



**EHESP**

---

**Module interprofessionnel de santé publique**

**- Année 2017 -**

---

**« Analyser et prévenir  
l'absentéisme dysfonctionnel  
dans le secteur de la santé »**

**- Groupe n°11 -**

Aurélie DILASSER	Jean-François HELIE
Sébastien HUET	Julie JOYEUX
Gilles LAVENU	Cathy LEROY
Yvan LE GUYADER	Pierre MILLET
Laëtitia PRUDENT	Patrick RAFFY
Peggy VUILLIN	Sara WAHBI

---

**Animatrice :  
Christelle ROUTELOUS**





---

## R e m e r c i e m e n t s

---

Nous tenons à remercier l'équipe organisatrice du module interprofessionnel (MIP) pour nous avoir permis de travailler en interfiliarité sur un sujet majeur qui touche au quotidien les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Nous remercions également Christelle ROUTELOUS, qui tout au long de ces trois semaines de recherche, de discussion et de rédaction, a su se rendre disponible pour répondre à nos interrogations et pour accompagner nos travaux.

Ensuite, nous remercions les dix professionnels (filiale soignante et cadres de direction/administration) qui ont accepté de nous accorder de leur temps de travail et de partager avec nous leurs connaissances, expériences et expertises afin de nous permettre de mieux appréhender la problématique de l'absentéisme dysfonctionnel dans le secteur de la santé.

Merci enfin à tous les membres du groupe pour leur implication, leur partage d'expériences et de compétences, qui ont concouru à la complémentarité, à la dynamique et à la cohésion d'équipe.

---

## S o m m a i r e

---

<b>Liste des sigles utilisés .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Bien qu'il soit un enjeu majeur dans le secteur de la santé, l'absentéisme dysfonctionnel demeure peu objectivable.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1. L'absentéisme dysfonctionnel est un phénomène complexe.....</b>	<b>6</b>
1.1.1. L'absentéisme dysfonctionnel résulte de causes multifactorielles. ....	6
1.1.2. L'absentéisme dysfonctionnel est source de multiples enjeux. ....	7
<b>1.2. En dépit de dispositifs d'analyse et d'action, l'absentéisme dysfonctionnel reste un phénomène difficilement appréhendable.....</b>	<b>9</b>
1.2.1. Les dispositifs d'analyse et les actions pour circonscrire l'absentéisme global sont également mobilisables dans le cas de l'absentéisme dysfonctionnel.. ....	9
1.2.2. Néanmoins, ces données et ces actions présentent des limites pour l'analyse et la prévention de l'absentéisme dysfonctionnel.....	11
<b>2. La relation entre motivation et absentéisme dysfonctionnel demeure souvent peu objectivée mais l'analyse des entretiens souligne les leviers d'action mobilisables. ....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Il reste un impensé entre absentéisme dysfonctionnel et motivation.....</b>	<b>13</b>
2.1.1 La définition de l'absentéisme dysfonctionnel diffère en fonction de l'interlocuteur.....	13
2.1.2 Les conséquences et les enjeux de l'absentéisme dysfonctionnel sont pluriels. ....	14
2.1.3 Néanmoins, les entretiens mettent en évidence trois points de convergence..	14
2.1.4 Les professionnels interviewés portent un regard critique sur les politiques nationales.....	15
<b>2.2 Cet impensé explique que les politiques de prévention demeurent essentiellement axées sur l'absentéisme conjoncturel.....</b>	<b>15</b>
2.2.1 L'objectivation de l'absentéisme dysfonctionnel pâtit d'un défaut d'analyse qualitative. ....	16

2.2.2	En dépit de l'impensé entre motivation et absentéisme dysfonctionnel, des initiatives locales sont menées pour dynamiser l'investissement des agents.....	16
<b>2.3 Le management est perçu par les interviewés comme un levier de la motivation au travail.....</b>		<b>17</b>
2.3.1	Le cadre de proximité est un acteur majeur dans la régulation de l'absentéisme dysfonctionnel. ....	17
2.3.2	La formation constitue une réponse partielle pour développer la motivation au travail. ....	18
2.3.3	Un lien explicite existe entre communication managériale et motivation des agents. ....	19
<b>3. L'analyse croisée des entretiens et de la littérature permet de proposer quelques préconisations.....</b>		<b>21</b>
<b>3.1 Le manager doit composer avec des contraintes exogènes.....</b>		<b>21</b>
<b>3.2. La gestion de l'absentéisme passe par une action managériale ciblée sur la motivation au travail .....</b>		<b>21</b>
3.2.1	Le développement des compétences est une perspective motivante pour les agents. ....	21
3.2.2	Il semble pertinent de développer une gestion individuelle au service d'une organisation collective.....	23
3.2.3	Il est nécessaire de développer le management de soutien. ....	24
<b>3.3. Des marges de manœuvre peuvent être dégagées à travers la rénovation et la création de dispositifs.....</b>		<b>25</b>
<b>Conclusion.....</b>		<b>28</b>
<b>Bibliographie .....</b>		<b>29</b>
<b>Méthodologie.....</b>		<b>34</b>
<b>Liste des annexes .....</b>		<b>36</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>ANACT</b>	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>AS</b>	Aide-soignant
<b>ASH</b>	Agent de service hospitalier
<b>AT</b>	Accident du travail
<b>CGS</b>	Coordonnateur général de soins
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHSCT</b>	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
<b>CLACT</b>	Contrat local d'amélioration des conditions de travail
<b>CLM</b>	Congé longue maladie
<b>CNEH</b>	Centre national de l'expertise hospitalière
<b>CREF</b>	Contrat de retour à l'équilibre financier
<b>CS</b>	Cadre de santé
<b>CSS</b>	Cadre supérieur de santé
<b>D3S</b>	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
<b>DH</b>	Directeur d'hôpital
<b>DRH</b>	Direction des ressources humaines
<b>DS</b>	Directeur de soins
<b>EHESP</b>	Ecole des hautes études en santé publique
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>FPH</b>	Fonction publique hospitalière
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'Etat
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>MIP</b>	Module interprofessionnel
<b>MP</b>	Maladie professionnelle
<b>QVT</b>	Qualité de vie au travail
<b>RH</b>	Ressources humaines
<b>RPS</b>	Risques psychosociaux
<b>RTT</b>	Réduction du temps de travail
<b>SMAF</b>	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
<b>T2A</b>	Tarifification à l'activité
<b>TMS</b>	Troubles musculo-squelettiques

---

## Introduction

---

Un rapport des trois inspections générales a été rendu public en novembre 2015<sup>1</sup>. Il évalue l'expérimentation visant à renforcer le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires. Sa dernière préconisation souligne la nécessité de doubler le contrôle répressif de l'absentéisme par une politique de prévention. Cette proposition illustre l'approche incomplète de l'absentéisme, lequel est souvent traité de façon fragmentée. Il est néanmoins possible de donner une définition générique de l'absentéisme. Celui-ci se définit comme les absences théoriquement non prévues au planning et ne constituant pas une contribution effective<sup>2</sup>. Ceci étant dit, il semble peu pertinent de traiter de façon similaire une absence due à une maladie chronique, à une grossesse ou à un événement réactionnel. Par conséquent, une approche plus fine des causes de l'absentéisme est nécessaire pour agir sur le problème. Il est possible de distinguer différentes sortes d'absentéisme, en fonction du degré d'*évitabilité* de l'absence<sup>3</sup> :

1. L'absentéisme dysfonctionnel résulte du choix de l'agent de venir – ou non – travailler. Il est *in fine* compressible par des actions répressives et préventives.
2. L'absentéisme conjoncturel résulte d'absences non choisies par l'agent, à l'instar de celles résultant d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Les mesures de prévention permettent de réduire cet absentéisme.
3. L'absentéisme incompressible renvoie à des arrêts sur lesquels il ne peut y avoir d'action de résorption à mener, tels les congés maternité.

Il a été décidé de se concentrer sur l'absentéisme dysfonctionnel. D'une part, il s'agit d'un absentéisme déstructurant pour les services de santé, car il est source d'aléas en termes d'adaptation des organisations de travail. D'autre part, c'est une forme d'absentéisme sur laquelle le manager peut agir par lui-même et par une politique de gestion des ressources humaines centrée sur la motivation, comme mode de prévention et de maîtrise de l'absentéisme dysfonctionnel.

La motivation semble influencer l'investissement de l'individu dans son travail. Si elle peut se définir comme « *les raisons, intérêts et éléments qui poussent quelqu'un à agir* », elle revêt aussi différentes acceptions : « volonté de bien faire, faire du bon travail au mieux de ses

---

<sup>1</sup> SIMON AL., rapport IGAS, « Evaluation de l'expérimentation confiant à 6 CPAM le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires », 2015

<sup>2</sup> FLEURENT-DIDIER Nicolas, DRH CH du HAVRE, 2017 (EHESP) "La question de l'absentéisme : prévention, gestion et compensation"

<sup>3</sup> FLEURENT-DIDIER Nicolas, *ibid.*



capacités»<sup>4</sup>. Les besoins, mobiles et valeurs restent indispensables pour comprendre les comportements individuels et collectifs. La prise en compte de cet aspect dans le management institutionnel est alors indispensable. Différentes théories de la motivation ont été développées<sup>5</sup> ; elles nous éclairent sur les enjeux et limites des leviers d'action en la matière :

<i>Théories</i>	<i>Atouts</i>	<i>Limites</i>
<i>Théories des besoins-mobiles-valeurs</i>	<b>Comprendre la motivation des individus à travailler :</b> Suscitée par la volonté de satisfaire des besoins multiformes : reconnaissance, réalisation de soi, appartenance à un groupe.	Liste non exhaustive ni universelle des facteurs de motivation. Confusion satisfaction/motivation.
<i>Théories des choix cognitifs</i>	<b>Comprendre le mécanisme de la motivation :</b> Déclenchement du comportement/actions/réalisations → attendu par l'organisation. Comportement déterminé par la valeur subjective des buts de l'individu et des résultats recherchés.	Rationalité limitée de l'être humain. Compréhension difficile des mécanismes comportementaux. Attentes des individus insuffisantes pour comprendre la situation.
<i>Théories de l'auto-régulation</i>	<b>Comprendre le processus déterminant l'effet des objectifs sur le comportement :</b> Fixation des objectifs qui peuvent motiver les individus à travailler.	Pas de validation empirique.
<i>Théories intégratrices</i>	Association des théories ci-dessus, qui se complètent et renvoient à la « volonté de bien faire ».	Cadre d'actions à soutenir par les RH pour avoir des résultats.

Nous retiendrons l'approche intégrative car celle-ci permet d'avoir une vision systémique. Nous ne souhaitons pas nous restreindre à un abord psychologique du sujet. Par conséquent, il nous semble pertinent de questionner les leviers d'actions dans le champ des ressources humaines. En effet, des pistes d'actions sont suggérées par les théories intégratrices. Ces dernières mettent en avant l'importance du contexte de travail. Elles soulignent également la responsabilité de la direction des ressources humaines (DRH) sur la motivation au travail des agents, par l'orientation de leurs décisions et de leurs pratiques. Par ailleurs, le climat de travail est un déterminant essentiel de la motivation. Les relations entre les agents et l'encadrement, le type de management et l'ampleur de la charge de travail sont autant d'éléments qui influencent la motivation. Ils dépendent des politiques de ressources humaines choisies.

Les actions de prévention de l'absentéisme dysfonctionnel doivent concerner l'ensemble des professionnels œuvrant dans le secteur de la santé. Avant de les présenter, il

<sup>4</sup> Patrice ROUSSEL, « La motivation au travail : concept et théorie », LIRHE, Université des sciences sociales Toulouse, 2000, pages 16-17

<sup>5</sup> Patrice ROUSSEL, « La motivation au travail : concept et théorie », LIRHE, Université des sciences sociales Toulouse, 2000, pages 16-17

est nécessaire de revenir sur le contexte. Après une progression constatée dans les années 1990, ce phénomène s'est stabilisé depuis 2005 pour s'établir à 16,5 jours par agent<sup>6</sup>. Or, dans le même temps, la maîtrise des effectifs de la fonction publique hospitalière (FPH) est de plus en plus recherchée. Il résulte de ces deux phénomènes une tendance à la désorganisation de notre système de santé.

En effet, l'absentéisme fait peser plusieurs enjeux sur les structures – externes et internes à celles-ci. D'une part, il altère l'image de la FPH. Ainsi, sept jours d'arrêt supplémentaires sont pris dans la FPH par rapport au privé, tous secteurs confondus<sup>7</sup>. *In fine*, l'attractivité des établissements de santé pourrait être écornée, pour les patients comme pour les professionnels. En effet, les absences inopinées peuvent remettre en cause la continuité et la qualité de la prise en charge compte tenu des désorganisations qu'elles génèrent. D'autre part, l'absentéisme est source d'enjeux internes à la structure. Il affecte par exemple les ressources économiques et humaines. L'ampleur de ces enjeux justifie que nous nous interrogeons sur les causes de l'absentéisme dysfonctionnel.

Compte tenu de nos futures fonctions, il nous a semblé pertinent d'interroger la capacité d'une politique intégrative à appréhender et réduire l'absentéisme dysfonctionnel. Pour autant, nous ne nous situons pas dans une approche psychologique mais nous utilisons les apports de la psychologie des organisations comme cadre de compréhension.

D'où la problématique qui se pose :  **dans quelle mesure l'analyse de l'absentéisme dysfonctionnel et la construction de politiques de prévention de celui-ci peuvent-elles contribuer à la mobilisation des professionnels dans le secteur de la santé ?**

De cette problématique découlent quatre hypothèses :

1. Accompagner les professionnels dans l'évolution de l'organisation du travail permet de prévenir l'absentéisme dysfonctionnel ;
2. Instaurer un management centré sur le travail réel et ses difficultés favorise la présence au travail des agents ;
3. Promouvoir la motivation individuelle des agents contribue à la maîtrise de l'absentéisme dysfonctionnel;
4. Promouvoir la motivation collective des agents contribue à la maîtrise de l'absentéisme dysfonctionnel.

---

<sup>6</sup> SIMON et AL., « Evaluation de l'expérimentation confiant à 6 CPAM le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires », 2015, Rapport IGAS, page 9

<sup>7</sup> « L'absentéisme gangrène fortement l'hôpital public », *Le Figaro.fr*, 2016, [20/04/2017], disponibilité : <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/04/20/20002-20160420ARTFIG00018-l-absenteisme-gangrene-fortement-l-hopital-public.php>

Pour répondre à celles-ci, nous verrons dans un premier temps que l'absentéisme dysfonctionnel demeure peu objectivable dans le secteur de la santé, bien qu'il soit un enjeu majeur de gestion interne (1). Dans un second temps, nous analyserons les éléments recueillis pendant les entretiens (2) afin de confronter nos hypothèses à la réalité du terrain et d'envisager des pistes d'amélioration en proposant des préconisations et recommandations (3).

## **1. Bien qu'il soit un enjeu majeur dans le secteur de la santé, l'absentéisme dysfonctionnel demeure peu objectivable.**

L'absentéisme dysfonctionnel est un phénomène complexe car il ne fait pas l'objet d'une littérature spécifique, celle-ci étant surtout dédiée à l'absentéisme global. Nous pouvons toutefois postuler que les causes multifactorielles de l'absentéisme global concernent *a fortiori* l'absentéisme dysfonctionnel (1.1) même si elles demeurent peu analysées pour ce type d'absentéisme (1.2).

### **1.1. L'absentéisme dysfonctionnel est un phénomène complexe.**

#### **1.1.1. L'absentéisme dysfonctionnel résulte de causes multifactorielles.**

Particulièrement prégnant dans le secteur de la santé, l'absentéisme global résulte de causes diverses, qu'elles soient institutionnelles, managériales, sociétales ou encore liées à l'évolution des besoins et attentes des usagers. Elles se retrouvent s'agissant de l'absentéisme dysfonctionnel. Ces dernières décennies, les réformes institutionnelles ont transformé les organisations et les conditions de travail dans le secteur de la santé, favorisant l'augmentation de l'absentéisme. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montre en 2003<sup>8</sup> que le passage aux 35 heures dans les établissements de santé, corrélé à une augmentation de l'activité, a intensifié le travail. Les modalités de gestion des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ont évolué. La montée en puissance d'objectifs de performance, traduite par l'augmentation de l'activité et par la diminution de la durée moyenne de séjour, contribue à densifier le travail, à réduire les temps morts et à accroître la fatigue des agents, voire à installer des troubles musculo-squelettiques (TMS) et des risques psycho-sociaux (RPS). Cette évolution est souvent perçue par les agents comme une industrialisation voire une déshumanisation de leur travail, et contribue dès lors à augmenter la perte de sens, la motivation et donc l'absentéisme dysfonctionnel. Enfin, la gestion des plannings est elle-même génératrice d'absentéisme : l'urgence nécessite parfois de rappeler des agents sur leur temps de repos et de congés. Or, ces sollicitations peuvent aggraver l'épuisement et, donc, alimenter les absences<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Coord. TONNEAU Dominique, Étude de la DREES, n°35 - Octobre 2003, "*La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation*".

<sup>9</sup> BRAMI Laurent et Al., 2014, "*L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : Comprendre et agir*". Presses des Mines, collection Économie et Gestion. 156 p., disponibilité : <https://hal-upec-upem.archives-ouvertes.fr/hal-01130767>

L'introduction du *New Public Management* a entraîné une augmentation de l'absentéisme dysfonctionnel<sup>10</sup> car il a affaibli la motivation des agents<sup>11</sup>. Un management d'en haut et distant des enjeux du travail réel a favorisé la démobilisation des agents. D'une manière générale, l'évolution sociétale caractérisée par un individualisme grandissant alimente encore plus la perte de sens au travail et celle du sentiment d'appartenance à un collectif<sup>12</sup>.

Par ailleurs, la typologie des patients pris en charge évolue, en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de maladies chroniques<sup>13</sup>. Ce double phénomène de chronicisation et de vieillissement entraîne *in fine* une augmentation de la charge de travail, du stress et donc de la pénibilité, qu'elle soit physique ou psychique.

Cette situation favorise par ailleurs une baisse de vigilance et peut contribuer à la survenue d'accidents du travail. Par conséquent, un moindre investissement dans le travail, en plus d'être une cause d'absentéisme dysfonctionnel, peut devenir une cause d'absentéisme conjoncturel. En outre, un nombre croissant d'arrêts de travail résulte en partie d'un mal-être psychologique<sup>14</sup>, d'où le lien étroit entre absentéisme dysfonctionnel et absentéisme conjoncturel. Par conséquent, la motivation constitue un levier essentiel sur lequel il est nécessaire d'agir en vue de diminuer l'absentéisme dysfonctionnel. Agir sur la motivation au travail des agents aux niveaux individuel et collectif représente un enjeu à prioriser car il permet également de préserver le bien-être au travail des professionnels. La Haute autorité de santé (HAS) démontre que qualité du soin et bien-être au travail sont intimement liés.

Un management soucieux du sens au travail et de la motivation des agents a une incidence positive sur la performance globale de l'établissement : il a un effet bénéfique sur les conditions de travail et les relations entre agents, la qualité des soins et l'absentéisme.

### **1.1.2. L'absentéisme dysfonctionnel est source de multiples enjeux.**

Le premier enjeu de l'absentéisme est l'image que ce dernier renvoie de la FPH et de la fonction publique en général auprès du grand public<sup>15</sup>. Les différentes études<sup>16</sup> soulignent

---

<sup>10</sup> BRAMI Laurent et Al, 2012, "*Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants*", in *Revue Politiques et Management Public*.

<sup>11</sup> BRAMI Laurent et Al., *op. cit.*

<sup>12</sup> En outre, un nombre croissant d'arrêts de travail résulte en partie d'un mal-être psychologique.

<sup>13</sup> Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en 2050, plus du tiers de la population sera âgé de plus de 60 ans, contre une personne sur cinq en 2000. En outre, le nombre de Français pris en charge par l'Assurance maladie pour une affection de longue durée (ALD) dépasse le seuil des 10 millions en 2015, 2012, "*Economie et Statistique*", n°355-356, [03/05/2017].

<sup>14</sup> DERIOT Gérard, au nom de la Mission d'information sur le mal-être au travail et la commission des affaires sociales, "Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action", 2010, rapport d'information n° 642, [03/05/2016], disponibilité : [http://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-1\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-1_mono.html)

<sup>15</sup> MARTIN SAINT-LEON V. et Al., 2016, *Evaluation du dispositif expérimental confiant à six caisses primaires d'assurance maladie le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires*, disponibilité : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article558>

que l'absentéisme est plus élevé dans la FPH (16,5 jours) que dans la fonction publique de l'Etat (FPE) d'une part, et dans le secteur privé d'autre part<sup>17</sup> (13 jours).

Le second enjeu est d'ordre organisationnel. En effet, l'absentéisme dysfonctionnel déstructure les services de soins, techniques et administratifs. Les agents en poste ont une charge de travail supplémentaire, et les agents vacataires ne peuvent souvent pas assurer la totalité des missions des personnels qu'ils remplacent. Dans ce contexte, les cadres consacrent beaucoup de temps à la réorganisation du service, au détriment du management de proximité et de la qualité de la prise en charge. Enfin, la désynchronisation des services constitue un enjeu réel de l'absentéisme dysfonctionnel. Les services touchés par ce dernier se retrouvent dans une situation particulière où les agents effectuent leur temps de travail de façon parcellisée et non coordonnée dans la prise en charge des usagers.

