour construire une analyse dynamique de ce bricolage, dans l'espace et dans le temps. En effet, d'une part, la distinction bricolage par nécessité/bricolage stratégique (Desa et Basu, 2013) autorise une lecture dans le temps, en permettant de percevoir les évolutions des pratiques de bricolage, des ressources mobilisées, et des objectifs du bricolage (figure 1). D'autre part, la distinction bricolage individuel/collectif (Duymedjian et Rüling, 2010) permet d'effectuer une lecture, dans l'espace, des activités de bricolage en les distinguant selon les répertoires mis en œuvre et les espaces occupés (figure 1).

Figure 1. Cadre conceptuel (à partir de Duymedjian et Rüling, 2010 ; Desa et Basu, 2013)

Typologie des bricolages organisationnels	Bricolage individuel (Duymedjian et Rüling, 2010)	Bricolage collectif (Duymedjian et Rüling, 2010)	
		Familier	Conventionnel
Bricolage par nécessité (Desa et Basu, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pratique provisoire</i> - <i>Ressources limitées</i> - <i>Objectif de gestion des contraintes à court terme</i> - <i>Répertoires séparés</i> - <i>Dialogue limité</i> - <i>Espace individuel</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pratique provisoire</i> - <i>Ressources limitées</i> - <i>Objectif de gestion des contraintes à court terme</i> - <i>Répertoires partagés</i> - <i>Dialogue en proximité</i> - <i>Espace commun et co-présence</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pratique provisoire</i> - <i>Ressources limitées</i> - <i>Objectif de gestion des contraintes à court terme</i> - <i>Répertoires séparés mais partagés par convention</i> - <i>Dialogue réglementés par conventions</i> - <i>Espace distant et peu de co-présence</i>
Bricolage stratégique (Desa et Basu, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pratique durable</i> - <i>Ressources rares</i> - <i>Objectif de création de valeur à moyen ou long terme</i> - <i>Répertoires séparés</i> - <i>Dialogue limité</i> - <i>Espace individuel</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pratique durable</i> - <i>Ressources rares</i> - <i>Objectif de création de valeur à moyen ou long terme</i> - <i>Répertoires partagés</i> - <i>Dialogue en proximité</i> - <i>Espace commun et co-présence</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pratique durable</i> - <i>Ressources rares</i> - <i>Objectif de création de valeur à moyen ou long terme</i> - <i>Répertoires séparés mais partagés par convention</i> - <i>Dialogue réglementés par conventions</i> - <i>Espace distant et peu de co-présence</i>

Ce cadre conceptuel a été construit pour fournir des réponses exhaustives à notre question de recherche « comment identifier, dans une organisation, les pratiques de bricolage en GRH et leurs changements ? ». En effet, d'une part, il permet de déterminer dans quelles mesures il est possible de parler de bricolage en matière de gestion de l'absentéisme à l'hôpital et, le cas échéant, quelles sont les catégories de bricolage observables (bricolages par nécessité ou stratégique, bricolages familial ou conventionnel). D'autre part, par l'identification des éléments de différenciation de ces catégories de bricolage (pérennité des pratiques ou non, rareté des ressources ou non, objectifs à court ou long terme, répertoires partagés ou séparés, dialogues proche ou éloigné, espaces commun ou distant), ce cadre conceptuel autorise une lecture des évolutions des bricolages observés dans une organisation. Dès lors, ce cadre semble

très adapté à l'analyse de la dynamique de la gestion de l'absentéisme dans les hôpitaux durant la crise de la Covid-19.

2. Méthodologie

L'étude du cas de la gestion de l'absentéisme dans un CHU français constitue notre substrat méthodologique. La méthodologie de l'étude de cas apparaît très appropriée à notre objectif de recherche car elle permet de montrer progressivement et avec précision comment se nouent les conditions de production de l'objet de recherche (Hamel, 1997).

Le CHU étudié compte 7700 salariés (dont 5500 soignants) et regroupant 1900 lits d'hospitalisation dans 15 pôles et 73 services. L'étude commandée par l'établissement s'est déroulée sur une période 7 mois de décembre 2018 à fin juin 2019 et elle portait sur le plus grand des trois sites du CHU qui compte 900 lits dans 6 pôles et 35 services. Ce site présente la spécificité d'intégrer le service réanimation et les services de pneumologie du CHU étudié qui ont été fortement impactés par la crise de la Covid-19.

L'étude initiale commandée par l'établissement s'est déroulée sur une période de 11 mois de décembre 2018 à fin octobre 2019 et portée sur la gestion de l'absentéisme des personnels soignants (infirmiers, A.S., A.S.H.) alors le taux d'absentéisme global de ces personnels du C.H.U se situait à environ 10%.

Pour mener cette étude de cas, un plan d'intervention a été construit avec les porteurs du projet (direction de l'établissement, direction des ressources humaines, chefs de pôles concernés).

Celui-ci prévoyait une réunion de lancement avec les porteurs de projet (plus une restitution écrite finale) et trois réunions plénières avec les cadres des services médicaux concernés. Ces réunions ont réuni quinze personnels cadres ou chefs de service du site étudié (tableau 1) et elles ont fait l'objet de compte rendus systématiques et de la tenue d'un journal de bord. Les comptes rendus de ces réunions et la tenue d'un journal de bord (tableau 3) nous ont permis de recenser les principales formes d'outils de gestion de l'absentéisme dans cet établissement.

