



EHESP

DESSMS

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : **décembre 2009**

**La genèse d'un plan d'actions pour
lutter contre l'absentéisme
professionnel : le cas de l'hôpital
Bretonneau**

Dimitri Grygowski

Remerciements

Mes remerciements s'adressent à l'ensemble des équipes de l'hôpital Bretonneau pour leur disponibilité et l'écoute qu'elles ont su m'apporter.

Je remercie tout particulièrement Madame Stéphanie Forte, Directrice des Ressources Humaines, qui a assuré la direction de mon stage de professionnalisation. En me confiant le suivi et l'animation du groupe de travail Accidents du Travail, ainsi que plusieurs études au sein de la direction des ressources humaines, elle m'a témoigné d'une grande confiance et m'a permis de me familiariser avec la vie de l'établissement et la mise en œuvre de la politique de gestion des ressources humaines.

Mes remerciements s'adressent également à Madame Géraldine Pichon, Directrice de la qualité et de la gestion des risques pour l'appui méthodologique qu'elle m'a également apporté.

Sommaire

Introduction.....	2
1. Les enjeux de l'absentéisme professionnel au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux	7
1.1 Un indicateur de la santé au travail et de la satisfaction du personnel aux contours mouvants	7
1.1.1. Terminologie et grilles de mesure de l'absentéisme professionnel.....	7
1.1.2. L'apport des théories sur l'absentéisme.....	9
1.2 Un enjeu crucial de la gestion des ressources humaines	13
1.2.1 Les coûts de l'absentéisme au sein des établissements publics de santé	13
1.2.2 L'échec relatif des politiques de résorption de l'absentéisme : contrôle des absences et développement du présentéisme.....	14
1.2.3 La démographie du personnel.....	16
2 Diagnostic de l'absentéisme professionnel au sein de l'hôpital Bretonneau : les paradoxes d'une vitrine de l'AP-HP	18
2.1 Mesure de l'absentéisme au sein de l'hôpital Bretonneau.....	18
2.1.1 Les spécificités de l'hôpital Bretonneau : un établissement à vocation gériatrique conçu comme un modèle de la prise en charge des personnes âgées.....	18
2.1.2 Une progression marquée de l'absentéisme depuis 2007.....	21
2.1.3 La démographie du personnel.....	24
2.2 Les coûts de l'absentéisme à l'hôpital Bretonneau	33
2.2.1 Les coûts financiers de l'absentéisme.....	33
2.2.2 Les coûts en termes de qualité des soins.....	36
3 La transparence et la participation comme facteurs clefs de succès d'une politique de résorption de l'absentéisme	42
3.1 Une démarche axée sur la transparence et le partenariat avec les représentants du personnel	
3.1.1 Le groupe de travail sur les AT comme préfiguration de la démarche...	42
3.1.2 Les résultats de l'enquête de satisfaction du personnel.....	42
3.2 Le lancement d'une démarche locale de progrès.....	47
3.2.1 La mobilisation du personnel autour d'un diagnostic partagé.....	49
3.2.2 Le cahier des charges de la démarche locale de progrès.....	50

Conclusion.....	51
Bibliographie.....	53
Liste des annexes.....	55

Liste des sigles utilisés

A.N.A.C.T : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
A.N.F.H : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel hospitalier
AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
A.S.A : Autorisation Spéciale d'Absence
A.S : Aide -Soignant
A.T : Accident du Travail
CE : Conseil d'Etat
CEM : Congé Enfant Malade
CGCT : Code Général des Collectivités Territoriales
CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité au Travail
CLD : Congé Longue Durée
CLM : Congé Longue Maladie
CM : Congé Maternité
C.O.C.T : Conseil d'Orientation des Conditions de Travail
E.H.E.S.P : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
E.T.P : Equivalent Temps Plein
F.P.H : Fonction Publique Hospitalière
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
I.N.R.S : Institut National de Recherche et de Sécurité
MP : Maladie Professionnelle
O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé
W.H.O: World Health Organization

Quand tous les calculs compliqués s'avèrent faux, quand les philosophes eux-mêmes n'ont plus rien à nous dire, il est excusable de se tourner vers le babillage fortuit des oiseaux, ou vers le lointain contrepoids des astres.

Marguerite Yourcenar, Mémoires d'Hadrien

Introduction

Le 30 avril 2009, à l'occasion de l'installation du Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT), le Ministre du Travail a annoncé le lancement d'un nouveau plan santé au travail pour les années 2010-2014. Le premier plan lancé en 2005 marquait la volonté des pouvoirs publics de rendre plus effective la politique de prévention¹. S'il n'est pas contestable qu'un règlement de l'Union européenne adopté en 2003² avait stimulé l'élaboration du plan français, les pouvoirs publics ne pouvaient ignorer un état des lieux assez négatif de la santé au travail en France, c'est-à-dire, un nombre croissant d'accidents du travail avec arrêts³, même si les accidents mortels sont en réduction, et surtout, un accroissement continu de la pénibilité au travail, de l'intensification des tâches, et corrélativement, une augmentation des arrêts de travail.

L'un des autres ressorts essentiels du plan santé au travail résidait dans la volonté de prévenir l'absentéisme à partir du constat qu'il constitue une composante à part entière de la santé publique et qu'il est possible d'intervenir sur ces causes. D'emblée, la philosophie d'intervention du législateur est donc de reconnaître les articulations entre santé et présence au travail⁴. Elle signale également par son esprit volontariste le désir de maîtriser les absences médicales qui par définition ne relèvent pas d'un choix et semblent étrangères à tout esprit de responsabilité. Loin d'être une fatalité, l'absentéisme professionnel pourrait être endigué ou à tout le moins stabilisé. L'une des responsabilités majeures incombant au directeur d'un établissement sanitaire et médico-social est de garantir un environnement préservant la santé physique et mentale. Les enjeux sont multiples et tiennent essentiellement à la préservation du capital humain de l'établissement sanitaire et social ainsi qu'au respect d'une bonne exécution budgétaire : les arrêts maladies et les accidents du travail peuvent traduire une dégradation des conditions de travail, tandis que les absents doivent être remplacés. La problématique de l'absentéisme professionnel affleure donc avec celle de la santé du personnel, de

¹ Pour une présentation des objectifs du Plan Santé au Travail, on pourra se reporter au communiqué de Presse du Ministère du Travail : http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/534922974160280603694124452981/dp_pst.pdf

² Le règlement 1882/2003 modifiant la Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 insiste notamment sur la préservation de la santé mentale au travail.

³ En 2008, on a dénombré près de 0,7 million d'accidents du travail avec arrêt d'au moins 24 heures causant la perte de 37,4 millions de journées de travail (+4,3%) par rapport à 2007, source CNAMTS, www.risques-professionnels.ameli.fr

⁴ Pour une présentation des articulations entre santé et présence au travail, voir notamment, DAVEZIES, Philippe, « Evolution des organisations du travail et atteintes à la santé », *Travailler*, CNAM, vol 3, p. 105.

l'organisation du travail et des effectifs. C'est tout le paradoxe du phénomène de l'absentéisme professionnel, à la fois symptôme de la dégradation des conditions de travail et reflet de la motivation et de l'engagement au travail du personnel d'un part, enjeu des relations sociales d'autre part lorsqu'il convient d'arbitrer sur les modalités de la compensation des absences.

Les quelques facteurs explicatifs mentionnés ci-avant, dont la liste n'est pas exhaustive montrent combien peut être complexe la recherche des causes de l'absentéisme professionnel, et par là-même, les moyens d'y remédier⁵. Les spécificités pluri-dimensionnelles de l'absentéisme professionnel ont attiré d'emblée mon attention. D'abord en tant qu'attaché territorial où j'ai appréhendé au sein de ma collectivité les coûts humains, financiers et de désorganisation induits par l'absentéisme. En effet, au sein de cette collectivité territoriale, j'avais pu constater à quel point l'absentéisme ne pouvait être appréhendé uniquement au regard des coûts et des perturbations qu'il engendre. Parce qu'ils sont des services publics essentiels, fonctionnant jour et nuit, les établissements sanitaires et médico-sociaux sont particulièrement exposés aux perturbations causées par l'absentéisme. De là mon souhait de connaître les réalités de ce phénomène au sein d'un établissement sanitaire et médico-social durant mon stage de professionnalisation.

J'ai choisi d'effectuer mon stage de professionnalisation au sein de la direction des ressources humaines de l'hôpital Bretonneau. Ouvert en 1998, l'hôpital Bretonneau est situé dans le 18^{ème} arrondissement de Paris. Il s'agit d'un établissement à vocation gériatrique. Labellisé filière gériatrique au premier semestre 2009, l'hôpital Bretonneau se distingue par l'offre de services étendue qu'il propose aux personnes âgées et par les ressources dont il dispose, l'hôpital ayant été conçu comme une vitrine de la prise en charge des personnes âgées de l'AP-HP. Le premier élément ayant retenu mon attention au sein de l'hôpital Bretonneau a été le volume de l'enveloppe financière dévolue à la compensation des absences via l'intérim. A l'origine, la mise à disposition de vacataires était justifiée par la compensation des emplois non pourvus, une situation courante, notamment au sein des établissements de l'AP-HP où la rotation des personnels est élevée. Le mode de compensation standard avait été conçu sur la base d'une équipe volante de soignants. Las, la mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre des établissements de l'assistance publique a largement contribué à miner l'effectivité de ce système, les emplois de l'équipe volante ayant tendance à occuper des emplois qui auraient dû être pourvus autrement. L'inquiétude au sein de la direction des soins et chez les soignants était perceptible : il n'était pas sûr que l'enveloppe d'intérim fût reconduite

⁵ GALLOIS, P., 2005, L'absentéisme, comprendre et agir, Editions Liaisons, voir notamment le chapitre 3 « Identifier les facteurs ».

en 2009, alors même que le nombre d'emplois non pourvus, notamment chez les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) était élevé. L'impression que la consommation de l'enveloppe d'intérim était corrélée à la dégradation du taux d'emploi des soignants était-elle fondée ? Si cette liaison devait être remise en question, il faudrait approfondir la situation de l'absentéisme au sein de l'établissement. Fallait-il voir dans l'augmentation du budget intérim un levier éventuel pour compenser les absences de courte durée ou une optimisation insuffisante des plannings ? Il était sans doute difficile de l'affirmer avant de réaliser une cartographie de l'absentéisme.

Un deuxième constat m'a conforté dans le choix de mon sujet. En effet, j'ai pu assister à une séance extraordinaire du comité d'hygiène et de sécurité (CHSCT) lors de la semaine de préparation au stage de professionnalisation en juin 2008. La séance avait été organisée à la suite d'un incident entre un soignant et une personne âgée désorientée. Comme prévu, les discussions portèrent sur le déroulement de l'incident, les causes et les moyens de le prévenir, notamment par une formation adaptée des soignants évoluant dans un service de géro-psycho-geriatrie. Toutefois, ce qui me frappa dans les échanges entre les membres de la direction et les représentants du personnel fut l'impression que le nombre d'incidents impliquant un membre de l'équipe soignante avec un « patient agité » était en forte progression. Un décompte rapide des bulletins d'arrêts de travail mentionnant cette cause d'incident pour le premier semestre 2008 conforta cette impression. Le nombre d'incidents avait quasiment triplé par rapport au semestre précédent. Aucun accident grave n'était à déplorer, mais la plupart d'entre eux avait donné lieu à un arrêt de travail. Cette tendance était confirmée par l'examen du Bilan Social 2007 lequel mettait en exergue une forte progression des accidents du travail. Un groupe de travail portant sur l'analyse des causes des accidents du travail avait été installé au début de l'année 2008 mais il était resté en sommeil. En tant que stagiaire au sein de la direction des ressources humaines et de la direction de la qualité et de la gestion des risques, je devais être chargé de l'animation de ce groupe de travail où cohabiteraient à parité des représentants du personnel et des représentants de la direction ainsi qu'un médecin du travail. En définitive, l'examen des causes des accidents du travail et l'élaboration de préconisations complémentaires au document unique me fourniraient un éclairage supplémentaire sur la dynamique de l'absentéisme au sein de l'établissement.

Il existe un large consensus pour décrire l'absentéisme professionnel comme un phénomène pluri-factoriel⁶. Parmi ces facteurs, il est courant de séparer les facteurs

⁶ BRESSOL, E., « Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés », Conseil Economique et Social, 2004, p. II-87.

propres à la santé au travail et à l'organisation⁷. Un autre type de classification distingue les facteurs endogènes et facteurs exogènes, ou encore, les facteurs individuels ou collectifs. Aussi bien, quelle que soit la typologie adoptée, en réalisant une cartographie de l'absentéisme au sein de l'établissement, il était possible de mieux identifier les populations à risques et l'évolution entre les différentes catégories d'absence. De même, l'examen des causes des accidents du travail permettait d'obtenir une meilleure vision des conditions et de l'organisation du travail. En toile de fond pourtant subsiste la question de la motivation et de la satisfaction du personnel. En effet, il est de plus en plus courant d'appréhender l'absentéisme comme un moyen d'expression des travailleurs⁸. Dans cette optique, l'absence est le résultat de processus cognitifs, en partie inconscients menant au désengagement au travail. In fine, l'intensification du travail inhérente à la mise en œuvre des 35 heures, et dans le cas des établissements à vocation gériatrique de l'indice Pathos serait compensée par une progression des arrêts de travail, tandis que les rigidités en termes de négociation salariale (salaires et effectifs) inhiberaient la motivation du personnel, les deux processus se renforçant mutuellement. De là, la nécessité de mieux sonder la satisfaction du personnel. Ainsi, parallèlement à la réalisation d'un bilan de l'absentéisme et à l'élaboration d'un programme de préconisations, la direction des ressources humaines a conduit une enquête de satisfaction du personnel dont j'ai été chargé.

La question centrale de cette étude a donc été la suivante : comment enrayer la progression de l'absentéisme dans un établissement confortablement pourvu en ressources humaines et conçu comme un établissement de référence en termes de prise en charge des personnes âgées dépendantes ? Afin de mener cette étude, j'ai délimité trois axes de réflexion. Premièrement, l'actualité du « projet Bretonneau ». Il s'agissait de vérifier si ce projet était toujours mis en œuvre, et si l'organisation du travail qu'il supposait pouvait être source ou non d'épuisement professionnel. Un deuxième axe d'analyse relève quant à lui de la motivation et de la participation au travail. Il s'agissait de tester et d'évaluer la motivation et l'engagement du personnel comme des ressorts de la présence au travail. Enfin, un troisième axe tenait aux conditions de mise en œuvre d'une stratégie visant à contenir l'absentéisme professionnel.

Afin de répondre à la question des outils susceptibles d'enrayer la progression de l'absentéisme, j'ai retenu trois hypothèses. La première hypothèse reposait sur la nécessité de disposer d'un référentiel de mesure de l'absentéisme lequel pourrait contribuer à objectiver le phénomène. La seconde hypothèse relevait quant à elle de l'examen des outils dont dispose un directeur d'établissement pour traiter la

⁷ ANACT, 2007, Colloque « Présents, absents, quel regard sur le travail », 18 mai 2007, Lille.

⁸ Voir notamment MOLINIER, P., 2008, Les enjeux psychiques du travail, Payot.

problématique de l'absentéisme. Les limites de la politique actuelle (contrôle médical et modulation des primes) pouvaient conduire à l'adoption de solutions radicales : suppression du budget intérim ou cautionner des pratiques ou des processus favorisant à terme l'absentéisme en dégradant les conditions de travail. Compte-tenu des limites des politiques de développement du présentéisme, la deuxième hypothèse était que l'élaboration d'un plan d'action devait être nécessairement conduite dans un cadre concerté. En elle-même, l'élaboration de la cartographie de l'absentéisme créait les conditions de la transparence, tandis que le travail partenarial avec les représentants du personnel dans le cadre du groupe de travail AT pouvait jouer le rôle d'apprentissage et de préfiguration d'une démarche concertée contre l'absentéisme. Enfin, la troisième hypothèse s'inscrit largement dans le champ de la précédente puisqu'elle a trait à la motivation et la participation des personnels.

1. Les enjeux de l'absentéisme professionnel au sein des établissements publics de santé

1.1 Un indicateur de la santé au travail et de la satisfaction du personnel aux contours mouvants

1.1.1 Typologies de l'absentéisme

Dans le cadre de cette étude, l'intérêt de définir l'absentéisme tient essentiellement à mieux cerner le type d'absences contre lesquelles on souhaite vouloir lutter. Il n'existe pas de définition standard de l'absentéisme professionnel. De nombreuses études soulignent que la notion d'absentéisme n'est pas un concept homogène puisque différents processus semblent expliquer différents aspects de l'absentéisme⁹.

Il convient d'abord de distinguer les termes d'absence et d'absentéisme. L'absence correspond à un phénomène individuel, la non présence physique à son poste de travail d'un salarié figurant à l'effectif. 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. Il exprime un jugement de valeur, un avis moral : c'est l'idée de se soustraire à un devoir. Cette acceptation revêt une connotation péjorative.

Dans le droit fil de cette définition, la notion d'absentéisme comportemental souligne la « propension d'une personne à être absente ». L'absentéisme comportemental comporte un glissement lexical puisqu'il stigmatise un comportement individuel. De fait, si l'agent est officiellement couvert des autorisations légales inhérentes à son statut, le comportement dont il fait montre en s'absentant régulièrement est entaché d'illégitimité. Il s'agit là d'absences délibérées de l'agent ou pour des motifs relevant de la mauvaise foi. Cette dernière peut traduire plusieurs situations. Il peut s'agir d'un arbitrage conscient entre la rémunération perçue et la reconnaissance obtenue au quotidien, ou encore la traduction d'un choix dans la hiérarchisation d'obligations matérielles ou morales. On le voit donc, l'absentéisme se décline au pluriel en recouvrant des réalités très différentes. D'ailleurs, il est possible de parler des absences.

