



EHESP

Directeurs des soins

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**La gestion de l'absentéisme :
Un enjeu pour le Directeur des soins**

David HANIN

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui ont de près ou de loin permis la réalisation de ce mémoire.

Ce travail a été rendu possible par les conseils mais aussi la disponibilité de toutes les personnes interrogées dans le cadre de mon enquête sur le terrain.

Je remercie mes maîtres de stage qui m'ont permis l'acquisition de nouvelles compétences pour appréhender plus sereinement ma prise de fonction, et qui m'ont également donné de précieux conseils pour approfondir l'objet de mon étude.

Je remercie mes collègues de la promotion Marie Curie avec lesquels nous avons passé une belle année riche en expérience.

Je terminerai en remerciant vivement tous mes proches, amis, famille, qui ont dû vivre d'une autre façon l'avancée de ce travail, me permettant par moment de souffler mais aussi de produire dans les meilleures conditions.

« La meilleure façon de prédire l'avenir, c'est de le créer »

Peter Drucker

Sommaire

Introduction	1
1 La politique managériale au service du Directeur des soins dans la gestion de l'absentéisme	5
1.1 L'absentéisme, un phénomène fréquent mais complexe à définir.....	5
1.1.1 Définition de l'absentéisme.....	5
1.1.2 Porter un regard nouveau sur l'absentéisme	6
1.1.3 Déterminer le bon taux d'absentéisme	6
1.1.4 Origines de l'absentéisme	7
1.1.5 Conséquences de l'absentéisme.....	8
1.2 Une politique managériale nécessaire.....	10
1.2.1 Posture managériale du Directeur des soins	10
1.2.2 Le projet managérial	11
1.2.3 L'autonomie professionnelle.....	12
1.2.4 La motivation au travail	13
1.3 Des actions en faveur d'une gestion efficiente de l'absentéisme	14
1.3.1 Réaliser un diagnostic de l'absentéisme.....	14
1.3.2 Disposer de moyens institutionnels pour préserver la santé des agents.....	14
1.3.3 Développer la motivation et intérêt au travail.....	16
1.3.4 Récompenser le présentéisme.....	17
1.3.5 Les contre-visites médicales et le jour de carence	17
1.3.6 Proposer un entretien de retour après une absence longue	18
1.3.7 Moderniser l'approche et la gestion de l'absentéisme	19
2 L'enquête de terrain : recherche et analyse.....	21
2.1 Méthodologie retenue.....	21
2.1.1 Le choix des entretiens semi-directifs.....	21
2.1.2 Les terrains d'enquête.....	21
2.1.3 Le choix de la population.....	21
2.1.4 La construction de la grille d'entretien	22
2.1.5 Les limites et les points forts de l'enquête	22

2.2	Principaux résultats	23
2.2.1	Résultats généraux.....	23
2.2.2	Résultats par établissement.....	23
2.2.3	Résultats par métier.....	26
2.3	Discussion et analyse	29
2.3.1	Une évolution de l'absentéisme à laquelle il faut adapter les réponses.....	29
2.3.2	Une nécessité de tenir compte du contexte	30
2.3.3	Une direction des soins à structurer et un management à clarifier	31
2.3.4	Le projet managérial ne semble pas l'outil le plus adapté	32
2.3.5	La délégation des pôles est une aide dans la gestion de l'absentéisme.....	32
2.3.6	De multiples actions pour de nombreux effets mais peu évaluables	33
3	Des préconisations pour le directeur des soins afin de faciliter la maîtrise de l'absentéisme	35
3.1	Politique du DS dans la gestion de l'absentéisme.....	35
3.1.1	Une collaboration DRH / DS indispensable.....	35
3.1.2	Le pôle : une taille adaptée pour une gestion optimisée	37
3.1.3	Le directeur des soins pilote la gestion de l'absentéisme.....	39
3.2	Stratégie du DS pour maîtriser l'absentéisme dans une démarche participative	40
3.2.1	Accompagnement de l'encadrement et autonomie des CSS	40
3.2.2	Une gestion de l'absentéisme formalisée.....	41
3.2.3	Stratégie du DS dans le cadre de la prévention des absences	42
3.3	Organisation de la gestion de l'absentéisme encadrée par le DS	44
3.3.1	Le suivi des absences : un enjeu au quotidien.....	44
3.3.2	De nombreuses actions pour maîtriser l'absentéisme	45
3.3.3	Une innovation attendue pour favoriser l'adaptabilité.....	47
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	51
	Liste des annexes.....	53

Liste des sigles utilisés

A.N.A.C.T.	Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail
A.N.A.P.	Agence Nationale d'Appui à la Performance
A.R.S.	Agence Régionale de Santé
A.S.	Aide-Soignant
A.S.H.	Agent des Services Hospitaliers
A.T. :	Accident du Travail
A.T.I.H.	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
C.H.	Centre Hospitalier
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
C.H.S.C.T.	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
C.S.	Cadre de Santé
C.S.I.R.M.T.	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
C.S.S.	Cadre Supérieur de Santé
D.A.M.	Directeur des Affaires Médicales
D.R.H.	Directeur/Direction des Ressources Humaines
E.T.P.	Equivalent Temps Plein
F.H.F.	Fédération Hospitalière de France
H.P.S.T.	loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire
I.D.E.	Infirmier Diplômé d'Etat
M.C.O.	Médecine Chirurgie Obstétrique
P.R.E.	Plan de Retour à l'Equilibre
P.S.P.	Projet de Soins Partagé
R.H.	Ressources Humaines
R.P.S.	Risques Psycho-Sociaux
T.M.S.	Troubles Musculo-Squelettiques

Introduction

L'institution hospitalière n'a de cesse de connaître de nombreux changements. Différentes réformes se sont succédées : la tarification à l'activité en 2002, la nouvelle gouvernance et pôles d'activité en 2005, la loi HPST en 2009, ce qui a profondément changé le fonctionnement des hôpitaux français. De son côté, la loi de santé de 2016 a introduit la mise en place de Groupement Hospitalier de Territoire, entraînant de nouvelles collaborations entre les établissements de santé sur un même territoire.

Aussi, le contexte national tend à une maîtrise des dépenses de santé tout en proposant une refonte du système de santé afin de permettre un accès aux soins à tous. La gestion des ressources humaines, principale dépense d'un hôpital, est un véritable enjeu pour éviter des dépenses qui ne peuvent être assumées. De plus, d'autres difficultés s'ajoutent dans certaines régions avec de réels problèmes pour recruter des professionnels de santé. C'est donc dans ce contexte instable et contraint que les managers doivent accompagner les équipes aux changements, tout en maintenant un certain niveau d'attractivité et en étant toujours impliqués pour développer des projets institutionnels

Alors que le Japon propose une politique de lutte contre le présentéisme, en France s'il y a bien une autre difficulté à laquelle doit souvent faire face un établissement de santé, ce sont les absences nombreuses et répétées des professionnels de santé. Certes la thématique de l'absentéisme n'est pas un sujet novateur en 2018, il reste néanmoins d'actualité. La fonction publique hospitalière se démarque avec un nombre de jours d'absence par personnel non médical de 22,7¹. Le contexte évolue, les générations également mais les absences ne cessent d'augmenter et la nécessité de s'adapter pour les combler semble incontournable. Aujourd'hui, le personnel hospitalier se plaint, revendique par les réseaux sociaux un certain mécontentement, l'absentéisme se manifeste comme un des marqueurs de cette crise hospitalière.

De son côté, l'encadrement hospitalier se mobilise pour combler les nombreuses absences d'agents dans son service/pôle, mais régulièrement quand les managers de proximité ne peuvent plus faire face aux absences répétées, la direction des soins est sollicitée et se trouve parfois bien démunie, avec peu de moyens à disposition pour répondre aux difficultés rencontrées par le service. Le travail du directeur des soins peut alors se trouver désorganisé, avec une forme d'obligation « d'éteindre le feu » dans des secteurs en situation très complexe

¹ *Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé*, ATIH – DGOS, 2015

Membre de l'équipe de direction, le directeur des soins participe à la politique et à la stratégie de l'établissement. Sa vision transversale et son management de l'encadrement hospitalier peuvent lui permettre d'influer sur des dispositifs de prévention des absences et de moyens d'action pour maintenir la continuité des soins.

Pour un exercice efficace dans ses fonctions, neuf compétences² du directeur des soins sont attendues. Dans le cadre de la gestion de l'absentéisme, il y a trois compétences principalement mobilisables dans l'exercice de ses fonctions :

- La structuration de l'organisation de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux
- L'identification des besoins et organisation des ressources disponibles
- Le management des équipes d'encadrement

Afin de maîtriser les nombreuses difficultés liées à la gestion de l'absentéisme, les moyens à disposition ne manquent pas. Le directeur des soins a donc un rôle dans l'articulation et l'organisation des moyens, et ce afin de garantir la qualité et sécurité des soins. Il n'est pas attendu uniquement pour combler des absences de dernières minutes. Mais comment prévenir l'absentéisme ? Que faut-il mettre à disposition de l'encadrement pour combler les absences tout en tenant compte de la qualité de vie au travail ? Autant de questions que peut se poser un directeur des soins, notamment lors de sa prise de poste dans un nouvel établissement.

D'où la problématique qui se pose : **en quoi la politique managériale du DS impacte la gestion de l'absentéisme dans les unités de soins ?**

De cette problématique découlent quatre hypothèses :

- La posture managériale du DS favorise la gestion de l'absentéisme par l'encadrement
- Une direction des soins structurée et organisée permet aux cadres supérieurs d'agir avec autonomie, notamment pour limiter les absences des professionnels de santé
- Un projet managérial est un levier pour formaliser la gestion de l'absentéisme dans un établissement de santé
- La délégation des pôles facilite la mise en place d'action pour maîtriser l'absentéisme et promouvoir le présentéisme

² *Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation*, mars 2010

Pour répondre à ces hypothèses, nous verrons dans un premier temps comment définir l'absentéisme, mais aussi ce que nous entendons par la politique managériale et quels sont les différents moyens d'agir sur l'absentéisme. Dans un second temps, nous analyserons les éléments recueillis pendant les entretiens afin de confronter nos hypothèses à la réalité du terrain et d'envisager des pistes d'amélioration en proposant des préconisations et recommandations à des directeurs des soins.

1 La politique managériale au service du Directeur des soins dans la gestion de l'absentéisme

1.1 L'absentéisme, un phénomène fréquent mais complexe à définir

1.1.1 Définition de l'absentéisme

Lorsque nous choisissons d'effectuer un travail de recherche sur le thème de l'absentéisme, une des premières difficultés à laquelle nous serons confrontés sera justement de commencer à définir ce qu'est l'absentéisme. Nous pourrions facilement nous dire qu'il s'agit du contraire du présentéisme, mais en s'attardant sur celui-ci plus longuement et en tenant compte des organisations, ce n'est finalement pas si simple de le définir clairement.

Si nous choisissons de retenir une définition très administrative, « *l'absentéisme est vu comme le cumul des différentes catégories d'absence. Il semble malgré tout important de les détailler pour se familiariser avec ces différentes catégories rencontrées*³ » :

- Le **Congé pour Maladie Ordinaire (CMO)** : l'agent perçoit l'intégralité de son traitement pendant 3 mois puis, si l'absence se prolonge, il ne perçoit plus que la moitié pendant les 9 mois suivants. Il doit adresser un certificat médical à son employeur, sous 48 heures, pour justifier de son absence
- Le **Congé Longue Maladie (CLM)**, concerne les absences pour maladie nécessitant un traitement et des soins prolongés, et présente un caractère invalidant. Il peut s'étendre sur une durée de 3 ans, et est octroyé pour une période de 3 ou 6 mois
- Le **Congé Longue Durée (CLD)**, ou **Congé pour Grave Maladie (CGM)** pour les non titulaires, concerne les cas de « tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis ». Le congé peut s'étendre sur une durée de 5 ans, et est accordé après avis d'un comité médical.
- Le **Congé pour Accident du Travail (AT)**, inclus les accidents de service et les accidents sur le trajet domicile-travail
- Le **Congé pour Maladie Professionnelle (MP)**, concerne une maladie contractée ou aggravée dans l'exercice de ses fonctions, ou à l'occasion d'un acte de dévouement (ex : don du sang) ou de bravoure. Il doit être établi un lien de causalité entre la maladie et le service, la maladie devant apparaître comme la conséquence de l'exposition à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession (risque chimique, physique ou biologique).

³ *L'absentéisme des personnels soignant à l'hôpital, comprendre et agir*, Laurent Brami, ED. Presse des mines, 2014, Page 20

Dans ce travail de recherche, nous nous intéresserons à tous les types d'absences. Pour autant, la maladie ordinaire est la catégorie qui représente malgré tout la plus forte proportion des absences ; courtes (quelques jours) ou plus longues, elles perturbent fortement le fonctionnement de l'hôpital. Le plus souvent, ces absences sont justifiées par un certificat médical. Motivée ou non, la maladie est un phénomène éminemment subjectif car venir ou pas au travail dépend de plusieurs facteurs.

1.1.2 Porter un regard nouveau sur l'absentéisme

Il est utile de distinguer les termes d'« absence » et d'« absentéisme », les propos du sociologue Denis Monneuse⁴ permettent d'illustrer cette distinction :

- **L'absence** correspond à un phénomène individuel, la non-présence physique à son poste d'un salarié, figurant à l'effectif, durant les horaires de travail prévus. On a beau dire que « *les absents ont toujours tort* », la notion d'absence n'est pas nécessairement négative : une absence peut être autorisée ou motivée (journée de formation, congés, etc.)
- **L'absentéisme**, lui, désigne un phénomène collectif (le fait qu'il y a régulièrement des absents à leur poste de travail) et une tendance ou un comportement considéré comme contraire à une attente sociale (le salarié devait être présent à tel endroit à telle heure)

Toutes les absences ne sont pas de l'absentéisme et il reste moins pertinent, de se focaliser sur certaines absences (comme les congés de formation ou de maternité par exemple) que sur d'autres, plus significatives pour l'entreprise (les accidents et les maladies professionnelles, les absences récurrentes pour maladies ordinaires, etc.). La terminologie utilisée n'est donc pas tout à fait neutre. Ainsi, parler de « taux d'absence » est moins péjoratif (mais aussi moins fréquent) que de parler de « taux d'absentéisme ».

L'absence pour formation ou congés est souvent pris en compte dans le total des effectifs d'une équipe, c'est-à-dire que le cadre de fonctionnement est calculé en conséquence. Par contre, l'absentéisme est rarement (jamais) anticipé dans l'effectif global, d'où les difficultés pour faire face aux absences.

1.1.3 Déterminer le bon taux d'absentéisme

Selon le 9^{ème} baromètre de l'absentéisme⁵ réalisé en 2017, le secteur de la santé tout confondu a un des taux d'absentéisme le plus fort avec un taux de 5.04%, soit 18,4 jours

⁴ MONNEUSE Denis, *L'absentéisme au travail, de l'analyse à l'action !* Ed. Afnor, 2015, page 7

d'absence en 2016 pour un taux national de 4,59 %, soit 16,8 jours d'absence. En ce qui concerne le personnel non médical, le taux d'absentéisme est de 8 %, dont 0,4 % pour l'absentéisme inférieur à six jours et 7,6 % pour l'absentéisme supérieur ou égal à six jours. Au niveau national, toute catégorie professionnelle confondue, il est observé une différence entre le taux d'absentéisme des hommes (3,34 %) et celui des femmes (4,98 %). A l'hôpital, la population étant essentiellement féminine, nous pouvons en partie comprendre l'augmentation des absences.

Dans un même secteur il peut être intéressant de comparer le taux d'absentéisme de différentes catégories socio-professionnelles ; celui des professions les moins diplômées est souvent plus élevé. C'est le cas par exemple des agents hospitaliers et aides-soignants en EHPAD qui sont souvent plus absents que les infirmiers (mais aussi plus nombreux).

Avant de poursuivre, il est nécessaire de préciser comment est défini le taux d'absentéisme. Il est généralement calculé sous la forme d'un rapport entre les effectifs prévus (effectif théorique) et les effectifs présents, pour une période déterminée.

Le taux d'absentéisme est un ratio que nous pouvons exprimer comme suit :

$$\frac{\text{Nombre de jours d'absence (ou d'heures) pendant une période X}}{\text{Nombre de jours théoriques (ou d'heures) pendant la même période}}$$

Ensuite, il faut voir comment ces taux peuvent être exploités, comment les découper, quelle période retenir, etc. Il faut aussi que le nombre d'agents de l'équipe soit assez conséquent car calculer un taux d'absentéisme pour une équipe de deux ou trois agents n'a pas grand intérêt si nous comparons ce même taux à une équipe composée d'au moins une vingtaine de professionnels. Les chiffres sont donc nécessaires pour piloter et gérer les effectifs mais ils sont à manier avec une certaine prudence.

1.1.4 Origines de l'absentéisme

Ce phénomène social, organisationnel et économique qu'est l'absentéisme peut aujourd'hui être considéré comme un symptôme de la crise traversée par les hôpitaux. Il est assez difficile de définir les origines de l'absentéisme puisqu'il est dû à un ensemble de facteurs. Il serait illusoire de rechercher une cause unique expliquant l'intégralité du phénomène.