Tableau 1. Personnels participant aux réunions plénières

Membres	Fonctions des membres	Domaines d'intervention sur la gestion de l'absentéisme
M1	Cadre de santé service Endocrinologie	Définition des besoins du service en personnel soignant ; Etablissement des plannings des personnels soignants. Gestion des absences imprévues
M2	Cadre supérieur de santé pole rhumatologie et neurologie	Centralisation et suivi des absences du pole ; Participation aux dispositifs collectifs de gestion des absences au niveau de l'établissement
M3	Cadre de santé service de neurologie	Définition des besoins du service en personnel soignant ; Etablissement des plannings des personnels soignants ; Gestion des absences imprévues
M4	Cadre de santé services des urgences	Définition des besoins du service en personnel soignant ; Etablissement des plannings des personnels soignants ; Gestion des absences imprévues
M5	Cadre supérieur de santé Pole de psychiatrie	Centralisation et suivi des absences du pole
M6	Directrice des soins	Participation aux dispositifs collectifs de gestion des absences au niveau de l'établissement
M7	Directrice des soins	Définition des règles de présence en service des personnels soignants ; Centralisation des besoins en personnels soignants
M8	Cadre de santé neurochirurgie	Définition des besoins du service en personnel soignant ; Etablissement des plannings des personnels soignants ; Gestion des absences imprévues
M9	Cadre de santé réanimation	Définition des besoins du service en personnel soignant ; Etablissement des plannings des personnels soignants ; Gestion des absences imprévues
M10	Cadre de santé pole cardiologie et chirurgie cardiaque	Gestion des absences des médecins ; Mise en adéquation des plannings médecins/personnels soignants
M11	Cadre de santé Bloc et Anesthésie-Réanimation	Définition des besoins du service en personnel soignant ; Etablissement des plannings des personnels soignants ; Gestion des absences imprévues
M12	Cadre de santé service de psychiatrie adultes	Définition des besoins du service en personnel soignant ; Etablissement des plannings des personnels soignants ; Gestion des absences imprévues
M13	Cadre supérieur de santé Pôle Cardiologie médicale	Centralisation et suivi des absences du pole ; Participation aux dispositifs collectifs de gestion des absences au niveau de l'établissement
M14	Cadre de santé service de rhumatologie	Définition des besoins du service en personnel soignant ; Etablissement des plannings des personnels soignants ; Gestion des absences imprévues

M14	Cadre de santé service d'orthopédie	Définition des besoins du service en personnel soignant ; Etablissement des plannings des personnels soignants ; Gestion des absences imprévues
M15	Chef de service Psychiatrie adultes	Gestion des absences des médecins ; Mise en adéquation des plannings médecins/personnels soignants

Un codage manuel des comptes rendus des réunions, fondé sur notre cadre d'analyse théorique (figure 1), nous a permis de rapprocher ces outils avec la catégorisation du bricolage proposée dans la littérature. Une grille de codage (tableau 2) nous a permis de qualifier chacun des outils de gestion de l'absentéisme décrits par les participants aux réunions plénières.

Tableau 2. Grille de codage

Outils de gestion de l'absentéisme	Caractéristiques
Pratiques	durables / provisoires / collectives / individuelles
Objectifs	gestion des contraintes / gestion quotidienne / création de valeur
Terme	court terme / moyen terme / long terme
Ressources	limitées / rares / abondantes
Répertoires	séparés / partagés / collectifs
Dialogue	limité / en proximité / conventionné
Espace	individuel/commun/distant

De plus, au commencement de l'étude, des informations statistiques relatives à l'absentéisme dans l'établissement ont été également mises à notre disposition pour la direction de l'établissement (tableau 3).

Pendant les périodes d'application du plan blanc Covid-19 dans cet établissement, il semble que le taux d'absentéisme des personnels soignants se soit stabilisé autour de 10%. Cependant les formes d'absentéisme ont probablement évolué et le taux de remplacement semble plus représentatif de ces évolutions. Il était de 85 % en 2019, il a été de 92% durant les périodes de plan blanc en 2020. Cette amélioration du taux de remplacement s'explique, en grande partie, par des changements intervenus dans les pratiques de gestion de l'absentéisme de courte durée dans cet établissement durant l'application de ce plan.

Aussi, pour analyser en profondeur ces changements, nous avons pu accéder aux informations relatives au plan blanc mis en place dans l'établissement au cours de la crise de la Covid-19 (tableau 3). Ces informations ont été codées selon la même grille de codage appliquée pour les réunions plénières (tableau 2). Nous avons croisé les résultats de ces deux codages successifs afin de mesurer les évolutions connues par les outils de gestion durant la période du « plan blanc ». A la suite, durant la période de ce « plan blanc », deux visio-conférences avec, à chaque fois, quatre personnels cadres ayant participé aux premières réunions plénières nous ont permis de confirmer ou infirmer nos analyses sur les évolutions des outils de gestion de l'absentéisme. Lors de la première visio-conférence, nos premières analyses ont été présentées et expliquées à quatre cadres (M4, M7, M11 et M13). A partir de de leurs remarques, nos analyses ont été modifiées et complétées. Lors de la deuxième visio-conférence, nos analyses sur l'évolution des outils de gestion de l'absentéisme de courte durée, durant la crise de la Covid-19, ont été présentées à quatre personnels cadres (M2, M5, M8 et M11) qui les ont complétées et enfin confirmées en totalité.