⁹ MONNEUSE, D. 2009, Pourquoi l'absentéisme, abus, dysfonctionnements ou fatalité ?, Entreprise et Personnel, p.25.

Dans cette optique, certains auteurs proposent de classer les types d'absence en fonction du degré d'intentionnalité des absents¹⁰. S'il n'est pas aisé de sortir le terme absentéisme de sa gangue péjorative, il convient d'identifier les situations d'un absentéisme normal. Il existe tout d'abord un absentéisme incompressible, lié à des dispositions légales : repos pour exercice de mandat par exemple. Il existe également une part d'absentéisme quasi incompressible, liée notamment au secteur d'activité. Ainsi, il n'est pas surprenant que le niveau des troubles musculo-squelettiques (TMS) soit plus élevé dans un établissement à vocation gériatrique que dans un service de soins aigus. De même, on peut distinguer un absentéisme autorisé de type congés pour événements familiaux ou prévus par des protocoles, les accords RTT déclinés dans nos établissements en sont les stéréotypes. Enfin, au rang de l'absentéisme normal, il est également utile d'évoquer un absentéisme dit utile. L'absence pour formation en est certainement le meilleur exemple, un établissement consacrant un effort important au titre de la formation de ses agents pourra voir son niveau d'absentéisme s'accroître, peut-on pour autant considérer cet absentéisme comme inutile dans la mesure où il est susceptible de générer des gains de productivité ou d'améliorer les conditions de travail ? En poursuivant dans la gradation de l'intentionnalité de l'absentéisme, il est possible de discerner l'absentéisme subi. Il consiste en l'absence d'un agent de son poste de travail contre son gré. Les causes peuvent être multiples : un congé maternité, maladie, un accident de travail. Enfin, stade ultime de l'échelle de l'intentionnalité, l'absentéisme choisi : il s'agit là d'absences délibérées de la part des agents ou alors pour des motifs relevant de la mauvaise foi. Cette acceptation renvoie à la définition du Larousse conçu comme « le manque d'assiduité au travail ».

D'autres modèles de l'absentéisme définissent la présence au travail comme la capacité et la motivation à être présent¹¹. Certains facteurs conduisent à être présent au travail, d'autres agissent sur la motivation à être présent. Pour déterminer si l'absentéisme est lié à la capacité à être présent, il convient d'examiner si l'absentéisme est attribuable aux problèmes familiaux, aux problèmes de transport, à la maladie. La motivation à être présent est liée à la satisfaction dans l'emploi, à l'implication organisationnelle et à la situation économique¹². Théoriquement, ces deux variables sont censées interagir. La

¹⁰ Ibidem

¹¹ HARRISON & MARTOCCHIO, 1998, Time for absenteeism : A 20-year review of origins, offshoots, and outcomes, *Journal of Management*, Vol. 24, n°3, p. 305-350.

¹² MAUGERI, S., 2004, *Théories de la motivation au travail*, Dunod.

distinction entre les absences volontaires (volonté de ne pas être présent, absences choisies...) et les absences involontaires (incapacité à être présent) est critiquable. En effet, les absences ne résultent que très rarement d'un libre choix. Elles sont toujours la conséquence de plusieurs facteurs interdépendants. Cela justifie de privilégier une définition de l'absentéisme centrée non sur l'examen des comportements individuels, mais sur une approche comptable du phénomène au sein de l'organisation ou de l'établissement.

Les questions essentielles que se pose le directeur d'établissement sont les suivantes : quelles absences est-il nécessaire de contrôler ? Sur quels montants de l'absentéisme peut-il agir ? Comment atteindre le niveau d'absentéisme incompressible ? Ces questions sont la reconnaissance que certaines absences peuvent être nécessaires et bénéfiques pour les personnes, l'établissement, en fonctionnant comme un régulateur. Elles signalent également que parmi les obligations des fonctionnaires figure l'obligation d'absence et que celle-ci supporte un certain nombre de dérogations que sont les modalités réglementaires d'absence. Parmi toutes les modalités réglementaires d'absence : congé maladie, congé maternité, congé pour arrêt de travail, pour accident de trajet, comment distinguer entre l'arrêt de travail contrepartie d'une pathologie avérée et l'arrêt de confort ? L'angle d'approche de cette étude est de se centrer sur les absences pour maladie ordinaire et pour accidents du travail, deux types d'absence sur lesquels la politique mise en œuvre par le directeur d'établissement peut impacter.

1.1.2 L'apport des théories sur le phénomène de l'absentéisme

S'il n'est pas question dans le cadre de cette étude de procéder à une revue de la littérature portant sur l'absentéisme professionnel, il est nécessaire toutefois d'isoler parmi les principales théories en présence, les facteurs susceptibles de rendre compte de ce phénomène afin de repérer les paramètres sur lesquels un directeur d'établissement peut influencer¹³. On distinguera les facteurs structurels, les facteurs liés à l'organisation et enfin les facteurs culturels.

¹³ Dans une revue de littérature, Rhodes et Steers identifient 209 variables dont les effets sur l'absentéisme ont été étudiés, op cité, DUMAS, M., 2004, « De la gestion de l'absentéisme à la gestion de la santé dans une entreprise de cosmétiques, http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/06/56/14/PDF/Absenteisme_Dumas_pour_L_Harmattan.pdf

A) Les facteurs structurels : démographie et secteur d'activité

S'agissant des facteurs structurels, il s'agit des paramètres sur lesquels le chef de l'établissement n'a pas ou peu de maîtrise. Il convient toutefois de les intégrer afin de mieux mesurer le risque d'absentéisme. On peut discerner deux types de facteurs : la démographie de l'établissement ou de l'organisation et la spécialité ou secteur d'activité. Les spécificités de la démographie du personnel d'un établissement peuvent impacter l'absentéisme au titre de l'âge, le genre et la situation professionnelle des agents. L'âge impacte les données de l'absentéisme à deux niveaux. Le vieillissement de la population active accroît le risque d'absentéisme comme le confirment les statistiques. Par exemple, les études conduites auprès des établissements hospitaliers révèlent que l'influence de l'âge sur les absences en maladie ordinaire est perceptible dès 50 ans¹⁴. La proportion d'agents ayant présenté au moins un arrêt dans l'année, en faible progression jusqu'à 50 ans, augmente au-delà. Par ailleurs, il est une autre donnée qu'il faut prendre en compte et qui a trait aux incitations liées à l'allongement des carrières. La nécessité de mieux maîtriser les comptes de l'assurance retraite, en adéquation avec l'allongement de l'espérance de vie, et la détérioration des performances économiques nationales a conduit les pouvoirs publics à favoriser la poursuite des carrières au-delà de 60 ans. Toujours au sein de la fonction publique hospitalière, en maladie ordinaire, les plus de 60 ans sont 3,5 fois plus absents que les moins de 30 ans¹⁵. En outre, l'âge des agents influence fortement la gravité des absences. Par la-même, la nécessité et la volonté des agents de mener leur activité professionnelle le plus longtemps possible requiert la recherche d'une meilleure adéquation de leurs conditions de travail avec leur état de santé.

S'agissant du genre, le taux de féminisation d'une structure peut impacter négativement le niveau d'absentéisme. La survenance des grossesses joue sur le nombre des congés maternité. Elle impacte également sur le niveau des congés maladie dans le cas de grossesses pathologiques. Enfin, en fonction des règles en vigueur, le taux de féminisation peut également détériorer les indicateurs de l'absentéisme dans le cas de mise en œuvre des dispositifs d'autorisations spéciales d'absence pour enfants malades. Dernier facteur structurel, le secteur d'activité ou la spécialisation de l'établissement peut également produire des distorsions dans l'analyse des composantes du risque absentéisme. La nature des activités assurées détermine l'intensité des absences : les

¹⁴ Analyse & Conjoncture, Dexia Sofcah, Mai 2009, Absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers, p.5.

établissements au service des personnes âgées connaissent un niveau d'absence élevé. Une enquête de 2009 conduite au sein des EPHAD sous statut territorial révèle que le taux d'absentéisme pour raisons de santé s'élève à 10% en 2007 contre 7,8% pour le reste des collectivités territoriales¹⁶.

B) Les facteurs liés à l'organisation

On recense au moins trois facteurs intimes à l'organisation et susceptible d'affecter le risque absentéisme : le climat social, l'organisation du travail, le contenu du travail et le sens de l'action.

La nature du climat social comme adjuvant à l'absentéisme a vu son importance s'accroître depuis que les organisations sont entrées dans une logique où l'homme interchangeable du modèle industriel classique est remplacé par un homme qui s'engage au travail, qui décide, et qui à travers les événements de production considérés comme des opportunités d'apprentissage, se doit d'être en perpétuelle recherche individuelle et collective de nouvelles compétences. On peut définir le climat social comme étant le vécu de l'environnement du travail : la dimension subjective est donc inhérente à la notion de climat¹⁷. Le climat social est sous l'empire de l'organisation et a des retombées sur la performance et surtout sur la satisfaction. Dit autrement, le climat social est un ensemble de caractéristiques objectives et relativement permanentes de l'organisation perçues par les individus appartenant à l'organisation qui servent à lui donner une certaine personnalité et qui influencent le comportement et les attitudes de ses membres. Aussi bien, l'évaluation que les individus vont faire du climat en fonction de leurs attentes et de leurs besoins, va déterminer leur niveau de satisfaction. Eminemment subjective parce qu'indissociable des attentes des agents, de la politique salariale et de la structuration des tâches, la notion de climat social est l'un des facteurs dont ne peut se désintéresser le directeur d'établissement. En effet, la dégradation du climat social peut constituer un autre baromètre et facteur d'explication de l'absentéisme¹⁸.

En premier lieu, une organisation du travail non sécurisée au regard des conditions d'hygiène et de sécurité au travail, ainsi qu'en termes de gestion des risques professionnels s'expose plus fortement au risque absentéisme que celle qui ne l'est pas.

¹⁵ Ibidem, p.2.

¹⁶ Analyse & Conjoncture, Dexia Sofcah, septembre 2008, Absences au travail pour raison de santé dans les collectivités du secteur public local au service des personnes âgées, p.2.

¹⁷ MARTIN & CROISILLE, 2005, L'organisation, le climat, et les conduites professionnelles, une étude en entreprise, E.C.C.H.A.T, Université de Picardie Jules Verne, hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/05/.../Martin-Croisille.pdf

¹⁸ MONNEUSE, p. 37.

Une faible sécurisation du lieu de travail favorise la survenance des accidents du travail et des maladies professionnelles, et par là-même l'absence des personnels. Deuxièmement, il convient d'identifier ce qui dans l'organisation du travail peut être pathogène pour l'équilibre mental des agents. La santé mentale dépend en grande partie de l'exercice que l'individu peut faire de ses capacités mentales et de la qualité des relations qu'il entretient avec son milieu. A bien des égards, le rôle d'un directeur d'établissement est aussi de garantir une organisation du travail qui permet à l'agent d'accomplir un travail significatif et de se développer. Pour mieux comprendre comment l'organisation du travail peut ne pas respecter ces conditions, il convient d'examiner les deux composantes de toute organisation du travail : l'organisation technique des tâches et l'organisation humaine des tâches. L'organisation technique des tâches fait référence au contenu et au mode opératoire de la tâche. En d'autres termes, elle conditionne le « quoi » et le « comment faire », de même que le « combien » en un temps donné. Dans nos établissements, l'organisation des soins peut être trop rigide ou déséquilibrée, générant du stress ou l'épuisement des professionnels. A contrario, l'organisation des soins peut être trop lâche. Le risque pour les professionnels peut être d'avoir le sentiment de « naviguer à vue » ou de subir des « glissements de tâches ». Ainsi, des tâches mal définies et un mandat imprécis peuvent être pathogènes. Cette situation peut conduire à l'ambiguïté des rôles. La méconnaissance des limites et des responsabilités peut se traduire par des conditions stressantes pour l'agent qui se voit ainsi placé dans une situation où sa contribution pourra ne pas être reconnue ou être évaluée en fonction de critères différents de ceux qu'il avait anticipé. L'organisation humaine du travail, c'est-à-dire, la hiérarchie, la direction, les modes de communication et les rapports de subordination déterminent la capacité d'interagir qu'ont les personnes entre elles. Le style de gestion ou de management de l'équipe de direction et des cadres influencent le climat social. Il peut être source de mobilisation du personnel, ou à contrario, entamer la mobilisation d'une équipe autour d'un projet et limiter la motivation au travail.

L'examen des causes de l'absentéisme met en lumière l'existence de facteurs structurels sur lesquels le directeur d'établissement a peu de prise mais qu'il ne peut toutefois ignorer et d'une multitude de facteurs favorisant ou inhibant la présence au travail. Ainsi, il existe un grand nombre de variables corrélées à l'absentéisme. Les études ont régulièrement révélé des associations fortes entre l'absence au travail et l'âge, le secteur d'activité. A l'opposé, une haute implication dans l'emploi, une satisfaction dans l'emploi élevée, une implication organisationnelle forte et la réalisation de tâches significatives sont corrélées à un faible absentéisme. Cependant, toutes ces associations doivent être nuancées. Aucune approche unique n'est applicable dans toutes les

situations. Certaines de ces variables se chevauchent et d'autres ont seulement une faible relation avec les absences. L'approche que nous retenons dans cette étude est d'ailleurs moins une recherche des causes de l'absentéisme plutôt que l'élaboration d'un diagnostic partagé par l'ensemble d'un établissement et l'élaboration d'un plan d'action partenarial.

1.2 Le coût de l'absentéisme dans les établissements publics de santé

L'absentéisme coûte cher aux établissements sanitaires et médico-sociaux. Selon l'enquête conduite par Dexia, chaque agent absent pour raison de santé coûte en moyenne 4000 euros à son employeur (hors frais médicaux)¹⁹. Les accidents de service (sur le lieu et/ou pendant le temps de travail) engendrent les trois quart des coûts relatifs aux indemnités journalières et plus de 80% des coûts des soins²⁰. Quels sont les éléments de coûts qu'engendre l'absentéisme ? Ils sont multiples. Reste que la détermination de ces coûts est malaisée. Nous distinguerons les coûts directs (financiers essentiellement) et indirects (qualité et de désorganisation).

1.2.1 Les coûts directs de l'absentéisme.

Il n'existe pas de modalité de référence de détermination du coût de l'absentéisme dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Dans le secteur privé, la convention est de calculer le nombre de journées de travail perdues et de le factoriser par la rémunération perçue par les agents absents.

Une comparaison avec le secteur privé conduite par l'ANACT indique que le taux d'absentéisme se situe aux alentours de 4,5% en 2007. Dans la fonction publique territoriale, le nombre de journées perdues pour raison de santé s'élève à 8%. L'ampleur de l'absentéisme en France s'explique d'ailleurs largement par le poids du secteur public ; les taux y sont presque deux fois plus élevés que dans le privé. La moyenne de la fonction publique est de 10%²¹. Malheureusement, le recueil des données de l'absentéisme pour la fonction publique est parcellaire et les comparaisons malaisées

¹⁹ Enjeux Budgétaires, Dexia, 2008, Les enjeux économiques des absences au travail pour raison de santé dans les collectivités territoriales, p.1.

²⁰ Ibidem, p.2.

²¹ Dexia Sofcah, MONNEUSE, p. 12.

entre les trois fonctions publiques²². Pour un établissement de 200 agents de la fonction publique hospitalière, le coût s'élève à 16 ETP en moyenne²³.

En outre, les coûts imputables aux journées de travail perdus doivent être complétés par les coûts de compensation de l'absentéisme. Dans ce domaine, les règles de compensation et leur mode opératoire sont l'affaire de chaque établissement. Certains établissements privilégient les heures supplémentaires, d'autres établissements optent pour l'intérim ou un panachage des deux. Dans la mesure où le service public hospitalier est plus que tout autre service public, un service de proximité, ouvert 24 heures sur 24 heures, il est souvent impérieux de garantir un niveau minimum d'effectifs. La plupart des grands établissements de santé contractent avec un prestataire d'intérim dans le cadre d'un appel d'offres. Cette réalité signale donc un absentéisme anticipé et budgété, et in fine un sureffectif structurel.

En définitive, le coût financier total serait proche de trois fois le salaire horaire d'un agent. Un deuxième ordre de grandeur indique qu'un point d'absentéisme génère un coût équivalent à un point de la masse salariale.

1.2.2 Les coûts indirects de l'absentéisme.

Les coûts indirects sont au moins aussi lourds mais se quantifient malaisément. Deux grandes catégories de coûts sont à distinguer : les coûts en termes de désorganisation et humains et les coûts en termes de non qualité.

Les perturbations générées par l'absentéisme d'un point de vue humain ne peuvent être sous-estimées. En premier lieu, en termes d'organisation du travail, l'absentéisme peut entraîner une modification du contenu des postes de travail, la mise en place d'horaires coupés... Il affecte le fonctionnement des services d'une manière globale : comment décliner le projet de service avec un effectif instable ? Il perturbe la vie personnelle des agents : les présents sont souvent sollicités pour remplacer les absents via des heures supplémentaires ou des modifications de planning. Cet ensemble de perturbations est susceptible de détériorer le climat social, de provoquer une crise

²² Le rapport annuel sur la fonction publique établi par la DGAFP, Faits & Chiffres 2007-2008, s'appuie sur une enquête de 2003 couvrant 85% des effectifs de la fonction publique d'Etat. Il fait état de 13 jours d'absence maladie par agent, les congés maternité étant exclus du calcul.

