



EHESP

**<Directeur d'Établissements Sanitaires
Sociaux et Médico-Sociaux>**

Promotion : **<2014 - 2015>**

Date du Jury : **<Décembre 2015>**

**<L'impact des politiques managériales
sur l'absentéisme
L'exemple du centre hospitalier
de Billom>**

< Véronique CHABRILLAT >

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Jean-Michel MILHIT, Directeur du centre hospitalier de Billom pour l'attention particulière qu'il a accordé au déroulement de mon stage. Si le sujet de ce mémoire ne constituait pas ma mission principale, il s'est efforcé de me faire part de ses réflexions et de ses conseils pour traiter de ce sujet.

Je souhaite remercier plus particulièrement Madame Sandra USSON, cadre supérieur de santé qui a eu à cœur de me montrer ses pratiques managériales et m'a associé à ses réflexions en matière de gestion d'équipes.

Enfin, je tiens à remercier les aides-soignants et agents des services hospitaliers qui ont acceptés volontiers de répondre à mes questions lors des entretiens que j'ai pu réaliser. Leur expérience et leur vécu m'ont permis d'élaborer des propositions dont la pertinence aurait été limitée sans leur contribution.

Sommaire

Introduction	1
1 Approche théorique de l'absentéisme.....	3
1.1 L'absentéisme que recouvre cette notion ?	3
1.1.1 Le poids de l'absentéisme en établissement	3
1.1.2 Un concept difficile à cerner	4
1.1.3 Le taux d'absentéisme est un indicateur global peu lisible	5
1.2 Que traduit l'absentéisme ?.....	6
1.2.1 Les différentes formes d'absentéisme	6
1.2.2 L'approche économique ou la rationalité de l'absence	9
1.2.3 L'approche individuelle : les facteurs de risque	11
1.2.4 L'approche organisationnelle et psychosociale	14
1.2.5 L'approche par la motivation	17
2 Analyse de la situation au centre hospitalier de Billom	21
2.1 Méthodologie utilisée.....	21
2.1.1 Détermination des caractéristiques générales de la population	21
2.1.2 Etude de l'évolution de l'absentéisme	21
2.1.3 Détermination de la population cible.....	22
2.1.4 Détermination des thèmes abordés dans l'entretien.....	22
2.2 Présentation de l'établissement.....	24
2.2.1 Un établissement à forte orientation gériatrique	24
2.2.2 Un centre hospitalier bien intégré sur son territoire	24
2.2.3 Des orientations stratégiques à prendre pour l'avenir.....	25
2.2.4 Caractéristiques de la population accueillie.....	26
2.2.5 La structure des effectifs :	27
2.3 L'absentéisme au Centre hospitalier de Billom	29
2.3.1 Taux global d'absence	29
2.3.2 Taux d'absentéisme :	30
2.3.3 Politique de gestion des ressources humaines du CH de Billom	32

2.4	Analyse des données recueillies lors des entretiens	34
3	Manager l'absentéisme.....	39
3.1	Impulser une politique de gestion de l'absentéisme	39
3.1.1	Définir les valeurs que le management doit respecter.....	39
3.1.2	Etablir un protocole de gestion de l'absentéisme	41
3.2	Offrir des garanties	43
3.2.1	La charte de l'agent absent et de son remplaçant.....	44
3.2.2	La valorisation des compétences du remplaçant	48
3.3	Prévenir l'absentéisme	50
3.3.1	Accompagner les agents à fort potentiel d'absentéisme	50
3.3.2	Mettre en place des indicateurs de « surchauffe » dans les services.....	51
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
AS : Aide-soignant
ASA : Autorisations Spéciales d'Absence
ASH : Agent des Services Hospitaliers
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CAP : Centre pour Arriérés Profonds
CDD : Contrat à Durée Déterminé
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CGOS : Comité de Gestion des Œuvres Sociales
CH : Centre Hospitalier
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLACT : Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP : Equivalents temps pleins
FEI : Fiches d'Evènements indésirables
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
GCSMS : Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : GIR Moyen Pondéré
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PPI : Plan Pluriannuel d'Investissement
PUI : Pharmacie à Usage Interne
RTT : Réduction du Temps de Travail
T2A : Tarification à l'Activité
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

« *L'absentéisme, j'ai l'impression qu'on entend parler que de ça* »¹. En effet l'absentéisme constitue à l'heure actuelle une préoccupation majeure des chefs d'établissements tant dans le secteur sanitaire que social ou médico-social. Si ce phénomène n'est pas nouveau, ses conséquences directes pour le fonctionnement de l'institution sont de plus en plus pesantes. L'introduction de la Tarification A l'Activité (T2A) dans le secteur sanitaire et les restrictions budgétaires dans le médico-social ont conduit à mettre en place des organisations de travail plus performantes et à redimensionner les effectifs.

Pour répondre au principe de continuité de service, les personnels soignants travaillent en équipe, où chacun assume une partie des tâches indispensables à une prise en charge des patients ou résidents en H24. L'absence de l'un des membres de l'équipe conduit donc à un dysfonctionnement qui peut être résolu soit par un remplacement interne ou externe soit par une réorganisation de l'ensemble des tâches. Or ces modifications ne sont pas sans conséquences. Pour les résidents tout d'abord, qui tissent une relation dans la durée avec les soignants et supportent mal l'arrivée de remplaçants, qui ne connaissent pas leurs habitudes de vie. Pour les agents ensuite, qui ne sont pas toujours prêts à venir remplacer au pied levé leurs collègues ou qui trouvent pesant de devoir former de façon régulière des remplaçants. Pour les cadres, qui considèrent que la recherche de remplaçants et les modifications de planning constituent leur principale occupation et les empêchent d'exercer leurs véritables fonctions. Pour les chefs d'établissement enfin, qui doivent concilier la maîtrise de leur masse salariale, le maintien de bonnes conditions de travail et le niveau de qualité des prestations offertes.

Si l'absentéisme semble constituer un problème pour l'ensemble des acteurs des institutions, il n'en demeure pas moins que les chefs d'établissement sont désarmés pour lutter contre ce phénomène. Ils utilisent en effet principalement deux méthodes. La première, répressive consiste à mettre en place des contrôles médicaux ciblés. La deuxième, préventive vise à diminuer la charge physique du travail des soignants par l'acquisition de matériels de manutention, ou par des actions de formation. Mais ces deux méthodes ne donnent que des résultats limités et ne permettent pas de faire baisser significativement l'absentéisme. Peut-être est-il nécessaire de proposer une autre approche de l'absentéisme ?

¹ Extrait d'un entretien réalisé auprès d'une aide-soignante d'EHPAD du Centre Hospitalier de Billom.

Au centre hospitalier de Billom, le directeur souhaite disposer d'une analyse de l'absentéisme au sein de l'établissement, afin d'impulser une réflexion sur les mesures propres à lutter contre ce phénomène. Dans ce but, il a proposé aux organisations syndicales de demander un financement dans le cadre d'un Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT), pour un audit sur l'absentéisme. Mais ces dernières n'ont pas retenues cette proposition en arguant du fait qu'analyser l'absentéisme reviendrait à stigmatiser les agents absents. Toutefois, même si les partenaires sociaux semblent réticents à s'impliquer sur cette question, il m'a semblé intéressant, de réfléchir dans ce mémoire sur la signification de l'absentéisme dans l'établissement et de proposer non pas des solutions miracles pour le faire baisser mais de formuler des propositions pour éviter que ce phénomène ne s'autoalimente. Pour cela il convient de définir plus concrètement ce concept et de s'interroger plus largement sur les facteurs qui contribuent à l'absentéisme.

La première partie de ce mémoire consistera donc en une approche théorique de l'absentéisme, afin de déterminer si ce comportement est purement individuel, généré par le collectif de travail ou s'il n'interroge pas les pratiques managériales.

Ces apports théoriques permettront de poser le constat de la situation actuelle au Centre Hospitalier de Billom. L'analyse portera sur une étude statistique réalisée sur les cinq derniers exercices. Elle permettra d'apporter un éclairage sur les pratiques managériales, au travers du témoignage de soignants qui n'ont eu sur la période concernée, aucun absentéisme ou un nombre très faible de jours d'absences.

Enfin ce constat réalisé il sera possible de formuler des propositions. Ces dernières permettront de lever le tabou sur l'absentéisme dans l'établissement et de mettre en place des mesures concrètes afin d'en limiter les effets néfastes sur l'ensemble des acteurs.

1 Approche théorique de l'absentéisme

Cette approche théorique vise tout d'abord à définir plus précisément ce que recouvre cette notion puis à déterminer ce en quoi l'absentéisme peut être un bon indicateur de qualité de la politique managériale.

1.1 L'absentéisme que recouvre cette notion ?

1.1.1 Le poids de l'absentéisme en établissement

Dans son rapport annuel de 2009², la cour des comptes évalue le nombre de jours d'absence pour maladie dans la fonction publique hospitalière à 25 par agents contre 13 jours toute fonction publique confondue. Il est possible de voir dans cet état de fait les effets d'une protection sociale protectrice³. En effet les fonctionnaires ont droit à un congé de maladie d'une durée maximale d'un an rémunéré à plein traitement dès le premier jour par l'établissement employeur pendant une durée de trois mois puis à demi traitement pendant les neuf mois suivants. Le Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS) assure pendant cinq mois le complément de salaire des agents afin qu'ils bénéficient du maintien de leur salaire initial (hors primes liées à l'activité). En cas d'affections relevant de la longue maladie, les droits à plein traitement sont portés à un an, et deux ans pour ceux à demi-traitement, complétés chaque année comme mentionné précédemment par le CGOS. En cas de congés de longue durée ces droits sont respectivement de trois ans pour le plein traitement et de deux ans pour le demi. Les possibilités de complément par le CGOS sont identiques aux cas précédemment cités⁴. La protection sociale du fonctionnaire lui permet donc d'appréhender la maladie dans des conditions bien plus favorables qu'un assuré relevant du régime général. Pour l'établissement employeur, les absences pour maladie de ses agents se révèlent donc particulièrement coûteuses car elles supposent le maintien du salaire de l'agent concerné et la rémunération du remplaçant. De plus, l'absentéisme génère des coûts indirects constitués par le temps de recrutement et de formation notamment.

Outre les coûts financiers, l'absentéisme a des enjeux sociaux non négligeables. Ne pas tenter d'agir sur l'absentéisme peut donner une certaine image de laxisme de l'établissement et devenir une norme de fonctionnement pour ses agents⁵. De plus, dans le milieu sanitaire et social où le travail est fondé sur la notion d'équipe, l'absence des uns n'est pas sans répercussions sur les autres. Le climat social peut se trouver dégradé par

² COUR DES COMPTES, 2009, « Rapport public annuel : la sécurité sociale »

³ MONNEUSE D. ; 2015, L'absentéisme au travail de l'analyse à l'action, Paris : Afnor Editions

⁴ LUCAS A. ; 2013, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Volume I le fonctionnaire hospitalier, 10ème édition, Rennes : Presses de l'EHESP

⁵ MONNEUSE D. ; 2015, L'absentéisme au travail de l'analyse à l'action, Paris : Afnor Editions

des absences à répétition. Il devient difficile de trouver des agents qui acceptent de revenir sur leurs jours de congés et ces derniers éprouvent un sentiment d'injustice. « *On vous appelle : votre collègue est arrêtée donc il faudra changer d'horaire, de jour, oui mais je ne peux pas* ». *C'est tout juste si nous ne sommes pas les coupables quelque part. Quand l'absence se produit le week-end, l'administrateur de garde qui s'occupe du planning dit « mais moi je n'y suis pour rien » et moi encore moins !* »⁶. Une certaine lassitude des soignants s'installe envers les remplaçants. « *En ce moment on a une aide-soignante dans le service pour quinze jours. Mais comme elle ne sait pas si son contrat sera renouvelé ou non, elle a cherché ailleurs et est en attente de réponse. On a encore formé une aide-soignante et si notre collègue ne reprend pas on prendra quelqu'un d'autre et on recommencera.* »⁷

L'impact sur les personnes âgées n'est pas négligeable non plus. Elles entretiennent une relation de confiance avec les aides-soignantes qui connaissent leurs habitudes de vie. Les changements de personnel et plus particulièrement l'introduction de remplaçants est source d'inquiétudes. « *Elle ne m'a jamais fait la douche, comment elle va faire ? Vous savez bien que je n'aime pas qu'on me lave la tête en premier et elle le fera* »⁸

Si les conséquences de l'absentéisme des soignants sont perceptibles dans les établissements, bien que difficilement mesurables, il convient de s'interroger sur ce que recouvre réellement ce terme.

1.1.2 Un concept difficile à cerner

Le dictionnaire Larousse définit l'absentéisme comme « *le fait d'être absent du lieu de travail, de l'école, d'une réunion, d'une assemblée ou de tout lieu où pour des raisons de travail, de participation à une action, etc..., la présence est obligatoire* »⁹. Cette définition est extrêmement large puisqu'elle comprend dans l'absentéisme toute absence de son lieu de travail. Ce qui revient à supposer que le simple fait de faire une pause cigarette hors de son bureau peut être considéré comme de l'absentéisme. Dans le même temps, elle semble relativement parcellaire, puisqu'elle ne prend en compte que l'absence physique comme critère définissant l'absentéisme. Comment qualifier alors l'attitude des agents qui bien que présents sur leur lieux de travail s'adonnent à des activités personnelles comme la planification de leurs congés annuels ou passent leurs commandes sur internet ?