Tableau 3. Les matériaux de recherche

La gestion de l'absentéisme	Le « Plan Blanc » Covid-19
<ul style="list-style-type: none"> - statistiques de l'absentéisme 2015-2019 pour le site hospitalier étudié - compte-rendus de réunions plénières - journal de bord de recherche - Guide de gestion des absences et remplacements - CHU 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Blanc Covid-19 - Procédures Covid-19 CHU Mars 2020 - Bulletin d'infos RH CHU spécial Covid-19 du 16 mars 2020 - informations cellule de crise « Gestion de l'absentéisme et des moyens de remplacement »

Ainsi, la diversité du recueil des données attribue à notre étude de cas une plus grande exhaustivité et pluralité notamment car l'éventuelle non convergence des données permet de révéler des caractéristiques du cas non évidentes a priori (Yin, 2014).

Les observations ont été réalisées au sein des réunions plénières avec les cadres et chefs de services du CHU. Les données collectées ont été d'abord codées et analysées par les auteurs de cette étude. Leurs conclusions ont été soumises sous la forme d'un effet-miroir (Savall et Zardet 2004 ; Krief et Zardet, 2013) aux praticiens pour des discussions contradictoires. Les réactions des acteurs aux premières conclusions ont permis de fournir de nouvelles données qui ont alimenté un processus itératif d'interprétation (*ibid.*). Le protocole de recherche a été ainsi fondé sur une alternance des travaux de terrain (phase d'immersion : groupe de travail en réunions plénières) avec des phases de recul et d'analyse de ces travaux (phase de distanciation) pour créer des connaissances (Savall et Zardet, 2004).

3. Trois formes de bricolage pour gérer l'absentéisme à l'hôpital

Le codage des données nous a permis, dans un premier temps, de distinguer les outils conventionnels de gestion de l'absentéisme (plannings, tableaux de remplacement, pointage des heures, ratios de remplacement) (Damart, 2013) des pratiques de bricolage puis, dans un deuxième temps, de repérer les différentes formes de bricolage et ses évolutions durant l'application du plan blanc Covid-19 en 2020.

La mobilisation, sur les données de notre étude, du cadre d'analyse proposé (figure 1) nous permet de distinguer au moins trois formes de bricolage, et leurs évolutions, pour gérer l'absentéisme de courte durée dans l'établissement étudié.

La première d'entre elles se caractérise par les actions d'individus souvent isolés qui, dans les organisations, constituent et développent leur propre « caisse à outils » de bricoleurs afin de faire face à des problèmes récurrents.

3.1 Le bricolage individuel à l'hôpital

Comme l'indique Savall (1979), dans les organisations, la régulation de l'absentéisme s'est progressivement institutionnalisée dans le sens où elle est devenue une pratique courante et régulière. Dans les hôpitaux français, cette institutionnalisation est particulièrement montée en puissance depuis le début des années 2000. En revanche, notre étude révèle aussi que, dans ces hôpitaux, cette institutionnalisation ne s'opère pas de manière identique et homogène selon le type d'absentéisme géré. S'il existe des processus formels de gestion de l'absentéisme, poussés par les directions des établissements, ces processus sont difficilement applicables en l'état notamment pour l'absentéisme de courte durée (de 1 à 4 jours⁴). Aussi, très spécifiquement pour ce type d'absentéisme, les cadres du CHU étudié, nous indiquent devoir prendre en compte

⁴ Le Guide de gestion des absences et remplacements du CHU étudié distingue les absences de 1 à 4 jours, de 5 à 30 jours et de plus de 30 jours.

de nombreuses contraintes non prévues (urgence de la réponse à fournir, nombre important d'absences à gérer en même temps, disponibilité des agents des pools de site ou de pôle), ce qui les conduit à construire des solutions souvent improvisées et bricolés en fonction des moyens de gestion qu'ils ont « sous la main » (Levi-Strauss, 1962).

Des travaux récents (Devigne et al., 2016) ont permis de recenser plusieurs outils de gestion de l'absentéisme de courte durée dans les hôpitaux français qui sont laissés à l'initiative de chaque cadre ou chef de service. Comme le suggère notre cadre conceptuel (figure 1), par leur caractère provisoire et court-termiste ainsi que par les ressources limitées qui y sont consacrées, ces outils se rapprochent d'un bricolage individuel (Duymedjian et Rüling, 2010) mis en place d'abord par nécessité (Desa et Basu, 2010).

Tout d'abord, une première forme de bricolage individuel observée est représentée par l'auto-remplacement qui consiste à rappeler un salarié sur son propre poste durant ses congés ou ses récupérations. Il s'agit plus d'un bricolage individuel que d'un bricolage collectif (figure 2) car il est initié individuellement par le cadre à partir de son propre répertoire et va souvent à l'encontre des conventions formelles ou informelles de l'établissement pour gérer l'absentéisme. Durant la crise de la Covid-19, l'auto-remplacement s'est particulièrement intensifiée notamment car les cadres ont mis en congés des personnels puis les ont rappelés sur leurs congés pour qu'ils puissent être payés en heures supplémentaires comme le préconisait le plan blanc. Ainsi, durant cette période, l'auto-remplacement s'est institutionnalisé sous la forme d'une convention informelle pratiquée dans la plupart des services du CHU étudié (figure 2).