²³ MONNEUSE, p.12.

identitaire et un sentiment diffus de mal être²⁴. Concrètement, le risque est de voir la cohésion de l'établissement se fragiliser via l'effritement du sentiment d'appartenance à un collectif. Dès lors, le danger est que découle de ces répercussions un sentiment d'injustice chez les plus assidus au travail. Ce sentiment peut se traduire par une augmentation générale de l'absentéisme²⁵. Le risque est que cet usage devienne une règle et intègre la culture de l'établissement. Dans ce cas, le phénomène de l'absentéisme peut s'auto-entretenir²⁶.

Il y a un autre domaine au sein duquel l'absentéisme peut générer des externalités négatives, il s'agit de celui de la qualité des soins. Avec le développement de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles en établissements de santé, l'impératif de la qualité des soins a indéniablement fait son chemin. Toutefois, si la dimension clinique de la qualité est véritablement entrée dans les faits, les coûts économiques de la non qualité n'ont pas encore réellement été apprivoisés par les acteurs du système de soins. De fait, alors qu'on peut fournir des estimations de fréquence des événements indésirables, des prescriptions inappropriées ou encore, des chutes, on ne s'interroge peu sur l'impact budgétaire de ces défauts de qualité de soins. De même, à quelle fraction de ces coûts correspond l'absentéisme professionnel ? Il reste au préalable à valider la liaison entre l'absentéisme professionnel et la non qualité. La littérature sur ce sujet est d'un faible apport, les travaux traitant des coûts de la non qualité abordent rarement la problématique de l'absentéisme. Pour valider l'identité de la liaison entre qualité et absentéisme, il convient de se référer aux définitions de la qualité. La définition retenue par l'OMS stipule que la qualité dépend, d'une part, des caractéristiques techniques, et d'autre part, des caractéristiques relationnelles des soignants²⁷. La technicité est liée aux connaissances médicales et aux capacités de jugement du producteur de soins, ces dernières devant permettre une adéquation des soins au cas identifié. Les capacités relationnelles du médecin ou du soignant sont capitales et intègrent différents éléments comme l'écoute, le tac, l'empathie, la sensibilité, la confidentialité, mais aussi l'information du patient sur sa maladie et la prise en charge. Or, il n'est pas contestable que la mise en œuvre de ces capacités relationnelles suppose la participation d'un collectif formé, disponible et mû par un projet de soins

²⁴ Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail, Annual Review of working conditions in the EU (2004-2005).

²⁵ SECUREX, 2006, Absentéisme en France, juin 2006.

²⁶ Voir notamment ASKENAZY, P., 2004, Les désordres du travail : enquête sur le nouveau productivisme, Seuil.

correspondant²⁸. Cette faculté se pose avec d'autant plus d'acuité dans les établissements d'accueil des personnes âgées où le service rendu repose moins sur la production d'actes techniques que de soins de confort, d'écoute psychologique et relationnels. Les effets de désorganisation inhérents à l'absentéisme : sous-effectif chronique, forte mobilité du personnel par exemple peuvent constituer une entrave à la délivrance de soins personnalisés alors même que les projets de vie constituent aujourd'hui la matrice des projets de soins de nos établissements.

Au total, le diagnostic de l'absentéisme devra s'accompagner d'une analyse de l'évolution des défauts de qualité de soins ou de survenue d'événements indésirables. Sans pouvoir valider parfaitement la liaison entre qualité des soins et absentéisme, du fait notamment de la difficulté à mesurer objectivement les aspects directement transversaux, organisationnels de la prise en charge du patient, tels que la relation aux patients, la qualité des pratiques managériale, une évolution symétrique des deux indicateurs constitue une source d'information additionnelle à la disposition du directeur d'établissement.

La mesure des coûts de l'absentéisme professionnels est une entreprise difficile. Le directeur doit partir de la réalité de son établissement et vérifier en amont les outils dont il dispose pour réaliser cette étude. L'existence d'un système d'information approprié collectant en routine les données pertinentes et capable d'évolution en fonction des besoins est un pré-requis indispensable à l'évaluation au sein de l'établissement.

1.2.3 L'échec relatif des politiques de résorption de l'absentéisme dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

Une seule donnée pourrait suffire à attester de l'échec relatif des politiques de résorption de l'absentéisme dans nos établissements : les indicateurs tels qu'ils sont libellés par la DHOS, taux d'absentéisme maladies, nombre de journées perdues par agent stagnent à un niveau élevé depuis une dizaine d'années. Comparées au secteur privé, les indicateurs d'absence sont mauvais, en outre, la médiocrité des performances

²⁷ « Quality of care is the level of attainment of health systems' intrinsic goals for health improvements and responsiveness to legitimate expectations to the populations », in Assuring the Quality of Health Care in the EU: A Case for Action, WHO, Observatory Studies n°12, p.32.

²⁸ Voir en particulier la section II-Le coût des défauts de qualité des soins, p. 37-40, in, « Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions », CCECQA-ANAES, 2004.

du secteur sanitaire et médico-social sur le plan du présentéisme se confirme également au regard des indicateurs des deux autres fonctions publiques, fonction publique d'Etat et fonction publique territoriale. Est-ce à dire que les structures sanitaires et médico-sociales n'ont pas tenté de remédier à l'absentéisme professionnel ? Il convient de procéder à une évaluation des deux outils principaux de lutte contre l'absentéisme : contrôle des arrêts médicaux et modulation du régime indemnitaire.

Les établissements disposent de peu d'outils pour récompenser le présentéisme, si ce n'est le mode de calcul de la prime de service, officiellement articulé sur les jours de présence. En effet, l'établissement n'a pas la possibilité de créer une prime de présence ad hoc, l'arrêt du 27 novembre 1992 du CE stipule que « l'organe délibérant ne dispose d'aucun pouvoir normatif lui permettant de créer une prime, sa compétence reste encadrée par les textes afin de répondre au souci d'équilibre entre le principe de libre administration des collectivités territoriales et le principe de parité entre fonctions publiques ». La réponse du ministre de la fonction publique à la question écrite sénatoriale n°19318 du 7 octobre 1999 rappelle que l'organe délibérant peut « décider de moduler les attributions servies à chaque agent en fonction des critères qui lui sont propres et qu'il aura préalablement définis, parmi lesquels peut figurer une proratisation des primes et indemnités en fonction de la présence de l'agent ». La modulation de la prime de service repose sur une logique binaire, d'un côté, on récompense l'assiduité par une majoration de la prime ou en servant une prime complète, et de l'autre, on la rend dégressive. D'un côté, on exerce une pression sur la motivation à être présent, de l'autre, on sanctionne. En l'absence d'évaluation rigoureuse des effets de la modulation des primes dans la fonction publique hospitalière, force est de constater qu'un d'un point de vue global, la mise en œuvre de ce système n'a pas rencontré le succès escompté comme l'atteste le maintien de l'absentéisme à un niveau élevé. En outre, l'utilisation de sanctions pécuniaires ou de récompenses peut même être contre-productive. Lorsque l'absence est le résultat d'un arbitrage conscient, certains agents peuvent faire le choix de perdre cette prime. A contrario, certains agents peuvent décider de venir travailler en étant malades et prendre le risque de voir leur état de santé s'aggraver.

La politique de contrôle des arrêts médicaux vise à vérifier l'authenticité et la légitimité des arrêts maladies. Elle est complémentaire de la politique de contrôle effectuée par la Caisse d'Assurance Maladie. Elle est mise en œuvre par des organismes spécialisés. Si le médecin de contrôle estime que l'arrêt n'est pas justifié ou si le salarié n'est pas à son domicile, l'établissement est en droit de cesser tout maintien du salaire à compter le jour

du contrôle et jusqu'à la fin de l'arrêt. Cependant, dans la pratique, on constate que, dans la majorité des cas, le médecin contrôleur confirme le diagnostic initial de son confrère²⁹. En outre, le contrôle médical est dispendieux pour l'établissement. Cette mesure dissuasive ne peut constituer le cadre d'intervention d'une politique de lutte contre l'absentéisme maladie, pour au moins deux raisons. Elle est totalement inefficace à l'encontre des arrêts de courte durée, or, ce sont ces arrêts qui génèrent le plus de perturbations au sein de l'établissement. Deuxièmement, elle est excluante et ne traite pas les causes de l'absentéisme.

Les approches coercitives sont donc d'un effet limité. Dans cet échec, deux processus sont mêlés. D'un côté, la légitimité de l'absence médicale est difficile à objectiver. Dans la majorité des cas, le contrôle confirme l'arrêt. En schématisant beaucoup, on peut dire que les abus sont marginaux. De l'autre, la politique de soutien au présentéisme par modulation de la prime de service, version sophistiquée de la politique de « la carotte et du bâton » repose sur une articulation « volonté-présence au travail » qui ne se dissout pas totalement dans toutes les combinaisons autrement plus complexes des arbitrages opérés par les agents. Le problème est alors celui-ci : comment se fait-il que ces outils se soient imposés ? Comment dépasser cette gestion comptable de l'absentéisme professionnel ?

²⁹ D'après les enquêtes de la CNAM, les arrêts médicalement injustifiés s'élèvent autour de 6% et correspondent surtout à des arrêts de courte durée ou alors à des arrêts de très longue durée, op

2. Diagnostic de l'absentéisme au sein de l'hôpital Bretonneau : les paradoxes d'une vitrine de l'AP-HP

2.1. Mesure de l'absentéisme professionnel au sein de l'établissement

2.1.1 Présentation de l'hôpital Bretonneau : offre de soins et activité

Ancien établissement spécialisé de pédiatrie, situé au cœur du 18^{ème} arrondissement de Paris, l'hôpital Bretonneau a été reconstruit en 1998 et est devenu un établissement à vocation gériatrique. Depuis 2005, un pôle d'odontologie a été adjoint à l'établissement. L'hôpital Bretonneau, spécialisé dans les maladies du grand âge, se présente comme un hôpital innovant par son architecture et par son ouverture sur la ville. Le nouvel hôpital (ouverture en 2001) est composé de deux groupes parallèles, chacun composé de 3 pavillons (à 2 ou 3 étages), reliés entre eux par des galeries sur toute la hauteur, et aérés par des patios et terrasses ; l'ensemble, de type polybloc, est unifié par une rue-intérieur. Les bâtiments sont en béton poli, panneaux de brique, verre et zinc gris, avec bandes de pierre marquant les niveaux en façade. Ces bâtiments récents sont réservés à l'hospitalisation, tandis que les pavillons anciens abritent les services généraux, des services de médecine et l'administration.

Doté de 205 lits et de 30 places d'hôpital de jour, il a été conçu autour de 2 concepts forts dans la prise en charge des personnes âgées malades :

- la maisonnée, unité de vie et de soins pour 15 personnes.
- la rue intérieure, qui recrée une vie de quartier.

Bretonneau propose une offre de soins très complète en gériatrie et en psychogériatrie, 3 équipes mobiles (soins palliatifs et douleur, psycho-gériatrie, évaluation et conseil gérontologiques), une plate forme gérontologique de conseil et d'orientation ainsi qu'un centre de formation gérontologique.

Structure de l'offre de soins -Hôpital Bretonneau 2006-2008

Source : Rapports d'activité

Années	CS	SSR	SLD	SP	HDJ
2006	31	61	105	8	30
2007	31	61	105	8	30
2008	31	76	90	8	30

L'activité de l'hôpital culmine à un niveau soutenu, le taux d'occupation atteint un niveau très élevé, tandis que le score du GIR moyen pondéré proche de 900 confirme sa vocation de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Evolution de l'activité -Hôpital Bretonneau (AP-HP)

2006-2008

Source : Rapports d'activité

Années	GMP SLD	DMS MCO en Jours	Taux O MCO en %	Taux O SSR en %	Taux O SLD en %
2006	900	16,1 J	92,9	97	99,3
2007	900	14,3 J	93,2	95	99,1
2008	900	14,1 J	93,5	96	99,1

Entre 2004 et 2007, l'activité de court séjour aura vu sa DMS diminuer de moitié. Dans le même temps, le nombre d'admissions a été multiplié par un peu moins de deux, tout en conservant un taux d'occupation en progression.

S'agissant du SSR, la diminution de la DMS de plus de 25% en trois ans rapproche l'établissement de la moyenne nationale. L'augmentation du nombre de lits en 2008 et 2009 (par conversion de lits de long séjour) permet de répondre aux besoins accrus de la région parisienne.

Enfin, le taux d'occupation propre à l'activité de soins de longue durée est supérieur à 99%. Au sein des unités de SLD, les patients accueillis relèvent clairement de

l'environnement hospitalier au vu de la courbe Pathos qui a identifié 85% de patients nécessitant des soins médicaux et techniques importants.

2.1.2 Du « projet Bretonneau » aux groupes hospitaliers de l'AP-HP : généalogie d'un malaise

Le projet Bretonneau de vitrine de prise en charge de la personne âgée dépendante n'a pas résisté aux contraintes financières et aux contradictions internes qu'il recelait. Un audit éthique mené en 2007 par un prestataire extérieur a identifié les dysfonctionnements sans qu'un plan d'actions à la mesure des carences n'ait pu être mis en œuvre. Aujourd'hui, la mise en œuvre du projet d'établissement et du projet de soins doit tenir compte de la nouvelle organisation de l'AP-HP en groupes hospitaliers.

L'un des traits caractéristiques de l'hôpital Bretonneau est d'avoir été conçu comme un hôpital pilote de l'AP-HP en termes de prise en charge des personnes âgées. L'hôpital a bénéficié de moyens extraordinaires : programme architectural préfigurant les normes HQE, recrutement d'une équipe projet et montée en puissance très progressive de l'activité de l'établissement. Lors de son ouverture, trois spécificités le distinguent des autres établissements à vocation gériatrique de l'Assistance Publique. Premièrement, des dotations exceptionnelles en termes de ressources humaines, on verra plus loin que le ratio patients/soignants demeure remarquable, une équipe sociale et de rééducation extrêmement riche. Deuxièmement, un programme architectural intégrant les normes ergonomiques de prise en charge des personnes âgées. Enfin, un projet d'établissement et de soins centrés sur la bienveillance de la personne âgée et des personnels, reposant sur l'autonomie du soignant et de la reconquête des facultés de la personne âgée dépendante. Basé sur l'interdépendance et la réciprocité lorsque le patient rend ses actes de soins dépendants des attentes du patient, patients et soignants deviennent partenaires dans un projet de vie. De là une ambiguïté, car le projet repose autant sur la dépendance et l'autonomie des soignants. Dans cette perspective, indépendance et autonomie se complètent ... et s'opposent. Le jeu réciproque des deux partenaires repose sur une gestion extrêmement souple des équipes ainsi que sur la responsabilisation des soignants. Dans cette structuration du soin, le cadre joue plus que jamais un rôle pivot, davantage chef d'orchestre que régulateur. Le projet initial s'est étiolé pour au moins trois raisons : l'autonomie des soignants n'a pas tenu ses promesses du fait de la rotation des équipes, en dépit d'un capital de notoriété favorable de l'établissement et du fait également de la tension permanente entre la normalisation croissante des soins et le postulat de l'individualisation de la prise en charge. Deuxièmement, la gestion du temps de travail des soins volontairement plus lâche que dans des établissements gériatriques

Dimitri GRYGOWSKI- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2009

standards n'est plus apparue compatible avec les impératifs de la planification des soins. La brèche quotidiennement élargie de l'inobservance des horaires rendue possible par une dotation généreuse en effectifs n'était plus tenable lorsque l'AP-HP s'engagea dans une politique de retour à l'équilibre financier. Et en même temps que s'opérait ce glissement se produisait une transformation de la clientèle de l'hôpital : accueil quasi exclusif de patients en GIR I&II souffrant de poly-pathologies. Si bien qu'il avait une inadéquation grandissante entre le projet initial de l'établissement tel qu'il avait été présenté aux soignants et les réalités d'un hôpital gériatrique de proximité inscrit dans le programme de convergence de l'Assistance Publique.

Progressivement, le projet de soins est rentré dans la norme. Bref, vidé de sa substance, le projet Bretonneau se résumait à un programme architectural de grande qualité. A la limite, les innovations architecturales introduites par l'implantation en maisonnées autour de lieux de vie tels que la cuisine américaine sont devenues des pesanteurs. S'affirme bientôt le principe d'appartenance des soignants à une maisonnée et les difficultés à opérer les rotations de personnels d'une maisonnée à l'autre. S'il n'est pas prouvé que la structuration en maisonnée est plus consommatrice de personnel, le sentiment d'isolement et d'appartenance à l'une de ces unités de soins continuent à alimenter la discussion sur le niveau des effectifs. Aujourd'hui, le projet Bretonneau est davantage un idéal destructeur que fédérateur et mobilisateur. Le problème des effectifs annoncés pendant la période initiale puis dénoncés ensuite a été un premier facteur de déception, même si les ratios patients/soignants demeurent extrêmement confortables.

Devant la persistance d'un sentiment de malaise, la direction de l'hôpital Bretonneau s'est engagée en 2007 dans une démarche d'audit éthique. Ce dernier conduit par un prestataire extérieur via des entretiens semi-directifs a confirmé la dégradation des performances de l'hôpital en termes de prise en charge. Sans être alarmants, les indicateurs qualité se situaient dans la moyenne. Egalement, l'audit éthique a confirmé plusieurs dysfonctionnements : des situations de maltraitance, un sentiment diffus de mal être des soignants³⁰. Il a permis d'identifier plusieurs causes à la dégradation des performances de l'hôpital : le décalage entre le projet de soins initial et la réalité, l'encadrement comme maillon faible du management notamment, une culture institutionnelle permissive. Mais s'il est vrai que l'audit a suscité des attentes, du fait notamment de restitutions à l'ensemble du personnel, il n'a été suivi que de peu d'actions

³⁰ Par exemple, parmi les indicateurs de bientraitance, sur 77 personnes interrogées, la douceur verbale était jugée acquise par 28 interrogés, plutôt inégale par 36 interrogés) et sur les 28 interrogés, 17 n'appartenaient pas aux maisonnées, in Restitution Audit Ethique Hôpital Bretonneau, Antigone, septembre 2007, p. 2.

correctrices. Comme il est souvent d'usage, le plan d'actions s'est rapidement porté sur le recadrage des horaires de travail et de la discipline³¹. Certes, en 2009, presque l'ensemble du personnel aura été formé à la bienveillance, sans toutefois que le projet Bretonneau n'ait fait l'objet d'une réactualisation concertée.