⁵ *Baromètre AYMING de l'absentéisme, 2017*

En 2009, M. Bouville propose une typologie des approches de l'absentéisme⁶, il distingue notamment :

- **Une approche personnelle** : âge, sexe, état de santé => la grossesse, la dépression, l'ancienneté et les responsabilités familiales, les revenus du ménage
- **Une approche attitudinale** : implication, intention de départ => satisfaction, engagement au travail, stress, burn-out
- **Une approche organisationnelle** : caractéristiques générales de l'organisation, ambiance de travail, organisation du travail => horaires de travail, latitude de décision, manque de récompense, environnement de travail, harcèlement moral
- **Une approche médicale** : conditions de travail => charge de travail, posture inadaptée

D'autres facteurs seraient également à prendre en compte, il s'agit de deux facteurs sociaux⁷ :

- **Une législation protectrice** : la générosité de notre système d'assurance-maladie joue certainement un rôle dans le nombre d'arrêts maladie comptabilisé en France, d'autant que l'amélioration de la lutte contre les fraudes a été tardive chez nous
- **Le double effet « 35 heures »** : la mise en place des 35 heures a eu un double effet haussier sur les arrêts de courte durée et notamment sur le micro absentéisme, c'est-à-dire les absences de moins de trois jours. Tout d'abord avec la généralisation des RTT, les salariés ont pris goût aux week-ends prolongés. Cela a pu créer un effet d'accoutumance et de moindres scrupules à s'arrêter, notamment les lundis et vendredis. Le second effet 35 heures tient à l'augmentation de la productivité, dans la mesure où les salariés sont généralement amenés à faire, en 4 heures de moins, ce qu'ils faisaient hier en 39 heures

1.1.5 Conséquences de l'absentéisme

L'absentéisme au travail a des conséquences pour les entreprises : les employeurs doivent assumer les coûts directs et indirects résultant de l'absence d'un salarié. Le surcoût financier de l'absentéisme est lié au versement du complément de salaire garanti et indemnités complémentaires, aux coûts d'embauches de travailleurs intérimaires et de remplaçants, et aux recours à des contrats de travail à durée déterminée. Il ne faut pas

⁶ *L'influence de l'organisation et des conditions de travail sur l'absentéisme. Analyse quantitative et étude de cas*, BOUVILLE G., Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Rennes 1, 2009

⁷ MONNEUSE Denis, *L'absentéisme au travail, de l'analyse à l'action !* Ed. Afnor, 2015, pages 24 et 25

non plus négliger qu'en plus des remplaçants qu'il faut rémunérer, l'absentéisme est souvent comblé en interne (auto remplacement), c'est-à-dire que des agents de la même équipe sont rappelés, titulaires ou contractuels, en repos au moment de l'absence de leur collègue (en RTT, en récupération voire en congé annuel). L'avantage de cette solution pour l'établissement est que celui-ci n'a pas à financer des mensualités supplémentaires, et le travail est réalisé avec les soignants habituels donc la qualité des soins est garantie. Par contre, il y a un risque d'épuisement de l'équipe en place et des remplaçants qui voient leur nombre de jours de repos diminuer. Et puis, ces agents très disponibles, souvent les mêmes dans une équipe (même quand le cadre veut éviter de rappeler toujours les mêmes, il est souvent finalement contraint de le faire, face aux refus des autres collègues) ont un compteur d'heures en marge très important. Ces heures devront être payées ultérieurement par l'hôpital de rattachement ou récupérées par l'agent (ce qui signifie le rémunérer pendant ses repos et donc payer un contractuel), on parle alors de dette sociale pour l'établissement.

Au-delà du surcoût financier, l'absentéisme bouleverse réellement les organisations de travail. L'hôpital est souvent organisé pour remplacer les arrêts maladie assez longs tels que les congés maternité ou les autres arrêts longs que l'on peut anticiper (intervention chirurgicale, longue maladie, etc.). Les arrêts de dernière minute rendent difficile, voire impossible le remplacement de l'agent. L'équipe en poste doit revoir son organisation avec l'effectif présent. Cela se traduit par une surcharge de travail, ce qui entraîne une augmentation de la fatigue et un risque d'arrêt des agents en poste lorsque ces arrêts se multiplient et/ou se prolongent. De plus, lorsqu'il est impossible de remplacer les agents en arrêt, la qualité des soins est moins efficiente et la sécurité des soins également plus délicate. Dans le langage courant, ces situations sont appelées des « procédures dégradées ».

Dans des secteurs spécifiques tels que les EHPAD, le risque majeur est la maltraitance car pour pouvoir répondre au mieux aux besoins des résidents, les soignants doivent bien connaître les personnes âgées, leur habitude de vie, leur rythme et ne pas les mettre inutilement en position de demande en ce qui concerne leur besoin. La définition de la maltraitance est celle du Conseil de l'Europe de 1987, à savoir une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

1.2 Une politique managériale nécessaire

1.2.1 Posture managériale du Directeur des soins

- Vers un management performant

Un management performant⁸ serait simplement un management efficace qui doit permettre à nos organisations d'être performantes. Or, il ne faudrait pas que dans les établissements de santé, le management se réduise à la surveillance de la mise en œuvre des normes de bonnes pratiques ou de critères de qualité. Dans le contexte actuel de rationalisation des budgets et de déficit de moyens, la notion de performance pourrait même paraître incongrue, voire déplacée.

- Qu'attend-on d'un bon manager ?

« *Manager, c'est obtenir d'autrui qu'il adopte un comportement professionnel qu'il n'adopterait pas spontanément*⁹ ». La gestion des ressources humaines régule les problèmes humains liés à l'organisation du travail, cela signifie : définir les comportements attendus des salariés, obtenir le professionnalisme requis par un système de gestion approprié et maintenir un climat social propice à la performance de l'entreprise. Aujourd'hui, nous entendons davantage parler de chef de projet que de manager : il coordonne, il est disponible. La capacité du dirigeant à mobiliser la participation et l'adhésion des autres constituent une compétence précieuse, d'où les nombreuses recherches autour de la notion de leadership.

Des compétences sont nécessaires pour mener les activités et missions attendues d'un manager. L'expert en management Robert L. Katz en a identifié quatre¹⁰ :

- Des **compétences conceptuelles** qui désignent la capacité mentale à analyser et à saisir des situations complexes en vue de prendre les décisions qui s'imposent
- Des **compétences interpersonnelles** qui englobent la capacité à travailler en équipe, de comprendre autrui, de le guider et de le motiver, tant au niveau individuel qu'en groupe
- Des **compétences techniques** qui portent généralement sur le secteur d'activité et sur les procédés et produits de l'organisation
- Des **compétences politiques** afin d'améliorer leur position, de s'assurer une base de pouvoir et d'établir les liens opportuns

⁸ NOYE Didier, *Manager les performances*, INSEP CONSULTING

⁹ GALAMBAUD Bernard, *Si la GRH était de la gestion*. Editions Liaisons, 2002

¹⁰ SR, MA, DD, IN, *Management – L'essentiel des concepts et pratiques*, ED. Pearson, 2017

- **Adapter son style de management¹¹** :

Les styles de management sont généralement classés en quatre catégories différentes qu'il convient d'adapter en fonction des situations ou en fonction des collaborateurs auxquels il s'adresse.

Dans le cadre du **management directif**, la mission principale du manager consiste à structurer et à organiser les relations de travail. Ce management peut être adapté lorsque la décision à prendre s'inscrit dans un contexte d'urgence, lorsque l'enjeu est important ou si les collaborateurs sont assez peu autonomes dans leur pratique professionnelle.

Le **management persuasif** est un mode de management à la fois organisationnel et relationnel. Il s'ouvre davantage à l'écoute des collaborateurs. Ce management peut être adapté lorsque la décision à prendre s'inscrit dans un contexte sans urgence. Il implique que les collaborateurs soient autonomes dans leur pratique professionnelle.

Le **management participatif** est celui dont nous parlons le plus souvent à l'hôpital. Il implique les collaborateurs dans la prise de décision et les incite à participer à la mise en œuvre des objectifs les concernant. Il s'appuie sur la prise en compte des attentes et des aspirations des membres du personnel. Ce type de management suppose que les collaborateurs soient assez autonomes dans leur pratique professionnelle et requiert un accompagnement de l'équipe.

L'encadrant exerçant un **management délégitif** accorde sa confiance à ses collaborateurs. Il indique les missions et les résultats à obtenir et laisse ses collaborateurs mettre en œuvre leurs propres plans d'actions et leurs propres méthodes. Ce type de management implique une grande autonomie et une responsabilisation des collaborateurs dans leur pratique professionnelle, avec une relation de confiance pour assurer le suivi.

1.2.2 Le projet managérial

- **Définition du projet managérial**

Le projet managérial est souvent intégré au projet d'établissement. Il est en cohérence avec le projet médical et le projet de soins. Plusieurs éléments peuvent être évoqués dans le projet managérial : la délégation de gestion au sein des pôles, la reconnaissance des professionnels, la formation des cadres aux évolutions managériales, harmoniser les outils et les pratiques managériales. Un des principaux objectifs est réellement d'accompagner l'ensemble des cadres (soignants et non soignants) dans leurs actions du

¹¹ *Guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique*, DGAFP, Edition 2017

quotidien, comme dans leurs responsabilités managériales. Dans certains hôpitaux, le projet managérial s'attache à préciser les missions de chacun au sein du pôle et peut aussi proposer à tous de développer des compétences partagées et spécifiques en matière de gestion et management.

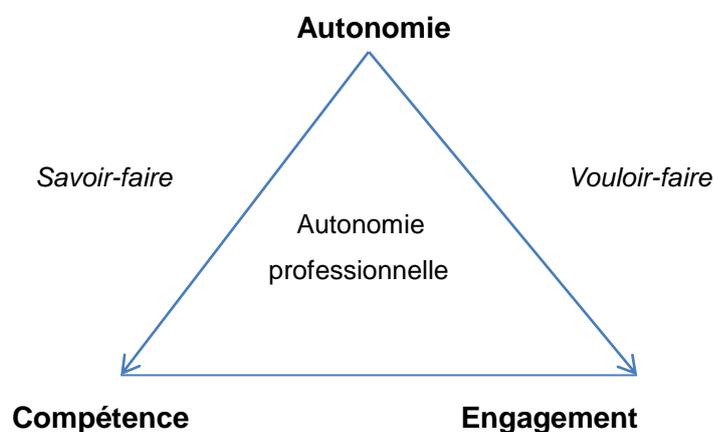
- **Le directeur des soins et la construction du projet managérial**

Le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du directeur des soins, le positionne comme membre de l'équipe de direction et membre de droit du directoire en tant que président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT). Cette disposition positionne le directeur des soins dans une dimension stratégique au sein de l'établissement. Cette posture implique donc pour lui, comme pour ses collaborateurs, de redéfinir ses pratiques managériales.

1.2.3 L'autonomie professionnelle

L'autonomie professionnelle est le droit de s'administrer librement mais dans le cadre d'une organisation plus vaste que régit un pouvoir central. Elle se définit par la marge de manœuvre laissée au professionnel dans la réalisation de ses tâches ou de ses prises de décision. Dominique Tissier, ingénieur civil des Mines, diplômé en psychologie, a dirigé le département d'INSEP CONSULTING, il nous donne une définition de l'autonomie professionnelle : « *c'est la combinaison de la compétence et de la motivation d'une personne ou d'un groupe dans le cadre d'un objectif, d'une mission, d'un projet. Elle est relative à une situation précise, ce qui signifie qu'une même personne possède des degrés d'autonomie professionnelle variés selon les situations qu'elle rencontre*¹² »

Le triangle de l'autonomie : les principes du management vers l'autonomie croissante, dans le cadre d'une mission, d'un objectif, d'un projet.



¹² TISSIER Dominique., *Management situationnel*, Editions Eyrolles, 2018

Un manager efficace adapte son management aux personnes. Il adopte, à un moment donné, le style de management qui convient et qui permet de progresser. Pour cela, il prend en compte deux aspects importants :

- La compétence : le collaborateur est-il compétent pour faire ce que je lui demande ? Sait-il le faire ?
- La motivation : est-il disposé à le faire ? Est-il partant pour agir ou faut-il le convaincre ?

L'autonomie professionnelle est définie comme la combinaison de la compétence et de la motivation ; est autonome celui qui sait faire le travail et qui veut le faire.

Quand on définit l'autonomie que le manager peut donner à son équipe, il y a une autre notion qui apparaît alors comme essentielle, celle du **pouvoir**. Le concept de pouvoir¹³ désigne la capacité d'un acteur de se rendre capable de faire agir un autre acteur suivant une orientation souhaitée. Il n'est pas automatiquement lié aux ressources de contrainte que peut donner une position hiérarchique supérieure. Généralement, les principales ressources de pouvoir sont la compétence, la maîtrise de relation à l'environnement, la maîtrise des communications ainsi que la connaissance précise des règles, souvent complexes, de fonctionnement.

1.2.4 La motivation au travail

Un autre élément à prendre en compte lorsque l'on manage des professionnels de santé est la motivation. Les travaux de Frederick Herzberg, psychologue et professeur de management à l'université de l'Utah, ont porté essentiellement sur la motivation de l'homme au travail. Selon lui, la motivation au travail est liée à deux facteurs, la satisfaction et l'insatisfaction, qui agissent de manière indépendante l'une de l'autre.

Les facteurs d'insatisfaction sont relatifs aux conditions de travail et doivent avoir un niveau minimum de base (politique salariale, conditions de travail, salaire, système de supervision, statut, sécurité du travail). Les facteurs de satisfaction sont relatifs à l'épanouissement de l'individu dans son travail (réalisation de soi, évolution de carrière, autonomie, responsabilités, reconnaissance, intérêt du travail).

Formule de la motivation selon Herzberg :

$$\text{Motivation} = \text{absence d'insatisfaction} + \text{satisfaction}$$

¹³ PLANE JM, *Théorie des organisations*, ED. Dunod, 2013

Supprimer les facteurs d'insatisfaction ne suffirait pas, il faut mettre l'accent sur l'enrichissement des tâches. Un manager peut chercher à augmenter l'intérêt au travail en tenant comptes des différents facteurs pour favoriser la motivation au travail et espérer un présentéisme plus conséquent.

1.3 Des actions en faveur d'une gestion efficiente de l'absentéisme

1.3.1 Réaliser un diagnostic de l'absentéisme

Avant de débiter tout plan d'action visant à limiter les absences, il y a la possibilité de réaliser un diagnostic de l'absentéisme dans son établissement. Ce diagnostic peut être effectué à l'aide d'indicateurs « locaux » ou bien à l'aide d'outil proposé tel que celui issu de l'étude PHARES¹⁴ (Projet Hospitalier Absentéisme Recherche Efficence et organisation Santé au travail). Ce projet est la contribution de trois partenaires institutionnels : le Fonds National de Prévention, l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire et la Fédération Hospitalière de France. Leur ambition était clairement de parvenir à comprendre un phénomène qui touche l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux, mais également de pouvoir agir sur l'absentéisme et identifier les leviers d'actions possibles.

1.3.2 Disposer de moyens institutionnels pour préserver la santé des agents

Il y a tout d'abord les **RPS (Risques Psycho Sociaux)** qui correspondent aux risques professionnels (stress, violence) portant atteinte à l'intégrité physique d'un salarié. Ils ont un impact délétère sur la santé des agents. Il existe une définition plus précise dans le guide méthodologique de la prévention des RPS dans la fonction publique¹⁵ : *« ce qui fait un risque pour la santé au travail est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine : les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. »*

L'obligation pour les établissements de santé publics de mettre une politique de prévention des RPS favorise la reconnaissance de la pénibilité du travail des soignants. On reconnaît les risques encourus au quotidien, et on essaie de voir, avec la médecine du travail, le CHSCT et la direction les solutions possibles pour éviter les aspects délétères sur la santé de chaque agent.

¹⁴ Cf annexe 1 : Outil de diagnostic de l'absentéisme – Recherche PHARES

¹⁵ *La prévention des risques psycho-sociaux dans la fonction publique*, DGAFFP, Edition 2014

Un autre service en place dans un établissement et qui accompagne chaque agent est le **service de santé au travail**. Un médecin du travail est obligatoire pour 1500 salariés. Ce médecin exerce en toute indépendance. Il a une fonction de conseil et de coordination avec le directeur et les membres du CHSCT. Son activité se partage entre un suivi individuel et un rôle de prévention sur le milieu de travail. Ainsi, il émet des recommandations individuelles ou collectives sur l'amélioration des conditions de vie et de travail, l'adaptation à la physiologie des postes, des techniques et des rythmes de travail. Le médecin du travail assure la surveillance médicale des agents (visite d'aptitude préalable à la prise de fonction, visite de titularisation et suivi médical régulier).

Son avis peut être intéressant pour le chef d'établissement lorsqu'il repère plusieurs agents en souffrance dans un même service. Évidemment, le problème isolé d'un agent (intervention programmée ou ayant des soucis personnels) n'entre pas en ligne de compte, mais il peut arriver que plusieurs agents d'un même service contactent la médecine du travail pour exprimer leur mal être.

Des agents peuvent parfois menacer de se rendre à la médecine du travail, lorsqu'ils estiment que la charge de travail est trop importante, que le rythme est trop soutenu, etc. Ce contact avec le médecin du travail, ou tout du moins la menace de le faire, annonce souvent les prémices d'un arrêt maladie.

Le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) est également en place pour préserver la santé et les conditions de travail des agents. Le CHSCT a été créé par la loi n°82-1097 du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et conditions de travail. Il contribue à la protection de la santé et de la sécurité des agents mais également à l'amélioration des conditions de travail. Selon l'article R 4615-3 du code du travail, le CHSCT est obligatoire dans tout établissement de plus de 50 agents.

Le CHSCT est composé de membres ayant une voix délibérative et de membres ayant une voix consultative. Le chef d'établissement ou son représentant assure la présidence. Le CHSCT se réunit au moins une fois par trimestre et des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu en cas d'accident ou à la demande d'au moins deux membres représentants du personnel.

En souhaitant améliorer les conditions de travail et éviter toute forme de risque physique ou moral, le CHSCT est garant d'une qualité de travail pour les employés de l'établissement.

Depuis peu, le **bilan social** demandé à tous les établissements a été rénové. La réalisation du bilan social est obligatoire pour les établissements dont l'effectif global au 31/12/n-1 est d'au moins 300 agents. Le contenu et les modalités de réalisation sont régis par le décret n°88-951 du 7 octobre 1988.

Sous l'impulsion du ministère de la santé, les bilans sociaux des établissements publics relevant de la fonction publique hospitalière ont fait l'objet à compter de 2013, d'un allègement et d'une simplification des documents préexistants. L'objectif était de redonner une dimension stratégique et dynamique aux bilans sociaux. En effet, ces documents synthétisent (en un rendu unique) les principales données de l'année écoulée sur l'emploi, les rémunérations, les conditions de travail, la formation, les relations professionnelles, éventuellement comparées à celles des deux années précédentes. Ils constituent, à l'échelon local, le support principal dialogue entre l'administration et les organisations syndicales au sein des établissements. A l'échelon national, ils forment l'outil potentiel de concertation et de pilotage stratégique.

1.3.3 Développer la motivation et intérêt au travail

Ce qui semble primordial pour limiter l'effervescence de l'absentéisme dans un secteur serait avant tout de travailler avec une équipe d'agents motivés, satisfaits de leurs conditions de travail et avec un esprit d'équipe développé afin de limiter les arrêts maladie qui pourraient parfois être évités. L'exemple ci-dessous illustre tout à fait ce que peut ressentir un agent qui doute et montre l'importance de sa motivation à aller travailler au moment de « légers troubles ».

Si nous devons résumer la problématique de l'absentéisme à une seule parabole, ce serait celle du dilemme du salarié enrhumé¹⁶ décrite par Didier Monneuse : *« qu'est-ce qui fait qu'un salarié enrhumé ira ou non travailler ? Bien entendu, rares sont ceux qui, se réveillant de matin la goutte au nez, se posent la question aussi directement. Pourtant, au moins inconsciemment, la question « j'y vais ou j'y vais pas ? » trotte dans leur tête. »*

« Quels sont alors les éléments à l'origine de leur prise de décision ? L'ambiance entre collègues, la relation avec le supérieur hiérarchique, les conditions de travail, la légitimité de l'absence auprès du collectif de travail, la valorisation du présentéisme par leur entreprise, la perspective d'évolution professionnelle, l'intérêt de leur travail, etc. » Ce sont des facteurs sur lesquels l'entreprise peut jouer.