Ensuite, l'auto-ajustement est une deuxième forme de bricolage individuel qui, face à une absence imprévue, oblige le cadre de santé à s'organiser en interne et à mobiliser les effectifs dont il dispose pour pallier ladite absence. Cet auto-ajustement se réalise notamment par un glissement de tâches, fréquemment appelé, en management, glissement de fonctions (Savall et Zardet, 1987). A l'hôpital, cet auto-ajustement consiste à demander, en cas de pénurie, à une infirmière d'occuper un poste d'aide-soignante ou à une aide-soignante de faire le travail d'une A.S.H. Durant la période d'application du plan blanc, le glissement de tâches a été maintenu voire augmenté notamment pour des tâches relatives à la gestion de l'hygiène. Durant cette période, le glissement des tâches a donc pris les formes d'un bricolage plus stratégique et familier (figure 2) car recommandé par la direction du CHU pour les remplacements des A.S.H. absentes pour la gestion de l'hygiène. Ce glissement est néanmoins resté familier car mis en œuvre uniquement au niveau de chacun des pôles et de leurs services.

Enfin, une troisième forme de bricolage individuel est caractérisé par la mobilité inter-services qui consiste, pour venir renforcer son équipe, à solliciter des agents d'autres unités de soin quand celles-ci ne sont pas également en pénurie. Cette mobilité inter-services, si elle est encouragée par la direction du CHU étudié, est finalement peu mobilisée par les cadres. Les cadres de l'établissement nous ont majoritairement indiqué qu'en période normale, les personnels de leurs services refusent d'accomplir ces mobilités et les représentants syndicaux s'y opposent fermement. Aussi, les cadres utilisent cette mobilité, de manière individuelle, en dernier recours et, souvent sans réel échange de procédés avec les autres services (figure 2).

Lors de la crise de la Covid-19, la mobilité inter-services a continué à être utilisée de manière assez mineure et est restée un bricolage par nécessité. Cependant, durant cette période l'utilisation des mobilités inter-services a connu certaines évolutions notamment dans des services très touchés par la crise. En effet, dans ces services, l'exécution des mobilités inter-services a nécessité le partage et le dialogue des répertoires des cadres de services disposant de personnels formés à la réanimation (urgences, réanimation, soins intensifs, salles de réveil) afin de rendre disponibles et mobilisables à tout moment des lits d'aval pour les patients atteints de

la Covid-19. Aussi, pour faire face à une situation exceptionnelle, cette pratique est passée d'un bricolage individuel à un bricolage collectif familial (figure 2).

3.2 Le bricolage collectif familial

Quand les dysfonctionnements, tels l'absentéisme, touchent un ensemble des services hospitaliers au sein d'un hôpital, le bricolage individuel peut prendre des formes plus collectives. Souvent, ce bricolage collectif est d'abord « familial » c'est-à-dire construit de manière informelle entre les bricoleurs individuels (Duymedjian et Rüling, 2010) mais accepté voire incité par les directions des hôpitaux.

Le symbole de ce type de bricolage est l'*intérim* du personnel, souvent médical, mais aussi paramédical. Les cadres de santé dans cet établissement ont particulièrement évoqué l'*intérim* des infirmières et des A.S. comme un outil de gestion de l'absentéisme utilisé dans leurs services en période normale. Durant la période des plans blancs dans l'établissement étudié, les *intérim*s se sont très sensiblement réduits. A la suite de la fermeture des services de consultation (génécologie, cardiologie, rhumatologie, etc.), les infirmières, A.S. et A.S.H. de ces services ont été repositionnés dans les services de soins et d'hospitalisation.

Les fermetures de lits, de services et les transferts de patients, notamment en période de tension (période de fêtes, de vacances scolaires) sont également devenus des pratiques courantes de bricolage collectif. Le phénomène est particulièrement courant en psychiatrie où l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)⁵ évalue la diminution du nombre de lits à 60% au cours des 40 ans dernières années (42000 lits actuellement contre plus de 100 000 en 1980) avec une division par 4 de la durée moyenne de séjour des patients (106 journées en 1980 contre 27 journées aujourd'hui). Durant la période du plan blanc, il n'y a aucune fermeture de lits dans aucun service de l'établissement étudié. La disparition de ces deux bricolages familiaux, durant la période du plan blanc (figure 2) a révélé qu'il était possible de retarder l'utilisation de ces pratiques quelque peu radicales en faisant appel auparavant à des bricolages collectifs plus conventionnels.

3.3 Le bricolage collectif conventionnel

Face à des dysfonctionnements récurrents et généralisés le bricolage collectif peut progressivement devenir conventionnel c'est-à-dire régi par des conventions de bricolage (Duymedjian et Ruling, 2010) pouvant être, à la fois, des outils ou règles de gestion de l'absentéisme construits directement par les directions de l'établissement ou des normes informelles de gestion progressivement institutionnalisées (Savall, 1979) dans l'établissement.

Les « *pools* de remplacement », institués en France à la suite des accords Aubry en 2000, sont un exemple d'outils de bricolage conventionnels mis en œuvre dans la plupart des hôpitaux. Ils sont constitués de personnels soignants (infirmier(e)s, A.S., A.S.H.) qui n'ont pas d'affectation fixe et auxquels on peut faire appel dans tout type de services. Généralement les hôpitaux ont mis en place un « *pool* de site » au niveau de chaque établissement et des « *pools* de pôle » pour chacun des principaux pôles de l'établissement (pôle « urgences », « chirurgie », « cardiologie », « rhumatologie », « cancérologie », etc.). Les *pools* de remplacement (*pools* de site ou de pôle) ont occupé une place stratégique, durant le plan blanc, car piloté directement par la direction du CHU (figure 2). Les plans blancs ont donné la possibilité aux chefs de services ou aux cadres de santé de donner aux personnels des *pools* non mobilisés des Autorisations Spéciales d'Absence (ASA) rémunérées. Ceci a permis, d'une part, de répartir de manière efficace les personnels entre services excédentaires et déficitaires mais aussi, d'autre

⁵ http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf

part, de donner une reconnaissance voire un statut un peu protecteur (à travers les ASA) aux personnels de ces *pools*.