Les enjeux humains liés à l'absentéisme dysfonctionnel sont également à noter, que ce soit au niveau individuel ou organisationnel. Le report de charges de travail accentue la pression sur les agents et génère un débordement de la sphère publique dans la sphère privée, lorsque les agents sont rappelés sur leur temps libre. L'absentéisme des collègues participe aussi à la démotivation et à la perte de sens au travail des agents présents. Ce dernier point est exacerbé chez les professionnels médicaux. Il devient difficile de fidéliser des médecins au fort potentiel dans des structures touchées par l'absentéisme, car leur exercice est compromis par les absences du personnel.

---

#### FOCUS SUR

##### « L'absentéisme du personnel médical »

*Avec JFH, responsable des Affaires Médicales dans deux établissements de santé*

**Problématique/contexte :** le personnel médical est considéré comme peu touché par l'absentéisme (corroboré par des travaux). Néanmoins, les responsables des affaires médicales des établissements y sont de plus en plus confrontés.

**Causes et solutions expérimentées :** fatigue due au stress, profession soumise à des demandes d'efficience, en tension avec l'exercice de l'art, cumul des heures de travail, assurer des temps de travaux médicaux suffisants dans les services. Le recours à l'intérim est coûteux.

**Effets :** entorses dans l'organisation des gardes et astreintes (jours de repos non pris), augmentation de la charge de travail, coût de l'intérim.

**A améliorer :** fidélisation des professionnels, coopérations entre établissements à renforcer.

---

<sup>16</sup> Voir par exemple l'étude de MARTIN SAINT-LEON V. et AL., *ibid* - ainsi que l'étude de l'IFRAP, 2016, "Hôpitaux : le palmarès de l'absentéisme". Disponibilité : <http://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/hopitaux-le-palmares-de-labsenteisme>

<sup>17</sup> MARTIN SAINT-LEON V. et AL., 2016, *op. cit.*

De surcroît, la dimension économique est forte. Les arrêts de travail et le recours au remplacement ont un coût direct important quoique difficilement chiffrable<sup>18</sup>. En effet, l'employeur public continue de verser le traitement du fonctionnaire arrêté, alors même qu'il finance le recours (onéreux) à un professionnel remplaçant. En raison des aléas générés (déprogrammation, report de prise en charge, etc.), l'absentéisme dysfonctionnel a aussi un coût indirect, susceptible de rendre l'hôpital moins attractif pour les patients.

La soutenabilité financière des établissements de santé implique une maîtrise accrue des dépenses, surtout celles concernant le personnel. Ces dernières représentent 70% du budget des établissements publics de santé. Aujourd'hui, le contexte financier est de plus en plus contraint, comme en témoignent les plans de retour à l'équilibre. Dès lors, la réduction de l'absentéisme dysfonctionnel constitue un élément clé dans la stratégie des ressources humaines, et un moyen pour retrouver des marges financières. Si la contrainte économique de l'absentéisme n'est pas le seul enjeu, elle est nécessairement à prendre en compte eu égard aux autres enjeux (qualité du soin et qualité de vie au travail (QVT)).

En résumé, les absences inopinées désorganisent les services, demandent une capacité d'adaptation dans l'urgence et induisent un coût financier important. Ce constat renforce l'idée de favoriser la motivation des agents et de donner du sens à leurs actions pour qu'ils se sentent reconnus. Toutefois, agir sur l'absentéisme dysfonctionnel suppose au préalable de connaître ce phénomène et de disposer d'analyses suffisantes pour y remédier. Or, ce type d'absentéisme demeure peu analysé.

## **1.2. En dépit de dispositifs d'analyse et d'action, l'absentéisme dysfonctionnel reste un phénomène difficilement appréhendable.**

### **1.2.1. Les dispositifs d'analyse et les actions pour circonscrire l'absentéisme global sont également mobilisables dans le cas de l'absentéisme dysfonctionnel.**

Les établissements disposent d'outils d'analyse de l'absentéisme global, qui renseignent indirectement sur l'absentéisme dysfonctionnel. D'une part, ces dispositifs permettent de connaître le taux d'absentéisme, lequel inclut les absences inopinées. Le bilan social est l'outil le plus répandu car il est obligatoire dans tous les établissements relevant de

---

<sup>18</sup> Etude réalisée par l'Ecole des Mines de Paris relative à l'évaluation du coût réel de l'absentéisme et le coût/bénéfice de travailler sur cette thématique, 2006. Identification des inducteurs de coûts mais impossibilité de chiffrer le coût de l'absentéisme en l'absence de données statistiques fiables.

la FPH dont l'effectif global au 31/12/n-1 est supérieur ou égal à 300 agents<sup>19</sup>. Il retrace notamment, pour chaque niveau de qualification, le nombre de jours d'absence pour maladie (hors maladies professionnelles) et répartit les absences pour maladies en fonction de leur durée (laquelle est à la discrétion de l'établissement)<sup>20</sup>. Outre le bilan social, d'autres outils de *reporting* de l'absentéisme existent, mais ils relèvent de l'initiative de chaque établissement. A titre d'exemples, on peut évoquer les tableaux de bord de l'absentéisme, ou le suivi des mensualités de remplacement.

#### FOCUS SUR

« *Les outils RH de contrôle, de suivi et de prévention de l'absentéisme à l'hôpital* »  
Avec PV, responsable des ressources humaines à l'AP-HP (cf. annexe IV)

Objectif RH : réduire les conséquences de l'absentéisme au travail

Problématique : coûts financiers directs (remplacements, frais de soins AT/MP) et indirects (non qualité, productivité), gestion du personnel, coûts sociaux (climat social)

Méthodologie – moyens mis en œuvre : mise en place d'indicateurs de contrôle, de suivi et de prévention - stratégies de compensation de l'absentéisme

Limites des outils mis à disposition : données non *benchmarkées* ni croisées dans le temps, absence d'analyse qualitative des causes au préalable, non évaluation des perturbations provoquées par l'absentéisme

Les causes de l'absentéisme sont également appréhendables par des méthodes qualitatives. Les enquêtes de satisfaction du personnel et les revendications syndicales donnent les moyens de mesurer le climat social et de souligner un éventuel malaise collectif, lequel alimente les arrêts. L'activité du service de santé au travail (regroupant médecins, infirmières et psychologues) et celle de l'assistante sociale - toutes deux consignées dans le bilan social - permettent également de pointer les fragilités individuelles, notamment les RPS, pouvant déboucher sur de l'absentéisme dysfonctionnel. Enfin, les fiches d'évènements indésirables (FEI) se font l'écho de l'usure des professionnels confrontés sur le terrain à des choix difficiles en termes de prise en charge.

Outre ces dispositifs, des actions sont mises en place à toutes les échelles. Au niveau national, des actions répressives et préventives sont prises par les pouvoirs publics<sup>21</sup>. Dans le premier cas, elles se concentrent essentiellement sur le contrôle des arrêts maladie des

<sup>19</sup> Article L. 2323-68 du Code du travail.

<sup>20</sup> Décret n°88-951 du 7 octobre 1988 modifié relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

<sup>21</sup> Approche descendante caractérisée par un pilotage directif très hiérarchisé.



fonctionnaires (dont hospitaliers). Ainsi, une expérimentation initiée en 2010<sup>22</sup> et prorogée jusqu'en 2018<sup>23</sup> étudie les modalités d'un renforcement du contrôle des absences pour raisons médicales dans les trois fonctions publiques. Parallèlement, un décret du 3 octobre 2014<sup>24</sup> harmonise la réglementation avec le secteur privé<sup>25</sup> en rendant obligatoire la transmission sous 48 heures d'un certificat médical d'arrêt maladie à son employeur.

Outre ces mesures répressives, des actions visent à prévenir l'absentéisme dysfonctionnel. L'amélioration de la QVT fait l'objet d'une attention toute particulière, par l'intermédiaire de textes juridiques et de plans dédiés. Ainsi, l'instruction DGOS (Direction générale de l'offre de soins) du 20 novembre 2014 décline, à travers un plan national, l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2013 relatif à l'évaluation et à la prévention des RPS dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux<sup>26</sup>. En décembre 2016, cette initiative est poursuivie à travers un nouveau plan, la stratégie nationale d'amélioration de la QVT<sup>27</sup>, à l'attention des personnels soignants<sup>28</sup>.

Les stratégies de compensation de l'absentéisme dysfonctionnel sont également le fait d'initiatives locales et c'est surtout à ce niveau que les causes de l'absentéisme dysfonctionnel doivent être analysées<sup>29</sup>. Des actions existent déjà pour atténuer les effets de l'absentéisme dans les services par le biais de politiques de remplacement. Différents leviers sont mobilisés, tels les *pools* de remplacement, l'octroi d'heures supplémentaires et le recours à l'intérim et aux vacances<sup>30</sup>. Il n'existe toutefois pas d'études pour en souligner les vertus et les limites. Des partenariats sont aussi conclus avec des acteurs extérieurs, notamment les Agences régionales de santé (ARS).

Ainsi, les initiatives se développent à différents échelons pour identifier les absences inopinées, prévenir celles-ci et réduire leurs conséquences.

### **1.2.2. Néanmoins, ces données et ces actions présentent des limites pour l'analyse et la prévention de l'absentéisme dysfonctionnel.**

En premier lieu, les données achoppent sur la présentation d'un état des lieux de l'absentéisme dysfonctionnel. Elles ne sont pas toujours adaptées à l'analyse de ce dernier car

---

<sup>22</sup> Loi de finances pour 2010.

<sup>23</sup> Loi de finances pour 2016.

<sup>24</sup> Décret n° 2014-1133 du 3 octobre 2014 relatif à la procédure de contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires.

<sup>25</sup> Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<sup>26</sup> Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B no 2014-321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.

<sup>27</sup> Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2016. "Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent". Disponibilité : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_qvt\\_05122016.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf)

<sup>28</sup> Voir notamment son engagement n°7.

<sup>29</sup> Powerpoint de Mr FLEURENT DIDIER.

<sup>32</sup> BRAMI Laurent et Al., *op. cit.*

la ventilation des informations en maladie de courte, moyenne et longue durées ne recoupe pas la classification en degrés d'*évitabilité* ; elle ne permet pas *in fine* de mettre en évidence l'absentéisme résultant du choix de l'agent. Aussi, il est très difficile de faire la distinction entre un arrêt justifié d'un point de vue médical et un arrêt de « confort »<sup>31</sup>, d'autant que tous deux sont supportés par l'avis d'un médecin. Etant donné que les absences abusives sont généralement courtes et perlées<sup>32</sup>, il est toutefois possible de se concentrer sur les arrêts de courte durée pour appréhender quantitativement l'absentéisme dysfonctionnel. 68,33% des congés de maladie ordinaire sont inférieurs à sept jours<sup>33</sup>, ce qui signifie que les arrêts dysfonctionnels représentent entre zéro et deux tiers de l'ensemble des arrêts. A ce jour, l'analyse quantitative ne peut être plus précise.

Les actions mises en place à différentes échelles rencontrent également des limites. Tout d'abord, les plans nationaux se succèdent, mais sans évaluation ni résultats probants. Les pouvoirs publics semblent ne pas avoir arrêté de stratégie intégrée pour lutter contre l'absentéisme dysfonctionnel<sup>34</sup>. Les dispositifs sont donc morcelés selon le type de mesures (répressive ou préventive) et de publics. De façon similaire, la circulaire du 31 mars 2017 relative à l'application des règles en matière de temps de travail dans la fonction publique se contente de faire un rappel de l'existant, sans proposer de pistes pour mieux appliquer la législation.

En outre, les actions de compensation de l'absentéisme dysfonctionnel peuvent avoir des effets pervers. Notamment, le remplacement d'un personnel absent par un agent d'un autre service ou un intérimaire génère lui-même de l'absentéisme : on appelle ce phénomène l'absentéisme autoalimenté<sup>35</sup>. Les remplaçants ont l'impression d'être mis en difficulté ; le service d'accueil a, lui, l'impression de perdre du temps à former les agents qui arrivent.

Enfin, le recours à un intérimaire n'est pas le gage systématique de qualité et d'un allègement de charge pour les agents titulaires (manque de repères, d'habitudes). Ces derniers demeurent méfiants quant au savoir-faire du vacataire extérieur à la structure, et refusent en conséquent de confier des responsabilités à celui-ci<sup>36</sup>. Il en résulte pour les titulaires de la fatigue supplémentaire, que visait initialement à réduire le remplacement de l'agent.

---

<sup>31</sup> Terme utilisé à l'AP-HM et relayé par le site JIM.fr. "*Plus de 30 jours d'arrêts de maladie par an dans 22 hôpitaux Français !*"

<sup>32</sup> Rapport IGAS, *op.cit.*, page 41

<sup>33</sup> Ibid.

<sup>34</sup> MARTIN SAINT-LEON V. et Al., 2016, *op. cit.*

<sup>35</sup> BRAMI Laurent et Al., *op. cit.*

<sup>36</sup> BRAMI Laurent et Al., *op. cit.*

Après avoir abordé l'état des lieux théorique de l'absentéisme dysfonctionnel, il est pertinent de confronter celui-ci aux expériences rapportées lors des entretiens.

## **2. La relation entre motivation et absentéisme dysfonctionnel demeure souvent peu objectivée mais l'analyse des entretiens souligne les leviers d'action mobilisables.**

L'analyse qualitative des absences inopinées au regard de la motivation au travail reste peu développée au sein des établissements de santé. Ce défaut d'analyse explique une définition encore incomplète, sujette à diverses perceptions par les acteurs (2.1). Dans la mesure où il existe un impensé entre absentéisme dysfonctionnel et motivation, les politiques de prévention des absences inopinées restent peu développées (2.2). Or, il semblerait que le management de proximité soit un levier essentiel de la motivation au travail (2.3).

### **2.1 Il reste un impensé entre absentéisme dysfonctionnel et motivation.**

#### **2.1.1 La définition de l'absentéisme dysfonctionnel diffère en fonction de l'interlocuteur.**

Les entretiens (cf. annexe II) démontrent que la définition de l'absentéisme dysfonctionnel reste difficile à cerner pour les professionnels du secteur de la santé. Si la majorité des professionnels interviewés n'évoque pas l'absentéisme dysfonctionnel *stricto sensu*, elle souligne que les absences inopinées et de courte durée sont un élément important de l'absentéisme. Notons toutefois que les professionnels citent plus facilement les absences réglementées (congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie, etc.). L'absentéisme dysfonctionnel est donc rarement évoqué, à l'exception d'un entretien réalisé avec un chef d'établissement. Celui-ci le relie à un dialogue social tendu, à un contexte de réorganisations (diminution du nombre de jours de Réduction du temps de travail (RTT)) ainsi qu'à une situation financière difficile (plan de retour à l'équilibre).

Les éléments caractéristiques de l'absentéisme dysfonctionnel restent toutefois liés à la fonction des interviewés. Si le contrôleur de gestion en a une vision économique et financière, le coordonnateur général des soins, quant à lui, a une approche contextuelle et davantage axée sur la notion du sens et du travail en équipe. La cadre supérieure de santé développe une micro-analyse essentiellement centrée sur le personnel soignant exerçant au sein de son pôle d'activités cliniques et médico-techniques. Enfin, un directeur des ressources humaines élargit les causes de l'absentéisme au champ psychologique.

Les éléments recueillis lors des entretiens viendraient ainsi appuyer notre première hypothèse concernant la nécessité d'accompagner les professionnels dans les évolutions organisationnelles.

### **2.1.2 Les conséquences et les enjeux de l'absentéisme dysfonctionnel sont pluriels.**

Les professionnels du soin rencontrés soulignent l'impact humain lié à l'absentéisme dysfonctionnel tandis que les personnels administratifs et de direction font principalement ressortir l'enjeu financier. Il s'ensuit différentes conséquences déjà identifiées dans la partie 1 (financières, organisationnelles, etc.). Plus spécifiquement, la dimension humaine est également abordée à travers la dégradation du climat social et de la QVT, la pénibilité engendrée notamment par un report de la charge de travail sur les personnes présentes et la fatigabilité liée à la charge mentale inhérente.

#### **FOCUS SUR**

#### **« Prise en compte de la charge mentale »**

*PR, Cadre de santé CHU*

**Contexte :** la charge mentale supportée par les professionnels du secteur de la santé peut participer au développement de l'absentéisme dysfonctionnel.

**Problématique :** la prise en compte de la charge mentale vécue pendant la carrière est primordiale. Des échelles de mesure du stress existent et mériteraient d'être utilisées davantage dans le secteur de la santé.

En cas de situation financière complexe (tel un plan de retour à l'équilibre), il semblerait que les pratiques centrées sur les conditions de travail s'effacent au profit de la logique budgétaire dans les choix stratégiques opérés par les directions.

### **2.1.3 Néanmoins, les entretiens mettent en évidence trois points de convergence.**

Le premier point de convergence concerne les politiques de remplacement déployées. Les professionnels rencontrés déclarent tous que le remplacement de la totalité des absences est contre-productif. Le contrôleur de gestion parle même d'une "*réalité ruineuse*". En effet, remplacer toutes les absences inopinées peut favoriser l'augmentation de l'absentéisme par auto-alimentation de ce dernier. En outre, le report de charge sur les agents présents peut avoir un impact négatif sur leur motivation.

Le second porte sur la place et le rôle primordiaux de l'encadrement de proximité. Pour le chef d'établissement, *"les cadres sont les témoins privilégiés du climat social de l'établissement"*. Il est donc nécessaire d'inclure ces derniers dans l'impulsion et le suivi des politiques de prévention de l'absentéisme dysfonctionnel.

Enfin, les professionnels soulignent tous le lien entre absentéisme et motivation au travail, bien que de façon non spontanée. Ce lien n'est pas abordé en substance lors des entretiens, preuve de l'impensé entre absentéisme dysfonctionnel et motivation. En revanche, les professionnels explicitent l'importance de la motivation au travail lorsque la question est orientée.

#### **2.1.4 Les professionnels interviewés portent un regard critique sur les politiques nationales.**

Les professionnels rencontrés mentionnent les politiques nationales influençant l'absentéisme dysfonctionnel :

- L'augmentation de la productivité et de la charge de travail inhérente à la tarification à l'activité (T2A) ont des effets indirects sur la charge physique et mentale des professionnels. Ceux-ci peuvent se projeter négativement dans l'avenir et craindre des conditions de travail insoutenables dans la durée.
- Le jour de carence aurait permis de réduire les arrêts inopinés. Aucune précision ne nous est communiquée sur un effet éventuel en matière d'arrêts de longue durée.
- La formation initiale et continue ainsi que l'accompagnement des professionnels de santé dans les établissements ne mettent pas suffisamment l'accent sur les enjeux et évolutions du système de santé.
- Le statut « protecteur » des fonctionnaires serait pour certains un facteur favorisant l'absentéisme dysfonctionnel<sup>37</sup>. Des travaux manquent pour assoir cette allégation.

Ces premiers jalons étant posés, nous pouvons aborder les éléments participant à la construction de politiques de prévention de l'absentéisme dysfonctionnel au sein des établissements de santé.

---

<sup>37</sup> Entretien M. B.

## **2.2 Cet impensé explique que les politiques de prévention demeurent essentiellement axées sur l'absentéisme conjoncturel.**

### **2.2.1 L'objectivation de l'absentéisme dysfonctionnel pâtit d'un défaut d'analyse qualitative.**

Les entretiens soulignent la difficulté relative à la mesure qualitative de l'absentéisme dysfonctionnel. Les indicateurs et tableaux de bords déployés au sein des établissements ne prennent en compte que l'absentéisme global sans le sérier selon la typologie « *dysfonctionnel, conjoncturel et incompressible* ». Sans ces informations, il est difficile de mettre en place une politique de prévention adaptée à l'absentéisme dysfonctionnel.

Toutefois, la démotivation commence à être perçue comme un facteur d'absentéisme, et les leviers en termes de management sont *in fine* questionnés. Le chef d'établissement interviewé souligne que *"la motivation au travail est essentielle dans l'analyse de l'absentéisme"*. Il pense *"qu'elle est prise en compte mais reconnaît que des améliorations sont encore possibles"*. Pour lui, il n'existe que peu de leviers pour favoriser la motivation au travail en dehors de la reconnaissance que le manager témoigne à ses agents. C'est dire que le manager a un rôle important dans le développement de la motivation du professionnel au travail et donc de la régulation de l'absentéisme dysfonctionnel. La reconnaissance n'est toutefois pas l'unique levier managérial. Par conséquent, la réflexion sur les pratiques actuelles doit être approfondie.

### **2.2.2 En dépit de l'impensé entre motivation et absentéisme dysfonctionnel, des initiatives locales sont menées pour dynamiser l'investissement des agents.**

Les professionnels mentionnent la mise en place d'initiatives locales pour améliorer la QVT. Un entretien relate une expérience de management basée sur la confiance et la recherche de consensus dans l'optique de renforcer l'intérêt et le sens au travail. Par ailleurs, un plan d'investissement-cible (matériel, formation, etc.) permet l'amélioration des conditions de travail. Un directeur des soins signale quant à lui que l'instauration *"d'espaces bien-être au travail"* (fauteuil de massage, luminothérapie, etc.), accessibles aux professionnels sur leur temps posté, favorise le maintien et/ou l'augmentation de la motivation. Enfin, l'IDE souligne que le manque de proximité des équipes de direction vis-à-vis des professionnels de terrain influence négativement l'investissement du professionnel sur son lieu d'exercice.