¹⁶ MONNEUSE Denis, *L'absentéisme au travail, de l'analyse à l'action !* Ed. Afnor, 2015, page 13

1.3.4 Récompenser le présentéisme

Pour récompenser le présentéisme, les établissements de santé ont la possibilité de verser une surprime à l'agent disponible et investi. La surprime se distingue de la prime de service qui elle a été créée pour le personnel non médical (sauf quelques exceptions) afin de prendre en compte la charge de travail et les sujétions particulières par un système incitatif. C'est l'arrêté ministériel du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service au profit des personnels hospitaliers qui détermine le régime indemnitaire.

La surprime et son attribution sont souvent des moments de contestations, notamment par les syndicats qui trouvent injuste la répartition de cette prime. L'encadrement a alors la possibilité de récompenser certains des membres de son équipe selon des critères parfois discutables. Des établissements établissent des règles locales pour permettre l'attribution de cette surprime. Par exemple, tout agent ayant eu l'année précédente un absentéisme supérieur à 10 jours ne pourra pas recevoir la surprime ; aucune exception n'est faite. Ce qui est parfois dommage quand un agent très disponible et actif dans le service ne peut être récompensé par le cadre de santé car il a été hospitalisé et comptabilise un nombre de jours d'absence trop important.

La recherche d'équité par le manager est souvent délicate car le présentéisme est souvent récompensé mais dans la mesure où chaque journée d'absence entraîne une réduction de 1/72^{ème} de la prime annuelle. De ce fait, le présentéisme est largement valorisé et l'absentéisme sanctionné à plusieurs niveaux. L'agent en accident de travail ne doit pas supporter les mêmes sanctions.

Le cadre peut aussi choisir de permettre à quelques-uns des agents de suivre certaines formations, ou de participer à des congrès, en privilégiant principalement des agents « méritants » de par leur façon de servir. Il convient bien évidemment de ne pas exclure les autres et de faire la part des choses dans la raison et fréquence des absences, d'où la subjectivité.

1.3.5 Les contre-visites médicales et le jour de carence

Pour prévenir les absences, il y a aussi des moyens plus incitatifs et répressifs qui permettent de contrôler les absences des agents. En effet, quand les arrêts semblent longs, à répétition, il n'est pas rare que le centre hospitalier contrôle l'agent en arrêt maladie. Ce contrôle est demandé par un responsable de l'agent ou directement par la DRH. Il y a des différents modes de contrôle, le plus fréquent est sous forme d'une

convocation envoyée à l'agent en arrêt maladie ; celui-ci doit alors se rendre à la médecine du travail de l'établissement. Cette mesure n'aide pas à développer un climat social propice au dialogue. La suspicion peut s'installer et éroder la confiance entre l'employeur et les salariés. Les représentants du personnel considèrent généralement cette mesure comme une attaque envers les agents.

Une autre mesure impopulaire a revu le jour récemment. Pour les fonctionnaires, un **jour de carence** pour maladie avait été créé le 1er janvier 2012. Il est supprimé le 1er janvier 2014 puis remis finalement le 1^{er} janvier 2018. Cette mesure est très controversée ainsi que ses résultats. Les effets sur la mise en place du jour de carence en 2012 sont difficilement mesurables. D'autres paramètres peuvent influencer sur le niveau d'absentéisme d'un établissement sur 2 ans : restructurations, réorganisations, nouveaux bâtiments, augmentation ou baisse de l'activité...

L'Association pour le Développement des Ressources Humaines des Etablissements Sanitaires et Sociaux (ADRHESS) a réalisé une étude¹⁷ qui montre que la progression de l'absentéisme semble proportionnellement moins forte entre 2011 et 2012 puis entre 2012 et 2013 que précédemment. « *Certains établissements de grande taille font état d'une réduction de l'absentéisme de courte durée, ce que les établissements ne permettent pas nécessairement de mesurer partout* », rappelle l'ADRHESS. Malgré tout, dans l'échantillon analysé (131 établissements, du CHU à l'EHPAD), les sommes prélevées au titre du jour de carence représentent environ 0,15 % de la masse salariale des établissements. Ce montant reste non négligeable dans la mesure où les sommes prélevées chaque année, dans les établissements de l'échantillon ont, en valeur absolue, atteint plus de 7,5 millions d'euros. Une des limites de la mise en place du jour de carence serait une compensation des arrêts maladie courts par une hausse relativement plus importante des arrêts supérieurs à 48 heures.

1.3.6 Proposer un entretien de retour après une absence longue

L'entretien de retour fait partie de la multitude de moyens à la disposition des encadrants pour favoriser le dialogue autour des questions d'absentéisme. L'absence d'un salarié, surtout si elle est longue, a pour effet de désocialiser celui-ci. C'est une des propositions faites par l'ANACT dans un guide qui propose des moyens d'agir pour réduire l'absentéisme¹⁸.

¹⁷ http://www.adrhess.fr/ckfinder/userfiles/documents/newsletters/Newsletter_ADRHESS_T8.pdf

¹⁸ *L'absentéisme, outils et méthodes pour agir* (le Guide), Réseau ANACT, 2009

Actuellement, au-delà de 30 jours d'absence, l'agent doit rencontrer le médecin du travail, mais pas forcément son responsable, sauf si celui-ci en fait la demande. L'entretien de retour doit permettre de mieux cerner les motivations de l'absentéisme et de préparer le retour du salarié au sein du collectif de travail. Toutefois ces entretiens doivent se faire dans le plus strict respect du secret médical. Cet entretien doit être mené avec l'objectif de mieux comprendre les problèmes vécus par le salarié. L'entretien de retour peut s'avérer être un bon moyen pour corriger l'absentéisme. C'est l'occasion de discuter de ce qui ne va pas et qui a pu conduire à l'absence : surcharge répétée de travail, problèmes de santé, mauvais état d'esprit au sein du collectif, problèmes personnels, etc. c'est l'occasion de mieux connaître les situations de travail et d'instaurer un meilleur dialogue.

Par ailleurs, cet entretien paraît indispensable dans le cas d'une absence de longue durée car il s'agit d'écouter le salarié exposer les conséquences de son état de santé, afin d'en tirer des enseignements pour l'avenir (est-ce une absence isolée, comme dans le cas d'une intervention chirurgicale, ou bien une absence destinée à se répéter ou se prolonger à brève échéance ?).

De plus, l'entretien de retour est un moment privilégié pour discuter avec le salarié des modalités de sa réinsertion dans l'organisation du service. La conduite de l'entretien de retour ne s'improvise pas et il est sans doute nécessaire de former les encadrants à qui incombera cette responsabilité.

Par exemple, la cristallerie d'Arques a dû faire face à une « épidémie » d'absence. Démunie, les responsables ont mis en place ces entretiens de retour, ils ont tous suivi une formation pour effectuer ces entretiens. Ces temps d'échange permettent de comprendre si l'absence du salarié n'a pas caché des problèmes de conditions de travail. De plus, ces entretiens favorisent le retour de l'employé dans les meilleures conditions.

1.3.7 Moderniser l'approche et la gestion de l'absentéisme

Améliorer la qualité du climat social des hôpitaux pour limiter les risques d'absentéisme et accroître la qualité et la sécurité des soins, c'est également l'objectif que s'est fixé le gouvernement à travers le programme quinquennal « Hôpital numérique 2012-2017 ». La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a ainsi lancé, en novembre 2011, un vaste plan de développement et de modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) mobilisant tous les acteurs concernés afin d'accompagner les établissements de santé dans leur transformation par les technologies de l'information et de la communication.

La solution des applications sur smartphone telles que WHOOG ou Medgo semble en parfaite cohérence avec le plan « Hôpital numérique 2012-2017 ». C'est un peu le phénomène de mode RH à l'hôpital. Elles ramèneraient de l'équité en ciblant les seuls volontaires et allègeraient le travail des cadres.

Spécialisée en développement d'applications de gestion de crise, la société WHOOG a développé une plateforme technologique brevetée pour permettre à chaque établissement de santé (CHU, clinique) d'optimiser les absentéismes imprévus de son personnel au quotidien.

La plateforme est associée à la mise en place d'une Bourse aux remplacements avec les salariés et vacataires volontaires. En moins de 40 secondes et en répondant à 4 questions, le cadre de service définit le poste à remplacer. La plateforme WHOOG diffuse automatiquement le message de façon équitable aux salariés et vacataires, compétents et disponibles. Elle centralise les réponses, supervise la régulation des flux et intervient comme intercesseur.

Les salariés ont toute latitude pour accepter ou refuser une mission de remplacement, généralement payée en heure supplémentaire. Cette solution simple, rapide et peu onéreuse, encourage les adhésions volontaires, réinstaura un climat de confiance avec la hiérarchie, propice à une meilleure qualité des soins et par une planification optimisée des remplacements, réduit considérablement les dépenses en Ressources Humaines.

2 L'enquête de terrain : recherche et analyse

2.1 Méthodologie retenue

L'entretien de recherche est une méthode de collecte qui vise à recueillir des données (informations, ressentis, sentiments, récits, témoignages, etc.) dans le but de les analyser. Afin de cerner nos recherches, nous avons exploité différents documents tels que des textes législatifs, des revues professionnelles, des articles de presse sur le sujet ainsi que de la documentation afférente aux établissements (projet managérial, bilan social, etc.).

2.1.1 Le choix des entretiens semi-directifs

L'entretien semi-directif est un type d'entretien qui n'est ni entièrement ouvert, ni entièrement fermé, c'est un type d'entretien que l'on qualifie de partiellement structuré. Les questions n'ont pas toujours été posées dans l'ordre dans lequel elles étaient notées et sous leur formulation exacte. Il s'agissait pour moi de laisser l'interviewé s'exprimer ouvertement et, en fonction du déroulement de l'entretien, d'essayer parfois de recentrer les échanges sur le thème d'investigation et de poser des questions lorsque l'interviewé n'abordait pas spontanément certains sujets.

2.1.2 Les terrains d'enquête

Les entretiens ont été réalisés dans deux établissements hospitaliers publics. Les établissements choisis étaient d'importance variable en activité et en capacité en lits puisque le choix a été fait d'enquêter dans un Centre Hospitalier (CH) et dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). La situation financière distingue également ces deux établissements puisque le CH est en plan de retour à l'équilibre (PRE) alors que le CHU est actuellement à l'équilibre (mais a déjà connu un PRE en 2010).

Pour le CH (groupe 1), la capacité est de 878 lits et places avec un effectif de 1 922 agents. Pour le CHU (groupe 2), la capacité est de 2 389 lits avec un effectif de 7 300 agents.

2.1.3 Le choix de la population

Il était important d'obtenir la vision des principaux acteurs concernés par la gestion de l'absentéisme. C'est pourquoi le choix a été fait d'interroger les directeurs des soins des deux structures mais aussi d'autres acteurs incontournables tels que le DRH, le cadre supérieur de la direction des soins mais aussi un cadre supérieur de pôle et un cadre de

santé. Lors des entretiens, il a semblé intéressant compléter la recherche en interrogeant d'autres acteurs également concernés : contrôleur de gestion social, directeur des affaires médicales et le médecin du travail¹⁹.

Groupe 1 – CH	Groupe 2 - CHU
- Directeur des soins	- Directeur des soins
- CSS de la direction des soins	- CSS de la direction des soins
- DRH	- DRH
- CSS de pôle	- CSS de pôle
- Cadre de santé	- Cadre de santé
- Contrôleur de gestion social	- Contrôleur de gestion social
- Directeur des affaires médicales	- Médecin du travail

2.1.4 La construction de la grille d'entretien

La construction de la grille d'entretien²⁰ a reposé sur la volonté d'investiguer les thématiques suivantes :

- Perception de l'absentéisme, son évolution
- Actions menées dans la gestion de l'absentéisme
- Le management de proximité et la structuration de la direction des soins
- La délégation des pôles
- Le projet managérial

Le questionnaire, présent en annexe 3, est celui utilisé pour les entretiens des DS et DRH, ainsi que les CSS de la direction des soins. Pour les autres catégories professionnelles, les thématiques étudiées étaient les mêmes mais le discours était plus libre. L'intérêt était surtout d'observer leur point de vue par rapport à la gestion de l'absentéisme, mais aussi de voir leur collaboration avec les directeurs des soins et enfin de comprendre les attendus.

2.1.5 Les limites et les points forts de l'enquête

La contrainte de temps a limité l'exhaustivité de cette étude. L'échantillonnage des personnes interviewées sur deux établissements différents ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. Les points forts résident dans la différence structurelle des établissements et dans la diversité des fonctions des personnes interrogées. La qualité des échanges et leur nature ont été extrêmement riches et ont permis un recueil exhaustif.

¹⁹ Cf annexe 2 : programmation des entretiens

²⁰ Cf annexe 3 : Grille d'entretien des DS et DRH

2.2 Principaux résultats

Nous décrivons les résultats selon trois approches : des résultats généraux qui concernent les deux établissements, des résultats par établissements et enfin des résultats pour chaque métier interrogé.

2.2.1 Résultats généraux

- **Types d'absence** : Maladie ordinaire, maladie professionnelles, AT, maternité, absence injustifiée, humanitaire (à la marge), Congé de Formation Professionnelle en alternance (car pas de remplacement), formation professionnelle (qui entraîne de l'absentéisme dans les services)
- De plus en plus d'absences de dernière minute sont constatées, notamment avec les démissions qui augmentent
- **Evolution de l'absentéisme** : une augmentation de l'absentéisme en lien avec le changement de génération est constatée, les plus jeunes prennent ce qui les intéresse et s'ils ont une opportunité ailleurs, ils laissent tomber du jour au lendemain. Il arrive fréquemment que le vendredi l'agent ne fera pas son WE et qu'il a trouvé un poste ailleurs, car ils n'ont pas de préavis entre deux contrats. Cette situation est arrivée de façon régulière sur les derniers mois au CH et au CHU et elle tend à se reproduire.
- **Pas de procédure formalisée** : dans les deux hôpitaux enquêtés, nous ne retrouvons pas de procédure qui permet de clarifier la gestion de l'absentéisme. Les informations et la conduite à tenir se transmettent dès l'arrivée d'un nouveau cadre mais rien n'est posé

2.2.2 Résultats par établissement

THEMES	CH	CHU
Taux d'absentéisme	8.80% -Peut aller jusque 11% dans certains pôles	7.92%
Dialogue DRH / DS	-Rencontre quasiment tous les jeudis mais ordre du jour pas formalisé	-La DS fait partie du pôle ressources humaines. -Rencontre tous les mardis
Management	-Adaptabilité, proximité -Positionnement délicat de certains CS qui n'osent pas toujours contacter les agents en repos lors d'absence	-D'après le DS, certains CSS gèrent très bien l'absentéisme, d'autres subissent -Décloisonnement CS / CSS et intra / inter pôle nécessaire

THEMES	CH	CHU
Projet managérial	<p>-Pas de projet managérial</p> <p>-Cependant, un projet managérial est en cours d'écriture, le responsable est le directeur des affaires médicales.</p> <p>-Mais les cadres ne se sentent pas impliqués dans la dynamique institutionnelle</p>	<p>-Un projet managérial existe au CHU. Il ne prend malgré tout pas en compte la gestion de l'absentéisme. Pour autant, d'autres guides existent et permettent de préciser le fonctionnement de la direction des soins et de la direction des ressources humaines. La particularité du CHU est que la DS fait partie du pôle RH dont le responsable est le DRH.</p>
Délégation des pôles	<p>-Délégation uniquement pour le plan de formation.</p> <p>-Des contrats de pôle auraient existés il y a quelques années mais jamais respectés</p>	<p>-Des contrats de pôles sont proposés au CHU. Ils prévoient des objectifs qui permettent d'obtenir une prime d'intéressement si ces objectifs sont atteints. Il y a deux réunions par an pour faire le point sur le suivi des contrats de pôle.</p>
Pôle	<p>-Pas de contrat de pôle. C'est en projet mais le DS n'est pas associé</p>	<p>-Contrat de pôle et suivi des objectifs. Le DS parle d'entretenir la culture de pôle</p>
Actions pour lutter contre l'absentéisme	<p>-Auto remplacement dans le service, entraide avec les autres pôles, pool institutionnel, heures supplémentaires, intérim.</p> <p>-Pas de pool de pôle</p> <p>-Mise en place de l'application WHOOG à venir</p>	<p>-Auto remplacement dans le service et le pôle, pool de pôle, pool institutionnel pour les agents de nuit.</p> <p>-Entretien de retour réalisé mais pas formalisé</p>
Heures supplémentaires	<p>-Des CSS acceptent le paiement en heures supplémentaires sans validation ni suivi de la DRH</p>	<p>-Pas de paiement en heure supplémentaire</p>
Contrôle des absences	<p>-Convocation chez le médecin pour un contrôle (des reprises ont été constatées après un contrôle)</p>	<p>-Contrôle parfois demandé mais pratique assez rare</p>

THEMES	CH	CHU
Actions du DS	-Le DS ou la CSS de la DS appelle parfois lui les agents car certains cadres n'osent pas	-Délégation de gestion de l'absentéisme par le DS aux CSS de pôle
Effectifs PNM	-Pas de marge de manœuvre, effectif serré. -Quelques difficultés de recrutement	5% supplémentaire dans les effectifs cibles -Pas de souci de recrutement
Prévention	-Le plan d'action du CH est davantage orienté sur des moyens de combler les absences et non de les prévenir	-Le CHU se distingue en déployant de multiples actions, davantage orientée sur la prévention de l'absentéisme, en favorisant notamment le maintien à l'emploi
Suivi de l'absentéisme	-Par le contrôleur de gestion social et par certains cadres. -Communication des données non structurée, et irrégulière Manque d'indicateur	-Par le contrôleur de gestion social, relevé mensuel. -Communication des données mensuelles
Suivi des AT	-Commission qui se réunit tous les 2 mois dont les actions sont jugées insuffisantes par le DRH	0.69% d'AT sur 7.92% -Commission d'analyse des AT sur le pôle EHPAD
Dette sociale	-La dette sociale est importante (pas de chiffre précis connu)	-Peu d'heure par agent. La direction des soins permet le recrutement de mensualité pour rendre des heures. -Suivi mensuel
Accompagnement des cadres	-Pas de politique formalisée d'accompagnement de l'encadrement mais une proximité qui permet une bonne connaissance des cadres	-La politique de repérage des talents et d'accompagnement de l'encadrement est réellement clarifiée et effective au sein du CHU
Collectif cadres	-Il existe un collectif cadre mais ne vit pas	-Une tentative de mettre en place un collectif cadre mais pas fait à ce jour
Lien avec la médecine préventive	-Pas d'échange formalisé avec le DRH mais des réunions mensuelles avec la DS	-Groupe de travail maintien à l'emploi (1 réunion par trimestre)

2.2.3 Résultats par métier

	DS	DRH	CSS	CS	Contrôleur de gestion	Médecin du travail	DAM
Nombre	2	2	4	2	2	1	1
Sexe	1 homme 1 femme	2 femmes	4 femmes	2 femmes	1 homme 1 femme	1 femme	1 homme

Les directeurs des soins doivent s'assurer que chaque service a les moyens humains et matériels pour bien fonctionner. C'est donc dans ce cadre que les DS, et surtout les CSS de la direction des soins, sont sollicités pour gérer des problématiques liées à l'absence de soignants, absences programmées ou inopinées. Diverses actions sont proposées, davantage au CH qu'au CHU mais plusieurs d'entre elles ne sont pas satisfaisantes. Les heures supplémentaires ne fonctionnent plus, l'intérim coûte cher et la qualité des soins n'est pas assurée. Pour les DS, le plus important est de donner les moyens à l'encadrement pour accompagner les équipes au quotidien. Le DS du CH constate que *« le travail de l'encadrement est de longue haleine, le cadre doit être auprès des équipes, et moins dans son bureau, mais ce n'est pas rentré dans toutes les mentalités. »* Pour le DS du CH, c'est aux DS de suivre et gérer l'absentéisme, et non aux DRH. Au CHU, la direction des soins fait partie du pôle ressources humaines, alors qu'au CH, elle est indépendante. Dans le CH, le DS ne se trouve pas toujours impliqué dans les différents dossiers institutionnels, dont le projet managérial.

