



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2002

**LA GESTION DES POSTES POUR LES
AGENTS EN DIFFICULTE
OU COMMENT LUTTER CONTRE UN
ABSENTEISME PREVISIBLE**

José GOËTINCK

Sommaire

INTRODUCTION	1
<u>Contexte général</u>	1
<u>Identification du problème</u>	2
<u>La méthodologie</u>	3
1 - LE CADRE THEORIQUE	4
1.1 Le statut des personnels de la fonction publique hospitalière (FPH)	4
1.1.1 Le grade	4
1.1.2 L'emploi	4
1.1.3 Le métier	4
1.1.4 Le corps	5
1.1.5 Le statut particulier	5
1.1.6 Le poste de travail	5
1.1.7 La position statutaire	5
1.1.8 La place particulière du médecin du travail	6
1.1.8.1 Son origine	6
1.1.8.2 Son statut	6
1.1.8.3 Sa mission	7
1.2 L'Absentéisme des personnels hospitaliers	7
1.2.1 Définition	7
1.2.2 Législation des congés de maladie	8
1.2.2.1 Le congé de maladie ordinaire (CM)	8
1.2.2.2 Le congé de longue maladie (CLM)	8
1.2.2.3 Le congé de longue durée (CLD)	8
1.2.2.4 Le mi-temps thérapeutique	8
1.2.2.5 La mise en disponibilité pour raison de santé	9
1.2.2.6 Les congés accidents du travail	9
1.2.2.7 Les comités médicaux	9
1.2.2.8 La commission de réforme	9
1.2.3 Les causes de l'absentéisme	9
1.2.3.1 La fatigue professionnelle ou « burn out »	10
1.2.3.2 Les conditions de travail	10
1.2.3.3 Le vieillissement des personnels	12
1.2.4 Les formes d'absentéisme	12

<u>1.3</u>	<u>La gestion des postes pour les agents en difficulté (GPAD) : alléger, aménager ou adapter le poste de travail ?</u>	13
<u>1.3.1</u>	<u>Essais de définitions</u>	13
<u>1.3.1.1</u>	<u>Poste allégé</u>	13
<u>1.3.1.2</u>	<u>Poste aménagé</u>	13
<u>1.3.1.3</u>	<u>Poste adapté</u>	13
<u>1.3.2</u>	<u>Les origines</u>	14
<u>1.3.3</u>	<u>Les applications</u>	14

<u>2 -</u>	<u>LA COMPREHENSION DE L'ABSENTEISME ET DE LA G.P.A.D. PAR L'ANALYSE DES STATISTIQUES ET DES ENTRETIENS</u>	15
<u>2.1</u>	<u>Au niveau national</u>	16
<u>2.2</u>	<u>Au niveau local</u>	18
<u>2.2.1</u>	<u>L'évolution de la moyenne du nombre de jours d'absences pour motifs médicaux</u>	19
<u>2.2.2</u>	<u>L'évolution de la répartition des jours d'absences pour motifs médicaux</u>	20
<u>2.2.3</u>	<u>Le nombre moyen de jours d'absence par agent, par motifs d'absence médicaux en 1999</u>	22
<u>2.2.4</u>	<u>Les conclusions professionnelles du médecin du travail pour des reprises de travail suite à des congés maladies</u>	23
<u>2.2.5</u>	<u>Les conclusions professionnelles du médecin du travail suite à des visites annuelles</u>	24
<u>2.2.6</u>	<u>Les conclusions professionnelles du médecin du travail suite à des visites « autres »</u>	24
<u>2.2.7</u>	<u>Le total des conclusions professionnelles du médecin du travail</u>	25
<u>2.2.8</u>	<u>Conclusion sur les statistiques</u>	26
<u>2.3</u>	<u>les entretiens</u>	27
<u>2.3.1</u>	<u>Présentation de la démarche</u>	27
<u>2.3.1.1</u>	<u>Conception des grilles d'entretiens</u>	28
<u>2.3.1.2</u>	<u>Présentation des résultats</u>	29
<u>2.3.2</u>	<u>Résultats des entretiens</u>	30
<u>2.3.2.1</u>	<u>Les causes de l'absentéisme</u>	30
<u>2.3.2.2</u>	<u>Les représentations du poste « modifié »</u>	31
<u>2.3.2.3</u>	<u>Le circuit de demande d'un poste « modifié »</u>	32
<u>2.3.2.4</u>	<u>A la recherche du poste « modifié »</u>	33
<u>2.3.2.5</u>	<u>La notion d'équipe</u>	34
<u>2.3.2.6</u>	<u>Les intérêts du poste « modifié »</u>	34
<u>2.3.2.7</u>	<u>Le suivi du personnel en difficulté</u>	35

2.3.2.8	L'implication des partenaires	36
2.3.2.9	Politique et GPAD	37
2.3.3	Analyse des résultats	38
2.3.3.1	Le croisement des résultats	38
2.3.3.2	L'analyse de la notion de GPAD	40
2.3.3.3	Synthèse des résultats	42
3 -	PROPOSITIONS D'ACTIONS	43
3.1	La G.P.A.D. au centre d'une G.R.H. partagée	44
3.1.1	Le cadre réglementaire de la fonction de directeurs des soins	44
3.1.2	Le cadre réglementaire des conditions de travail	45
3.1.2.1	Le CHSCT	45
3.1.2.2	La prévention des risques professionnels	45
3.1.2.3	Le bilan social	46
3.1.2.4	Le projet annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT)	46
3.2	Le dispositif de mise en œuvre	47
3.2.1	L'expérience du centre hospitalier audité	47
3.2.1.1	L'origine du projet	47
3.2.1.2	Les objectifs	48
3.2.1.3	Les étapes	48
3.2.1.4	Le support de la démarche	48
3.2.1.5	Fonctionnement	48
3.2.2	Les conclusions d'une telle expérience	49
3.2.3	Stratégie d'implantation d'un projet GPAD	49
3.2.3.1	La GPEC	50
3.2.3.2	L'amélioration des conditions de travail	50
3.2.3.3	Le plan d'actions GPAD	51
	CONCLUSION	54
	BIBLIOGRAPHIE	55
	ANNEXES	57

Liste des sigles utilisés

AS	Aide-Soignant, Aide-Soignante
CHSCT	Comite d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLM	Congé de Longue Maladie
CLD	Congé de Longue Durée
CM	Congé Maladie
CS	Cadre de Santé
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
EPS	Etablissement Public de Santé
ETP	Equivalent Temps Plein
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPAD	Gestion des Postes pour les Agents en Difficulté
GRH	Gestion des Ressources Humaines
IDE	Infirmier, Infirmière
PAPRI Pact	Projet Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail
SICS	Service Infirmier de Compensation et de Suppléance

**« La grandeur d'un métier est peut-être avant tout d'unir des hommes :
Il n'est qu'un luxe véritable, et c'est celui des relations humaines.
Les vocations aident l'homme à se délivrer ;
Mais il est également nécessaire de délivrer les vocations. »**
Antoine de Saint-Exupéry (Terre des Hommes)

INTRODUCTION

CONTEXTE GENERAL

L'hôpital du XXIème siècle doit faire face à des problèmes humains jamais rencontrés jusqu'alors : la démographie et le vieillissement des personnels hospitaliers renforcés par la mise en place des 35 heures entraînent de profondes modifications dans le tissu des relations de travail à l'hôpital.

Jusqu'à ces dernières années, les agents en difficultés sociales, familiales ou médicales parvenaient à occuper des postes de travail en rapport avec leurs handicaps du moment : l'hôpital pouvait se permettre de leur créer des postes « sur mesure »; ces personnels ont été remplacés la plupart du temps et affectés en surnombre dans les services. Ce traitement n'a pas posé de problèmes autres qu'humains tant que les contraintes financières ne se sont pas imposées aux établissements hospitaliers.

Cependant, depuis les ordonnances de 1996, une réforme en profondeur de l'organisation sanitaire française est entrée en application avec pour objectif la rationalisation du système de soins. Il s'agit de soigner mieux en dépensant moins d'argent, afin de parvenir à une réelle maîtrise des dépenses de santé. Or, aujourd'hui, le personnel des établissements de santé publics et privés représente plus de 4% de la population active, soit 1.065.000¹. Le secteur public représente à lui seul plus de 768.000 personnes, avec une proportion de 88% pour le personnel non médical², soit 672.000 salariés. La principale source de dépenses d'un hôpital public réside bien dans la rémunération des personnels. La gestion des ressources humaines est donc tout aussi importante et capitale pour

¹ - Sesi n°44-1996

² - il s'agit des personnels soignants (infirmiers, aides-soignants), des personnels administratifs, médico-techniques, techniques et ouvriers.

l'optimisation des ressources, au regard du poids financier, mais aussi au regard du rôle des agents dans leur participation à la prise en charge du malade et à l'organisation des soins.

Les difficultés de recrutements associées au vieillissement des personnels nous imposent de réfléchir à une politique cohérente en matière d'utilisation des potentiels humains travaillant à l'hôpital ; il est indispensable de conserver ces personnels en santé en leur offrant des conditions de travail qui correspondent réellement à leurs aspirations et à leur état physique, si possible en anticipant les problèmes, sinon en les réglant le plus rapidement possible.

IDENTIFICATION DU PROBLEME

L'absentéisme des personnels soignants (infirmiers, aides-soignants) désorganise les services de soins :

- L'absentéisme de courte durée (inférieur à 5 jours) est pallié par le personnel présent (suppression et report de repos hebdomadaires, de récupérations, voire de congés annuels) mais entraîne la production d'heures supplémentaires.
- L'absentéisme de longue durée pénalise durablement les services et/ou l'établissement, s'il n'y a pas de remplacements (pool de remplacement, contrat à durée déterminée) et/ou si les effectifs de base ne sont pas en adéquation avec la charge de travail.

Après une absence de plus ou moins longue durée, certains soignants nécessitent un poste «modifié » (temporaire ou permanent) à leur nouvelle situation de santé, sur des motifs médicalement reconnus: motifs physiques (ports de charges lourdes interdites,...), ou motifs psychiques (prises d'antidépresseurs,...).

Lorsque ces soignants sont déclarés **aptés au travail** par le médecin du travail et/ou le comité médical **sous réserve** de modifier leurs conditions de travail c'est à dire alléger leur poste de travail initial ou l'aménager ou encore adapter l'agent à un nouveau poste, l'institution est alors confrontée à de nouveaux problèmes.

Alléger le poste de travail:

Comment l'alléger face à des équipes qui supportent la charge supplémentaire? Les équipes sont-elles prêtes à aider pour un temps plus ou moins long? La réintégration n'est-elle pas perdue d'avance?

Aménager le poste de travail:

La possibilité existe-t-elle vraiment? Les moyens existent-ils? Les équipes sont-elles prêtes à l'accepter?

Adapter le poste de travail:

L'agent est-il prêt à changer de fonction? En a-t-il la volonté, les capacités?

L'hypothèse:

Afin de lutter contre un absentéisme prévisible, la gestion efficace des agents en difficulté passe par une véritable politique institutionnelle qui prenne en compte les intérêts de chacun (l'institution et l'agent) .

LA METHODOLOGIE

Ce travail de recherche est centré sur **la fonction publique hospitalière (FPH)**.

Il se déroule en 3 phases.

La première partie aborde l'approche théorique qui constitue le socle du travail ; seront abordées les notions de statuts et de gestion des personnels, de conditions de travail, d'absentéisme et de postes allégés, aménagés ou adaptés.

La deuxième partie s'intéresse à une étude sur le terrain, à partir d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de tous les acteurs concernés (médecin du travail, directeur des ressources humaines, directeur des soins, cadres de santé, soignants et partenaires sociaux). L'analyse nous permettra de vérifier notre hypothèse et de dégager les pistes de réflexions qui serviront de base à nos propositions.

La troisième partie de ce travail de recherche est consacrée à la contribution du directeur des soins et de ses partenaires dans la mise en œuvre d'un projet de **gestion des postes pour les agents en difficulté (GPAD)**.

1 - LE CADRE THEORIQUE

1.1 LE STATUT DES PERSONNELS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE (FPH)

La fonction publique hospitalière telle que nous la connaissons aujourd'hui, a été créée par la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires. Elle est constituée de l'ensemble des personnels (à l'exclusion des médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes) nommés et titularisés dans un grade des établissements publics³.

A cet endroit précis, il paraît opportun de clarifier certains termes qui nous permettront de mieux appréhender certaines difficultés inhérentes à l'absentéisme et à la « réaffectation » dans la suite de notre travail.

1.1.1 Le grade

C'est le titre qui permet à l'agent d'occuper l'un des emplois qui lui correspondent ; à chaque grade est attachée une échelle indiciaire dotée de plusieurs échelons. Le fonctionnaire est titulaire de son grade.

1.1.2 L'emploi

Il peut être envisagé sous 3 aspects : un aspect fonctionnel qui définit l'emploi en termes de contenu professionnel de durée (temps plein ou temps partiel) et de conditions d'exercice, un aspect statutaire qui comporte les conditions juridiques d'accès à l'emploi fixées par les statuts particuliers et un aspect budgétaire qui permet de rémunérer son occupant.

1.1.3 Le métier

C'est un concept récent dont la définition repose sur 4 axes : celui de la technicité, celui des informations, celui des relations et celui de la contribution économique ; une nomenclature rédigée à l'initiative de la direction des hôpitaux existe.

³ Article 2, loi 86-33 du 9 janvier 1986 : établissements publics de santé (EPS) et syndicats inter hospitaliers, hospices publics, maisons de retraite publiques, établissements publics relevant des services de l'aide sociale à l'enfance et maisons d'enfants à caractère social, établissements publics pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés, centres d'hébergement et de réadaptation sociale publics, centres d'accueil et de soins de Nanterre.

1.1.4 Le corps

Il constitue un ensemble ordonné de grades qui sont tous soumis au même statut particulier et qui appartiennent tous à la même catégorie ; la carrière du fonctionnaire se déroule à l'intérieur du corps mais il peut en changer en cours de carrière.

1.1.5 Le statut particulier

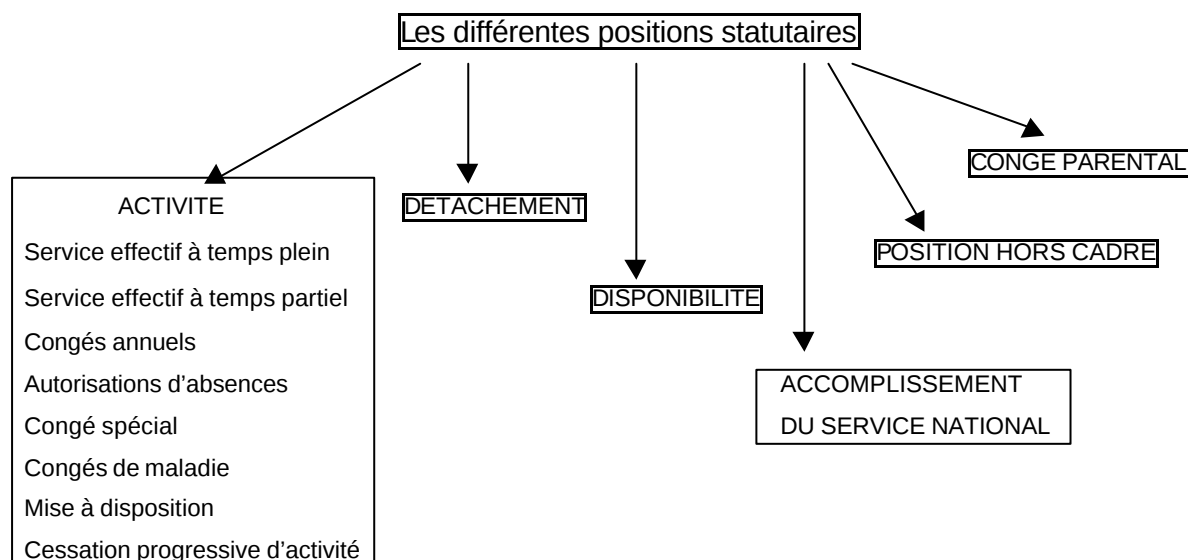
C'est un texte réglementaire qui fixe les conditions d'accès aux corps et aux grades, les conditions d'exercices et de déroulement de carrières.

1.1.6 Le poste de travail

Il est défini par sa qualification, sa localisation et son horaire.

1.1.7 La position statutaire

Un fonctionnaire est obligatoirement placé dans des positions statutaires prévues par les textes actuellement en vigueur représentées par le schéma ci-dessous :



En ce qui concerne l'objet de notre travail, nous nous intéresserons exclusivement à la notion d'activité : « l'activité est la position du fonctionnaire qui, titulaire d'un grade, exerce effectivement les fonctions de l'un des emplois correspondant à ce grade »⁴

⁴ Loi 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, article 40

1.1.8 La place particulière du médecin du travail⁵

Etant donné la place qu'occupe le médecin du travail dans notre recherche, il nous a semblé essentiel de définir son statut et de cerner sa mission au sein de l'hôpital public.