Un nouvel enjeu pour l'hôpital Bretonneau est de participer à la démarche de groupements hospitaliers décidée par le conseil d'administration de l'AP-HP en juillet 2008³². Des 38 établissements évoluant dans le giron de l'assistance publique ne subsisteront qu'onze établissements. L'objectif de l'AP-HP est parvenir à l'équilibre financier en 2012 en mutualisant les ressources des établissements existants. L'ensemble des groupes devra être opérationnel en 2011. La démarche de groupement est synchronisée avec le Plan de Retour à l'Equilibre lancé en 2007 dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens négocié entre l'Etat et l'AP-HP.

A ce stade de l'étude, il convient d'examiner quelles sont les conséquences de cette réorganisation sur la problématique de l'absentéisme professionnel au sein de l'hôpital Bretonneau. La réorganisation impacte d'abord les structures : des instances locales, seul subsistera le CHSCT, les autres instances des 3 établissements étant fusionnées dès 2011. En fondant les budgets des trois établissements, la démarche de groupement renforcera le mouvement de convergence des moyens, ressources en personnel soignant notamment dans la mesure où la fusion des équipes administratives ne permettra pas de générer à elle seule les dépenses de restructuration inhérentes à toute fusion d'établissement. Bref, la démarche de groupement est susceptible de lester davantage le débat sur le niveau des effectifs. De même, elle impose une contrainte supplémentaire à la direction de l'établissement, celle du temps disponible à l'élaboration et la mise en œuvre d'une démarche de résorption de l'absentéisme professionnel. Enfin, elle fait encourir le risque de télescopage entre deux problématiques connexes : la convergence des effectifs dans le cadre des discussions sur l'EPRD et l'optimisation des ressources humaines par la réduction des absences au travail. Bref, s'il n'y a ni tout à fait convergence entre les deux questions, ni opposition foncière, il y a risque de trop plein et de moindre disponibilité de la direction et des représentants du personnel.

³¹ Parmi les actions envisagées, figuraient notamment : la diffusion du projet d'établissement, la formation des personnels à la prise en charge des personnes souffrant de troubles du comportement, la réinstauration de règles précises en matière d'horaires, de durée des pauses et de qualité de langage. Les actions les plus ambitieuses : groupes de parole pour les équipes, charte de managements par exemple n'ont pas été suivies d'effet.

2.1.3 La démographie du personnel de l'hôpital Bretonneau

L'effectif de l'établissement est stable tout en partageant certaines des difficultés propres aux établissements sanitaires de l'Île de France : des difficultés importantes en termes de recrutement des Infirmières Diplômées d'Etat ainsi qu'un turn-over élevé de l'ensemble du personnel soignant.

Bilan des ressources en personnel- Effectifs couverts par le CHSCT 2006-2008

source : Bilan d'Hygiène et de Sécurité

	2006	2007	2008
Total des effectifs	606	571	562
Dont Personnel Médical	173	183	180
Dont Personnel non Médical	433	388	382
Personnel administratif	54	44	42
Personnels soignants	318	305	300
Personnels éducatifs et sociaux	11	10	11
Personnels ouvriers et techniques	40	17	17
Personnels médico-techniques	10	12	12

Répartition des effectifs par sexe

Source : BHSCT

Années	Hommes	Femmes	Dont personnel soignant	
			Hommes	Femmes
2006	174	432	48	270
2007	142	429	43	262
2008	140	422	40	260

³² La démarche est présentée par le Président de l'AP-HP, Benoît Leclercq sur le site d'informations grand public de l'Assistance-Publique. http://www.lewebzine.aphp.fr/spip.php?article108&page=article-arc&id_article=108

Mouvement des personnels AP-HP couverts par le CHSCT

Source : BHSCT

Années	Entrées	Sorties	Solde
2005	58	42	+16
2006	106	99	+ 7
2007	70	85	-15

En 2007, à l'Hôpital Bretonneau, les femmes contribuent à hauteur de 87% de l'emploi des aides-soignants. 60% des aides-soignantes étaient âgées de moins de 40 ans. Cette forte féminisation de l'emploi soignant expose l'établissement à une plus forte occurrence de l'absentéisme pour congés de maternité ou pour congés enfants malades.

L'hôpital Bretonneau se distingue par une dotation en personnel soignant et personnel de rééducation particulièrement confortable au regard d'hôpitaux à vocation gériatrique ou par rapport à des EPHAD. Les ratios soignants/patients lui sont très favorables et préfigurent les recommandations du Plan Solidarité Grand Age ou ceux plus récents de la circulaire DHOS portant sur le fonctionnement des unités de soins de longue durée³³.

TYPE DE STRUCTURE	Ratio patients/soignants 2008
Bretonneau (personnel soignant) ³⁴	1,15
Bretonneau (personnel soignant + rééducation)	1,21
USLD ³⁵	0,64
EPHAD ³⁶	0,3

2.2 Une progression marquée de l'absentéisme depuis 2007

³³ Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2006, modifiée, concernant les unités de soins de longue durée. Les recommandations sont de 1,1 ETP par lits tous professionnels confondus.

³⁴ Tous services confondus dont Court Séjour, SSR, SLD, soins palliatifs et HDJ. Le personnel médical n'est pas comptabilisé, à la différence des recommandations de la circulaire DHOS 193 laquelle inclut le personnel médical dans son ratio de 1,1 ETP.

³⁵ FHF 2008.

L'absentéisme peut être défini comme le rapport entre le temps d'absence du poste et le temps travaillé sur une période donnée. Il faut distinguer la maladie ordinaire, la longue maladie, la maternité, les accidents du travail... Un premier indicateur susceptible de mesurer l'ampleur et la magnitude du phénomène est de rapporter le nombre de jours travaillés par rapport aux journées théoriques de travail. L'intérêt de cet indicateur consiste à mettre en évidence les journées de travail effectivement mobilisables, le stock de journées à travailler ayant été épuré des droits à congés et de tenir compte des correctifs (protocoles ad hoc par exemple), spécifiques au grade ou à l'emploi.

Evolution des jours travaillés/jours théoriques de travail entre 2006 et 2007

Source : Bilan social

ANNEE 2006				
<i>CATEGORIES</i>	<i>JTT</i>	<i>PRESENCE</i>	<i>TAUX DE PRESENCE</i>	<i>ABSENTEISME</i>
ADMINISTRATIFS	8259	7839	94,91%	5,09%
SOIGNANT	44060	39911	90,58%	9,42%
EDUCATIF ET SOCIAL	2144	1980	92,35%	7,65%
MEDICO-TECHNIQUE	1889	1800	95,28%	4,72%
TECHNIQUE	8299	7885	95,01%	4,99%
ENSEMBLE	64651	59415	91,90%	9,10%

ANNEE 2007				
<i>CATEGORIES</i>	<i>J.T.T</i>	<i>PRESENCE</i>	<i>TAUX DE PRESENCE</i>	<i>ABSENTEISME</i>
ADMINISTRATIFS	9535	8939	93.74%	6.26%
SOIGNANT	64317	56181	87.35%	12.65%
EDUCATIF ET SOCIAL	2061	2021	98.05%	1.85%
MEDICO-TECHNIQUE	2554	2479	97.06%	2.94%
TECHNIQUE	8502	8159	95.96%	4.04%
ENSEMBLE	86969	77779	89.43%	10.57%

³⁶ Agevillage-pro 2007.

EVOLUTION 2006-2007

CATEGORIES	ABSENTEISME 2006	ABSENTEISME 2007	VARIATION
ADMINISTRATIFS	5,09%	6,26%	+22,98%
SOIGNANT	9,42%	12,65%	+34,28%
EDUCATIF ET SOCIAL	7,65%	1,85%	-75,81%
MEDICO-TECHNIQUE	4,72%	2,94%	-37,71%
TECHNIQUE	4,99%	4,04%	-19,03%
VARIATION ENSEMBLE 2006/2007			+16,15%

Pour l'ensemble des catégories de personnel, le taux d'absentéisme défini selon les jours de travail effectivement mobilisables affiche une progression de plus de 16% entre 2006 et 2007. La progression est particulièrement marquée au sein de la catégorie professionnelle des soignants dont le taux d'absence croît de plus de 34% en 2007.

Un deuxième niveau de mesure de l'absentéisme correspond au taux d'absentéisme global. Il peut être calculé par agent en fonction de sa catégorie professionnelle, son emploi, le métier occupé. Dans un premier temps, il est exprimé en jours d'absence par agents. Puis il est rapporté aux jours théoriques de travail. Il peut intégrer toutes les catégories d'absence tels que les motifs médicaux (maladie, congé maternité, accident du travail...) et non médicaux (formation, congés bonifiés...).

Il est d'usage d'isoler les journées d'absence pour motifs médicaux.

Evolution des journées d'absence par agents pour motifs médicaux : 2006-2007

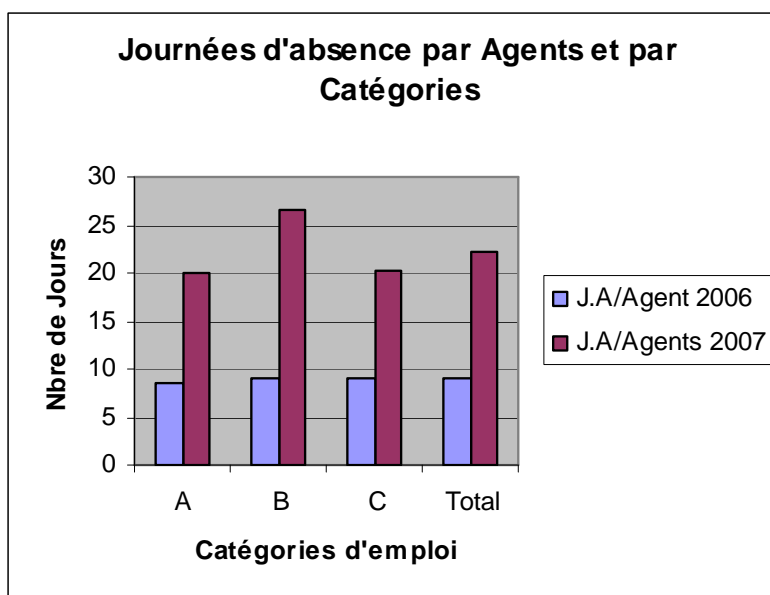
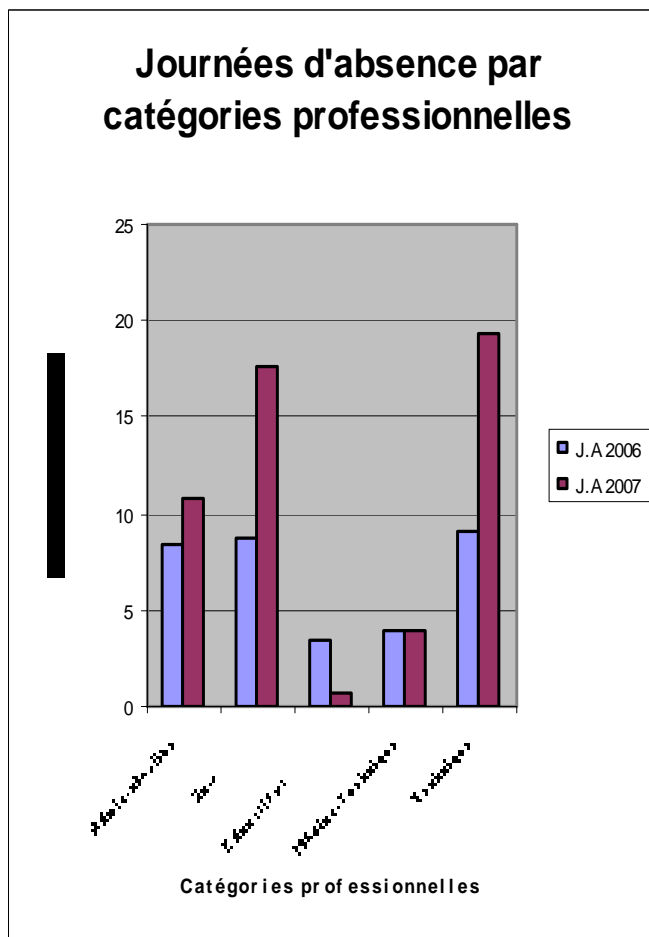
Sources : Pilote RH

	Effectifs 2006	Effectifs 2007	J.A /Agents 2006	J.A/Agents 2007
Catégories d'emploi				
Administratif				
Cat. A	7	6	0	6
Cat. B	18	17	4,55	7,11
Cat. C	16	21	16,31	14,95
Ensemble	41	44	8,36	10,84
Soignant				

Cat. A	23	21	13,78	31,95
IDE	90	87	10,14	26,09
AS	205	197	7,58	12,36
Ensemble	318	305	8,75	17,62
Educatif et Social				
Cat. A	1	1	0	0
Cat. B	10	9	7,1	0,77
Cat. C-D	10	0	0	0
Ensemble	21	10	3,38	0,7
Médico-Technique				
Cat. A	2	2	0	0
Cat. B	7	7	6,71	6,42
Cat. C-D	3	3	0	1
Ensemble	12	12	3,91	4
Technique				
Cat. A	4	6	0	0,83
Cat. B	8	8	0,25	24,87
Cat. C-D	26	27	11,34	21,85
Ensemble	38	41	7,81	19,35
Total	430	412	9	16,26

Les absences pour motifs médicaux augmentent considérablement entre 2006 et 2007 (16,2 jours en moyenne en 2007³⁷). Le nombre de jours d'absence pour motif médical est fortement lié à la catégorie statutaire comme le signalent les données propres à la filière technique.

³⁷ Les résultats issus du Bilan Social ne concordent pas avec les indicateurs extraits de l'outil Pilote RH.



Deuxièmement, l'absentéisme est également fortement connecté à la filière professionnelle, de fait, on constate une forte dispersion des indicateurs entre la filière des soins (17,6 jours d'absence en moyenne en 2007) et la filière médico-technique et la filière éducative et social (moins de 4 jours en 2006).

Taux d'absentéisme global pour raisons de santé 2006-2007 :

Dimitri GRYGOWSKI- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2009

Source : Pilote RH

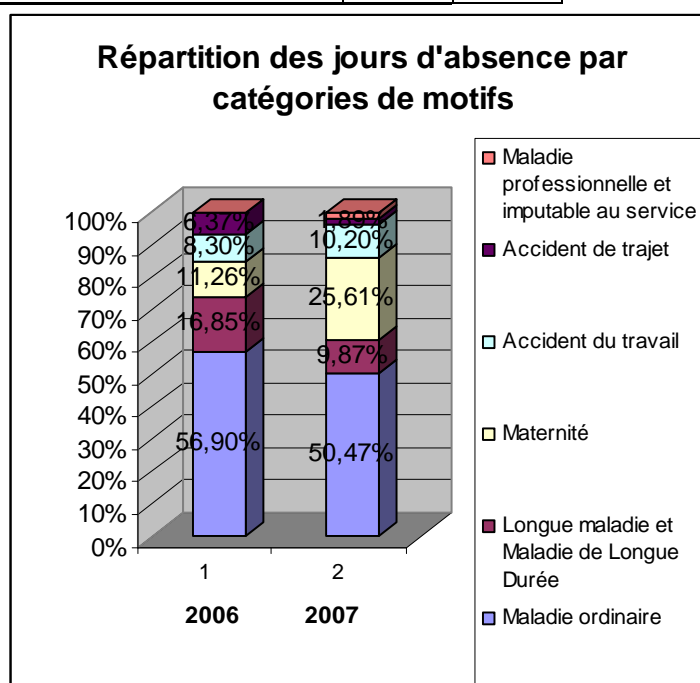
	TAG SANTE 06	TAG SANTE 07
Catégories d'emploi		
Administratif		
Cat. A	0	2,8
Cat. B	2,01	3,19
Cat. C	9,57	7,38
Ensemble	4,14	5
Soignant		
Cat. A	6,41	16,27
IDE	4,65	12,1
AS	3,67	5,87
Ensemble	4,16	8,35
Educatif et Social		
Cat. A	0	0
Cat. B	3,31	0,37
Cat. C-D	0	0
Ensemble	3	0,33
Médico-Technique		
Cat. A	0	0
Cat. B	3,78	2,94
Cat. C-D	0	0,5
Ensemble	2,48	1,87
Technique		
Cat. A	0	3,98
Cat. B	0,15	15,22
Cat. C-D	4,88	9,94
Ensemble	3,57	9,33
Total	4,03	7,7

Le taux d'absentéisme global pour raisons de santé suit une évolution symétrique. Les absences pour motif médical auraient amputé le temps théorique à travailler de 4% en 2006 et de 7,7% en 2007.

Evolution de la répartition des jours d'absence pour motifs médicaux entre 2006 et 2007

Source : Pilote RH

MOTIFS	2006	2007
Maladie ordinaire	56,90%	50,47%
Longue maladie et Maladie de Longue Durée	16,85%	9,87%
Maternité	11,26%	25,61%
Accident du travail	8,30%	10,20%
Accident de trajet	6,37%	1,89%
Maladie professionnelle et imputable au service	0,32%	1,96%
Total	100%	100%



Les maladies de courte durée représentent près de 57% des absences en 2006 et un peu plus de 50% des absences en 2007. Il s'agit là de la première catégorie d'absences pour motif médical. Viennent ensuite les absences pour accident du travail et les absences pour maternité, paternité ou adoption. Notons que les absences pour maternité occupent un poids croissant (2^{ème} motif d'absence en 2007). Cette tendance, par ailleurs confirmée au niveau national³⁸ s'explique à la fois par l'évolution démographique du personnel avec davantage de jeunes en âge d'avoir des enfants, et

³⁸ Bilan social 2005 des établissements publics de santé, DHOS, p. 58.

secondairement par l'introduction des congés de paternité³⁹. Par ailleurs, on relève une augmentation non négligeable des accidents du travail, et ce, en dépit d'un investissement considérable en termes de formation aux gestes et postures.