Pour les directeurs des ressources humaines, un des principaux enjeux de l'absentéisme est de ne pas rentrer dans un cercle vicieux *« des agents sont en arrêt, du coup tu sollicites davantage les autres qui finissent par se mettre aussi en arrêt. »* Dès qu'ils ont l'impression que des gens reviennent, il y a une forme de décompensation. Il est très difficile de traiter l'absentéisme de façon globale puisqu'il faut tenir compte du contexte de l'établissement pour adapter le mode d'actions à entreprendre. Dans le cas du CH où la direction des soins ne fait pas partie du pôle RH, le DRH souhaiterait une contractualisation avec la direction des soins. Le DRH a du mal à avoir une vision claire sur la gestion des absences dans l'établissement. Il s'appuie sur le contrôleur de gestion social pour assurer le suivi chiffré de l'absentéisme. Un lien est aussi nécessaire avec la médecine préventive, surtout quand les rencontres ne sont pas formalisées. Le DRH du CH est conscient que les entretiens de retour sont très utiles mais pas ils ne sont pas mis en place dans l'établissement. Le DRH du CH dit se méfier des orientations nationales sur la thématique de l'absentéisme, il y a beaucoup d'effet d'annonce, et les propositions faites au niveau national ne sont pas toujours adaptables car il faut tenir compte de la culture et du contexte de l'établissement.

Le cadre supérieur de santé de la direction des soins est un lien incontournable entre l'encadrement dans les pôles et le directeur des soins. Il est également un acteur essentiel dans la gestion de l'absentéisme, du fait de sa vision transversale et aussi parce que souvent il manage une équipe d'agents dans le cadre d'un pool institutionnel. Lorsque la direction des soins est sollicitée dans le cadre d'une absence difficile à remplacer ou d'un secteur particulièrement exposé, c'est souvent par l'intermédiaire de ces CSS. Leurs moyens peuvent être importants : pool jour et/ou nuit, mensualités, heures supplémentaires, intérimaires... Mais dans des établissements où le recrutement de soignants n'est pas simple, les remplacements d'absence demeurent complexes. Ces CSS ont un lien direct avec le DS, véritable relation de confiance. Les CSS réalisent un diagnostic de l'absentéisme afin de permettre un éclairage au DS pour lui permettre de prendre les bonnes décisions. Ils participent souvent à des groupes de travail avec la DRH et la médecine préventive. Les CSS de la DS remarquent que tous les CSS de pôle ne gèrent pas du tout de la même manière. Certains gèrent en autonomie dans leur pôle, d'autres alertent rapidement la DS et réclament des mensualités de remplacement.

Les cadres supérieurs de santé en gestion de pôle sont satisfaits de leur relation avec la direction des soins qu'il juge très interactive, à l'écoute. Le CSS est un véritable relais entre la direction des soins et les cadres de santé. Pour eux, les causes de l'absentéisme sont nombreuses, il s'agit parfois simplement de difficultés avec certains médecins, ce qui perturbent l'organisation, le CSS a alors un rôle à jouer. Au CH, le CSS dit avoir une certaine autonomie mais avec des moyens « *pas très larges* » mais de son côté, ce CSS dit avoir impulsé l'autonomie envers les cadres de son pôle. Il est constaté une forme d'autonomie voire de liberté chez les CSS de pôle du CH puisque certains parmi eux autorisent des heures supplémentaires à des agents sans validation, ni suivi du DRH ou du DS. Le CSS du CH déplore l'absence d'indicateur de suivi des effectifs rémunérés.

Les cadres de santé passent beaucoup de temps pour pallier les absences. Au niveau du management, il y a la nécessité d'une grande adaptabilité. Il faut travailler avec les équipes, être dans le participatif et surtout ne pas oublier les marques de reconnaissance envers les agents qui rendent service. Les cadres passent au moins 70% de leur temps dans la gestion de planning et de l'absentéisme. Il n'existe pas beaucoup d'actions performantes. La QVT ne semble que théorique et difficile à mettre en application. Les cadres le vivent comme une forme d'injonction paradoxale. Il manque également des outils pour mesurer la charge en soins, ce qui serait un préalable pour adapter les effectifs selon les secteurs d'activité. Il faut rationaliser les effectifs pour rétablir l'équité entre les services. Du point de vue des cadres de santé dans les pôles, la communication de la direction des soins semblent perfectible.

Le contrôleur de gestion social est chargé de collecter la bonne information afin de prendre la bonne décision. Il fait partie intégrante du service de la DRH, il n'est pas décisionnaire mais doit transmettre l'information. Il est en lien direct avec le DRH. Tous les mois, le contrôleur de gestion transmet un tableau de bord de suivi de l'absentéisme au DRH et aussi à l'ensemble des directions concernées, dont le directeur des soins ; charge à lui de transmettre les informations à l'encadrement. Le contrôleur de gestion social du CHU précise que le management de l'encadrement n'est pas toujours adapté, « *certaines cadres sont dépassés, un encadrement défaillant biaise les données.* » Les contrôleurs de gestion sociale sont au clair avec leurs missions et sont parfaitement intégrés dans le service de la DRH. Par contre, il mériterait de développer davantage d'interaction avec la direction des soins et les services de soins, notamment avec le trio de pôles.

Le médecin du travail du service de médecine préventive est informé des chiffres de l'absentéisme mais pas de façon régulière. Les médecins du travail ont une vision collective, ce qui leur permet de réaliser une synthèse à l'encadrement (problème de matériel tel que le lève malade par exemple). Le médecin alerte en cas de problèmes répétés dans un secteur (problème d'épaule à plusieurs reprises dans un même service). Il existe bien une collaboration avec le DRH et le DS mais jugée insuffisante pour la médecine préventive. Les réunions périodiques sont utiles mais le médecin du travail souhaiterait multiplier les rencontres « exceptionnelles » pour traiter du cas par cas. Le médecin du travail est souvent perçu par l'encadrement et la direction comme étant trop proche des agents et répondant à leur moindre demande.

Le directeur des affaires médicales interrogé a en responsabilité la réalisation du projet managérial avec la participation du DS. Le projet managérial n'abordera pas la gestion de l'absentéisme ; la priorité sera de revoir l'organisation des pôles et de développer la délégation. Tous les hôpitaux ne sont pas au même point dans le fonctionnement des pôles, avant d'envisager des projets plus ambitieux, il faut solidifier la base et s'assurer un fonctionnement polaire efficient. Certes le CH est une structure moyenne, les directeurs fonctionnels connaissent beaucoup de soignants et d'acteurs dans l'établissement mais la direction des soins semble la plus adaptée pour déterminer qui est le professionnel le plus pertinent pour participer à tel ou tel projet. Le DAM précise également qu'il y a une sociologie particulière au CH : « *les cadres de santé ne bougent pas, ils se sentent propriétaires de leur poste, d'où les nombreux arrêts réactionnels.* »

2.3 Discussion et analyse

Pour poursuivre la discussion avec les résultats obtenus suite aux quatorze entretiens, nous traiterons l'analyse en tenant compte des hypothèses évoquées en introduction.

2.3.1 Une évolution de l'absentéisme à laquelle il faut adapter les réponses

Il faut certes tenir compte de l'évolution de l'absentéisme et adapter les réponses mais aussi **adapter les actions** : tous les acteurs interrogés affirment que l'absentéisme évolue. Au-delà du volume d'absence, on ne gère plus un arrêt comme on le gérait il y a plusieurs années. Les raisons sont multiples : les générations ne sont plus les mêmes, les 35 heures ont participé à notre rapport au travail, la charge de travail a augmenté... Pour autant, la permanence des soins reste une priorité et l'encadrement se doit d'assurer la continuité, mais aussi la qualité et la sécurité des soins dans le service dont il a la responsabilité.

Le changement de génération entraîne des changements de comportement pour lesquels les managers ne sont pas toujours bien préparés. Il y a davantage de démissions chez les jeunes professionnels de santé, des non renouvellement de contrats sont également de plus en plus constatés. Il devient difficile d'anticiper et de gérer ces absences de dernières minutes. Cela nécessite une certaine anticipation et une entente entre la DRH et la direction des soins pour éviter des ruptures. Cela demande également aux cadres de réfléchir sur la motivation des agents à travailler dans le service. Un management de proximité est attendu, tout comme la participation des cadres dans les principaux projets institutionnels. Il s'agit de réelles attentes paradoxales qui ne rendent pas facile le travail du cadre et ce qui peut expliquer l'augmentation de l'absentéisme de l'encadrement.

Par contre, même si les moyens de lutte contre l'absentéisme sont multiples, **les actions ne sont pas toujours formalisées et organisées**. Au niveau de l'encadrement, chacun sait plus ou moins ce qu'il doit faire, mais nous ne retrouvons aucune procédure précise. Pour s'adapter aux changements de génération, de priorisation de la société, il faut que l'encadrement adapte son management. Pour la gestion de l'absentéisme, nous pouvons retrouver des éléments dans divers documents, mais ce n'est jamais centralisé dans un document unique. Lors du tutorat entre cadres, ceux-ci se forment sur la méthode pour combler les absences. Le DRH du CHU insiste sur la difficulté et limite au fait d'élaborer un document spécifique à la gestion de l'absentéisme : « *tout ne peut pas s'écrire, notamment par rapport aux représentants syndicaux. Le sujet des rappels des agents reste sensible.* »

2.3.2 Une nécessité de tenir compte du contexte

La taille de l'établissement peut être déterminante pour les managers. Un dimensionnement d'établissement moyen peut faciliter l'encadrement de proximité. Il y a une meilleure interactivité entre les professionnels : DS, cadre supérieur, cadre de santé et soignants. Toutefois, un CHU bénéficie de moyens souvent plus importants que dans un CH. Certes la proximité n'est pas favorisée mais la taille d'un CHU l'oblige à formaliser davantage son fonctionnement et notamment dans la gestion de l'absentéisme. Nous constatons plus de délégation et d'autonomie dans les structures plus importantes. La direction des soins ne peut pas se permettre d'être constamment sollicitée pour gérer des absences. Par contre, il est vrai que les moyens, en regard de l'activité, sont souvent supérieurs dans les CHU que dans les CH. Dans le CHU interrogé, il y a des professionnels de la DRH dont la fonction est d'être référente du maintien à l'emploi. Et il y a 5% d'effectif supplémentaire par service.

Un autre élément à prendre en compte dans la gestion de l'absentéisme est le **contexte financier**. Un établissement en PRE connaît quelques freins dans ses actions. Il sera plus difficile de promouvoir un nouveau projet tel que la mise en place d'une application (par exemple WHOOG) ou alors la mise en place d'un pool institutionnel. Dans le cadre d'un PRE, les établissements investissent moins dans des projets onéreux mais surtout ils revoient le nombre de lits de l'hôpital. Réduire son capacitaire demande une révision des effectifs et tend à augmenter la charge de travail dans les services existants. Mais, comme le rappelait le DRH du CHU, « *il ne faut pas chercher à baisser uniquement parce que ça nous coûte de l'argent, il faut aussi améliorer les conditions de travail.* »

La culture de l'établissement est aussi déterminante car il y a des véritables différences entre les hôpitaux qui s'expliquent parfois uniquement par rapport à leur histoire, leur vécu. Certains établissements n'ont jamais fait appel à l'intérim, souvent jugé onéreux et n'apportant pas une qualité des soins à la hauteur. De même pour les heures supplémentaires, le CHU interrogé en refuse le paiement, tout comme avoir recours à l'intérim. De ce fait, les agents ne réclament pas le paiement d'heures lors de sollicitation par l'encadrement pour venir combler des absences. L'exemple du remplacement du congé maternité illustre bien les différences entre les deux établissements qui ont permis l'enquête. Du côté du CHU, la direction des soins et la DRH ne combleront pas les congés maternité, c'est à la charge du pôle qui a les effectifs en conséquence (sauf s'il y avait de nombreux arrêts pour congé maternité simultanément). De son côté, le CH tente de remplacer les congés maternité. Le DRH a une vision parcellaire de ce qui se fait. C'est surtout le recrutement de l'agent remplaçant qui conditionne le fait que le congé maternité sera ou non remplacé.

2.3.3 Une direction des soins à structurer et un management à clarifier

Un accompagnement des managers est réalisé à tous les niveaux. Le DS est disponible pour un accompagnement organisé mais aussi de proximité avec l'encadrement, tout comme les cadres avec leur équipe. Au CHU, l'accompagnement de l'encadrement par la direction des soins est clair et précisé dans un document écrit. Le fait que la direction des soins fait partie du pôle ressources humaines favorise les échanges et la formalisation de procédures. Dès la détection des « talents », le futur cadre aura l'expérience d'être faisant fonction cadre, tout en étant accompagné par un DS. Dès l'obtention de son diplôme, le cadre aura un collègue tuteur. Le CHU a également la particularité de proposer systématiquement une formation spécifique aux cadres promus cadres supérieur de santé (formation de douze jours). C'est d'autant plus important qu'il n'y a pas de diplôme ou formation nécessaires pour devenir CSS. A travers cet accompagnement et cette formation, c'est un moyen d'uniformiser le management de son encadrement et de familiariser l'encadrement supérieur avec les tableaux de bord et le pilotage de pôle.

L'autonomisation est recherchée par la direction. Avant de parler de délégation, il faut proposer des outils qui permettront un bon fonctionnement, mais aussi un contrôle et un suivi. La maturité de management de l'encadrement n'étant pas uniforme sur l'ensemble de l'établissement, le directeur des soins doit être attentif et attendre un reporting précis des CSS. Au niveau du CH, des heures supplémentaires sont accordées par des cadres supérieurs à certains agents sans aucune validation de la DRH ou de la direction des soins et surtout sans suivi puisque cela ne rentre pas dans une enveloppe allouée. Au CH, le budget qui concerne les heures supplémentaires et celui de l'intérim a explosé.

Que ce soit au niveau des cadres interrogés ou des directeurs, nous pouvons remarquer une volonté **d'entretenir la proximité**, prendre soin d'accompagner les agents notamment dans leur mobilité. Les cadres interrogés précisent qu'ils ne se contentent pas de demander à certains soignants d'aller remplacer dans d'autres services, ils s'assurent que l'agent est bien accueilli et que sa mission se déroule de façon satisfaisante. Les managers interrogés organisent systématiquement des réunions avec leurs équipes, avec un ordre du jour établi ou alors simplement en expression libre. Certes la proximité est souhaitée et souhaitable mais elle ne facilite pas forcément l'avancée des projets auxquels participent les managers.

Malgré l'accompagnement dont bénéficie l'encadrement, les cadres interrogés souhaiteraient **d'avantage de communication** avec la direction des soins et la direction

des ressources humaines. Les cadres remarquent que l'activité ne cesse d'augmenter dans leur secteur et les effectifs ne sont plus adaptés ; un cadre insistait en précisant qu'on peut compter jusqu'à treize entrées par jour, les taux d'occupation augmentent, pour autant les services jouent le jeu en multipliant les hébergements. Il manque donc réellement un espace de communication pour échanger sur les éventuelles difficultés rencontrées.

Le management participatif semble celui qui est davantage choisi par les managers. Fédérer autour de projets du service permet aux cadres d'être proches de leurs équipes et d'entretenir une certaine motivation et surtout de donner du sens aux soins.

2.3.4 Le projet managérial ne semble pas l'outil le plus adapté

Le projet managérial ne prend pas forcément en compte la gestion de l'absentéisme et ne semble pas être l'outil le plus adapté. Et puis, ce document n'est pas généralisé dans l'ensemble des établissements de santé. Dans le CH interrogé, il n'y a pas de projet managérial, sa réalisation est en cours mais c'est le directeur des affaires médicales qui pilote sa mise en place. Le DS semble éloigné de son élaboration. Dans le CHU, le projet managérial existe et est connu de l'encadrement. Il semble être un bon élément d'appui pour le management des cadres. Pour autant le projet managérial n'apparaît pas être le document le plus adapté pour formaliser et uniformiser les moyens d'action pour gérer l'absentéisme. Il est davantage orienté sur « *comment l'encadrement manage pour ne pas générer de l'absentéisme ?* »

La gestion de l'absentéisme apparaît dans diverses procédures mais il n'y a pas de regroupement de ces différents documents. Il n'y a pas de véritable politique affirmant une volonté de maîtriser l'absentéisme dans l'établissement. On retrouve par exemple des moyens d'agir sur l'absentéisme dans un guide de l'encadrement, mais aussi dans le document qui reprend l'ensemble des règles RH. Le projet social ne contient pas non plus de mesure spécifique pour faire diminuer le taux d'absentéisme mais tous les axes y contribuent car ils sont multifactoriels.

2.3.5 La délégation des pôles est une aide dans la gestion de l'absentéisme

La délégation des pôles est une aide dans la gestion de l'absentéisme qui participe à l'autonomie des pôles. La possibilité d'avoir recours à des mensualités de remplacement supplémentaires par le biais de la prime d'intéressement permet aux CSS d'agir sans validation de la DS ou de la DRH mais en lien avec eux pour obtenir des candidatures. De

plus, cette possibilité permet le dialogue entre le CSS et le chef de pôle sur des problématiques dont les médecins sont parfois trop éloignés.