1.1.8.1 Son origine

L'arrêté du 29 juin 1960 a organisé la médecine du travail dans les hôpitaux et institué le comité d'hygiène et de sécurité. Deux décrets du 16 août 1985⁶ sont venus modifier cette réglementation, l'un concernant le « Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail » (C.H.S.C.T.) et l'autre l'organisation et le fonctionnement de la médecine du travail. Ces textes se situent alors dans le prolongement des droits nouveaux accordés aux salariés par la loi du 23 décembre 1982⁷

En vertu des dispositions du décret de 1985, il est prévu que : *« les établissements relevant du titre IV doivent créer ou adhérer à un service de médecine du travail. Pour assurer l'ensemble de ses missions, l'établissement doit lui fournir des moyens humains et matériels. Aussi la création ou l'adhésion à un service de médecine du travail est donc obligatoire dans les établissements ou syndicats inter hospitaliers comptant plus de 1500 agents salariés (titulaires, non titulaires, non médicaux et médicaux) ... »*. De ce fait, cette création est facultative dans les établissements de moins de 1500 salariés. Les établissements ont la possibilité de signer une convention avec un service médical du travail interentreprises.

1.1.8.2 Son statut

Le médecin du travail est un contractuel de droit public. Les contrats passés avec les médecins du travail doivent être conformes au modèle de contrat prévu par l'article R.242-5 du Code du travail qui précise que : *« ce contrat de travail est conclu dans les conditions prévues par le code de déontologie médicale »*.

⁵ Source : *le médecin du travail dans les établissements publics de santé (EPS)* – A. Fredon et A. Hu Yen Tack – les études hospitalières- 2000 – 144p.

⁶ Décret n° 85-947 du 16 août 1985, modifiant le code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux dans les établissements mentionnés à l'article L.792 du Code de la santé publique et dans les syndicats inter hospitaliers.

⁷ Loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

1.1.8.3 Sa mission

La mission du médecin du travail est définie par l'article L.241-2 du Code du travail : « le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs ».

L'activité du médecin du travail se divise en 2 catégories :

1. L'activité médico-administrative et les examens médicaux ;
2. L'action sur le milieu du travail.

Après avoir abordé les statuts du personnel en rapport avec l'objet de notre étude, nous allons aborder l'absentéisme des personnels hospitaliers.

1.2 L'ABSENTEISME DES PERSONNELS HOSPITALIERS

1.2.1 Définition

« L'absentéisme est généralement défini comme la non présence au travail ; il s'agit de l'expression personnelle qui se traduit par la diminution, volontaire ou non, de son temps réglementaire de travail.⁸ »

Nous pouvons donc distinguer 3 modes d'absentéisme :

- L'absentéisme incompressible comme par exemple les congés annuels, les congés bonifiés et les congés de maternité.
- L'absentéisme compressible par des améliorations des conditions de travail ; par exemple les congés de maladie simples ou de longue durée, les accidents de travail et les grèves.
- L'absentéisme représentatif d'une vie sociale interne, comme la formation et les heures de délégation syndicale par exemple.

Dans le cadre de notre étude, nous nous attarderons exclusivement sur une grande partie de l'absentéisme compressible.

⁸ Les ressources humaines à l'hôpital, J.M. Bonmati, p 138, éditions Berger-Levrault 1998

1.2.2 Législation des congés de maladie⁹

C'est le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 qui définit le régime des différents congés maladie des fonctionnaires de l'état, le rôle des comités médicaux et des commissions de réforme en la matière.

1.2.2.1 Le congé de maladie ordinaire (CM)

De 1 jour à un an ; payé pendant 3 mois à plein traitement et 9 mois à demi traitement. Lorsque dans une période de 12 mois consécutifs l'agent a eu 6 mois d'arrêt, consécutifs ou non, le dossier est soumis au comité médical qui propose une expertise. A l'issue du congé maladie ordinaire, si l'agent ne peut reprendre, s'il ne relève pas d'un congé de longue maladie, il est, soit mis en disponibilité pour raison de santé, soit déclaré inapte et mis en réforme invalidité ce qui conduit à une retraite.

1.2.2.2 Le congé de longue maladie (CLM)

Peut durer 3 ans ; payé pendant 1 an à plein traitement et 2 ans à demi traitement. Un fonctionnaire est mis en longue maladie lorsqu'il est atteint de l'une des affections devenues invalidantes, parues au journal officiel¹⁰. Pour obtenir un CLM, il y a lieu de faire une demande par l'intermédiaire de son médecin avec les éléments du dossier médical, d'être soumis à l'examen d'un médecin agréé et de présenter le dossier au comité médical.

1.2.2.3 Le congé de longue durée (CLD)

Peut durer 5 ans ; payé 3 ans à plein traitement et 2 ans à demi traitement. Les CLD sont en rapport avec 4 maladies (tuberculose, maladies mentales, affections cancéreuses, poliomyélite).

1.2.2.4 Le mi-temps thérapeutique

Peut durer 1 an maximum ; payé à plein traitement. Il est accordé par le comité médical après un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, mais jamais d'emblée.

⁹ L'expertise des congés de maladie dans la FPH, J.N. Vidart, *médecine et droit* n°16 - 1996

¹⁰ Liste des maladies invalidantes parue au journal officiel du 16 mars 1986.

1.2.2.5 La mise en disponibilité pour raison de santé

Après épuisement du CM, du CLM ou du CLD, si le fonctionnaire n'apparaît pas définitivement inapte, il peut alors relever d'une mise en disponibilité d'office. La durée en est de 1 an renouvelable deux fois ; pendant cette période, il ne perçoit pas de traitement mais reçoit des indemnités journalières versées par l'établissement.

1.2.2.6 Les congés accidents du travail

La reconnaissance de l'imputabilité au service se fait sur avis de la commission de réforme ; il n'y a pas de limite à la durée de l'arrêt à temps plein, en revanche le mi-temps est limité à 1 an. La commission de réforme donne son avis après 12 mois d'arrêt sur l'aptitude ou l'inaptitude à la reprise.

1.2.2.7 Les comités médicaux

Il existe un comité médical par département. Le rôle de ces comités médicaux est de donner un avis sur les contestations d'ordre médical qui peuvent s'élever à propos de l'admission des candidats ; ils s'occupent de l'octroi du renouvellement des congés maladie et de la réintégration à l'issue.

1.2.2.8 La commission de réforme

La commission de réforme donne son avis sur l'imputabilité au service d'un accident, apprécie la réalité des infirmités résultant de cet accident de service ou d'une maladie professionnelle, elle fixe l'application des dispositions du code des pensions de retraite et les dispositions réglementaires relatives à la mise en disponibilité d'office pour raison de santé.

1.2.3 Les causes de l'absentéisme

M. BINST définit l'absentéisme comme « *l'un des problèmes majeurs de la gestion des ressources humaines à l'hôpital. C'est un phénomène coûteux en terme de frais de remplacements, mais aussi humainement en faisant peser des contraintes supplémentaires sur ceux qui restent, en désorganisant les équipes* »¹¹

¹¹ BINST M. – *Une arme contre l'absentéisme et le turnover, l'analyse stratégique* – gestions hospitalières – décembre 86, janvier 87 n°261 – p 792

Les causes de cet absentéisme sont nombreuses et variées et l'on retiendra surtout les conditions de pénibilité du travail avec ses rythmes, cycles et horaires qui constituent des contraintes importantes ; la pression psychologique est forte afin de concilier vie professionnelle et vie personnelle. Cette charge physique et mentale prégnante favorise des phénomènes de fuites traduisant une baisse d'implication ou un refus provisoire voire définitif.

1.2.3.1 La fatigue professionnelle ou « burn out »¹²

Au milieu des années 1970 le psychanalyste américain Herbert J Freundeberger a conceptualisé l'épuisement professionnel à partir d'une observation chez des hospitaliers ; cet épuisement est qualifié de « burn out ». Il explique ce phénomène par la charge physique née de la trop grande différence entre l'idéal de la mission de soin et les contraintes matérielles de sa réalisation, sous estimant les conséquences évidentes des efforts physiques des soignants. Ce phénomène a été accentué par le changement du rapport de la femme au travail (près de 90% du personnel soignant) comme le souligne Madeleine Estryn-Béhar ¹³. Avant « *la plupart des infirmières s'arrêtaient de travailler assez tôt afin d'élever leurs enfants ou de trouver un mode d'exercice moins contraignant. Seules les plus déterminées, ou les célibataires continuaient une carrière professionnelle* ». Depuis lors, « *comme les autres femmes, les infirmières ne mettent plus fin aussi rapidement et aussi souvent à leur vie professionnelle...* ». Ces personnels non médicaux subissent donc en terme de fatigue professionnelle, les effets augmentés par la durée de carrière et le vieillissement.

1.2.3.2 Les conditions de travail¹⁴

Grâce aux progrès de la science (nouvelles techniques, nouveaux médicaments, développement des soins ambulatoires) les personnes hospitalisées le sont de moins en moins longtemps entraînant donc une durée moyenne de séjour (DMS) plus courte. Cela engendre une activité plus dense pour un personnel qui travaille de plus en plus rapidement

¹² FRITSCH A – *Les postes aménagés à l'hôpital : recenser pour anticiper* – mémoire directeur d'hôpital : ENSP, 2000 – 66 p.

¹³ ESTRYN-BEHAR M. et POINSIGNON H. – *Travailler à l'hôpital* – p 14, Berger Levrault, 1989

¹⁴ BONMATI J.M. – *Les ressources humaines à l'hôpital : un patrimoine à valoriser* –p.81- Paris : Berger-Levrault, 1998

avec des marges d'effectifs limitées. Dans le même temps, l'augmentation des pathologies très lourdes, le vieillissement de la population hospitalisée et l'état de dépendance des plus âgées d'entre elles, ont encore intensifié les pratiques et le rythme des soignants.

Les agents exécutent donc un travail pénible qui est dû :

- A des charges physiques, en relation avec la station debout, la longueur des déplacements, la manutention quotidienne des malades, l'inadaptation encore trop fréquente des locaux et des matériels, dans des structures inadaptées où la température est souvent très élevée. Ces charges de travail ne sont plus seulement « des vues de l'esprit » ; depuis de nombreuses années elles sont objectivées avec des outils scientifiques et fiables tels que le « Projet de Recherche en Nursing » (PRN), les « Soins individualisés à la Personne Soignée » (SIIPS) et le Pendiscan.
- A des charges mentales et psychiques en rapport avec la quantité d'informations à maîtriser, dans un contexte où la confrontation avec la mort et la souffrance est la norme, où le dialogue fonctionne de plus en plus mal, tant avec le malade (faute de temps ?), qu'avec l'équipe et la hiérarchie. A cela vient se greffer la prévention des risques de contamination interne (infection nosocomiale) et la prévention des risques personnels (VIH et hépatite C).
- A des horaires difficiles : tôt le matin, tard le soir et la nuit ; des rythmes biologiques décalés ; des changements de planning permanents en raison d'absences diverses ; des roulements alternant un travail du matin, du soir ; des repos et le travail le week-end au détriment de la vie de famille.

A ces charges physiques et mentales, à ces horaires difficiles, il faut encore ajouter un élément qui depuis quelques années vient alourdir le poids du travail des soignants : il s'agit des restructurations de services. En effet, si à terme ces restructurations doivent apporter une meilleure organisation du travail, leur mise en place entraîne la plupart du temps des périodes de désorganisations. Pendant ces périodes d'adaptation les agents sont fragilisés, d'autant que les équipes sont très souvent recomposées, dans des locaux nouveaux, et il leur faut trouver de nouveaux repères qui vont engendrer un stress supplémentaire.

1.2.3.3 Le vieillissement des personnels

Entre 1989 et 1995, il se traduit par un glissement progressif et régulier de la tranche d'âge des 30-34 ans vers celle des 35-39 ans et qui se vérifie en 1999¹⁵. D'autre part, les tranches d'âges des 40-44 ans, 45-49 ans et 50-54 ans obtiennent le pourcentage d'effectifs le plus important des séries en 1999.

Or toutes les études montrent qu'à partir de 40 ans les individus sont plus souvent touchés par des problèmes de lombalgies ou de maladies dues au vieillissement et à une mauvaise hygiène de vie.

1.2.4 Les formes d'absentéisme

L'absentéisme peut revêtir différentes formes, il ne s'agit pas seulement de l'absence à son poste de travail. Une partie des causes exposées ci-dessus est en lien avec l'insatisfaction et le manque de motivation des agents pour leur travail ; cela se caractérise généralement par :

- Des retards qui s'accumulent,
- Des absences inopinées,
- Des congés imprévus,
- Des pauses repas ou café interminables,
- Des attitudes de fuite (isolement, agressivité),
- Un travail bâclé,
- Une indifférence généralisée ou une critique systématique.

Après avoir abordé les statuts et l'absentéisme des personnels hospitaliers, le troisième point de notre cadre théorique est consacré au cœur de notre étude, à savoir la gestion des postes pour les agents en difficulté que nous appellerons le plus souvent « GPAD » dans un souci de lisibilité.

¹⁵ Extraits de la synthèse annuelle des données sociales hospitalières, EPS, 1999, réalisée par L. Haeusler, E. Mauger et R. Roche, parue en mai 2001 sous l'égide du ministère de l'emploi et de la solidarité

1.3 LA GESTION DES POSTES POUR LES AGENTS EN DIFFICULTE (GPAD) : ALLEGER, AMENAGER OU ADAPTER LE POSTE DE TRAVAIL ?

1.3.1 Essais de définitions¹⁶

1.3.1.1 Poste allégé

Ce type de poste permet une diminution de la pénibilité au poste de travail ; il est en adéquation avec les carences ou insuffisances reconnues médicalement.

L'agent est maintenu dans son grade :

- Dans son service d'origine
- Dans un autre service où les charges en rapport avec son handicap sont moins lourdes ou différentes de celles qu'il supportait précédemment.

Cet allègement de poste peut être temporaire ou définitif.

1.3.1.2 Poste aménagé

Ce type de poste correspond aux aptitudes modifiées de l'agent qui peut être maintenu dans son grade mais sur un profil de poste différent, avec par exemple des horaires de travail différents.

Cet aménagement peut être temporaire ou définitif.

1.3.1.3 Poste adapté

Ce type de poste induit :

- un changement de fonction
- une reconversion professionnelle
- parfois même un changement de grade rendu possible par le passage de concours ou suivi de formation

Un poste adapté l'est de façon quasi définitive ; c'est un reclassement¹⁷.

¹⁶ Source : Conférence des Infirmiers Généraux du Nord-Pas-de-Calais, mars 1997.

¹⁷ décret n° 89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé.

1.3.2 Les origines

« Lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation n'est pas possible, ils peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps, s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les conditions correspondantes »¹⁸. Cet article de la loi de 1986 montre la volonté du législateur de prioriser l'adaptation du poste à l'agent, c'est-à-dire l'aménagement du poste de travail à l'état de santé de l'agent, par rapport au reclassement qui doit rester la solution ultime.

1.3.3 Les applications

Le poste allégé n'a aucun fondement juridique et il relève davantage de pratiques individuelles.

Par contre, depuis le décret du 8 juin 1989, l'aménagement de poste peut intervenir pour une durée limitée et pas nécessairement pour le reste de la carrière. En effet, il ne s'agit pas seulement de prendre en compte une inaptitude définitive due à l'état de santé de l'agent mais le simple fait que « *le fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, de façon temporaire ou permanente...* ». C'est l'article 1^{er} de ce décret qui nous permet de dégager la définition juridique et les conditions d'obtention d'un poste aménagé. Il s'agit d'un poste de travail dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre, à un fonctionnaire hospitalier empêché d'exercer ses fonctions de façon temporaire ou définitive, d'assurer des fonctions correspondant à son grade. L'intéressé y est affecté par l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du médecin du travail.

L'article 71 de la loi de 1986 prévoit la possibilité de reclassement du fonctionnaire reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions et l'article 2 du décret du 8 juin 1989 précise que « *dans le cas où l'état physique d'un fonctionnaire, sans lui interdire d'exercer toute activité, ne lui permet pas de remplir les fonctions correspondant aux emplois de son grade, l'intéressé peut présenter une demande de reclassement dans un emploi relevant d'un autre grade de son corps ou dans un emploi relevant d'un autre corps...* »

¹⁸ Article 71 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH, chapitre V *Notation, Avancement, Reclassement*, Section 3 *Reclassement pour raison de santé*, articles 71 à 76

Malgré l'arsenal juridique qui doit aider l'hôpital à repositionner les agents en postes « modifiés » en fonction de leurs capacités et des intérêts de l'institution, force est de constater la plupart du temps que la multiplicité des actions engagées par les EPS ne s'est pas inscrite dans la mise en œuvre d'une politique globale.