D'autres initiatives sont mises en place :

- Un plan de lutte "*prévention des risques psycho-sociaux*" et une collaboration avec les instances comme le CHSCT.
- Un groupe pluridisciplinaire ciblé sur la thématique "*agir pour l'absentéisme*" au sein de l'établissement, préconisant notamment un audit par le Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH).
- Un partenariat avec les services de santé au travail et la mise en place d'une cellule d'écoute des agents en situation de souffrance.
- Un comité de retour d'expériences professionnelles (CREXP) sur les situations de violence vécues par les agents.
- Une offre de services dédiée aux agents (crèche, conciergerie, sport, etc.).

Au-delà de ces initiatives axées sur la prévention et les conditions de travail, des actions managériales viendraient dynamiser l'investissement des agents.

### **2.3 Le management est perçu par les interviewés comme un levier de la motivation au travail.**

L'analyse des entretiens nous a permis de relever trois orientations principales en réponse aux hypothèses de travail, lesquelles interrogent le rôle du management et de la motivation dans la prévention de l'absentéisme dysfonctionnel.

#### **2.3.1 Le cadre de proximité est un acteur majeur dans la régulation de l'absentéisme dysfonctionnel.**

Les interviewés soulignent le rôle majeur de l'encadrement de proximité et de son type de management (contrôle *vs* soutien) dans la gestion de l'absentéisme. Il est successivement désigné comme le « *premier régulateur de l'absentéisme* », le « *premier informé de la situation* » et le « *témoin privilégié du climat social* » au sein de son service<sup>38</sup>. Toutefois, les pratiques de management se révèlent hétérogènes.

Le management directif est unanimement perçu comme un facteur favorisant l'absentéisme dysfonctionnel. A l'inverse, le management participatif semble favoriser la présence des agents par la mobilisation collective (groupes d'échange) et l'intérêt porté au travail réel et ses difficultés. Ces temps favorisent la construction de collectifs et permettent d'établir des relations de confiance réciproques autour de la définition de ce qu'est le travail

---

<sup>38</sup> Extrait des entretiens

bien fait. En conséquence, la proximité du cadre représente un soutien pour les équipes en poste. Ce soutien organisationnel et hiérarchique est perçu comme un facteur favorisant l'engagement dans le travail. En retour, ces dernières donnent plus de crédit aux consignes transmises par leur manager, et pallient donc plus rapidement aux situations d'absences.

Néanmoins, certains interviewés estiment que le management est entravé par la multiplication des tâches administratives dévolues au cadre (*« gestion des plannings, tableaux d'indicateurs, réunions, etc. »*). L'audit CNEH mené dans un centre hospitalier (CH) pointe ainsi la gestion chronophage des plannings qui représente jusqu'à 70% du temps de cadre. Par ailleurs, d'autres interviewés soulignent que certains cadres rencontrent des difficultés à s'organiser et à dégager du temps pour le management de terrain. Gérer l'absentéisme peut aussi être *« un moyen de ne pas s'impliquer davantage dans les projets institutionnels ou de masquer des lacunes en matière de compétences managériales »*<sup>37</sup>.

Au-delà de la question des tâches administratives, l'encadrement de proximité joue un rôle majeur dans l'anticipation de la survenue de l'arrêt de travail. Sur le terrain, il est à même de percevoir la posture de retrait de l'agent et sa démotivation éventuelle ; il peut dès lors prévenir celle-ci en organisant des entretiens, voire en aménageant le planning. Il appartient aussi au cadre de mesurer le décalage entre travail prescrit et travail réel. A cette fin, il doit utiliser les outils de management à sa disposition tel que l'entretien annuel d'évaluation qui permet d'objectiver les attendus et les résultats du travail réalisé par l'agent.

### **2.3.2 La formation constitue une réponse partielle pour développer la motivation au travail.**

L'entretien annuel est l'occasion d'évoquer les souhaits de l'agent en matière de formation et d'évolution professionnelle à l'aune des orientations définies par l'établissement. La formation est perçue comme un levier de développement des compétences individuelles, au-delà du développement personnel. Toutefois, le développement personnel n'a pas été évoqué comme un facteur de la motivation au travail tandis que les théories de la motivation le mobilisent comme un des principaux besoins des professionnels. Tout établissement a la possibilité de proposer des missions transversales répondant aux intérêts et compétences des agents pour impliquer ou reconnaître davantage le travail de ces derniers.



Problématique/contexte : Force est de constater que l'implication des agents est hétérogène au sein des services hospitaliers, dans un secteur difficile et changeant.

Solutions expérimentées : Proposer à chaque agent une mission transversale pour qu'il s'implique différemment au sein des unités, au regard de la charge de travail existante.

Effets positifs : Création d'un sentiment d'appartenance au groupe, au service et donc à l'hôpital ; baisse de l'absentéisme constatée ; probable augmentation de la motivation au travail et de l'esprit d'entraide.

A améliorer : Suivi constant à réaliser ; parvenir à impliquer tous les agents.

### **2.3.3 Un lien explicite existe entre communication managériale et motivation des agents.**

La communication se révèle être un important levier de motivation pour les agents. A défaut de communication lors de la mise en œuvre de réformes ou de réorganisations, les agents ne saisissent pas les enjeux qui y sont associés, ni le sens des décisions prises. Apparaît alors une absence d'adhésion des équipes aux évolutions menées, voire des craintes sur l'avenir de leur profession, de leur service ou de leur établissement. A titre d'exemple, Mme B. évoque la mutualisation de personnels entre services depuis la mise en place effective des pôles d'activité. Elle souligne que cette mobilité interservices a été rendue possible grâce à un travail de pédagogie et de communication mené par le cadre. Celui-ci contribue à la compréhension des changements d'organisation du travail. Au-delà de cette démarche pédagogique, la négociation permet de susciter l'adhésion des professionnels. Par exemple, le remplacement d'un agent absent donne droit au bénéfice d'un repos le jour souhaité.

La communication du cadre est aussi un canal privilégié pour reconnaître le travail bien fait, et ainsi augmenter la motivation des agents en poste. Les vecteurs de valorisation, tels que les remerciements, émanent de l'institution ou des usagers. Mme B. souligne que cette démarche contribue à donner du sens et à renforcer la confiance entre le cadre et son équipe. Une communication claire et précise permet également au cadre d'exprimer ses attentes ; ainsi, les agents informés « *savent comment contribuer*<sup>39</sup> ». En parallèle, un retour d'information régulier auprès des équipes sur les évolutions concrètes du niveau d'absentéisme, de l'activité réalisée et des équilibres financiers valorise les efforts déployés

<sup>39</sup> Entretien de M. FD

par celles-ci et renforce la motivation. M. G. estime par ailleurs que les agents sont particulièrement sensibles à cette transparence. Enfin, une démarche d'erreur apprenante - par exemple à travers un débriefing suite à une lettre de réclamation - accompagnée par le cadre permet de faire évoluer les pratiques. Les théories de la motivation soulignent le besoin de *feed back* des équipes sur leur travail - et pas seulement dans le cadre de procédures d'évaluation.

Ces éléments, bien que non exhaustifs, nous conduisent à valider les hypothèses de travail posées :

Hypothèses	Validation	Justification <sup>40</sup>
N° 1 : <b>Accompagner les professionnels</b> dans l'évolution de l'organisation du travail permet de prévenir l'absentéisme.	Oui	Si le travail bien fait et le contexte de travail sont pris en compte, et pas seulement les objectifs de travail.
N° 2 : La mise en œuvre d'un <b>management centré sur le travail réel et ses difficultés</b> favorise la présence au travail des agents.	Oui	Si d'autres conditions sont réunies telles que les valeurs professionnelles, etc., le soutien organisationnel est un levier.
N° 3 : La promotion de la <b>motivation individuelle</b> des agents contribue à la maîtrise de l'absentéisme.	Oui	<u>Leviers</u> : développement des compétences, développement personnel, reconnaissance du travail bien fait, etc. <u>Freins</u> : le décalage entre travail prescrit et travail réel, charge de travail, etc.
N° 4 : La promotion de la <b>motivation collective</b> des agents contribue à la maîtrise de l'absentéisme.	Oui	<u>Leviers</u> : sens du travail en équipe, sentiment d'appartenance, communication, etc. <u>Freins</u> : contexte économique, climat social, manager empêché par les tâches administratives, etc.

Il nous semble possible de proposer des pistes d'amélioration pour lesquelles le manager a un rôle majeur à jouer, bien que le sujet soit pour l'instant peu investigué.

<sup>40</sup> Cf annexe III

### **3. L'analyse croisée des entretiens et de la littérature permet de proposer quelques préconisations.**

Les orientations nationales s'imposent au manager (3.1). Cependant, certaines pistes d'améliorations locales sont envisageables. Parmi celles-ci, une action managériale ciblée sur la motivation au travail (3.2) et des dispositifs d'action rénovés (3.3) semblent pertinents.

#### **3.1 Le manager doit composer avec des contraintes exogènes.**

Le manager est limité par des contraintes exogènes à la structure. Certaines sont décidées à l'échelon national. Cette logique *top-down* peut générer des difficultés pour le manager. Par exemple, le statut de la FPH ne permet pas de rétribuer l'engagement, si ce n'est à travers la prime de service. En outre, l'introduction et la suppression du jour de carence en l'espace d'un an ont nécessité la réactivité des managers. Ce dernier exemple souligne également la dichotomie entre le temps politique, court, et celui nécessaire à la conduite du changement dans les établissements de santé.

Les managers se heurtent également à la formation initiale des personnels. D'une part, l'enseignement managérial du cadre reste centré sur le technicisme<sup>41</sup> ; il est abordé de façon théorique et non par le prisme des problématiques de terrain. D'autre part, la formation initiale des agents ne délivre pas toujours les outils permettant de replacer l'établissement dans son environnement (en termes notamment de contraintes budgétaires et d'identification des tutelles) et ne favorise pas<sup>42</sup> *in fine* le sentiment d'appartenance.

Si ces limites ne peuvent être occultées, elles ne doivent pas empêcher la mise en place d'une action managériale ciblée sur la motivation au travail.

#### **3.2 La gestion de l'absentéisme dysfonctionnel passe par une action managériale ciblée sur la motivation au travail.**

##### **3.2.1 Le développement des compétences est une perspective motivante pour les agents.**

Différents éléments participent au développement des compétences – ce dernier étant lui-même une composante essentielle de la motivation au travail.

**Préconisation 1. Le groupe MIP recommande de favoriser le développement personnel à travers la promotion des potentiels et l'apprentissage par les pairs.**

Le développement personnel permet de valoriser les qualités de l'individu dans le cadre professionnel. De plus, l'institution dispose de la capacité à développer l'apprentissage

en interne en capitalisant sur les compétences disponibles. A titre d'exemple, dans une institution apprenante, toute personne disposant de savoir-faire spécifiques est sollicitée en vue de former ses collègues.

**Préconisation 2. Le groupe MIP recommande que la démarche d'amélioration continue de la qualité soit utilisée comme levier pour réfléchir aux besoins de compétences, réaliser un *feed-back* sur le travail et poursuivre la réflexion sur le travail bien fait.**

La démarche d'amélioration continue de la qualité est un levier instrumental pour aller vers le travail bien fait. Le référentiel doit cependant être co-construit entre le manager et ses agents afin que ces derniers se l'approprient. En particulier, les échanges entre pairs, tels le débriefing en équipe et le retour d'expérience, sensibilisent les professionnels à leurs propres pratiques ; ils sont donc autant de vecteurs à privilégier pour développer les compétences et la réflexivité collective. Le « droit à l'erreur »<sup>43</sup>, distinct de la faute, permet d'analyser l'erreur commise à l'aide de *feed-back* sur le travail, et d'en dégager des enseignements et des perspectives de progrès.

**Préconisation 3. Le groupe MIP recommande de favoriser la mobilité professionnelle à condition que les modalités de celle-ci soient co-décidées et renégociées à intervalles réguliers.**

Promouvoir une stratégie de mobilité permet de porter un regard nouveau qui favorise le partage de l'expérience et des pratiques professionnelles. C'est également une opportunité d'enrichissement mutuel conduisant à un développement des compétences. Il est toutefois nécessaire d'anticiper l'éventuelle perte de compétences et de savoirs opérationnels spécialisés au sein du service de départ.

**Préconisation 4. Le groupe MIP recommande de développer l'autonomie professionnelle dans une logique de décentralisation des décisions et des moyens afin de donner du sens au travail des agents.**

Le développement des compétences individuelles passe enfin par une autonomie professionnelle accrue. Celle-ci s'acquiert dans un cadre de gestion délégué. Il convient de

redonner de la marge de manœuvre effective aux équipes et aux cadres de proximité en donnant à ceux-ci les moyens pour accomplir leurs missions et innover.

### **3.2.2 Il semble pertinent de développer une gestion individuelle au service d'une organisation collective.**

Il paraît nécessaire de replacer l'individu au cœur de chacune des actions collectives menées au sein de l'établissement.

#### **Préconisation 5. Le groupe MIP recommande de proposer à l'agent un accompagnement personnalisé à chaque étape de sa carrière.**

A cet égard, la journée d'accueil des nouveaux arrivants facilite l'intégration dans le collectif, au profit du sentiment d'appartenance. Elle pourrait se dérouler en deux temps : l'un institutionnel, l'autre au sein du service d'affectation. L'entretien de retour après absence est quant à lui un outil ré-intégratif. Il permet en premier lieu de s'assurer des capacités de l'agent à répondre aux exigences du poste et en second lieu d'échanger avec l'agent sur la situation qui a mené à l'absence. La formation des cadres est toutefois un pré-requis pour réaliser ces entretiens de façon optimale.

#### **FOCUS SUR**

##### *« Les modalités d'accompagnement au retour »*

*Avec CL, cadre de santé CHU (cf. annexe IV)*

Problématique/contexte : Arrêts de courte durée d'un agent titulaire, répétés dans un contexte situationnel changeant.

Solutions expérimentées : aménagement du poste et retour contractualisé, avec accord de l'agent. Implication du collectif et mesures correctives des propositions.

Effets positifs : reconnaissance des acteurs et des compétences, valorisation des fonctions, appartenance au groupe.

A améliorer : suivi par la médecine du travail, adaptation du poste de travail, prise en compte du vieillissement professionnel et retour à l'emploi.

#### **Préconisation 6. Le groupe MIP recommande de mener une réflexion sur la gestion des temps de travail.**

Les entretiens ont souligné cette problématique (travail en douze heures, horaires en continu<sup>44</sup>) et la nécessité de redonner de la visibilité aux agents sur la planification du travail. En outre, un processus concerté d'élaboration et de modification des plannings contribue à

améliorer la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. Il montre également à l'agent la volonté de l'institution d'être attentif à son bien-être.

**Préconisation 7. Le groupe MIP recommande de renforcer la prévention des risques physiques et psychologiques, notamment *via* une approche individualisée et centrée sur le poste de travail et la charge de travail.**

Des outils existent mais une marge de progression semble possible pour sensibiliser davantage les agents au bénéfice - par exemple - du sport et de l'hygiène alimentaire. La pratique sportive sur le temps de travail et les activités artistiques (tel le théâtre) permettent ainsi d'extérioriser la pénibilité du travail. Une réflexion sur la charge de travail psychique doit aussi être menée en complément des actions déjà engagées sur la prévention des TMS.

### **3.2.3 Il est nécessaire de développer le management de soutien.**

**Préconisation 8. Le groupe MIP recommande de sensibiliser la direction à la responsabilité de celle-ci au regard du soutien à porter aux agents et aux cadres.**

La direction générale et la DRH doivent se positionner en soutien aux équipes. Il est pour cela utile qu'elles soient force de proposition pour améliorer le climat de travail, les conditions de travail et les relations entre agents. Elles participent également à la définition du type de management et assurent l'équité et la soutenabilité de la charge de travail entre agents.

**Préconisation 9. Le groupe MIP recommande de ne pas sous-estimer le rôle de la reconnaissance du travail bien fait dans la motivation des agents et donc d'exprimer celle-ci.**

Le soutien se manifeste également à travers la communication institutionnelle, axée sur la valorisation du travail bien fait.

**Préconisation 10. Le groupe MIP recommande que le cadre de proximité et l'établissement favorisent les perspectives de carrière *via* la formation et la promotion professionnelle.**

Cette attention devrait être portée tout au long de la carrière. Il faut néanmoins prendre en compte qu'un agent ne peut fournir un engagement optimal en permanence et sur une longue durée. La définition des critères d'attribution pour la promotion professionnelle (présence au travail, motivation, etc.) devrait faire l'objet d'une attention particulière afin d'être un outil de reconnaissance et de valorisation des efforts réalisés au quotidien.

### **3.3 Des marges de manœuvre peuvent être dégagées à travers la rénovation et la création de dispositifs.**

Les leviers d'actions sur l'absentéisme dysfonctionnel doivent évoluer.

**Préconisation 11. Le groupe MIP recommande de doter les établissements d'outils d'évaluation et de pilotage de l'absentéisme dysfonctionnel.**

Dans un premier temps, les indicateurs doivent être affinés. Afin d'avoir une idée de la part des arrêts dysfonctionnels dans le nombre total d'absences, il nous semble pertinent de construire un indicateur quantitatif répertoriant le nombre d'arrêts maladie compris entre un et trois jours. On peut en effet supposer que ces arrêts incluent la majeure partie des absences réactionnelles, en plus des arrêts motivés par une cause strictement médicale<sup>41</sup>.

<b>Intitulé de l'indicateur</b>	<b>Nombre d'arrêts de très courte durée</b>
<b>Question à laquelle il répond</b>	Part maximum des arrêts dysfonctionnels
<b>Lien avec l'absentéisme dysfonctionnel</b>	Essentiel de l'absentéisme dysfonctionnel : arrêts perlés de très courte durée
<b>Ce qu'il mesure (définition)</b>	Taux maximal des arrêts dysfonctionnels et saisonnalité
<b>Méthodologie de recueil</b>	Arrêts < ou = à 3 jours
<b>Comment l'interpréter</b>	Inclusion des absences dysfonctionnelles + arrêts pour cause médicale Ex : si arrêts de très courte durée = 25%, alors arrêts dysfonctionnels < à 25% de la totalité des arrêts
<b>Validation de l'indicateur</b>	Contrôle de gestion sociale
<b>Limites</b>	Non connaissance du taux exact d'absentéisme dysfonctionnel, seulement sa borne haute.
<b>Sources et dates des données</b>	Recueil annuel obligatoire pour les années n, n-1 et n-2

<sup>41</sup> Par exemple, si 25% du nombre d'arrêts est de très courte durée, on peut supposer que les arrêts dysfonctionnels ne dépassent pas le quart de la totalité des arrêts.

Néanmoins, il est crucial d'étayer ces indicateurs chiffrés par une analyse plus qualitative. Une enquête peut être réalisée à l'aide d'un questionnaire. Il nous paraît utile de se restreindre à quelques indicateurs, afin de faciliter le recueil et le traitement des données. Nous retenons alors les trois indicateurs qualitatifs suivants<sup>42</sup> :

1. Un indicateur de mesure du rappel des agents au repos ;

Intitulé de l'indicateur	Rappel des agents au repos
Question à laquelle il répond	Sur-sollicitation des agents ?
Lien avec l'absentéisme dysfonctionnel	Source de démotivation et de fatigabilité
Ce qu'il mesure (définition)	Fréquence des rappels sur les jours de repos par agent
Méthodologie de recueil	Tableau de bord du nombre de rappels effectués par agent en jours + validation de l'agent concerné
Comment l'interpréter	Si N rappels = pas de nouveau rappel de l'agent Si $X-1 < N < X$ = rappel en dernier recours Si $N < X-1$ = rappel en priorité de cet agent
Validation de l'indicateur	Cadre
Limites	Possibilité de remplacement institutionnel Nombre de jours sans remplacement organisé Limite réglementaire concernant les heures supplémentaires
Sources et dates des données	Recueil annuel obligatoire pour les années n, n-1 et n-2.

2. Un indicateur de mobilité professionnelle :

Intitulé de l'indicateur	Mobilité professionnelle
Question à laquelle il répond	Effectifs des services suffisamment renouvelés ?
Lien avec l'absentéisme dysfonctionnel	Une durée excessive dans un service favorise le sentiment d'enfermement dans son exercice professionnel.
Ce qu'il mesure (définition)	Renouvellement des effectifs d'un service
Méthodologie de recueil	Changements d'affectation validés en DRH
Comment l'interpréter	Objectif chiffré sur la base d'une négociation
Validation de l'indicateur	DRH
Limites	Agents ne souhaitant pas changer d'affectation, épanouis dans leurs fonctions
Sources et dates des données	Recueil annuel obligatoire pour les années n, n-1 et n-2.

<sup>42</sup> Présentation formelle inspirée du Guide de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins de la HAS : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/guide\\_methodologique\\_diffusion\\_indicateurs.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/guide_methodologique_diffusion_indicateurs.pdf)



### 3. Un indicateur de la charge en soins

Intitulé de l'indicateur	Charge en soins
Question à laquelle il répond	Ratio charge en soins/ effectifs
Lien avec l'absentéisme dysfonctionnel	Charge de travail soutenue → pénibilité physique et psychique accrue
Ce qu'il mesure (définition)	Charge de travail par agent
Méthodologie de recueil	Echelle de mesure de la charge de travail Ex d'échelles : Soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS) ; Programme de recherche en <i>nursing</i> (PRN) ; Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)
Comment l'interpréter	Si dépassement du seuil de charge en soins → renfort institutionnel
Validation de l'indicateur	Cadre et instances
Limites	Possibilités institutionnelles de renfort
Sources et dates des données	Recueil annuel obligatoire pour les années n, n-1 et n-2.