⁶ Extrait d'un entretien réalisé avec une aide-soignante d'EHPAD

⁷ ibidem

⁸ Paroles d'un résident rapportées par une aide-soignante d'EHPAD

⁹ LAROUSSE, 1991, Le petit Larousse illustré 1992, dictionnaire encyclopédique, Tournai : Editions Larousse

Le statut des fonctionnaires ne donne aucune définition de l'absentéisme. Il précise les positions dans lesquelles peuvent être placés les agents publics à savoir : l'activité, le détachement, la disponibilité, le congé parental, le congé de présence parentale ou la position hors cadre¹⁰. Ainsi, le statut¹¹ définit les différentes positions en fonction de la nature des liens juridiques existant entre les agents et leur administration et des avantages qui y sont liés. Conformément à son article 40, la position d'activité se définit comme « *la position du fonctionnaire qui titulaire d'un grade, exerce effectivement les fonctions de l'un des emplois correspondant à ce grade* ». Cependant la position d'activité comprend le droit à un certain nombre d'autorisations d'absences (article 45), de congés (Article 41) et le cas particulier de la mise à disposition (articles 48-50).

L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) donne quant à elle la définition suivante « *l'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail entendues au sens large (les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnels et privés, etc...)* »

En se référant à la définition du Larousse et en ne retenant que les absences prévues dans le statut de la fonction Publique Hospitalière, l'absentéisme caractérisé par le calcul d'un taux recouvre donc des situations d'absences très diverses.

1.1.3 Le taux d'absentéisme est un indicateur global peu lisible

Une instruction de la DGOS en date du 2 janvier 2013¹² précise le mode de calcul du taux d'absentéisme. Ce dernier comprend outre les absences pour motifs médicaux (maladie ordinaire, congés de longue maladie ou de maladie de longue durée, accidents du travail ou du trajet, maladie à caractère professionnel ou contracté dans l'exercice des fonctions) les absences pour motifs non médicaux ci-après, congé de maternité, de paternité et congé d'adoption. Sont donc exclus de ce calcul le congé pour suivre une formation ou les congés relatifs à l'exercice d'une activité syndicale et les autorisations spéciales d'absences qui sont liées à des événements familiaux (mariage, enfant malade notamment).

¹⁰ FAURE A. ; 2008, Commentaire du statut de la fonction publique hospitalière, 10ème édition, Paris : Berger Levrault

¹¹ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière. Journal officiel du 11 janvier 1986

¹². MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Si cette précision portant sur les absences à prendre en compte pour le calcul du taux d'absentéisme permet d'uniformiser les pratiques, elle ne garantit pas pour autant que ces derniers soient comparables entre établissements. En effet, deux EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), affichant un même taux peuvent présenter des situations très différentes. Dans l'une par exemple l'absentéisme sera majoritairement composé des absences pour maternité, alors que dans l'autre, les absences les plus nombreuses seront dues aux accidents de travail. De même, à l'intérieur d'un même établissement, la variation du taux d'absentéisme d'une année sur l'autre ne doit pas être regardée dans sa globalité mais il convient d'analyser la variation de chacune de ses composantes. Ainsi une baisse du taux d'absentéisme global, du fait de la diminution du nombre de congés maternités peut en fait masquer une augmentation des jours d'absences pour maladie notamment.

Bien qu'ils entrent dans le calcul du taux d'absentéisme, les congés pour motifs non médicaux peuvent être considérés comme relevant plus d'un choix personnel des agents concernés que des pratiques managériales. Toutefois, il convient de noter la possible corrélation entre statut et congés maternité. En effet, on constate l'existence d'un « effet report » des congés maternité lors de la mise en stage ou la titularisation.

Dans une analyse de l'absentéisme, il conviendra donc de s'attacher plus particulièrement aux absences pour maladie qui peuvent être le révélateur de pratiques managériales défailtantes.

1.2 Que traduit l'absentéisme ?

1.2.1 Les différentes formes d'absentéisme

Dans son livre « l'absentéisme au travail de l'analyse à l'action » Denis Monneuse¹³ propose une typologie des différentes formes d'absentéisme, qu'il me semble intéressant de préciser. Il distingue ainsi :

- **L'absentéisme normal** qui comprend une part irréductible qui est liée aux dispositions législatives relatives à la protection sociale et un absentéisme utile qui correspond aux absences pour formation. Ces dernières permettent en effet d'apporter de nouvelles compétences ou qualifications aux agents concernés. De plus, elles peuvent de plus constituer une période de répit dans une carrière exigeante physiquement et/ou mentalement. Enfin l'existence d'une possibilité de

¹³ MONNEUSE D. ; 2015, L'absentéisme au travail de l'analyse à l'action, Paris : Afnor Editions
<Véronique CHABRILLAT> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2015>

formation promotionnelle participe au sentiment d'avoir des possibilités d'évolution de carrière et de pouvoir évoluer vers d'autres fonctions.

- **L'absentéisme moral** qui peut aussi être désigné sous le terme du présentéisme passif. Il s'agit du cas des agents qui bien que présents sur leur lieux de travail s'adonnent à des activités personnelles, ou prennent des pauses interminables. Cette forme de désengagement dans le travail est particulièrement difficile à mesurer dans un établissement. Elle suppose en effet, que l'activité de chaque agent soit contrôlée pendant l'intégralité de son temps de travail ou que des mesures de productivité soient mises en place. Or ces contrôles s'accordent mieux avec des processus industriels qu'avec une activité de soins. Dans sa définition de la santé l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) précise « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » L'activité de soins ne peut donc pas se résumer à une simple activité technique, mais comporte une dimension humaine et relationnelle importante. La longueur du soin pourra alors être tout autant conditionnée par la difficulté technique ou l'état du patient que par son besoin de contacts et de relations. Enfin, l'introduction de normes de productivité est en contradiction avec la définition même que les soignants donnent de leur métier. « *Je suis aide-soignante, je suis la personne qui est chargée de maintenir l'autonomie de la personne âgée, son indépendance, si elle en est capable, de l'aider dans ses gestes quotidiens, de lui offrir mon sourire, de le faire rire, de lui réapprendre des choses, même si elle les oublie cinq minutes après* »¹⁴. Ces mécanismes d'accompagnement et d'apprentissage nécessitent donc qu'un certain laps de temps leur soit consacré, variable en fonction des difficultés de la personne accompagnée ou des besoins qu'elle exprime.
- **L'absentéisme subi** regroupe toutes les absences que l'agent est contraint de prendre c'est-à-dire celles qui sont obligatoires comme les congés maternités et celles qui se produisent subitement comme les accidents du travail ou de trajet.
- **L'absentéisme choisi** comprend toutes les absences délibérées des agents ou relevant de leur mauvaise foi. Entre notamment dans cette rubrique, l'absentéisme de certains agents du fait d'une activité saisonnière, la période de cueillette des champignons ou l'ouverture de la chasse par exemple. Sont aussi concernés par cette classification, les arrêts dits de complaisance. D'après la Caisse Nationale d'Assurance Maladie le taux des arrêts abusifs se situerait à 8% du nombre total d'arrêts et à 17% en ce qui concerne les contrôles ciblés. Il est cependant relativement difficile dans les établissements dénombrer les arrêts de

¹⁴ Extrait d'un entretien avec une aide-soignante service de Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI)

complaisance, même si ce phénomène est clairement exprimé par les soignants. « On sait qu'il y a des collègues, qui vont s'arrêter sur une période précise, parce que par exemple, sur le planning il n'est pas prévu qu'ils soient en repos le jour férié qu'ils souhaitaient. Donc pour être sûrs de l'avoir, ils vont s'arrêter. »¹⁵ Conformément à l'article 15 du Décret n°88-396 du 19 avril 1988¹⁶, « l'autorité investie du pouvoir de nomination est chargée du contrôle des fonctionnaires bénéficiaires des congés de maladie. Les fonctionnaires doivent s'y soumettre ». Le conseil d'état dans une décision en date du 24 octobre 1990¹⁷ a par ailleurs rajouté aux fonctionnaires l'obligation d'informer leur administration de l'adresse à laquelle peut être réalisé ce contrôle. Ce dernier effectué par un médecin agréé doit déterminer si l'arrêt est toujours justifié à la date du contrôle. Dans le cas contraire, l'administration doit mettre en demeure l'agent de reprendre son activité avant d'effectuer une retenue sur salaire pour service non fait¹⁸. Si cette procédure permet en théorie de limiter les abus, elle comporte cependant une certaine lourdeur qui rend conditionnelle sa mise en pratique. En effet, pour pouvoir procéder à un contrôle, il est nécessaire que l'arrêt concerné soit d'une durée minimale de huit jours, pour permettre au médecin agréé de réaliser son expertise pendant la durée de l'arrêt. De plus, le simple fait de ne pas trouver l'agent à son domicile lors de la visite de contrôle ne peut donner lieu qu'à une constatation d'absence et non une suspension de salaire¹⁹. Il est donc souvent aussi rapide de convoquer l'agent au cabinet du praticien. Se pose alors le problème des délais de rendez-vous qui ne sont parfois pas compatibles avec la durée de l'arrêt.

- **L'absentéisme contraint** regroupe des absences qui pourraient être évitables mais qui sont choisies par l'agent. C'est le cas notamment des autorisations d'absences pour enfant malade, pour lesquelles le manque de moyens de garde disponible pousse l'agent à s'absenter.

L'absentéisme est un phénomène complexe qui ne saurait avoir une cause et une explication unique. Plusieurs analyses sont abordées dans la littérature et chacune a le mérite de mettre en avant l'un des multiples facteurs intervenant dans l'absentéisme.

¹⁵ Extrait d'un entretien avec un agent des services hospitaliers (ASH) service de Médecine/Soins de Suite et de réadaptation (SSR)

¹⁶ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI. Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitudes physiques et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, 21 avril 1988

¹⁷ CE 24 octobre 1990 n°78592

¹⁸ LUCAS A. ; 2013, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Volume I le fonctionnaire hospitalier, 10ème édition, Rennes : Presses de l'EHESP

¹⁹ CE du 28 septembre 2011 n°345238

1.2.2 L'approche économique ou la rationalité de l'absence

Cette théorie issue du courant néoclassique considère que l'individu est avant tout un agent économique. Il est amené à arbitrer entre son salaire, son travail et ses loisirs. Il doit trouver un point d'équilibre entre l'effort consenti au travail, le salaire qu'il en retire et le temps qui lui reste de disponible pour ses loisirs. Si cet équilibre est rompu, l'individu sera conduit à s'arrêter afin de le rétablir. C'est ainsi qu'une hausse de la productivité aura pour conséquence une augmentation des absences maladie. En effet si l'effort consenti au travail augmente sans compensation financière ou en temps, l'individu sera tenté de s'arrêter pour ramener sur la durée, son effort au niveau initialement consenti. La propension à s'arrêter est propre à chaque individu et sera d'autant plus forte que son aversion au travail est élevée. Certains auteurs voient dans ce phénomène l'un des aspects négatifs de la mise en place des 35 heures. Ainsi si cette mesure a permis la création d'un certain nombre de postes de soignants, elle s'est aussi accompagnée d'une intensification du travail. Les agents sont certes moins présents annuellement, mais les organisations mises en place se caractérisent par une diminution des temps de relèves ou d'échanges informels entre équipes et une augmentation du nombre de jours où les équipes fonctionnent en effectif restreint. Les soignants se sentent donc tiraillés entre les tâches qu'ils ont à accomplir dans le cadre de leur service et le maintien de temps plus relationnels avec les résidents. Il en ressort une insatisfaction au travail, née de la nécessité de choisir quelles tâches prioriser et un sentiment d'oppression. « *C'est à dire qu'on se sent compressés. On nous demande de plus en plus de travail, parce que tout doit être tracé et on n'a pas plus de temps donc c'est au détriment de notre fonction* »²⁰. Cette impression est encore plus prégnante dans les secteurs administratifs ou techniques où la réforme du temps de travail n'a donné lieu qu'à des recrutements limités.

Cette approche a permis de démontrer l'influence de certains facteurs économiques sur le taux d'absentéisme. Ainsi, la conjoncture économique a une incidence sur ce dernier. Plus la croissance est forte, plus le taux d'absentéisme augmente. Inversement en période de difficultés économiques, le nombre d'absences diminue. Ce phénomène peut s'expliquer par la peur de perdre son emploi. Cette influence paraît plus limitée sur le secteur public dans la mesure où le risque chômage n'existe pas pour les fonctionnaires. Cependant il est à noter que les difficultés financières des établissements ne sont pas sans répercussions sur les personnels. « *Le Directeur c'est tout le temps, tous les ans : « on n'a pas de sous, on n'a pas de sous, on n'a pas de sous ». On a l'impression de se trouver dans la rue où tout le monde dit la même chose. Quelque part ça met le moral à zéro* »²¹.

²⁰ Extrait d'entretien d'un aide-soignant de SMTI

²¹ ibidem

De même il peut être établi une corrélation entre absentéisme et maintien de la rémunération. L'arbitrage se fait alors entre le coût et le gain ou les avantages nés de l'absence. Moins l'absence coûte, plus elle est tentante. La protection sociale du fonctionnaire fait qu'une absence n'a pas d'incidence directe sur la rémunération. En effet l'établissement employeur maintient le traitement de l'agent concerné. La perte la plus visible et immédiate sera constituée par le non versement des indemnités liées à l'activité (prime de dimanche et jours fériés, majoration pour travail intensif ou de nuit notamment). La deuxième conséquence moins visible consistera lors du calcul de la prime de service à l'application d'un abattement pour tenir compte du nombre de jours annuels d'absence de l'agent concerné. Cependant, ce mécanisme est d'une part moins visible et d'autre part moins marquant, car il intervient généralement très à distance de l'absence considérée. Dans la fonction publique, l'absentéisme peut ainsi être considéré comme un véritable salaire invisible. En effet, les évolutions de carrière et donc de salaire sont strictement encadrées par le statut. Ne sont ainsi promouvables que les agents qui satisfont à des conditions réglementaires définies. L'absentéisme permet donc de diminuer l'effort et le temps consenti au travail tout en conservant une rémunération identique.