Après avoir installé le cadre théorique de notre étude, nous allons maintenant nous appuyer sur des statistiques et des entretiens qui après analyse, vont nous aider à formuler des propositions concrètes en matière de GPAD.

2 - LA COMPREHENSION DE L'ABSENTEISME ET DE LA G.P.A.D. PAR L'ANALYSE DES STATISTIQUES ET DES ENTRETIENS

L'étude sur le terrain s'est déroulée lors de notre stage dans un établissement public de santé de la région Nord-Pas-de-Calais.

La démarche retenue comporte 2 étapes distinctes :

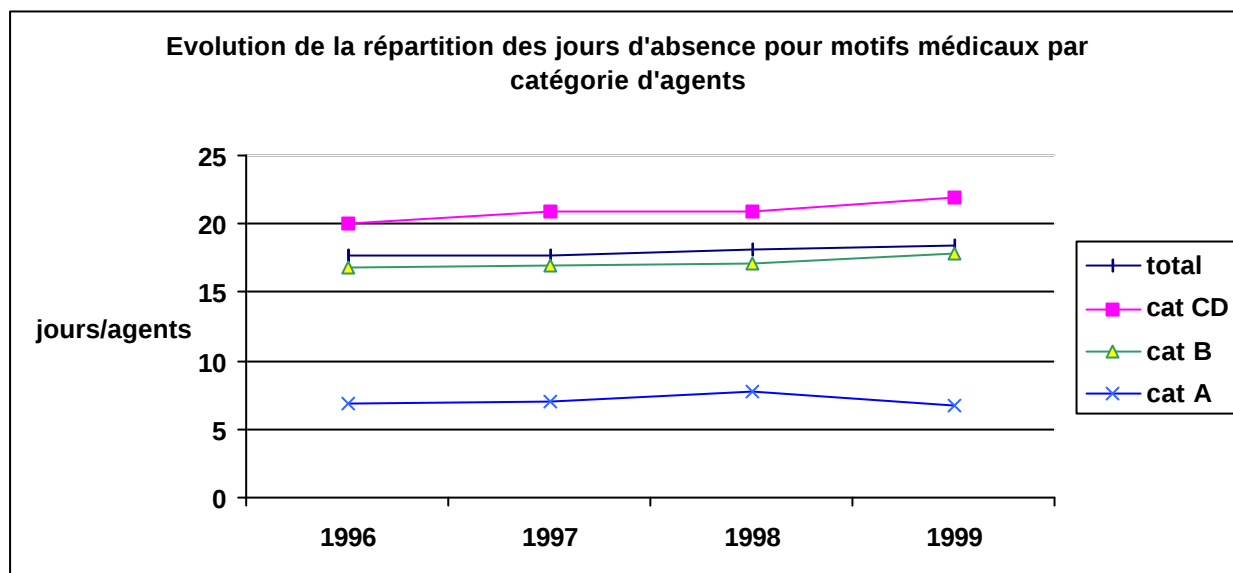
La première consiste à recueillir des informations chiffrées à propos de l'absentéisme et des visites médicales du médecin du travail.

La deuxième étape comprend la réalisation d'entretiens semi directifs auprès de professionnels : aides-soignants, infirmiers, cadres de santé, cadre supérieur de santé, directeur des soins, directeur des ressources humaines, médecin du travail et représentants syndicaux.

L'objectif est de recenser les points de vue de professionnels différents afin d'élargir notre compréhension des agents en difficultés. L'analyse de l'ensemble des informations recueillies dans la littérature et sur le terrain nous permettra de répondre aux interrogations de départ et de vérifier notre hypothèse.

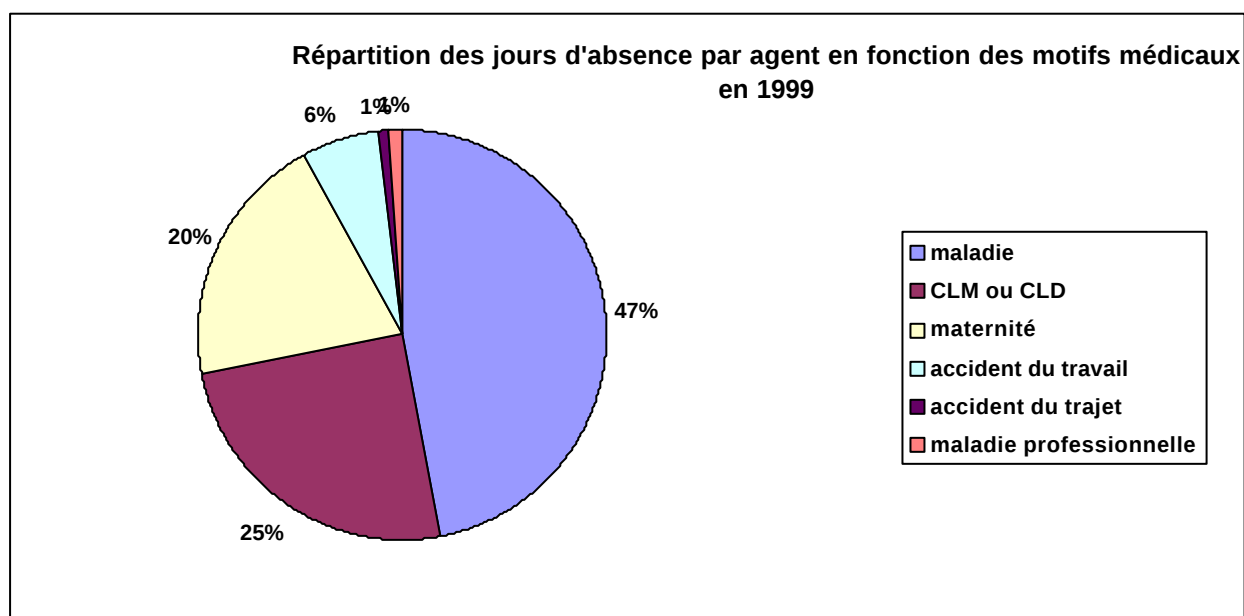
2.1 AU NIVEAU NATIONAL¹⁹

Les motifs médicaux entraînent un peu plus de 18 jours d'absence en moyenne par agent en 1999. Ce chiffre est en augmentation régulière depuis 1996 (17,6 jours en 1996 et 18,4 jours en 1999).



Graphique 1

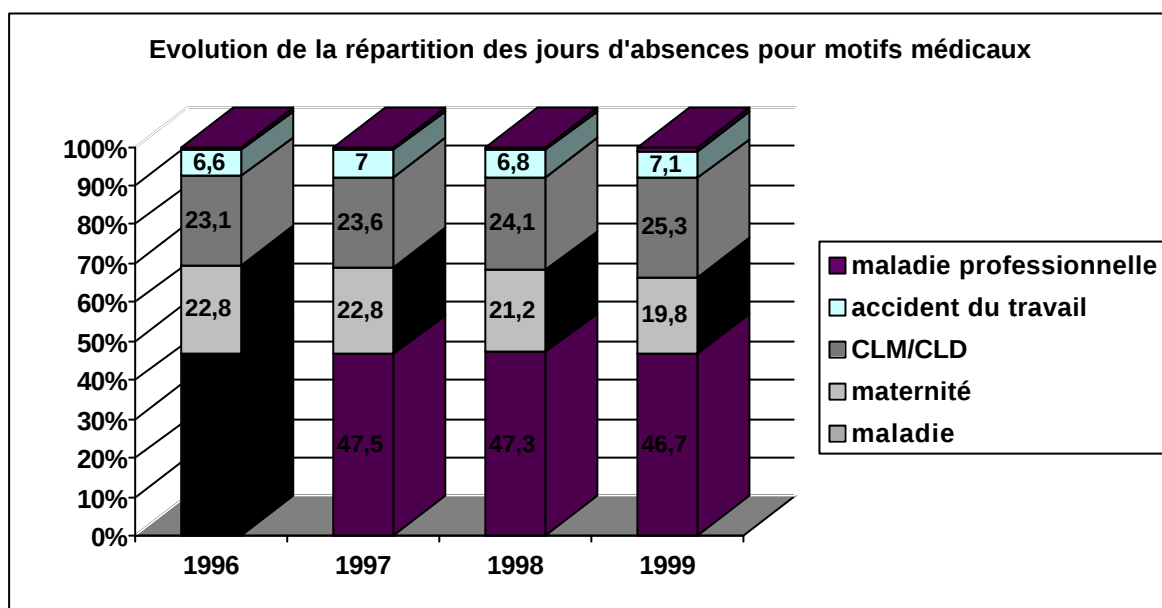
Le nombre de jours d'absences pour motif médical est corrélé au grade. Les cadres de catégorie A sont peu absents (6,7 jours en moyenne). Les absences des agents de catégorie CD dépassent de 3 jours celles des agents de catégorie B (de 21,9 à 17,8).



Graphique 2

¹⁹ idem 12

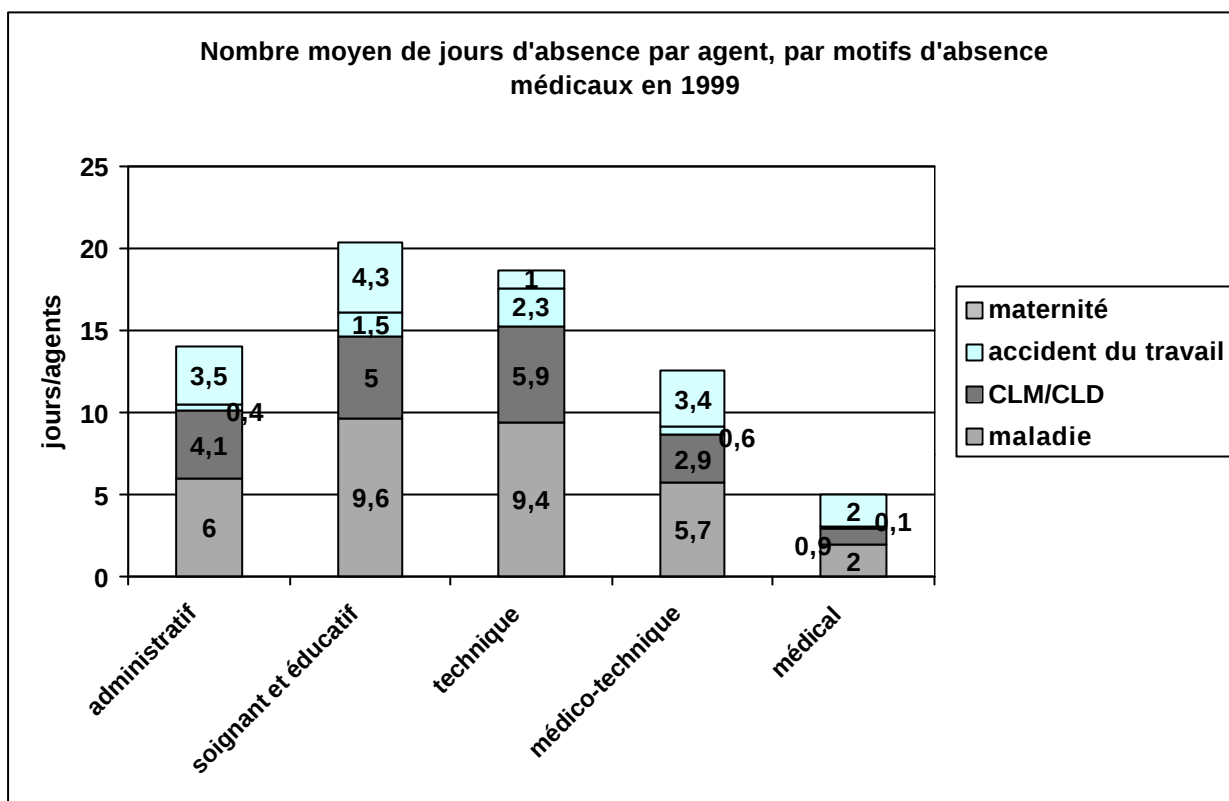
Les maladies de courtes durées représentent un peu moins de la moitié des absences médicales (47,3 % en 1999). les longues maladies et les congés de maternité représentent les 2 autres grands types de motifs médicaux (25% pour les longues maladies et 20% pour les maternités). Les maladies professionnelles comptabilisées à part représentent moins de 1% des jours d'absences ; les accidents du travail 6%.



Graphique 3

L'année 1999 se situe dans le prolongement des tendances longues :

- Hausse de la part des maladies longue durée : 25% des absences pour motif médical en 1999, contre 24% en 1998 et 23% en 1996.
- Baisse des congés maternités (20% en 1999 contre 21% en 1998 et 23% en 1996)



Graphique 4

Le niveau de la répartition des jours d'absences est sensiblement identique aux années précédentes.

2.2 AU NIVEAU LOCAL

Dans le cadre théorique, nous avons évoqué le rôle du médecin du travail et les causes de l'absentéisme que nous rappelons brièvement :

- La fatigue professionnelle,
- Les conditions de travail (charges physiques, charges mentales,...),
- Le vieillissement des personnels.

A partir de ces points, nous avons orienté nos recherches d'informations et tenté d'objectiver les causes de l'absentéisme qui nous semble être la première étape pour tenter de définir les attentes des uns et des autres en matière de gestion des postes pour les agents en difficulté.

Nous avons donc consulté les documents disponibles à la direction des ressources humaines et à la direction des soins puis nous avons construit des tableaux sur les mêmes principes que les tableaux nationaux. L'objectif est de comparer les chiffres nationaux et les

chiffres locaux afin d'orienter nos entretiens. A ce titre, nous avons sélectionné 3 indicateurs :

- L'évolution de la moyenne du nombre de jours d'absences pour motifs médicaux
- L'évolution de la répartition des jours d'absences pour motifs médicaux
- Le nombre moyen de jours d'absences par agent, par motifs d'absences médicaux en 1999

Au niveau local, il nous a semblé judicieux de nous pencher sur le rapport d'activité de la médecine du travail, afin de toujours mieux préparer nos entretiens. Nous avons donc retenu 4 autres indicateurs :

- Les conclusions professionnelles du médecin du travail pour des reprises de travail suite à des congés maladies
- Les conclusions professionnelles du médecin du travail suite à des visites annuelles
- Les conclusions professionnelles du médecin du travail suite à des visites « autres »
- Le total des conclusions professionnelles du médecin du travail

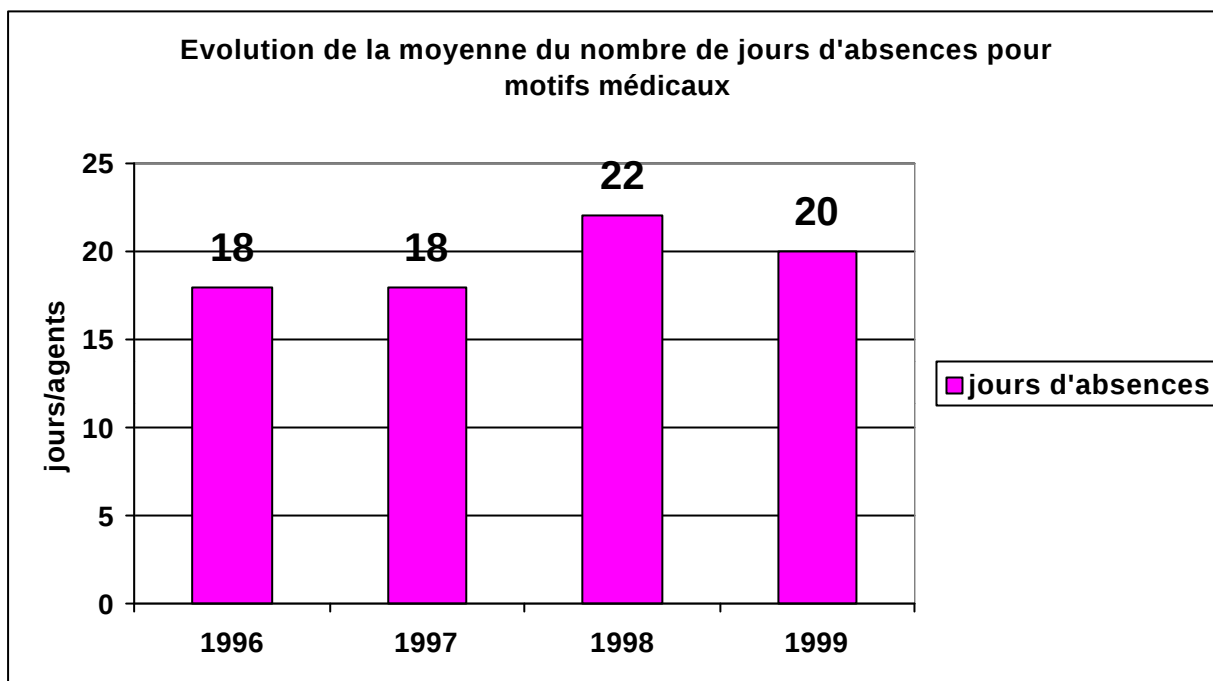
Quelques éléments du contexte local

Le centre hospitalier en question existe depuis 1955 ; depuis la signature de son contrat d'objectifs et de moyens en février 2000, il continue sa mutation entamée depuis une dizaine d'années (pertes de lits de chirurgie et de maternité, création de lits d'alcoologie et augmentation des lits de gériatrie). Il conserve 360 lits avec un effectif de 380 personnes (tout personnel confondu).