Pour saisir la problématique de l'absentéisme professionnel dans sa globalité, il convient d'intégrer les motifs d'absence non médicaux, cette dernière catégorie hétérogène permet de mesurer l'évolution des absences pour formation professionnelle, le niveau des absences injustifiées, et de progresser dans l'identification du niveau de l'absentéisme incompressible.

Les absences pour motifs non médicaux : davantage de jours de formation

Source : Pilote RH

	J.A/Agents 2006	J.A/Agents 2007	dont Formation 2006	dont Formation 2007
Catégories d'emploi				
Administratif				
Cat. A	2,28	2,66	1,57	2,66
Cat. B	2,11	3,67	1,66	1,17
Cat. C	1,5	3,9	1,43	1
Ensemble	1,9	3,68	1,56	1,29
Soignant				
Cat. A	5,17	5	5,08	4,47
IDE.	3,5	4,68	1,97	2,55
AS-AAH	3,24	5,64	0,79	1,87
Ensemble	3,45	5,33	1,43	2,24
Educatif et Social				
Cat. A	1	0	1	0
Cat. B	1,9	3,33	1,3	1,33
Cat. C-D	0	0	0	0
Ensemble	0,42	3	0,66	1,2
Médico-				

³⁹ En 2007, à l'Hôpital Bretonneau, les femmes contribuent à hauteur de 87% de l'emploi des aides-soignants. 60% des aides-soignantes étaient âgées de moins de 40 ans.

Technique				
Cat. A	3,5	3	3,5	3
Cat. B	4,57	2,85	1,71	0,14
Cat. C-D	1,33	0,33	0	0
Ensemble	3,58	2,25	1,58	0,58
Technique				
Cat. A	0	0,83	0	0,8
Cat. B	3,25	5,62	2,87	2,62
Cat. C-D	3,5	6,18	1,88	3,18
Ensemble	3,07	5,29	1,89	2,73
Total	3,15	5	1,45	2,11

Le nombre d'absences non médicales enregistre une forte hausse entre 2006 et 2007 (3,15 jours en 2006) et 5 jours en 2007. Cela est principalement lié à l'augmentation des jours de formation qui passent de 1,45 jour en 2006 et 2,11 jours en 2007. L'effort de formation est particulièrement marqué au sein de la filière professionnelle des soignants.

2.2. Le coût de l'absentéisme à l'Hôpital Bretonneau

2.2.1 Les coûts financiers de l'absentéisme

Le coût de l'absentéisme professionnel est multiforme. Si le coût humain et social de l'absentéisme est difficile à appréhender, il est certain que le report de la charge de travail né des absences conduit bien souvent à une surcharge de travail pour les personnels présents, et par conséquent, une source potentielle d'épuisement professionnel. Par là même, l'absentéisme professionnel peut s'autoalimenter s'il n'est pas résorbé.

Source et symptôme d'un mal être et/ou d'une souffrance au travail, l'absentéisme professionnel peut également altérer la qualité de la prise en charge des patients, qu'il y ait remplacement des professionnels absents ou non. Il s'agit certainement de la dimension la plus pénalisante de l'absentéisme. Cette évaluation se heurte à l'absence d'indicateurs ad hoc dans la mesure où les référentiels qualité appréhendent davantage l'évaluation de processus que la mesure d'indicateurs finaux.

Quant au coût financier de l'absentéisme, il représente un poids croissant alors même que l'exécution budgétaire des établissements de santé s'effectue dans des conditions de plus en plus contraintes. A l'Hôpital Bretonneau, l'absentéisme professionnel n'est compensé qu'au sein de la filière des soignants. La mise à disposition d'intérimaires permet de pallier les absences non prévues.

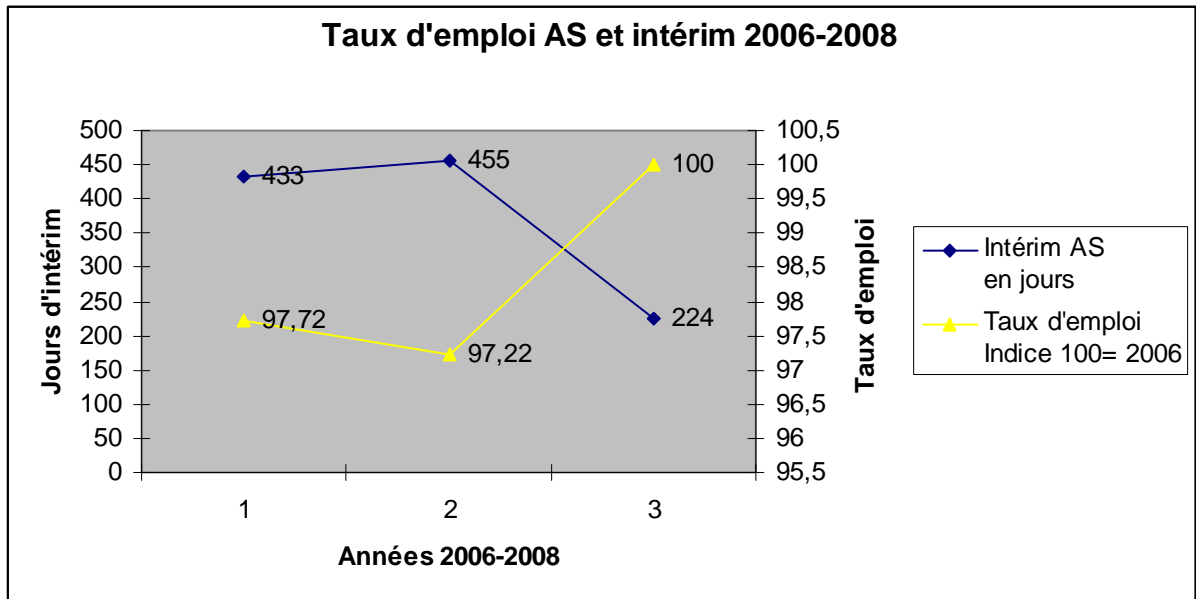
L'évolution de la consommation des crédits d'intérim a enregistré une très forte croissance entre 2006 et 2008. Toutefois, cette forte progression des crédits ne peut être attribuée dans sa totalité à l'absentéisme. En effet, la consommation des crédits d'intérim doit être analysée au regard de l'activité de l'établissement et du taux d'emploi au sein de la filière des soignants de manière à distinguer la compensation relevant de vacances d'emplois (postes ouverts et non pourvus) et de l'absentéisme professionnel.

Entre 2006 et 2008, les crédits d'intérim progressent de 159 945€ à 312 654€, soit une croissance de 95%. Plus significative est la progression du nombre de jours d'intérim, lesquels doublent sur la durée. L'activité de l'établissement définie par le taux d'occupation des lits n'est pas un paramètre significatif dans la mesure où elle est stationnaire et proche des 100%. Le taux d'emploi du personnel soignant structurellement négatif se dégrade sur la période, notamment en ce qui concerne l'emploi infirmier (89.2 en 2008 sur une base 100 en 2006). A contrario, le taux d'emploi des aides-soignants proche de l'équilibre se redresse nettement en 2008. Au cours des deux derniers trimestres de l'année 2008, les absences non prévues d'AS ne sont plus compensées par des vacances d'intérimaires.

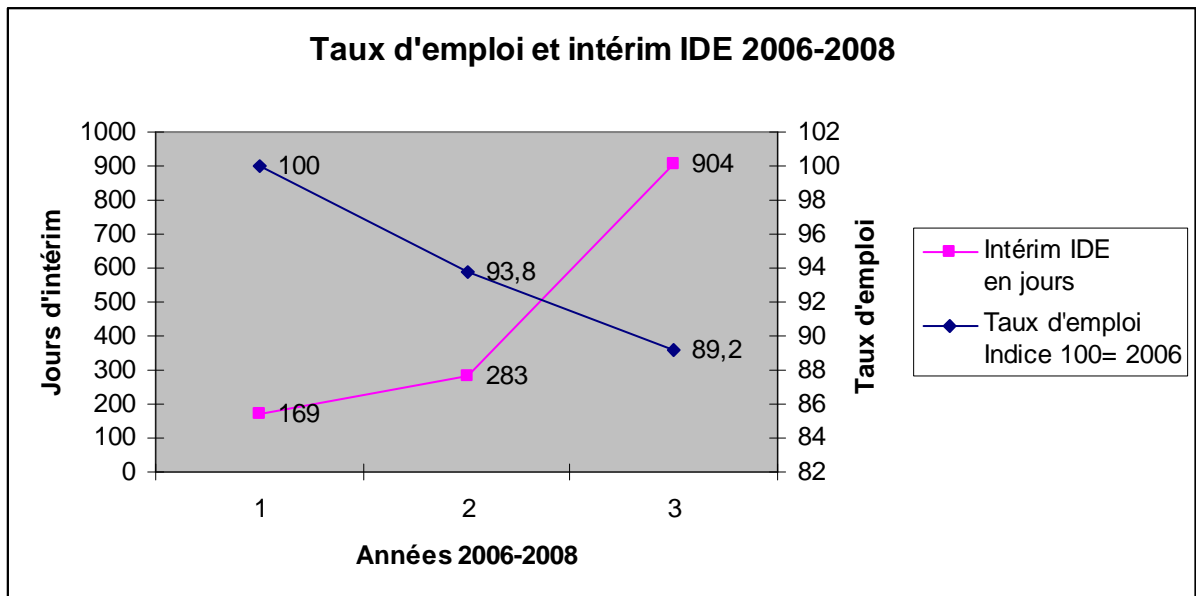
Indicateurs globaux de l'intérim et des taux d'emploi au sein de la filière soignante 2006-2008

Sources : Pilote RH/service finances

Années	Enveloppe globale intérim en €	Variation Intérim	Nombre de Jours	Taux d'Emploi IDE	Variation Emploi IDE base 2006	Taux d'emploi AS	Variation Emploi AS base 2006	Taux d'occupation
2006	159945		624	97,6	100	97,72	100	99
2007	192760	+20,51 %	738	91,5	93,8	97,22	99,9	99
2008	312654	+62,19 %	1128	87,1	89,2	100	102,3	99



L'amélioration du taux d'emploi des aides-soignants se traduit par une réduction de la consommation des vacances d'intérim sur la période 2006-2008.



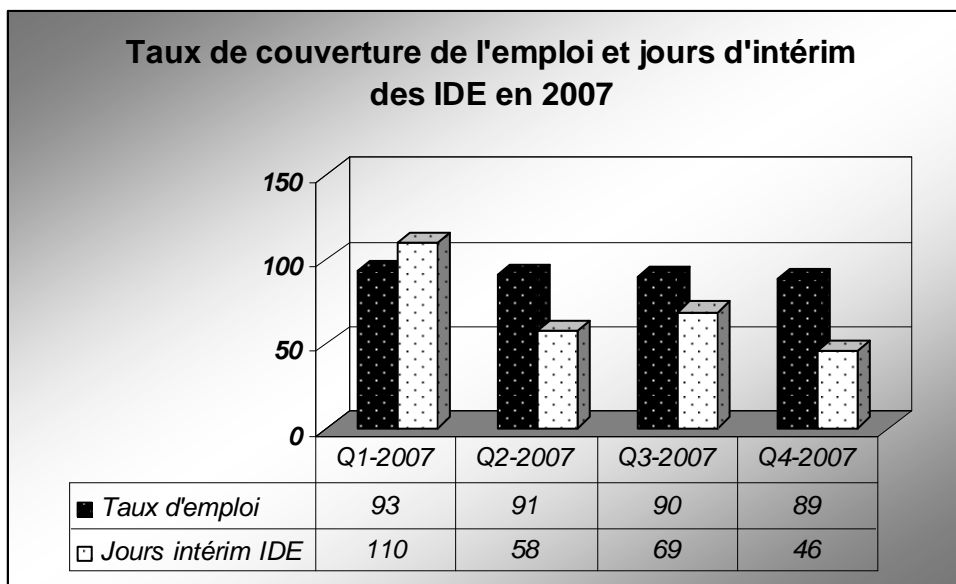
A contrario, la dégradation du taux d'emploi des infirmiers diplômés d'Etat provoque une forte progression de la consommation de vacation d'intérim.

S'il est indéniable que la forte augmentation des vacances d'intérim est corrélée à la dégradation de l'emploi infirmier (près de 11 emplois d'IDE vacants en 2008 par Dimitri GRYGOWSKI- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2009

exemple), l'examen des variations infra trimestrielles suggère que le taux d'emploi au sein de la filière des soignants ne peut rendre compte à lui seul de la forte progression de l'enveloppe d'intérim. Ce constat invite à enquêter davantage sur la planification des journées de travail, ainsi que sur la gestion des protocoles de réduction du temps de travail.

Taux de couverture de l'emploi et jours d'intérim des IDE en 2007

Source : Pilote RH/finances



En effet, pour l'année 2007, la dégradation du taux d'emploi des IDE s'accompagne d'une décreue de l'intérim infirmier. Aussi bien, la réaction à la dégradation de l'emploi IDE se traduit par une consommation asymétrique de l'enveloppe d'intérim. Cette contradiction apparente invite à approfondir les facteurs sous-jacents de l'absentéisme. En effet, l'interprétation des indicateurs ne peut être que très difficile, et l'on ne s'étonnera pas outre mesure, dans ces conditions, de la diversité des résultats, quelle que puisse être la rigueur de la méthode et de l'argumentation.

2.2.2 Absentéisme et qualité des soins

En milieu hospitalier, l'absentéisme présente, outre son poids financier, un impact négatif en matière de qualité des soins pour plusieurs raisons. A titre collectif :

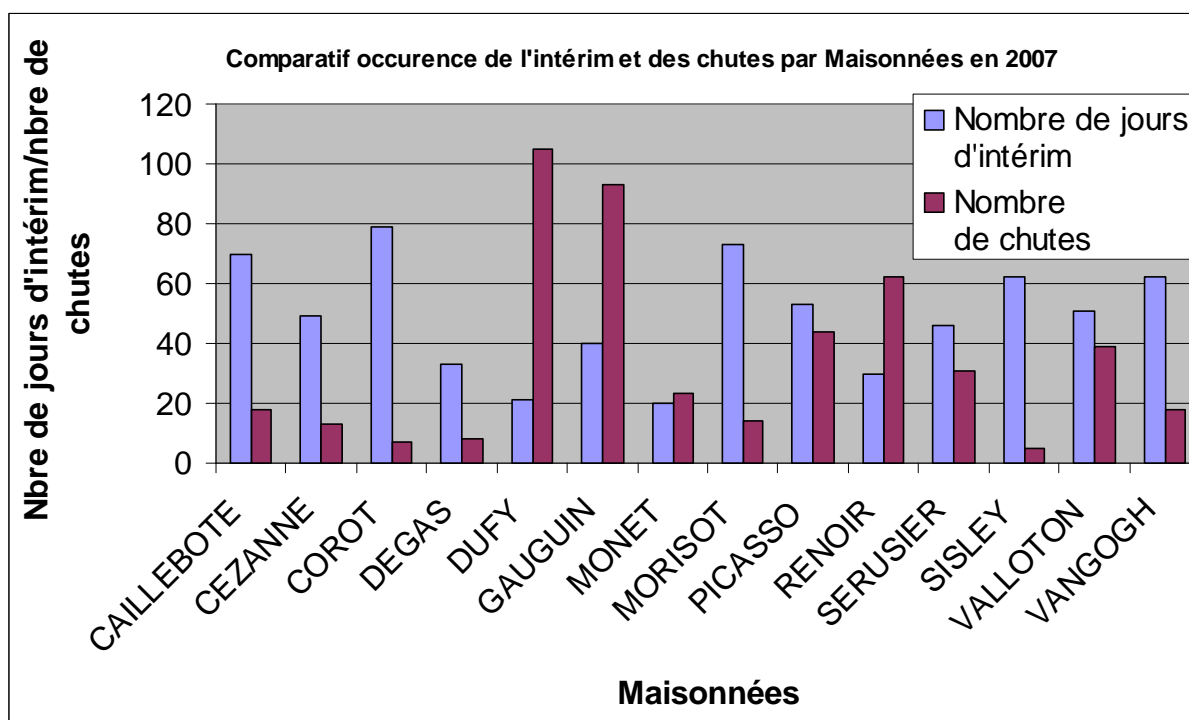
- Il désorganise l'équipe de soins (actualisation des emplois du temps, recherche de remplaçants) ;
- Il diminue la productivité de l'équipe ;

- Il augmente la charge de travail des membres restants.
- A titre individuel, il peut être le reflet d'une démotivation ainsi que la conséquence d'un épuisement professionnel face à des conditions de travail difficiles. Dans ce cas, l'absentéisme est aussi une forme de récupération, selon le rythme de ces absences.