Instauré par l'article 105 de la loi de finance pour 2012²², le jour de carence, avait pour but de limiter l'absentéisme dans la fonction publique hospitalière. Ainsi pour chaque arrêt de maladie ordinaire, le premier jour ne donnait lieu à aucune rémunération. Les économies attendues avec l'application de cette mesure étaient estimées à 63,5 millions d'euros. En introduisant un coût pour la maladie, il était donc envisagé de limiter l'effet de salaire invisible de l'absentéisme. Cependant, si le nombre d'arrêts maladie a diminué à compter de l'année 2012, leur durée a augmenté dans le même temps. Ainsi, dans un calcul rationnel, si la maladie représente un coût, il est donc nécessaire de rallonger la durée de l'arrêt pour le compenser. Cette mesure n'a certes pas eu pour effet de faire baisser l'absentéisme dans la fonction publique hospitalière, mais elle a limité le nombre des arrêts de très courte durée, qui génèrent des dysfonctionnements importants. Le jour de carence dans la fonction publique a été abrogé par l'article 126 de la loi de finance pour 2014²³.

En se fondant sur cette théorie de la rationalité de l'absence, certains établissements hospitaliers dont le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand ont instauré une prime de présentéisme. Cette prime a pour finalité d'encourager le présentéisme des agents. Attribuée lors du versement de la prime de service, elle s'élève

²² Loi n°2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012. Journal officiel, n° 0301 du 29 décembre 2011

²³ Loi n°2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014. Journal officiel, n°0303 du 30 décembre 2013

à 230 euros brut et n'est versée qu'aux agents n'ayant eu aucune absence sur l'année. Ne sont pas prises en compte pour l'attribution de cette prime les autorisations d'absences pour décès, qui sont considérées comme de droit et constituant des évènements totalement indépendants de volonté des agents. Tous les autres motifs d'absence entraînent automatiquement la déchéance du droit à prime de présentisme. Ce dispositif est assorti d'une possibilité de rachat de jours d'absence dans la limite de cinq jours et pour les agents qui en fin d'année n'auraient pas pu faire valoir dans l'année tous leurs droits à congés. Ce système permet une certaine indulgence pour les agents qui n'ont qu'un seul épisode de maladie dans l'année et qui ne sont pas habituellement coutumiers de ce fait. Cependant il présente l'inconvénient de permettre aux agents qui ont régulièrement un ou plusieurs petits arrêts de continuer leur pratique sans être sanctionnés. Il est possible aussi de voir dans cette faculté de rachat de jours une possibilité d'obtenir du jour au lendemain des congés ou repos qui auraient été refusés par l'encadrement s'ils avaient été demandés dans les formes et dans les temps. Enfin, ce système présente le même inconvénient que le jour de carence puisqu'une fois l'effet seuil de cinq jours dépassé, les arrêts de maladie ont tendance à s'allonger.

Ces deux exemples montrent que l'explication de l'absentéisme ne peut uniquement résider dans un calcul économique des agents. En effet, si tel était le cas, la mise en place de ces deux mécanismes aurait eu pour effet de faire baisser l'absentéisme. Il convient donc d'aborder ce phénomène sous un autre angle.

1.2.3 L'approche individuelle : les facteurs de risque

Diverses études ont montré que certains facteurs individuels peuvent présenter un risque aggravant pour l'absentéisme.

- **L'incidence de l'âge** : globalement les jeunes ont un taux d'absentéisme plus élevé. Ce phénomène peut s'expliquer par une certaine défiance par rapport à leur employeur, d'autant plus qu'ils sont généralement employés sur des contrats précaires ou changent régulièrement de poste.

Après 30 ans l'absentéisme connaît à nouveau une augmentation significative, du fait d'une part des maternités et d'autre part d'un certain découragement au travail. Ce dernier correspond à une phase où le statut professionnel est stabilisé sous forme d'un Contrat à Durée Indéterminée (CDI) et où les perspectives d'évolution au sein de la structure sont connues.

Enfin après 50 ans l'absentéisme change de forme : les seniors sont absents moins souvent mais pour des périodes plus longues. Ce qui peut correspondre à une certaine usure professionnelle.

- **L'incidence de l'ancienneté** : l'absentéisme croît avec l'ancienneté dans la structure. Ce facteur reste lié au précédent dans la mesure où, en début de carrière, le statut est précaire, contrat à durée déterminée (CDD) ou emplois aidés et l'enjeu d'une présence assidue est d'obtenir un contrat plus stable. De plus, l'ancienneté dans la structure permet de se rendre compte de la politique menée par l'établissement dans ce domaine et de l'image véhiculée par les agents absents au sein du collectif de travail.
- **L'incidence du sexe** : Hors congés maternité, les femmes sont plus absentes que les hommes. Cela peut s'expliquer par un effet structurel important, dans les entreprises, les femmes sont moins nombreuses à détenir des positions hiérarchiques et des responsabilités élevées. Or il existe une relation étroite entre responsabilités et absentéisme.
- **Incidence de la situation matrimoniale et familiale** : Le sentiment de déséquilibre entre vie personnelle et professionnelle conduit à une augmentation des absences. Or au sein des couples il existe une inégale répartition des responsabilités familiales en faveur des femmes. Ce qui conduit ces dernières à s'absenter plus souvent, surtout si les enfants sont âgés de moins de six ans. Elles suppléent alors les modes de gardes collectifs défaillants en cas de maladie des enfants. Ce qui contribue à renforcer l'écart constaté précédemment entre l'absentéisme des hommes et celui des femmes.
- **Incidence de la qualification, de la formation et du statut** : L'absentéisme baisse lorsque le niveau de qualification ou de formation augmente. Ce qui correspond souvent aussi dans les entreprises ou les administrations à des postes à responsabilité plus élevée. Cependant il convient de moduler ce critère, puisqu'il a été observé sur la période 2006-2010 une augmentation de l'absentéisme des encadrants de proximité et de certains cadres. Ce phénomène peut s'expliquer dans le secteur hospitalier par une évolution du métier d'encadrant qui doit non seulement planifier et encadrer les équipes mais aussi se comporter en réel manager de proximité.
Le statut joue un rôle dans la propension à s'arrêter. Ainsi la proportion d'absents est plus élevée chez les fonctionnaires et les personnes en CDI que chez celles en CDD.
- **Incidence du rapport au travail** : L'absentéisme est plus fort en cas d'exercice d'une deuxième activité jugée plus gratifiante. Les absences peuvent alors devenir saisonnières si l'activité en question est plus intense pendant certaines périodes de l'année. Dans la fonction publique hospitalière, le principe de l'exercice exclusif des fonctions est posé par l'article 25-I, du titre I du statut. Cet article précise « *les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public consacrent l'intégralité de leur*

activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit »²⁴

Cependant ce même article prévoit « *les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public peuvent toutefois être autorisés à exercer à titre accessoire, une activité, lucrative ou non, auprès d'une personne ou d'un organisme public ou privé, dès lors que cette activité est compatible avec les fonctions qui leur sont confiées et n'affecte pas leur exercice »²⁵*. Les décrets du 2 mai 2007²⁶ et du 20 janvier 2011²⁷ ont assouplis les conditions d'exercice d'une activité accessoire. Ainsi les agents publics peuvent exercer une ou plusieurs autres activités après information de leur employeur.

- **Autres variables explicatives** : outre les variables précédemment citée qui ont une déterminante largement individuelle, il convient de citer quelques autres facteurs plus largement dépendant du milieu de travail lui-même.

Le lieu d'implantation de la structure n'est pas sans incidence sur l'absentéisme. En effet en découle le choix du lieu de domicile de l'agent, qui doit lui permettre de concilier ses impératifs professionnels avec ses éventuelles charges de famille. S'il n'existe pas de moyens de garde pour les jeunes enfants notamment à proximité de du lieu d'implantation de l'établissement, le domicile de l'agent aura tendance à s'en éloigner. Or plus le temps de trajet augmente, plus la propension à s'arrêter sera importante.

Les conflits sociaux au sein de l'établissement conduisent à une dégradation des conditions de travail et ont donc une influence directe sur l'absentéisme.

Enfin, il convient de souligner l'influence de la mobilité professionnelle. Si l'établissement n'assure pas à ses agents qui en expriment la volonté la possibilité de changer de service, un certain épuisement professionnel peut s'installer et se traduire par des absences à répétition. Ces dernières sont le signe d'une certaine insatisfaction au travail, d'un désengagement. Cette situation est particulièrement dommageable pour l'agent, mais aussi pour la prise en charge du résident. En s'installant l'épuisement professionnel peut se traduire par la mise en place de mécanismes routiniers, sans considération des besoins du résident et aboutir à de la maltraitance passive ou à des réactions agressives.

²⁴ Article 25-I, titre I du statut

²⁵ Article 25-I titre I du statut

²⁶ MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n°2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat. Journal officiel, n° 103 du 3 mai 2007

²⁷ MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Décret n°2011-82 du 20 janvier 2011 modifiant le décret n°2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat. Journal officiel, n° 0018 du 22 janvier 2011

Cette approche est intéressante dans la mesure où elle met en évidence un certain nombre de facteurs qui influent sur l'absentéisme. Toutefois, elle présente l'inconvénient de stigmatiser une population dite à risque. De plus, elle semble privilégier les facteurs purement individuels sur ceux plus collectifs. Car en règle générale, un individu exerce rarement seul son travail sans aucune interaction. Il semble intéressant de voir comment le collectif de travail peut influencer la propension de chacun à s'arrêter.

1.2.4 L'approche organisationnelle et psychosociale

Cette analyse repose sur les incidences de l'organisation sur le comportement individuel ainsi que sur les interactions au sein du collectif de travail. Elle décline les deux postulats suivants. Tout d'abord l'absentéisme est produit par la situation de travail, la nature et le contenu de l'activité exercée. Enfin le management et la gestion des ressources humaines sont producteurs d'absences.

La situation de travail comprend les locaux qui sont affectés à cet usage. L'architecture et la localisation des locaux à usage professionnels peuvent être source de très nombreux déplacements c'est le cas notamment des ASH qui sont amenés à faire l'entretien des chambres et locaux communs et d'aider au service des repas. De même, il convient de noter l'importance de l'éclairage et du dimensionnement des locaux. Ainsi, les chambres à deux lits de petite taille peuvent être source de difficultés pour la réalisation de la toilette notamment. Mais plus important encore est la perception de l'environnement de travail. Les conditions sont-elles réunies pour que l'agent se sente soutenu dans ses difficultés et reconnu pour le travail qu'il fournit ? Le moindre dysfonctionnement peut contribuer à altérer la relation que les agents entretiennent avec la direction Il est intéressant de prendre l'exemple des Fiches d'Evènements Indésirables (FEI) pour illustrer ce propos. Ces fiches ont été mises en place dans les établissements sanitaires et médico-sociaux afin de tracer les évènements qui posent problème tant en terme de fonctionnement que d'organisation²⁸. Leur but était d'assurer une plus grande sécurité dans les soins et la prise en charge en analysant les causes de dysfonctionnement dans les établissements. Elles doivent faire l'objet d'un suivi et permettre la mise en place de mesures correctives. Elles ont connu une mise en place progressive. En effet les soignants voyaient dans cette recherche des causes d'incident, un moyen pour désigner nominativement un coupable. A l'heure actuelle, elles sont utilisées pour tracer tout évènement qui vient perturber le bon fonctionnement des services, qu'il ait ou non une conséquence directe sur la prise en charge du patient et ou du résident. *« Une fois j'ai fait une feuille parce qu'on avait un lave-vaisselle qui ne marchait pas. On m'a répondu : « Ne vous inquiétez pas ! ». Je ne sais pas s'ils se rendent compte que si on a un lave-vaisselle qui ne marche pas si ça*

²⁸ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2011, « Amélioration des pratiques et sécurité des soins »
<Véronique CHABRILLAT> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2015>

« dure une semaine, deux semaines, quand on a vingt-cinq patients le matin, le midi, le soir, à la collation, cela représente un travail énorme. Je faisais une feuille par jour pour bien qu'ils se rendent compte combien c'était difficile pour nous »²⁹. Si l'utilisation systématique de ces fiches permet d'avoir une meilleure connaissance des difficultés de fonctionnement rencontrées dans les services, elle crée aussi une attente de solution rapide. Dès que le problème est connu, il n'existe plus de raisons pour qu'il perdure. Or, plus ce dernier tardera à être résolu, plus il deviendra pour les équipes le symbole du manque de reconnaissance et de considération dont ils font l'objet. « Parfois j'ai l'impression que nos problèmes, la direction et les cadres les connaissent, mais étant donné qu'ils ne sont pas vraiment impactés, cela peut attendre. »³⁰. Ce sentiment d'éloignement et d'isolement est entretenu par l'organisation même du travail et notamment par les horaires imposés aux soignants. Ces derniers établis pour permettre une prise en charge en H24 s'éloignent de la norme sociale dominante d'horaires en journée. Les équipes soignantes se sentent isolées des cadres et de la direction, qui ignorent les difficultés qu'ils ont pu rencontrer sur leurs temps de travail et les solutions qu'ils ont dû adopter afin que le service fonctionne de façon satisfaisante. « Le lundi, à 10 heures du matin ma cadre ne savait encore pas qu'il y avait eu des arrêts ce week-end et que certains agents étaient revenus sur leurs repos ! »³¹.