Depuis quelques mois, il s'est engagé dans une démarche de gestion personnalisée des agents en difficulté et le projet est sur le point d'aboutir. Il a été réfléchi entre le DRH, le DS, le médecin du travail et un cadre supérieur de santé.

2.2.1 L'évolution de la moyenne du nombre de jours d'absences pour motifs médicaux

Cette moyenne est calculée en prenant en compte l'absence maladie, l'absence maternité, les CLM/CLD, les accidents du travail et les maladies professionnelles.



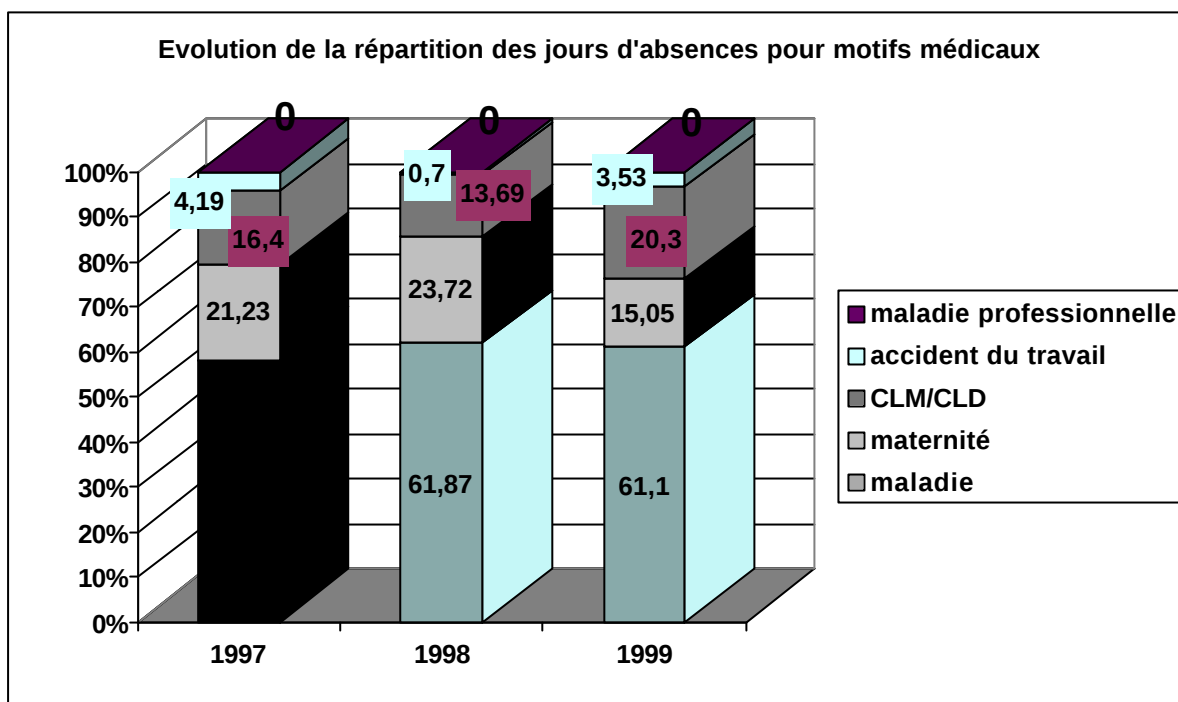
Graphique 5

Commentaire :

Contrairement à la moyenne nationale (graphique 1), les motifs médicaux ont entraîné moins de jours d'absences en 1999 qu'en 1998 ; par contre la moyenne locale est toujours supérieure à la moyenne nationale. Avec les données à notre disposition nous constatons un autre élément important (même si le graphique ne le montre pas) : tout comme au niveau national, le nombre de jours d'absences pour motif médical est corrélé au grade. Les absences des agents de catégorie CD dépassent de 3 à 5 jours celles des agents de catégorie B.

2.2.2 L'évolution de la répartition des jours d'absences pour motifs médicaux

Avec ce graphique, il s'agit de comparer la répartition des jours d'absences en fonction des différents motifs médicaux afin d'observer d'éventuelles discordances avec les chiffres nationaux que nous pourrions expliquer à partir du contexte local.



Graphique 6

Commentaire

Par rapport à la moyenne nationale (graphiques 2 et 3), on constate des différences significatives : Le pourcentage d'absences pour maladie est supérieur de 15%. Nous verrons dans le prochain graphique qu'il est dû en grande partie à une catégorie de personnel.

Une des autres explications que nous pouvons avancer nous est fournie par la pyramide des âges de l'établissement ; en effet, elle est largement dominée par les tranches d'âges supérieures à 40 ans et nous avons déjà vu que ce sont ces tranches d'âges qui sont les plus touchées par la maladie (surtout les lombalgies). Si en plus, nous prenons en compte le contexte de l'établissement (restructuration), l'insatisfaction et le manque de motivation des agents peuvent favoriser cet absentéisme. Il sera intéressant de vérifier cette hypothèse lors des entretiens.

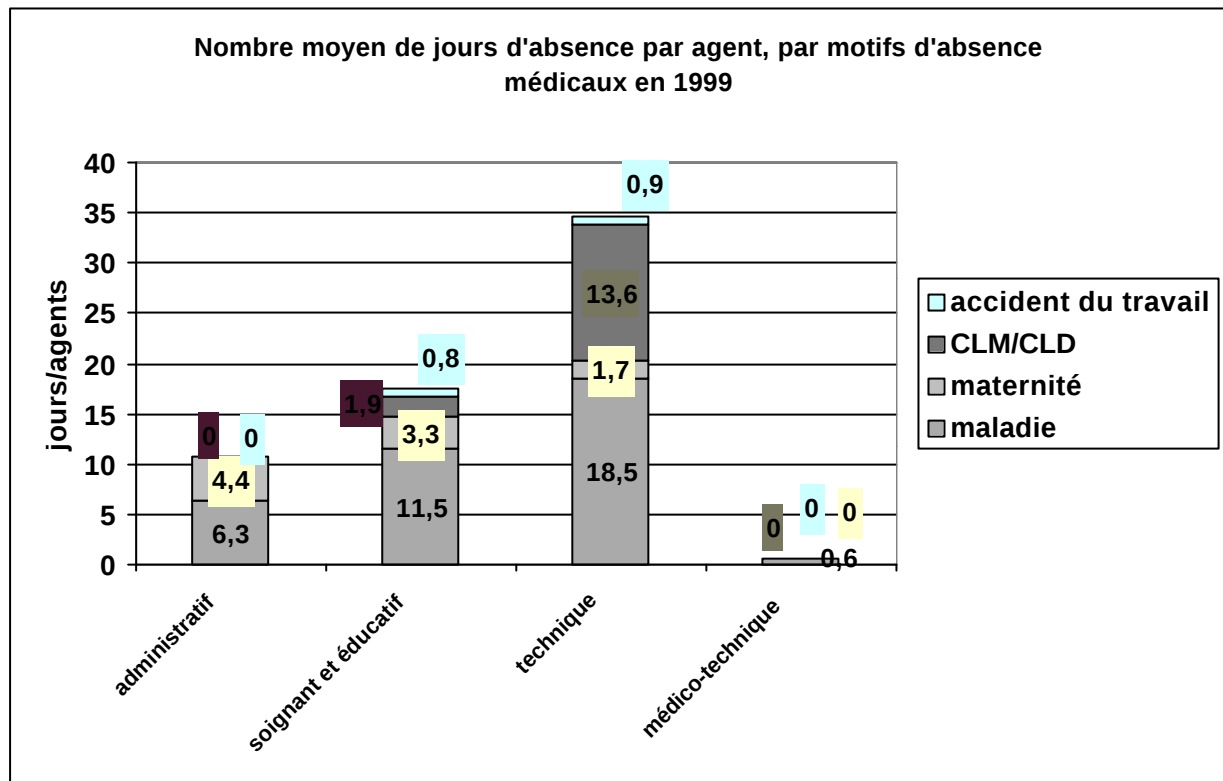
Toujours par rapport à la moyenne nationale, les taux de CLM/CLD sont nettement inférieurs (- 5 points), même si la tendance est à la hausse, ce que nous constatons également au niveau national.

La baisse du taux de maternité est à rapprocher de l'évolution démographique nationale de la population, avec une diminution de la proportion d'agents des tranches d'âge les plus fécondes ; en 1999, la chute est brutale.

Concernant les accidents du travail les taux sont nettement inférieurs à la moyenne nationale quoique en augmentation en 1999.

2.2.3 Le nombre moyen de jours d'absence par agent, par motifs d'absence médicaux en 1999

Ce graphique se rapproche du précédent, mais il donne une lisibilité différente puisque les absences pour maladie sont exprimées en nombre de jours d'absences par agent. Il nous permet aussi une comparaison avec la moyenne nationale (graphique 4).



Graphique 7

Commentaire

Si nous rapportons les chiffres de ce graphique aux chiffres du graphique précédent, on se rend compte qu'en ce qui concerne le nombre de jours d'absences pour maladie, ce sont les personnels techniques (ils représentent 72,60 ETP) qui le font augmenter de manière très significative (le nombre de jours d'absences est le double de la moyenne nationale). Il en est de même pour les CLM/CLD (le nombre est multiplié par 2,5).

Par contre nous constatons que l'absence maladie est malgré tout supérieur à la moyenne nationale pour les personnels soignants et éducatifs (+ 2 jours). Ces personnels représentent 240,30 ETP.

Les chiffres du personnel médico-technique sont peu représentatifs car ces agents sont au nombre de 4 (soit 3,75 ETP).

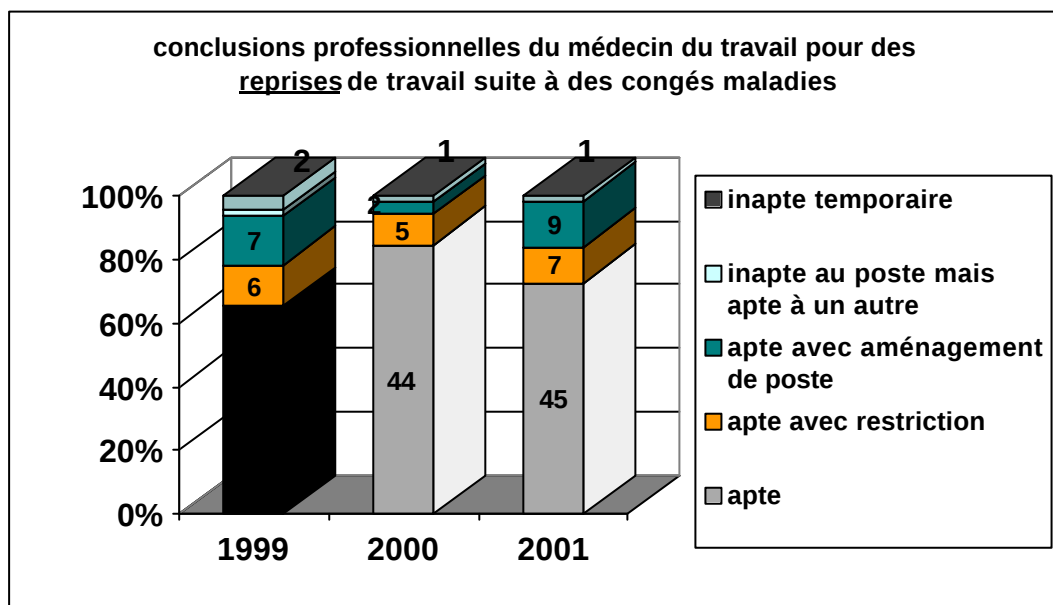
Enfin, nous remarquons que si les personnels techniques étaient ôtés de ce graphique, nous aurions un taux d'absence pour motifs médicaux malgré tout inférieur à la moyenne nationale.

2.2.4 Les conclusions professionnelles du médecin du travail pour des reprises de travail suite à des congés maladies

Les 4 graphiques qui suivent sont intéressants à différents niveaux car Ils nous indiquent :

- Les agents qualifiés d'« aptes avec restriction » qui signifie un allègement de poste,
- Les agents « aptes avec aménagement de poste » qui signifie clairement un aménagement de poste,
- Les agents « inaptes au poste mais apte à un autre » qui signifie une adaptation c'est-à-dire un reclassement professionnel.

Ce premier graphique nous montre les conclusions professionnelles du médecin du travail qui doit se prononcer pour une reprise de travail suite à un congé maladie.



Graphique 8

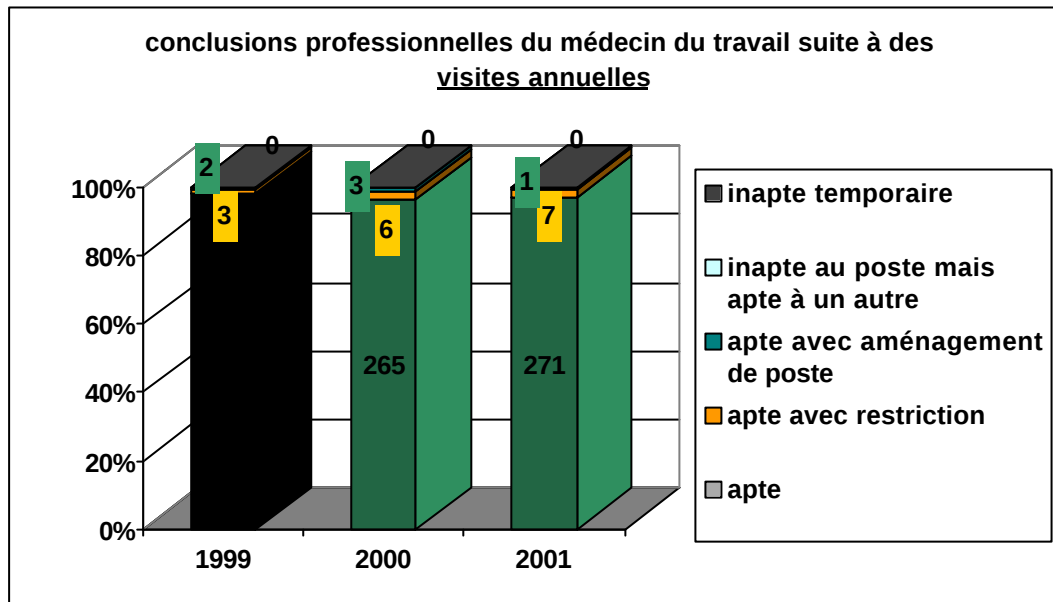
Commentaire

Nous constatons qu'en moyenne 75% des reprises de travail se déroulent sans problèmes particuliers (soit 45 agents en 2001) ; mais outre l'année 2000, les allègements ou aménagements de postes concernent près de 27% des agents en reprises après CM (soit 16 agents en 2001). Sur ces 27%, plus de 14% nécessitent un aménagement de poste (soit 9 agents en 2001).

Les « inaptes temporaires » correspondent à des agents pour lesquels le médecin du travail a souhaité une prolongation du congé maladie.

2.2.5 Les conclusions professionnelles du médecin du travail suite à des visites annuelles

Ce second graphique nous montre les conclusions professionnelles du médecin du travail faisant suite à des visites annuelles systématiques.