Dans ces conditions, il est possible de concevoir que l'absentéisme professionnel soit de nature à accroître le stress des équipes, à réduire les capacités d'attention, à fragiliser la continuité des soins, enfin, l'individualisation de la prise en charge et la mise en œuvre d'un projet de vie, lesquels supposent une très bonne connaissance du patient. Reste que nous ne disposons pas d'indicateurs fiables susceptibles de mesurer l'impact de l'absentéisme professionnel sur la qualité des soins. Toutefois, il est possible de comparer certains indicateurs finaux de la qualité des soins tels que le nombre de chutes par unités de soin ici, les maisonnées) avec le nombre de vacations d'intérim. Les résultats observés pour l'année 2007 ne laissent pas de surprendre tant l'indice de dispersion du nombre de chutes entre les maisonnées est élevé. Par exemple, les maisonnées Gauguin et Cézanne (SLD) ont bénéficié d'un nombre de jours de vacation très comparable (40 jours et 49 jours) mais subissent un nombre de chutes de patients très disparate (93 chutes à Gauguin et 13 à Cézanne). Il faut souligner que l'indicateur de chutes est établi sur le mode déclaratif.

Comparatif occurrence de l'intérim et des chutes par Maisonnées en

2007 Source : Finances/Qualité

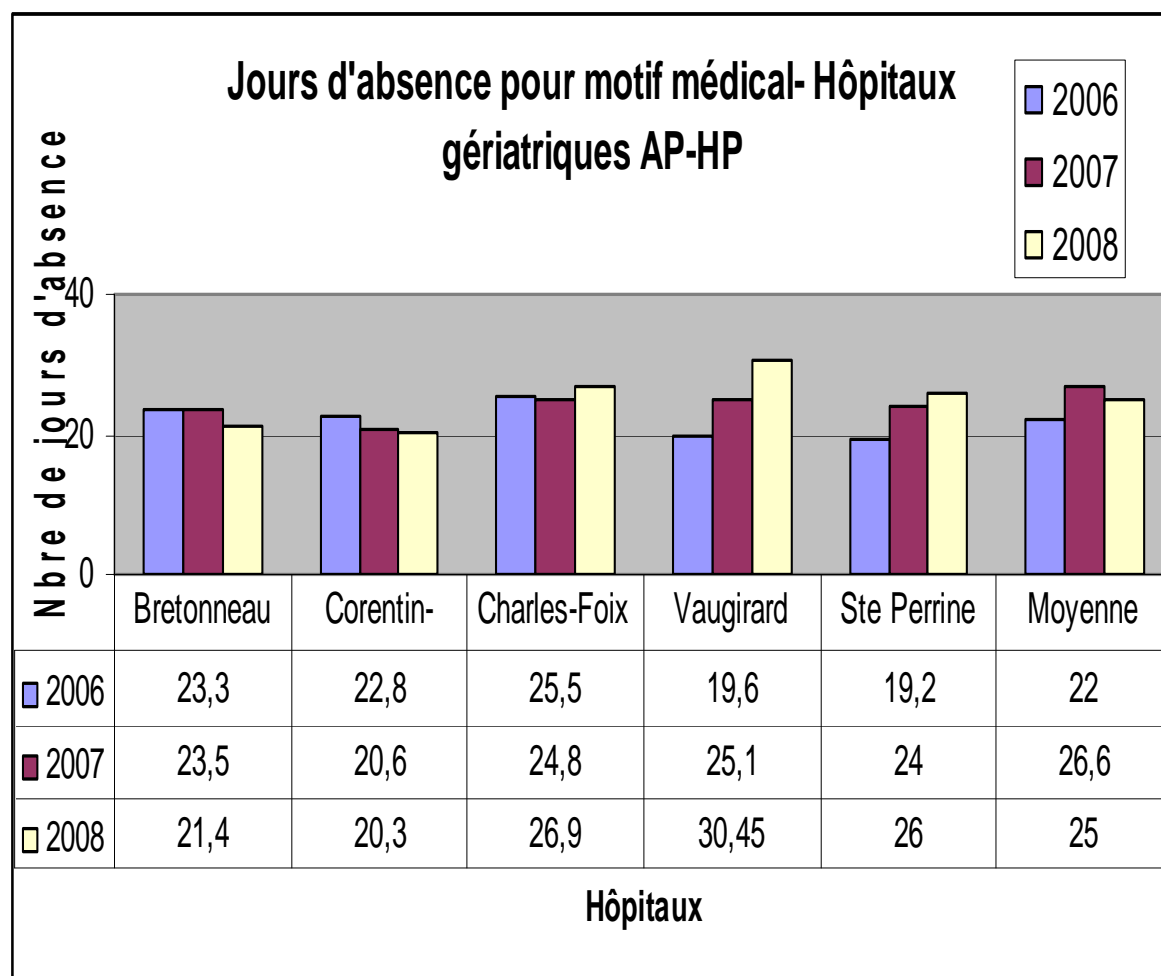


Au final, l'évolution de l'absentéisme professionnel au sein de l'Hôpital Bretonneau n'est pas atypique au sens où les indicateurs signalent des tendances symétriques aux autres EPS comparables de l'AP-HP.

Il en est ainsi des journées d'absence pour motifs médicaux, catégorie d'absence pour laquelle la performance de l'hôpital Bretonneau est sensiblement meilleure que celle de la moyenne des établissements à vocation gériatrique de l'AP-HP. Pour l'ensemble de ces établissements, l'année 2007 aura été celle d'une forte augmentation des absences professionnelles, avec une stabilisation au titre de l'année 2008.

Comparatif des absences pour motif médical -Hôpitaux gériatriques de l'AP-HP

Source : Pilote RH



Néanmoins, les établissements de l'AP-HP se distinguent par un niveau des absences pour raisons médicales très supérieur à la moyenne des établissements de santé comme le souligne la comparaison avec les données issues de l'enquête de la DHOS.

Comparatif absences médicales Bretonneau-GHU Nord et EPS de l'enquête DHOS

Sources : Pilote RH/Enquête DHOS 2005

	Hôpital Bretonneau 2008	GHU Nord AP- HP 2008	Etablissements 300-499 agents (DHOS ⁴⁰)	Etablissements >3000 agents (DHOS)
Absences médicales en jours	26,1	29,77	18,8	18

Comme nous n'avons pas cessé de le souligner, l'analyse du phénomène de l'absentéisme professionnel se heurte à des obstacles méthodologiques évidents, ne serait ce que lors de la constitution du recueil de données. Par exemple, dans le cadre de cette étude, il ne nous a pas été possible de mesurer l'absentéisme de courte durée des professionnels au contact du patient⁴¹. Cette proportion est un indicateur de processus permettant d'appréhender l'usure psychologique et/ou le manque de motivation des professionnels au contact du patient dans un établissement. De la même manière, nous aurions souhaité pouvoir mesurer l'absentéisme de courte durée en fonction de l'ancienneté au sein de l'établissement. Les outils de mesure de l'absentéisme ne donnent qu'une vision tronquée de la réalité. Ainsi, dans le cas de l'hôpital Bretonneau, il existe des distorsions importantes entre les données issues du Bilan Social et les données extraites du progiciel RH. Très souvent, les échanges d'information sur les absences n'existent pas entre la direction et les pôles opérationnels. Un deuxième obstacle tient à la mesure des coûts de l'absentéisme au regard de la qualité des soins. Certes, les résultats obtenus au titre de la campagne de certification (V2007) attestent d'une meilleure conformité aux standards de qualité tels que définis par les autorités de régulation, dont la HAS. Toutefois, comment imaginer que l'absentéisme chronique, enregistré au sein de certaines unités n'impacte pas la qualité de la prise en charge ?

⁴⁰ Les données sont issues de l'enquête réalisée en 2005.

Cette cartographie de l'absentéisme au sein de l'hôpital Bretonneau met en exergue deux éléments : l'ampleur de l'absentéisme n'est pas mécaniquement corrélée au niveau des effectifs, tandis que la gestion de la charge de travail dans le temps (plannings) n'est pas optimisée. Or, cette double équivoque suppose d'être levée parmi l'ensemble des acteurs, représentants du personnel, agents, encadrement intermédiaire et la direction.

Si les chiffres de l'absentéisme professionnel ne signalent pas une situation de crise comme l'indiquent les résultats des autres établissements de l'AP-HP présentant une activité de soin comparable, il n'en demeure pas moins que le volume d'absences constaté n'est pas soutenable, notamment dans la perspective de la démarche de groupement des établissements ainsi que du plan de retour à l'équilibre. La progression de l'absentéisme à l'hôpital Bretonneau et sa stagnation à un niveau élevé en 2008 revêtent trois dimensions. En premier lieu, une dimension structurelle inhérente à la très forte féminisation de l'emploi soignant et à la forte progression des congés maternité. Un deuxième type d'explication est d'ordre conjoncturel : l'établissement a consenti un important effort de formation, d'autre part, quelques congés de longue maladie et de longue durée ont produit une distorsion importante de cette catégorie d'absence. Il demeure deux indicateurs alarmants : la forte progression du nombre de jours d'arrêts pour maladie ordinaire ainsi que la progression du nombre des accidents du travail. Ces deux formes d'absentéisme sont extrêmement pénalisantes pour l'établissement dans la mesure où elles produisent de l'absentéisme imprévisible. S'il est de la responsabilité du directeur d'établissement « d'assurer la sécurité et de protéger la santé des travailleurs de l'établissement »⁴², notamment par une politique de prévention des risques professionnels et de sécurisation des lieux, nous avons constaté qu'une fraction importante des accidents de travail était imputable au contact avec des patients agités. De même, les absences relevant de la maladie ordinaire, dont la durée est souvent inférieure au délai de carence ont une pluralité de causes parmi lesquelles il est difficile d'arbitrer entre la somatisation inhérente à une souffrance au travail ou un comportement de retrait face au travail. C'est cette troisième dimension de l'absentéisme, de nature intentionnelle sur laquelle il convient de se pencher. Les actions entreprises jusqu'alors pour endiguer

⁴¹ Rapport entre le nombre de jours de travail perdus pour cause d'absence de courte durée et le nombre total de jours de travail prévus, sur une année donnée, pour l'ensemble des professionnels au contact du patient.

⁴² Article L230-2 du Code du Travail.

l'absentéisme ont été multiformes : modulation de la prime de service, contrôle médical des absences, politique active de reclassement, formation des cadres notamment dans la foulée de l'audit éthique. Mais ces actions ne s'inscrivent dans aucun cadre cohérent ni systématique. Surtout, la communication sur l'absentéisme est inexistante. La priorité pour l'établissement est de réinvestir le champ de la sécurisation de l'environnement professionnel, conformément à ses obligations, mais également comme un gage de volontarisme auprès des représentants du personnel ; enfin d'évaluer la satisfaction du personnel, ces deux chantiers constituant des préalables à toute démarche favorisant le présentéisme du personnel.

3. LA TRANSPARENCE ET LA PARTICIPATION COMME FACTEURS CLEFS DE SUCCES D'UNE POLITIQUE DE RESORPTION DE L'ABSENTEISME

3.1. Une démarche axée sur la transparence et le partenariat avec les représentants du personnel.

L'efficacité d'une politique de lutte contre l'absentéisme repose sur un certains nombre de préalables au rang desquels figurent notamment l'élaboration d'outils de mesure des absences (tableaux de bord par unités de soins, par pôles...), le travail inter-partenarial avec la Médecine du travail, ainsi qu'une politique volontariste de reclassement (cellule de reclassement, développement de la formation tout au long de la vie, etc....). Toutefois, nous voudrions insister ici sur deux facteurs clefs de succès d'une politique favorisant le présentéisme : la transparence et la participation du personnel.

Force est de constater que la question de l'absentéisme demeure un sujet tabou au sein de nos établissements. Le positionnement des acteurs relève sinon de l'inconfort, au moins de la fatalité et recèle de nombreuses ambiguïtés. Ainsi, les salariés craignent d'être contrôlés ou peuvent estimer que leur souffrance n'est pas prise en compte. En même temps, la persistance d'un niveau d'absence élevé suscite la défiance des présents sur lesquels se reporte la surcharge de travail et pèsent les effets de désorganisation (modification des plannings, reports de congés, mobilité accrue au sein des unités de soins notamment). Au niveau de l'encadrement, en l'absence d'outils de pilotage fiables, la responsabilité est diluée et le blâme reporté sur la Direction des ressources humaines ou la médecine de contrôle. De même, pour les représentants du personnel, la question de l'absentéisme met en tension les responsabilités qui leur échoient en tant qu'acteurs de la politique d'hygiène et de sécurité au travail et leurs relations avec les agents. Enfin, les équipes de direction peuvent être tentées de rechigner face à la question de l'absentéisme du fait des risques de remous en termes de climat social en se retranchant derrière une approche gestionnaire et/ou répressive de la question.

3.1.1 Le groupe de travail sur les accidents du travail comme préfiguration d'un plan d'actions contre l'absentéisme professionnel

L'étude sur les accidents du travail visait à contribuer à la santé et à la sécurité des agents de l'hôpital. Elle s'inscrit dans une démarche globale de la gestion des risques

et de la prévention. Son caractère opérationnel se doublait d'une dimension instrumentale en tant que préfiguration d'une démarche concertée de résorption de l'absentéisme professionnel.

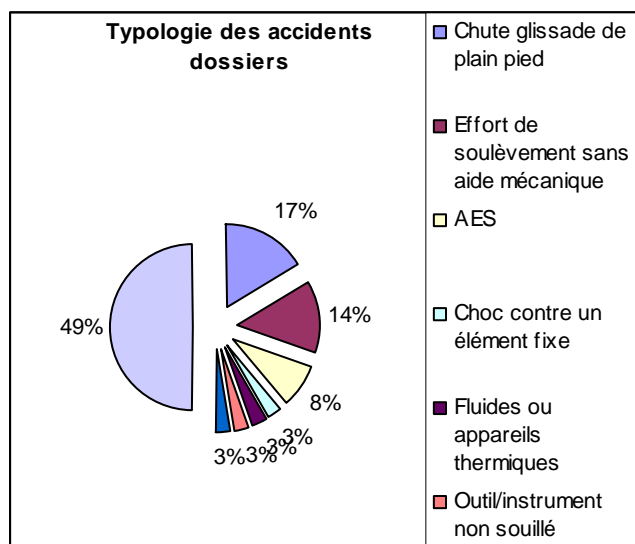
La prévention des accidents du travail implique de connaître les risques liés au travail. L'un des axes majeurs de la prévention est l'évaluation des risques qui sont mesurés dans le cadre de l'élaboration du document unique. Un deuxième axe de la politique de prévention contre les accidents du travail réside dans le retour d'expérience qui permet de d'enrichir le document unique et de mettre en œuvre une démarche structurée de progrès, grâce notamment à l'analyse des causes des accidents du travail.

Un groupe de travail composé de plusieurs membres du CHSCT, des services et de la direction de l'hôpital est chargé de la collecte et de l'analyse des informations susceptibles de mieux identifier les mécanismes impliqués dans les accidents du travail. Les membres du groupe de travail ont bénéficié d'une formation à l'analyse des causes. La collecte des informations (examen des bulletins d'A.T et entretiens auprès des victimes et/ou témoins des A.T) est assurée par un binôme (1 membre du CHSCT + 1 représentant des services administratifs). Afin de garantir l'objectivité de l'étude, un guide de l'entretien a été élaboré par les membres du groupe de travail. Ce guide de l'entretien a été testé avant le démarrage de l'étude et présenté en CHSCT. L'ensemble des agents de l'Hôpital Bretonneau a été informé de la démarche grâce à un courrier personnalisé adossé à la fiche de paye du mois de décembre 2008. Le groupe de travail a été subdivisé en sous groupes afin de constituer une permanence dédiée à l'analyse et à la conduite en temps réel des accidents survenus au cours de l'étude. Initialement prévue pour une durée de 8 semaines, l'étude a été prolongée d'un mois afin de constituer un échantillon critique de dossiers d'AT. L'enquête a porté sur 18 dossiers d'accident du travail sur une durée de 3 mois (février à avril 2009).

Dossiers traités	18
dont Personnel Soignant	15
dont Personnel non soignant	3
Nombre d'entretiens	17

L'examen de la typologie des accidents fait apparaître une forte présence des chutes (près de 50% de l'échantillon) et des accidents entraînés lors de soulèvements sans aide mécanique.

Typologie des accidents	Nombre de dossiers
Chute glissade de plain pied	6
Effort de soulèvement sans aide mécanique	5
AES	3
Choc contre un élément fixe	1
Fluides ou appareils thermiques	1
Outil/instrument non souillé	1
Autres	1
Total	18



L'intérêt de l'enquête sur les accidents du travail a été triple. En premier lieu, le taux de déclaration d'accidents du travail entraînant un arrêt a été réduit de près de 50% sur la durée de l'enquête. On peut noter au cours de l'enquête, la quasi disparition des accidents impliquant un contact avec un patient agité. Le groupe de travail a traité l'une des causes principales de la progression de l'absentéisme en 2007, c'est-à-dire les

accidents du travail. Deuxièmement, le mode opératoire propre au groupe de travail, collégialité direction et représentants du personnel a permis de renforcer la cohésion au sein du CHSCT. Enfin, l'élaboration de préconisations à partir de la méthodologie de l'arbre des causes signalait un engagement fort de la direction. Ces préconisations ont été présentées et validées en CHSCT. En elle-même, la typologie des accidents analysés au cours de l'enquête complète largement la cartographie de l'absentéisme.

3.1.2. La mesure de la satisfaction du personnel

Evaluer la satisfaction du personnel constituait un double préalable à l'élaboration d'un plan d'actions⁴³. Il s'agissait d'une part de disposer d'un état des lieux de la satisfaction en testant toute une série d'items susceptibles de renseigner sur le bien-être au travail. D'autre part, la validation d'une telle enquête par la direction signalait sa volonté de mieux cerner les difficultés rencontrées par le personnel, et un point d'appui complémentaire à l'enquête relative aux accidents du travail. Enfin, l'un des objectifs assignés à cette enquête de satisfaction du personnel visait à mieux cerner les contours de l'absentéisme intentionnel.