La nature de l'activité influe sur le taux d'absentéisme. Ainsi selon Dennis Monneuse³², les métiers en contact direct avec la clientèle sont en général plus exposés au risque d'absence que les professions techniques. Dans les établissements le taux d'absentéisme des personnels soignants est plus élevé que celui des administratifs notamment. Il est possible de s'interroger sur le lien entre la lourdeur des résidents et le taux d'absentéisme. Après étude au centre hospitalier de Billom, il apparaît que cette relation n'est pas évidente. En effet ce ne sont pas les services où le GIR Moyen Pondéré est le plus élevé qui totalisent le plus d'absences, mais ceux où les exigences des résidents et ou patient sont ressenties comme étant les plus fortes. Ce ressenti semble même inversement proportionnel à l'objectivation de l'état de dépendance des résidents, comme le montrent les deux témoignages suivants. Le premier provient d'une aide-soignante travaillant dans un EHPAD dit « léger », qui héberge des résidents autonomes ou semi-autonomes. Le deuxième est celui d'une aide-soignante affectée en service de SMTI, dans une unité recevant des patients atteints de démence. « *Psychologiquement c'est difficile parce que la personne âgée est très demandeuse et elle veut être satisfaite dans la minute. Les personnes sont exigeantes pour leurs soins, au niveau de la nourriture,*

²⁹ Entretien avec un Agent des Services Hospitaliers service de Médecine/SSR

³⁰ Ibidem

³¹ Entretien d'une aide-soignante d'EHPAD

³² MONNEUSE D. ; 2015, L'absentéisme au travail de l'analyse à l'action, Paris : Afnor Editions

elles sont très demandeuses en matière d'animation. C'est elles qui sont plus demandeuses que nous qui décidons dans quel ordre nous allons réaliser notre travail.»³³ « *On a des familles qui sont en détresse. Qu'est-ce que vous voulez y faire ? Elles sont en détresse, il faut que quelqu'un trinque. Ce qu'elles ne peuvent pas faire pour leur parent et bien d'après elles, les soignants le font mal. Parfois on a envie de leur dire : « vous n'avez qu'à le faire ! » mais j'arrive à comprendre. Je gère totalement bien* »³⁴. Le collectif de travail peut permettre de limiter l'impact du ressenti négatif ou des difficultés rencontrées dans la prise en charge d'un patient en particulier. « *Moi je pense que j'ai de la chance parce que je suis dans une équipe où on peut se parler, on s'écoute et on arrive à se déculpabiliser en quelque sorte. On arrive à se dire « on n'y est pas arrivé avec ce patient, mais finalement vu toutes les fois où on y arrive ce n'est pas si mal* ».³⁵ L'équipe de travail contribue à rassurer les soignants sur leurs pratiques et contribue à limiter l'absentéisme. Mais ce même collectif de travail peut parfois être vécu comme inquiétant, démotivant et devenir par là-même source d'absences. « *C'est bizarre mais parfois dans notre service, il y a des périodes de crise et là c'est l'horreur. Entre guillemets tout le monde se tire dans les pattes et on n'a pas envie de venir* »³⁶.

Les politiques liées à la gestion des ressources humaines ne sont pas sans conséquence sur la motivation des agents. Chacune des étapes de ce processus peuvent générer des insatisfactions conduisant à un absentéisme réactionnel. En matière de recrutement notamment il conviendra de ne pas formuler des promesses ou proposer des contrats à des conditions particulièrement avantageuses mais qui seront sources de réajustement lors d'une mise en stage. C'est le cas notamment de certains contractuels, recrutés sur la base d'un échelon élevé pour tenir compte de leurs diplômes et ou de difficultés de recrutement, qui par application des règles de reprise d'ancienneté voit leur rémunération maintenue jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions réglementaires de durée pour accéder à un échelon supérieur. En ce qui concerne la carrière, le manque de perspectives d'évolution professionnelle ou une mobilité inter-service trop faible peuvent se révéler sources de démotivation et d'arrêts de travail. De même une inadéquation du profil ou des compétences des agents avec leur poste de travail peut les conduire à éprouver des difficultés ou à ressentir une insatisfaction. Enfin, la politique de rémunération doit être connue de tous et considérée comme juste en fonction des tâches réalisées. Ainsi la contribution apportée par chacun sera vue comme justement rétribuée. Dans le cas inverse et conformément à la vision économique de l'absentéisme, l'agent

³³ Entretien avec une aide-soignante d'EHPAD

³⁴ Entretien avec une aide-soignante d'USLD

³⁵ Entretien avec un ASH service de Médecine/SSR

³⁶ Ibidem

sera tenté de s'absenter pour rétablir l'équilibre entre sa perception de sa contribution et de sa rétribution.

Enfin il convient de noter l'influence des pratiques de management tout au long de la hiérarchie, du directeur chef d'établissement aux encadrants de proximité. En effet, le type de management aura une incidence sur les conditions de travail au sein des services et conditionnera le comportement des équipes et la relation de confiance ou de défiance qu'elles entretiendront avec l'encadrement et plus généralement avec la Direction. Il convient de distinguer quatre types de management.

- **Directif** : Il génère une distance hiérarchique forte et une logique de commandement. Il repose sur la coercition, l'autorité, le contrôle et la dépendance des subordonnés
- **Par la persuasion** : il se décline principalement autour de la mobilisation et de l'influence relationnelle
- **Par la participation** : Il résulte de la négociation et favorise la participation dans la prise de décision
- **Par délégation** : Il permet de développer la motivation en substituant une relation contractuelle à une relation hiérarchique traditionnelle. Il s'accompagne d'une délégation de pouvoir dans certains domaines et permet ainsi la prise d'initiative, le développement de l'autonomie.

Ces différents types de management conditionnent la satisfaction au travail des agents et par là-même leur motivation.

1.2.5 L'approche par la motivation

« La motivation est l'ensemble des facteurs internes et individuels qui déterminent le comportement humain. Processus de mise en mouvement qui amène un individu à s'engager et à réaliser une action »³⁷

Parmi les nombreux chercheurs qui se sont intéressés aux fondements de la motivation au travail il convient de se référer tout d'abord aux travaux d'Abraham Maslow. Ce dernier, en 1943³⁸ a émis une théorie selon laquelle la motivation est fondée sur des besoins hiérarchisables. Ainsi le comportement de tout individu sera dicté par le contentement de ces besoins qui resteront source de motivation tant qu'ils n'auront pas été satisfaits. La réalisation d'un besoin de niveau inférieur aura pour conséquence de faire apparaître un besoin de niveau supérieur, qui deviendra alors source de motivation.

³⁷ MONTERRAT X. ; 2004, Comment motiver. Viser la performance pour renforcer la motivation, Paris : Editions d'Organisation

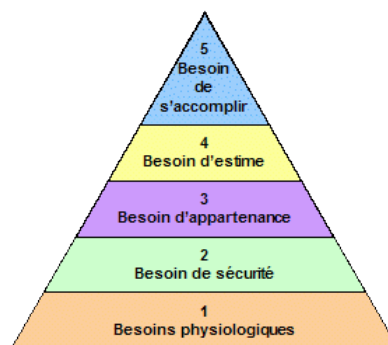
³⁸ MASLOW A. ; 1943, « A theory of human motivation », The psychological review, vol 50, n°4

Les besoins de tout individu peuvent être classés en cinq catégories :

- **Les besoins physiologiques** : qui correspondent aux besoins indispensables à la survie de l'individu (exemple : se nourrir). Ils sont satisfaits par l'attribution d'un salaire
- **Les besoins de sécurité** (économique, psychologique et physique) qui peuvent trouver leur satisfaction par l'attribution d'un CDI ou une mise en stage
- **Le besoin d'appartenance** qui recouvre la fonction socialisante du travail et est comblé par l'organisation en équipe dans le milieu sanitaire et médico-social
- **Le besoin d'estime** qui correspond à la reconnaissance de la valeur professionnelle de l'agent notamment au travers de l'évaluation ou de son intervention en qualité d'expert dans son domaine de compétence.
- **Le besoin d'accomplissement** qui peut trouver sa satisfaction dans les actions de promotion professionnelle, ou encore d'une évolution de carrière conduisant à des missions d'encadrement d'équipe.

Pyramide des Besoins de MASLOW

Source « Comment motiver » Edition d'organisation



Cette approche théorique de la motivation ne permet pas de comprendre pourquoi la satisfaction d'un besoin ne le fait pas obligatoirement disparaître et l'origine des facteurs de démotivation.

Frederik Herzberg³⁹ propose en 1959 une théorie de la motivation reposant sur deux types de facteurs. Les facteurs moteurs correspondent au contenu du travail c'est-à-dire le contenu des tâches confiées, l'autonomie accordée dans la réalisation de ces dernières, la reconnaissance exprimée pour le travail fourni, l'évaluation des performances, le niveau de responsabilités et enfin les possibilités d'évolution professionnelle. Les facteurs d'hygiène regroupent les relations de travail, les conditions

³⁹ MONTERRAT X. ; 2004, Comment motiver. Viser la performance pour renforcer la motivation, Paris : Editions d'Organisation

matérielles, la rémunération et plus généralement la politique adoptée en matière de gestion des ressources humaines. Pour ce chercheur il est possible d'augmenter la motivation au travail en enrichissant le contenu des tâches demandées. Il préconise ainsi :

- D'augmenter la part d'initiative et la liberté du salarié dans la réalisation de son travail ;
- de lui donner une tâche complète et cohérente ;
- de l'informer régulièrement sur l'activité globale de l'organisation dans laquelle il travaille ;
- d'introduire des tâches nouvelles et plus difficiles à réaliser
- de développer le niveau de responsabilité et le sentiment de compétence

Cette théorie a largement inspiré dans les années 80, le concept d'hôpital magnétique, issus d'études américaines, dans un contexte de pénurie d'infirmières et visant à déterminer pour quels motifs certains établissements de santé parvenaient mieux que d'autres à attirer les soignants. Il a été transformé dans le courant des années 90 en label de reconnaissance externe « Magnet Recognition Program »[®] et est utilisé comme indicateur d'excellence des meilleurs hôpitaux américains. Les attributs d'un hôpital magnétique sont les suivants :

- l'autonomie professionnelle des soignants
- le support fourni par l'administration
- une bonne collaboration entre les médecins et les soignants
- la reconnaissance de la valeur professionnelle des soignants et de leur leadership
- les relations positives avec les pairs
- un ratio de personnel adéquat
- une orientation forte sur le patient
- l'importance de la qualité

Enfin pour conclure avec les théories de la motivation, il convient d'évoquer la théorie de l'équité. Cette dernière développée au début des années 60 par Adams⁴⁰ part du postulat que les individus sont motivés dès lors qu'ils ont le sentiment que leur situation est équitable par rapport aux autres individus présentant des caractéristiques semblables aux leurs. Ainsi tout individu en situation de travaille effectue un rapport entre les avantages que lui procure son emploi et sa contribution au bon fonctionnement de l'organisation. Les

⁴⁰ ADAMS J.S. ; 1963, « Toward an understanding of inequity, Journal of Abnormal and Social Psychology, vol 67, n°5

avantages sont évalués en termes de rémunération, promotion ou évolution de carrière, conditions de travail et reconnaissance de la valeur de son travail notamment. La contribution qu'il fournit comprend sa formation initiale, les compétences et l'expérience professionnelle qu'il a pu développer ainsi que le degré d'effort consenti pour réaliser ses performances. Ce ratio personnel une fois calculé est comparé à celui d'autres personnes en situation similaires pour lesquelles il évalue les avantages et contributions à travers le prisme de sa propre perception. Cette comparaison peut produire trois situations différentes. Premièrement elle révèle une égalité. Dans ce cas, l'individu considère que sa situation est équitable, il est satisfait de cette dernière et conserve sa motivation pour la réalisation de ses tâches. Deuxième hypothèse, la comparaison montre que son ratio est supérieur à celui des autres. Il se trouve donc en situation de « sur-paiement ». Pour éviter tout sentiment de culpabilité, l'individu aura tendance à se comparer à d'autres référents pour normaliser sa situation. Dernière hypothèse son ratio est inférieur à celui des autres. Il se trouve donc dans une situation d'iniquité. Il sera alors tenté soit de faire augmenter sa rétribution, soit de diminuer sa contribution. Si une augmentation de salaire est impossible, il sera tenté de faire baisser sa contribution par le biais d'une diminution de la qualité des prestations réalisées, par de l'absentéisme moral ou de réelles absences physiques.

L'absentéisme est donc un phénomène difficile à définir et influencé par de nombreux facteurs. Certains d'entre eux peuvent être qualifiés de strictement personnels alors que d'autres sont plus liés à l'organisation et au contenu du travail. C'est sur ces derniers facteurs que le manager peut exercer une influence en créant un milieu de travail favorable à l'épanouissement et à la motivation de ses agents. Les caractéristiques de l'absentéisme doivent donc faire l'objet d'une analyse in situ afin de déterminer les leviers les plus à même de l'influencer.

2 Analyse de la situation au centre hospitalier de Billom

Pour procéder à une analyse de la situation il m'a tout d'abord fallu procéder à un état des lieux. Pour ce faire, j'ai déterminé une méthodologie particulière, définir les particularités propres à l'établissement et procéder à l'analyse des données recueillies.

2.1 Méthodologie utilisée

2.1.1 Détermination des caractéristiques générales de la population

J'ai choisi dans un premier temps de m'intéresser à l'évolution générale des agents du centre hospitalier par le biais de l'étude de 2010 à 2014 de la pyramide des âges ; pyramide générale de la population, puis pyramide par catégories socio-professionnelles. A l'intérieur de la population des soignants j'ai réalisé une pyramide par métier. Les pyramides des âges ainsi réalisées ne comportent que les agents en fonction au 31 décembre de l'année concernée. Cette étude m'a permis d'avoir une vision globale de l'évolution démographique de chacune des catégories socio-professionnelles représentée dans l'établissement.