Graphique 9

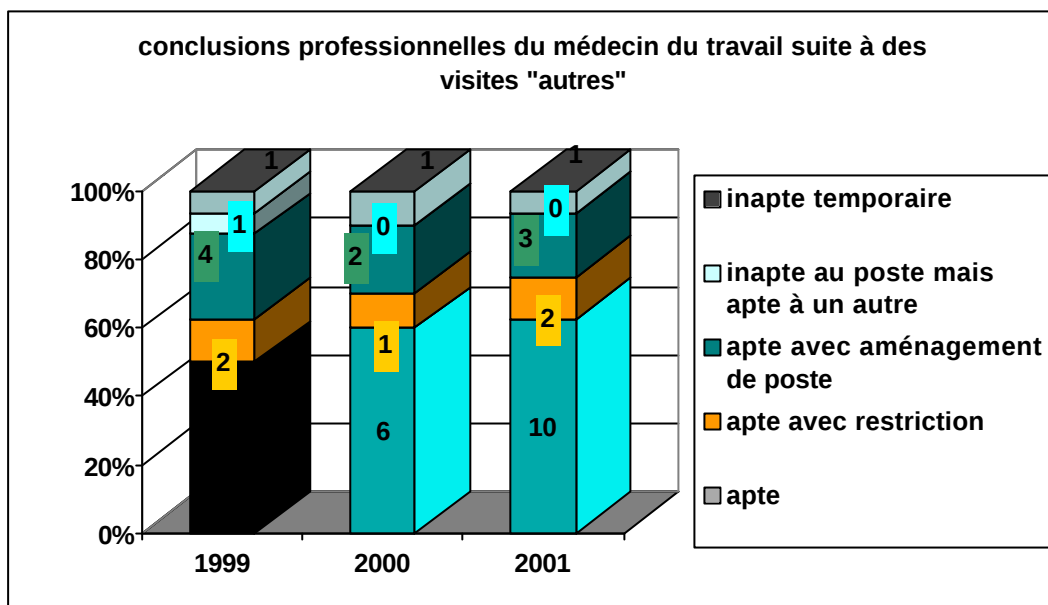
Commentaire

Dans le cadre de visites systématiques on se rend compte que 97% des agents sont déclarés aptes à leurs postes de travail (soit 271 en 2001). Seul un peu plus de 2% des agents nécessitent des allègements de postes (soit 7 en 2001), et dans moins de 1% des cas, des aménagement de poste sont obligatoires (1 agent en 2001).

Cela peut signifier que les agents sont repérés ou se manifestent en dehors des visites annuelles.

2.2.6 Les conclusions professionnelles du médecin du travail suite à des visites « autres »

Ce troisième graphique nous montre les conclusions professionnelles du médecin du travail, suite à visites « autres » : il s'agit en fait d'agents vus en visites de leur propre initiative, ou à l'initiative des cadres des services, ou à l'initiative des médecins traitants.



Graphique 10

Commentaire

Ce graphique nous permet de comprendre pourquoi il y a peu d'agents repérés lors des visites annuelles. Par exemple, en 2001, sur 16 agents qui ont été vus par le médecin du travail sur un motif « autres », 5 ont nécessité un allègement ou un aménagement de poste (respectivement 2 et 3) et 1 a été déclaré inapte temporaire, ce qui l'a conduit à un congé maladie.

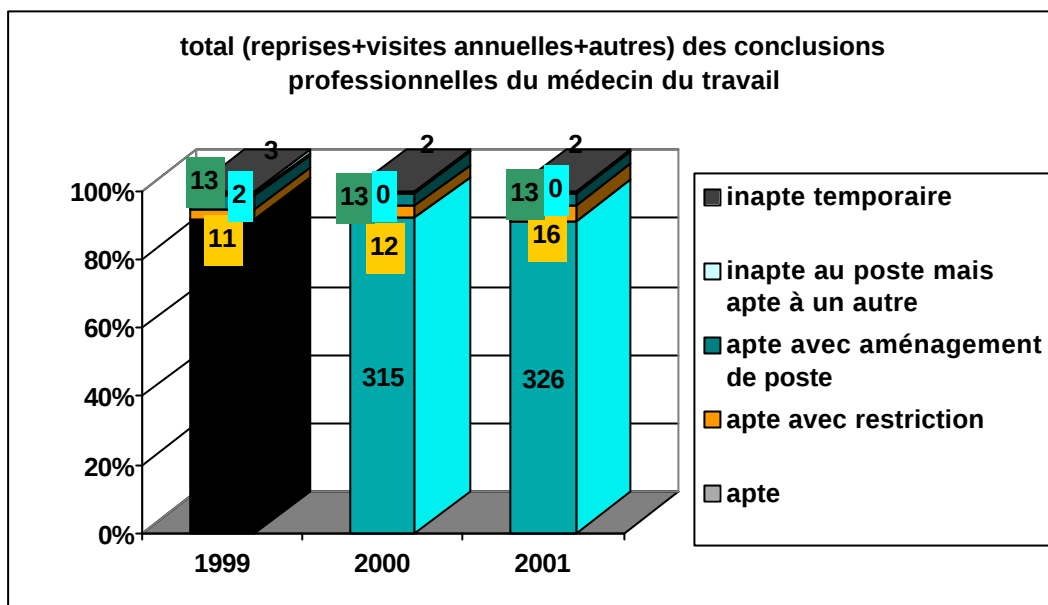
Il apparaît que lorsqu'un problème de santé ou autre se pose en dehors d'un arrêt maladie, les gens n'hésitent pas à le confier au médecin du travail ; il semble que ce soit davantage les cadres ou les médecins traitants qui signalent le cas d'un agent en difficulté au médecin du travail, que l'agent lui-même. Il sera important de corréler cette affirmation avec les entretiens.

2.2.7 Le total des conclusions professionnelles du médecin du travail

Ce dernier graphique est la somme des 3 précédents ; il fait donc apparaître le total des conclusions professionnelles du médecin du travail, c'est-à-dire : les visites avant reprises, les visites systématiques et les visites « autres ».

Il nous donne :

- Le nombre total des visites médicales de l'année (hors visites d'embauches)
- Le nombre total d'agents nécessitant des postes allégés, aménagés ou adaptés



Graphique 11

Commentaires

Au total, plus de 91% des agents visités par le médecin du travail sont déclarés aptes à leurs postes de travail (326 agents sur 357 en 2001).

Par contre nous remarquons une augmentation régulière du nombre d'agents nécessitant des aménagements de postes ; on passe de 7% en 1999, à 7,3% en 2000 et à plus de 8% en 2001. Parmi ces 7 à 8%, la répartition entre postes allégés et postes aménagés est sensiblement la même.

Nous nous apercevons également que c'est lors des visites pour « reprise » que les besoins en postes modifiés sont les plus nombreux.

2.2.8 Conclusion sur les statistiques

Concernant les 8 premiers graphiques qui ont trait à l'absentéisme et si on compare les chiffres nationaux aux chiffres locaux, nous nous rendons compte de l'influence de l'environnement sur les perceptions et les conséquences de ces perceptions sur les individus. Il est fort probable que dans un environnement « sain » les comportements des uns et des autres sont différents face à des situations difficiles ; face à ces mêmes situations de travail, où rien de construit n'est proposé à des agents en difficulté, la seule réponse de ces agents ne peut être que l'absentéisme, avec ses conséquences sur le fonctionnement de l'institution. C'est cela qui explique en grande partie les chiffres élevés des congés maladies dans notre hôpital audité.

De plus, il faut savoir que si les personnels techniques sont très touchés, c'est sans doute en raison des dernières restructurations en cours qui touchent la blanchisserie, la cuisine et le service des travaux. Dans ces services, les agents ont d'énormes difficultés à retrouver des repères et donc leur place.

Concernant l'analyse des 4 graphiques portant sur les conclusions professionnelles du médecin du travail, nous pouvons ajouter que dans une GPAD le rôle du médecin du travail est primordial et que rien ne peut se décider sans lui. Dans le cadre du développement d'une politique institutionnelle, il est donc l'acteur incontournable avec qui il faudra composer.

Après cette évaluation quantitative de l'absentéisme et des postes « modifiés », nous allons nous enquérir de l'avis des professionnels afin de valider notre hypothèse.

2.3 LES ENTRETIENS

2.3.1 Présentation de la démarche

Après une recherche théorique documentée, nous avons objectivé l'absentéisme et la notion de postes « modifiés » à partir de statistiques réalisées grâce aux informations détenues par la direction des ressources humaines, la direction des soins et la médecine du travail. Nous allons maintenant procéder à des entretiens auprès de professionnels dans ce même établissement.

Afin d'élargir les points de vue, nous avons choisi différentes catégories de personnels, en nous limitant au personnel soignant, en référence à notre définition de fonction de directeur des soins²⁰ décrite dans l'article 4 du décret du 19 avril 2002 qui stipule que « *le directeur des soins, coordonnateur général des soins, est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques...à ce titre, ... il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation ;...* »

²⁰ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la FPH

Nous nous sommes entretenus avec :

- Trois aides-soignantes : 2 en postes « aménagés » depuis plus de 2 ans
1 en poste « aménagé » depuis 3 mois
- Une infirmière qui a bénéficié d'un poste « allégé » pendant 6 mois et qui a repris son poste d'origine
- Deux cadres de santé
- Un cadre supérieur de santé
- Deux représentants du personnel
- Le médecin du travail
- Le Directeur des Ressources Humaines
- Le directeur des soins

Ces entretiens se sont déroulés au moyen d'une prise de notes afin d'en faciliter l'exploitation. Ce type d'exploration a été choisi en raison des éléments précis demandés lors des entretiens et d'une part subjective moindre, même si elle existe obligatoirement dans des questions du genre « comment vous sentez-vous maintenant ? » ; dans ce cas nous avons noté des phrases entières afin de ne pas dénaturer le propos.

Les agents à interviewer ont été sélectionnés avec l'aide du médecin du travail et des cadres ; les choix ont été confirmés et validés par le DRH et le DS. Puis chaque entretien s'est effectué après accord et prise de rendez-vous, avec les personnes concernées, à partir du moment où chacun était au clair avec les objectifs annoncés et l'anonymat garanti. La durée des entretiens a été variable : de 30 minutes à 1 heure 15 minutes.

2.3.1.1 Conception des grilles d'entretiens

En fonction des objectifs poursuivis, les grilles sont élaborées pour tenter de corroborer les éléments statistiques exploités et les éléments d'analyse déjà abordés ; elles servent aussi à recenser les différents points de vue et ainsi à élargir le débat.

Le guide d'entretien auprès d'agents ayant bénéficié d'un poste « modifié » (annexe 1)

Outre les objectifs précités, les autres objectifs consistent à :

- Connaître la façon dont ils ont obtenu ces nouveaux postes
- Connaître la perception de ces agents vis-à-vis de leurs nouveaux postes,

☞ Le guide d'entretien auprès du cadre supérieur de santé et des cadres de santé (annexe 2)

Les autres objectifs consistent à :

- Identifier les causes de l'absentéisme
- Observer comment ils appréhendent le suivi des agents en difficulté
- Entrevoir leur implication dans ce domaine
- Identifier les intérêts des postes « modifiés »

☞ Le guide d'entretien avec le médecin du travail (annexe 3)

Les objectifs particuliers sont :

- De vérifier les causes d'absentéisme
- De vérifier les représentations du poste « modifié »
- D'observer comment il appréhende le suivi des agents en difficulté
- D'appréhender la notion de politique institutionnelle en matière de GPAD

☞ Le guide d'entretien avec le DRH et le DS (annexe 4)

Les autres objectifs sont :

- D'observer comment ils appréhendent le suivi des agents en difficulté
- D'entrevoir leur implication dans ce domaine
- D'observer comment il appréhende le suivi des agents en difficulté
- D'appréhender la notion de politique institutionnelle en matière de GPAD, au sein de la Direction de l'établissement

☞ Le guide d'entretien auprès des représentants du personnel (annexe 5)

Les objectifs spécifiques consistent à :

- Vérifier la perception de ces agents vis-à-vis des postes « modifiés »
- D'appréhender la notion de politique institutionnelle en matière de GPAD

2.3.1.2 Présentation des résultats

Après une lecture approfondie des entretiens, nous avons relevé les idées dominantes exprimées par chacun des différents acteurs²¹ ; nous avons ensuite organisé ces idées autour de 9 thèmes principaux que nous allons développer dans la partie suivante, intitulée « résultats des entretiens » :

²¹ Le profil du public interrogé est en annexe 6

1. Les causes de l'absentéisme,
2. Les représentations du poste « modifié »,
3. Le circuit de demande d'un poste « modifié »,
4. A la recherche du poste « modifié »,
5. La notion d'équipe,
6. Les intérêts du poste « modifié »,
7. Le suivi du personnel en difficulté,
8. L'implication des partenaires,
9. Politique et GPAD

Puis ces idées seront confrontées à notre cadre théorique et à notre recherche statistique afin de vérifier à terme notre problématique de départ et notre hypothèse, qu'il est bon de rappeler :

Afin de lutter contre un absentéisme prévisible, la gestion efficace des agents en difficultés passe par une véritable politique institutionnelle qui prenne en compte les intérêts de chacun (l'institution et l'agent).

2.3.2 Résultats des entretiens

2.3.2.1 Les causes de l'absentéisme

Le médecin du travail insiste d'emblée sur les problèmes articulaires, lombalgies en tête qui touchent essentiellement le personnel aide-soignant (à 70%) ; puis viennent les troubles de l'humeur (dépression) et loin derrière les cancers et autres maladies. Comme causes aux lombalgies, il évoque le stress qui s'accompagne de contractures musculaires, mais aussi le manque de matériel pour aider à soulever ou lorsqu'il existe, une mauvaise utilisation voire une non utilisation ; le manque de formation à la manutention est aussi pointé. Il précise encore que les agents ont tendance à banaliser le mal de dos : « *j'ai mal au dos comme tout le monde* » est une phrase qu'il entend presque à chaque visite.

Le DRH et le DS constatent eux aussi que le mal de dos est la première cause d'absentéisme : « *c'est le mal du siècle* » dit le DRH. Le DS précise que des lèves malades existent mais que la plupart des agents ne s'en servent pas ; il nous parle aussi d'une charge de travail de plus en plus lourde avec des patients très dépendants.

Les cadres sont eux aussi unanimes à reconnaître le mal de dos comme étant la cause la plus fréquente des absences. Pour certains d'entre eux, le mal de dos est un symptôme de mal être, d'ailleurs ne dit-on pas *« j'en ai plein le dos ! »*. Ces 3 cadres mettent en avant, la surcharge de travail, des patients très dépendants, des effectifs insuffisants et des absences non remplacées ! *« Lorsque l'on demande de l'aide, on nous répond : vous êtes mal organisé...mais la réorganisation a ses limites...que nous avons atteintes ! »*. Ils insistent aussi sur le manque de motivation des agents, qu'ils comprennent : *« quand les gens ont 2 repos consécutifs après 8 jours de travail et qu'on les rappelle pendant leur premier repos à cause d'un arrêt, je comprend qu'ils saturent et qu'ils branchent leur répondeur ! »*.

Les soignants ont un discours identique aux cadres mais ils ajoutent que s'ils s'absentent *« c'est parce qu'on ne peut pas faire autrement, on va au bout de nos forces »* en parlant surtout de leurs collègues, car en ce qui les concernent ils reconnaissent que depuis l'obtention de postes allégés ou aménagés, ils ne s'absentent plus pour les mêmes motifs : *« avec mon poste, j'ai des scrupules à m'arrêter pour un mal de dos,... mais si j'ai la grippe... »*

Le discours des représentants du personnel sur ce sujet est semblable à celui des cadres et des agents : *« la réorganisation, la direction n'a que ce mot à la bouche !...alors que nous on lui parle surcharge de travail et manque d'effectifs »*.

2.3.2.2 Les représentations du poste « modifié »

Etant donné l'implication de certains acteurs dans le projet de gestion des agents en difficultés les niveaux de représentations sont différents.

Le médecin du travail est au clair avec les 3 types de postes « modifiés », à savoir, le poste allégé, le poste aménagé et le poste adapté. En fonction de l'état de santé de la personne, il propose l'un de ces 3 postes.

Le DRH, le DS et les cadres de santé sont eux aussi en accord sur les définitions de chacun des postes. Le DS précise *« l'agent et le reste de l'équipe doivent trouver une utilité à ce nouveau poste ; pour cela il doit être réfléchi avec toute l'équipe et la mission de l'agent en poste allégé ou aménagé clairement identifiée »*.

Les agents et les représentants du personnel ne font pas de différence entre poste aménagé et poste allégé. D'ailleurs ils n'aiment pas l'appellation poste allégé. Lorsque nous demandons aux 4 soignants, dont 1 a pourtant bénéficié d'un poste allégé, ils répondent tous les 4 qu'ils sont sur des postes aménagés.

2.3.2.3 Le circuit de demande d'un poste « modifié »

Le projet de gestion des agents en difficulté n'étant pas encore abouti, le circuit n'est pas identifié et les réponses apportées peuvent être qualifiées de spontanées.

C'est lors des visites de reprises de travail que le médecin du travail repère le plus souvent les agents nécessitant un poste « modifié ». En fonction de la pathologie de l'agent, soit le comité médical demande que soit proposé à l'agent un poste aménagé, soit le médecin du travail le propose de sa propre initiative. Dans les 2 cas, le médecin remplit une fiche d'aptitudes restreintes et la remet au cadre qui se débrouille pour trouver un poste allégé ou aménagé à l'agent. Le médecin insiste sur le fait que *« l'agent doit être partant pour changer de poste, sinon c'est l'échec assuré »*.