L'enquête de satisfaction du personnel s'est déroulée du 1^{er} février au 15 avril 2009. Le questionnaire a été soumis au CHSCT. Les questionnaires étaient anonymes. L'enquête de satisfaction du personnel s'inscrit dans le cadre d'une démarche globale visant à l'amélioration des conditions de travail et à la fidélisation du personnel. Elle complète le diagnostic de l'absentéisme professionnel et des accidents du travail. L'ensemble des agents de l'hôpital a été soumis à cette enquête de satisfaction à l'exclusion du personnel médical (étudiants en odontologie compris). Le niveau de participation s'est élevé à 14,1%.

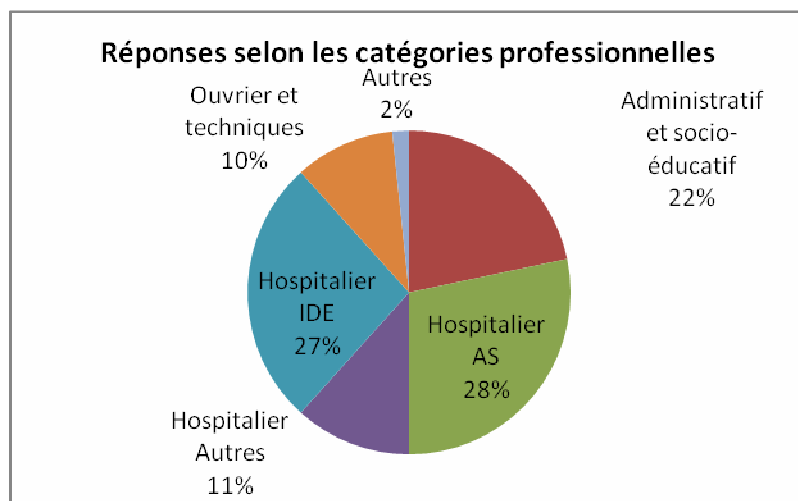
		Taux de participation
Nombre de questionnaires distribués	422	
Nombre de questionnaires retournés	68	16,1
Nombre de questionnaires validés	60	14,1

Le faible taux de participation globale doit être évalué au regard du poids relatif des différentes catégories de personnel audités.

⁴³ Les référentiels de la HAS recommandent d'évaluer les ressources humaines de manière globale, en particulier par la mesure de la satisfaction des personnels.

Catégories professionnelles	
Administratif et socio-éducatif	13
Hospitalier AS	17
Hospitalier Autres	7
Hospitalier IDE	16
Ouvrier et techniques	6
Autres	1
Total	60

On repère aisément une surreprésentation des réponses fournies par le personnel administratif et socio-éducatif de l'hôpital lequel contribue à moins de 12% des effectifs de l'établissement et génère plus de 22% des réponses. La participation des soignants est très faible, elle s'élève à moins de 8%. Le taux de participation des aides-soignants est très faible.



La structure socio-démographique de l'échantillon obtenu peut être complétée par une analyse par genres : ici, on constate une sur-représentation des hommes dans l'échantillon par rapport à leur poids dans la population des agents de l'hôpital Bretonneau (36% des réponses pour une population composant moins de 15% des effectifs de l'établissement).

Nombre de répondus	questionnaires	Total
Femmes		37
Hommes		22
Total		60

Les agents ayant contribué à l'échantillon ont une ancienneté plus élevée que la durée moyenne du parcours professionnel acquise au sein de l'établissement. Ainsi, 47% des agents ayant répondu déclarent une ancienneté supérieure à 5 ans au sein de l'hôpital Bretonneau. Plus de 52% de l'échantillon collecté est issu d'agents ayant une ancienneté supérieure à 10 ans au sein de l'AP-HP. La corrélation âge/ancienneté/taux de participation au questionnaire donne un éclairage supplémentaire au faible taux de participation du personnel soignant. En effet, 80% des agents ayant participé à l'enquête de satisfaction sont âgés de 35 ans ou plus.

La faible participation à l'enquête de satisfaction doit être analysée au regard de plusieurs facteurs. L'enquête est la première étude de satisfaction conduite auprès du personnel de l'hôpital Bretonneau. Le marketing de l'enquête (relances via internet, courrier personnalisé) confirme que seule l'approche directe produit des résultats satisfaisants. Reste que la faible participation constitue un résultat en lui-même qu'il convient de questionner. En revanche, ce constat n'empêche pas de valider l'enquête dans la mesure où une proportion élevée de questionnaires est assortie de réponses aux questions libres : 33% des questionnaires comportent une ou plusieurs réponses aux commentaires libres. Les résultats de l'enquête recèlent de nombreux paradoxes. L'impression de malaise, sentiment diffus au sein de l'établissement est contredite par les scores très élevés récoltés sur la majorité des rubriques du questionnaire. Ainsi, Près de 72% des agents ayant répondu au questionnaire estiment pouvoir conjuguer de manière satisfaisante ou très satisfaisante leur vie professionnelle avec leur vie familiale. S'agissant des conditions d'exercice professionnel, 88% des agents de l'échantillon considèrent satisfaisant, voire très satisfaisant la variété des actions dans le travail, 90% jugent satisfaisante, ou très satisfaisante l'utilisation de leurs compétences et de leurs aptitudes professionnelles, 86% estiment disposer d'une autonomie satisfaisante ou très satisfaisante, enfin, 86% indiquent que les responsabilités qui leur sont confiées sont satisfaisantes ou très satisfaisantes. Seule la question relative aux perspectives de carrière obtient un score négatif. Bref, le questionnaire a fonctionné comme si n'avaient répondu que les agents motivés et satisfaits de leurs conditions d'exercice professionnel.

3.2. Le lancement d'une démarche locale de progrès

3.2.1 Genèse de la démarche et modes d'action

Révéléateur du fonctionnement de l'établissement, de l'intérêt que lui portent les agents, mais également de leur état de santé, l'absentéisme professionnel doit être

enrayé afin de contenir les dysfonctionnements organisationnels provoqués par les absences et éviter qu'il ne mette en danger le projet de l'établissement.

Le choix d'un opérateur externe pour l'élaboration et le suivi d'un plan d'action de lutte contre l'absentéisme paraît la solution la plus adaptée à la situation de l'établissement. En effet, les restructurations engagées dans le cadre de la démarche de groupement pèsent déjà sur l'établissement. Le poste de Directeur des Ressources Humaines a été supprimé au second semestre 2009. L'établissement ne dispose pas aujourd'hui des ressources internes lui permettant de mener à bien cette démarche.

Le lancement d'une démarche locale de progrès a été proposé au CHSCT du 11 juin 2009. Les membres du CHSCT ont émis un avis favorable à la poursuite de cette démarche sous réserve de l'examen ultérieur des axes de travail de la démarche de progrès.

La démarche locale de progrès est un programme opéré par la Caisse des Dépôts. Conduite par une collectivité (collectivité locale, établissement public de santé...), elle vise à partir d'une problématique clairement identifiée et analysée, à mettre en place une stratégie et des actions de promotion de la santé et de la sécurité au travail.

La DLP s'inscrit dans une logique d'amélioration continue, le cadre d'une approche globale et pérenne de l'organisation du travail et du respect de la législation du code du travail. L'établissement public de santé contractant une démarche locale de progrès peut s'adjoindre les services d'un prestataire externe. Les conditions d'éligibilité à une démarche locale de progrès sont doubles. Premièrement, l'établissement de santé doit constituer un dossier conforme au cahier des charges et comportant notamment (une lettre d'engagement de la collectivité, la caractérisation de la problématique, une présentation de la mise en œuvre opérationnelle de la DLP et un système d'évaluation interne). Deuxièmement, il doit recueillir l'avis favorable du CHSCT. Ce dernier point est un marqueur fort d'une démarche concertée. Une expérience similaire a été conduite au sein de l'hôpital Trousseau à l'AP-HP et au sein du service de pneumologie de l'Hôpital de Blois grâce à laquelle l'absentéisme de courte durée a été réduit de 80%⁴⁴.

⁴⁴ Voir la présentation de l'expérience du CH de Blois sur le site Staff Santé, <http://www.staffsante.fr/contenus/articles/40/prevention-des-risques-et-sante-au-travail-l-hopital-a-l-heure-du-management.html>.

La DLP se déroule en 3 étapes :

- Etape 1 : constitution du dossier avec l'appui du Fonds National de la Prévention administré par la Caisse des Dépôts.
- Etape 2 : réalisation de la DLP pendant une durée d'un an.
- Etape 3 : suivi de la DLP sur une période de 2 ans afin de mesurer la pertinence de l'organisation et des solutions mises en œuvre.

Modalités du financement :

- L'aide financière du Fonds National de Prévention porte sur le temps mobilisé par l'ensemble des acteurs (internes et externes) autour de la démarche.
- Cette aide ne peut excéder 50% du coût total de la démarche, dans la limite de 100 000€.

3.2.2 Proposition de cahier des charges de la DLP

L'Hôpital Bretonneau a été conçu autour d'un programme visant l'excellence en termes de prise en charge des patients âgés. A ce titre, l'établissement a été précurseur en s'appuyant sur un traitement architectural de très haute qualité, préfigurant l'impératif de la bientraitance architecturale à la base de la reconstruction ou de la création de nombreux de nos établissements. De même, dès le départ, son offre de services a été tournée vers la ville, et ce, conformément aux plans successifs relatifs à la prise en charge des patients âgés. Cette exigence de qualité a fondé le « projet Bretonneau », voulu et désiré comme une vitrine de l'assistance publique. Or, après plusieurs années de fonctionnement, la dynamique s'est essouffée comme l'atteste la dégradation de plusieurs indices de qualité des soins (exemples : prise en charge des escarres, occurrence de la dénutrition...). Mais surtout, sans être plus élevé que la moyenne des établissements de l'AP-HP, le niveau de l'absentéisme professionnel à l'hôpital Bretonneau se conjugue à un turn-over élevé de certaines catégories du personnel soignant. A bien des égards, l'hôpital Bretonneau ne parvient plus à capitaliser sur ses ressources pour retenir son personnel. Il rencontre des difficultés récurrentes lorsqu'il s'agit de recruter sur des emplois vacants. Plus globalement, la question de l'attractivité de l'établissement pour le personnel soignant est posée.

Les enquêtes menées en interne (audit éthique de 2007, enquête de satisfaction 2009) mettent en lumière un niveau de satisfaction et d'implication du personnel qui n'est pas en ligne avec le projet d'établissement visant à une amélioration continue de la

qualité des soins. Le ressort de la démarche proposée tient à considérer que la motivation et l'engagement du personnel constituent des facteurs essentiels du niveau de présence au travail.

Partant de ce constat, 3 axes de travail pourraient être retenus :

- Accueil-Intégration-Mobilité du personnel :
 - Information et communication sur les conséquences des absences au travail
 - Contrat d'intégration pour fidéliser les nouveaux venus

- Anticipation et organisation :
 - Gestion des plannings : formation des cadres de santé et des cadres de pôles
 - Elaboration d'un tableau de bord de l'absentéisme

- Fonctionnement des collectifs :
 - Code de bonne conduite de l'absentéisme
 - Accord sur effectifs minimum
 - Politique de remplacement réactive

Conclusion

S'il est admis que l'absentéisme professionnel a des sources multiples qu'il a été possible d'investiguer, il reste que ce caractère pluriel du phénomène est une entrave pour sa résolution. L'enquête de terrain menée au sein de l'hôpital Bretonneau confirme les dimensions structurelles, conjoncturelles et intentionnelles de l'absentéisme. Les résultats du groupe de travail sur les accidents du travail soulignent l'intérêt de réinvestir le champ de la sécurisation de l'environnement professionnel, y compris dans le cadre d'un établissement récent, bénéficiant en outre de l'expertise et des ressources de l'assistance publique. De même, l'enquête de satisfaction du personnel révèle l'ampleur sinon du malaise, au moins du comportement de retrait des catégories d'emploi les plus touchées par l'absentéisme professionnel. Des postulats et des paradigmes solidement ancrés peuvent être infirmés par le diagnostic : le niveau des effectifs de soignants est confortable au regard des établissements de même spécialité. Par ailleurs, la mise à disposition de travailleurs occasionnels vient surtout compenser les difficultés à optimiser les plannings ou la faiblesse de l'encadrement intermédiaire.

Dans le langage courant, « une politique » est une suite d'actions mises en œuvre ou prévues, suite d'actions qui est réputée avoir été délibérément adoptée après analyse des différentes possibilités d'action envisageables. Cette définition, toutefois, ne dit rien du processus de conception de cette série d'actions. Par ailleurs, le terme « politique » a un autre sens en français – il désigne la gouvernance, le pouvoir. La confusion est donc toujours à redouter. Le travail de cartographie de l'absentéisme, d'animation et de pilotage du groupe de travail sur les accidents ainsi que de l'enquête de satisfaction du personnel m'ont permis de proposer une stratégie managériale à la direction de l'établissement. L'ensemble des enquêtes de terrain fournit le diagnostic requis au lancement d'une démarche locale de progrès. Seule une large concertation entre les parties intervenant dans le domaine de la gestion du personnel et de la prévention des risques et de la santé au travail pouvait susciter la prise de conscience, première étape de ce plan d'actions. Une démarche intégrative et participative a été proposée à la direction de l'établissement. Les représentants du personnel ont validé le lancement de cette démarche. Ils doivent se prononcer sur le cahier des charges de cette démarche en CHSCT à l'automne prochain. Le défi dans la mise en œuvre de ce plan d'actions est de

parvenir à poursuivre la démarche conjointement à la restructuration des organisations hospitalières issues de la transformation des établissements en groupements.

Bibliographie

- ANACT, 2005, Travail & Management, « L'absentéisme, des solutions à bâtir ensemble », janvier/février, n°5.
- ANACT, 2007, Colloque « Présents, absents, quel regard sur le travail », 18 mai 2007, Lille.
- ANAES- CCECQA, *Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions*, 2004.
- ASKENAZY, P., 2004, *Les désordres du travail : enquête sur le nouveau productivisme*, Seuil.
- BRESSOL, E., « Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés », Conseil Economique et Social, 2004.
- DAVEZIES, Philippe, « Evolution des organisations du travail et atteintes à la santé », *Travailler*,
- DUMAS, M., 2004, « De la gestion de l'absentéisme à la gestion de la santé dans une entreprise de cosmétiques
- DEXIA Sofcah, Analyse & Conjoncture, « Absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers », mai 2009.
- DEXIA Sofac, Analyse & Conjoncture, « Absences au travail pour raison de santé dans les collectivités du secteur public local au service des personnes âgées », septembre 2008.
- DEXIA, Enjeux Budgétaires, 2008, « Les enjeux économiques des absences au travail pour raison de santé dans les collectivités territoriales », novembre 2008.
- DGAFP, Faits & Chiffres 2007-2008, Rapport annuel sur la fonction publique.
- DHOS, Bilan social 2005 des établissements publics de santé, DHOS, p. 58.
- Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail, 2006, *Annual Review of working conditions in the EU (2004-2005)*.
- GALLOIS, P., 2005, *L'absentéisme, comprendre et agir*, Editions Liaisons.
- HARRISON & MARTOCCHIO, 1998, « Time for absenteeism : A 20-year review of origins, offshoots, and outcomes », *Journal of Management*, Vol. 24, n°3, p. 305-350.

MARTIN & CROISILLE, 2005, « L'organisation, le climat, et les conduites professionnelles, une étude en entreprise », E.C.C.H.A.T, Université de Picardie Jules Verne.

MAUGERI, S., 2004, *Théories de la motivation au travail*, Dunod.

MOLINIER, P., 2008, *Les enjeux psychiques du travail*, Payot.

MONNEUSE, D. 2009, « Pourquoi l'absentéisme, abus, dysfonctionnements ou fatalité ? », *Entreprise et Personnel*.

SECUREX, 2006, *Absentéisme en France*, juin 2006

WHO, 2007, *Assuring the Quality of Health Care in the EU: A Case for Action*, WHO, Observatory Studies n°12, p.32.

Liste des annexes

Annexe I : Synthèse des préconisations du groupe de travail sur les AT, (extraits), CHSCT du 11 juin 2009

Annexe II : Exemple de compte-rendu d'entretien post- Accident du Travail

Annexe III : Exemples de diagrammes des causes

Annexe IV : Présentation des résultats de l'enquête de satisfaction du personnel, CHSCT du 11 juin 2009

SYNTHESE DES PRECONISATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL AT -CHSCT 11 juin 2009

Dossiers	Moyens techniques	Organisation du travail	Formation/information du personnel	Mesures retenues par le CHSCT	Pilote	Coûts	Délais
Dossier n°4							
Exiguïté des locaux							
Dimensions et poids du panneau		Etudier la possibilité de s'approvisionner en planches pré-découpées					
Modalités de stockage	Etude sur l'installation de casiers de stockage du bois		Formation des agents à la manutention des charges inertes				
Dossier n°1							
Redressement d'un patient sans aide appropriée			Elaboration d'une notice: "protéger votre dos" à afficher en salle de soins				

Absence d'aide d'un collègue		Nécessité de l'intervention de 2 soignants pour organiser les manutentions manuelles de patients	Rappel des consignes: travail en binôme lors des manutentions manuelles				
Intervention d'un membre de la famille		Analyse du rôle des familles: sensibilisation des familles et des soignants	Rappel des consignes: seuls les soignants sont habilités à mobiliser les patients				
Présence du harnais sous le patient			* Retirer le harnais après usage * Formation à l'installation des patients dans le fauteuil dans le cadre de la formation à l'éducation gestuelle				
Absence de recherche d'aide technique		Organisation des manutentions en salle à manger: en cas d'absence d'un collègue, déplacement du patient dans la chambre pour utilisation de l'aide technique	* Rappel utilisation lève-malades dans les chambres * Formation à la manutention à renouveler périodiquement				

Revissage d'un miroir	* Remplacement du miroir abimé * Mise à disposition de loupes pour examen du matériel fin	Surveillance/contrôle du matériel	Informé sur les risques de piqûres ou coupures en cas de revissage des miroirs				
Dossier n°5							
Présence d'eau sur le sol	Signalisation des zones dangereuses	Revoir le cahier des charges du marché ménage	Revoir le plan de prévention des risques				
Dossier n°13							
Chaussures inadaptées	* Réflexion sur la politique locale d'achats. * Envisager l'achat de chaussures nettoyables * Envisager l'équipement en chaussures anti-dérapantes en psychogériatrie		* Campagne d'information sur les risques de chute				
Patient ne porte pas de protection		* Envisager le lancement d'une EPP sur la prise en charge de l'incontinence					
DOSSIER 16							

Planches à découper de grande taille	* Vérifier les conditions et fréquence						
Chariot non utilisé			* Sensibilisation du personnel sur l'intérêt de réduire les opérations de manutention sans auxiliaire				
Le passage de la zone de fabrication à la zone de lavage est étroit		* Réfléchir à un dispositif alternatif pour assurer le passage d'une zone à l'autre (ex: chariot vertical)					

ANNEXE II

Dossier n° : 2

Fonction exercée : Infirmière

Date de l'accident : 21/02/2009

- L'agent est en poste à l'Hôpital Bretonneau depuis 2005
- L'agent occupe actuellement les fonctions d'infirmière
- L'accident s'est produit dans des circonstances habituelles : l'agent rentrait de vacances, et se sentait reposé.
- 1^{ère} fois que l'agent est confronté à ce type d'accident.