**Préconisation 12. Le groupe MIP recommande que le manager s'appuie sur deux chartes pour guider sa conduite : charte de l'absentéisme et charte du manager.**

La première permettrait de porter à la connaissance de tous le règlement intérieur en matière d'arrêts et les valeurs professionnelles attendues. Elle permettrait aussi de souligner les désagréments que cause au collectif de travail l'absence d'un agent. Cette charte participerait au renforcement du sentiment d'appartenance à un groupe en responsabilisant chacun sur ses fonctions et sur sa présence au travail. Elle serait à co-rédiger avec les agents selon un mode participatif.

La seconde (cf. annexe V) constitue un outil mobilisable notamment dans la réduction de l'absentéisme dysfonctionnel. Elle rappelle en effet, en quelques points succincts, les leviers à activer pour favoriser et entretenir la motivation au travail de tous les personnels.

---

## Conclusion

---

L'absentéisme dysfonctionnel reste méconnu des acteurs en santé. Il constitue un « pan caché » de la problématique, dilué dans une analyse quantitative globale. Ses origines, comme la démotivation au travail, restent à objectiver. Quelques établissements se sont néanmoins emparé du sujet de la motivation en débutant une analyse qualitative.

Notre étude a permis de souligner les actions d'analyse et de prévention qui limitent l'absentéisme dysfonctionnel en favorisant la motivation au travail. Cet absentéisme pourrait être prévenu par des dispositifs individuels et collectifs portés par le management de proximité et les pratiques de GRH plus intégrées. Selon M. Fleurent-Didier, en effet, *« l'absentéisme dysfonctionnel est réduit au minimum lorsque les agents se sentent inclus dans un collectif, traités conformément aux règles, utiles, soumis à une exigence légitime, compétents pour faire face à cette exigence et aux contraintes liées aux métiers et postes »*.

Nous sommes bien conscients que ces quelques recommandations ne sont ni exhaustives, ni irréfutables. Elles sont le résultat d'un travail limité dans le temps, qui ne prétend être représentatif de l'entièreté d'un sujet vaste et très peu investigué. Le groupe aurait également souhaité aller au-delà du MIP pour tenter une expérimentation concrète des solutions préconisées. Le temps imparti pour réaliser ce travail sur un tel sujet constitue une réelle limite méthodologique.

Toutefois, nous avons réussi à identifier certains leviers mobilisables par l'encadrement afin d'accompagner les professionnels dans l'évolution de l'organisation du travail. Agir sur la reconnaissance et la communication, favoriser la formation ou encore la mobilité professionnelle, sont autant d'éléments qui y concourent. La mise en œuvre d'un management centré sur le travail réel et ses difficultés pourrait enfin permettre aux agents de faire face aux exigences et aux contraintes liées aux métiers et postes.

A l'heure où les organisations de travail sont à repenser à l'échelle des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), nous nous interrogeons sur la capacité des établissements à maintenir un management de proximité et un sentiment d'appartenance à l'institution. Sur des espaces géographiques pourtant vastes, le Canada a instauré des pratiques managériales intégrant les limites exogènes liées à la réglementation du travail tout en favorisant la motivation et la reconnaissance. C'est une voie à suivre pour les réflexions que nous, futurs cadres et soutiens des équipes, devons investiguer pour répondre aux enjeux d'un secteur qui, à n'en pas douter, n'a pas fini de se moderniser.

---

## Bibliographie

---

### Articles

ALBRECHT A., FENDER R., MANGEMATIN Y., HUSSON J., GEORGE D., Février 2011, « Redonner du sens au travail : Essai de modélisation de la reconnaissance au travail », *Projectics / Proyéctica / Projectique*, n°8-9, pp. 51-65.

BARBOT J-M, HELIAS A., 2013, « Les carences de l'hôpital face à l'absentéisme », *La Gazette santé social*, n° 96, pp. 20-21

BARBOT J-M, ROUSSEAU T, GIRIER M, et al., Avril-juin 2014, « L'absentéisme à l'hôpital : Colloque adRHess 10 avril 2014 », *Actualités Jurisante* [en ligne], n° 82, [visité le 11 mai 2017], disponible sur internet : <http://www.jurisante.fr/wp-content/uploads/2014/10/AJS82.compressed.pdf>

BARBOT J-M, Septembre 2014, « L'absentéisme à l'hôpital : diagnostic et moyens d'actions », *Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, n°64, pp. 11-15

BARET C., RADON S., PRIOUL C., septembre 2011, « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », *Revue management et avenir*, n°49, pp. 133-149

BITOT T., CHAUMON E., ESTRYN-BEHAR M., GARCIA F., MILANINI-MAGNY G., FRY C., RAVACHE A-E, DESLANDES H., Janvier/février 2013, « La souffrance au travail en gériatrie Comprendre et agir », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, n°191/192, pp 6-27

BRAMI L., DAMART S., KLETZ F., juillet-Septembre 2012, « Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants », *Revue Politiques et Management Public* [en ligne], vol. 29/3, pp. 541-561, disponible sur internet : <https://pmp.revues.org/5551>

DERROS E., Août 2015, « Entretien avec Ellie Derros : mesurer le coût de l'absentéisme à l'hôpital », *La Gazette de l'hôpital*, n°117, pp.10-11

DETCHESSAHAR M., Mai 2011, « Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème, mais la solution... », *Revue française de gestion*, n°214, pp. 89-105.

GIRIER M., Septembre 2014, « Suivre, analyser et savoir répondre à l'absentéisme : L'exemple du centre hospitalier de Lens », *Techniques Hospitalières*, n° 747, pp. 65-68

GUICHARD G., 2016, « L'absentéisme gangrène fortement l'hôpital public », *Le Figaro* [en ligne], [mis à jour le 20 avril 2016], disponible sur internet : <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/04/20/20002-20160420ARTFIG00018-l-absenteisme-gangrene-fortement-l-hopital-public.php>

HAIRON H., Janvier 2013, « Absentéisme en hausse : un constat mais quels remèdes ? »,

*Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, n°46, pp. 18-19

KANITZER C., VAISSIERE-BONNET M-G., LIMOGES P., Février 2017, « Absentéisme. Agir et accompagner : organiser un retour durable au travail », *La Revue Hospitalière De France*, n° 574, pp. 46-47.

YAHIA O, 2<sup>ème</sup> trimestre 2014, « Lutte contre l'absentéisme : quelques pistes de réflexion », *DH Magazine- Le Décideur Hospitalier*, n° 149

### **Ouvrages**

BRAMI L., DAMART S., DETCHESSAHAR M., DEVIGNE M., HABIB J., KLETZ F., KROHMER C., 2014, *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : Comprendre et agir*, Paris : Presses des Mines, 156 p, disponible sur internet :

<https://books.google.fr/books?id=UZJ8DQAAQBAJ&pg=PA70&lpg=PA70&dq=l%27absent%C3%A9isme+autoaliment%C3%A9&source=bl&ots=fd06d3whXn&sig=kTV9Z84Znw5PiHIVVZgLGv0hRfY&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjwvPtgnTAhUCfxoKHStA08Q6AEIJzAA#v=onepage&q=l'absent%C3%A9isme%20auto-aliment%C3%A9&f=false>

DERROS E., 2014, *Mesurer les coûts cachés de l'absentéisme à l'Hôpital*, Les Etudes Hospitalières, 252p

GALLOIS P., 2015, *L'absentéisme. Comprendre et agir : Démarche de diagnostic, outils d'intervention, moyens de prévention*, 3<sup>ème</sup> édition : Editions Liaisons, 117 p.

MONNEUSE D., 2015, *L'absentéisme au travail : De l'analyse à l'action*, 2<sup>ème</sup> édition, La Plaine Saint-Denis : AFNOR, 180p.

STEILER D., SADOWKY J., ROCHE L., 2010, *Eloge du bien-être au travail*, Presse Universitaire de Grenoble, 104 p.

### **Thèse**

HOURREGUE C., 2014, *Comprendre l'absentéisme dysfonctionnel pour le corriger et le prévenir* : IUT Lyon 1, Université Claude Bernard, 56 p.

### **Mémoires**

BERNARD P., 2009, *Absentéisme des personnels non médicaux et politique de présentéisme : leviers de mobilisation de l'équipe. Exemple du pôle femme-mère-enfant du CHI d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil* [en ligne], Mémoire pour la formation de directeur d'hôpital : EHESP [visité le 11 mai 2017], disponible sur internet :

<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/edh/bernard.pdf>

CHABRILLAT V., 2015, *L'impact des politiques managériales sur l'absentéisme, l'exemple du centre hospitalier de Billom* [en ligne], Mémoire pour la formation de DESSMS : EHESP, [visité le 12 mai 2017] disponible sur internet :

<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/dessms/2015/chabrillat.pdf>

CLAIRET G., 2015, *Le pilotage de l'absentéisme du personnel de soins, vers une association des cadres de proximité à la gestion des ressources humaines* [en ligne], Mémoire pour la

formation d'attaché d'administration hospitalière : EHESP, [visité le 12 mai 2017], disponible sur internet : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/aah/2015/clairet.pdf>

RAFFIN C., 2015, *la gestion de l'absentéisme en EHPAD, une approche par la régulation* [en ligne], Mémoire de Master 2 Politiques publiques de santé, Sciences Po : Université de Grenoble, disponible sur internet : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01309242/document>

WESTRELIN P., 2014, *Examen de l'absentéisme au centre hospitalier de Vitré (35) : Une approche managériale pour maîtriser le phénomène* [en ligne], Mémoire pour la formation de directeur d'hôpital : EHESP, [visité le 11 mai 2017], disponible sur internet : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/edh/westrelin.pdf>

### **Rapports**

DERIOT G., 2010, *Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action (rapport)* [en ligne], Sénat, disponible sur internet : [http://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-1\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r09-642-1/r09-642-1_mono.html)

HAVARD H., SIMONI M-L., MARTIN SAINT LEON V., 2015, *Evaluation de l'expérimentation confiant à six caisses primaires d'assurance maladie le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires* [en ligne] IGAS, disponible sur internet : <http://www.interieur.gouv.fr/content/download/98511/773542/file/15121-15077-01%20-%20Arr%C3%AAts%20maladie.pdf>

### **Publications**

HAROCHE A., Avril 2016, « Plus de 30 jours d'arrêts de maladie par an dans 22 hôpitaux Français! », *Journal International de Médecine* [en ligne], disponible sur internet : [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:78\\_95XEPP8QJ:www.jim.fr/medecin/actualites/pro\\_societe/21\\_etudiant/e-docs/00/02/6A/70/index.md+&cd=3&hl=fr&ct=clnk&gl=fr](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:78_95XEPP8QJ:www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/21_etudiant/e-docs/00/02/6A/70/index.md+&cd=3&hl=fr&ct=clnk&gl=fr)

ROUSSEL Patrice, 2000, « La motivation au travail : concept et théorie », *LIRHE*, Université des sciences sociales de Toulouse, 19 pages.

Réseau ANACT, Janv-fev 2005, « L'absentéisme, des solutions à bâtir ensemble », *Revue Travail et changement* [en ligne], n°300, [visité le 12 mai 2017], disponible sur internet : [http://www.maladie-chronique-travail.eu/sites/default/files/ressources-documentaires/2Labsenteisme\\_Travail\\_Changement\\_n300.pdf](http://www.maladie-chronique-travail.eu/sites/default/files/ressources-documentaires/2Labsenteisme_Travail_Changement_n300.pdf)

Réseau ANACT-ARACT, Janv/fev/mars 2017, « Qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins », *Revue Travail et changement* [en ligne], n°366, [visité le 12 mai 2017], disponible sur internet : <https://fr.calameo.com/read/00008815504d693f7e5f4?authid>

Réseau ANACT-ARACT, Avril 2017, « 10 questions sur la reconnaissance au travail », [visité le 12 mai 2017], disponible sur internet : <https://fr.calameo.com/read/0000881558fdaaa698ebc?authid>

### **Études**

TONNEAU D., « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés

liées à l'organisation ». *DREES*, Octobre 2003, n°35

### **Plan national**

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 2016, Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, disponible sur internet : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_qvt\\_05122016.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf)

### **Intervention**

FLEURENT-DIDIER N., « La question de l'absentéisme : Prévention, gestion et compensation », in Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Cours magistral, 22 mars 2017, Rennes : EHESP, 2017, 100p

### **Textes réglementaires**

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE. Circulaire du 31 mars 2017 relative au renforcement de la politique de prévention et de contrôle des absences pour raison de santé dans la fonction publique [en ligne]. [visité le 12 mai 2017], disponible sur internet : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir\\_42046.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42046.pdf)

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. LOI n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, Article L. 2323-68 du code du travail [en ligne], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.docidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006902001>

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DE L'INDUSTRIE ET DE L'EMPLOI. LOI n° 2009-1673 du 30 décembre 2009 de finances pour 2010 [en ligne], Journal officiel, n°0303 du 31 décembre 2009, [visité le 11 mai 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000021557902&categorieLien=id>

MINISTERE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS, LOI n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016 [en ligne], Journal officiel, n°0302 du 30 décembre 2015, [visité le 11 mai 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000031732865&categorieLien=id>

MINISTERE D'ETAT, DE L'ECONOME, DES FINANCES ET DU BUDGET, DECRET n° 88-951 du 7 octobre 1988 modifié relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière [en ligne], [visité le 11 mai 2017 et modifié le 29 décembre 2015], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000314817>

MINISTERE DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n° 2014-1133 du 3 octobre 2014 relatif à la procédure de contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires [en ligne], Journal officiel, n° 0231 du 5 octobre 2014. [visité le 11 mai 2017], disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000029535331&categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B no 2014-321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques. [visité le 11 mai 2017], disponible sur internet :  
[http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/11/cir\\_38971.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/11/cir_38971.pdf)

ASSURANCE MALADIE, Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD une année donnée. [mis à jour le 3.11.2016], disponible sur internet :  
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2015.php>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, Bilan social des établissements publics de santé sociaux et médico-sociaux ; [mis à jour le 5.10.2016], disponible sur internet :  
<http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/ressources-humaines/bilan-social/article/le-bilan-social-des-etablissements-publics-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux>

#### **Sites internet**

ROCHE L., Le Blog de Loïck Roche, [visité le 12 mai 2017], disponible sur internet :  
<http://loickroche.blog.lemonde.fr/>

---

## Méthodologie

---

Le groupe du MIP : « *Analyser et prévenir l'absentéisme dans le secteur de la santé* » est composé de douze élèves représentant les filières d'attachés d'administration hospitalière (AAH), directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S), directeurs d'hôpital (DH), directeurs des soins (DS) et ingénieur d'études sanitaires (IES). Préalablement à l'ouverture officielle du MIP, le groupe s'est réuni pour partager des ressources bibliographiques ou expériences personnelles. Nous avons pris conscience que le sujet proposé était vaste et complexe.

### **Semaine 1**

Le début du MIP fut consacré a débuté par l'appropriation du sujet et à une définition du périmètre de travail et du livrable attendu. Un brainstorming a permis l'émergence d'idées fortes et de potentielles pistes de réflexion. Nous avons donc choisi d'aborder la problématique de l'absentéisme dysfonctionnel, ciblé sur la perte de motivation en lien avec les évolutions organisationnelles. Le groupe a affiné le périmètre de réflexion en y apportant une définition plus précise. Quatre hypothèses ont été déclinées et les grille d'entretien et d'analyse<sup>43</sup> rédigées. Ces outils méthodologiques ont été visés et validés par C. Routelous.

### **Semaine 2**

Sur les dix entretiens programmés (cf tableau ci-dessous), quatre entretiens ont été fléchés par C. Routelous. Nous avons souhaité aller au-delà en élargissant le champ d'investigation et en proposant six autres interlocuteurs, déterminés grâce à notre réseau personnel et professionnel, et couvrant à la fois le champ direction/administration et le secteur du soin. Les entretiens se sont déroulés à la fois en présentiel (EHESP ou en région) ou par média téléphonique, soit de manière individuelle, soit par binôme (journaliste/secrétaire). Chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription directe dans la grille d'analyse. De plus, nous avons fait le choix d'illustrer notre travail par des vignettes professionnelles, indiquées par « focus sur » et réalisées par les membres du groupe.

---

<sup>43</sup> cf. Annexes I et II.



La fin de semaine a été consacrée aux orientations du plan et à l'organisation de la rédaction.

<b>Interviewé</b>	<b>Fonction</b>	<b>Typologie de structure</b>	<b>Nb années expérience</b>
<b>M. L</b>	Directeur général	CH	27 ans
<b>M. G</b>	Directeur stagiaire	EHPAD	12 ans (soins)
<b>M. C</b>	Directeur	EHPAD	12 ans
<b>M. FD</b>	DRH	CH	4 ans
<b>Mme HB</b>	DRH	CH	Plus de 10 ans
<b>M. O</b>	Contrôleur de gestion	CHU	15 ans
<b>Mme B</b>	CS	CH	18 ans
<b>Mme L</b>	CSS	CHU	15 ans
<b>M. B</b>	CGS	CH	7 ans
<b>Mme F</b>	IDE	CH	30 ans

### Semaine 3

Cette dernière semaine de travail fut consacrée à la rédaction du rapport et à sa finalisation, en puisant dans les analyses des entretiens et la littérature. Un travail conséquent de lecture, de mise en cohérence de plume et d'harmonisation de la forme du rapport a enfin été réalisé de manière à consolider notre production.

L'étendue et la complexité du sujet ont constitué deux difficultés durant ce travail de trois semaines. En effet, chaque notion de l'absentéisme dans le secteur de la santé est un sujet à part entière. Au-delà de cet aléa, ce travail nous a permis de découvrir les cultures professionnelles des autres filières, de travailler en équipe et en interfiliarité et d'exploiter les compétences intrinsèques de chacun autour d'un projet.

Cette démarche collective préfigure la réalité quotidienne de travail en établissements sanitaires et médico-sociaux. Elle nous a également permis de mesurer l'importance des enjeux socio-économiques et sociologiques.

---

## Liste des annexes

---

Annexe n°I : modèle de grilles d'entretien

Annexe n°II : grilles d'analyse de tous les professionnels interviewés

Annexe n°III : tableau de synthèse des analyses

Annexe n°IV : vignettes issues d'expériences personnelles

- « Accompagnement de l'absentéisme de très longue durée »
- « Accompagnement des personnels En matière de développement de compétences »
- « Les outils RH de contrôle, de suivi et de prévention de l'absentéisme à l'hôpital »
- « La charge mentale à l'hôpital »

Annexe n°V : proposition d'une charte du manager

## Annexe n°I : modèle de grille d'entretien

Propos liminaires : « Actuellement en formation à l'EHESP, nous nous entretenons aujourd'hui dans le cadre d'un travail inter filières portant sur l'absentéisme dans le secteur de la santé. Nous vous remercions de votre disponibilité et de l'attention que vous porterez à ce travail qui restera anonyme.

Vous trouverez ci-dessous le guide des différentes questions que nous souhaitons aborder avec vous. »

### Points d'explication :

- **en gras** : points essentiels sur lesquels il faut réorienter l'interviewé s'il n'y vient pas spontanément,
- *en italique* : pistes de réflexion, suggestions d'approfondissement.

### ➤ Etat des lieux :

1. A quels types d'absences êtes-vous confronté au sein de votre établissement ?

#### **Revenir sur les trois types ?**

#### **Préciser les 3 types d'absentéisme :**

- **Dysfonctionnel**
- **Conjoncturel**
- **Incompressible**

2. Quels sont les enjeux qui y sont associés ?

#### **Enjeux économiques, financiers, qualitatifs, humains, qualité de vie, CREF, etc.**

*(ex : quelle stratégie de remplacement dans les services ? si politique d'auto-remplacement comment encadrer, quelles limites de la sur-sollicitation des agents sur temps de repos, existe-t-il un recueil d'information sur l'impact à terme dans les équipes )*

3. Pensez-vous qu'il existe un lien entre réformes du système de santé et absentéisme au sein des établissements ?

#### **Grandes réformes structurelles : T2A, ARS, pôle d'activité, etc.**

4. Quelle est votre perception quant à l'évolution du phénomène de l'absentéisme dans votre établissement ?

- *Quelles actions ont été mises en place ces dernières années ?*
- *Sur l'absentéisme en lien avec dégradation des conditions de travail et pénibilité physique et psychique (Achats matériels ? Actions de prévention ? Aménagement de poste ? Réflexion collective au-delà du CHSCT ?)*
- *Sur l'absentéisme en lien avec la maternité (Comment réaliser des actions en amont aux congés maternité ? Quel aménagement de poste ? Quel mode de garde adapté ?) en lien avec les maladies de longue durée ou les accidents ?*
- *Sur l'absentéisme court :*
  - *Démotivation : Quelle aide apporter dans les difficultés individuelles et dans celles au travail ? Quelles compétences sont nécessaires en plus dans certaines configurations (ex : fin de vie) ? Comment travailler sur la motivation ?*
  - *Tensions dans les équipes : Quelle réponse apporter aux difficultés relationnelles dans les services ?*

- *Quelle organisation du travail à mettre en place (afin de concilier la vie personnelle et la vie professionnelle)*
- *Quel soutien donner à l'encadrement ?*
- *Comment la direction peut témoigner son implication dans le travail réel ?*
- *Quelles actions à mettre en place en direction des médecins ?*

### **Augmentation / diminution en fonction des actions menées ?**

5. Avez-vous mené une analyse de l'absentéisme au sein de votre établissement ? Si oui, sur la base de quels indicateurs et à quelle fréquence ? Et avec quel système d'information ?