La constitution des pôles²¹ depuis 2005 permettent aux CSS une certaine gestion en autonomie, selon ce qui est défini dans le contrat de pôle. Pour autant, il faut également tenir compte du fait que cette gestion de pôle se fait avec le chef de pôle qui n'est pas toujours favorable à la gestion des absences par le biais de l'enveloppe d'intéressement qui pour lui peut servir à bien d'autres choses, tandis que la gestion des effectifs serait le rôle de la DRH.

Dans le CH interrogé, des contrats de pôle ont été élaborés il y a quelques années mais ils ne sont pas respectés. Il y a une réflexion en cours pour retravailler les contrats de pôle avec des objectifs « qualité et performance » mais pour l'instant le DS n'y est pas associé. Il n'y a pas de délégation de pôle sur l'absentéisme au CH, cela a été évoqué mais pas réalisé, certains pôles l'ont souhaité, d'autres non, il n'y a pas eu de consensus et cela n'a pas été mis en place.

Dans tous les établissements, les pôles ont été mis en place. Mais leur fonctionnement n'est pas identique. Il y a une véritable appropriation à envisager. De plus, pour le DRH du CHU il est plus aisé de développer des actions au niveau polaire, cela semble plus adapté et plus pertinent.

Par contre, le DRH du CHU relève des limites à l'utilisation de l'intéressement du pôle pour combler l'absentéisme. Certains pôles seraient tentés d'utiliser cette enveloppe pour financer des postes pérennes. Il y a un risque de manque de visibilité pour la DRH. De plus, il y a un biais à générer des besoins qui peut servir d'argument pour affirmer le fait qu'il y a vraiment besoin d'un ETP supplémentaire. Et puis cela peut ne pas encourager à chercher d'autres solutions.

2.3.6 De multiples actions pour de nombreux effets mais peu évaluables

Suivi des taux d'absentéisme mais également suivi des actions : dans les établissements enquêtés, des contrôleurs de gestion sociale assurent le suivi chiffré de l'absentéisme. Le lien est fait entre la DRH et les différentes directions, dont la direction des soins. Par contre, que fait la direction des soins de cette information ? L'encadrement ne semble pas toujours bien informé du taux d'absentéisme dans son propre secteur ; aussi, certains cadres suivent eux-mêmes les absences dans leur secteur, ce qui augmente leur charge de travail pour une tâche qui ne paraît pas nécessaire.

²¹ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Le choix du CHU est d'agir sur un **secteur test** avant de généraliser sur l'ensemble de l'établissement. Un plan d'action a été mis en place sur un pôle pilote dans le but de généraliser ensuite les actions entreprises pour l'ensemble de l'établissement. Il est plus facile d'agir dans un secteur restreint.

Dans la mesure où on a dû mal à évaluer les bénéfices des actions pour maîtriser l'absentéisme, il ne faut pas hésiter à multiplier les moyens à disposition pour combler les absences. Si des applications comme WHOOG semblent intéresser le CH, au CHU ils ne souhaitent pas cette mesure en justifiant qu'il y peut y avoir des effets pervers à mettre en place WHOOG. « *Dans la mesure où on sait que l'on peut être remplacé, on peut s'absenter plus facilement* » argumente le DRH du CHU. La mise en place ou non d'un pool au sein d'un pôle ne met pas tout le monde d'accord. Selon le degré de maturité

Ces éléments permettent de répondre à la question de départ :

En quoi la politique managériale du DS impacte la gestion de l'absentéisme dans les unités de soins ?

Les différentes hypothèses antérieurement formulées sont partiellement affirmées :

- La posture managériale du DS favorise la gestion de l'absentéisme par l'encadrement
- Une direction des soins structurée et organisée permet aux cadres supérieurs d'agir avec autonomie, notamment pour limiter les absences des professionnels de santé
- Un projet managérial est un levier pour formaliser la gestion de l'absentéisme dans un établissement de santé
- La délégation des pôles facilite la mise en place d'action pour maîtriser l'absentéisme et promouvoir le présentéisme

Nous proposons un plan d'action qui participe à la structuration d'une direction des soins favorisant l'autonomie de l'encadrement dans la gestion de l'absentéisme. Un tableau de synthèse reprend l'ensemble des préconisations et recommandations dans l'annexe 4.

3 Des préconisations pour le directeur des soins afin de faciliter la maîtrise de l'absentéisme

Dans les propositions suivantes²², le directeur des soins a un rôle primordial, soit en termes de pilotage, d'accompagnement ou pour impulser une démarche. Le DS ne doit pas être constamment dérangé pour « éteindre le feu » lors d'absences répétées et nombreuses, mais il se doit de tout mettre en place pour favoriser la gestion des arrêts en mettant à disposition différents moyens. La prévention reste un point sur lequel le DS doit également agir pour éviter la désorganisation des services et permettre la permanence des soins, mais aussi pour respecter la qualité de vie des agents et de l'encadrement.

3.1 Politique du DS dans la gestion de l'absentéisme

Des actions sont nécessaires et attendues de la part du DS dans la gestion de l'absentéisme mais au préalable, le positionnement du DS doit être affirmé ainsi que sa place dans l'équipe de direction.

3.1.1 Une collaboration DRH / DS indispensable

Le directeur des soins ne peut pas agir seul sur cette thématique. Le DRH est un acteur incontournable mais pour développer la collaboration DRH / DS, cela passe avant tout par le positionnement clair du DS. Sans réaliser des études de charges longues et chronophages, de par son expérience, le DS peut avoir une idée assez précise des besoins en effectifs et en compétences d'un secteur d'activité. Les cadres supérieurs devront être un relais entre la direction des soins et les pôles afin que le DS puisse argumenter et prendre des décisions adéquates avec le DRH. Cette collaboration DRH / DS peut prendre plusieurs formes et se concrétiser avec plusieurs mesures.

Formaliser les rencontres DRH / DS

Au-delà des réunions où l'ensemble des directeurs se retrouvent (CODIR, directoire...), des **rencontres entre le DRH et le DS devront être organisées et formalisées**. Des entrevues à deux seront certes à prévoir mais c'est aussi avec les autres membres de la direction des soins (cadre supérieur chargé de missions) et de la DRH (attachés, référent emploi, contrôleur de gestion social) qu'il faudra prévoir de se réunir. Les DRH et DS sont les directeurs décisionnaires qui ne peuvent agir qu'après des éclaircissements précis des situations complexes rencontrées. Un ordre du jour sera envoyé au préalable, ainsi qu'un compte rendu faisant suite à la rencontre et spécifiant les points qui ont obtenu une validation et un consensus DS / DRH.

²² Cf annexe 4 : tableau de synthèse des recommandations

Revoir ou établir les maquettes et les effectifs des différents secteurs

Un des premiers thèmes essentiels à aborder avec le DRH est la **révision des maquettes de fonctionnement dans les services**. Une maquette ajustée permet d'avoir des effectifs adaptés à la charge de travail. Il est intéressant d'organiser des rencontres entre la direction des soins, la DRH et l'encadrement du pôle (CSS et cadre de santé) pour étudier la situation précise de chaque service. Pendant ces réunions il peut également être fait un point sur les principales absences mais aussi sur la dette sociale, et ce afin de constater et de comprendre les éventuels freins à un bon fonctionnement dans certains secteurs.

Réaliser un état des lieux des moyens de gestion des absences et un diagnostic de l'absentéisme

Il faudra également réaliser un **état des lieux de la gestion de l'absentéisme** pour connaître tous les moyens déjà mis en place pour lutter contre l'absentéisme et si possible évaluer leur efficacité. Le DS a besoin de connaître tous les moyens à disposition pour maîtriser l'absentéisme dans l'établissement car après avoir fait le point sur les maquettes des différents services, la présence de pool ou non peut être un argument pour revoir le dimensionnement des effectifs.

Aussi, avant de débiter tout plan d'action efficace permettant de maîtriser l'absentéisme et de favoriser le présentéisme, il faut réaliser un **diagnostic de l'absentéisme**. Il est possible d'utiliser les outils proposés par l'étude PHARES²³ en collaboration avec l'ARS Pays de la Loire. C'est un bon point de départ pour avoir une vision d'ensemble sur les principales difficultés rencontrées et qui peut également permettre de prioriser les actions à mettre en place (présence de certains facteurs d'auto entretien de l'absentéisme, éloignement des cadres de proximité, éloignement de la direction...).

Etablir les règles RH en collaboration avec la DRH – projet managérial

De façon générale, les **règles concernant les ressources humaines** devront être écrites et connues de tout agent travaillant dans l'établissement. Si ces règles ne sont pas établies à notre arrivée dans un nouvel établissement, ou si celles-ci mériteraient une mise à jour, c'est un dossier intéressant à travailler avec les services de la DRH. Dans le cadre par exemple du projet managérial, l'encadrement et des agents de la DRH peuvent collaborer dans la réalisation des règles RH. Ce document précise les règles essentielles de fonctionnement dans l'établissement. De plus, le fait de travailler en collaboration avec les cadres et la DRH permet de sensibiliser l'encadrement au droit du travail et de rappeler parfois les fondamentaux (par exemple, le jour enfant malade n'est pas un dû).

²³ Cf annexe 1 : Outil de diagnostic de l'absentéisme – Recherche PHARES

Favoriser l'attractivité des professionnels de santé

Un autre thème qu'il faudra approfondir conjointement DS / DRH est **l'attractivité de l'établissement**. Une politique d'attractivité, de recrutement de fidélisation devra être déterminée pour mettre en place des moyens qui permettront de limiter le turn-over et démissions inattendues des professionnels de santé.

Pour éviter les ruptures dans le renouvellement des contrats, il faudra également échanger avec le DRH et ses services pour prévoir d'anticiper la fin des contrats et ainsi éviter des ruptures qui favorisent la désorganisation des soins. De plus, cette précarité des professionnels de santé instaure une certaine pression aux agents qui ne voyant pas leur contrat se renouveler partent dans d'autres secteurs (privé ou libéral). Le fait de proposer des contrats assez longs, d'emblée six mois plutôt que des contrats d'un mois renouvelable, peut permettre de favoriser l'attachement d'un agent à l'établissement.

Proposer des cycles de travail

Une politique de mise en place de cycles de travail dans l'établissement peut être favorable pour diverses raisons. La notion est définie dans l'article 9 du décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail : *« Le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail définis par service ou par fonction et arrêtés par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique paritaire. Le cycle de travail est une période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à douze semaines ; le nombre d'heures de travail effectué au cours des semaines composant le cycle peut être irrégulier. »*

Le cycle est un rythme de travail et de repos qui est purement individuel et qui offre à ce titre des garanties à chaque agent. Il respecte la réglementation en vigueur. De plus, la mise en place des cycles de travail permet à l'encadrement d'économiser du temps dans l'élaboration des plannings et donc de les rendre plus disponibles dans la réalisation de projets mais aussi pour être davantage dans l'accompagnement de proximité avec les professionnels.

3.1.2 Le pôle : une taille adaptée pour une gestion optimisée

Dans notre enquête, il ressort qu'il est parfois difficile d'agir à l'échelle de l'ensemble de l'établissement. A l'image du CHU interrogé, il apparaît que le pôle semble avoir la taille adéquate pour optimiser une gestion fine. La gestion polaire doit faire partie d'une politique partagée avec l'ensemble de la direction.

Proposer des plans d'actions spécifiques selon les pôles

La taille du pôle et son organisation permet également de proposer des plans d'action de lutte contre l'absentéisme spécifique à la spécialité du pôle et de ne pas chercher à généraliser. Par exemple, on aborde complètement différemment les problématiques d'absences dans un EHPAD que dans un pôle urgences/réanimation. Dans le secteur de la gériatrie, les aides-soignants sont plus nombreux et les plus concernés par les absences, il faudra davantage axer les actions sur la motivation au travail, tandis que pour les réanimations, il faudra davantage prévoir des remplacements en interne, tout du moins en tenant compte des compétences nécessaires

Le pôle : permet de faire des « tests » localisés et d'en mesurer les effets

Les problématiques rencontrées par les pôles ne sont pas identiques donc les actions à entreprendre ne seront pas semblables non plus. Il peut être ambitieux de lancer un projet à l'échelle de l'institution, surtout quand nous ne mesurons pas toutes les conséquences. Pouvoir tester des actions sur un secteur identifié peut permettre de tester une démarche mais aussi de le faire dans une démarche participative, en précisant bien aux équipes qu'elles sont pilotes avec de nouveaux moyens en phase de test. Ensuite, si les actions se révèlent satisfaisantes, l'encadrement mais aussi quelques agents concernés peuvent être des porte-parole partenaires de la direction pour étendre ces actions à l'échelle de l'établissement.

La contractualisation avec les pôles : une opportunité pour le DS

Le directeur des soins doit être force de proposition lors de la contractualisation avec les pôles. Le DS doit participer aux objectifs du contrat de pôle et proposer des thématiques ainsi que des indicateurs pour réaliser un suivi et une évaluation du contrat de pôle lors des réunions entre les pilotes du pôle et la direction. Il est important que le DS soit mobilisé et un acteur dans le dialogue avec les pôles. Aussi, en étant le manager direct de l'encadrement supérieur, le DS suit avec des reportings réguliers des CSS l'avancée de l'atteinte des objectifs du pôle et les moyens engagés pour les réaliser. Les rencontres régulières (à définir selon le nombre de CSS de l'établissement) sont à formaliser et à établir rapidement.

La déclinaison du projet de soins ou du projet médico-soignant dans les contrats de pôle s'inscrit dans une volonté de mobiliser et fédérer les professionnels autour d'un objectif commun : prendre soin de la personne accueillie et promouvoir la pertinence des soins en assurant le bon soin, au bon patient, au bon moment par un professionnel compétent.

Voici un exemple de proposition d'objectifs stratégiques, considérés comme particulièrement pertinents pour le pôle, et qui s'inscrivent autour de trois principaux axes.

Axes	Actions	Indicateurs
Organisation des activités de soins	-Poursuivre l'informatisation du dossier de soins -Améliorer l'accueil du patient hospitalisé	-Résultats audit transmissions ciblées -Nombre de sorties le matin
Développement des compétences et pertinence des soins	-Optimiser la prise en charge de la douleur -Initier la recherche en soins dans le pôle	-Traçabilité de la douleur -Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur -Nombre de thème de recherche proposé
Management des équipes	-Mettre en place des cycles de travail -Suivre l'absentéisme et optimiser les ressources associées	-Nombre de service avec cycle -Nombre d'entretien de retour

3.1.3 Le directeur des soins pilote la gestion de l'absentéisme

Le DS se révèle être le référent idéal pour la gestion de l'absentéisme, en collaboration bien évidemment avec le DRH. Une enveloppe doit être dédiée aux pôles pour la gestion de l'absentéisme en leur laissant une certaine autonomie de gestion. Ensuite, une enveloppe d'ajustement sera gérée par le DS. C'est un des meilleurs moyens d'autonomiser et responsabiliser les services. Le DS fera un point régulier sur la gestion de l'absentéisme et alertera s'il y a un problème particulier sur un pôle. La délégation est nécessaire et le DS doit pouvoir s'appuyer avec confiance sur les CSS chargés de missions mais également sur l'encadrement supérieur des pôles.

Dans une équipe de direction, si des difficultés sont mises en avant lors de réunion de direction comme le CODIR, le DS aura souvent la nécessité de rendre des comptes pour justifier le fait que les moyens ont été alloués pour combler les absences et surtout il ne sera pas toléré par le DG une quelconque diminution de l'activité due à la fermeture de lit pour manque de personnel.

3.2 Stratégie du DS pour maîtriser l'absentéisme dans une démarche participative

La stratégie du DS est avant tout basée sur le fait qu'il ne peut gérer seul et répondre à l'ensemble des problématiques liées aux absences des professionnels de santé. Le DS peut s'appuyer sur un encadrement compétent et formé mais pour cela des éléments doivent être mis en place pour favoriser l'autonomie des managers. La stratégie du DS est certes de maîtriser l'absentéisme mais aussi de promouvoir le présentéisme.

3.2.1 Accompagnement de l'encadrement et autonomie des CSS

Structurer la direction des soins pour une organisation optimale

Directement en lien avec les compétences attendues du DS, celui-ci se doit de réaliser une structuration de l'organisation de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux (*compétence n°2*). En effet, avant de proposer tout type de gestion de dossier, il est primordial que la direction des soins soit organisées, structurée et surtout que la communication soit faite sur le fonctionnement. La structuration de la direction des soins passe par un organigramme clair, les missions du DS présentées en réunion d'encadrement et en CSIRMT, également en équipe de direction. Les fiches de postes des cadres supérieurs de la direction des soins et ceux en charge du management des pôles seront refaites et adaptées avec les attendus du DS. Les cadres doivent être informés des attendus de la direction des soins envers eux et doivent comprendre le circuit mis en place notamment pour gérer un problème d'absentéisme.

Accompagner l'encadrement

Selon une autre compétence attendue du directeur des soins, (*Compétence n° 4 : Management des équipes d'encadrement*), le DS doit accompagner l'encadrement et ce dès le repérage des talents. Des commissions peuvent être mis en place, toujours en lien avec le DRH, afin de détecter des potentiels managers mais aussi de les accompagner en leur proposant des missions ou formations pour développer certaines compétences. Dans l'idéal, le DS peut effectuer des entretiens pour accompagner les cadres. La proximité est appréciée et motivante. De plus, si le DS arrive à garder une certaine proximité avec l'encadrement, il peut en attendre autant des cadres avec les équipes de soins. La fonction de cadre supérieur de santé est primordiale dans la gestion et l'autonomie des pôles. Il a été constaté des écarts dans le management proposé par les différents CSS. Le fait de proposer systématiquement des formations aux cadres qui intègrent le grade de CSS permet d'uniformiser en partie les pratiques. La désignation d'un tuteur est également un moyen pour sensibiliser les CSS à travailler ensemble, à se tourner davantage vers des collègues pour favoriser l'entraide entre les pôles.

Un collectif cadres pour fédérer

Le collectif cadres est souvent demandé dans les hôpitaux où il n'y en a pas mais lorsque que ce collectif cadres existe, il peine à vivre, à être dynamique et surtout à proposer des actions concrètes. Le DS doit pouvoir permettre à l'encadrement d'avoir un espace de liberté pour se retrouver et s'exprimer. Un local peut être mis à disposition de l'encadrement afin de se retrouver, notamment le midi pour déjeuner ou simplement pour boire un café. Même si ce lieu est surtout destiné à de la détente et de la décompression, on sait que parfois les discussions et échanges informels autour de situations délicates sont un des moyens pour trouver des solutions efficaces, voire de prendre tout simplement un peu de recul.