Pour le DRH, la demande d'un poste « modifié » est l'affaire du médecin du travail, du DS et de ses cadres.

Pour le DS, la demande d'un poste « modifié » est souvent à l'origine du médecin du travail, mais il arrive que des cadres en soient les initiateurs. En effet, se sont eux qui côtoient les agents tous les jours et qui se rendent compte de leurs difficultés ; ils peuvent agir en prévention d'un arrêt maladie en modifiant un poste de travail pendant une durée limitée. Dans ce cas la gestion se déroule en interne, sans autre intervention. Mais le cadre peut aussi demander l'avis du médecin du travail qui indiquera les gestes et postures à proscrire dans le nouveau poste de travail : *« il est du devoir du cadre d'anticiper les situations difficiles, et s'il constate qu'un agent a des difficultés pour accomplir son travail, il doit tenter de l'aider en lui proposant autre chose. »*

Pour les soignants interrogés, l'obtention de leur poste aménagé n'a pas été aussi simple. Ces postes ont fait suite à de longs arrêts maladies (supérieur à 3 mois). Aucun de ces soignants ne savaient à qui s'adresser en priorité pour reprendre le travail dans de bonnes conditions : *« on n'ose pas demander, on a honte »*. Pour l'un d'entre eux, c'est le cadre de santé de son service d'origine qui lui a indiqué la possibilité d'aménager son poste

de travail : « *j'étais complètement désespéré, je ne me voyais pas reprendre le travail au même poste et en même temps je ne voulais pas changer de service* » ; pour un autre, c'est son médecin traitant qui a téléphoné directement au médecin du travail : « *j'aime mon travail et je ne voulais surtout pas en changer* » ; pour les deux autres, c'est le médecin du travail qui les a informé de cette possibilité.

Les représentants du personnel précisent que jusqu'à présent ce sont les agents qui demandent un aménagement de leur poste de travail.

2.3.2.4 A la recherche du poste « modifié »

La recherche des postes « modifiés » se déroule au cas par cas, en fonction des demandes émanant des uns et des autres. La plupart du temps, il s'agit de la transformation d'un poste qui fait suite à une organisation différente du travail dans un service. Il peut s'agir exceptionnellement d'une création de poste.

Le médecin du travail et le DRH nous indiquent que ce sont les cadres qui connaissent le mieux les besoins des services et que « *c'est donc bien eux les plus qualifiés pour dénicher des nouveaux postes* » ; le recensement automatique de ce type de poste semble impossible, tant les situations locales sont particulières ; le DRH dit : « *de toute manière, les agents ne veulent pas changer de service, il faut toujours leur trouver un poste dans leur service d'origine* »

Le DS et les cadres travaillent ensemble à la recherche de ces postes ; ils essaient toujours de transformer des postes par grande structure (médecine, gériatrie) afin de laisser à l'agent le choix de changer ou non de service. Ils prônent évidemment la mobilité, mais dans un contexte de maladie, elle est difficile à appliquer de manière arbitraire. Le CSS insiste sur le fait de bien connaître les gens avant de réfléchir à un nouveau poste de travail : « *il n'y a pas que les compétences professionnelles, les compétences personnelles peuvent servir à tous ; je pense à la couture, la cuisine...* ». Le DS nous dit aussi : « *quand c'est possible et si c'est le choix de l'agent, on préfère le laisser, au moins dans sa structure d'origine, car il retrouve plus facilement ses repères et de ce fait se réintègre plus vite dans le monde du travail* ».

Les quatre agents interrogés sont restés dans leur structure d'origine. C'était leur choix et ils auraient difficilement accepté de changer d'orientation. De même, les

représentants du personnel trouvent qu'il faut « *obligatoirement respecter le choix de l'agent puisqu'il montre sa bonne volonté à vouloir reprendre le travail* ».

2.3.2.5 La notion d'équipe

Cette notion d'équipe, bien que nous ne l'ayons pas abordé directement lors de nos entretiens, revient avec insistance dans le discours des agents, des représentants du personnel, des cadres et du DS.

Le sentiment d'appartenance à une équipe est très fort chez les soignants ; l'infirmière interrogée nous confie d'ailleurs : « *si on m'avait proposé un poste dans un autre service, je n'en serais pas là aujourd'hui ; je veux dire que ce sont mes collègues qui m'ont portées et aidées à m'en sortir, parce qu'elles me connaissaient et que je les connaissais...* ».

Les cadres et le DS insistent à nouveau sur le fait qu'il ne sert à rien d'imposer la mobilité, encore moins dans ces conditions. Ils ne peuvent que constater que les agents ayant bénéficiés de postes différents dans leurs services d'origine ont réussi leur réintégration dans le travail : « *de toute manière, il y a des postes aménagés dans la plupart des services, alors pourquoi se priver d'un bon élément, qui certes a des problèmes, mais que l'on connaît et avec lesquels on finira par s'arranger...plutôt que d'accueillir dans une équipe, quelqu'un qui a des difficultés, qui aura du mal à s'intégrer et que l'équipe aura du mal à accepter.* »

2.3.2.6 Les intérêts du poste « modifié »

Le fait de remettre les agents au travail sur des postes différents présente un intérêt, à la fois pour l'institution et pour les agents eux-mêmes.

Pour l'institution

Le DRH insiste sur le fait que l'absentéisme présente des coûts directs et indirects non négligeables, alors « *dès qu'un agent occupe un poste de travail, et peu importe lequel, je rentabilise* ».

Le DS et les cadres constatent qu'un agent au bon poste de travail est utile à tout le monde (équipes et patients) : « *là où nous avons transformé des postes AS en postes d'aides hôtelières, la vie de l'unité a changé ; les équipes ont modifié leurs organisations du travail et les résidents en ont profité...* » nous confie le CSS de gériatrie. Le DS explique

aussi que dès qu'un agent reprend le travail après une longue période d'absence, il libère l'agent du SICS qui le remplaçait (quelquefois), pour assurer sa vocation première qui est de faire les remplacements courts et ponctuels.

Pour les agents

Ce sont les agents eux-mêmes qui en parlent le mieux. Tous parlent d'une certaine appréhension à reprendre le travail et tous nous disent avoir eu des difficultés au début ; ces difficultés sont d'ordre physique pour 3 d'entre eux : « *après 3 mois d'inactivité, il est difficile de se tenir debout plus de 2 heures d'affilée* » ou encore « *il faut tenir le coup face aux collègues qui bossent beaucoup plus dur* ». Ces difficultés sont aussi d'ordre relationnel car il est difficile de se sentir diminué physiquement, on a alors l'impression que les autres vous en veulent, vous reprochent votre état. L'un des agents dit : « *j'étais en colère contre moi-même, car je ne pouvais plus faire comme les autres ; mais ce sont mes collègues qui m'ont prouvé mon utilité...on est protégé par ses collègues* ». Un autre raconte : « *je me sentais diminué, moins utile ; j'avais l'impression de ne pas faire mon travail complètement...pourtant maintenant je me sens disponible pour tout le monde, les résidents et mes collègues...et tout le monde me le rend bien* ».

Nous avons rencontré des agents épanouis dans leurs nouvelles fonctions ; deux AS sur postes aménagés sont devenues aides hôtelières en gériatrie, une autre a été affectée aux tâches de lingerie et de couture de la maison de retraite et enfin l'infirmière qui avait bénéficié d'un poste allégé pendant 6 mois s'est rétablie de sa dépression et a repris son poste d'origine. De plus, après un complément d'enquête auprès du DRH et des cadres, l'indicateur objectif qu'est l'absentéisme nous montre que parmi ces 4 agents, 3 ne se sont plus absentés pour motif médical depuis l'attribution de leurs nouveaux postes ; la grippe a été le motif d'absence de celui qui s'est absenté pendant 8 jours.

Le médecin du travail, lui, y voit un double intérêt: « *remettre les gens au travail c'est leur donner une image à nouveau positive d'eux-mêmes ; enfin ils se sentent utiles même s'ils sont physiquement diminués* » et « *ils passent d'une situation d'assisté à une situation d'accompagné, c'est là l'essentiel !* ».

2.3.2.7 Le suivi du personnel en difficulté

Le DS pense que les cadres ont un rôle prépondérant à jouer, à la fois dans la détection mais aussi dans le suivi des agents en difficulté. En effet, ils côtoient les agents au

jour le jour, ils sont proches d'eux, ils sont donc aptes à appréhender leurs difficultés. En prévention, ils peuvent éventuellement aménager des horaires, proposer des congés annuels ou les orienter vers le médecin du travail. Dans le cadre d'un suivi, ce sont les cadres qui vont évaluer et réajuster la fiche de poste (quand elle existe) avec l'agent, qui vont réfléchir et mettre en place avec l'équipe des organisations différentes : « *les cadres sont les référents incontournables* ».

Le suivi de ces personnels consiste surtout en un accompagnement ; ce terme « d'accompagnement » est cité à plusieurs reprises par le DS, les cadres, le médecin du travail et même les agents. Il est aussi indispensable que les agents ne se sentent pas abandonnés, que les équipes soient régulièrement sollicitées pour évoluer dans leurs prises en charge et leurs organisations : « *je ne me sens pas seule, j'ai l'impression que tout le monde m'accompagne dans mon nouveau poste* » nous dit l'AS en poste aménagé depuis 3 mois à la maison de retraite.

2.3.2.8 L'implication des partenaires

Dans le cadre des agents en difficulté, tous les partenaires sont unanimes pour réclamer la collaboration des uns et des autres ; cependant, les entretiens individuels nous révèlent un léger décalage entre la volonté affichée et la réalité des actes.

Ainsi on constate que le médecin du travail reste souvent intransigeant quant aux limitations de postures, il met de ce fait les cadres en grande difficulté : « *il y va de ma responsabilité médicale,... ce n'est pas à moi à trouver le poste,... chacun son travail !* » se justifie-t-il. Quant au DRH, il se sent très impliqué dans la définition de la politique de gestion des postes pour les agents en difficulté, mais son rôle consistera à faire appliquer ce qui aura été défini ; il trouve qu'il n'a pas à s'immiscer dans les recherches de postes et le suivi des soignants, ce que lui accorde volontiers le DS. Ce dernier souhaite pourtant valider avec lui les fiches de postes indispensables à la création de ces postes « modifiés ».

Les cadres quant à eux, ont besoin du soutien du DS pour les aider à manager toutes les difficultés dues à la prise en charge de ces agents : « *si le DS ne nous suit pas dans nos prises de décisions, face aux agents nous ne sommes plus crédibles,...c'est pour cette raison qu'on ne doit rien se cacher* ». La confiance apparaît ici comme un élément fondamental du management.

2.3.2.9 Politique et GPAD

Etant donné le contexte de l'établissement dans lequel se déroule notre étude, cette question a été abordée directement ou indirectement dans presque tous les entretiens.

Pour le DRH et le DS la définition d'une politique de « gestion personnalisée des agents en difficulté » s'imposait depuis longtemps ; depuis leurs arrivées respectives, ils avaient été alertés plusieurs fois par les cadres et le médecin du travail, sur le nombre constant des agents en situations difficiles et sur la difficulté de les suivre correctement, *« outre l'aspect humain des choses, nous avons voulu réfléchir à la bonne procédure ! nous dit le DRH. Il semble que le fait de réfléchir à la dimension politique du problème ait déjà modifié des comportements parmi les membres du groupe ; on se rend compte à travers les entretiens que la hiérarchie est moins pesante : « Le médecin du travail n'hésite pas à frapper à ma porte quand il rencontre un problème avec un agent... avant il m'envoyait la copie de la fiche d'aptitude par courrier, sans commentaires » raconte le DS. De même, le médecin du travail trouve que « maintenant, j'ai l'impression de faire partie de l'équipe, on se parle, on travaille réellement ensemble...j'ai hâte que l'on valide cette procédure, pour que les agents voient ce que l'on fait pour eux » ; avec le recul pourtant, le médecin regrette que les représentants du personnel n'aient pas été associés au projet car il lui paraît important de renforcer le rôle et la place du CHSCT dans l'amélioration des conditions de travail, dans lequel la gestion personnalisée des agents en difficulté s'inscrit forcément.*

Les agents interrogés sur l'existence d'un tel projet, trouvent *« qu'au moins, les prochains (agents) sauront ce qu'il y a à faire en cas de problèmes et ils ne seront plus comme nous, désemparés ».*

Quant aux représentants du personnel, ils savent qu'un projet est en cours d'élaboration et ils regrettent de ne pas y avoir été associés ; ils ont hâte d'en prendre connaissance afin de donner leur avis, surtout dans le cadre du CHSCT ; en tout état de cause ils sont favorables au principe.

Concernant le projet en lui-même, nous nous y attarderons dans la troisième partie de ce travail.

2.3.3 Analyse des résultats

Après avoir présenté le résultat des entretiens, il apparaît maintenant essentiel de croiser les réponses avec notre cadre théorique et les statistiques. L'analyse personnelle qui en découlera nous permettra de clarifier davantage la notion de GPAD et ainsi de confronter nos résultats à notre hypothèse de départ.

2.3.3.1 Le croisement des résultats

Entre cadre théorique, statistiques et contenu des entretiens, nous rencontrons des points de convergence et des points de divergence ; c'est ce que nous développons ci après.

2.3.3.1.1 Les divergences

Les causes d'absentéisme

Concernant les statistiques d'absentéisme nous avons déjà relevé des différences significatives entre chiffres locaux et nationaux, que nous avons tenté d'expliquer par une pyramide des âges vieillissante et par le contexte local de restructuration ; au détour des entretiens, cette explication est certes confirmée mais des éléments viennent la compléter : il s'agit du mal de dos et de l'insatisfaction au travail qui d'après la plupart des acteurs sont les éléments d'un absentéisme maladie très important.

Mobilité et sentiment d'appartenance

Alors que les textes nous disent que la mobilité n'est pas un obstacle en cas d'attribution d'un poste aménagé, la réalité des faits nous montre que les agents ne le souhaitent pas, que ce serait rédhibitoire à leur réintégration et que les réintégrations qui ont réussi l'ont été parce que les agents ont retrouvé un poste dans leur service d'origine.

Ainsi le sentiment d'appartenance que nous avons déjà évoqué est plus fort que la raison et dans des situations difficiles pour les agents il est impensable de ne pas en tenir compte. La mobilité n'est certainement pas à proscrire, elle doit simplement être évitée dans ce genre de situation et être réservée à des catégories d'agents qui d'emblée ne sont pas en souffrance ou qui souhaitent tout simplement changer de service.

Le rôle du médecin du travail

La médecine du travail dans l'établissement fonctionne bien ; cependant en regard de la législation, le médecin du travail ne remplit qu'une des deux missions qui lui sont

imparties : il exerce parfaitement bien son activité médico-administrative et les examens médicaux en laissant de côté l'action sur le milieu de travail. On peut penser qu'indirectement, il a une action puisqu'il demande aux cadres de « créer » des postes de travail différents ; en réalité, il devrait pouvoir mener des projets d'amélioration des conditions de travail d'envergure dans le cadre du CHSCT, par exemple ; nous remarquons d'ailleurs, qu'il regrette cet état de fait puisqu'il manifeste l'envie de travailler avec les représentants du personnel.

L'individu et l'équipe

Le cadre théorique nous donne des définitions « individuelles » : le fonctionnaire, le grade, le métier...les statistiques nous apportent des chiffres d'absentéisme par catégories de personnel...quant aux entretiens, ils nous ramènent toujours à la position de l'individu dans un groupe et plus précisément une équipe. L'agent se définit toujours par rapport à ses collègues, dans son équipe de travail. C'est pour cette raison qu'en matière de gestion des ressources humaines il est fondamental de toujours situer l'individu dans une équipe ; la plupart du temps, à compétences égales, un agent travaillera différemment s'il se sent bien ou mal dans une équipe. Il nous (DRH et DS) appartient d'en tenir compte dans nos affectations.

2.3.3.1.2 Les convergences

La compétence

Cette notion de compétence apparaît au cours des entretiens alors qu'elle n'est pas clairement identifiée en tant que telle dans notre développement théorique et statistique. Elle est pourtant essentielle car le fonctionnement d'un service est complexe et la bonne entente, ainsi que la stabilité du personnel garantissent la cohérence de travail d'une équipe. Les gens sont prêts à faire un effort pour ceux qu'ils reconnaissent et apprécient, de l'équipe vers l'individu et de l'individu vers l'équipe ; Les compétences de chacun sont alors mises au service de tous.