*Quelles informations sont-elles croisées et quelles données ne sont pas accessibles ? Est-ce que vous avez des actions que vous ne pouvez pas mener par manque d'information ?*

### **Outils de pilotage ? Détailler les outils : tableaux de bords absentéisme ? Contrôle de gestion sociale ? Méthode analyse des AT : arbre des causes ? Pyramide des âges ? Médecine du travail**

#### **Système d'information : outil interne ou outil du marché**

#### **Fréquence : une fois ponctuellement ou suivi régulier (mensuel, trimestriel, annuel ?)**

#### ➤ **Plan d'action :**

6. Avez-vous mis en place des actions à court terme pour limiter l'absentéisme ? Si oui, lesquelles ?

#### **Réponse à chaud - Action-réaction**

*Décrire par causes ou leviers de prévention de la satisfaction au travail, et à reprendre une pas une :*

*1° Actions qui mobilisent par l'autonomie données aux services : décentralisation de la gestion au niveau des services, capacité d'innover ?*

*2° Quels supports fournis par l'encadrement ? Un plan de formation qui a une orientation particulière/une cohérence (qui décide ?) et mobilise des fonds à hauteur de la demande réglementaire ? Comment aller au-delà ? (achats de matériels / TMS)*

*3° Comment favoriser la collaboration entre les métiers et dans les services ? comment favoriser les relations de confiance y compris vis-à-vis de la hiérarchie ?*

*4° Comment donner de la reconnaissance aux agents ?*

*5° Comment juger si le ratio de personnel est suffisant ? Quel climat social sur le sujet ?*

*6° Existe-t-il une démarche qui réfléchit sur la qualité du service rendu à l'utilisateur ? De même sur la reconnaissance par l'extérieur de l'image de marque de la structure ?*

*7° L'établissement a-t-il une vraie démarche d'amélioration de la qualité des soins et des services ? Des exemples ?*

7. Avez-vous mis en place des actions à moyen et long terme pour limiter l'absentéisme ? Si oui, lesquelles ?

8. Ces actions s'inscrivent-elles dans une démarche de contrôle de l'absentéisme et/ ou une démarche préventive ? Selon quelle proportion ? **A faire décrire**

9. Quelles sont les actions qui fonctionnent en routine ? Les actions mises en œuvre sont-elles évaluées ? Par qui ?

#### **Questionnaires, indicateurs de suivi (évolution du taux d'absentéisme)**

10. Des expérimentations sont-elles en cours ? Quelles en sont les spécificités

11. Est-ce que pour vous la motivation au travail est suffisamment prise en compte dans les organisations ? Au niveau individuel ? Au niveau collectif ?
12. Quel lien faites-vous entre motivation au travail et reconnaissance ? Quelles actions concrètes sont mises en œuvre dans ce domaine ? Avez-vous constaté un impact sur l'évolution de l'absentéisme ?

**Reconnaissance individuelle, des compétences, de la qualité, remerciements, retour d'information sur l'efficacité des agents, etc.**

13. Avez-vous mené un travail sur les valeurs au sein de votre établissement ?

**Le sens des missions du service public, sens du travail auprès des usagers, dans le cadre collectif, valeurs partagées**

14. Comment valorisez-vous les compétences individuelles au service du travail collectif ? Est-ce que cela s'inscrit dans un projet fédérateur ?

**Gestion des compétences au sein de l'établissement, évolution professionnelle des agents, comment ? (missions transverses, promotions professionnelles)**

➤ **Le management de proximité**

15. Comment envisagez-vous le rôle de l'encadrement de proximité vis-à-vis de cette thématique ? Et avec quels outils de management ?

**Accompagnement individuel de l'agent**

**Accompagnement collectif**

**A travers l'entretien annuel uniquement ?**

**Quel type de management : participatif ?**

16. Vous paraît-il important de repositionner le cadre de proximité sur son cœur de métier ?

**Management empêché par les tâches administratives (gestion des plannings) ? Besoin d'un management opérationnel au plus près des agents ?**

17. Comment les outils RH viennent-ils à l'appui d'une politique de maîtrise de l'absentéisme ?

➤ **Plan de communication**

18. Avez-vous mis en place un plan de communication autour de la question de l'absentéisme :

Auprès des instances ? (CHSCT, CTE, comité de direction, etc.). Auprès des professionnels ?

19. Avez-vous eu des retours des agents concernant les actions mises en œuvre ?

➤ **Limites**

20. Selon vous, quelles sont les limites éventuelles de la politique locale mise en œuvre dans votre établissement ?

21. Quel est votre opinion sur les orientations nationales en matière de maîtrise de l'absentéisme ?

22. Avez-vous quelque chose à rajouter que nous n'aurions pas abordé ensemble ?

Nous vous remercions pour ce temps d'échange et vous souhaitons une bonne journée.

**Le groupe MIP n°11 – EHESP 2017**

*Annexe n°II : grilles d'analyse de tous les professionnels interviewés*

**Grille d'analyse #1 – Entretien du 10 mai 2017**

M. C (D3S EHPAD), 12 années d'expérience	
Identification / caractérisation de l'absentéisme et des enjeux associés	<p><b>L'absentéisme inévitable ou incompressible.</b> Cela concerne les longues maladies et les pathologies lourdes auxquelles elles sont associées. Il ne constitue pas la dimension la plus « perturbatrice » pour le fonctionnement de l'EHPAD mais il comporte une forte charge émotionnelle pour l'équipe de professionnels et renvoie à d'autres accompagnements.</p> <p><b>L'absentéisme conjoncturel.</b> Il est lié aux mises en œuvre de nouvelles organisations ou de nouveaux services qui peuvent impacter (positivement ou négativement) la résistance au travail. Dans mon service, le cas le plus fréquent concerne les longues maladies mais jamais l'absentéisme conjoncturel, pour lequel l'accompagnement a permis de faire face.</p> <p><b>L'absentéisme « dysfonctionnel » :</b> arrêts maladies de courte durée, dont personnel jeune qui « a du mal à se lever le matin ».</p> <p><u>Enjeux</u> : concerne des professions très différentes et n'a donc pas le même impact sur le fonctionnement de l'EHPAD. <b>Il est donc à rapprocher de la notion de compétences.</b></p> <p>Stratégie assez innovante, validée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine : une <b>équipe opérationnelle d'aides-soignantes et d'ASH</b>, disponible et mobile, pour remplacer le personnel absent et ce au pied levé.</p> <p>Concernant la gestion du temps de travail nous avons supprimé les coupures il y a 5 ans, ce qui a entraîné une baisse significative au taux d'absentéisme. Dans le médico-social les périodes critiques se concentrent le matin et le soir. Il n'y a pas de « chantage » : <b>le travail en continu coûte plus cher qu'en coupure.</b> Si aucun n'est disponible on mettra les gens en coupure. Nous n'avons en fait pas réellement besoin de solliciter le personnel, la majorité souhaitant travailler en continu.</p> <p>Le problème en France c'est que l'on se concentre sur le court terme. En continu c'est plus cher (2 salariés en coupure équivalent à 3 en continu). La fatigue due aux coupures impacte l'EHPAD (80 à 100 euros supplémentaire par mois). <b>Le travail en continu est plus confortable, cher mais crée un retour sur investissement.</b> En France on en est incapable alors qu'au Québec on applique depuis des années ce système de « retour sur investissement sur travail en continu ».</p> <p><u>Evolutions</u> : en 2004, 14.5%. Objectif à 5 ans de le ramener à 10%. Aujourd'hui nous restons en dessous de 5%. Le contexte :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1/ un climat de gouvernance et de confiance</li> <li>2/ s'inspirer de l'accord d'entreprise (tours de table) qui amène au consensus</li> <li>3/ l'intérêt et le sens au travail. Pour nous il reste atypique : nous n'utilisons pas la grille AGIR mais le <b>Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF), en passant d'une logique de dépendance à une logique d'autonomie.</b></li> <li>4/ conditions de travail améliorées : formation, lits à hauteur variables, pèse-personnes, ... retour sur investissement de 180%</li> </ol>
	Impact des réformes nationales : Pas vraiment, et ce d'autant plus que les différentes réformes de santé menées ces dernières années concernent surtout le milieu hospitalier.
Analyse (indicateurs d'évaluation, etc.)	<p>Notre indicateur est le <b>rapport nombre d'heures d'absentéisme sur nombre d'heures de travail.</b> Au travers nous distinguons le cas des longues maladies (plus de 30 jours d'arrêt, qui est un indicateur à part entière), les – de 30 jours, puis surtout <b>le nombre de jours par agents et par année.</b> Par exemple si une année 45 personnes ont été absentes pour maladie avec 3000 heures non travaillées, ce n'est pas la même chose que l'année suivante avec 20 personnes absentes avec 6000 heures non travaillées.</p> <p><b>Pour la fréquence, en EHPAD, une analyse annuelle suffit.</b></p>

Plan d'actions	<p><u>A court terme</u> s'applique à un absentéisme lié à un service en particulier. Dans ce cas un plan d'action « à vide » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ 1/ analyser le site, sans « réunionite », maintenir un taux d'absentéisme à 5% (sans aller plus loin, ce qui serait contreproductif)</li> <li>⇒ 2/ mutations éventuelles de professionnels, du fait de conflits personnels</li> </ul> <p><u>Plusieurs leviers peuvent être utilisés à long terme</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Donner du sens au travail dans une démarche d'autonomie fonctionnelle</li> <li>⇒ Etre sûr que l'on peut bénéficier de temps de formation cohérents et efficaces</li> <li>⇒ Des perspectives saines en matière de carrière et de promotion interne</li> <li>⇒ Reconnaître le « droit à l'erreur », bien différent de la « faute »</li> </ul> <p>Pour cela il faut regarder la répartition du temps du travail et des tâches dans le médico-social. Trop souvent on constate une certaine iniquité entre les services. Le SMAF est donc un outil précis pour répartir la charge. Nous avons effectué un <b>tableau à 3 entrées : évaluation clinique, répartition RH, besoin en formation</b>. Souvent on nous demande « avez-vous assez de personnel ? ». Cette question n'a aucun sens : il faut s'interroger sur « l'intérêt au travail ». Mieux vaut un taux d'encadrement à 0.7 (aujourd'hui à 0.48) supérieur avec un taux d'absentéisme de 15%, plutôt qu'un taux d'absentéisme de 4% mais avec un taux encadrement à 0.48 ? <b>Tout dépend de l'organisation du temps de travail, de l'état d'esprit de l'établissement, du taux d'absentéisme et de la prise en compte de la formation professionnelle.</b></p> <p><u>Expérimentation</u> : depuis 4 ans nous participons à la <b>démarche Santé Qualité de Vie au Travail (SQVT)</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1/ Tour de table entreprises interbranches et collectivités. Des solutions peuvent se trouver chez les petites et moyennes entreprises.</li> <li>2/ Porteurs de projet formés à la norme ISO 26000 (responsabilité sociétale).</li> <li>3/ Partir sur des diagnostics croisés : nous avons diagnostiqué VEOLIA, et le Conseil départemental de la Gironde nous a évalué dans le global. Cela a été présenté au CHSCT et a <b>débouché sur un plan d'actions en 2016</b> (environnement au travail, vie professionnelle et vie privée, contenu du travail, habitudes de vie, relations professionnelles). Le plan a permis d'interdire les formations lors des congés scolaires et de créer un projet de crèches inter-entreprises sur Bergerac, de former sur les transmissions ciblées et verbales du matin, de mettre en place des volets électriques pour faciliter la vie au quotidien. Des diagnostics par service sont en cours.</li> </ul>
Motivation au travail	<p><u>Motivation pas du tout prise en compte dans le secteur médico-social</u>. Elle passe par un intérêt réel au travail et un sentiment d'appartenance. Au sein de l'EHPAD l'équipe est soudée et trouve qu'il y a du sens à sa mission. On peut souligner le manque de respect de la part des médias dans la manière dont ils peignent le secteur. Des milliers d'emplois salariés sont en jeu, emplois payés à moins de 1200 euros par mois !</p> <p>Quelque part le fait de s'attaquer au secteur donne une image épouvantable des professionnels, ce qui crée du point de vue de l'opinion publique un sentiment de rejet voire de dégoût. Le principal levier est à trouver au sein de l'image donné au local, en mettant en valeur le personnel. La presse locale est déjà venue, de même des ministres, ce qui constitue un contrepied efficace à cette image médiatique épouvantable.</p> <p><u>Lien motivation / reconnaissance</u> : <b>La motivation</b> résulte de la reconnaissance. Elle <b>n'est pas un moyen. Cela s'avère dangereux car on épuise le personnel sinon !</b> Elle doit arriver naturellement. <b>La reconnaissance peut être un moyen pour motiver au travail</b>, via la revalorisation des salaires mais aussi féliciter le personnel pour son comportement adapté, l'envoyer dans un colloque, prendre sa défense en cas d'agression, ...</p> <p><u>La question des « valeurs »</u> se pose déjà au sein de chartes. L'EHPAD a rédigé une charte de bienveillance, une charte des relations avec les familles, une charte relative au gaspillage alimentaire ainsi qu'une charte relative au parcours de santé. Ce cadre doit s'accompagner par un respect des valeurs au quotidien.</p> <p><u>Les compétences individuelles</u> sont liées au positionnement du poste dans l'équipe (la légitimité : une fiche de poste claire, connue par les autres membres de l'équipe, la communication, la tenue de</p>

	travail, le flux d'info que l'on va donner). La compétence individuelle n'a de sens qu'avec cela. S'il y a rétention : on enlève de la légitimité.
Management de proximité	<p>Au travers du Comité de Direction, nous avons effectué un <u>diagnostic QVT</u>. Le personnel cadre est au courant et doit être formé, puisqu'il englobe au sein de l'EHPAD 35 métiers très différents. Notre organisation s'articule autour d'une « approche processus » qui n'est pas que verticale et traite de l'aménagement de la bienveillance. Un <u>entretien annuel</u> est fait par directeur qui reçoit chaque cadre et responsable de proximité. Une formation de 3 jours en management permet une prise de conscience, un sentiment d'appartenance, et d'accroître la mobilisation et la motivation. <b>Le patient n'est pas le centre du dispositif : ce sont les agents.</b></p> <p>Il faut que <u>le cadre utilise son cœur de métier pour remplir ses missions de proximité</u>. Par exemple, pour un chef cuisinier, son rôle d'animation n'est pas incompréhensible avec sa formation initiale. Sa formation d'encadrement n'entraîne pas l'abandon de son cœur de métier.</p>
Limites	De nombreux éléments ne sont pas satisfaisants au sein de l'EHPAD. Tout d'abord, concernant les professionnels diplômés et qualifiés, les remplacements sont difficiles à trouver au niveau national, et ce même si l'on met en place des mesures palliatives. Cet enjeu concerne majoritairement les Aides-Soignantes et Infirmières Diplômées d'Etat. De plus, les formations initiales (écoles et instituts) semblent ne pas assez mettre l'accent sur l'aspect « motivation au travail » au sein des EPS et des établissements et services médico-sociaux (ESMS).



## Grille d'analyse #2 – Entretien du 10 mai 2017

<b>M. FD (DRH CH), 4 années d'expérience</b>	
<p>Identification / caractérisation de l'absentéisme et des enjeux associés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <u>Typologie dans le CH</u> : <b>Congés longue durée (1,3%) longue maladie (1%)</b> : fort même si en diminution. <b>Maladies ordinaires</b> : 4,55% : surestimé, car en attente de maladie « AT/CLMSM ». <b>Maladies pro</b> : 2,2% et <b>Maternité</b> : 1,35% ... <b>total de 9,14%</b>. Hors budget H (CS/Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)/Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), exclue budgets annexes ULSD, dotations non affectées, écoles).</li> <li>⇒ <u>Enjeux d'organisation et de qualité</u> : nuit à l'organisation des services, provoque une perte de savoir-faire, remplaçants : temps de formation. <b>Report de la charge de travail</b>, impact sur le climat social : <b>ressentiment envers les absents</b> quand bien même les absences sont justifiées.</li> <li>⇒ <u>Enjeu budgétaire</u> : remplacements. En l'espèce : <b>délégation d'un budget de remplacement aux pôles</b> avec droit de tirage, ce qui ne couvre pas l'intégralité des absences.</li> <li>⇒ <u>Grandes tendances</u> : <b>sur-déclaration des AT/maladie pro pour motif de lésions psychologiques</b> (ex : convocation à un entretien, restructuration provoquant « du stress » et deviennent l'AT : souvent suivis d'un refus). Mais on reconnaît des maladies pour syndrome anxio-dépressif. Nouvelles demandes : <i>burn out</i>, invalidités (sortant de l'absentéisme, motifs : moitié pour cause psychologique), congés longue maladie (idem à 50% : dépressions, ...).</li> </ul>
<p>Impact des réformes nationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <u>La nécessité d'augmenter l'activité depuis la réforme T2A</u> a réduit la durée moyenne de séjour et a augmenté le turn over ce qui <b>finît par peser sur le travail au quotidien</b> (nombre de passage aux urgences) : signes de fatigue.</li> <li>⇒ <u>Phénomène futur</u> : impact de l'intensification du travail sur la <b>hausse des arrêts maladie en lien avec les TMS</b>, précurseur d'arrêts de moyenne à longue durée</li> <li>⇒ <u>Groupement Hospitalier de Territoire GHT</u> : pas un facteur d'absentéisme pour l'instant : la mutualisation est limitée.</li> </ul>
<p>Analyse (indicateurs d'évaluation, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <u>Données quantitatives</u> : statistiques suivies mensuellement : par motif d'absence, secteur d'activité et métier, (en général par pôles puis par services) SIRH : données retraitées.</li> <li>⇒ <u>Données qualitatives</u> : consultant et audit, données qualitatives et déclaratives.</li> <li>⇒ <u>Taux d'absentéisme</u> : <b>qu'inclue-t-on ?</b> Nous : budgets délégués par contrat + personnels de pool + parfois autres permanents en sureffectifs. <b>Souvent « Nb absences / contrats de remplacement » : partiel.</b></li> </ul> <p><b>-Suppléance réelle : taux diffère selon catégories professionnelles</b> : IDE 90%, AS 70%, ASH 40%.</p> <p><b>-Rappel des agents en congés</b> : pas de moyen supplémentaire : repos récupéré.</p> <p><b>-Rappel en heures sup. (marginal)</b>, essentiel des services : en dernier recours, appel d'agents volontaires. Exceptionnel et inter services (distinct de rappel : intra service). Sauf métiers rares (ex : infirmiers anesthésistes, rare et difficile hors intérim).</p>

Plan d'actions	<p><u>A court terme</u> : Le remplacement ne permet pas de réduire l'absentéisme. Mesures de soutien : dans un service, lien avec le cumul de situations individuelles, souvent dégradation climat social et délitement managérial. Montrer que la direction soutient les services et les agents (organisation de réunions, pour les AT : améliorer les conditions matérielles de travail : apport d'équipement et réparer défaillant. A long terme : plans d'équipements N+1).</p> <p><u>Dispositifs à long terme</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <b>Plan de lutte contre l'absentéisme</b> avec un aspect prévention centré sur RPS.</li> <li>⇒ <b>Cellule de vigilance des RPS</b> qui est en collaboration avec le CHSCT et intervient sur les signalements pour s'entretenir, diagnostiquer voire proposer des pistes d'actions.</li> <li>⇒ <b>Cellule d'écoute</b> pour agents en situation de souffrance, rattachée à la médecine du travail et à une psychologue rattachée à la DRH qui reçoit individuellement et intervient sur le collectif.</li> <li>⇒ <b>Comité de Retour d'Expérience (CREXP)</b> : un sur les violences auxquelles sont confrontés les agents des urgences et des admissions, voire entre agents.</li> <li>⇒ <b>Actions bien-être</b> : prestations d'autres agents (massage, réflexologie, pilât, stretching)</li> <li>⇒ <b>Actions de contrôle</b> : médicaux plus systématiques, embauche de médecin 1 jour/semaine :</li> <li>⇒ <b>Outil informatisé support</b> pour discuter avec l'encadrement sur « comment remplacer ». Concrètement un ensemble de fichiers « <i>Microsoft Excel</i> » assez satisfaisant, avec une vision opérationnelle et prospective, différent des statistiques rétroactives.</li> </ul>
Motivation au travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <u>Motivation insuffisamment prise en compte</u> : le management de proximité se fera via les organisations elles-mêmes et doit être clair et précis sur attentes, ce qui est motivant pour les agents. Ils savent comment contribuer. L'importance du rôle d'entraînement et d'impulsion de l'équipe médicale n'est pas à négliger pour donner du sens à la prise en charge.</li> <li>⇒ <u>Lien avec la reconnaissance</u> : le principal souci c'est que les statuts donnent peu de marge en termes de reconnaissance financière. De plus les attentes souvent supérieures à ce que l'on est en mesure de donner et parfois non légitimes : asymétrie entre attente et réponse de reconnaissance effective. Pour garantir l'équité, il faut des règles.</li> <li>⇒ <u>Travail sur les valeurs</u> : formation management et prévention RPS (cadres), nous prévoyons d'insister sur le management par les valeurs (formation future externalisée), chartes : projet de soins est limité au soignant, sa « mise en œuvre » se décline sur la bienveillance et la bientraitance, pour le patient et les agents.</li> </ul>
Management de proximité	« <i>Le coaching des agents doit être participatif tout en posant des règles claires</i> »
Plan de communication	Pas de plan mais une communication régulière détaillée d'indicateurs, à la fois pour l'encadrement (réunions CODIR et ensemble de l'encadrement) et pour le dialogue de gestion. Des documents institutionnels sont présentés auprès des instances, avec des bilans réguliers du plan de prévention et des actions mises en place dans ce cadre.
Limites	On est pris en tenaille par des contraintes fortes d'économies, empêchant souvent des réponses aux besoins de base en RH et équipement. Il faut parfois faire des réformes et des restructurations rapides, une conversion de service d'hospitalisation complète en ambulatoire. Le plan triennal et la tutelle sont en contradiction avec le discours de prévention RPS. Très souvent la restructuration d'un service est mal vécue car trop rapide, sans préparation ni concertation, or cela demande du temps.