3.2.2 Une gestion de l'absentéisme formalisée

Préciser la gestion de l'absentéisme dans un document unique

Dans les hôpitaux interrogés, nous n'avons jamais retrouvé de procédure claire et orientée uniquement sur la gestion de l'absentéisme. Afin d'uniformiser et de clarifier les pratiques, la formalisation de la gestion de l'absentéisme peut s'avérer être une étape intéressante. Le plus souvent, les cadres se forment/s'informent entre eux sur la manière de faire. Il y a le bon sens qui fait que lors d'une absence, le cadre rappellera en première intention les agents du service (auto remplacement). Ensuite, ce sera selon qu'il existe ou pas un pool de pôle, un pool institutionnel, la possibilité d'heures supplémentaires...

Elaborer un guide de l'encadrant

Dans l'étude PHARES, il est proposé une charte de l'absentéisme²⁴. La réalisation d'une charte est un projet ambitieux car il faut tenir compte des attentes et exigences des différents acteurs concernés : institution, professionnels de santé, encadrement, médecine préventive et représentants syndicaux. Si le contexte de l'établissement le permet, l'élaboration d'une telle charte permet d'uniformiser les pratiques et de les clarifier. Sinon, il serait bien de proposer la réalisation d'un **guide de l'encadrant**. Ce document pourrait reprendre les attendus de l'encadrement lors de la gestion de l'absentéisme, il pourrait également aborder d'autres thématiques comme la conduite à tenir par l'encadrement lors de sanction disciplinaire. Ce guide de l'encadrant serait un à l'image du guide²⁵ de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique mais à un niveau local, à l'échelle de l'établissement. La réalisation de ce document pourrait se faire à partir d'un groupe de travail qui réunirait des cadres, des représentants de la direction des soins et de la DRH mais aussi pourquoi pas des représentants syndicaux. Une charte de l'absentéisme pourrait être intégrée dans ce document.

²⁴ Cf annexe 5 : Exemple de charte de l'absentéisme

²⁵ *Guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique*, DGAFP, Edition 2017

Sensibiliser les membres de la CSIRMT sur la thématique absentéisme / présentéisme

Les membres de la CSIRMT peuvent aussi être force de proposition et ne pas assister passivement à cette instance. En présidant cette commission, le DS a l'opportunité d'échanger avec différents professionnels, étudiants et élèves autour de différentes thématiques. Ce n'est peut-être pas le lieu pour évoquer la gestion de l'absentéisme mais le DS peut proposer des échanges autour de thématiques : les valeurs attendues des soignants, la personne de confiance... Le management et l'animation de la CSIRMT doivent être dynamiques et participatifs. Le DS ne doit pas se contenter d'informations descendantes, il peut impulser la constitution de travaux/réflexions en sous-groupes notamment autour de la thématique de la motivation au travail mais aussi autour du développement de la recherche en soins. A défaut de trouver des solutions pour maîtriser l'absentéisme, la CSIRMT peut permettre de trouver des orientations pour favoriser le présentéisme dans les secteurs des soins.

3.2.3 Stratégie du DS dans le cadre de la prévention des absences

Au-delà du fait de vouloir optimiser les moyens pour combler les absences de professionnels de santé et ainsi éviter la désorganisation dans les soins, le DS peut agir sur la **prévention de cet absentéisme**. Dans les établissements, nous retrouvons essentiellement des actions pour lutter contre l'absentéisme et beaucoup moins pour favoriser le présentéisme. Pour autant, c'est une stratégie intéressante pour le DS et le DRH.

Eviter d'entrer dans le cercle vicieux des absences à répétition

Nous savons à quel point il est difficile de se sortir du cercle vicieux dans lequel se retrouvent les services lors d'absences répétées des professionnels de santé, car cela génère une augmentation de la fatigue des agents sollicités pour venir remplacer. Cela entraîne aussi une désorganisation dans les soins, et donc une qualité et sécurité des soins pas toujours au niveau attendu. Dans les établissements de santé il est mis en place un groupe de pilotage des risques psycho-sociaux (RPS), groupe auquel participe le DS. Il peut être proposé de constituer un sous-groupe prévoyant de constituer un groupe de travail pouvant réfléchir à cette thématique. Ce groupe serait constitué de cadres et cadres supérieurs de santé, également des infirmiers, des aides-soignants et des représentants syndicaux. Il pourrait y avoir des échanges sur la surprime (si elle n'est pas encore mise en place dans l'hôpital) mais aussi sur d'autres moyens de prévention et de motivation des agents au travail.

Entretenir une collaboration étroite avec la médecine préventive

Au-delà d'une collaboration étroite nécessaire entre DS et DRH, il est primordial de collaborer avec la **médecine préventive**. Au sein de ce service nous retrouvons de plus en plus de psychologues et d'assistantes sociales du travail, mais aussi des infirmières ergonomes. Ce sont des alliés importants pour prévenir des difficultés liées aux absences des professionnels de santé. Il y a certes toute la partie concernant la manutention, recensement du matériel (lève malade, draps de glisse...) mais aussi les formations en lien. La médecine préventive peut vraiment permettre des alertes sur certains secteurs ou agents en difficulté. Des agents multiplient parfois leur arrêt sans perspective de retour dans leur service d'origine. La médecine préventive, le DRH et le DS doivent se concerter rapidement pour proposer des solutions (changement de service, réorientation professionnelle) afin de favoriser une reprise rapide de l'agent. De même, certains services rencontrent des problématiques méconnues du DRH et du DS mais qui peuvent expliquer certaines absences répétées (charge de travail, autoritarisme de certains médecins...). Des rencontres formalisées doivent être mises en place entre la médecine préventive, la DRH et la direction des soins. Des rencontres non programmées doivent également être possibles entre ces principaux acteurs afin d'optimiser la réactivité et de gérer certaines situations au cas par cas.

En souhaitant agir sur le présentisme, il faut certes éviter que les agents soient en arrêt maladie, il faut également agir sur ceux qui sont en arrêt prolongé et qui ne reviennent pas dans leur service. Il peut être mis en place une **commission de maintien à l'emploi** composée de membres de la direction des soins, de la direction des ressources humaines et de la médecine préventive.

Inscrire la formation sur les entretiens de retour dans le plan de formation

Un autre moyen de favoriser le retour d'un agent est d'optimiser la reprise de celui-ci après un arrêt long. Les entretiens de retour sont une solution qui peut être proposée à l'encadrement. Dans ce cas, une formation spécifique de l'ensemble des managers de l'établissement est à envisager. Une procédure précisant l'organisation des entretiens de retour sera à élaborer avec un pilotage de la direction des soins et avec des cadres volontaires mais aussi avec des représentants syndicaux. Cette procédure devra être présentée en instances afin d'officialiser cette pratique et de communiquer sur les objectifs d'un entretien de retour.

Cet entretien ne doit pas être vécu comme un entretien de recadrage mais bien comme un entretien qui favorise la reprise de l'agent dans les meilleures conditions. Le cadre devra présenter au professionnel les éventuels nouveaux protocoles et changements

survenus pendant son absence. Evidemment, grâce à ces échanges les managers peuvent déceler certaines problématiques personnelles ou alors directement en lien avec le fonctionnement du service.

Maintenir une communication efficiente de la direction des soins

Beaucoup de projets sont initiés et peu d'informations sont transmises sur leur avancée. Pour autant nous nous devons de communiquer pour informer de ce qui est mis en place et des effets constatés. En effet, il est trop souvent observé la constitution de groupes de travail qui débouchent sur un plan d'actions, dont les effets seront peu mesurés et surtout sur lesquels il n'y aura quasiment pas de communication. Lors de la mise en place de l'application WHOOG ou des entretiens de retour après une longue absence, il faut non seulement informer l'encadrement et les syndicats, également les agents lors de réunions d'équipe. Ces projets seront présentés en amont au moment de leur élaboration, puis des retours réguliers seront réalisés pour en mesurer les effets. Les supports pour communiquer ne manquent pas, il y a les réunions d'encadrement animées par le DS et les réunions d'équipe animées par les cadres, il y a également la CSIRMT, mais aussi pourquoi pas le CHSCT. D'autres supports peuvent être utilisés tels que l'intranet ou le journal de l'hôpital.

3.3 Organisation de la gestion de l'absentéisme encadrée par le DS

3.3.1 Le suivi des absences : un enjeu au quotidien

Le suivi des absences vise à faciliter la maîtrise de l'absentéisme, à travers la définition de seuil d'alerte et le déclenchement d'actions pertinentes, et ce afin de maintenir l'organisation des soins en place mais aussi pour œuvrer en faveur de la qualité de vie au travail des agents hospitaliers.

Proposer des tableaux de bord dynamiques

Le contrôleur de gestion social est un élément intéressant pour suivre les taux d'absentéisme. Il ne faut pas hésiter à le faire intervenir en réunion d'encadrement pour qu'il explique ses missions mais aussi sa méthode d'extraction et de suivi des absences. Trop régulièrement, l'encadrement suit les absences de son côté avec ses propres outils, et il déplore souvent la non concordance des chiffres avec la DRH. L'intérêt ici est que le suivi soit clair et précis, mais aussi que le cadre économise du temps. Ensuite il faut formaliser le suivi, et se mettre d'accord sur la régularité du retour chiffré. Il faut également prévoir des indicateurs d'alerte, afin d'optimiser la réactivité face à un secteur qui serait particulièrement en difficulté. De plus, cet apport chiffré par le contrôleur de

gestion social est un élément indispensable à la prise de décision, de remplacement ou non, de renfort par des mensualités, d'augmentation des effectifs, etc.

Pour être à l'écoute de l'encadrement et rester dans une démarche dynamique et participative, il serait pertinent de proposer la **mise à disposition de tableaux de bord de suivi de l'absentéisme en réseau**.

Le taux d'absentéisme : un indicateur pour le DS

Le taux d'absentéisme doit également être vu comme un indicateur pour le DS. Certes le DS organise des réunions avec l'ensemble de l'encadrement, il réunit aussi de façon plus rapprochée les cadres supérieurs de santé, il participe aux instances (CTE et CHSCT) et préside la CSIRMT, pour autant il peut manquer d'information et négliger une situation problématique et/ou conflictuelle. Très souvent, ce sont les représentants du personnel qui alertent la direction des soins sur d'éventuelles difficultés dans un secteur de soins. Les taux d'absentéisme et leurs évolutions peuvent permettre au DS d'être vigilant. Le taux d'absentéisme devient un outil de pilotage pour le DS, tout comme le suivi du turnover, les recrutements et départs des professionnels de santé (fin de contrat, démission).

3.3.2 De nombreuses actions pour maîtriser l'absentéisme

Résultat direct de l'analyse, il apparaît nécessaire, même s'ils sont difficilement évaluables, de multiplier les moyens d'agir pour diminuer l'absentéisme. Nous avons peu de mesures performantes pour évaluer l'efficacité des actions proposées, mais c'est la multiplicité et diversité des actions qui les rendent efficaces et permettent d'obtenir des résultats.

Des moyens d'action qui ont fait leur preuve

L'auto remplacement dans les services reste la première solution à privilégier. Le cadre de proximité est très attendu dans cette gestion. Cela lui prend beaucoup de temps et reste une source d'insatisfaction pour l'encadrement.

L'entraide entre les pôles est à favoriser, et ce de façon structurée. La mobilité s'organise, s'anticipe, plutôt que de prendre le risque qu'elle soit vécue comme une contrainte. Elle peut apparaître pour l'agent volontaire comme une véritable opportunité d'aller explorer d'autres secteurs, tout en développant ses compétences.

A contrario, d'autres actions pour combler les absences sont à éviter. **Les heures supplémentaires** doivent rester exceptionnelles car elles ne semblent pas faciliter la gestion des absences par la suite et génèrent souvent un climat peu propice au travail d'équipe. De même le recours à l'intérim apporte peu de satisfaction et est plutôt perçu comme des soins onéreux et de qualité moindre.

Des pools de remplacements versus des effectifs plus importants dans les pôles

Précédemment nous avons détaillé les actions les plus fréquentes pour combler une absence. Pour rester dans l'idée d'autonomiser les pôles, la mise en place d'un **pool à l'échelle du pôle** peut être une solution à développer. Toutefois, lors des entretiens, nous avons pu remarquer que cette solution n'était pas toujours attendue de la part de l'encadrement. Malgré tout, cette proposition est à étudier en prenant en compte le contexte de l'établissement et les spécificités des pôles. Pour les secteurs d'urgence et de réanimation, ou tout autre secteur spécialisé et normé, il semble intéressant d'avoir du personnel formé à disposition, pour combler notamment les absences de dernière minute. De plus, le personnel de ce pool de remplacement polaire peut également aider à la diminution de la dette sociale, en permettant de rendre des heures aux agents les plus disponibles, et à ceux dont le nombre d'heures en marge est le plus élevé.

Le pool institutionnel est à conserver par la direction des soins. La mise en place du pool d'agent de nuit par le CHU interrogé est une idée à développer et à reproduire. Ce sont en effet les arrêts de nuit qui désorganisent le plus et fragilisent la sécurité des soins. Ensuite, mettre en place un pool d'agents pour remplacer les arrêts longs et pouvant être anticipés est également une action à maintenir. Cela demande un suivi rigoureux de la part du cadre supérieur chargé de missions à la direction des soins, et démontre aussi une relation de confiance entre CSS de la direction des soins et CSS des pôles.

Prioriser les actions et avoir une réflexion par catégorie d'absentéisme

Si nous reprenons la répartition des absences d'un bilan social, de façon générale nous pouvons constater qu'environ 20% de l'absentéisme est lié à la parentalité, ce qui s'explique par la part élevée de personnel féminin (> 70%). Pour 30% il s'agit d'absentéisme longue maladie/longue durée ou accident du travail/maladie professionnelle, et enfin il reste 50% de maladie ordinaire, c'est sur cette part que repose la marge de manœuvre des établissements.

L'enjeu est de tout mettre en place pour que l'absentéisme pour maladie ordinaire, celui qui a un fort impact sur l'organisation du travail, soit limité. Certes il faut multiplier les actions pour espérer voir les taux d'absentéisme diminuer, mais il est nécessaire de

prioriser, voire de sectoriser les mesures entreprises. **Un plan d'action** doit reprendre tous les moyens engagés pour limiter les absences et préciser la priorité des actions entreprises. Même si le DS pilote et supervise la gestion de l'absentéisme à l'échelle de l'établissement, ce n'est pas lui qui suivra l'avancée de toutes les actions entreprises, une délégation est nécessaire, notamment envers les CSS de la direction des soins.

3.3.3 Une innovation attendue pour favoriser l'adaptabilité

Application smartphone pour optimiser les rappels

La grande tendance actuelle est l'utilisation d'applications telles que Medgo ou WHOOG car elles présentent plusieurs avantages (respect de la vie privée des agents, gain de temps pour le cadre, rapidité pour obtenir un remplacement...). Encore une fois, nous ne pouvons pas statuer sur une efficacité à 100% de telle ou telle méthode. Le CHU interrogé ne ressent pas du tout la nécessité d'utiliser ce mode de remplacement. Dans les différents établissements où cette méthode est mise en place, les cadres sont relativement satisfaits du temps économisé, les agents sont moins dérangés et ont l'impression de choisir les moments où ils seront disponibles pour l'institution. Dans le cas de la mise en place d'une application comme WHOOG, le DS a un rôle fondamental avec le DRH, notamment dans le plan de communication auprès des équipes pour mobiliser les agents. Il y aura aussi tout un travail en amont avec les représentants du personnel pour faire accepter ce projet.

Application RH sur smartphone

Dans le même ordre d'idée, et pour répondre à l'évolution des générations et s'adapter en permanence, il serait intéressant de développer une application sur Smartphone pour gérer de façon plus globale la carrière d'un agent. Avec ce type d'application, un agent peut contacter la DRH, demander un rendez-vous avec son référent, demander l'envoi de document le concernant. A terme, l'idée est aussi que les agents aient accès à leur planning à partir de leur téléphone. Ce dispositif est complètement à intégrer dans le management actuel. Pour être également en lien avec l'attractivité des professionnels de santé, cette application peut séduire les plus jeunes. De plus, il est primordial d'être très réactif et ce dès le recrutement. Il faut montrer aux futurs agents que l'hôpital qui va les recruter est dynamique et moderne. Il arrive régulièrement que des professionnels postulant n'aient même pas de retour sur leur candidature. Il faut affirmer notre rigueur et notre réactivité, il s'agit de nouveau d'un travail en collaboration avec la DRH et l'ensemble de l'encadrement, sans oublier d'associer la médecine préventive et les instituts de formation.

Organisation avec effectif minimum

Une action intéressante à développer est de proposer de réfléchir sur des organisations avec un effectif minimum²⁶. Il est plus commun d'entendre parler de « *procédure dégradée* » mais cette appellation est trop connotée pour être encore utilisée. Ce travail peut se faire en collaboration avec les équipes paramédicales et médicales car au-delà du fait que l'on puisse travailler dans un secteur avec des effectifs réduits (en acceptant par exemple de ne pas remplacer un poste de jour), il faut prévoir de réorganiser les tâches entre les personnes présentes, voire de les reporter sur les jours suivants.

Permettre la créativité de l'encadrement

Il ne faut pas vouloir enfermer l'encadrement dans un fonctionnement institutionnel trop rigide. Si l'hôpital a son histoire et son vécu, c'est le cas également des différents services qui le composent. Vouloir uniformiser à tout prix peut être un risque et entraîner une baisse de la motivation des professionnels de santé et des managers. Le DS doit faire confiance à l'encadrement et respecter ses initiatives, si toutefois elles respectent le code du travail. Et puis, pour rejoindre les idées énoncées précédemment, si des actions se révèlent positives sur des secteurs tests, ce sera plus simple pour les proposer ensuite à l'échelle de l'établissement, d'autant que les cadres pilotes peuvent être les porte-parole des nouvelles actions proposées. Le DS doit permettre aux cadres de communiquer sur leur souhait d'innover et de proposer des projets émanant des services. La réunion d'encadrement, appelée souvent réunion plénière, peut être un espace où le DS peut envisager de l'expression libre, mais aussi prévoir de développer des thèmes choisis et portés par certains cadres.

Expérimenter le télétravail pour les cadres de santé

C'est un thème souvent abordé mais il y a peu d'expérimentation de télétravail pour l'encadrement hospitalier. Et pour cause, culturellement une certaine proximité de l'encadrement est attendue, les équipes ont besoin de voir physiquement leur cadre. Mais pour poursuivre dans l'autonomisation des cadres mais aussi des équipes, ne devrait-on pas permettre aux managers de travailler de leur domicile avec une formule de télétravail très encadrée ? Les cadres passent beaucoup de temps dans leur bureau pour l'élaboration des plannings, ils se plaignent d'ailleurs d'être constamment dérangés. Le télétravail pourrait être une solution à envisager, pour apporter une reconnaissance aux cadres de santé, reposant sur la base de confiance. Le directeur des soins peut permettre d'instaurer le télétravail en encadrant ce dispositif et en le mettant en place pour et avec l'encadrement.