Un deuxième élément de bricolage conventionnel est constitué par les plateformes numériques de remplacement des personnels. Les applications numériques Whoog⁶ et medGo⁷ sont les outils emblématiques de ces plateformes. Depuis fin juin 2020, les deux start-up (Whoog et medGo) ont fusionné pour proposer la solution Hublo à 1500 établissements de santé⁸ sur les 3042 établissements recensés en France⁹. L'application *Whoog* (maintenant *Hublo*) est l'outil utilisé par le CHU étudié dans ce travail. Développée initialement pour le sauvetage en mer, puis adaptée au monde médical, elle repose sur un algorithme de disponibilité qui croise les propositions de mission déposées par un chef de service ou un cadre avec les profils des professionnels de santé de l'établissement proposant leurs services dans la base de données de l'application. En interne, beaucoup d'agents sont tentés de s'inscrire sur ce logiciel afin d'améliorer leurs revenus professionnels, par le paiement d'heures supplémentaires. Certaines situations individuelles poussent même certains personnels à se mettre en congés pour faire des « *whoog* » mieux rémunérés que leur journée de travail normal ou leurs jours de congés. Les services RH ne pouvant pas (ou ne souhaitant pas) croiser les informations relatives aux congés avec celles relatives aux services « *whoog* » des personnels. Dans l'établissement étudié, durant le plan blanc, les « *whoog* », et les dérives qu'ils occasionnent, ont disparu grâce aux surplus d'effectif issus des *pools* de remplacement et à l'autorisation des heures supplémentaires pour certains personnels difficiles à remplacer (personnels de réanimation, infirmières de bloc). La substitution de l'utilisation de cette application de remplacement des personnels par les *pools* de remplacement marque une évolution stratégique de cette dernière pratique de bricolage (figure 2).

Le remplacement intra-service d'un collègue par un autre collègue du service (appelé « lissage de planning » par les cadres interrogés) constitue une troisième forme de bricolage collectif conventionnel. Il consiste à décaler les congés ou les jours de repos du personnel remplaçant pour qu'il puisse effectuer le remplacement. De manière assez informelle, ce type de remplacement s'est progressivement institutionnalisé, dans les services du CHU étudié, pour devenir à la fois collectif et conventionnel (figure 2).

De même, au cours de la crise de la Covid-19, l'application du plan blanc dans l'hôpital étudié a généralisé et rendu quasi-stratégique la pratique des remplacements intra-services en autorisant de manière massive les rappels de personnels en congés annuels, RTT ou RA (Repos Aménagés) avec enclenchement d'une procédure d'abandon de poste en cas de refus des personnels. La radicalité de la mesure ne devrait pas se maintenir au-delà de la période de crise sanitaire. Cependant, durant cette période, par son pilotage par la direction de l'établissement, ce bricolage a pris les formes d'un bricolage beaucoup plus stratégique (figure 2).

⁶ Le Monde du 11 mars 2020

⁷ Les Echos Entrepreneurs du 17 septembre 2020

⁸ <https://www.ticsante.com/story/5239/gestion-des-remplacements-a-l-hopital-les-start-up-medgo-et-whoog-fusionnent.html>

⁹ Les établissements de santé - édition 2020 Sous la direction de Fabien Toutlemonde – Collection Panoramas de la DREES – Juin 2020

Figure 2. Les dynamiques du bricolage en milieu hospitalier (source : auteur)

Typologie des bricolages organisationnels	Bricolage individuel (Duymedjian et Rüling, 2010)	Bricolage collectif (Duymedjian et Rüling, 2010)	
		Familier	Conventionnel
Bricolage par nécessité (Desa et Basu, 2013)	- <i>Auto-remplacement</i> - <i>Glissement de tâches</i> - <i>Mobilité inter-services</i>	- <i>Intérim des personnels</i> - <i>Fermetures de lits</i> - <u><i>Mobilité inter-services</i></u>	- <i>Pool de site</i> - <i>Pool de pôle</i> - <i>Remplacement intra-service</i> - <i>Application « Whoog »</i>
Bricolage stratégique (Desa et Basu, 2013)		- <u><i>Glissement de tâches</i></u>	- <u><i>Pool de site</i></u> - <u><i>Pool de pôle</i></u> - <u><i>Remplacement intra-service</i></u>

Légende : texte noir italique : bricolage avant la crise de la Covid-19

texte noir italique barré : bricolage disparu durant la crise de la Covid-19

texte noir italique souligné : évolutions du bricolage durant la crise de la Covid-19

4. Deux dynamiques d'évolution de ce bricolage

Dans un premier temps, la mobilisation du cadre conceptuel d'analyse dynamique du bricolage (figure 1), sur les données de notre étude, nous a permis de distinguer au moins trois formes de bricolage pour gérer l'absentéisme de courte durée dans l'établissement étudié (figure 2).

Par la suite, la confrontation de ces premiers résultats avec la constitution du plan blanc Covid-19 dans cet établissement, nous permet d'identifier les évolutions connues par ces trois formes de bricolage au cours de la période de crise. Cela nous permet, en termes de contribution théorique, de justifier l'existence d'au moins deux dynamiques d'évolution de ce bricolage (figure 3).