Le statut protecteur

Sauf faute grave ou invalidité permanente, un fonctionnaire hospitalier ne peut pas perdre son emploi. Cette notion est très bien intégrée par tous les personnels et revendiquée par les partenaires sociaux. Pourtant ce statut protecteur ne semble pas altérer le discours des agents interrogés, car aucun ne se retranche derrière ce droit à un emploi, mais insiste plutôt sur le fait de se sentir utile et de pouvoir encore donner. Nous découvrons là, le

paradoxe entre le manque de motivation qui serait un facteur d'absentéisme et la motivation qui serait un facteur de reprise de travail ! En fait, ce sentiment ambivalent est plus lié aux conditions de travail en elles-mêmes qu'à la motivation proprement dite, car qu'est ce qu'un poste aménagé sinon une amélioration des conditions de travail. De là, à dire qu'il faudrait aménager tous les postes pour améliorer les conditions de travail, il n'y a qu'un pas... que nous ne franchirons pas mais que nous développerons dans la deuxième partie de cette analyse des résultats.

Les causes de l'absentéisme

Outre les divergences observées, force est de constater que le cadre théorique colle de très près aux causes effectives, constatées sur le terrain. En effet le personnel prend en charge des personnes de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes, d'où des charges physiques et mentales qui s'intensifient. De plus les causes d'insatisfaction dues aux restructurations sont encore bien présentes chez un personnel vieillissant qui ne se renouvelle pas encore suffisamment.

2.3.3.2 L'analyse de la notion de GPAD

Après avoir constaté les éléments divergents et convergents lors du croisement de nos résultats, nous allons nous attarder sur l'analyse de cette notion de GPAD, thème central de notre travail. Nous la traiterons sous la forme de 3 influences que nous avons relevé au terme de nos investigations.

2.3.3.2.1 L'influence de la GPAD sur l'organisation du travail

Dans notre introduction, nous affirmons que pendant longtemps les personnels en difficulté ont occupé des postes sur mesure et qu'ils ont été remplacés à leurs anciens postes ; peu de cadres s'interrogeaient à l'époque sur la réelle utilité de les remplacer. Les services évoluaient pourtant, mais à un rythme différent, plus lent. De nos jours, le contexte économique et social s'étant profondément transformé, la réalité est toute autre. Nous avons également retrouvés ces éléments, au cours de nos entretiens avec les différentes catégories de personnels

Actuellement, à partir du moment où un poste doit être « modifié » et non plus créé, la répartition des tâches dans un service s'en trouve très souvent bouleversée. A terme, c'est l'organisation dans son ensemble qu'il faut revoir.

Nous pouvons considérer la GPAD comme un facteur de développement puisqu'elle assure une certaine vitalité de l'organisation. Elle favorise l'évolution des comportements individuels et collectifs en agissant sur la communication des équipes dans les services mais aussi sur la communication interprofessionnelle dans l'établissement. Elle développe aussi des capacités d'adaptations aux changements en luttant contre une routine préjudiciable à la qualité des soins.

Pour l'établissement, la GPAD peut légitimer les réorganisations du travail qui sont régulièrement demandées soit par le DRH, soit par le DS, pour des raisons d'effectifs ou d'efficience de la prise en charge des patients.

Inscrire la gestion des postes pour les agents en difficulté dans une stratégie d'établissement peut devenir un levier pour faire évoluer l'établissement à travers son organisation.

2.3.3.2.2 L'influence de la GPAD sur l'amélioration des conditions de travail

Comme nous l'avons déjà avancé plus haut le poste «allégé », «aménagé » ou « adapté » est déjà en soi une amélioration des conditions de travail, bien qu'il ne concerne normalement que l'agent qui en bénéficie. Pourtant, il est impensable et irréaliste d'alléger ou d'aménager tous les postes de travail d'un hôpital.

Le simple fait de réfléchir dans un service, à l'aménagement d'un poste pour un collègue en difficulté, suffit à parler d'amélioration pour le reste de l'équipe.

En tout état de cause, c'est le cadre qui mène la réflexion avec son équipe ; comme cela a été exprimé dans les entretiens, chacun remet en cause ses pratiques et son organisation afin de déboucher sur des prises en charge différentes ; car il ne suffit pas d'aménager un poste en privilégiant l'agent, il faut avoir à l'esprit l'aménagement qui conviendra à l'agent et à l'équipe **pour le bénéfice du malade**.

Cette amélioration des conditions de travail des uns et des autres peut prendre différentes formes ; Il peut s'agir, par exemple :

- D'aménagement d'horaires,
- D'utilisation de matériel ergonomique (chariots, lits, chaises,...),
- D'aménagement du poste de travail (évolution des fonctions : AS vers aide hôtelière par exemple),
- De la formation à l'utilisation de matériel servant à la manutention,...

2.3.3.2.3 *L'influence de la GPAD sur les relations interprofessionnelles*

Le projet de GPAD a déjà permis un rapprochement des différents partenaires au sein du groupe de travail. Chacun des membres du groupe a pu exprimer ses attentes et ses difficultés face à une situation que personne ne maîtrise vraiment. Nous pensons que le fait de réfléchir ensemble à un sujet qui traite de l'humain ne peut que renforcer les liens qui doivent exister entre les partenaires de l'action.

Au niveau de l'établissement, étant donné les attentes de tous les acteurs, la GPAD élaborée sous la forme d'un projet structuré (mais peut être pas suffisamment concerté) devrait permettre de donner un sens collectif à ce qui est traité au niveau individuel depuis toujours. Cette transparence enfin trouvée, ne peut être que bénéfique à chacun.

2.3.3.3 Synthèse des résultats

Au terme de notre étude et avant de passer à des propositions d'actions, nous pouvons faire les liens entre cadre théorique, recherche statistique et analyse des entretiens en raccrochant le tout à notre problématique de départ et ainsi vérifier la validité de l'hypothèse posée.

Notre problématique décrivait l'absentéisme comme un facteur de désorganisation des services de soins ; une partie de cet absentéisme était le fait d'agents en CLM/CLD qui lorsqu'ils devaient reprendre le travail sur un poste « modifié », posaient encore problème du fait même que l'on devait leur trouver ce type de poste.

Dans notre étude, nous avons mis en évidence le rôle de l'absentéisme dans la désorganisation de l'hôpital. Il était cependant plus important encore d'en rechercher les causes et de trouver le moyen d'agir sur ces causes ; c'est ce que nous avons tenté de faire en nous arrêtant sur une petite partie de l'absentéisme compressible, mais qui du fait du vieillissement des personnels pourrait s'intensifier si nous n'y prenons pas garde. En agissant sur cet absentéisme, nous prévenons les absences futures puisque nous agissons sur les conditions de travail et sur l'organisation des services.

Par contre, l'attribution du poste « modifié » ne semble pas avoir posé de problèmes insurmontables ; jusqu'à présent, dans le cadre de notre étude, chaque personne qui devait en bénéficier a pu en bénéficier. Mais à chaque fois, la vraie difficulté pour l'agent a commencé à partir du moment où il pouvait/voulait reprendre le travail (comment faire ?) et

pour l'institution, cette difficulté était de trouver le poste adapté à l'état de santé de l'agent (quelle est la bonne marche à suivre ?).

Au terme de cette analyse, il nous semble que notre hypothèse pourrait être reformulée un peu différemment :

Sur le plan individuel et dans le cadre d'un projet institutionnel, la gestion des postes pour les agents en difficulté contribue à l'évolution des personnels et des services de soins, tout en luttant contre un absentéisme prévisible.

L'hypothèse ainsi formulée reprend mieux tous les aspects développés dans ce travail de recherche qui nous a permis de mieux appréhender l'absentéisme, ses causes et ses conséquences ainsi que de cerner les incidences que peut avoir l'absence d'une politique clairement identifiée en matière de GPAD.

Pour le directeur des soins, la qualité de l'activité soignante dépend des ressources humaines affectées auprès des malades ; cette qualité s'exprime en terme qualitatif et quantitatif ; c'est en collaborant avec le DRH, les cadres et les médecins qu'il devient possible de concevoir une gestion partagée des ressources humaines, centrée sur l'évolution de l'individu au sein de l'hôpital.

Dans la troisième partie de notre travail, nous allons présenter des propositions d'actions relatives à la bonne pratique en matière de gestion des postes pour les agents en difficultés ; en raison du sujet qui touche à la fois la direction des soins et la direction des ressources humaines, et aussi pour permettre de l'élargir à toutes les catégories de personnels, nous nous situons en qualité de directeur des soins collaborant étroitement avec le DRH ; les propositions qui vont suivre ne peuvent être que conjointes.

3 - PROPOSITIONS D' ACTIONS

Les résultats de notre travail, nous permettent d'appréhender les agents en difficulté sous un angle individuel et institutionnel.

En effet, notre étude met en évidence, d'une part, l'existence d'un arsenal législatif concernant les emplois et les conditions de travail dans la FPH, d'autre part, les attentes des personnels en matière de développement d'une véritable politique de GPAD.

C'est à partir de ce constat et en nous appuyant à nouveau sur les textes législatifs mais surtout sur une meilleure connaissance des agents en difficulté, que nous pouvons envisager des propositions de gestion de ces agents. En qualité de directeur des soins, nous inscrivons cette démarche dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences intégrée dans une gestion partagée des ressources humaines. Notre objectif vise à maintenir et à développer le professionnalisme de tous les personnels (soignants en ce qui concerne le DS) en intégrant la GPAD dans une dimension individuelle et institutionnelle.

Notre projet s'articule autour de 2 axes :

- La gestion des postes pour les agents en difficultés (GPAD) au centre d'une gestion des ressources humaines (GRH) partagée, dans lequel nous compléterons essentiellement l'aspect réglementaire.
- Le dispositif de mise en œuvre du projet GPAD qui s'appuiera en partie sur l'expérience en cours dans l'EPS ayant servi de cadre à notre étude et qui en développera des aspects non abordés, issus de notre propre expérience, complétée par la littérature professionnelle.

3.1 LA G.P.A.D. AU CENTRE D'UNE G.R.H. PARTAGEE

Avant de parler de GRH partagée, il est essentiel de rappeler les règles régissant notre fonction de directeurs des soins.

3.1.1 Le cadre réglementaire de la fonction de directeurs des soins

Le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002²²

Il indique les missions du directeur des soins dans son article 4 ; nous retiendrons celles ayant un rapport direct avec notre travail : « *le directeur des soins, coordonnateur général*

²² Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la FPH

des soins, est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et **dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé**. A ce titre :

1. Il **coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités** de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ;
2. Il **élabore** avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par **une politique d'amélioration de la qualité** ;
3. Il **participe**, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, **l'organisation et l'évolution des services** et des activités de soins ;
4. Il **participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation** ;... »

C'est cet article 4, qui nous révèle la nécessaire collaboration du directeur des soins avec ses nombreux partenaires et en particulier avec le DRH.

3.1.2 Le cadre réglementaire des conditions de travail

3.1.2.1 Le CHSCT

Les CHSCT ont été institués par la loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982 et rendus obligatoires pour les EPS. C'est une instance d'alerte et de conseil qui œuvre pour l'amélioration des conditions de travail : elle peut procéder à des inspections des installations et est consultée pour avis sur l'ensemble des documents concernant les conditions de travail des agents.

3.1.2.2 La prévention des risques professionnels

La loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 relative à la prévention des risques professionnels, en application de la directive européenne n° 89-391 du 12 juin 1989, impose à l'employeur l'élaboration et la mise en place d'une démarche globale de prévention fondée sur l'application des principes généraux de prévention et sur une évaluation des risques. La définition de ces principes de prévention sont définis par l'article L 230-2 du code du travail ; ils sont au nombre de 9 :

1. Eviter les risques,
2. Evaluer les risques qui ne peuvent être évités,
3. Combattre les risques à la source,
4. **Adapter le travail à l'homme**, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que **le choix des équipements**, des méthodes de travail et de production en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé,
5. **Tenir compte de l'état d'évolution de la technologie**,
6. Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux,
7. **Planifier la prévention** en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, **l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales** et l'influence des facteurs ambiants,
8. Prendre des mesures de prévention collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle,
9. Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

3.1.2.3 Le bilan social

La rédaction annuelle d'un bilan social s'impose aux EPS conformément au décret du 7 octobre 1988 ; l'objectif de ce document est de centraliser les informations nécessaires à la compréhension de la situation sociale d'un établissement et deux des sept rubriques s'intitulent d'ailleurs « les conditions d'hygiène et de sécurité » et « les autres conditions de travail ». Ce document est présenté à toutes les instances de l'établissement.

3.1.2.4 Le projet annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRI Pact)

Le PAPRI Pact est présenté une fois par an en vertu de la loi du 31 décembre 1991²³ ; il s'agit d'un programme de mesures devant être prises au cours de l'année ; il en précise les conditions d'exécution et l'estimation de ses coûts. Ce programme constitue une obligation réglementaire soumise à l'avis du CHSCT qui peut proposer un ordre de priorité dans les mesures de prévention présentées ainsi que l'adoption de mesures supplémentaires. L'objectif de ce PAPRI Pact est de montrer la capacité de l'employeur à

²³ Loi n° 91-1405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi.

épargner, sauvegarder la santé des agents et par là même à maintenir la qualité de vie au travail.

3.2 LE DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE

Cette amélioration des conditions de travail réservée à une catégorie de personnel s'inscrit complètement dans le cadre réglementaire évoqué ci-dessus : le rôle du CHSCT, du bilan social et du PAPRI Pact dans le développement d'un tel projet ne peuvent que prouver la volonté d'un établissement à évoluer dans un environnement en mutation avec un personnel compétent mais vieillissant.

Pourtant, l'expérience que nous allons relater maintenant, se déroule en dehors de ce contexte ; elle résulte simplement de la volonté de quelques individus à résoudre une difficulté latente.

3.2.1 L'expérience du centre hospitalier audité

3.2.1.1 L'origine du projet

A l'initiative conjointe de la direction des ressources humaines et de la direction des soins et en collaboration avec la médecine du travail, une commission chargée de gérer les agents en difficulté (momentanément ou durablement) au regard de leur activité professionnelle, a été mise en place.

Cette commission se composera à terme du médecin du travail, du DRH, du DS et des responsables administratifs, techniques et soignants de chaque secteur d'activité.

Le travail de réflexion de cette commission est basé sur des valeurs, des exigences et des contraintes ; à l'origine il s'agit de :

- Comprendre les situations de travail.
- Changer la manière de voir les choses, changer les mentalités.
- Contribuer à « prendre soin » des agents en difficulté.
- Faire de l'agent un acteur de sa santé.
- Respecter le secret médical.
- Respecter la confidentialité des propos échangés dans cette commission.
- Mieux gérer **ensemble** (DRH, DS, médecin du travail, encadrement).

3.2.1.2 Les objectifs

La collaboration de tous les acteurs doit permettre de :

- Partager une réflexion sur les différents problèmes en recherchant les solutions les plus adaptées.
- Anticiper pour créer les conditions optimales de reprise pour l'agent
- Proposer un bilan régulier et assurer le suivi de chaque agent en difficulté.
- Concilier au mieux les capacités des agents et les impératifs de service.

3.2.1.3 Les étapes

Les étapes identifiées par le groupe projet sont au nombre de 6 ; ainsi avant de repositionner un agent en difficulté sur un poste de travail, il convient de :

1. faire le recueil de données sur la situation de l'agent (médecin du travail)
2. analyser les données (DS, DRH et médecin du travail)
3. fixer les objectifs (commission)
4. déterminer les actions à mettre en œuvre (commission)
5. donner les moyens pour entreprendre les actions
6. évaluer et réajuster si nécessaire.

3.2.1.4 Le support de la démarche

Le support consiste en la création d'un dossier papier intitulé « dossier de suivi » ; ce n'est ni le dossier médical, ni le dossier administratif de l'agent.

C'est un dossier interne à l'établissement ; il est conservé par le DRH.

Le contenu est contractualisé avec l'agent (aucune mention liée au secret médical n'apparaît).

3.2.1.5 Fonctionnement

Il est prévu que la commission se réunisse deux fois par an, sur invitation du DRH, pour chaque secteur d'activité.

La première réunion de la commission devrait avoir lieu au début du quatrième trimestre 2002.

3.2.2 Les conclusions d'une telle expérience

Tel que nous venons de le présenter, ce projet s'inscrit bien dans une politique générale d'établissement qui consiste à faire de la GPAD un outil de management à part entière. Au vu des entretiens réalisés, il correspond à une véritable attente de la part de tous les partenaires et sa réussite dépend maintenant de l'implication des acteurs dont les partenaires sociaux, lors de son passage dans les différentes instances (Commission médicale d'établissement (CME), comité technique d'établissement (CTE) et CHSCT) et de sa validation par le conseil d'administration (CA).

Après avoir exposé brièvement cette expérience, il nous appartient maintenant, après en avoir tiré les conclusions, d'oser formuler quelques améliorations d'ordre stratégique et technique, sans nier pour autant l'excellence de ce projet qui a le mérite d'exister et qui repose sur des attentes concrètes.