²⁶ Cf annexe 6 : exemple de tableau précisant l'organisation avec effectif minimum

Conclusion

Les moyens d'agir pour maîtriser l'absentéisme sont multiples. Il n'existe pas une solution unique ou un modèle exceptionnel permettant de résoudre les difficultés liées aux absences nombreuses et répétées des professionnels de santé. Il faut avant tout tenir compte du contexte et de la culture de l'établissement pour pouvoir proposer un plan d'action adapté.

Le directeur des soins a un rôle fondamental dans la gestion de l'absentéisme et ce à plusieurs niveaux. Il doit favoriser la maîtrise de l'absentéisme par l'encadrement au sein des pôles. Et pour leur permettre cette autonomie de gestion, des outils doivent être élaborés et à disposition de tous, tels que des tableaux de bord renseignés et dynamiques. Les moyens d'agir pour combler les absences doivent être dimensionnés en tenant compte des arrêts les plus fréquents et les métiers les plus concernés (aide-soignant, infirmier, ASH...). Il est attendu une certaine réactivité et adaptabilité car les problématiques d'absences ne sont pas les mêmes d'une année sur l'autre, et les priorisations devront être revues. Il faut un pilotage fin du DS, en collaboration avec le DRH, avec un encadrement solide, mais aussi avec d'autres partenaires tels que les représentants syndicaux et la médecine préventive.

Dans un établissement de santé, il y a de nombreux groupes de travail sur différentes thématiques (QVT, organisation de travail, etc.). Il est important de faire des liens avec les travaux de ces différents groupes de travail pour ne pas multiplier les travaux en vain. Le DS doit permettre une certaine cohérence entre les différents plans d'action existants. La formalisation de la gestion de l'absentéisme, et la mise en place d'une véritable politique de maîtrise de l'absentéisme et de promotion du présentéisme dans un établissement de santé, se retrouvent encore trop peu. Le DS et le DRH sont les principaux acteurs qui doivent impulser cette démarche.

Le projet managérial n'apparaît pas être l'outil adéquat pour spécifier les actions à entreprendre pour limiter les absences, mais il reste un outil essentiel pour harmoniser le management et le dynamiser.

Des établissements apparaissent être davantage structurés dans leur gestion et organisation. Le fait d'être un CHU permet d'avoir plus de moyens, mais ce n'est pas l'unique raison qui permet de limiter l'absentéisme. La taille d'un CHU l'oblige à contractualiser entre les différents acteurs ; toute la gestion de l'établissement ne peut pas se faire au niveau central et il apparaît plus adéquat de manager au niveau d'un pôle.

Nous pouvons conclure en soutenant l'idée que la politique managériale du directeur des soins impacte la gestion de l'absentéisme dans les unités de soins. Le positionnement transversal de la direction des soins permet de prévenir en partie les absences, en effectuant tout d'abord un diagnostic précis de l'absentéisme dans l'établissement. Ensuite, l'encadrement doit avoir à disposition des moyens coordonnés pour combler les absences les plus fréquentes. Une politique précise et des pratiques harmonisées sont nécessaires dans un même établissement. Et puis, pour faire face à des changements de génération, tout du moins à des pratiques nouvelles (non renouvellement de contrat sans raison, démission...), le management hospitalier doit sans cesse s'adapter pour répondre aux besoins des professionnels de santé, également pour assurer la permanence des soins.

A l'image du CH interrogé qui va mettre en place l'application WHOOG dans l'ensemble des établissements membres du GHT, cette coopération entre différents hôpitaux membres d'un GHT doit être vue comme une véritable opportunité d'optimiser des projets ambitieux. Au-delà de dynamiser un établissement, cela permet de démontrer une certaine cohérence à l'échelle d'un territoire plus large qu'un simple établissement. De plus, nous pouvons imaginer qu'il serait intéressant de développer la mobilité entre établissements sur certaines compétences, telles que les infirmiers de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, mais aussi avec les manipulateurs en radiologie. Le GHT est une opportunité pour proposer d'autres moyens d'action pour maîtriser l'absentéisme mais aussi pour promouvoir le présentéisme.

Pour agir sur l'absentéisme, il est nécessaire d'en cerner les caractéristiques, de le définir, de préciser quels moyens l'hôpital peut mobiliser pour le réduire, voire l'éviter. Il est primordial de faire en sorte que l'absentéisme devienne une préoccupation commune de l'ensemble des managers et dirigeant des établissements de santé.

Si nous ne devons retenir que quelques mots, ce serait la nécessité pour le directeur des soins de : **structurer, anticiper, communiquer, s'adapter, innover, créer**. C'est ce qu'on attend aujourd'hui d'un directeur des soins, et pas seulement dans le cadre de la gestion de l'absentéisme.

Bibliographie

Ouvrages

- GUERARD Stéphane, *La GRH publique en questions : une perspective internationale*. Editions L'Harmattan, 2007
- *L'hôpital expliqué, son organisation, son fonctionnement*, FHF. Editions 2011
- BERNOUX Philippe, *La sociologie des organisations*. Editions du Seuil, 1985
- MONNEUSE Denis, *L'absentéisme au travail, de l'analyse à l'action !* Editions Afnor, 2015
- DIETRICH A., PIGEYRE F., *La gestion des ressources humaines*. Editions La Découverte, Paris 2005, 2011
- PLANE Jean-Michel, *Théorie des organisations*. Editions Dunod, 2013
- BRAMI Laurent, *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir*. Paris : Presses des Mines, collection Economie et Gestion, 2014
- HOLCMAN Robert, *Management Hospitalier*. Dunod, Paris, 2013
- ROBBINS S., COULTER M., DECENZO D. et NE I., *Management – L'essentiel des concepts et pratiques*. Editions Pearson, 2017
- DERROS Ellie, *Mesurer les coûts cachés de l'absentéisme à l'hôpital*. LEH Editions, 2014
- NOYE Didier, *Manager les personnes*, INSEP CONSULTING Editions, 2003
- TISSIER Dominique, *Management situationnel – Vers l'autonomie et la responsabilisation*. Editions Eyrolles, 2018
- SPINHIRNY Frédéric, *Hôpital et modernité, Comprendre les nouvelles conditions de travail*, Editions Sens Et Tonka

Etudes

- Absentéisme, des repères pour comprendre et agir, FHF, 2015
- Guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique, DGAFP, Edition 2017
- Baromètre de l'absentéisme, *Panorama de l'absentéisme en France en 2016*, Ayming, 2017
- Qualité de vie au travail et santé des agents, SHAM, Edition 2018

Mémoires et travaux

- BACHELLELLEZ Cédric, *Le Directeur des soins et le processus d'autonomisation des soignants*, EHESP, 2017
- HANIN David, *L'absentéisme en EHPAD public : une fatalité ?*, IAE Lille, 2015
- FRANZI Brigitte, *Le projet managérial du DS, un enjeu d'accompagnement efficient de l'encadrement*, EHESP, 2013
- Module interprofessionnel de santé publique (M.I.P.), *Analyser et prévenir l'absentéisme dysfonctionnel dans le secteur de la santé*, EHESP, 2017

Liste des annexes

Annexe 1

Outil de diagnostic de l'absentéisme – Recherche PHARES

Annexe 2

Programmation des entretiens

Annexe 3

Grille d'entretien des directeurs des soins et directeurs des ressources humaines

Annexe 4

Tableau de synthèse des recommandations et préconisations

Annexe 5

Charte de l'absentéisme – Exemple de logigramme

Annexe 6

Organisation avec un effectif minimum

ANNEXE 1 :

Diagnostic de l'absentéisme – Recherches PHARES

Présentation de l'outil

La finalité de cet outil est de fournir à un établissement une méthode, dans le cadre d'une démarche autonome ou accompagnée, pour l'aider à comprendre son absentéisme. Cet outil se présente sous la forme d'une cartographie des facteurs causant ou favorisant l'absentéisme.

L'outil proposé est fondé sur les 3 concepts suivants :

- Les signaux permettant d'argumenter sur l'importance relative des déterminants de la problématique locale de l'absentéisme,
- Les déterminants de l'absentéisme ou facteurs favorisant la survenance ou l'accroissement de l'absentéisme,
- Le profil d'un service ou d'un établissement composé des principaux déterminants de l'absentéisme dans l'établissement ou le service.

Description de l'outil

Un ensemble de déterminants a été constitué par la synthèse des diagnostics réalisés dans les 10 terrains de la recherche PHARES.

Au sein de ces déterminants, on peut distinguer deux catégories aux propriétés distinctes :

- Les déterminants liés aux organisations : ils relient absentéisme et configuration de l'organisation, dispositifs et règles de gestion, dynamiques collectives, etc.
- Les déterminants liés aux acteurs : ils sont associés à une catégorie d'acteurs de l'établissement en particulier.

L'ensemble de ces déterminants sont présentés dans le tableau ci-dessous

	N°	Déterminant	Signification
Organisation	D1	Présence de facteurs d'auto entretien de l'absentéisme	Il existe ou non des dispositifs ou règles de gestion de l'absentéisme dans l'organisation qui génèrent ou favorisent l'absentéisme.
	D2	Importance des écarts entre discours et réalité de l'absentéisme	Il y a ou non un écart important entre la perception de l'absentéisme et sa réalité (tant sur un plan quantitatif, son ampleur, que qualitatif, ses causes et ses effets).
	D3	Inadéquation du management d'intervention	Il y a ou non des pratiques de conduite du changement susceptibles de favoriser l'absentéisme ou révéler des dysfonctionnements de l'organisation.
	D4	Ampleur des tensions organisationnelles	Il y a ou non de fortes perturbations liées à l'absentéisme dans l'organisation (et qui en retour sont génératrices d'absentéisme).
Acteurs	D5	Eloignement des cadres de proximité	Il existe un éloignement plus ou moins important entre les cadres et le terrain des soignants.
	D6	Eloignement de la direction	Il existe un éloignement plus ou moins important entre les directions et le terrain des soignants ou les cadres de santé.
	D7	Degré d'auto ajustement contraint des équipes soignantes	Il existe ou non des routines et des pratiques que les équipes soignantes ont mis en place pour pallier l'éloignement du management.
	D8	Faiblesse de l'implication des médecins	Il y a une implication plus ou moins forte des médecins sur des problématiques RH, d'organisation et sur celle de l'absentéisme en particulier.

Chaque déterminant correspond à un graphique sous le tableau de diagnostic. Il peut être analysé au regard de la présence (ou de l'absence) de différents signaux dans l'établissement. La situation d'un établissement, d'un pôle, d'une unité ou d'un service peut ainsi être cartographiée sur chaque graphique et faire apparaître un profil d'absentéisme global.

Mode de calcul

Chaque déterminant des onglets « Organisation » et « Acteurs » est constitué d'une série de **signaux** (affirmations) pour lesquelles les répondants doivent choisir entre 2 possibilités : « **Oui** », « **Non** ».

La cotation des différents déterminants sera faite par l'addition des réponses aux questions binaires (1/0), et transformée en pourcentage pour placer le déterminant sur le schéma de visualisation du diagnostic (échelle graduée).

Si **une question ne concerne pas l'établissement**, on met une croix dans la colonne "**Sans objet**", le score actuel sera recalculé en ne tenant pas compte de ces items.

Comment utiliser l'outil ?

1-Répondre à tous les **signaux** en mettant une croix dans le niveau de réponse correspondant.

2-Indiquer dans la partie « **Commentaires** » les informations utiles pour analyser les réponses et préparer le plan d'actions.

3-Pour chaque déterminant, inscrire le score ciblé à 3 ans en fonction des réponses aux signaux et du contexte de l'établissement.

4- Une fois la saisie terminée, reportez-vous aux graphiques pour visualiser les déterminants à améliorer et les écarts à combler pour atteindre vos objectifs.

DIAGNOSTIC ORGANISATION

Cocher avec un X la réponse correspondante à l'affirmation et remplissez la partie commentaire

Présence des facteurs d'auto-entretien de l'absentéisme						Score actuel		0%	Score ciblé à 3 ans :		70%
<i>Il existe des dispositifs ou des règles de gestion de l'absentéisme dans l'organisation qui génèrent ou favorisent l'absentéisme</i>						Sans objet	Oui	Non	Commentaires		
1	Les modalités de gestion de l'absentéisme consistent à solliciter majoritairement les membres de l'équipe pour le remplacement d'un agent ou d'un salarié										
2	Les personnels remplaçants détiennent des compétences similaires à celles des personnels absents										
3	Les modalités de remplacement intègrent la redéfinition de l'activité des personnels										
4	La sollicitation des membres de l'équipe pour le remplacement d'un agent ou d'un salarié est un phénomène qui est mesuré										
5	Les membres de l'équipe ont le sentiment d'une sur-sollicitation										
6	Pour un remplacement de plus de 15 jours, l'agent ou le salarié remplaçant suit un parcours d'intégration plus ou moins formalisé										
Importance des écarts entre discours et réalité de l'absentéisme						Score actuel		0%	Score ciblé à 3 ans :		60%
<i>Il y a un écart ou non entre la perception de l'absentéisme et sa réalité</i>						Sans objet	Oui	Non	Commentaires		
7	Les taux d'absentéisme apparaissent comme un élément important pour les professionnels (aux dires des professionnels)										
8	Aux dires des professionnels, les causes de l'absentéisme sont (principalement) liées aux conditions physiques du travail ou à des problèmes d'ergonomie										
9	Les taux d'absentéisme ne sont produits que pour le bilan social										
10	Les modes de calculs de l'absentéisme sont connus de tous										
11	Les taux d'absentéisme ne sont traités par aucune des instances formelles ou non de l'établissement (CHSCT, groupes de travail, etc.)										
Inadéquation du management d'intervention						Score actuel		0%	Score ciblé à 3 ans :		60%
<i>Il y a ou non des pratiques de conduite du changement susceptibles de favoriser l'absentéisme ou révéler des dysfonctionnements de l'organisation</i>						Sans objet	Oui	Non	Commentaires		
12	Il existe dans l'établissement ou dans le service un grand nombre de groupes projets et peu de documents permettant de connaître l'état d'avancement des travaux de ces groupes										
13	L'établissement a candidaté sur plusieurs appels à projets et les cadres n'en sont pas tous informés										
14	Les espaces de concertation et d'information sur les grands projets sont les seules instances formelles (CHSCT, etc.)										
15	Aux dires des cadres, les expérimentations sont peu fréquentes et sur des thématiques de GRH, la Direction est peu innovante										
16	Aux dires de la Direction, il n'est possible d'avancer aucun projet de GRH sans soulever une hostilité forte des professionnels										
Ampleur des tensions organisationnelles						Score actuel		0%	Score ciblé à 3 ans :		80%
<i>Il y a ou non de fortes perturbations liées à l'absentéisme dans l'organisation (et qui sont en retour génératrices d'absentéisme)</i>						Sans objet	Oui	Non	Commentaires		
17	Les taux d'absentéisme augmentent ou sont à des niveaux importants										
18	Les arrêts de courte ou très courte durée sont de plus en plus fréquents										
19	Le taux de conflictualité est en augmentation										
20	Les enquêtes de satisfaction du personnel montrent un accroissement de l'insatisfaction année après année										
21	Les enquêtes de satisfaction des patients, résidents ou usagers montrent un accroissement de l'insatisfaction année après année										

DIAGNOSTIC ACTEURS

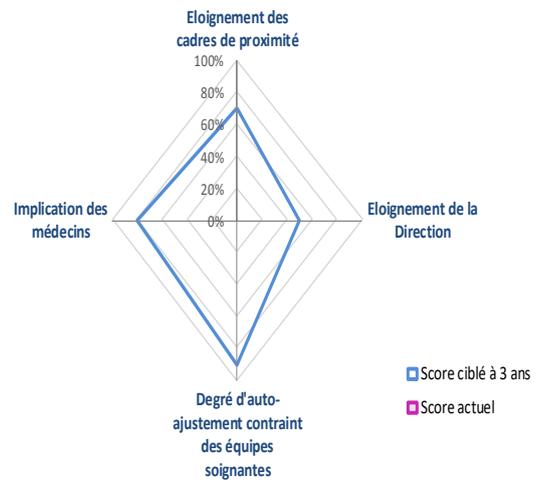
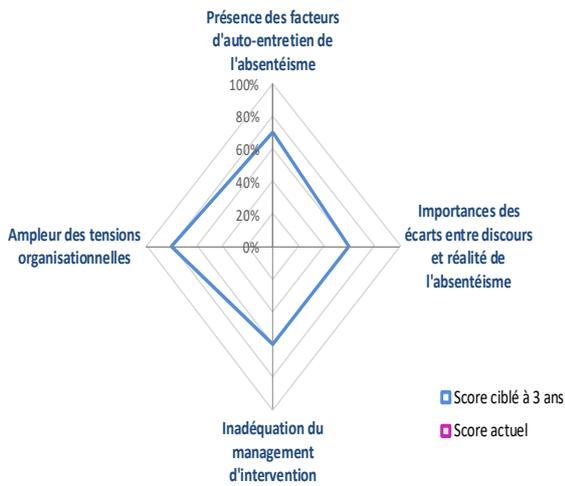
Cocher avec un X la réponse correspondante à l'affirmation et remplissez la partie commentaire