### Grille d'analyse #3 – Entretien du 9 mai 2017

<b>Mme B, cadre de santé, GH (5 000 agents), depuis 18 ans</b>	
Identification / caractérisation de l'absentéisme et des enjeux associés	<p>Cite les types d'absentéisme rencontrés sur son unité : maladie, AT, congé mater (non remplacé), CLM, <b>temps partiel thérapeutique</b></p> <p><b>Enjeux qualitatifs</b> : qualité de la prise en charge impactée par l'absentéisme</p> <p><b>Enjeux financiers</b> : sensibilisation des soignants à la dimension économique via les enveloppes de remplacement déléguées au pôle</p>
Impact des réformes nationales : <b>évolution de l'organisation du travail hospitalier au travers des pôles</b> d'activité : <b>renforcement des mutualisations entre les services notamment en cas d'absentéisme (marge de manœuvre de remplacement à l'échelle d'un pôle)</b> , mobilité interservices rendue possible à une <b>triple condition</b> : <b>exemplarité du cadre</b> (cadre qui remplace un autre cadre absent), <b>pédagogie et communication</b> (changements d'organisation du travail explicités, mieux compris et vécus par les personnels), <b>montrer l'intérêt au changement</b> (mutualisation qui permet à un agent de prendre son lundi de Pâques = stratégie du « gagnant/gagnant », je remplace un agent absent, j'ai mon lundi de Pâques)	
Analyse (indicateurs d'évaluation, etc.)	Perception du cadre : <b>augmentation des AT</b> , ce qui n'explique pas cette montée de l'absentéisme car des matériels sont mis à disposition (lits électriques, lève-malades, draps glissants), le fait des AS (pas de perte de salaire, ni de RTT dans le cadre de l'AT)
Plan d'actions	Sur les <b>modalités de remplacement : hiérarchisées</b> (mutualisation, heures supplémentaires, vacation puis intérim en dernier recours), limite réglementaire aux heures supplémentaires (15h/mois), vigilance à porter lorsqu'il s'agit de faire « sauter » des fériés ou RTT (ne pas générer une fatigue supplémentaire)
Motivation au travail	<p>Relève du cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Doit dire quand c'est bien et quand cela ne l'est pas</b> → suppose que le cadre soit sur le terrain</li> <li>• <b>Féliciter</b> (y compris en relayant remerciements des familles) <b>ou non</b> (marge de progression des agents) = <b>rendre les agents fiers de leur travail</b></li> <li>• Si dysfonctionnements, débriefing à faire</li> <li>• Contribue à <b>donner du sens au travail et renforce la confiance entre le cadre et son équipe</b></li> <li>• <b>Le cadre doit être conforté par sa hiérarchie</b> (confiance témoignée)</li> <li>• Bien cibler la motivation des agents qui souhaitent devenir cadre</li> </ul>
Management de proximité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rôle majeur d'anticipation du cadre dans la survenue de l'arrêt de travail</b> : perçoit la démotivation éventuelle de son agent « traîne les pieds, souffle », se doit d'agir en anticipation en s'entretenant avec lui, voire d'aménager le planning (conciliation vie privée/pro) → <b>suppose que le management soit opérationnel</b>, au plus près du terrain, dans la réalité de l'échange avec les équipes (écoute/soutien)</li> <li>• <b>Travail de longue haleine sur la responsabilité que l'on a à être sur le lieu de travail</b></li> <li>• Rôle du cadre <b>dans la construction de la notion d'équipe</b> : <b>faire entendre que l'arrêt abusif a des répercussions sur l'équipe</b>, développer le respect entre collègues</li> <li>• <b>Si le cadre est bien organisé</b> (ne pas perdre de temps, café, pauses), <b>ne peut être empêché par les plannings</b> (si c'est le cas, se demander pourquoi il y a des arrêts) : <b>« on a l'équipe que l'on mérite »</b></li> </ul>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reconnaissance insuffisante de la part de la direction</b></li> <li>• <b>Outils du management limités</b> (entretien annuel, augmentation de la note, faciliter l'accès en formation) : mise en place de stratégies palliatives par le cadre (« se mettre en 4 pour satisfaire les demandes des agents qui le méritent »)</li> <li>• <b>Formation des cadres de santé</b> (préconiser une mise en situation professionnelle +++)</li> <li>• <b>Management dans le pathos ou l'affect</b></li> </ul>

### Grille d'analyse #4 – Entretien du 9 mai 2017

<b>Mme HB, DRH, GH (5 000 agents), depuis plus de 10 ans</b>	
Identification/ caractérisation de l'absentéisme et des enjeux associés	<p>Cite tous types d'absentéisme : MP, CLM, CLD, MO, AT, ASA, absences imprévues, imprévisibles, fait la distinction entre les degrés d'<i>évitabilité</i> (incompressible, structurel et dysfonctionnel), <b>absentéisme dysfonctionnel qualifié de réactionnel</b> (refus de congés par ex), <b>capacité de l'institution à identifier cette forme d'absentéisme</b> (via la mention « reprise à l'issue » lors d'un contrôle médical), absentéisme dysfonctionnel intègre également l'<b>absentéisme « social »</b> (mode de garde non disponible = absence de l'agent)</p> <p><b>Enjeux qualitatifs</b> : bon fonctionnement d'un service (assurer continuité, continuité des compétences), organiser ou pas un remplacement qualitatif</p> <p><b>Enjeux financiers</b> : bonne maîtrise des moyens de remplacement pour éviter un dérapage financier.</p> <p><b>Enjeu social</b> (signal social) : <b>dans le cadre de réorganisations</b>, absentéisme car changements vécus comme une agression violente, arrêts plus longs, plus rapides.</p>
Impact des réformes nationales : oui et non, réorganisation loco-locale qui engendre de l'inquiétude et de l'absentéisme, pas les réformes en tant que telles	
Analyse (indicateurs d'évaluation, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données trimestrielles présentées en instances (absentéisme par grade, type, nombre de jours d'absences, par pôles, croisées avec des données relatives à l'âge et au sexe)</li> <li>• Fiche de poste du futur « chargé des relations sociales » intégrera une partie tableaux de bord</li> <li>• Données extraites grâce à un logiciel de requête « <i>Business Object</i> » et à partir du logiciel RH, à venir : requêtes dans le logiciel de plannings avec des alertes (seuils d'absentéisme + de 90 jours...)</li> </ul>
Plan d'actions	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sur l'absentéisme en lien avec la <b>dégradation des conditions de travail : démarche QVT</b> sur la base du volontariat et appel à candidature, 22 fiches action pour favoriser le présentéisme, temps sophrologue et massage minute dédiés</li> <li>– Sur l'absentéisme en lien avec la <b>maternité : mise en poste protégé</b> (au niveau des urgences pour éviter le brancardage et l'imagerie pour limiter les rayons ionisants), <b>protocole d'absence supra réglementaire avec un droit majoré pour les femmes inscrites dans un parcours PMA</b></li> <li>– Sur l'absentéisme en lien avec la maladie de longue durée ou les AT : « <b>invitation prise de nouvelles</b> » <b>pour anticiper la reprise, inscription aux journées d'accueil nouveaux arrivants pour les absents de longue durée</b> (voir ce qui a changé dans l'institution depuis le début de l'arrêt) <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur l'<b>absentéisme court : courrier de rappel à l'ordre</b> pour l'agent qui ne respecte pas les délais, <b>effectifs adaptés</b> présentés en instances, <b>procédure d'appel au remplacement hiérarchisé</b> (recherche de mutualisation puis heures supplémentaires, puis vacation, puis intérim en dernier recours)</li> </ul> </li> </ul> <p>Proportion démarche de contrôle de l'absentéisme et/ ou une démarche préventive 80% (contrôle) / 20% (prévention) = à inverser</p> <p>Expérimentations en cours et objectifs : recours à une <i>start-up</i> sur le « <b>bien vivre au travail</b> » <b>dimension holistique plus large que la QVT</b> intégrant les nouvelles technologies</p>
Motivation au travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivation au travail <b>sensible socialement (OS)</b> car suppose de distinguer les agents motivés de ceux qui ne le sont pas → <b>implique de trouver un consensus avec les OS sur une approche attitude</b></li> <li>• Selon la DRH, et pour la majorité des agents, la reconnaissance de leur motivation est pécuniaire : or, le <b>statut de la FPH ne permet pas de rétribuer la motivation au travail</b></li> <li>• Motivation au travail <b>en lien avec une qualité humaine : l'engagement</b> → <b>souci du collectif</b>, la question doit être intégrée dans le projet managérial et concerner l'ensemble</li> </ul>

	<p>des cadres (pas uniquement les cadres de santé)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lien motivation et reconnaissance au travail <b>matérialisé par les félicitations de la hiérarchie</b> ou un courrier annuel sur le caractère remarquable de l'exercice de la profession = retour d'information sur l'efficacité des agents</li> <li>• Pas de travail sur les valeurs</li> <li>• <b>Compétences individuelles au service du travail collectif</b> : par le biais du retour sur investissement et notamment de <b>l'institution apprenante</b> = ressources et compétences internes utilisées pour former les collègues</li> <li>• Il faut « se parler » et du lien informel pour <b>construire une culture institutionnelle et professionnelle</b></li> </ul>
Management de proximité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les <b>plannings comme alibi, 1<sup>er</sup> régulateur de l'absentéisme</b></li> <li>• Le 1<sup>er</sup> informé de la situation</li> <li>• Celui qui « se plaint » le plus du manque de moyens</li> <li>• Celui enfin qui n'utilise pas toujours la ressource de remplacement à bon escient → <b>suppose, pour être optimale, que la gestion de l'absentéisme soit pilotée par le cadre</b></li> <li>• <b>Etre empêché par les plannings = forme de protection qui conduit à l'absentéisme = chiffon rouge qui est agité et forme de refuge lorsque la hiérarchie demande de travailler sur des projets</b></li> <li>• <u>Les cadres ont besoin d'être professionnalisés</u>, ils sont dans la crainte, pas dans le pilotage</li> </ul>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'absentéisme social constitue une limite de ce que l'institution peut vivre et accompagner</li> <li>• <b>Tout n'est pas harmonisé au niveau GHEF en matière de plans d'actions de lutte contre l'absentéisme</b></li> <li>• <b>Pas de plan de communication en matière d'absentéisme</b></li> </ul>

## Grille d'analyse #5 – Entretien du 9 mai 2017

<b>M. O (contrôleur de gestion), 15 années d'expérience</b>	
<p>Identification/ caractérisation de l'absentéisme et des enjeux associés</p>	<p>Une donnée importante est à considérer en priorité, c'est l'<b>impact financier</b> généré par l'absentéisme, au-delà de l'impact social.</p> <p>Points essentiels : le pilotage DRH <i>via</i> une approche du taux de remplacement et les façons de gérer le remplacement.</p> <p>Taux de remplacement = rapport entre remplaçants et remplacés.</p> <p>Les impacts sont importants sur une échelle à long terme.</p> <p>Il se questionne sur la représentation de l'absentéisme en pyramide, pour lui il s'agit d'une "représentation fantasmagorique" du sommet en triangle. En effet, aucune donnée statistique de l'absentéisme dysfonctionnel ne permet cette caractérisation graphique.</p> <p>Cette cartographie pourrait très bien être aussi illustrée sous forme de rectangle.</p> <p>A court terme, le pourquoi des absences se pose. Car au quotidien des agents sont malade</p> <p>Question que doit se poser la DRH : comment remplacer de la manière la plus pertinente ?</p> <p>Principal impact : enjeu économique lié aux arrêts.</p> <p>Il donne une définition du pilotage : outils évaluations et rôle du contrôleur de gestion : suivre ces indicateurs.</p> <p><b>Il donne une approche fataliste de l'absentéisme</b> : toujours une bonne raison de l'arrêt. (ex : autant d'arrêts les lundis que les vendredis ou les mardis mais avec un <b>ressenti important de l'arrêt qui dérange</b>).</p> <p>La typologie des emplois et la pyramide des âges impactent aussi les arrêts (ex : médecins, femmes).</p>
<p>Impact des réformes nationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Jour de carence</b> : l'absentéisme avait baissé mais de là à conclure sur le lien de causalité cela reste difficile. Impact économique majeur : environ 500 000<sup>e</sup> récupérés (sur déficit de 3,5M par an c'est important).</li> </ul> <p>L'avis personnel de M. O : le principe du jour de carence n'est pas délirant et a du sens, mais les effets sont difficiles à démontrer sur l'absentéisme (objectivation délicate).</p> <p>Il n'évoque aussi aucun impact sur le noyau dur de profiteurs.</p> <p>Il rapporte la possibilité de flambage massif de l'absentéisme suite à une réorganisation fonctionnelle ou un déménagement (car perte de repère même si les locaux sont neufs et mieux adaptés +/- 2 pts)</p> <p>Le contrôle est plus à orienter sur la délivrance de l'arrêt (mal de dos, dépression, <i>etc.</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• T2A : selon lui pas d'impact objectivable sur l'absentéisme ("pas de création de malades").</li> </ul> <p>Son avis : il y a une erreur sur les objectifs, les établissements sont trop focalisés sur l'analyse et sur leur bilan social, mais pas assez sur le pourquoi des arrêts et sur quelles suites à donner aux chiffres observés afin de maîtriser l'absentéisme.</p>
<p>Analyse (indicateurs d'évaluation, <i>etc.</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels indicateurs : taux d'absentéisme, durée des arrêts, fréquence, type d'arrêt, La définition de l'absentéisme et son approche sont complexes (problème absconds).</li> </ul> <p>Existence d'une analyse de l'absentéisme ? : oui avec une grosse volumétrie sur une échelle de 4 à 5 années (base administrative des arrêts).</p> <p>Sur quels indicateurs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- taux d'absentéisme par grande catégorie, par mois (IDE, AS, par pôle, par unité fonctionnelle). Puis interprétation exclusive des données administratives des arrêts de travail (mais regret : pas d'accès aux données médicales, ni des données de la médecine du travail) --&gt; <b>principe du secret médical majeur à conserver pour éviter les dérives.</b></li> </ul> <p>Résultat/conclusion de l'enquête : aucun enseignement, aucune conclusion probante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilotage avec les chiffres et non avec ce que l'on pense, attention aux interprétations (ex. arrêt du vendredi, celui qui gêne -&gt; ressenti des cadres).</li> </ul> <p><b>Au-delà du taux d'absentéisme, il propose comme principal indicateur de pilotage : taux de remplacement.</b></p>

	<p><b>Il indique aussi qu'un taux remplacement de 100% est une réalité ruineuse (confirmation de son approche très financière).</b> Il avance le terme "<i>hérésie</i>".  Chaque établissement définit son propre objectif par typologie.  Certains fixent un idéal à 100% mais en général en déséquilibre financier.  <b>L'objectif varie selon certains critères intrinsèques aux structures : taux de remplissage de la structure, notion de seuil (ex. équipe de 3 vs équipe de 9) "pas de recette miracle".</b>  Il indique qu'en cas d'évolution notable du taux d'accidents du travail, l'établissement a la main et les outils pour agir <i>in fine</i>, afin de maîtriser les impacts.  Il confirme que l'analyse est délicate pour aboutir à une répartition par strates de l'absentéisme (secret médical, réelle justification médicale des arrêts)  Et recentre le débat sur comment remplacer les arrêts ?  <b>En matière d'évolution de l'absentéisme, il fait part d'une représentation en vague</b> (aucune loi mathématique), qui est fonction de typologie des agents, des effets de la pyramide des âges avec une « fatigabilité » plus marquée.  (ex. : année n -&gt; importance des arrêts maternité puis creux de la vague année n+1).  <b>Proposition de 2 indicateurs pertinents :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nombre de rappel agents (il y a pensé post expérience CHU)</b></li> <li>- <b>Productivité des agents</b> = outil de management (ajustement des ETP selon la charge d'activités – notion de consentement réciproque agent/cadres) -&gt; cf. expérimentation locale CHU pas suivie et non concluante.</li> </ul> <p>Il réaffirme que la vraie question que se doit poser les RH en matière de pilotage de l'absentéisme : quelles suites donner aux chiffres bruts d'évaluation ? Qu'en faire pour maîtriser les impacts ?  Et si pas de réponse claire : l'indicateur ne sert à rien.</p>
Plan d'actions	<i>Pas évoqué.</i>
Motivation au travail	<p><b>La motivation est liée à la personnalité intrinsèque du cadre de proximité</b> ("médecin chef de service poli, sympa, bienveillant vs odieux personnage pour qui les agents n'auront aucun remord à placer un arrêt maladie).  En effet le style de management impacte <i>in fine</i> l'absentéisme <i>via</i> le bien-être au travail et la reconnaissance professionnelle.  Il rapporte l'importance de la cohésion d'équipe et la notion de sens du travail.</p>
Management de proximité	<p>Il évoque en termes de management de proximité deux questions essentielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il convient d'adapter le style management au contexte de chaque structure (rappel agents, création des plannings, culture individualiste vs culture collective).</li> </ul> <p>Le style de management a un impact, mais de combien ? (pas de réponse motivée et objectivée).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe 2 types de pilotage du taux de remplacement : <ul style="list-style-type: none"> <li>- certains cadres de santé demandent immédiatement un remplacement, puis en général refus du DRH -&gt; report de la responsabilité du cadre vers les RH ;</li> <li>- Il existe une solution alternative plus pertinente et intelligente de gérer le remplacement : avant de solliciter les RH, mise en œuvre d'un mode dégradé (solution de contournement), avant de solliciter les RH.</li> </ul> </li> </ul>
Plan de communication	<p>En termes de communication, les cadres ont accès aux données générales de l'établissement ou de leur pôle, mais pas à celles des autres pôles.  Il évoque la nécessité d'une transparence des informations sur l'absentéisme, mais pas totale entre pôle car aucun intérêt à comparer les pôles entre eux en raison des particularités des services -&gt; risque d'instrumentalisation (ETP, budgets, etc.).  Il est adepte de la communication, ok pour tout dire aux cadres et aux agents mais pas n'importe comment ?  Il dit "le meilleur message du monde si mal communiqué n'apporte aucune plus-value".</p>

Limites	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles suites donner aux indicateurs ?</li> <li>- Communication compliquée des indicateurs (entre pôle c'est délicat) -&gt; risque instrumentalisation (ETP, budget, etc.).</li> <li>- Complexité de faire la promotion d'indicateurs novateurs (ex. productivité) -&gt; expérimentation locale du CHU Rennes pas suivie et non concluante.</li> <li>- Erreur d'objectifs des structures et des instances nationales car trop focalisées sur l'aspect analyse et bilan social ; mais pas assez sur le pourquoi et quelles suite à donner aux chiffres.</li> </ul>
Sujets orphelins	Citation en fin d'entretien : <i>"tous les agents se plaignent, on n'est jamais content, c'était mieux avant ..."</i>



## Grille d'analyse #6 – Entretien du 11 mai 2017

<b>M. L, chef établissement CH (550 lits – 1 000 agents), 27 ans d'expérience</b>	
Identification / caractérisation de l'absentéisme et des enjeux associés	<p>Considère que l'absentéisme est devenu un enjeu stratégique pour son établissement. Ce dernier est confronté à tous les types d'absentéisme mais principalement des arrêts courts pour cause de maladie (annoncés comme tel) ou enfants malades.</p> <p>Il ne cite pas initialement les trois types d'absentéisme mais reconnaît que l'absentéisme dysfonctionnel a été très présent dans son établissement ces derniers mois. Il argumente que le dialogue social n'était pas très positif avec la précédente direction, dans un contexte d'importantes réorganisations (réduction du nombre de RTT...), compte tenu d'un plan de retour à l'équilibre mis en place.</p> <p>Selon lui, les enjeux de l'absentéisme sont conséquents pour l'établissement, en terme économique et de qualité des prises en charge. De la même façon, un absentéisme important en secteur administratif ou technique perturbe toutes les organisations de travail.</p>
Impact des réformes nationales	<p>Il souligne que les réformes du système de santé ont probablement impacté l'absentéisme dans les hôpitaux mais qu'il s'est à nouveau majoré avec la disparition de la journée de carence.</p> <p>La tarification à l'activité a selon Mr L conduit l'hôpital à s'inscrire dans une course à la compétitivité, nuisible à la qualité de vie au travail, pouvant avoir des incidences sur l'absentéisme.</p>
Analyse (indicateurs d'évaluation, etc.)	<p>Pour l'analyse de l'absentéisme, il existe de nombreux tableaux de bords, suivis par deux contrôleurs de gestion sociale. Mais il estime que le suivi devrait être au plus près des secteurs de travail, et non uniquement géré par la DRH. L'absentéisme a fait l'objet de nombreux groupes de travail avec les organisations syndicales. Un groupe « agir contre l'absentéisme » a ainsi été créé pour réfléchir à des solutions pérennes.</p>
Plan d'actions	<p>Il existe un groupe « agir pour l'absentéisme » très mobilisé sur ce thème. Décision d'un audit absentéisme, conduit par le CNEH (<b>A exploiter +++</b>). Pour les maternités par exemple, la personne qui déclare une grossesse est rapidement vue par la DRH afin d'envisager un changement de postes dès qu'il lui sera plus difficile d'exercer ses missions habituelles (par exemple, une IDE peut être affectée à des tâches de secrétariat, où elle restera assise, contribuant à la maintenir au travail avec moins de contrainte). Le travail réalisé lors des instances du type CHSCT, CTE permet souvent de diminuer l'absentéisme. En effet, il existe selon lui, un lien important entre absentéisme et conditions de travail. Des questionnaires de satisfaction au travail des agents ont déjà été distribués pour tenter d'améliorer les actions.</p>
Motivation au travail	<p>M. L estime que la motivation au travail est essentielle dans l'analyse de l'absentéisme. Il pense qu'elle est prise en compte mais reconnaît que des améliorations sont encore possibles. Pour lui, il n'existe que peu de leviers pour déclencher la motivation au travail. La reconnaissance du travail bien fait doit être valorisée auprès des personnels. Les évaluations annuelles doivent souligner le travail positif de l'agent tout au long de l'année mais la reconnaissance doit être mise également en évidence au fur et à mesure des jours de travail. Une dynamique collective permet de créer de la motivation au travail.</p>
Management de proximité	<p>Selon M. L, les cadres sont les témoins privilégiés du climat social de l'établissement. Il est nécessaire de les inclure dans le travail sur la lutte contre l'absentéisme. Il constate cependant que les types de management sont divergents. Pour lui, un management directif peut conduire à une augmentation de l'absentéisme.</p> <p>Pour M. L, les cadres de proximité ont le premier rôle en matière de prévention et de suivi de l'absentéisme. Ce sont eux qui créent une dynamique favorable ou non au travail, bien qu'ils ne soient pas seuls. Les médecins, notamment les chefs de services, ont également un rôle majeur. Ils déplorent que les cadres soient tellement accaparés par la gestion des plannings. Il pense qu'il doit y avoir plus de partenariat avec les cadres et la DRH autour de l'absentéisme.</p>

Plan de communication	Le dossier absentéisme a été travaillé en instances avec l'ensemble des partenaires sociaux. La communication est importante sur ce thème. La mise en place de l'audit a été validée de manière collégiale, en bénéficiant d'une large communication.
Limites	Pour lui, la politique locale est largement dépendante des textes en vigueur. La réintroduction du jour de carence au sein de la fonction publique est par exemple un levier à remettre en place. Il pense également que le contexte politique, économique national voire mondial peut influencer l'absentéisme, même à un niveau local.
Sujets orphelins	Importance des valeurs du service public : continuité des soins, permanence des soins, mutabilité... Il reconnaît que l'esprit d'appartenance à l'hôpital contribue à limiter l'absentéisme.