4.1 Des évolutions des objectifs du bricolage

Les résultats présentés précédemment mettent en évidence une première dynamique du bricolage reposant sur les évolutions des objectifs qui lui sont assignés. Ainsi, ce bricolage, souvent mis en œuvre « par nécessité » par les personnels, peut prendre la forme d'un bricolage stratégique lorsque l'organisation l'accepte et le rend visible.

Dans l'hôpital étudié, notre modèle conceptuel (figure 1) laisse entrevoir, qu'au lieu d'être confinés à des pratiques provisoires, locales et parfois opaques, certains outils de bricolage ont adopté, avec le plan blanc Covid-19, certaines caractéristiques du bricolage stratégique. Cette évolution a notamment été rendue possible à partir de la visibilité et l'orientation stratégique que leur a donnée, dans cet établissement, le plan blanc Covid-19. Sous son impulsion, certains bricolages existants (glissement des tâches, *pools* de remplacement, remplacements intra-services) ont endossé des objectifs stratégiques alors qu'ils répondaient, jusqu'ici, à des objectifs de « nécessité ». Le cadre d'analyse retenu pour cette étude (figure 1) nous permet de constater que cette dynamique « stratégique » de certains bricolages se manifeste, dans notre étude, de trois manières :

- dans le cas des remplacements intra-services ou des *pools* de remplacement, la transformation d'un objectif de gestion des contraintes à court-terme en un objectif de création de valeur à moyen ou long terme (figure 3).

- dans les cas du glissement des tâches, l'ouverture à l'ensemble des services du site des ressources attribuées à ce type de bricolage alors qu'elles étaient limitées à un ou quelques services en période normale.

- Dans les cas de l'*intérim*, la fermeture de lits ou des plateformes de remplacement des personnels, la disparition, épisodiquement ou non, de certains bricolages et de leurs objectifs.

Ces résultats montrent cette première dynamique du bricolage, se manifeste par le développement ou la diminution des ressources contenues dans un répertoire à partir de changements opérés sur les objectifs du bricolage (figure 3). Ces résultats mentionnent également que cette dynamique des objectifs peut être principalement mesurée à partir des critères de durée de la pratique de bricolage (provisoire ou durable), de partage ou non des répertoires des « bricoleurs » et de dialogue entre et avec les répertoires (figure 3).

4.2 Des évolutions intervenant dans la mise en œuvre du bricolage

Notre étude révèle également une deuxième dynamique du bricolage dans les organisations qui porte sur les modalités de mise en œuvre de ce bricolage.

Tout d'abord, dans le cas de la mobilité inter-services, un bricolage individuel peut devenir progressivement collectif familial si les répertoires de chaque individu deviennent partagés par des « bricoleurs » co-présents et appartenant à un espace commun de bricolage (figure 3).

Ensuite, un bricolage individuel peut devenir collectif lorsqu'un établissement l'entérine par convention expresse ou tacite (cas de l'auto-remplacement) ou lorsque des bricoleurs partagent leurs répertoires au sein d'un service ou d'un pôle (cas du glissement des tâches) (figure 3).

Ces constatations nous permettent d'observer au moins trois critères d'appréciation de cette dynamique de la mise en œuvre du bricolage : l'évolution du type d'espace de bricolage (espace commun ou distant), l'évolution du nombre de bricoleurs et l'existence d'une convention formelle ou informelle de bricolage (figure 3).

Figure 3. Les dynamiques du bricolage dans les organisations

Contenu des dynamiques	Dynamique des objectifs	Dynamique de la mise en œuvre
Manifestations de la dynamique	- Elargissement des ressources de bricolage - objectif de CT/ objectif de MLT - Suppression d'objectifs	- bricolage individuel/ bricolage collectif - bricolage familial/ bricolage conventionnel
Critères d'appréciation de la dynamique	- durée de la pratique de bricolage - partage ou non des répertoires des « bricoleurs » - dialogue entre et avec les répertoires	- types d'espace de bricolage - nombre de « bricoleurs » - convention ou non de bricolage
Formes de bricolage concernées dans notre étude	- remplacements intra-services - glissement des tâches - pools de remplacement - <i>intérim</i> des personnels - fermeture de lits - plateforme de remplacement des personnels	- mobilité inter-services - auto-remplacement - glissement des tâches

Dans notre étude de cas, nous avons pu identifier comment la survenance de la crise de la Covid-19, dans l'environnement de l'hôpital étudié, agissait sur les pratiques de bricolage pour gérer l'absentéisme de courte durée. Nous avons pu ainsi commencer à caractériser deux dynamiques de ce bricolage portant, d'une part, sur les objectifs du bricolage et d'autre part, sur sa mise en œuvre. Ce résultat contribue à identifier deux dynamiques du bricolage dans l'espace et dans le temps, ce qui, à notre connaissance, n'avait pas été caractérisé précédemment. De futures études devront permettre de tester et vérifier cette première contribution mais également identifier de nouvelles caractéristiques de ces deux dynamiques, non observées ici.

Conclusion

L'objectif de notre travail était d'analyser les modes d'expression et d'évolution des pratiques de bricolage pour gérer l'absentéisme de courte durée dans les services d'un CHU français durant la crise de la Covid-19.