Configuration des lieux :

- L'accident s'est produit dans le parking souterrain de l'Hôpital Bretonneau
- L'accident s'est produit près de l'une des portes d'accès du parking
- Le local est peu éclairé.

Descriptif de l'accident :

- L'agent a glissé sur une flaque d'huile présente sur le sol du parking souterrain.
- La flaque est peu visible
- Il n'y a pas d'obstacle
- Le sol du parking est glissant
- Le parking est semi-éclairé. Nécessité d'utiliser un interrupteur situé sur les piliers du parking et près de l'accès aux ascenseurs.

- La glissade a entraîné la chute de l'agent.
- L'agent s'est blessé à l'épaule gauche.
- L'agent a consulté un médecin.

Synthèse de l'accident :

- La chute est entraînée par la présence d'une flaque d'huile sur le sol du parking souterrain.
- Le risque de chute est aggravé dans la mesure où le sol est très glissant et que les lieux sont peu éclairés (l'interrupteur est proche de la porte/ la flaque d'huile est peu visible).

Préconisations :

- Quelle est la fréquence du nettoyage du parking (voir cahier des charges avec prestataires externe).
- Rappeler au personnel de la nécessité de l'entretien du véhicule (mise en œuvre de la note de service sur ce sujet).
- Rappeler au service sécurité missions d'alerte sur état général du stationnement souterrain.
- Installation d'un détecteur de présence à l'entrée du parking ?

Mesures prises :

- Nettoyage de la flaque d'huile.

Personnes prévenues :

- La médecine du travail
- Le service RH

Diagramme des cause- Dossier n°2

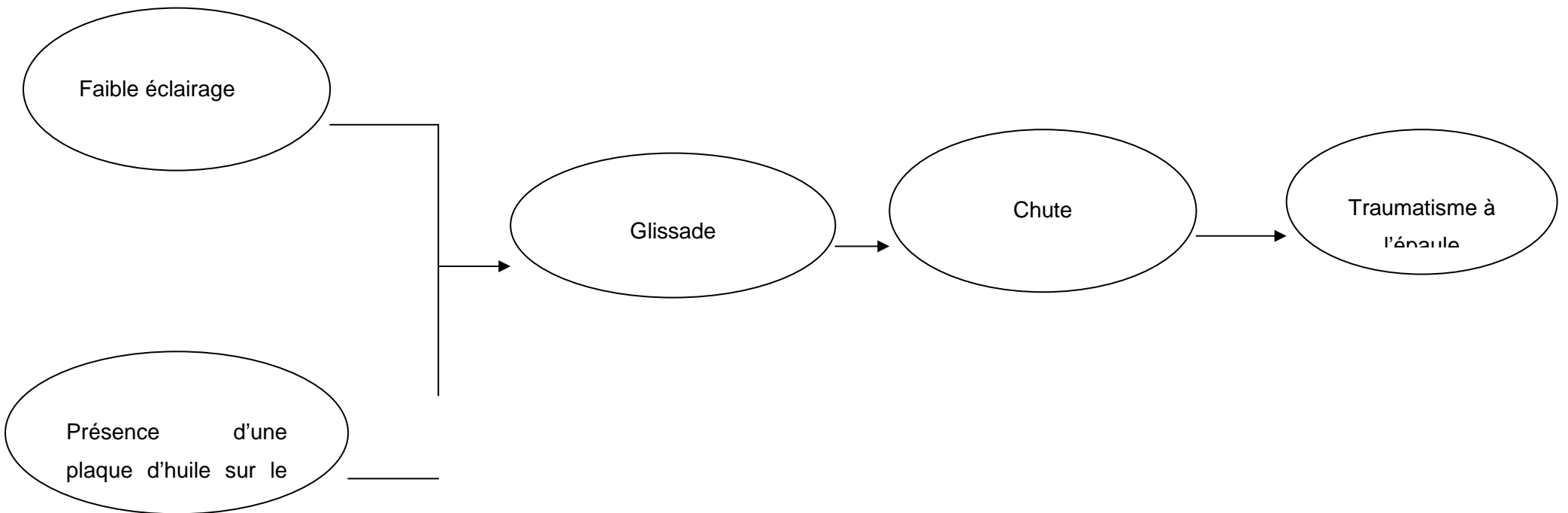


DIAGRAMME DES CAUSES-CAS N°4

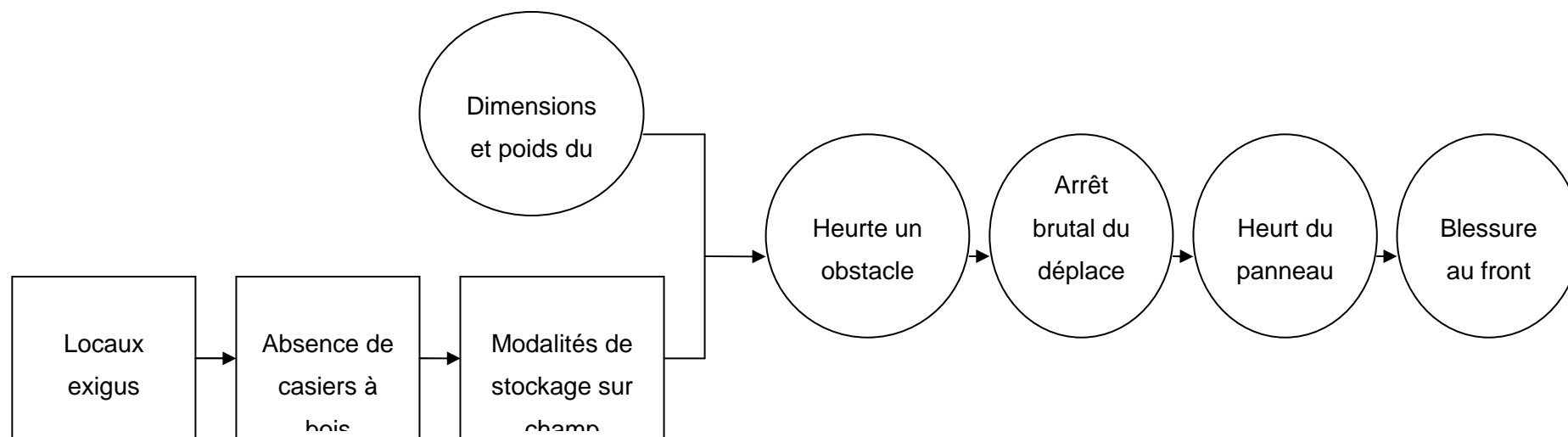


DIAGRAMME DES CAUSES-CAS N°1

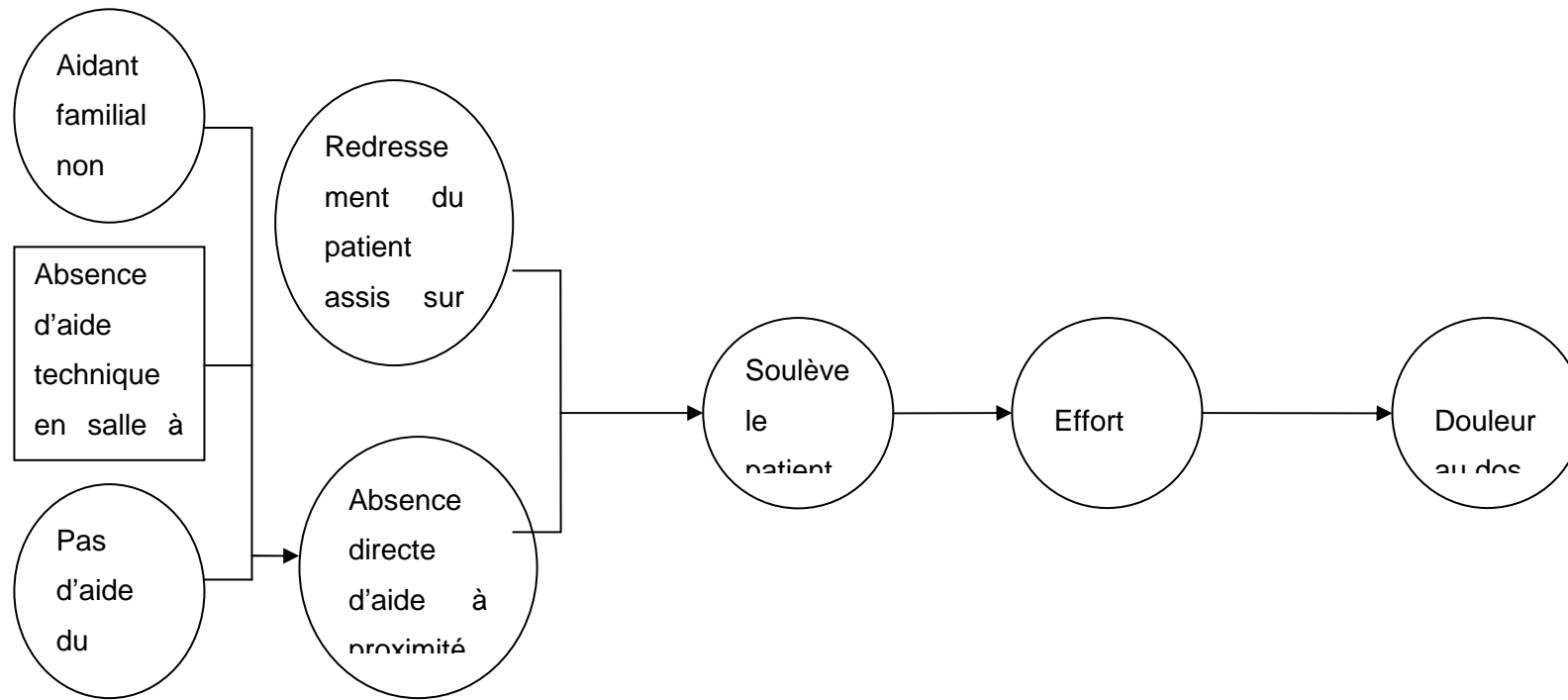


DIAGRAMME DES CAUSES CAS N°13

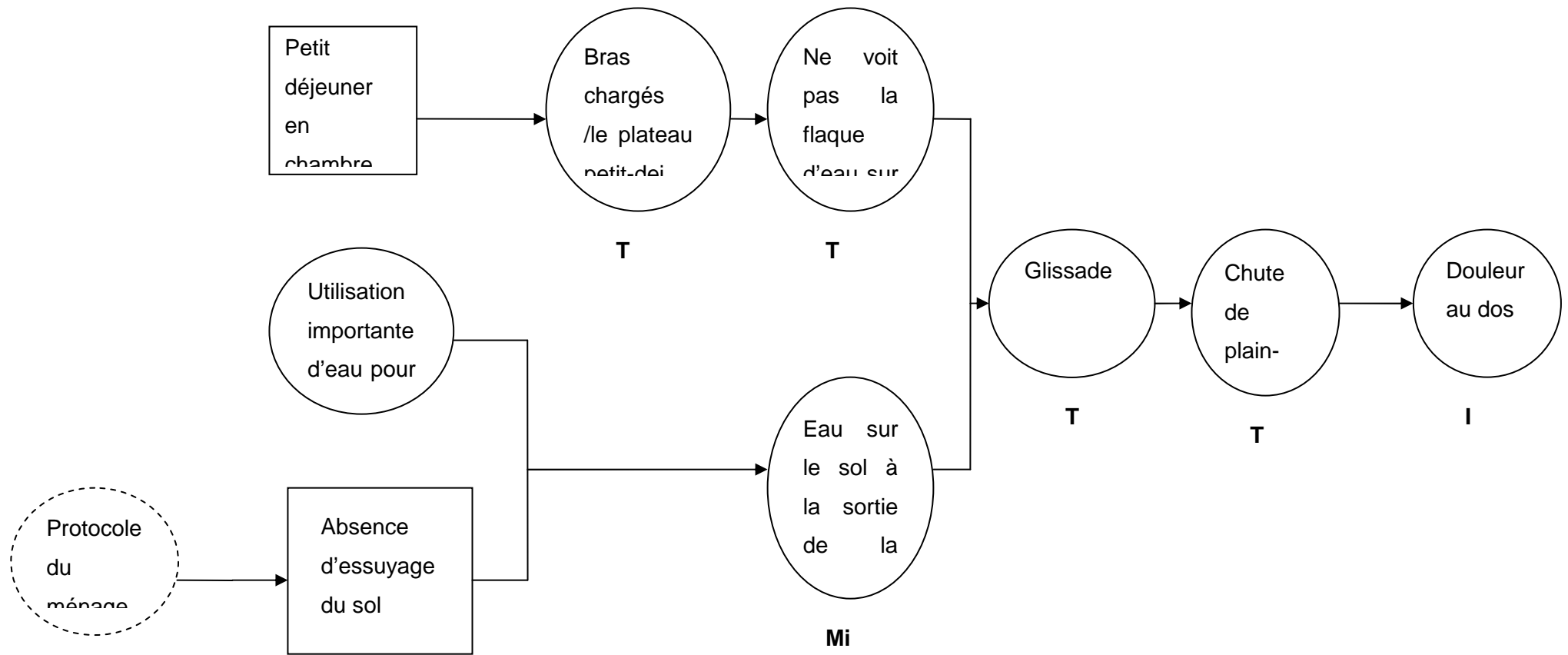


DIAGRAMME DES CAUSES CAS N°5

Enquête de satisfaction 2009

CHSCT
11 juin 2009

ENQUETE 2009

- I. CONTEXTE DE L'ENQUETE 2009
- I.I. Approche
 - - Questionnaire élaboré en séminaire de direction et présenté au CHSCT (automne 2008).
 - Enquête anonyme
 - En direction du PNM
 - Population cible est le personnel soignant

I-II. RESULTATS

60 réponses sur 422 questionnaires: taux de retour < à 15%.

- Sur-représentation du personnel administratif: 33% des réponses pour moins de 15% des effectifs.
- Très faible taux de retour du personnel soignant: aide-soignants= < 5%.
- Essentiel des réponses provient d'agent ayant acquis une ancienneté importante au sein de l'établissement (>10ans): 52% des réponses
- Des indications contrastées/contradictoires sur la satisfaction.

I-III. APPORTS & LIMITES

- - L'enquête est un acquis important pour l'établissement: effet d'apprentissage/retour d'expérience.
- -Des taux de retour très significatifs pour certaines catégories: administratifs
- -Des indicateurs encourageants:
 - + La formation (moyenne>70%).
 - + Cohérence du projet professionnel: 71,6% choix délibéré de la gériatrie.
 - +Opinion très favorable de l'activité professionnelle: 91%.

- **MAIS...**

- -Un taux de retour global décevant
- -Qui complique l'élaboration d'un plan d'actions
- Comment interpréter les résultats?
- - Les agents ayant répondu sont ceux qui sont globalement satisfaits?
- - Les non réponses: abstention oubli ou choix délibéré?

- **II.I. Objectifs de l'enquête et conditions de réalisation:**

- - Redéfinir les objectifs: mesure de la satisfaction du personnel est une exigence de l'accréditation.
- - L'enquête vise également à mieux cerner les difficultés ressenties par les agents:

+ Contribuer au pilotage

+ Mise en œuvre de la politique de développement RH

II- AXES D'AMELIORATION ET PROPOSITIONS

- **Propositions:**

1. Délimiter 2 ou 3 objectifs de manière à réduire la taille du questionnaire.
2. Prévoir une page d'entrée minimale
3. Associer très largement le personnel à l'élaboration du questionnaire
4. Réfléchir aux conditions d'exploitation du questionnaire lors de sa conception.
5. Tester le questionnaire

- - Souligner l'utilité du questionnaire pour le personnel: communiquer en amont.
- -Et donc, élaborer un plan marketing (lettres, relances, mails...).
- -Penser à la communication sur les résultats avant le lancement de l'enquête

- -Au moins deux problématiques sous-jacentes lors de l'élaboration du questionnaire:
 - Absentéisme professionnel.
 - Des indicateurs qualités qui ne sont pas à la hauteur des attentes.

Or, parmi les réponses libres fournies par les agents (19/60):

- 6/19 évoquent l'absentéisme
- 5/19 évoquent la dégradation de l'hygiène et des soins

PLAN D' ACTIONS 2009

- + Communiquer sur les résultats
- + Lancement d'une démarche locale de progrès (DLP: Caisse des Dépôts).