## Grille d'analyse #7 – Entretien du 11 mai 2017

<b>M. G (D3S, directeur stagiaire EHPAD, années d'expérience de soins, travaille avec Yves CLOT (psychologue))</b>	
<b>Identification / caractérisation de l'absentéisme et des enjeux associés</b>	<p><b>Identification :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absentéisme dysfonctionnel ⇒ Difficile à quantifier</li> <li>- Absentéisme conjoncturel ⇒ Qui fluctue en fonction des épidémies par exemple</li> <li>- Absentéisme incompressible ⇒ Comme partout, en ce qui concerne les Congés Longue Maladie (CLM) et Congés Longue Durée (CLD)</li> </ul> <p>Le DRH élabore un « bon » bilan social, qui parvient à limiter la part d'absentéisme incompressible de l'établissement. Toutefois, ce bilan montre ses limites car il ne s'inscrit pas dans une logique infra-pôles / infra-services (ne tient pas compte des conditions de travail différentes selon les spécialités).</p> <p><b>Enjeux :</b></p> <p>Financier : CLM/CLD ⇒ Coûtent cher, mais en plus, ils empêchent le recrutement / la fidélisation / la titularisation d'agents contractuels depuis des années. D'autant plus depuis que l'établissement est d'une certaine manière en CREF (le principal poste de dépenses revu à la baisse est celui du personnel).</p> <p>Conditions de travail : Depuis 2 ans, l'établissement a signé un CLACT en lien avec l'ARS, car un cadre supérieur de santé, par son style de management, avait généré quelques RPS chez ses agents, soit de l'absentéisme directement lié au management de proximité.</p>
<b>Impact des réformes nationales</b>	<p><b>Organisation du travail :</b> Les réformes hospitalières ont généré une perte de sens de l'organisation du soin progressive. Les agents ont du mal à trouver leur place dans l'organisation.</p> <p><b>Tensions sociales :</b> Dans le champ médico-social actuel : Les récentes réformes créent une tension sur l'effectif, ce qui fragilise un peu plus la relation de travail avec les agents, créant donc un risque de générer l'absentéisme.</p>
<b>Analyse (indicateurs d'évaluation, etc.)</b>	<p>Bilan social du DRH, tous les ans.</p> <p>M. G est actuellement en train de travailler sur un indicateur permettant de corréler l'absentéisme à la charge de travail et également aux GMP (GIR Moyen Pondéré) et PMP (PATHOS Moyen Pondéré) – <i>ndlr. ce sont des indicateurs du degré de dépendance des patients en EHPAD. Donc de relier l'absentéisme au niveau de l'activité réelle (exercée) et non de celle de l'établissement.</i></p> <p>Chaque cadre est vu 1 fois par mois pour traiter de l'évaluation de l'absentéisme de ses agents, par le DRH.</p> <p>Une absence injustifiée = Retenue sur salaire.</p> <p>Un entretien de retour avec le cadre est organisé après tout arrêt de plus de 15 jours.</p>
<b>Plan d'actions</b>	<p><b>Instances mises en place par Yves CLOT :</b></p> <p>Pour lever les <i>empêchements au travail de qualité</i>, la prise de décision doit se faire au plus près de là où le travail se fait (au plus près du travail réel). On reprend toutes les organisations du travail, on questionne les agents sur ce qui est pour eux une difficulté au travail, on construit avec eux des organisations de travail qui viennent alléger les difficultés... Plus on questionne le travail, plus on obtient un accompagnement de qualité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instance de Dialogue sur le Métier (IDM) → Elle réunit toutes les 6 semaines un représentant de chaque organisation syndicale, Yves CLOT et son assistante, le DRH, le Directeur du service technique, le Directeur du service économique, Pierre, qui représente le Directeur de pôle ainsi que 2 élus du métier (1 AS et 1 AMP élues au sein des corps de métier chargées de faire remonter tous les empêchements au travail de qualité dans leur activité quotidienne). Le but étant d'assurer une liaison ascendante dans la prise de décisions pour agir au plus près du métier / des agents.</li> <li>- Comité d'Etablissement → Elle réunit toutes les 6 semaines le chef d'établissement, un secrétaire du CHSCT, un secrétaire de chaque section syndicale, le DRH, le Directeur de chaque pôle et Yves CLOT et son assistante. L'objectif étant de dialoguer sur le travail direct et réel des équipes. Les points non aboutis en IDM finissent par être</li> </ul>

	<p>traités en Comité d'Établissement.</p> <p>⇒ <b>L'idée étant, pour ces 2 instances, de mettre en place une action concrète sur la QVT, donc l'absentéisme et la question de la motivation au travail, en interrogeant le travail réel.</b></p> <p><b>Auto-remplacement :</b> C'est l'outil de remplacement n°1. Un guide interne de la gestion du temps de travail a été élaboré et l'établissement a choisi de ne pas rappeler un agent en repos (RTT / congés). Les agents n'étant pas tous polyvalents, les remplacements s'organisent entre équipes très proches. Pas de logique de remplacement entre pôles.</p> <p><b>Femmes enceintes / maternité :</b> Femmes enceintes passent toutes en horaires de jour. L'établissement dispose également d'une crèche d'entreprise, ce qui constitue un élément d'attractivité très clair pour les équipes.</p> <p><b>CLACT :</b> Démarche préventive en lien avec l'ARS.</p> <p><b>Contrôle de l'absentéisme :</b> Dès que possible un médecin expert (privé) va vérifier au domicile la présence de l'agent arrêté. Critère de contrôle : Les arrêts pétillants (= absentéisme court et répété).</p>
<b>Motivation / Sens du travail</b>	<p><b>Impact de la taille de l'établissement :</b> L'établissement étant de taille humaine, le travail conserve assez de sens globalement. Existe une certaine solidarité entre le personnel. Mais cette notion de solidarité devient de plus en plus compliquée à mesure que les contraintes financières pèsent de plus en plus dans la gestion du personnel (le taux de remplacement baisse petit à petit depuis 2 ans) ⇒ On arrive au bout du système.</p>
<b>Management de proximité</b>	<p><b>Difficultés pour les cadres de proximité avec les nouveaux attendus de l'organisation :</b> On leur demande de s'insérer dans une démarche de co-construction, de faire preuve d'empathie professionnelle, ... Autant d'éléments nécessaires dans la notion de régulation du travail par le sens du travail. Mais grande hétérogénéité des pratiques, des profils et du niveau de compétences. La formation de cadre de santé montre ses limites. La V3 de l'intervention d'Yves CLOT portera essentiellement sur le coaching de nos cadres autour des valeurs que l'on porte.</p> <p><b>Le rôle des cadres dans les entretiens professionnels :</b> Un travail progressif a été instauré pour que la notion d'évaluation repose davantage sur des thématiques précises. Et l'encadrement a de plus en plus un regard plus précis sur les attendus du travail, donc moins de subjectivité. Donc finalement, les agents qui pouvaient les appréhender (les entretiens d'évaluation), aujourd'hui les attendent, pour se dire les choses. Mais là encore, grande hétérogénéité des pratiques en la matière : certains cadres arrivent vraiment à traduire auprès de leurs équipes le projet d'établissement, d'autres restent dans leur planning... Pour l'avenir, nous nous questionnons sur le recrutement de cadres socio-éducatifs.</p>
<b>Plan de communication</b>	<p><b>Pour une plus grande transparence :</b> Les tableaux de bords doivent être au plus près du travail réel et communiqués aux équipes (logique de co-construction). On ne peut pas demander aux agents d'être dans la co-construction si on ne l'évalue pas ensemble.</p>
<b>Limites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défaut de transparence.</li> <li>- Pyramide des âges vieillissante constitue un facteur de risque supplémentaire pour les absences de longue durée...</li> <li>- Système d'information défaillant, mais il devrait s'améliorer dans les prochains jours.</li> </ul>

<b>Sujets orphelins</b>	<p><b>Remise en cause des notions de RPS / souffrance au travail ?</b>  Depuis la réforme FILLON, on a considéré que le travail était pénible sans s'interroger sur le travail réel, ce qui a un effet sur la santé de nos agents, donc sur l'absentéisme.  Moi je pense que ça fait du bien de <b>reparler d'humanisme au travail</b> aussi.</p>
-------------------------	---

### Grille d'analyse #8 – Entretien du 10 mai 2017

<b>Entretien Mme L (CCS, CHU), 15 années d'expérience</b>	
<u>Identification absentéisme :</u>	Absences institutionnelles, celles qui sont règlementées. Ne fait pas la distinction ternaire de l'absentéisme dans son établissement. Précise que les absences de courte durée sont impossibles à quantifier.
<u>Enjeux associés :</u>	Continuité des soins, qualité des soins et qualité de vie au travail. Réduction du nombre de lits avec le développement de l'ambulatoire et l'augmentation de l'activité (T2A) + indicateurs d'activité. Contrainte financière. Climat social très tendu = 3 plans de retour à l'équilibre.
Impact des réformes nationales	Suppression du jour de carence qui pose problème
Analyse (indicateurs d'évaluation, etc.)	Absences de courte durée ne sont pas quantifiées. Pas d'analyse qualitative des dispositifs. Analyse de l'absentéisme fait défaut. Politique à développer par la cadre de proximité (comprendre l'absentéisme).
Plan d'actions	Mise en place d'une stratégie de remplacement institutionnel (au sein de l'établissement) par gradation. Utilisation des cycles et roulements dans les plannings Pool de remplacement Groupes de travail (évaluation des pratiques professionnelles) Politique de contrôle des arrêts
Motivation	Attention particulière à apporter aux équipes support du soin (équipes hôtelières, équipes de nuit, équipes entretien des locaux), où il n'y a pas un cadre de proximité. Importance d'explicitier les réformes, le sens de nos décisions = donner du sens au travail.
Management de proximité	Important : Le cadre de proximité doit soutenir ses équipes. Il est garant de l'organisation des soins. Savoir reconnaître le travail de l'autre.
Plan de communication	
Limites	Le volet préventif de l'absentéisme n'est pas suffisamment développé. Il doit s'étendre aux risques professionnels de manière générale, pas uniquement aux risques physiques. Pyramide des âges vieillissante, Question du maintien à l'emploi / retour à l'emploi d'agents avec leurs problématiques médicales.
Sujets orphelins	Prévention des risques professionnels au travail. Transformer la souffrance au travail en valorisation du travail et en bien-être au travail.

## Grille d'analyse #9 – Entretien du 12 mai 2017

<b>Mme F (IDE), 30<sup>ème</sup> d'années d'expérience (nuit et nuit), avec différents moments d'absentéisme, et notamment longue maladie</b>	
Identification / caractérisation de l'absentéisme et des enjeux associés	<p>Identifie 2 temps particuliers dans sa carrière d'IDE :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Un temps de nuit marqué par différents moments d'absence au travail</li> <li>2. Le temps actuel où elle a réussi à reprendre une activité professionnelle « normale » à son retour de LM</li> </ol> <p>A connu des temps d'absentéisme de durée variable dont certains d'une seule nuit. <i>« Le plus long a été pour le cancer, c'est ce qui a fait que je suis revenue de jour, je ne pouvais plus travailler la nuit c'était trop dur ».</i></p> <p>Qualifie le travail de nuit comme : <i>« éprouvant, fatiguant physiquement et psychologiquement. C'est un travail où on se sent seul et les nuits, les patients sont plus angoissés et demandent donc plus d'attention »</i> et <i>« sans compter que la journée, il y avait les enfants à gérer, la maison et qu'au final je dormais peu ».</i></p> <p>Rapport entre absentéisme et travail de nuit ?</p> <p>Pour elle, le rapport entre travail de nuit et ses arrêts réside dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les équipes de nuit sont en nombre limité. Pour le service 2 IDE de nuit et 1 AS pour 30 patients.</li> <li>• La fatigue accumulée travail de nuit pas physiologique + vie sociale de jour. Avait deux enfants à charge et un mari avec des problématiques de santé importantes. A longtemps « jonglé » entre le travail et sa situation familiale mais certaines fois, ce n'était plus possible et consulté son médecin traitant qui lui prescrivait du repos donc un arrêt maladie. La vie familiale a eu pour elle un impact fort sur sa vie au travail.</li> <li>• La pression plus forte du travail. Une IDE de nuit peut se retrouver dans des situations, avec des patients, compliquées à gérer. Les médecins sont aussi moins joignables ce qui ne facilite pas les choses. Il faut sans cesse analyser la situation clinique du patient avant d'appeler. Sur le long terme, « c'est épuisant nerveusement, ça stresse ».</li> <li>• La prise en charge du patient est plus lourde psychologiquement, ça pèse plus sur le moral. A été confrontée à des situations de patients en fin de vie où le temps d'accompagnement pouvait être important. Le nombre d'IDE de nuit selon elle n'a pas permis qu'elle puisse réaliser son travail comme elle l'aurait souhaité. Cette situation provoque une frustration importante. Pour elle, être IDE signifie prendre du temps pour le patient et sa famille et juge que pour le moment elle n'avait pas ce temps à accorder car trop de soins techniques à réaliser. L'accompagnement des patients devrait être une priorité. Cela a également eu une incidence sur sa façon de travailler et sa présence au travail.</li> <li>• La nuit = grande autonomie des agents ce qui est valorisant mais aspect contrebalancé par une grande solitude ressentie.</li> </ul> <p>Le management des équipes de nuit ne doit pas être oublié.</p> <p>Depuis son retour de jour :</p> <p>La pathologie grave qui a engendré le passage de jour lui a néanmoins permis de reprendre pied dans le monde du travail. Son exercice actuel en hôpital de jour est marqué uniquement par de l'absentéisme en lien avec la rééducation en cours. Se sent maintenant intégrée dans une équipe, ce qui est aidant pour gérer émotionnellement certaines situations. Les patients sont plus autonomes, il y a plus de communication. <i>« Je sais pourquoi je viens travailler ».</i></p>

Impact des réformes nationales	<p>L'impact des réformes est surtout vu sur le travail : celui-ci devient plus difficile car les conditions de travail se sont dégradées ces dernières années. « On est moins nombreux pour faire plus de travail, forcément ça épuise ». Les rappels sur les jours de repos sont fréquents laissant l'impression de ne plus avoir de repos. Encore que cette Ide ne se sent pas la plus impactée car les rappels sont moins nombreux sur les équipes de nuit « le rythme est conservé, la plupart du temps ». Les réformes dans le domaine de la santé ne sont faites que pour économiser de l'argent. La qualité de prise en charge des patients n'est plus recherchée même si « c'est pour ça que j'ai choisi ce métier ».</p> <p>Cet état de fait a donc un impact sur l'absentéisme par épuisement des professionnels.</p> <p>Le discours syndical est abordé puisque celui-ci confirme le côté néfaste des réformes et corrobore les dires des professionnels. Ceci est important à prendre en compte en interne et cela peut agir sur le comportement des professionnels / absentéisme</p> <p>La communication institutionnelle autour des grandes réformes est « quasi inexistante ». Cela pourrait pourtant aider à comprendre pourquoi les décisions politiques sont prises et quels en sont les objectifs. Les professionnels n'arrivent pas à se projeter dans un avenir mais ne font que le constat de la dégradation des prises en charge et de leurs conditions de travail.</p>
Motivation au travail	<p>La motivation au travail de cette IDE varie dans le temps et en fonction de son activité (nuit puis de jour). Elle témoigne aussi de l'importance de l'ambiance de travail sur cet aspect. Le rôle « du moral de l'équipe » et de l'entente entre les différents membres est aussi important. Il semblerait exister une implication du collectif sur la motivation ou la non-motivation des professionnels.</p>
Management de proximité	<p>Par rapport à cet item, elle précise que son interlocuteur était surtout le cadre de nuit. Elle a pu compter sur sa présence quand il le fallait. Il intervient à l'appel des équipes sur des situations d'absentéisme imprévues ou sur des situations compliquées à gérer pour les équipes de nuit (situations conflictuelles avec les patients et les familles par exemple).</p> <p>Le cadre de nuit n'est pas le référent hiérarchique direct puisque les équipes de nuits dépendent des cadres de santé référents des unités concernées. « <i>C'est plus facile pour dire les choses mais comme on voit peu le cadre de jour de l'unité, on a l'impression de ne pas faire partie de l'équipe du service. A part aux transmissions, on ne partage rien avec les autres collègues de jour</i> ». L'organisation mise en œuvre ne facilite pas les liens entre les différents membres de l'équipe (cf. item ci-dessus / motivation au travail)</p>
Plan de communication	<p><b>Points importants relevés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importance pour l'IDE de l'entretien de retour à l'emploi effectué par le cadre de santé après le CLM</li> <li>• Développer la communication / inquiétude sur l'avenir de l'hôpital public.</li> <li>• Avoir des discussions de fond sur le changement de la façon de travailler (« on a l'impression de faire passer la charrue avant les bœufs : on baisse les effectifs et après on voit comment on s'adapte).</li> <li>• Avoir plus de relations avec les membres de la direction.</li> </ul>

### Grille d'analyse #10 – Entretien du 9 mai 2017

<b>M. B. CGS, CH support (1 300 lits), diplômé depuis 2010</b>	
<p>Identification / caractérisation de l'absentéisme et des enjeux associés</p>	<p>Typologie difficilement objectivable. Notons que 50% des arrêts concernent maladie ordinaire (comme arrêt avant congé maternité) puis ce sont les congés maternité, enfin les accidents du travail. Focus fait sur congé maternité + travail avec DRH + médecine du travail</p> <p><b>Enjeux humains</b> : personne dépendante / demande d'aménagement</p> <p><b>Enjeux financiers</b> : remplacement</p> <p><b>Enjeux investissement</b> : achat matériel spécifique.</p>
<p>Impact des réformes nationales :</p> <p>Dimension politique : pas d'impact du jour de carence. Ce qui se joue / financier. Renégociation accord local / bien-être au travail : attribution prime / présentéisme : échelon – Un vrai travail sur le statut serait à mener au sens politique car s'il a la vertu protectrice, il peut dans une perte de sens être très contraignant.</p> <p>Ainsi : vacances de N-1 non pris et report en N+1, idem / congé maternité ou RTT</p>	
<p>Analyse (indicateurs d'évaluation, etc.)</p>	<p>Suivi RH + médecine du travail + délégation de gestion par pôle (suivi mensuel)</p> <p>Implication des représentants du personnel.</p> <p>Analyse sur les conditions de survenue des accidents + contexte + fatigabilité, pénibilité, etc.</p>
<p>Plan d'actions</p>	<p>Les arrêts maladies sont prescripteurs dépendants et arrêts justifiés. Quand arrêt « suspect » politique de l'établissement de demander un contrôle</p> <p>Formations collectives</p> <p>Comité de Retour d'Expériences Professionnelles CREX</p> <p>Suppléance interne, remplacement interne,</p> <p>Mise en place de remplacement par vacation, mise en place du WHOOG (rémunération ou récupération des heures sur temps de vacances scolaires)</p> <p>Plan de communication dans une dynamique positive. Important de valoriser le portage et l'implication des actions par la direction.</p> <p>Mise en valeur de l'entreprise bienveillante : plan de bien-être au travail, team building, atelier cuisine</p> <p>Valorisation des actions bien-être un cabinet de communication + démarche recherche + communication en salon prof.</p>
<p>Motivation au travail</p>	<p>Constat est fait que plus l'équipe est importante et plus il y a de l'absentéisme : quand petite équipe : équipe soudée</p> <p>Quand compétences spécifiques (sécurité, techniciens, laboratoires, etc.) : équipe se supplée</p> <p>Importance d'un projet porteur, commun, fédérateur, mobilisant esprit d'équipe, appartenance ex : fauteuil massage, luminothérapie.</p> <p>Amélioration de la prise en charge et retour + sur le soignant.</p>
<p>Management de proximité</p>	<p>« Certains le font d'autres pas », « ce n'est pas une question d'être envahi par les tâches administratives ».</p> <p>Management bienveillant, intégratif. Valorisant des compétences spécifiques, accompagnant des projets innovants porté par soignants.</p> <p>Travail avec CS et CSS / retour de l'agent en arrêt + santé au travail</p>
<p>Limites</p>	<p>Donner du sens au travail. Valorisation des actions</p> <p>Le statut du fonctionnaire peut être vertueux mais est contraignant quand il y a une perte de sens.</p>