Les contributions de notre étude sont doubles. Tout d'abord, sur un plan pratique et managérial, nous mettons en évidence l'existence de modalités de gestion de l'absentéisme dans les hôpitaux français fondées sur des pratiques de bricolage identifiables à travers au moins trois caractéristiques (individuel, collectif familial, collectif conventionnel). A travers l'exemple de la gestion de l'absentéisme de courte durée, ce résultat autorise, d'une part, une identification des caractéristiques du bricolage en gestion des ressources humaines et, d'autre part, une proposition de catégorisation de ce bricolage répliquable dans d'autres domaines de GRH. En termes d'implications managériales, ce résultat offre une grille d'observation et de définition du bricolage en GRH qui peut être mobilisée, dans la pratique, pour qualifier les pratiques de bricolage en GRH et les distinguer de pratiques de gestion plus conventionnelles.

Deuxièmement, sur le plan théorique, à partir du cas de la gestion de l'absentéisme de courte durée à l'hôpital, notre travail propose une grille d'analyse dynamique du bricolage, dans l'espace et dans le temps. L'application de cette grille sur l'étude de cas de la gestion de l'absentéisme autorise une première identification de deux dynamiques, des objectifs et de la mise en œuvre de ce bricolage.

Notre étude présente néanmoins une limite significative concernant l'exhaustivité des formes de bricolage à l'hôpital identifiées notamment car, comme le suggère ce concept, le bricolage peut prendre des formes multiples et inattendues. Par ailleurs, même si elle repose sur un concept managérial robuste, l'analyse des dynamiques du bricolage que nous réalisons est limitée au contexte de la gestion de l'absentéisme de courte durée dans un établissement hospitalier. Il conviendra probablement, de vérifier, dans d'autres contextes, la pertinence de nos suggestions avant d'entériner, de manière plus définitive, nos conclusions quant à ces dynamiques

REFERENCES

- Achmet, V., & Commeiras, N. (2018) ; Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public: quelles conséquences ? *Gestion* 2000, 35(6), p. 119-148.
- Anasse, A., Bidan, M., Ouedraogo, A., Oruezabala, G., & Plane, J. M. (2020). Alternatives africaines en management. *Revue française de gestion*, 46(289), p. 77-100.
- Baker, T., & Aldrich, H-E (2000). Bricolage and resource-seeking: Improvisational responses to dependence in entrepreneurial firms. *Working paper*. University of North Carolina at Chapel Hill.
- Baker, T.S., & Nelson, R.E. (2005). Creating something from nothing: resource construction through entrepreneurial bricolage. *Administrative Science Quarterly*, 50(3), p. 329-366.
- Baret, C. (2002). Hôpital: le temps de travail sous tension. Une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède », *Sciences sociales et santé*, 20(3), p. 75-107.
- Bauman, Z. (2013). *Liquid modernity*. John Wiley & Sons.
- Bouville G. (2009), « L'influence de l'organisation et des conditions de travail sur l'absentéisme. Analyse quantitative et étude de cas », Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Rennes 1
- Bouville, G. (2011), « L'absentéisme au travail : un révélateur d'un mal-organisationnel », L'état des entreprises 2012, coord. A. Pezet et G. Nogatchewski, 2011, Paris, La Découverte, pp. 41-50
- Brami, L., Damart, S., Detchessahar, M., Devigne, M., Habib, J., Kletz, F., & Krohmer, C. (2014). *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital*, Presses des Mines, collection Économie et Gestion, Paris.
- Coutu, D.L. (2002). How resilience works. *Harvard Business Review* 80(5), p. 46–51.
- Coron, C., Pigeyre, F. (2020). L'appropriation des politiques d'égalité professionnelle par les acteurs: éléments de contexte et conditions. *Management International/International Management/Gestión Internacional*, 24(1), p. 127-139.
- Cunha, M. P. (2005). Bricolage in organizations, *SSRN Electronic Journal*, p. 1-32.
- Damart, S. (2013). Chapitre 2. Outils pour la gestion des absences. In : S. Damart, *Innovations managériales en établissements de santé* (pp. 47-61). Caen, France: EMS Editions.
- Desa, G. (2012). Resource mobilization in international social entrepreneurship: bricolage as a mechanism of institutional transformation. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 36(4), p. 727-751.
- Desa, G., & Basu, S. (2013). Optimization or bricolage? Overcoming resource constraints in global social entrepreneurship. *Strategic Entrepreneurship Journal*, 7(1), p. 26-49.
- Devigne, M., Damart, S., Kletz, F., Habib, J., Detchessahar, M., Krohmer, C., & Laurent, B. (2016). *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital: comprendre et agir*, Presses des Mines, Paris.
- Dietrich, A. (2009). Le manager intermédiaire ou la GRH mise en scène. *Management Avenir*, (1), p. 196-206.
- Divay, S. (2010). Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l' « absentéisme » dans un hôpital local. *Sociétés contemporaines*, 1, p. 87-109.
- Duymedjian, R., & Rüling, C. C. (2010). Towards a foundation of bricolage in organization and management theory. *Organization Studies*, 31(2), p. 133-151.
- Frachette, M., Zardet, V., Rieutord, A., & Barth, I. (2019). La coopération entre pharmacie et services cliniques à l'hôpital et son impact sur la prise en charge thérapeutique. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, (3), p. 223-236.
- Fultz, A.E.F., & Baker, T. (2017). The Day of Small Beginnings: Bricolage as a Source of Dynamic Capabilities in Young Firms. *Academy of Management Proceedings*, (1), p. 14798,