Eloignement des cadres de proximité		Score actuel		0%	Score ciblé à 3 ans :	70%	
<i>Il existe un éloignement plus ou moins important entre les cadres et le terrain des professionnels</i>		Sans objet	Oui	Non	Commentaires		
22	Plaintes des équipes soignantes sur l'éloignement du terrain des cadres de proximité						
23	Fort turn-over des cadres						
24	Des postes de cadres sont régulièrement vacants ou plusieurs secteurs sont affectés à un même cadre						
25	Les cadres de proximité suivent régulièrement des formations en management						
26	Les cadres de proximité centralisent la construction des plannings et y consacrent une grande partie de leur temps						
27	Les cadres ont formalisé des repères de réorganisation en sous-effectif						
28	Les cadres organisent des réunions d'équipes pour parler activité et organisation du travail						
29	Les cadres assistent aux transmissions ou temps d'échanges entre les professionnels						
30	Les cadres passent plus de la moitié de leur temps en réunions institutionnelles (réunions avec la Direction par exemple)						
31	Les cadres rencontrent/connaittent les patients, résidents ou usagers						
32	Les cadres rencontrent les médecins pour parler activité, charge des équipes et organisation du travail						
33	Les cadres se concertent sur les pratiques de régulation et remaniement des organisations normales						
34	Les cadres renseignent systématiquement des indicateurs pour arbitrer les sollicitations des personnels quant aux besoins de remplacement						
Eloignement de la Direction		Score actuel		0%	Score ciblé à 3 ans :	50%	
<i>Il existe un éloignement plus ou moins important entre les directions et le terrain des professionnels ou les cadres</i>		Sans objet	Oui	Non	Commentaires		
35	Pour renforcer la cohérence de gestion des Ressources Humaines, la DRH et la Direction des Soins ou le responsable des services se concertent pour prendre des décisions						
36	La Direction et les cadres de proximité ont des concertations régulières sur la gestion des absences						
37	Sur l'absentéisme, la Direction invoque des causes individuelles, liées aux caractéristiques de la population des personnels (âge, mode de vie, problème de santé, etc.)						
38	La Direction considère la situation de faisant fonction comme un bon test pour les candidats à la fonction de cadre						
39	Lorsqu'elle est sollicitée par les syndicats, la Direction se consulte avec les cadres avant de valider les négociations						
40	La Direction a fait inscrire des indicateurs de GRH (Taux AM/AT, absentéisme, mensualité de remplacement, etc.) dans les contrats de Pôle						
41	La Direction suit et évalue les cadres de l'établissement par rapport à un référentiel, en ayant clairement identifié les critères de la plus-value de la fonction de cadre de proximité et les moyens de sa délégation de responsabilité						
42	Plus généralement, la Direction s'implique dans le déploiement de projets stratégiques ou imposés de l'établissement						
Degré d'auto-ajustement contraint des équipes soignantes		Score actuel		0%	Score ciblé à 3 ans :	90%	
<i>Il existe ou non des routines et des pratiques que les équipes soignantes ont mis en place pour pallier l'éloignement du management</i>		Sans objet	Oui	Non	Commentaires		
43	Des réunions de services se tiennent très régulièrement						
44	Les transmissions ou échanges entre équipes ont un temps dédié et sont très suivies par les professionnels du matin et l'après-midi						
45	Les professionnels savent toujours précisément quand le cadre sera présent dans le service						
46	Le cadre affiche un planning de ses présences et le respecte						
47	Les professionnels, pour faire face à des imprévus (absences), n'introduisent des horaires coupés qu'avec l'autorisation préalable du cadre						
48	Sur un même service, les équipes ont les mêmes façons d'organiser le travail						
49	En cas d'absences soudaines de professionnels, le cadre est le premier informé et organise lui-même les remplacements						
Implication des médecins		Score actuel		0%	Score ciblé à 3 ans :	80%	
<i>Il y a une implication plus ou moins forte des médecins sur des problématiques RH, d'organisation et sur celle de l'absentéisme en particulier</i>		Sans objet	Oui	Non	Commentaires		
50	Plaintes des équipes soignantes sur l'éloignement du terrain des médecins						
51	Le chef de service organise, de façon au moins annuelle, une réunion de service avec l'ensemble du personnel						
52	Les médecins font des visites aux patients, résidents ou usagers de façon régulière						
53	Les médecins ont leurs bureaux à proximité du lieu d'exercice des soignants						

SYNTHESE DES DIAGNOSTICS ET POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

Organisation		Score actuel	Score ciblé à 3 ans
1	Présence des facteurs d'auto-entretien de l'absentéisme	0%	70%
2	Importances des écarts entre discours et réalité de l'absentéisme	0%	60%
3	Inadéquation du management d'intervention	0%	60%
4	Ampleur des tensions organisationnelles	0%	80%
Score moyen		0%	68%

Acteurs		Score actuel	Score ciblé à 3 ans
1	Eloignement des cadres de proximité	0%	70%
2	Eloignement de la Direction	0%	50%
3	Degré d'auto-ajustement contraint des équipes soignantes	0%	90%
4	Implication des médecins	0%	80%
Score moyen		0%	73%



POSITIONNEMENT POST-EVALUATION

Diagnostic organisation				
		Evaluation négative	Evaluation partielle	Evaluation positive
Diagnostic acteurs	Evaluation négative	Accompagnement Organisation et Acteurs recommandé	Accompagnement Acteurs recommandé, Organisation conseillé	Accompagnement Acteurs recommandé
	Evaluation partielle	Accompagnement Organisation recommandé, Acteurs conseillé	Accompagnement Organisation et Acteurs conseillé	Accompagnement Acteurs conseillé
	Evaluation positive	Accompagnement Organisation recommandé	Accompagnement Organisation conseillé	Amélioration continue Absentéisme

ANNEXE 2 :
ENQUÊTE - PROGRAMMATION DES ENTRETIENS

Etablissement	N° Entretien	Fonction	Secteur	Tel/physique	Date - Heure
CH	E5	DS	DS	Tel.	20/07 à 8h00
	E8	CSS	DS		24/07 à 10h00
	E7	CSS	Pôle		23/07 à 14h30
	E4	CS	Unité de soins		19/07 à 11h30
	E2	DRH	DRH		18/07 à 13h30
	E3	Contrôleur gestion social	DRH		18/07 à 14h00
	E6	Directeur affaires médicales DGA	Direction		23/07 à 10h30
CHU	E13	Médecin du travail	Médecin préventive	Tel.	3/08 à 14h30
	E09	DS	DS	Physique	26/07 à 14h00
	E01	CSS	DS	Tel.	18/07 à 9h00
	E12	CS	Unité de soins	Tel.	Retour 30/07
	E10	DRH	DRH	Physique.	26/07 à 15h00
	E11	CSS	Pôle	Physique.	26/07 à 16h00
	E14	Contrôleur gestion social	DRH	Tel.	3/08 à 14h30

ANNEXE 3 :

Grille d'entretien des directeurs des soins et directeur des ressources humaines

Présentation de l'intervenant dans son environnement

Diplôme, ancienneté

Cursus professionnel

Etat des lieux

1. A quel type d'absence être vous confronté au sein de votre établissement ?
 - A définir et à proposer (maladie ordinaire, dernière minutes, complaisance, congé mater....)
2. Quels sont les enjeux qui y sont associés ?
 - Enjeux économiques, financiers, qualitatifs, humains, QVT...
3. 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 ? (augmentation/diminution des actions menées ?)
 - Absentéisme en lien avec QVT : achat de matériel ? actions de prévention ? Aménagement de poste ?
 - Absentéisme en lien avec la maternité : suivi, anticipation, remplacement à quel niveau (80% ?), aménagement de poste...
4. 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 ?
 - Quelle information est disponible ? pour qui (DS, DRH, CSS ou pour tous ?)
 - Quels outils de pilotage ? Tableau de bord absentéisme ? Méthode d'analyse des AT, pyramide des âges ?

Plan d'action

5. Avez-vous mis en place des actions à court terme pour limiter l'absentéisme ? Si oui, lesquelles ?
 - Décrire des exemples d'action :
 - Actions qui mobilisent pour l'autonomie donnée aux services : décentralisation de la gestion au niveau des services, capacité d'innover ?
 - Quels supports fournis par l'encadrement ?
 - Comment donner de la reconnaissance aux agents ?

6. Ces actions s'inscrivent-elles dans une démarche de contrôle de l'absentéisme et/ou dans une démarche préventive ?

Management de proximité (structure de la direction des soins)

7. Comment envisagez-vous le rôle de l'encadrement de proximité vis-à-vis de l'absentéisme ? Et avec quels outils de management ?
- Quel style de management semble adéquat ?
 - Autonomie, contrôle de l'encadrement ? et/ou gestion directe par la direction des soins ?
8. Vous paraît-il important de repositionner le cadre de proximité sur son cœur de métier ?
- La gestion de l'absentéisme lui prend-il du temps ?
 - Comment améliorer cela ?
9. Avez-vous le sentiment que les CSS sont autonomes, notamment dans la gestion de l'absentéisme ?
- Qu'attend le DS des CSS dans la gestion de l'absentéisme ?
 - Et qu'attendent les CSS de la DS ?
10. Que faites-vous pour favoriser/entretenir cette autonomie des CSS ?
- Style de management ? Charte ? Collectif cadres ? Outils spécifiques ?

Délégation des pôles

11. Existe-t-il une forme de délégation des pôles ? Si oui sous quelle forme ? Quel domaine ?
- Réunion de suivi des contrats de pôle ? Avec qui ?
12. Pensez-vous que la délégation des pôles soit facilitée dans votre établissement ?

Projet managérial – Management

13. Existe-t-il un projet managérial ? Connue de tous ? Prend-il en compte la gestion de l'absentéisme ?
- Axes d'amélioration ?
14. Est-ce un outil efficace ? Révisable ?
- Projet managérial dynamique ? animé ?

Limites

15. Quelle est votre opinion sur les orientations nationales en matière de maîtrise de l'absentéisme ?
16. Avez-vous quelques à ajouter que nous n'aurions pas abordé ensemble ?

ANNEXE 4 :

Tableau de synthèse des recommandations et préconisations

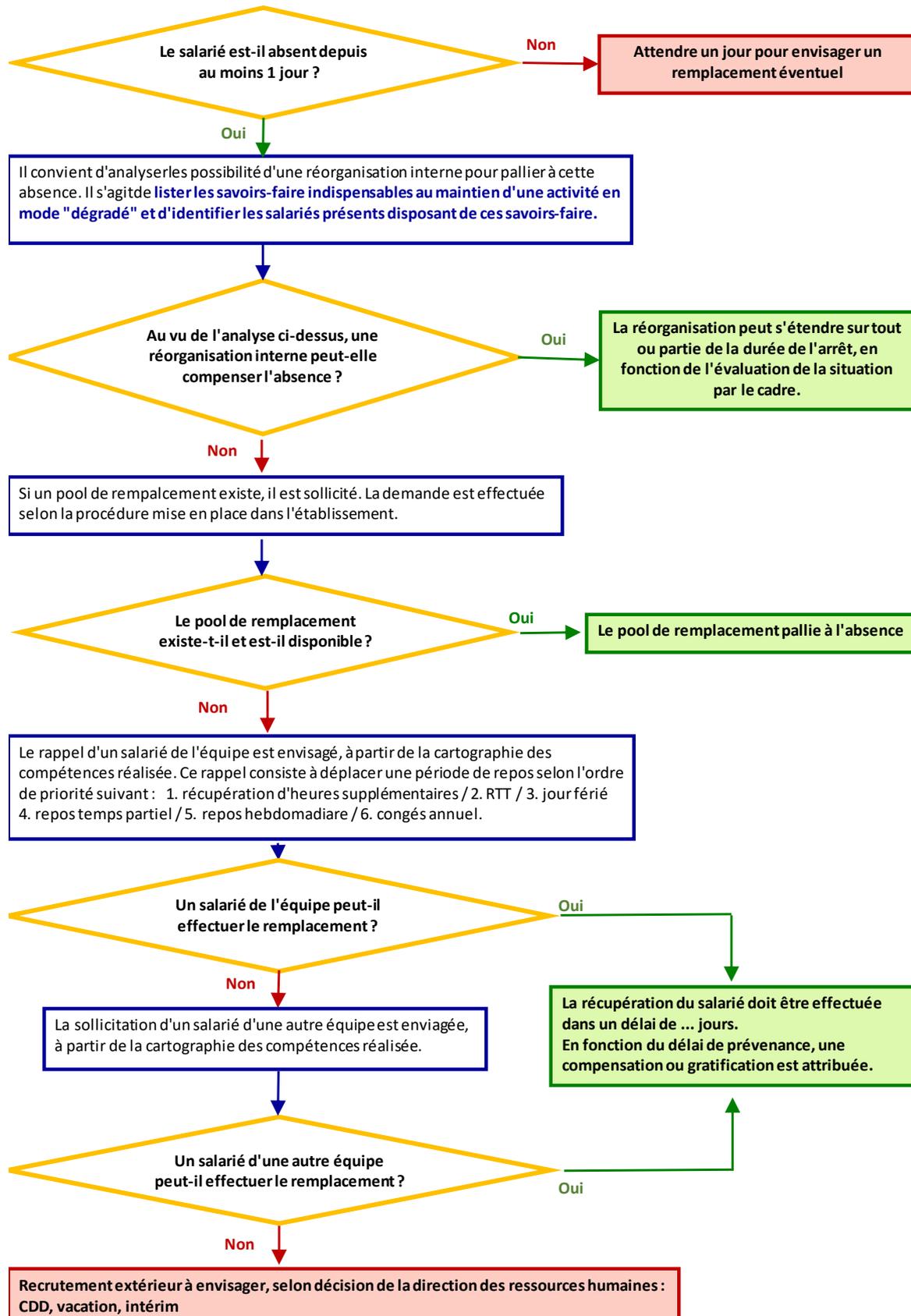
Axes	Orientations	Objectifs	Propositions
Politique du DS	Collaboration DS / DRH	La collaboration DS/DRH est indispensable et ne doit pas reposer uniquement sur une bonne entente mais sur des réunions et projets communs formalisés	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser les rencontres DS / DRH - Revoir les maquettes et effectifs - Réaliser un état des lieux des moyens de gestion des absences - Effectuer un diagnostic de l'absentéisme - Etablir les règles RH avec le DRH - Développer l'attractivité des professionnels - Favoriser la mise en place de cycle de travail - Proposer des cycles de travail
	Le pôle : une taille adaptée pour une gestion optimisée	Ne pas gérer systématiquement à l'échelle de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> - Plan d'action spécifique par pôle - Effectuer des actions « tests » localisées - La contractualisation avec les pôles : indicateurs élaborés par la DS
	DS : pilote de la gestion de l'absentéisme	Le positionnement du DS est à affirmer et une autonomie de gestion des absences DE LA DS est souhaitée	<ul style="list-style-type: none"> - La direction des soins gère une enveloppe dédiée à l'absentéisme - Communication du DS avec les autres directeurs sur l'état des lieux de l'absentéisme et des actions entreprises pour limiter les absences
Stratégie du DS pour maîtriser l'absentéisme	Accompagnement de l'encadrement par le DS	Le DS doit se montrer disponible et permettre à l'encadrement une certaine autonomie de gestion avec un reporting précis	<ul style="list-style-type: none"> - Structurer la direction des soins et communiquer sur son fonctionnement - Entretien individuel avec les cadres et réunions - Privilégier la proximité - Favoriser la mise en place d'un collectif cadre dynamique
	Formaliser la gestion de l'absentéisme	Uniformiser et communiquer sur la méthode de gestion des absences	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer un document unique avec charte (<i>annexe 5</i>) - Elaborer un guide de l'encadrant - CSIRMT – force de propositions

	Stratégie de prévention des absences	Eviter d'entrer dans le cercle vicieux des absences à répétition	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer un sous-groupe du groupe de pilotage RPS - Entretenir une collaboration étroite avec la médecine préventive - Mettre en place une commission de maintien à l'emploi - Former l'encadrement à l'entretien de retour - Une communication efficiente de la DS
L'organisation de la gestion de l'absence encadrée par le DS	Un suivi de l'absentéisme efficace	Le taux d'absentéisme devient un véritable indicateur pour le DS	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer des tableaux de bord dynamiques - Se mettre d'accord sur les chiffres de l'absentéisme et les partager
	Des actions pour maîtriser l'absentéisme	Multiplier les actions pour multiplier les effets Il n'y a pas de solution idéale mais un plan avec plusieurs actions peut permettre d'obtenir des effets positifs	<ul style="list-style-type: none"> - Plan d'action avec des multiples moyens - Coordonner les moyens - Adapter les actions au contexte - Prioriser les actions et avoir une réflexion par catégorie d'absentéisme (AT, maladie ordinaire, congé maternité) - Mettre en place un pool de pôle ou renforcer les effectifs selon le diagnostic et contexte
	Une innovation attendue pour favoriser l'adaptabilité	Des moyens d'action connus sont déjà en place mais il faut innover et savoir créer pour s'adapter au contexte actuel. Il faut favoriser le dialogue entre les agents et l'institution avec des outils contemporains	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des réunions d'encadrement à thème pour favoriser l'émergence d'innovation et de création ; le DS doit toujours être à l'écoute - Proposer des applications sur smartphone : application de rappel (WHOOG) et/ou de gestion RH (à destination des agents) - Organisation avec effectif minimum (<i>annexe 6</i>) - Le GHT vu comme une opportunité - Envisager/tester le télétravail pour l'encadrement

ANNEXE 5 :

Charte de l'absentéisme - Exemple de logigramme

ORGANISATION POUR PALLIER A UNE ABSENCE NON PLANNIFIEE



ANNEXE 6 :**Organisation avec un effectif minimum**

<u>SERVICE</u> X							
<u>Grade</u> AS							
Cadre de fonctionnement							
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin	4	4	4	4	4	4	4
Jour							
Soir	4	4	4	4	4	4	4
Nuit	2	2	2	2	2	2	2
Effectif réduit : cadre minimum							
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin	3	3	3	3	3	3	3
Jour	1	1	1	1	1	1	1
Soir	3	3	3	3	3	3	3
Nuit	2	2	2	2	2	2	2
Organisation mise en place le jour de l'absence							
Appel pour absence sur le poste du matin ou d'après-midi : passage du matin ou de l'après-midi en jour Si cadre minimum: rappel sur RTT, RH							
Appel pour le poste de nuit: rappel sur RTT, RH							
Organisation mise en place face à une absence de longue durée							
Rappel sur les RH puis RTT							
Réorganisation du planning pour avoir un cadre minimum							
Demande de remplacement si descente en dessous du cadre minimum							
Report de tâche possible sur 2 Jours							
Douches, bains							
Capiluves, pédiluves							
Organisation face à un taux d'occupation en baisse							
Nombre de lits disponibles : 34							
Passage en cadre de fonctionnement minimum, soit la suppression d'un poste de matin ou d'après-midi et passage en poste de jour							

HANIN

David

Décembre 2018

Filière Directeur des soins

Promotion 2018

La gestion de l'absentéisme : Un enjeu pour le Directeur des soins

Résumé :

L'absentéisme est une problématique très ancienne mais toujours d'actualité aujourd'hui. Le secteur hospitalier se démarque toujours avec des taux d'absence plus importants (8%), d'autant que ces absences sont une réelle source de désorganisation pour garantir la qualité et sécurité des soins.

Formaliser la gestion de l'absentéisme et coordonner les moyens à disposition pour combler les absences est une question centrale pour le directeur des soins qui se révèle être un acteur indispensable, en collaboration avec le directeur des ressources humaines, pour établir un plan d'action efficace afin de maîtriser l'absentéisme mais aussi promouvoir le présentéisme.

L'enquête qualitative réalisée propose d'identifier les différents leviers afin de prévenir les absences et favoriser le maintien à l'emploi.

Des préconisations sont proposées aux directeurs des soins pour faciliter la gestion des moyens entrepris pour limiter l'absentéisme autour notamment de la formalisation d'outils mais aussi de collaboration active entre les différents acteurs concernés (DRH, représentants syndicaux, médecine préventive).

Mots clés :

Absentéisme – Management – Accompagnement - Directeur des soins – Autonomie – Structuration de la direction des soins

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.