*Annexe n°III : tableau de synthèse des analyses*

Analyse de l'absentéisme dysfonctionnel au niveau structurel	Analyse de l'absentéisme dysfonctionnel au regard du management de proximité (accompagnement)	Analyse de l'absentéisme dysfonctionnel au regard de la motivation individuelle	Analyse de l'absentéisme dysfonctionnel au regard de la motivation collective
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>T2A :</b> augmentation de l'activité, réduction du nombre de lits</li> <li>- <b>Jour de carence</b></li> <li>- <b>Perte de sens pour les agents</b></li> <li>- Contrainte financière</li> <li>- Intensification de la charge de travail</li> <li>- Evolution sociétale</li> <li>- <b>Evolution des causes de l'absentéisme :</b> TMS aux RPS</li> <li>- Evolution des pathologies des patients qui modifient les prises en charge (soins beaucoup plus aigus)</li> <li>- <b>Prévention des risques au sens général</b> (maintien dans l'emploi)</li> <li>- <b>Organisation du temps de travail</b> Ex : les 12h au travail</li> <li>- Respect de la législation du travail</li> <li>- Valeurs (exemplarité, etc.)</li> <li>- Politiques de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Management de proximité (<b>style de management</b>)</li> <li>- Implication pluridisciplinaire,</li> <li>- <b>Proximité de la direction</b></li> <li>- Droit à l'erreur</li> <li>- Projets communs fédérateurs</li> <li>- Fiches de poste</li> <li>- Difficultés avec le responsable d'unité fonctionnel, avec l'équipe médicale etc.</li> <li>- Qualité de la prise en charge</li> <li>- <b>Communication</b> (enveloppes budgétaires, sensibilisation dimension médico-économique)</li> <li>- Attention portée à la grille de travail des agents</li> <li>- <b>Reconnaissance du travail</b> de l'autre</li> <li>- <b>Travail de pédagogie</b></li> <li>- Anticipation de l'arrêt</li> <li>- Communication et initiatives pour donner du sens au travail</li> <li>- Soutien du cadre par la hiérarchie</li> <li>- Soutien du cadre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Développement personnel</b></li> <li>- Entretien annuel d'évaluation</li> <li>- <b>Reconnaissance, valorisation individuelle</b></li> <li>- <b>Formation</b></li> <li>- <b>Promotion professionnelle</b> (+évolution de carrière, VAE)</li> <li>- Prise en compte des événements de vie (divorce, maladie, etc.)</li> <li>- Valorisation des initiatives personnelles ayant un impact au niveau collectif</li> <li>- <b>Stress et perte de repères suite à une restructuration</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Perte de sens au travail</b></li> <li>- Cohésion d'équipe, esprit d'équipe</li> <li>- <b>Culture d'entreprise,</b> motivation d'équipe</li> <li>- Valorisation des pratiques innovantes (« espace bien-être ; <i>team building</i> »)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment d'appartenance</li> <li>- Perte de sens au travail</li> <li>- <b>Droit à l'erreur</b></li> <li>- Difficultés conflictuelles avec les patients, les familles</li> <li>- Epuisement des agents</li> <li>- Dégradation des conditions de travail</li> <li>- <b>Responsabilité vis-à-vis de l'équipe</b></li> <li>- <b>Manque de reconnaissance de la part de la direction (dire merci par mail par ex.)</b></li> </ul>	

remplacement - Pyramide des âges - <b>Rôle des instances</b> - <b>Service de santé au travail, pas que le niveau RH</b> - Politique convergente entre direction des soins et direction des ressources humaines	(tutorat) - Garder contact avec l'agent absent, y compris courte durée - Courrier absences injustifiées	
--	---	--

**Préconisations :**

- Développement durable RH : conditions de travail et soutenabilité (question de valeurs) - Référence 2011 Cairn - Infos, article *Barisi*, ANACT, Article Soutenabilité, Jean-Marie Harribey université de Bordeaux
- Top management sur le terrain
- Management de proximité (participatif)
- Développement personnel, formation, promotion professionnelle
- Politiques de prévention
- Qualité de la prise en charge
- Qualité de vie au travail (bien-être au travail) : crèches, conciergeries etc.
- Expliciter le sens des réformes, le sens des décisions (communication et pédagogie)
- Créer et/ou partager une culture fédératrice/commune
- Garder le lien avec l'agent absent quelle que soit la durée de l'arrêt
- Mise en place groupes de travail

## Annexe n°IV : Vignettes

Les vignettes ci-dessous présentent certaines expériences professionnelles des membres du groupe en lien avec la thématique. Elles complètent les encadrés « focus sur » présentés dans le corps du texte.

Vignette

#1

---

### *« L'absentéisme du personnel médical »*

*Avec JFH, responsable des Affaires Médicales dans deux établissements de santé*

#### Problématique/contexte :

Le personnel médical est considéré, le plus souvent, comme peu touché par le phénomène d'absentéisme. Les travaux sur cet aspect sont peu nombreux et corroborent, de ce fait, cette interprétation. Néanmoins, les responsables des affaires médicales dans les établissements sont de plus en plus confrontés à l'absentéisme des professionnels médicaux. Différents éléments conduisent à un accroissement de l'absentéisme du personnel médical et à l'apparition de cas de burn-out chez certains de ces professionnels. Les causes en sont diverses.

#### Solutions expérimentées :

Tout d'abord il y a la fatigue due au stress que connaît une profession de plus en plus soumise à des demandes d'efficacité parfois en tension avec l'exercice de l'art. D'autre part, le cumul des heures de travail, notamment par la pratique généralisée du temps de travail additionnel, contribue à l'absentéisme. Les solutions expérimentées par les responsables des affaires médicales consistent le plus souvent à assurer des temps de travaux médicaux suffisants dans les services. Le recours à l'intérim dans les petites et moyennes structures est coûteux mais peu d'autres solutions sont envisageables.

#### Effets :

De plus, des entorses au cadre réglementaire sont réalisées dans l'organisation des gardes et astreintes : certains médecins ne prennent pas de jours de repos. D'autre part, le non remplacement lors de l'absence de professionnels médicaux – pour cause de congés ou en raison d'arrêts de travail – renforce la charge de travail des équipes médicales en place. Le contexte de féminisation de la profession renforce cette évolution.

#### A améliorer :

Enfin, la difficulté à fidéliser les professionnels médicaux – tant les hauts potentiels dans les structures de grande taille que les jeunes médecins dans les structures plus petites - constitue un enjeu majeur de l'absentéisme des médecins. D'autre part, des coopérations renforcées entre établissements – notamment dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) - et avec la médecine de ville permettent de limiter le recours au recrutement contractuel et de ce fait luttent de façon efficace face au risque d'absentéisme. Ces dispositifs constituent des éléments opérationnels qui peuvent être améliorés

---

## « Les modalités d'accompagnement au retour »

(Avec CL, cadre de santé, CHU)

### Problématique/contexte :

Arrêt d'un agent, dans un contexte situationnel : accompagnement du changement d'organisation, impactant les différentes fonctions professionnelles, optimisation des ressources en place répondant aux missions de service public envers les usagers.

### Solutions expérimentées :

- Contact, en accord avec l'agent, conservé tout au long de l'arrêt.
- Accueil à son retour dans le service par l'encadrement.
- Contrat sur l'aménagement : validation bipartite (agent-encadrement) et évaluations régulières.
- Soutien et accompagnement conséquent de l'encadrement mesurant la fragilité du système et de l'agent.
- Au niveau collectif : évaluation des points forts du dispositif mis en place, écueils et mesures correctives au sein de l'unité.
- Mise en place d'une réunion centrée sur la fonction elle-même (tous les 2 mois) : retisser le lien distendu entre membres d'une même fonction et décloisonnement de la fonction (d'une unité à un même service).

### Effets positifs :

- Reconnaissance par les membres de l'équipe des difficultés de l'agent lui-même.
- Equipe sollicitée et impliquée / réorganisation et force de propositions + évaluations des adaptations.
- Valorisation de la fonction ; prise en compte de requêtes / améliorations de pratiques.
- Sentiment d'appartenance : « faire corps ». Dispositif transférable à autre unité touchée par absentéisme.

### A améliorer :

- 1<sup>er</sup> écueil : antécédents somatiques non pris en compte par l'agent lui-même/ pour un suivi par la santé au travail (reconnaissance/ adaptation / pénibilité).
- Une adaptation éventuelle du poste de travail : proposition réfutée par l'agent lui-même (a besoin de maîtriser l'ensemble des *process* de travail « comme avant »).
- Prise en compte du vieillissement professionnel / tâches du poste + « épuisement professionnel ».

### Préconisations :

- Connaître le contexte, les éléments impliqués et la place des acteurs dans le système.
  - Mettre en place un management bienveillant : impulsée par l'encadrement, portée comme une valeur d'engagement partagée.
  - Proposer une démarche tournée vers l'individu, être à l'écoute.
  - Prendre en compte la dimension personnelle comptant autant que le champ professionnel.
  - Instaurer d'un dialogue ascendant et descendant.
  - Valoriser des propositions des membres collaborateurs, les responsabiliser et les conduire vers une autonomie.
  - Reconnaître l'erreur apprenante et Savoir se remettre en question.
-

## - Accompagnement des personnels - En matière de développement de compétences :

Agir au service de l'utilisateur en créant des missions transversales pour chaque personnel –  
agir au service du collectif - Agir pour prévenir l'absentéisme

- ↳ Cadre paramédical responsable du centre de dialyse du GHH
- ↳ **Niveau de responsabilité :**
  - ↳ Pilote du projet
- ↳ **Période :** Entre 2012 et 2015
- ↳ **Problématique :** Après avoir constaté des **disparités en matière d'implication** des personnels au sein des unités de soins, souvent corrélée à de **nombreux facteurs endogènes et exogènes**, j'ai souhaité donner à chacun la possibilité de s'investir dans une mission spécifique, hors dispensation habituelle des soins. **Une ou plusieurs missions transversales ont ainsi été attribuées** en fonction des centres d'intérêt personnel et/ou professionnel des agents. Le nombre de personnes composant les équipes du centre de dialyse a facilité la conduite de ce projet.
- ↳ **Objectifs :**
  - ↳ Renforcer l'**implication** des personnels au sein du centre de dialyse dans les projets de service et/ou les projets institutionnels
  - ↳ **Renforcer leur compétence générale et leurs compétences spécifiques** et transversales
  - ↳ **Améliorer et sécuriser les prises en charge** des usagers
  - ↳ Permettre à chacun d'être valorisé et reconnu dans son travail par la prise d'initiatives spécifiques liées à sa ou ses missions transversales
- ↳ **Méthodologie – moyens mis en œuvre :**
  - ↳ Présentation du projet aux équipes
  - ↳ Mise en place et animation d'un groupe de travail chargé du choix et de la priorisation des missions transversales
  - ↳ Développement de la formation des personnels en fonction de leur mission spécifique
- ↳ **Résultats :**
  - ↳ L'ensemble des personnels du centre (IDE, AS, ASH) est responsable d'une ou plusieurs missions transversales
  - ↳ Présentation des différentes avancées par les référents, pour chaque mission transversale en réunion mensuelle de service
  - ↳ Valorisation des équipes et renforcement du sentiment d'appartenance au groupe
  - ↳ **Diminution directe ou indirecte de l'absentéisme de 2,5 points en 3 ans**
  - ↳ Satisfaction des usagers de manière globale (référents par thématiques, expositions, etc.)
- ↳ **Perspective d'évolution :**
  - ↳ Suivi à court, moyen et long terme des missions mises en œuvre
  - ↳ Poursuite de la mise en exergue de nouvelles missions, parfois inhabituelles (Référent culturel du centre : création d'une bibliothèque au sein des unités, expositions d'œuvres d'art, tableaux, etc.)
  - ↳ **Renforcement de l'implication des personnels des unités au sein de groupes institutionnels**

## Les outils RH de contrôle, de suivi et de prévention de l'absentéisme à l'hôpital

- ☞ **Fonction** : responsable des ressources humaines à l'AP-HP
- ☞ **Période** : entre 2008 et 2014
- ☞ **Problématique** : coûts financiers directs (remplacements, frais de soins AT/MP) et indirects (non qualité, productivité), gestion du personnel, coûts sociaux (climat social)
- ☞ **Objectif RH** : réduire les conséquences de l'absentéisme au travail (coûts financiers, gestion du personnel, coûts sociaux)
- ☞ **Méthodologie – moyens mis en œuvre** : mise en place d'indicateurs de suivi et de prévention de l'absentéisme à l'hôpital
- ☞ **Les outils à disposition : contrôle (ponctuel ou systématisé)**
  - **Contrôle médical** auprès d'un médecin agréé du département à la demande des cadres et/ou sur initiative de la DRH et/ou élargi auprès d'entreprises privées du contrôle médical pour lutter contre les cas d'arrêts maladie abusifs
- ☞ **Les outils à disposition : suivi (en routine)**
  - **Tableaux de bord et indicateurs de suivi de l'absentéisme destinés aux pôles**, support d'un échange régulier entre la DRH/Direction des soins infirmiers (DSI) et les pôles (par grade, par types d'absences, en nombre de jours d'arrêts)
  - **Tableaux mensuels de suivi des CDD de remplacement** autorisés au TPER (tableau prévisionnel des effectifs rémunérés)
  - **Données d'absentéisme du bilan social** : taux d'absentéisme pour motif médical et non médical et sous-indicateurs, nombre d'accidents de travail (AT) et maladies professionnelles (MP)
  - Données d'absence du Bilan annuel d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (**BHSCT**) : nombre total d'accidents (AT, trajet, avec arrêts ou non, taux de fréquence, taux de gravité, incapacité permanente, accident mortel, nombre de MP)
  - Orientations du Programme Annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (**PAPRI Pact**) : en réponse aux principaux risques recensés dans le document unique (DU) notamment troubles musculo-squelettiques (TMS) et risques psycho-sociaux (RPS)
- ☞ **Les outils à disposition : prévention (à échéance et priorité différenciées)**
  - Document unique (**DU**) et dossier individuel de suivi d'exposition aux risques professionnels (**DISERP**)
  - Crédits locaux d'amélioration des conditions de travail (**CLACT**) : matériels de manutention subventionnés par l'ARS suite à appel à projet et **réfèrent TMS**
  - Comité de Gestion Personnalisedes Agents (**CGPA**) : analyse collégiale (DRH, médecin du travail, cadres de santé, etc.) des situations d'absentéisme et accompagnement individualisé au maintien dans l'emploi des agents
  - Axes du programme d'amélioration de la Qualité de Vie au Travail (**QVT**) : des exemples → mesurer la satisfaction au travail « Ecouter pour agir », concilier vie privée et vie professionnelle, réduire les contraintes organisationnelles et physiques, poursuivre la démarche de prévention des addictions liées à l'alcool, proposer un soutien pour mieux gérer la démarche de soins complexe, développer la reconnaissance au travail, consolider le collectif de travail, le travail d'équipe, etc.

- **Analyse des AT à l'aide de la méthode de l'arbre des causes** (méthode reconnue par l'ANACT et l'Institut National de Recherche et de Sécurité INRS)

☞ **Stratégies de compensation de l'absentéisme, le plus souvent hiérarchisées et définies au niveau de chaque groupe hospitalier :**

- Non remplacement
- Dispositif informel d'auto ajustement entre soignants présents lorsqu'un autre soignant est absent
- Sollicitation d'agents d'autres unités pour renforcer les équipes en difficultés
- Rappel des professionnels en repos pour remplacer leurs collègues
- Pool de remplacement
- CDD, vacations et intérim

☞ **Limites des outils mis à disposition :**

- Mis en place, le plus souvent, sans analyse qualitative préalable des causes
- Ne constituent pas des outils de pilotage *benchmarkés* (hétérogénéité des données)
- N'évaluent pas les perturbations liées à l'absentéisme, pas porteurs de sens
- Ne croisent pas les données (taux de remplacement/activité) dans le temps (absentéisme et pyramide des âges)

## LA CHARGE MENTALE A L'HÔPITAL

Comme tout travailleur, les agents de la fonction publique hospitalière doivent supporter diverses charges dans la réalisation de leur travail :

- Une charge physique liée à la répétition d'opérations physiques (manutention des malades, réfection de lits, entretien des locaux, manutentions de charges, etc.).
- Une charge mentale liée aux conditions psychologiques de réalisation du travail.

Si la charge physique est assez simple à évaluer, la charge mentale reste à ce jour peu objectivable car dépendante de nombreux facteurs institutionnels, organisationnels et liés aux fonctionnements de l'équipe de travail. Néanmoins, il convient de définir cette notion.

La charge mentale peut se définir comme « l'ensemble des sollicitations du cerveau pendant la phase d'exécution du travail. En effet, la charge mentale résulte d'une interaction complexe de facteurs individuels, techniques, organisationnels et sociaux. C'est donc une contrainte de travail qui est non seulement fonction des exigences inhérentes à la tâche et de la capacité de traitement de la personne chargée de l'exécuter. Il s'agit donc de l'ensemble des opérations mentales effectuées par un travailleur lors de son activité professionnelle, effort de compréhension, d'adaptation, de concentration et de minutie mais aussi de pressions psychologiques liées aux exigences de rapidité, de délai, de qualité, à l'obéissance aux ordres de la hiérarchie, à la gestion des relations avec les collègues et les tiers ».

Dans le milieu hospitalier, cette notion est à prendre en compte de façon importante. Les agents sont soumis d'une part, aux mêmes sollicitations que les autres travailleurs mais ils sont d'autre part face aux patients, confrontés à la souffrance ainsi qu'à la mort, ce qui rajoute une dimension humaine supplémentaire particulièrement lourde à gérer.

Elle peut être amplifiée par l'existence de conflits sur le lieu de travail et être atténuée par le soutien, l'aide et la reconnaissance apportés par les supérieurs ou les collègues. La notion de charge mentale est cumulative sur toute la carrière. C'est lorsqu'il y a surcharge que les effets sur la santé commencent à se faire sentir. Ces effets (stress) sont dépendants de l'individu lui-même, de sa condition physique mais également du contexte dans lequel il se trouve.

### **Sources bibliographiques :**

1. [www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-st-definition.aspx?idDef=1218&definition=Charge+mentale](http://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-st-definition.aspx?idDef=1218&definition=Charge+mentale)
2. [http://www.http://officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/psychologie-du-travail/detail\\_dossier\\_CHSCT.php?rub=38&ssrub=163&dossier=463](http://www.http://officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/psychologie-du-travail/detail_dossier_CHSCT.php?rub=38&ssrub=163&dossier=463)



Annexe n°V

*Proposition de charte du manager*

(Logo de  
l'établissement x)



**ANALYSER ET PREVENIR L'ABSENTEISME DYSFUNCTIONNEL  
DANS LE SECTEUR DE LA SANTE**

*Aurélié DILASSER*

*Cathy LEROY*

*Jean-François HELIE*

*Patrick RAFFY*

*Sébastien HUET*

*Peggy VUILLIN*

*Julie JOYEUX*

*Pierre MILLET*

*Yvan LE GUYADER*

*Laëtitia PRUDENT*

*Gilles LAVENU*

*Sara WAHBI*

***Résumé :***

L'absentéisme est en augmentation depuis les années 1990 dans le secteur de la santé. Il concerne l'ensemble du personnel. Connu sous une forme conjoncturelle et incompressible, il revêt une autre forme dite « dysfonctionnelle » qui résulte de causes multifactorielles.

Des outils de mesure de l'absentéisme existent mais ne permettent pas de le sérier précisément. L'absentéisme dysfonctionnel reste difficile à appréhender faute de données d'analyse le qualifiant. Les pouvoirs publics se sont saisis de la question par le biais notamment d'une stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Il s'impose aujourd'hui comme un réel enjeu social et organisationnel. Différentes actions préventives et répressives existent pour diminuer l'absentéisme mais elles s'avèrent incomplètes. En dépit d'un impensé, les managers des structures sanitaires, sociales et médico-sociales devraient intégrer dans leurs pratiques la prise en compte de la motivation et du sens donné au travail favorisés par la reconnaissance individuelle et collective.

Confronté à des contraintes exogènes, le manager dispose de quelques marges de manœuvres. Celles-ci dégagées par la rénovation et la création de dispositifs d'action permettraient de prévenir l'absentéisme de courte durée.

***Mots clés :*** *Absentéisme dysfonctionnel - Enjeu - Management - Motivation - Reconnaissance -*

*L'école des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*