- Gallego-Roquelaure, V., & Adla, L. (2019). *Manager l'innovation en PME: focus sur la gestion des ressources humaines*. Éditions EMS.
- Garud, R. & Karnøe, P. (2003). Bricolage versus breakthrough: Distributed and embedded agency in technology entrepreneurship. *Research Policy*, 32, p. 277–300.
- Grimand, A., Glaisner, J., & Grevin, A. (2017). Un travail à soi. Repères pour un management de l'appropriation du travail. @ *GRH*, (2), p. 95-119.
- Halim, H. A., Andalib, T. W., Ahmad, N. H., & Ramayah, T. (2020). Leveraging Entrepreneurial Bricolage and Innovation Performance among Manufacturing SMEs in Malaysia Under a Resource Constrained Environment. *Int. J Sup. Chain. Mgt*, 9(5), p. 1030.
- Hamel, J. (1997). *Etude de cas et sciences sociales*, L'Harmattan, Paris.
- Havard, C. & Ingham, M. (2018). Mobilisation des processus RH par les managers pour déployer le management responsable : le cas du Groupe La Poste. *Revue de gestion des ressources humaines*, 109(3), 3-24. <https://doi-org.ezproxy.uca.fr/10.3917/grhu.109.0003>
- Horak, S. (2017). The informal dimension of human resource management in Korea: Yongo, recruiting practices and career progression. *The International Journal of Human Resource Management*, 28(10), p. 1409-1432.
- Jaouen, A. & Nakara, W. A. (2014). Les systèmes d'information en microfirme : une approche par le bricolage organisationnel. *Revue internationale P.M.E.*, 27(3-4), p. 225–260.
- Levi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*, Plon, Paris.
- Kletz, F., & Moisson, J-C, (2015). Métabolisation d'un incitatif économique : effets attendus et inattendus des nouveaux modes de financement du système hospitalier. *Recherches en Sciences de Gestion*, 106(1), p. 185-205.
- Krief, N. & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95, 211-237. <https://doi.org/10.3917/resg.095.0211>
- Macmaster, B., Archer, G., & Hirth, R. (2014). Making do with what is at hand. *The Routledge companion to entrepreneurship*, 149.
- Mair, J., & Marti, I., (2009). Entrepreneurship in and around Institutional Voids: A Case Study from Bangladesh. *Journal of Business Venturing* 24 (5), p. 419–435.
- Mawadia, A., Eggrickx, A., & Chapellier, P. (2020). La créativité organisationnelle: un apport pour le bricolage collectif. *Management International/International Management/Gestión Internacional*, 24(1), p. 140-153.
- Nakara, W., Jaouen, A., Vedel, B., Gabarret, I. & D'andria, A. (2018). Examining the startup phase of an incubator from a bricolage perspective. *Revue de l'Entrepreneuriat*, 17(3), p. 103-137. <https://doi.org/10.3917/entre.173.0103>
- Perkmann, M., & Spicer, A. (2014). How emerging organizations take form: The role of imprinting and values in organizational bricolage. *Organization Science*, 25(6), p. 1785-1806.
- Rivière, A., Commeiras, N., & Loubes, A. (2019). Nouveau Management Public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé. *Revue de gestion des ressources humaines*, 112(2), p. 3-20. <https://doi.org/10.3917/grhu.112.0003>
- Rossano, M., Abord de Chatillon, E. (2021). Pallier le manque de ressources dans une organisation liquide : le cas du service de neurologie d'un hôpital public. @*GRH*, 1(1), 105-133. <https://doi-org.ezproxy.uca.fr/>
- Savall, H. (1979) *Reconstruire l'entreprise: Analyse socio-économique des conditions de travail*, Dunod, Paris.
- Savall, H. & Zardet, V. (1987). Maîtriser les coûts et les performances cachés, Le contrat d'activité périodiquement négociable. Prix Harvard l'Expansion de Management Stratégique. *Economica*,
- Savall H. & Zardet V. (2004), *Recherche en sciences de gestion: approche qualimétrique. Observer l'objet complexe*, *Economica*

- Servantie, V., & Hlady-Rispal, M. (2019). Bricolage, effectuation et planification: le cas de la démarche entrepreneuriale d'une EIRP. *Revue internationale PME*, 32(3-4), p. 261-290.
- Turnbull, S. (2002). Bricolage as an alternative approach to human resource development theory building. *Human Resource Development Review*, 1(1), p. 111-128.
- Vignikin, A., Leroy, D., & Chedotel, F. (2016). L'improvisation en tant que situation managériale? Comment évolue-t-elle durant la vie d'un projet? *@ GRH*, (1), p. 65-98.
- Visscher, K., Heusinkveld, S., & O'mahoney, J. (2018). Bricolage and identity work. *British journal of management*, 29(2), p. 356-372.
- Weick, K.E. (1993). The collapse of sensemaking in organizations: The Mann Gulch disaster'. *Administrative Science Quarterly* 38, p. 628–652.
- Weick, K.E. (1998). Introductory essay: Improvisation as a mindset for organizational analysis. *Organization Science*, 9, p. 543–555.
- Weiss, D. (1979), « L'absentéisme », *Revue française des Affaires sociales*, 10-12(4), p.49-95
- Worley, C. G., & Lawler, E. E. (2010). Agility and organization design: A diagnostic framework. *Organizational Dynamics*, 39(2), 194-204.
- Worley, C. G., Zardet, V., Bonnet, M., & Savall, A. (2015). *Becoming agile: How the SEAM approach to management builds adaptability*. John Wiley & Sons.
- Yin, R.K. (2014). *Case study research. Design and methods*. 2nd edition, Sage Publications, London.
- Zardet, V., Fièrè, D., Savall, H., & Petit, R. (2011). Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital. *Journal d'économie médicale*, 29(6), p. 277-293.