2.1.2 Etude de l'évolution de l'absentéisme

Ensuite, j'ai réalisé une étude statistique sur la même période de l'absentéisme par motifs, par tranches d'âges et catégories professionnelles. En ce qui concerne les personnels soignants, j'ai pris le parti d'opérer une distinction entre les différents métiers. Pour réaliser cette étude, il m'a paru intéressant d'inclure l'ensemble des agents ayant travaillé dans l'année, quelle que soit la durée de leur contrat. Ainsi sont intégrés les agents titulaires ou stagiaires, ceux recrutés en contrat sur postes statutaires ou au titre des mensualités de remplacement (dont mensualités d'été). N'ont cependant pas été inclus dans cette étude les agents en contrats de droit privé c'est à dire les emplois aidés. Ce parti pris s'appuie sur deux constats. Tout d'abord, il était particulièrement difficile d'effectuer un tri entre les agents remplaçants à prendre en compte dans l'étude et ceux à écarter. En effet, la politique de l'établissement en matière de recrutement repose sur l'existence de plusieurs recrutements ponctuels du même agent avant de déboucher sur une embauche de plus longue durée. La mise en stage n'est envisagée que lorsque l'intéressé dispose d'une durée cumulée de services effectifs d'un an minimum. Il est donc difficile à un instant T de déterminer si un agent contractuel sera ou non intégré dans le personnel stable de l'établissement. Ainsi, j'ai ainsi pu constater que certains agents recrutés à l'origine sur une mensualité d'été, faisaient partie de l'effectif statutaire en fin de période. Enfin, il me semble que l'absentéisme des agents remplaçants est particulièrement pénalisant en termes d'organisation pour un établissement.

Les agents en contrats aidés ont été volontairement écartés de cette étude dans la mesure où ils ne sont pas positionnés par le CH de Billom sur de « véritables » postes de travail. Ce qui ne présume pas de l'importance de leurs fonctions. En effet ils sont en général affectés au plus près des résidents (ex : aide à la marche) et contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge. Leur absence, si elle est préjudiciable pour les résidents n'entraîne pas de réorganisation des tâches, leur fonction est purement et simplement supprimée.

2.1.3 Détermination de la population cible

L'étude statistique que j'ai réalisé sur cinq ans au sein de l'établissement m'a permis d'éliminer un certain nombre d'hypothèses erronées et de mettre en évidence une concentration de l'absentéisme particulièrement remarquable sur certaines catégories sociales-professionnelles et à l'intérieur même de ces catégories sur certains métiers. Il m'a paru intéressant de réaliser des entretiens avec les agents exerçant les métiers où l'absentéisme, toutes causes confondues est le plus important. Toutefois, l'absentéisme étant un phénomène complexe qui prend en compte une dimension conditions de travail tout autant que des facteurs individuels (notamment familiaux ou relationnels) il reste très souvent un sujet tabou. Recevoir des agents ayant un absentéisme important m'est apparu délicat car stigmatisant et potentiellement vécu comme moralisateur donc peu propice à un recueil d'informations intéressantes. Dans le secteur sanitaire et médico-social, la continuité des soins et des prises en charge suppose une organisation du travail fondée sur le travail d'équipe. Dans un contexte financier contraint, il est de plus en plus difficile de remplacer les agents absents. Lorsque les absences sont de courtes durée, le recours aux contractuels peut s'avérer difficile, hors rappel de retraités volontaires. Le remplacement s'effectue donc en priorité par un aménagement des plannings qui se traduit le plus souvent soit par la mise en place d'un effectif restreint soit par le rappel des agents sur leurs temps de congés. Les absences se traduisent par un report de la charge de travail et peuvent être mal vécues par les équipes. Afin d'adopter la démarche la moins stigmatisante possible, j'ai décidé de m'entretenir avec des agents qui avaient peu ou pas d'absentéisme sur la période 2010-2014. La population interrogée comprenait donc des aides-soignantes et des ASH exerçant leur fonction dans les différents services du centre hospitalier. Ces agents ont été choisis pour représenter l'ensemble des statuts, titulaires, stagiaires ou contractuels et appartiennent à des classes d'âges différentes.

2.1.4 Détermination des thèmes abordés dans l'entretien

Les thèmes abordés lors de l'entretien (Annexe I) ont eu pour objet de confronter ce que je pensais être des facteurs déterminants pour la motivation au travail à la perception que les soignants en avaient. Il m'a de plus semblé intéressant de comprendre quelle était leur

vision de l'absentéisme en général et leurs motifs d'insatisfaction par rapport à ce phénomène. Les thèmes suivants ont été abordés :

- **La représentation** qu'ils avaient de leur métier. Il s'agissait d'appréhender la façon dont ils vivaient leur fonction.
- **Leur rôle dans la prise en charge des résidents** et plus globalement dans l'équipe soignante. Cet item était destiné à mettre en évidence la représentation que les autres membres de l'équipe soignante avaient de cette fonction et la place qui leur était attribuée.
- **Leur ressenti sur les contraintes liées à leurs fonctions.** Cet item était destiné à déterminer s'il existait un lien entre l'absentéisme et le degré de dépendance des résidents accueillis mesuré à l'aide du GMP.
- **Leur autonomie dans la réalisation des tâches.** Il me paraissait important de déterminer si l'organisation du travail permettait de laisser une certaine part à l'initiative personnelle des agents.
- **Leur rapport avec l'encadrement.** Cet item m'a permis de mesurer les relations établies avec leur encadrement direct et plus globalement la façon dont ils perçoivent l'administration de l'hôpital.
- **L'évaluation.** A mon avis l'entretien d'évaluation constitue un acte important de management d'équipe. Il peut permettre de renforcer la motivation d'un agent en lui donnant le sentiment qu'il n'est pas un simple matricule pour son établissement et que la valeur de son travail est reconnue par l'institution. Le temps d'évaluation est un moment privilégié pour l'agent qui peut mettre en avant ses compétences, exprimer ses difficultés et demander des compléments de formation ou formuler ses projets professionnels à plus ou moins long terme. Il me semblait donc important au cours de l'entretien d'obtenir le ressenti des agents sur ce procédé.
- **La formation.** Pour moi, la possibilité d'obtenir une formation peut contribuer à réduire l'absentéisme. En effet, la formation peut permettre d'apporter des solutions aux difficultés de prise en charge dans les services, de gérer les situations de conflits ou de stress. De plus, les études promotionnelles permettent aux agents d'envisager une évolution de leur carrière dans le temps.
- **Leur vécu par rapport à l'absentéisme.** Il me semblait intéressant de mettre en évidence le climat social de l'établissement c'est-à-dire comment l'absentéisme était perçu au sein des équipes. De plus je souhaitais cerner quel impact l'absentéisme de leurs collègues pouvait avoir sur leur motivation.
- **Les agents absents.** Cet item portait sur les stratégies mises en place par les cadres tant en matière de traitement des arrêts récurrents que de réinsertion des agents dont l'état de santé avait nécessité un épisode d'absence longue. La façon

dont les retours sont organisés contribue à façonner l'idée qu'ont les agents de leur importance pour l'établissement.

2.2 Présentation de l'établissement

2.2.1 Un établissement à forte orientation gériatrique

Le centre hospitalier de Billom est un ex-hôpital local à vocation gériatrique. D'une capacité totale de 389 lits, son activité se décompose en 20 lits de médecine (dont deux dédiés aux soins palliatifs), 26 lits de SSR, 66 de soins de longue durée (USLD), 237 d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et 40 places de Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). Ce service est situé sur un site distant d'environ un kilomètre du centre hospitalier. La quasi-totalité de l'activité de l'établissement consiste donc en la prise en charge des personnes âgées. Son taux d'occupation sur le secteur USLD et EHPAD est de 98 %.

L'existence d'une MAS rattachée à l'hôpital est le fruit de l'histoire de la commune. En effet en 1974, la mairie décide la construction d'un Centre Pour Arriérés Profonds (CAP) destiné à accueillir les enfants porteurs d'un lourd handicap mental et ou psychique à partir de l'âge de 6 ans. Cependant, la ville de Billom n'estimant pas avoir les compétences nécessaires pour faire fonctionner ce centre, en délègue la gestion au centre hospitalier. Le CAP est transformé en MAS en 1989, afin de répondre au vieillissement de sa population, qui institutionnalisée depuis l'enfance avait atteint l'âge adulte et se retrouvait sans solution pérenne d'hébergement. A l'occasion de cette transformation, cette structure a été juridiquement intégrée au centre hospitalier de Billom.

2.2.2 Un centre hospitalier bien intégré sur son territoire

L'établissement est situé à proximité du centre-ville de Billom, commune distante d'environ 30 km de Clermont-Ferrand et de 25 km de Thiers et comptant 4260 habitants. Cette localisation privilégiée permet aux résidents et patients de pouvoir profiter de toutes les animations proposées par cette ville. De plus le centre hospitalier de Billom s'est engagé dans une politique volontaire de partenariat et de coopération tant avec les établissements situés à proximité qu'avec la commune de Billom. L'établissement assure ainsi la confection des repas pour la crèche municipale et le service de portage de repas à domicile.

En 2010, le Centre Hospitalier de Billom et la maison de retraite de Culhat ont constitué un Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-sociale (GCSMS) afin d'exploiter en commun, la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) du CH. La mise en place de ce GCSMS a permis la réalisation de travaux d'agrandissement et de rénovation de la pharmacie et de

sécuriser le circuit du médicament par l'acquisition d'un automate de dispensation nominative. A ce jour, le GCSMS compte 4 membres et assure une dispensation nominative pour 721 lits. Cette coopération pourrait être étendue à une maison de retraite territoriale et un établissement associatif prenant en charge des adultes handicapés après validation par l'ARS Auvergne de la qualité du service rendu.

En 2011, le CH de Billom s'est inscrit dans la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) du « Grand Clermont ». Cette communauté regroupe le CHU de Clermont-Ferrand et les Centres Hospitaliers de Clémentel (établissement spécialisé dans la rééducation), de Riom (hôpital général à orientation gériatrique) d'Issoire (hôpital général) et du Mont-Dore (ex-hôpital local). La communauté hospitalière de territoire a été conçue de façon très souple afin de permettre à ses membres de mettre en commun des moyens en fonction de leurs possibilités et de leurs intérêts. En ce qui concerne le CH de Billom la coopération avec les membres de la CHT porte à l'heure actuelle sur la mise en place d'une politique commune en matière de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC). Cette dernière a permis la définition de différents profils de postes standardisés dans les établissements membres et la mise en place de grilles d'entretiens d'évaluation gérés par un logiciel commun sur l'ensemble de la CHT. La coopération s'est aussi traduite par l'intégration de 14 lits de SSR dans la filière de soins gériatriques qui sont ainsi devenus des lits d'aval pour les activités orthopédiques et vasculaires du CHU de Clermont-Ferrand. Enfin, une convention a été conclue avec ce dernier afin que les examens de biologie médicale du CH de Billom soient réalisés par les laboratoires du CHU.

2.2.3 Des orientations stratégiques à prendre pour l'avenir

A l'heure actuelle l'établissement dispose encore d'une cinquantaine de chambres à deux lits. Ces dernières ne permettent d'apporter qu'une réponse partielle aux besoins des résidents. En effet, elles ne répondent plus au standard de confort actuel, se révèlent peu adaptées aux situations de fin de vie ou à la prise en charge de résidents atteints de pathologies de type Alzheimer ou de troubles du comportement. Enfin la petite taille de certaines chambres complique le travail des équipes soignantes.

La proximité avec la région clermontoise, où l'offre en matière d'hébergement des personnes âgées s'est largement structurée et modernisée constitue une menace pour l'attractivité de l'établissement. Les exigences élevées en matière de qualité de la prise en charge des résidents ne sauraient compenser le manque de confort et la vétusté de certains services. C'est pourquoi, le CH a intégré, dans son Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) la réalisation d'une opération de réhabilitation et de modernisation

de son offre d'hébergement. Cette dernière commencera par la construction de 46 lits d'EHPAD sur le site de la MAS. Pendant la phase de rénovation des services les plus anciens de l'EHPAD et des USLD, ces lits supplémentaires seront utilisés comme « lits d'hébergement provisoire » pour les résidents dont les chambres feront l'objet d'une rénovation. Dans ce cadre, 46 chambres à deux lits seront transformées en chambres individuelles. Au terme des opérations de réhabilitation des services existants, les 46 lits de la nouvelle EHPAD seront, destinés à accueillir des résidents atteints de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. La localisation de cette unité sur le site de la Mas répond au double objectif de rompre l'isolement de ce service et de permettre une mutualisation des installations et des activités entre secteur personnes âgées et adultes handicapés. Ainsi les animations pourront être communes aux deux services et les résidents de l'EHPAD pourront bénéficier des installations spécifiques de la MAS (balnéothérapie, espace de rééducation notamment). En fin de travaux, l'établissement sera en mesure d'ouvrir un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), afin d'améliorer les conditions de prise en charge des résidents.

2.2.4 Caractéristiques de la population accueillie

- **Moyen d'âge** : Sur la période 2007-2013⁴¹, l'âge d'entrée en institution augmente faiblement. Les nouveaux entrants sont constitués pour 65 % par des femmes et 35 % par des hommes. Cette répartition reste stable sur les 3 dernières années. Hors entrées sur la MAS, la moyenne d'âge des hommes est de 79 ans lors de leur entrée dans l'établissement, contre 87 ans pour les femmes. Le nombre important de patients admis sur les services de médecine et de SSR contribue à diminuer largement cette moyenne. Toutefois, elle reste identique à celle enregistrée pour les hommes en 2012, alors qu'elle augmente de deux ans pour les femmes. Les services d'USLD et d'EHPAD étant sectorisés en fonction des pathologies et de la dépendance des résidents, cette moyenne d'âge recouvre en fait des situations très différentes d'un service à l'autre (Annexe II).
L'établissement dispose d'unités spécifiques permettant la prise en charge, d'une part de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés et d'autre part de personnes âgées présentant des troubles du comportement légers à sévères. D'une manière générale, l'analyse des besoins de la population réalisée lors de l'élaboration du projet d'établissement pour la période 2011-2015 montre une augmentation sensible du nombre de résidents atteints de désorientation ou de troubles du comportement.