En préambule à notre commentaire, il nous semble qu'un tel projet ayant trait à la gestion des ressources humaines a une place légitime dans le projet social de l'établissement.

3.2.3 Stratégie d'implantation d'un projet GPAD

Il nous semble important de tenir compte des opportunités législatives qui nous sont données pour mener à bien tous les projets ayant un rapport avec les ressources humaines.

Or, depuis le protocole d'accord du 14 mars 2000 (protocole Aubry) et surtout depuis la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002²⁴ **le projet social** est devenu un élément moteur et reconnu de la réussite du projet d'établissement. Ainsi, l'article L.6143-2-1 du code de la santé publique est rédigé de la façon suivante : « *le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, **l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications** et la valorisation des acquis professionnels* ».

²⁴ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

3.2.3.1 La GPEC

La GPEC trouve donc toute sa force et son intérêt dans une combinaison des aspects quantitatifs et qualitatifs qui valorise le patrimoine humain de l'établissement. Elle est la démarche préalable à toute idée de modification qui pourrait avoir une incidence sur la vie au long terme de l'établissement. Cette politique de GPEC consiste à ajuster les emplois et métiers aux besoins en identifiant les mouvements de personnels, la démographie de celui-ci par catégories et métiers, les évolutions sociales et les projets institutionnels.

Pour réussir, cette politique nécessite de :

- Analyser l'impact des évolutions et changements sur les personnels, prévenir et alerter sur les situations d'inadaptation à l'emploi, prévenir et gérer les situations de crises, les résistances aux changements, individualiser et personnaliser les relations avec les agents.
- Faire évoluer les compétences et les qualifications
- Etablir des procédures d'évaluation des compétences existantes.

3.2.3.2 L'amélioration des conditions de travail

La qualité de vie des agents au travail résulte de l'ensemble des conditions et du contexte de l'exercice professionnel. Or, l'évolution de ces conditions d'emploi, ainsi que le vieillissement du personnel sont des facteurs à prendre en compte dans les actions de prévention.

Pour réussir, cette politique d'amélioration des conditions de travail doit répondre à 3 objectifs :

- Développer le dialogue social permettant d'associer l'ensemble des personnels concernés à l'élaboration et à la mise en œuvre d'actions visant à transformer leur situation de travail ;
- Généraliser l'analyse des composantes d'une situation de travail (organisation du travail, temps de travail, conditions de travail, qualifications, formation)
- Prévenir les atteintes à la santé des personnels au travail.

L'approche globale de l'ensemble des risques permet de proposer des actions coordonnées et adaptées à la complexité des situations de travail conduisant à améliorer durablement les conditions de travail.

3.2.3.3 Le plan d'actions GPAD

A travers ce que nous venons d'énoncer, nous nous rendons bien compte que même si la GPAD ne représente qu'une petite partie du projet social, elle y a toute sa place.

Avec ce que nous avons appris de notre étude et de nos recherches documentaires, nous pouvons maintenant proposer un plan d'actions en 3 points, d'une démarche d'implantation d'un projet GPAD.

3.2.3.3.1 *Les préalables au projet*

Dans le cadre de la GPEC et de l'amélioration des conditions de travail, il convient d'inscrire la GPAD dans le projet social de l'établissement. Dans le cadre du CHSCT, les partenaires sociaux peuvent y être associés dès le départ et ainsi faire partie de la commission GPAD composée :

- du Directeur d'établissement ou de son représentant,
- du DRH
- du DS
- du médecin du travail
- d'un cadre par secteur d'activité (administratif, soignant, logistique, technique)
- de représentants du personnel
- d'un psychologue, d'un ergonome (si l'établissement en emploie)

3.2.3.3.2 *L'élaboration du projet*

Première phase

Avant tout, il convient de faire le point sur les postes « modifiés » dans l'établissement : quels sont les types de postes modifiés au fil des ans ? Combien de postes ? Qui les occupe ? Pour quelles raisons ? Les raisons sont elles encore valables ?

Ce recensement et l'analyse qui en découle s'effectuent avec le médecin du travail et les cadres des services. Tous les agents bénéficiant d'un poste « modifié » sont reçus par le cadre concerné et le médecin du travail, afin de vérifier la pertinence de leur affectation à ce poste. Les agents ne pouvant plus justifier l'attribution du poste sont inscrits sur une liste et

informés par le DRH ou le DS de l'éventualité de changements de postes en fonction des circonstances.

Dans le même temps les fiches de postes de tous les postes répertoriés sont élaborées ; ce travail revient aux cadres et aux équipes.

A ce stade du travail, les partenaires sociaux sont informés.

Deuxième phase

Elle débute avec les mêmes acteurs, par le recensement des agents en difficulté en attente d'un poste « modifié ». En fonction des postes « libérés » par les agents, le médecin du travail et les cadres recherchent l'adéquation des agents et des postes à occuper. Si aucun poste ne correspond aux nouvelles aptitudes des agents, il est envisagé d'en « créer » par transformation ; commence alors l'analyse de l'organisation du travail dans le service. Cette analyse est menée par le cadre du service en associant le médecin chef de service (pour les services de soins) et l'équipe au complet : l'objectif de cette analyse est de déterminer si l'on peut transformer un poste en agissant sur l'organisation du travail de chacun. Si cette transformation est impossible dans le service d'origine, il convient alors d'élargir aux autres services de la même structure. Dès les postes trouvés, les fiches de postes sont élaborées ou mises à jour.

A la fin de cette phase, la commission dans son ensemble est réunie afin d'en valider les conclusions.

Troisième phase

Le travail « au quotidien » de la commission commence véritablement à cet instant. En effet, elle se réunit plusieurs fois par an, à chaque fois qu'un dossier doit être étudié.

Elle est consultée sur :

- L'ouverture d'un nouveau dossier agent,
- La « création » d'un nouveau poste,
- La contractualisation de la durée du poste avec l'agent (par exemple, 6 mois renouvelable, ceci pour éviter les postes « modifiés » à vie !),
- La validation d'une fiche de poste,
- L'évaluation de la réinsertion,
- Le suivi d'un agent en poste « modifié ».
- La réinsertion de l'agent sur un poste « normal ».

Elle se dote d'outils de suivi et d'évaluation :

- Dossier GPAD par agent, composé par exemple :
 - o d'une feuille d'identification, catégorie du poste (allégé, aménagé ou adapté) avec dates de début et de fin envisagée,
 - o du bilan de l'existant concernant l'agent : les aspects professionnels, personnels et médicaux (sous la forme de prescription et non pas de divulgation de diagnostic), les aptitudes et les inaptitudes.
 - o des fiches d'évaluations : mensuels, puis trimestriels et enfin semestrielles.
 - o Des fiches de conclusions de la commission GPAD.
- Indicateurs (informatisés si possible) : d'absentéisme, de satisfaction au travail (sous forme d'enquêtes)
- Tableaux de bord prospectifs et rétrospectifs : les postes « modifiés » libérés, attribués, les types de postes par catégories professionnelles.

3.2.3.3.3 L'évaluation et le suivi du projet.

L'indicateur essentiel qui nous indique l'utilité de la GPAD repose sur l'absentéisme en général. Si comme nous l'avons déjà évoqué, la GPAD améliore directement et indirectement les conditions de travail, elle influence alors la motivation et la satisfaction des gens au travail ; Les gens heureux au travail s'absentent le moins possible.

« Ce qui fait le bonheur des hommes c'est d'aimer à faire ce qu'ils ont à faire »

Claude Adrien HELVETIUS (Pensées et réflexions)

CONCLUSION

Notre étude est le résultat d'un questionnaire sur les agents en difficulté qui nécessitent temporairement ou définitivement, un poste de travail qui ne correspond plus tout à fait à leurs fonctions initiales ; notre enquête nous a permis d'éclairer les causes d'absentéisme de ces agents en particulier et de tous les autres en général ; après avoir objectivé les attentes de ces personnels, nous avons tenté de remédier à cet absentéisme par une solution simple à mettre en place que nous avons appelé « GPAD » : la **gestion des postes pour les agents en difficulté**, que nous aurions pu tout aussi bien dénommer la **gestion personnalisée des agents en difficulté** ; Car en effet, il s'agit bien de gestion personnalisée des agents, basé sur des besoins actuels et futurs, s'inscrivant dans une stratégie de gestion partagée des ressources humaines, dans le cadre d'une politique générale d'établissement.

Dans le contexte actuel, de vieillissement des personnels hospitaliers évoluant dans un hôpital en mutation, le développement d'une vraie politique sociale qui prenne en compte les intérêts de tous les agents est une chance à la fois pour les agents eux-mêmes mais aussi pour les patients ; en effet à un moment où tout s'accélère, la compétence des agents et des soignants en particulier, doit être optimale ; elle ne le restera, que si les bons soignants sont aux bons postes de travail.

En qualité de directeur des soins, il nous appartient d'y veiller en mettant en œuvre **avec tous nos partenaires**, une politique de **qualité de vie au travail, au service de la qualité des soins** que le patient est en droit d'attendre.

Cette qualité des soins, dont nous avons très peu parlé dans notre travail en est pourtant le fil conducteur et au final, n'est-elle pas une des raisons d'être du directeur des soins, si ce n'est « **sa** » raison d'être ?

Bibliographie

LIVRES

BONMATI J.M. – *Les ressources humaines à l'hôpital : un patrimoine à valoriser* – Paris : Berger-Levrault, 1998 – 325 p.

CHEVANDIER C. – *Les métiers à l'hôpital* – Paris : la découverte et Synos, 1997 – 122 p.- repères

DERENNES O. - *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier* – 4^{ème} édition – Rennes : ENSP, 1997 – 291 p.

DERENNES O., LUCAS A. et al. – *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière- tome 1 - Le fonctionnaire hospitalier et sa carrière* – Rennes : ENSP, 2001- 332 p.

DERENNES O., LUCAS A. et al. – *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière- tome 2 - Le développement des ressources humaines* – Rennes : ENSP, 2002- 294 p.

ESTRYN-BEHAR M. – *Guide des risques professionnels du personnel des services de soins* – Paris : Lamarre, 1991 – 377 p.

FREDON A., HU YEN TACK A. – *Le médecin du travail dans les établissements publics de santé* – Bordeaux : les études hospitalières, 2000 – 145 p. – Collection tout savoir sur

GOLLAC M., VOLKOFF – *Les conditions de travail* – Paris : la découverte et Syros, 2000 – 118 p.- Repères

RAOULT N. – *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier* – L'Harmattan – 1991 – 285 p.

ARTICLES

AUTUORI M.T., BARTHES R. - La compétence au cœur des organisations – *Gestions hospitalières* – février 1999 – pp. 112 à 116

BINST M. – Une arme contre l'absentéisme et le turn over, l'analyse stratégique – *Gestions hospitalières* – décembre 1986, janvier 1987 – n° 261 – p. 92

DESTREM H. – Approche systématique de la formation et motivation du personnel – *Gestions hospitalières* – 1999 – n° 386 – pp. 350 à 356

DELPLANQUES R. – Les risques du travail soignant – *Soins cadres* – mai 2001 – n° 38 – pp. 46 à 50

MEMOIRES

FRITSCH A. – *Les postes aménagés à l'hôpital : recenser pour anticiper* – mémoire directeur d'hôpital : ENSP, 2000 – 66 p.

HUGONNET A. – *L'absentéisme des aides-soignants en gériatrie : comment le prévenir ?* – mémoire directeur des soins : ENSP, 1999 – 72 p

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien auprès d'agents ayant bénéficiés d'un poste « modifié »

Annexe 2 : Guide d'entretien auprès du cadre supérieur de santé et des cadres de santé

Annexe 3 : Guide d'entretien avec le médecin du travail

Annexe 4 : Guide d'entretien auprès du DRH et du DS

Annexe 5 : Guide d'entretien auprès des représentants du personnel

Annexe 6 : Profil des personnes audités

Guide d'entretien auprès d'agents ayant bénéficiés d'un poste « modifié »
--

1. Pour quel motif avez-vous bénéficié d'un changement de poste ?
2. Depuis combien de temps occupez-vous ce nouveau poste ?
3. A votre avis, s'agit-il d'un allègement, d'un aménagement ou d'une adaptation de poste ?
4. Comment s'est passée votre réintégration ? (Téléphone, courrier, entretien, avec qui, propositions)
5. Avez-vous retrouvé un poste dans le même service ?
6. Avez-vous suivi une formation spécifique à ce nouveau poste de travail ?
7. Comment vous sentez-vous maintenant ?
8. Quels sont vos rapports avec vos collègues ?
9. Avez-vous été absent depuis votre réintégration ? (en lien avec vos difficultés)
10. Que pensez-vous d'une procédure de GPAD ?
11. Avez-vous des choses à ajouter ?

Guide d'entretien auprès du cadre supérieur de santé et des cadres de santé
--

1. A votre avis quelles sont les principales causes d'absentéisme.
2. Comment le signalement des agents en difficultés est-il organisé ?
3. Comment se passe la réintégration des agents sur des postes « modifiés » ?
4. Faites-vous une différence entre poste « allégé », poste « aménagé » et poste « adapté » ?
5. Y a t il un travail en amont, un suivi, avec l'agent ? le médecin du travail ? la direction ? l'équipe qui accueille ?
6. L'attribution d'un nouveau poste de travail « modifié » a-t-elle une incidence sur l'absentéisme ? sur la motivation au travail ?
7. Quels sont les rapports des agents en postes « modifiés » avec le reste des équipes ?
8. A votre avis, comment développer une gestion efficace des agents en difficulté ?
9. Avez-vous des choses à ajouter ?

Guide d'entretien avec le médecin du travail

1. Quel est votre temps de présence dans l'établissement ?
2. Pourquoi les agents consultent-ils ?
3. A votre avis quelles sont les principales causes d'absentéisme ?
4. Comment le signalement des agents en difficultés est-il organisé ?
5. Quels sont les motifs d'absences qui débouchent sur des postes modifiés ?
6. Comment se passe la réintégration des agents sur des postes modifiés ?
7. Faites-vous une différence entre poste « allégé », poste « aménagé » et poste « adapté » ?
8. Y a t il un travail en amont, un suivi, avec l'agent ? le cadre ? la direction ? l'équipe qui accueille ?
9. Quelle est l'implication de vos partenaires dans la gestion des agents en difficulté ?
10. A votre avis, comment développer une gestion efficace des agents en difficulté ?
11. Quels sont les agents à rencontrer ?
12. Avez-vous des choses à ajouter ?

Guide d'entretien auprès du directeur des ressources humaines et du directeur des soins

1. A votre avis, quelles sont les principales causes d'absentéisme ?
2. Comment le signalement des agents en difficultés est-il organisé ?
3. Quel est votre rôle ?
4. Comment se passe la réintégration des agents sur des postes « modifiés » ?
5. Faites-vous une différence entre poste « allégé », poste « aménagé » et poste « adapté » ?
6. Y a t il un travail en amont, un suivi, avec l'agent ? le médecin du travail ? les cadres ? les partenaires sociaux ? l'équipe qui accueille ?
7. Quelle est l'implication de vos partenaires dans la gestion des agents en difficulté ?
8. A votre avis, comment développer une gestion efficace des agents en difficulté ?
9. Avez-vous des choses à ajouter ?

Guide d'entretien auprès des représentants du personnel
--

1. A votre avis, quelles sont les principales causes d'absentéisme ?
2. Comment le signalement des agents en difficultés est-il organisé ?
3. Quel est votre rôle ?
4. Comment se passe la réintégration des agents sur des postes « modifiés » ?
5. Faites-vous une différence entre poste « allégé », poste « aménagé » et poste « adapté » ?
6. Y a t il un travail en amont, un suivi, avec l'agent ? le médecin du travail ? les cadres ? la direction ? l'équipe qui accueille ?
7. A votre avis, comment développer une gestion efficace des agents en difficulté ?
8. Avez-vous des choses à ajouter ?

Profil des personnes auditées

numéro	sexe	âge	fonction		Ancienneté dans la fonction		Ancienneté dans l'établissement		Service d'affectation
1	F	42	AS		20 ans		20 ans		USLD
2	F	44	AS		22 ans		22 ans		USLD
3	F	39	AS		18 ans		15 ans		MdR
4	F	41	IDE		18 ans		18 ans		Médecine
5	M	39	CS		2 ans		12 ans		Alcoologie
6	M	44	CS		8 ans		15 ans		Médecine
7	F	52	CSS		13 ans		10 ans		Gériatrie
8	F	50	Médecin du travail		15 ans		7 ans		Médecine du travail
9	M	50	DRH		10 ans		3 ans		DRH
10	F	52	DS		11 ans		3 ans		DS
11	M	47	AS	Représentant du personnel	19 ans	7 ans	19 ans	7 ans	Alcoologie
12	F	45	OPQ	Représentant du personnel	21 ans	3 ans	21 ans	3 ans	Cuisine