⁴¹ CENTRE HOSPITALIER DE BILLOM, 2007 à 2013, « Rapports d'activité »

- **Dépendance et organisation de la prise en charge** : en 2014, le GMP de l'EHPAD varie de 467 pour l'unité recevant les résidents les moins dépendants à 894 pour le service le plus lourd. Pour les deux services d'USLD le GMP est respectivement de 883 et 919. L'admission d'un résident dans un service est donc déterminée par sa pathologie et son degré de dépendance. Lorsque son état de santé se dégrade, il est transféré dans une autre unité plus à même d'assurer sa prise en charge. Afin de limiter les effets de cette sectorisation et de rééquilibrer la charge de travail entre les différentes unités, le Directeur a proposé de ne plus concentrer les prises en charge les plus lourdes sur le même service. Ainsi la charge de travail serait mieux répartie entre les agents affectés à l'EHPAD. Cette proposition a été refusée par les intéressés qui considèrent que la sectorisation actuelle leur permet de développer des compétences spécifiques en matière de prise en charge qu'elle soit dite « légère » ou « lourde » et craignent qu'une autre organisation ne les fasse disparaître. Cependant, l'arrivée d'un nouveau gériatre a initié une réflexion sur les parcours de vie au sein de la structure. Ainsi, le résident ne serait plus transféré en fonction de l'aggravation de son état de dépendance, mais bénéficierait d'un accompagnement au sein de son service avec une hospitalisation ponctuelle, en cas de besoin, en service de médecine de l'établissement. Pour l'instant cette réorganisation n'a pas encore fait l'objet d'une étude et d'une concertation au sein des services.
- **Le cas particulier de la MAS** : la population accueillie par la MAS est constituée d'adultes âgés de 20 ans et plus sans limitation supérieure d'âge. A l'heure actuelle aucun des résidents n'a atteint l'âge de 60 ans. La MAS prend en charge *« des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rend incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et des soins constants »*⁴² La moyenne d'âge des résidents de la MAS se situe à 38 ans. Les besoins de ces derniers étant spécifiques, la MAS s'est dotée d'un projet de service qui définit les finalités de son activité comme *« un accompagnement socio-éducatif et thérapeutique personnalisé, centré sur la vie quotidienne qui vise la promotion et l'épanouissement de la personne »*.⁴³

2.2.5 La structure des effectifs :

Au 31 décembre 2014, le nombre d'agents ayant été employés dans l'établissement hors contrats aidés et personnels médicaux s'élève à 495 soit 367,91 Equivalents Temps Pleins (ETP) moyens annuels. L'effectif est très largement féminisé puisque les hommes

⁴² CENTRE HOSPITALIER DE BILLOM, 2012, « Projet de service de la MAS « les biches » »

⁴³ Ibidem

n'en représentent que 13 %⁴⁴. Ce pourcentage est inférieur à la moyenne nationale qui est de 23 %⁴⁵

La répartition à l'intérieur de chaque catégorie socio-professionnelle des hommes est la suivante :

- Administratifs : 12,50 %
- Techniques : 51,60 %
- Soignants : 7,30 %
- Rééducatifs : 22,20 %
- Sociaux : 0 %
- Médicot techniques : 0 %

Les personnels soignants représentent 80 % des effectifs. (Annexe III)

La moyenne d'âge toutes catégories confondues s'établit à 41,32 ans en 2014. Ce qui place l'établissement dans la moyenne nationale.⁴⁶ Globalement sur la période 2010-2014 on observe une faible augmentation de cette dernière qui se chiffre à 13 mois. Toutefois il existe de fortes disparités entre catégories sociales professionnelles. La période est en effet marquée par un vieillissement :

- **constant** des personnels éducatifs et sociaux et des personnels de rééducation de 4 ans. Ce qui caractérise une importante stabilité de ces effectifs.
- **limité** des personnels administratifs. Ces derniers ont connu une période de forte augmentation de leur moyenne d'âge, puis à la suite d'un départ à la retraite un rajeunissement dû au recrutement d'agents plus jeunes.
- **plus important** des personnels techniques.

La moyenne d'âge des personnels soignants (40 ans) est relativement stable mais se caractérise par un vieillissement des IDE plus rapide que celui des AS et ASH, grades pour lesquels le turn-over permet de maintenir la moyenne d'âge. Les ASH ont un âge moyen sensiblement inférieur à celle des soignants (environ 39 ans).

La moyenne d'âge est très sensiblement inférieure à la moyenne pour les personnels médicot techniques (35 ans). Il faut noter que l'effectif de cette catégorie de personnels a

⁴⁴ CENTRE HOSPITALIER DE BILLOM, 2014, « Bilan social 2013 »

⁴⁵ DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, 2014, « L'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique – Chiffres clés 2014 »

⁴⁶ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2013, « Etablissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », Etudes et résultats, n°846

été entièrement renouvelé ces dernières années et largement renforcé afin de permettre la mise en place du GCSMS.

2.3 L'absentéisme au Centre hospitalier de Billom

2.3.1 Taux global d'absence

Le premier indicateur que j'ai calculé est le taux global d'absence par ETP. Il me semblait intéressant de déterminer le poids total des absences dans l'établissement.

$$\text{Taux global} = \frac{\text{Nombre annuel de jours d'absences}}{\text{ETP moyen} \times 365}$$

Taux global d'absences par ETP et par catégorie					
Catégorie	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Administratifs	3,67%	6,26%	4,99%	1,52%	1,50%
techniques	4,56%	2,76%	3,90%	2,52%	4,29%
Soignants	12,02%	9,28%	11,29%	11,09%	10,50%
Rééducation	1,00%	1,38%	2,87%	0,94%	2,13%
Sociaux et ed	0,54%	0,40%	4,42%	2,03%	2,75%
Médico-tech	3,86%	12,41%	4,01%	6,59%	0,00%
Ensemble	10,30%	8,13%	9,80%	9,31%	8,97%

Le taux d'absentéisme total comprenant les jours de formation et les jours d'autorisations spéciales d'absences (ASA) s'établit à 8,97 % en 2014. Sur l'ensemble de la période considérée, le taux des personnels soignants est plus élevé que celui de l'ensemble du personnel. La forte variation de l'absentéisme des médicot techniques est due à un plan de formation pour l'acquisition de la spécialité « préparation en pharmacie hospitalière », qui est obligatoire pour la mise en stage des intéressés. Parmi personnels soignants ce sont les AS et les ASH qui ont le taux d'absence le plus élevé.

La répartition par âge montre que l'absentéisme est plus élevé de 25 à 34 ans et de 50 à 59 ans (Annexe IV Tableau 2). La première tranche d'âge correspond au début de carrière et à des périodes importantes de formation et de congés pour maternité. La deuxième marque la fin de carrière avec potentiellement des absences liées à l'usure professionnelle ou à des actions de reconversion pour accéder à une deuxième carrière.

Motif	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Maladie Ordinaire	39,08%	44,74%	39,59%	35,16%	38,57%
Longue Maladie	6,26%	4,72%	4,71%	11,35%	16,22%
Maladie de longue Durée	5,96%	11,96%	19,05%	22,62%	14,72%
Congès Maternité	13,87%	12,39%	15,66%	10,92%	8,68%
Grossesse Pathologique	1,14%	1,42%	1,05%	1,01%	0,85%
Couches Pathologiques	1,10%	0,93%	0,39%	0,84%	0,38%
Accident du Travail	3,98%	6,62%	6,94%	7,43%	8,43%
ASA	1,40%	2,23%	1,73%	1,48%	2,08%
Formation	26,30%	14,92%	10,88%	8,87%	10,06%
Maladie professionnelle	0,92%	0,07%	0,00%	0,32%	0,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

La répartition par motifs d'absence montre un effort important de l'établissement pour les actions de formation suivie par une diminution de ces dernières. Cette tendance s'explique par le fait que le marché de l'emploi permettant de recruter des IDE, l'établissement a réduit ses financements en études promotionnelles pour accéder à cette profession. De même cette période est marquée par la diminution progressive du nombre d'IDE en formation cadre de santé.

Sur la période, les congés de longue maladie et de maladie de longue durée augmentent fortement, ainsi que les accidents du travail. Les congés de maternité sont en baisse.

Le faible taux d'absence pour maladie professionnelle s'explique par une politique très restrictive de l'établissement en matière d'imputabilité au service. En effet, conformément aux dispositions réglementaires : « *la décision de reconnaissance ou de refus de reconnaissance d'un accident de service ou d'une maladie contractée en service au bénéfice d'un fonctionnaire appartient à l'administration qui doit informer la commission (Commission de Réforme) si elle l'a sollicitée et ne suit pas son avis* »⁴⁷. Il appartient donc à l'établissement d'établir « *le lien essentiel et direct avec l'exercice des fonctions* »⁴⁸.

2.3.2 Taux d'absentéisme :

Afin de pouvoir effectuer une comparaison avec les taux nationaux, j'ai ensuite déterminé le taux d'absentéisme conformément aux dispositions contenues dans l'instruction DGOS du 2 janvier 2013⁴⁹.

⁴⁷ LUCAS A. ; 2013, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Volume I le fonctionnaire hospitalier, 10ème édition, Rennes : Presses de l'EHESP

⁴⁸ CE 30 décembre 2011 n°330959

⁴⁹ . MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

$$\text{Taux d'absentéisme} = \frac{\text{Nombre annuel de jours d'absences – jours de formation – ASA}}{\text{ETP moyen} \times 365}$$

Taux d'absentéisme par ETP et par catégorie					
Catégorie	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Administratifs	3,65%	6,11%	4,93%	1,47%	1,25%
techniques	4,50%	2,46%	3,48%	2,50%	3,90%
Soignants	8,47%	7,60%	9,87%	10,00%	9,30%
Rééducation	0,35%	1,02%	2,28%	0,57%	1,83%
Sociaux et ed	0,20%	0,12%	4,12%	1,83%	2,17%
Médico-tech	3,01%	11,82%	0,00%	0,00%	0,00%
Ensemble	7,44%	6,76%	8,57%	8,35%	7,88%

Le taux d'absentéisme du CH de Billom s'élève en 2014 à 7,88 %, ce qui le place légèrement au-dessus de la moyenne nationale dont la valeur est 7,80 %⁵⁰ tout personnel non médical confondu et de 7,59 % pour les personnels soignants. Toutefois au niveau national, le taux d'absentéisme des établissements comparables se situe à 7,69 % et 5,01% concernant les personnels soignants⁵¹. Le nombre de jour moyen d'absence par ETP est de 28,7 jours pour l'ensemble du personnel (Annexe III tableau n° 4). Cependant de fortes disparités existent entre catégories ainsi le nombre moyen de jours d'absence est de 3,8 pour les administratifs alors qu'il s'élève à 34 pour les personnels soignants. A l'intérieur de cette catégorie, ce sont les AS qui totalisent le plus grand nombre de jours d'absence par ETP (Annexe IV tableau n° 4).

L'année 2011 est caractérisée par le taux d'absentéisme le plus bas. Pour l'établissement, 2011 constitue une année importante dans la mesure où un nouveau projet d'établissement est mis en place. Ce document, qui définit l'orientation stratégique du CH sur les cinq années prévoit un projet de construction de 46 lits d'EHPAD et un plan de rénovation des services existants. Le personnel soignant s'est trouvé particulièrement impliqué dans ces projets puisqu'il a été invité à réfléchir, au travers de groupes de travail, sur l'organisation dans le futur bâtiment et à formuler ses besoins en termes de locaux et d'aménagement de ces derniers. Il a ainsi permis d'élaborer le cahier des charges de la construction destiné à l'architecte. Cette position d'utilisateur « expert » a permis une reconnaissance des compétences des soignants contribuant ainsi à valoriser leur rôle dans l'institution. Malheureusement, ce projet a connu plusieurs contretemps qui ont eu pour conséquences, un ajournement des travaux, l'élaboration de nouveaux plans et un dépôt définitif de permis de construire en mars 2015. Au moment de mon départ de

⁵⁰ AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION, 2015, « Analyse des Bilans Sociaux des établissements publics de santé à fin 2013. »

⁵¹ Ibidem

l'établissement et juin, une incertitude pesait encore sur la réalisation ou non de cette construction, dans la mesure où le Directeur devait prendre sa retraite au mois d'août et l'établissement placé en intérim avant la mise en place potentielle d'une direction commune avec le CHU de Clermont-Ferrand.

La répartition des absences par tranches d'âge (Annexe IV tableau 7) montre que ce sont les deux classes d'âges précédemment citées qui totalisent un taux d'absentéisme le plus élevé, même lorsqu'il est fait abstraction des jours de formation. L'absentéisme très faible pour les deux premières tranches d'âge peut s'expliquer par le statut des agents concernés qui sont employés sous contrat. La catégorie des 60 ans et plus a un taux d'absence inférieur à la moyenne de l'établissement. Cette tranche d'âge comprend deux catégories de personnels, les titulaires et des retraités effectuant ponctuellement des remplacements.

Ventilation des absences par motif					
MOTIF	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Maladie ordinaire	54,05%	53,99%	45,31%	39,22%	43,91%
Longue Maladie	8,66%	5,70%	5,39%	12,67%	18,46%
Maladie de Longue Durée	8,24%	14,43%	21,80%	25,23%	16,75%
Congé Maternité	19,18%	14,96%	17,93%	12,18%	9,88%
Grossesse Pathologique	1,57%	1,72%	1,20%	1,13%	0,96%
Couches Pathologiques	1,52%	1,13%	0,44%	0,93%	0,43%
Accident du travail	5,51%	7,99%	7,94%	8,29%	9,60%
Maladie Professionnelle	1,27%	0,09%	0,00%	0,35%	0,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

A la lecture de ce tableau on constate que la part des absences pour maladie toutes natures confondues passe de 70 % environs à 77 %. Le taux des accidents du travail augmente alors que celui des congés maternité diminue. Il semble donc intéressant de se focaliser sur les arrêts maladie qui deviennent chroniques en se transformant en congés de longue maladie ou de longue durée.

2.3.3 Politique de gestion des ressources humaines du CH de Billom

L'établissement s'est inscrit dans la démarche d'évaluation lors de la mise en place de la politique commune de GPMC dans le cadre de la CHT. Dans un premier temps le contenu des fiches métier a été défini, afin de déterminer les compétences nécessaires à l'exercice de chaque fonction. L'évaluation a été introduite progressivement à partir de la campagne de notation 2013, aux IDE. Puis elle a été étendue en 2014 à l'ensemble des métiers soignants. La définition de ces fiches a permis d'élaborer des fiches informatiques destinées à l'évaluation des agents concernés et servant de base à l'entretien. Préalablement à ce dernier, les agents se voient remettre la fiche d'évaluation qui sera utilisée, afin de réaliser leur auto-évaluation. Lors de l'entretien, le cadre mène

l'évaluation de l'agent qui est confrontée à ce que ce dernier perçoit de son niveau de compétence. L'entretien de formation est mené le même jour et permet de décliner les besoins de l'agent tant en matière de consolidation ou d'acquisition de nouvelles compétences professionnelles que de projet d'évolution de carrière plus personnels.

En ce qui concerne les remplacements, l'établissement priorise les besoins des services soignants. Les absences de courte durée sont assurées par réorganisation des plannings et rappel des agents en repos. Dans la mesure du possible l'agent absent est remplacé par un agent de grade identique, à l'intérieur du même service. En cas d'impossibilité, il peut être fait appel à des agents d'un autre service, à des retraités volontaires de l'établissement ou à des agents d'un grade différent. Ainsi un AS pourra être remplacé par un ASH. D'une manière générale la distinction entre fonctions d'ASH et AS est respectée sauf dans les services d'USLD. Ces derniers prévoient que le binôme AS-ASH exerce indifféremment les fonctions de l'un et de l'autre. Il appartient aux agents concernés de se répartir les fonctions ou de travailler en commun. Les arrêts supérieurs ou égaux à 15 jours donnent lieu à un recrutement externe, en CDD et à grade identique à celui de l'agent absent. L'établissement n'a pas recours à l'intérim et si un remplacement ne peut avoir lieu, un fonctionnement en effectif restreint sur l'ensemble de la période est envisagé comme solution alternative. Des horaires en coupés, qui restent marginaux en cas de fonctionnement normal de l'établissement, peuvent alors être introduits afin d'assurer une prise en charge satisfaisante des résidents. La création d'un pool de remplacement au sein de l'établissement est régulièrement évoquée, mais n'a pas fait l'objet d'une réflexion particulière, car elle n'a jamais été et n'est toujours pas considérée comme un sujet prioritaire et une réponse satisfaisante aux besoins de remplacement.

La formation du personnel est considérée comme un élément primordial de la prise en charge des résidents et a permis jusqu'à présent à l'établissement d'avoir une forte attractivité sur son territoire malgré des locaux vétustes d'hébergement. Les actions institutionnelles ont mis l'accent sur la formation à la bientraitance, la prise en charge du grand et du très grand âge et des résidents atteints de troubles cognitifs ou psychiques. Ainsi 80 % du personnel a pu bénéficier de ces formations. Des actions de sensibilisation aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées sont menées auprès des agents recrutés pour l'été ou lors de remplacements ponctuels. Des groupes de réflexions et des formations sont organisés en matière de soins palliatifs et d'accompagnement au deuil. Enfin toute acquisition de compétences pouvant améliorer la prise en charge des résidents est encouragée. Ainsi ont été financées des formations au toucher massage ou en aromathérapie. En matière d'acquisition de compétences nouvelles, l'établissement favorise la promotion professionnelle des agents qui le souhaitent plutôt qu'un

recrutement externe. Ainsi son plan de formation comprend des actions de formation de cadre, d'IDE, d'AS et d'éducateurs spécialisés notamment, pour faire face aux départs programmés dans les années à venir. L'établissement ayant pour projet la mise en place d'un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) et d'une Unité de Soins Renforcés (UHR) les agents intéressés pour exercer dans ces services se sont fait connaître et les formations correspondantes d'assistant de soins en gérontologie⁵² sont en cours de planification. Le recours à des recrutements externes intervient lorsqu'aucun agent n'a exprimé sa volonté de suivre une formation correspondante au profil recherché.

2.4 Analyse des données recueillies lors des entretiens

D'une façon générale les agents rencontrés lors des entretiens assurent ne pas avoir eu l'idée d'exercer en milieu gériatrique avant d'être embauchés au CH de Billom. « *En fait au tout début je voulais travailler avec les enfants, mais bizarrement j'ai trouvé que je leur apportais beaucoup moins qu'à des personnes âgées ou des personnes malades.* »⁵³ Cependant si ce secteur d'activité n'est pas leur choix premier, ils sont satisfaits de leurs fonctions. « *C'est un métier riche parce que la personne âgée nous apporte beaucoup* »⁵⁴. Ils se sentent utiles dans la prise en charge globale du résident. « *Moi j'aime bien leur raconter une histoire qui va les faire sourire, même si ce n'est pas dans la démarche de soins entre guillemets, c'est juste avoir un peu égayé leur journée, me dire que j'ai été utile, ou quand ils ne sont pas bien, leur remonter le moral, même si dans le soin, je ne suis pas qualifiée et que je ne peux rien faire d'autre.* »⁵⁵

Dans l'ensemble, les AS ont le sentiment d'avoir un rôle privilégié dans la prise en charge des résidents, du fait de leur proximité avec ces derniers. « *C'est nous les confidents, c'est après nous qu'on râle, c'est à nous qu'on dit que la chaise est cassée, que les pommes de terre sont froides, que la fenêtre est ouverte, qu'on parle des douleurs, de la famille qui n'est pas venue, de la petite-fille qui les oublie ou des gros malheurs qu'on a eu. C'est nous qui entendons tout* »⁵⁶. Cette connaissance des résidents leur assure une place privilégiée dans la prise en charge globale de ces derniers. Ainsi lors des réunions de concertation, organisées dans leur service, leurs observations et leur avis sont sollicités par les IDE comme par les médecins. Ils ont le sentiment de faire partie à part entière de l'équipe et d'être écouté. « *Moi je me sens écoutée par rapport à ce que j'ai à*

⁵² MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. Bulletin officiel santé. Protection sociale Solidarité, N°2009/8 du 15 septembre 2009

⁵³ Extrait d'un entretien avec un ASHQ en Médecine/SSR

⁵⁴ Extrait d'un entretien avec un AS en EHPAD

⁵⁵ Extrait d'un entretien avec un ASHQ Médecine/SSR

⁵⁶ Extrait d'un entretien avec un AS de l'EHPAD

dire. Le médecin nous a déjà dit plusieurs fois par exemple qu'on était beaucoup plus au chevet des patients que lui. Il écoute vraiment notre ressenti, ce que l'on a pu percevoir ou pas. »⁵⁷. Toutefois, certains d'entre eux expriment un ressenti négatif. Ils ont le sentiment de voir le médecin à la va-vite et de ne pas pouvoir dispenser la meilleure prise en charge. Ils ont l'impression de devoir faire les tâches les plus ingrates de la prise en charge. « Par exemple si le médecin a pris une décision sur une restriction d'eau alors qu'il fait très chaud, c'est moi, qui vais aller en informer le patient. Lui il ne va pas se rendre compte que c'est le corps médical qui a pris cette décision. Il va croire que c'est moi qui refuse qu'il boive autant qu'il le désire »⁵⁸.

L'ensemble des agents interrogés s'accorde pour dire que la fonction est contraignante. Les contraintes physiques et d'horaires qui posent des soucis pour concilier vie professionnelle et vie personnelle sont évoqués par certains d'entre eux. La possibilité d'obtenir un travail à temps partiel est alors envisagée comme solution pour pallier des difficultés temporaires. « Nous avons des horaires pas toujours faciles avec la vie de famille. Nous travaillons les week-ends. Ça pour ma part, ça a été à une période un peu difficile à vivre avec ma vie de famille. C'est pour ça que j'avais pris un $\frac{3}{4}$ de temps pour mes enfants et par rapport au métier de mon mari qui ne lui laisse que peu de disponibilité »⁵⁹. La quasi-totalité des agents vus en entretien évoque l'existence d'une pression psychologique due aux exigences des patients. Elle est assumée par certains mais vécue comme pénible pour d'autres. « J'ai l'impression que les usagers sont de plus en plus exigeants. Ils considèrent tout ce que l'on fait pour eux comme un du. Ils ne veulent pas savoir si on peut accéder à leurs demandes. C'est un du et pour les familles c'est pareil »⁶⁰. Enfin le sentiment de difficulté et de lourdeur de la prise en charge ne correspond pas forcément à l'état de dépendance des résidents. Ainsi, les agents de l'EHPAD refusent le terme « de service léger ». En effet s'ils ne contestent pas que leur sollicitation physique est moindre par rapport aux services d'USLD notamment, ils voient dans ce terme une remise en cause de leurs compétences et de la charge psychologique qui accompagne leur fonction. Pour permettre une prise en charge de qualité, ils considèrent devoir se rendre disponibles pour toute demande des résidents et être capables de respecter les habitudes de chacun d'entre eux, tant en matière de soins d'hygiène que de préférences alimentaires notamment. Le travail d'équipe peut se révéler facilitant à cet égard. Dans les situations vécues comme difficiles ou comme des échecs, il permet de transférer la prise en charge vers un collègue. Mais les relations au sein de l'équipe peuvent devenir difficiles et sources de conflits ou d'inquiétudes. « Parfois au sein

⁵⁷ Extrait d'un entretien avec un ASHQ Médecine/SSR

⁵⁸ Ibidem

⁵⁹ Extrait d'un entretien avec un AS en EHPAD

⁶⁰ Extrait d'un entretien avec un ASHQ de Médecine/SSR

de l'équipe tout va bien, d'autres fois rien ne va et on ne sait pas forcément exprimer ce qui ne va pas »⁶¹.

La totalité des agents interrogés se sentent autonomes pour la réalisation de leurs tâches. Ainsi s'il existe des fiches pour chaque poste listant les activités à réaliser pendant leur temps de travail, ils se déclarent libres de s'organiser comme ils le souhaitent du moment où leur organisation ne remet pas en cause le bon déroulement du travail de leurs collègues.

Concernant leur rapport à l'encadrement, la parole est plus difficile à libérer. Cependant au fil de l'entretien, des éléments d'appréciation ont pu être donnés. Il en ressort que la relation au cadre dépend de sa forme de management. Ainsi, la réaction des agents face aux nécessités de service est conditionnée par l'attitude du cadre à leur égard. *« La cadre fait énormément de choses dans un service. Si, elle n'est pas diplomate, si elle n'est pas suffisamment attentive à l'autre, ce dernier ne lui rendra rien. Non seulement il ne lui rendra rien mais en plus il va lui rendre la vie impossible. Par exemple elle appelle au téléphone car elle a besoin qu'un agent revienne sur son repos, personne ne répond. »⁶²* Concernant le service de Médecine-SSR, un délégué syndical fait le lien entre l'absentéisme et le mode de management du cadre. *« Il y a beaucoup d'arrêts dans ce service. Posez-vous la question : « qui est la cadre ? ». Je vous jure qu'elles ont peur de Madame G, Je n'ai jamais vu ça. Quand les filles me disent quelque chose c'est « surtout tu ne dis pas que c'est moi ». »⁶³* Sollicité sur son rapport à l'encadrement un agent de ce service, évoque de simples difficultés de communication avec son cadre et en attribue la principale source à son statut précaire de contractuel. *« Pour ma part ce qui constitue un frein, c'est le fait que je sois remplaçante et révocable à tout moment. Cela ne me permet pas de lui parler librement sur des ressentis, des opinions ou des choix parce que je n'ai pas envie de perdre mon travail tout simplement. ». D'une manière générale la Direction et l'administration sont jugées distantes et peu concernées par les problèmes quotidiens des services de soins (Cf : le jugement porté sur les FEI dans la 1^{ère} partie de ce mémoire). « On voit le Directeur quand il passe dans les couloirs. Il ne dit pas bonjour. C'est la moindre des choses. C'est son personnel. S'il est ici c'est parce qu'il a du personnel. S'il n'avait pas de personnel, il ne serait pas là. On a le sentiment d'une certaine distance. »⁶⁴.*

⁶¹ Extrait d'un entretien avec un ASHQ de Médecine/SSR

⁶² Extrait d'un entretien avec un AS délégué syndical USLD

⁶³ Ibidem

⁶⁴ Ibidem

Le processus d'évaluation est dans l'ensemble peu apprécié par les agents. Ils n'en comprennent pas réellement la finalité et dénoncent ses modalités d'application. « *Je ne trouve pas que cela m'apporte quelque chose. J'ai l'impression que le cadre a rempli son papier et qu'elle est contente. Dans l'idéal je souhaiterais que cela soit réalisé sur la base d'un échange verbal, au lieu d'une grille à remplir. Par exemple en ce qui concerne l'item hygiène, il faut savoir si des points précis sont acquis. Moi je lui dit que si au bout de 30 ans je n'ai pas acquis ça, c'est trop tard.* »⁶⁵ Les contractuels quant à eux ne remettent pas en cause l'utilisation d'une grille d'évaluation, mais le peu d'importance qui leur est accordé pour cet entretien. « *J'ai n'ai pas fait d'auto-évaluation, car au départ l'entretien était prévu au mois de décembre mais n'a eu lieu qu'en mars. Donc elle avait déjà rempli cette feuille. Elle me l'a décrite, expliquée et après je l'ai signé.* »⁶⁶

L'item sur la formation n'a pas permis de recueillir des éléments intéressants sur la motivation des soignants. D'une manière générale, ils ne font pas le lien entre la possibilité de suivre une formation et d'avoir des perspectives de carrière. Ils disent ne pas être assez formés et peu intéressés par les possibilités d'acquisition de compétence offertes par l'établissement.

L'absentéisme des autres constitue un sujet de préoccupation pour l'ensemble des agents interrogés. Tout d'abord, parce que les absences au sein de l'équipe se traduisent par une modification de leur planning de travail qui n'est pas toujours compatible avec leur vie familiale. Ensuite ils dénoncent l'existence d'un certain absentéisme de complaisance, évident à leurs yeux mais non sanctionné par le cadre ou l'administration en général. « *C'est pénible, surtout quand c'est tout le temps les mêmes. On se demande s'il n'y a que nous qui le voyons ou pas. On se dit qu'elle fait le coup tous les ans. Ce n'est pas possible que personne ne le voit là-haut ? Personne ne va lui dire que maintenant il faut arrêter qu'on a compris son manège. Au moins qu'on lui fasse la réflexion.* »⁶⁷. La gestion des remplacements ne leur paraît pas cohérente. Ils se plaignent d'être sollicités non seulement pour revenir travailler mais aussi pour gérer les modifications de planning sur les week-ends principalement, les cadres administratifs d'astreinte ne disposant pas d'une connaissance suffisante du service pour le faire. « *Il y a ce côté-là aussi c'est nous qui devons gérer parfois, les plannings, parce que les gens des bureaux, ne savent pas.* »⁶⁸ En grande majorité ils ont le sentiment de faire des efforts pour effectuer des remplacements au pied levé mais que ces derniers ne sont pas reconnus à leur juste valeur. Enfin en ce qui concerne les remplaçants, le sentiment général est celui d'une

⁶⁵ Extrait d'un entretien avec un AS d'EHPAD

⁶⁶ Extrait d'un entretien avec un ASHQ Médecine/SSR

⁶⁷ Ibidem

⁶⁸ Extrait d'un entretien avec un AS d'EHPAD

lassitude de devoir former en permanence des contractuels, qui une fois habitués à l'établissement et efficaces dans leur fonction, quitte le CH pour un autre contrat ailleurs. *« Former continuellement quelqu'un, c'est pénible. Il faut tout expliquer, tout dire. »* Si le recours à des contractuels pour les remplacements de courte durée (15 jours) est ressenti comme pénible, l'affectation d'ASH sur un poste d'AS est aussi très mal vécu. En effet les AS considèrent que ces dépassements de fonctions dévalorisent leur fonction d'AS. *« Même si on les a doublé, qu'elles savent faire une toilette, il manque une formation quelque part sinon ce n'est pas la peine que l'hôpital paie des formations ou que les gens se les paient. »*⁶⁹Du côté des ASH, cette situation est aussi mal vécue. En effet si remplir des fonctions d'AS peut contribuer à apporter un intérêt au travail, le fait que ces remplacements ne soient que ponctuels et en cas de nécessité est ressenti comme un manque de confiance dans leurs capacités. L'aller-retour entre ces deux fonctions est généralement mal accepté. Dans les services d'USLD où l'organisation prévoit un fonctionnement sur la base d'un binôme AS/ASH sans réserver spécifiquement des tâches à l'une ou à l'autre, les AS défendent leurs compétences particulières. *« Certaines veulent usurper la place de l'aide-soignante. Ainsi une ASH du service m'a dit : « C'est toi qui es en S11, c'est toi qui va au ménage. » Je lui ai rappelé que l'aide-soignante, pour l'instant, c'était moi et qu'en conséquence j'irais au coucher. Elle m'a répondu que ce n'était pas marqué de cette façon sur le planning. Je lui ai dit que cela ne changeait rien et que sur son contrat d'embauche il était mentionné qu'elle était ASH, donc pour le ménage et que moi en tant qu'AS j'étais embauchée pour m'occuper des personnes, donc que j'irai m'en occuper »*⁷⁰.

La totalité des agents interrogés déplorent le manque d'accompagnement au retour d'un congé de maladie de moyenne ou longue durée. Si les entretiens préalables au retour des agents sont bien mis en place, aucun ne les mentionne. Ils soulignent au contraire la dureté du système qui considère que soit l'agent est déclaré apte et il peut reprendre son service comme s'il n'avait pas été éloigné de la structure depuis longtemps, soit il est inapte et il demeure en congé de maladie. Un agent témoigne des difficultés inhérentes au retour. *« Quand je suis revenue j'avais en tête ce qui se faisait avant. Et personne ne m'a rien dit, donc je faisais les chambres en grand, parce que je croyais que j'étais en plus, ça mettait tout le monde dans le bazar mais personne ne disait rien. »*⁷¹. Ils insistent sur la nécessité d'accompagner le retour des agents et de leur donner les connaissances des évolutions de la structure pendant leur absence.

⁶⁹ Extrait d'un entretien avec une AS d'EHPAD

⁷⁰ Extrait d'un entretien avec une AS d'USLD

⁷¹ Ibidem

3 Manager l'absentéisme

Culturellement, l'absentéisme reste un tabou. Il est ainsi considéré comme un réel problème par seulement 45% des employeurs de plus de 45 employés contre 60% pour les employeurs américains et 78 % par les canadiens⁷². Dans les établissements, définir une politique de lutte contre l'absentéisme ne recueille pas l'assentiment des partenaires sociaux ni de l'encadrement de proximité. Les uns et les autres craignent un renforcement des contrôles à l'égard des agents et de voir le climat social se dégrader. Il est plus facile et rassurant d'imputer l'absentéisme à un manque de matériel ou de personnel que de réellement interroger les organisations de travail ou les pratiques managériales. Cependant lutter contre l'absentéisme suppose de définir ce thème comme l'une des priorités de l'établissement et définir une politique précise destinée à renforcer le bien-être au travail et par là-même de diminuer les attitudes de fuite.

3.1 Impulser une politique de gestion de l'absentéisme

3.1.1 Définir les valeurs que le management doit respecter

Comme l'a montré l'analyse des entretiens effectués, l'absentéisme est un réel problème pour les différents acteurs de l'établissement, qu'ils soient soignants ou encadrants. Il apparaît donc nécessaire que le Directeur indique clairement que ce thème constitue l'une des priorités de l'institution. Pour cela il convient de rompre avec le tabou lié à l'absentéisme. Ce phénomène ne doit plus être considéré comme le fruit de facteurs de choix personnels, mais doit être appréhendé comme la réponse à un milieu de travail perçu comme difficile voir hostile. Avec une telle approche, la lutte contre l'absentéisme devient de la responsabilité de chacun, du directeur, aux membres des équipes de travail. La démarche ainsi entreprise ne visera pas à stigmatiser les agents absents, mais à réfléchir en priorité sur les attitudes à adopter pour améliorer les pratiques managériales qui peuvent contribuer à favoriser ou à autoalimenter l'absentéisme. Les soignants ayant clairement indiqué le rôle primordial du cadre dans le développement de ce phénomène, il me paraît important de constituer des groupes de travail avec ces derniers afin de préciser quelles valeurs l'institution veut respecter au travers du management de son personnel.

Le positionnement en qualité de cadre soignant peut se révéler compliqué dans un certain nombre de cas. En effet, si l'accès à ce grade se réalise à l'intérieur du même établissement il peut être difficile pour le nouveau cadre de trouver sa place au sein d'une équipe qui l'a connu antérieurement comme soignant. Il est parfois tentant pour le cadre

⁷² MONNEUSE D. ; 2015, L'absentéisme au travail de l'analyse à l'action, Paris : Afnor Editions, <Véronique CHABRILLAT> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2015>

de s'imposer dans ses nouvelles fonctions en utilisant son expérience antérieure pour assoir ses positions ou ses jugements auprès des soignants. Or cette attitude peut être vécue comme une forme de mépris ou de l'intolérance et conforter les équipes soignantes dans leurs sentiment que l'accès aux fonctions d'encadrement engendre une perte de qualités humaines. *« Je ne sais pas ce qu'il y a dans la formation des cadres. Elles changent, quand elles étaient aides-soignantes et infirmières et qu'elles deviennent cadres. Quand elles reviennent, elles sont complètement différentes. On dirait qu'elles ont perdu cette humanité qu'elles avaient avant. »*⁷³ Il me paraît donc indispensable d'inviter les cadres à réfléchir sur leurs pratiques managériales pour déceler leurs difficultés potentielles et leur proposer des formations complémentaires dans ce domaine.

La définition de valeur commune permettra au groupe de réflexion de rédiger une charte de management bien traitant. Ce document aura pour finalité de préciser les engagements réciproques des cadres et du Directeur en matière de gestion des personnels. Il définira ainsi :

- **L'attitude du directeur** en matière de gestions des ressources humaines. Seront notamment évoqués les modalités de participation du personnel à l'élaboration des projets de l'institution, la politique de formation, sa conception du management.
- **L'attitude des cadres** en matière de gestion des équipes. Cet item reprendra les dispositions d'esprit dont ils doivent faire preuve pour exercer leurs fonctions (empathie, respect de l'éthique, discernement, etc). De même seront clairement établis les attendus de leur mode d'encadrement (savoir reconnaître le travail accompli, savoir féliciter, respecter dans ses pratiques l'égalité de traitement entre les agents notamment)

Ce document me semble revêtir une importance particulière dans la mesure où, il définit les valeurs que le directeur entend voir respecter au travers du management de ses agents et permettra ainsi d'orienter l'action des cadres. Il définit la valeur qui est accordé au facteur humain au sein de l'institution. Ce document pourra servir de référence pour la pratique quotidienne des cadres et permettra de procéder à une évaluation périodique des pratiques d'encadrement, afin d'améliorer la qualité de ces dernières. Il me semble important qu'il ne reste pas l'énumération de grands principes mais que ces derniers soient déclinés en fiches actions. En prenant l'exemple de l'égalité de traitement, ce

⁷³ Extrait d'un entretien avec un AS représentant du personnel

principe pourrait trouver sa déclinaison dans l'engagement de ne pas solliciter en priorité les agents contractuels pour effectuer des remplacements de dernières minutes.

3.1.2 Etablir un protocole de gestion de l'absentéisme

Il me paraît important de définir précisément la politique de gestion de l'absentéisme en finalisant un protocole de gestion de ce phénomène avec la Direction, les cadres et les représentants du personnel. Le but de ce dernier est de fixer des règles précises, applicables dans tous les cas d'absentéisme et acceptées de tous. Les cadres administratifs d'astreinte disposeront ainsi d'un outil de décision pour déterminer quel agent est susceptible de réaliser le remplacement. Ainsi le sentiment ressenti par les soignants de devoir subir à double titre l'absentéisme, d'une part en effectuant les remplacements qui s'imposent et d'autre part en devant gérer les modifications de plannings pourra être supprimé.

Ce document devra déterminer :

- **Les cas de remplacement.** Il conviendra de répondre aux questions suivantes : Faut-il toujours remplacer un agent ? Faut-il fixer un effectif restreint qui permette un fonctionnement satisfaisant ? A partir de quand le remplacement de l'agent devient-il indispensable ?

La définition des cas de remplacement permettra d'élaborer précisément la politique de l'établissement en matière de remplacement et de cerner des fonctions clés. L'objectif n'est pas d'établir un ordre de priorité dans l'importance des postes mais d'énoncer clairement la place des fonctions supports. Il conviendra de déterminer quelles sont les fonctions indispensables à assurer pour que l'établissement puisse fonctionner normalement. Cette clarification permettra de désamorcer le clivage entre soignants et fonctions techniques ou administratives en affirmant l'importance de chacun. En effet à l'occasion de réorganisations internes, ce sont souvent les fonctions supports qui subissent des réductions d'effectifs, donnant ainsi le sentiment de leur moindre importance. Mais en concentrant les fonctions et les compétences sur un nombre restreint d'agents, les difficultés de fonctionnement sont plus importantes et plus immédiates en cas d'absence de ces derniers. Ainsi, si la paye ou l'approvisionnement en denrées alimentaires ne sont plus assurées, les soignants ne seront plus disposés à prendre en charge des résidents.

- **Les modalités de remplacement.** Les thèmes suivants seront abordés. Quelles sont les priorités de l'établissement en matière de remplacement : rappel d'un

agent du même service ? D'un autre service comparable en termes de compétences requises ? Recrutement d'un contractuel ?

- **La nature du remplacement.** Cet item vise à déterminer les attendus de l'établissement en matière de compétences du remplaçant. L'établissement choisit-il de privilégier les remplacements un pour un, c'est-à-dire à identité de grade ou à compétences égales ? Les dépassements de fonctions des ASH sont-ils tolérés seulement pour les remplacements ou s'inscrivent-ils dans une démarche de réflexion plus globale sur l'évolution de carrière des ASH ? Est-il envisageable de réserver ces remplacements en faisant fonction d'AS aux ASH désireux d'accéder à ce grade par Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) ou en suivant la formation en école ? Cette limitation permettrait, à mon sens d'atténuer le sentiment de dévalorisation de la fonction AS exprimé par ces dernières lors des entretiens réalisés dans l'établissement. En effet, dans cette hypothèse, les remplacements effectués en qualité d'AS sont définis comme étant limités dans le temps et conduisent à une reconnaissance des compétences par l'acquisition du diplôme correspondant.

- **L'ordre de rappel des agents.** La définition d'un ordre précis de rappel, s'il peut sembler un peu fastidieux a le mérite de clarifier le mode de sélection de l'agent qui doit remplacer et peut contribuer à diminuer le sentiment d'extrême sollicitation ou d'injustice de certains. Il permet aussi de réduire la tendance à ne demander de faire un remplacement qu'à ceux qui acceptent toujours. Il conviendra donc d'apporter une réponse aux interrogations ci-après. Quelles sont les priorités en matière de rappel ? Est-ce que le statut intervient dans les critères de choix ? Les titulaires et stagiaires sont-ils rappelés en priorité ou au contraire les contractuels du service ? Est-ce que le nombre de sollicitation d'un même agent pour remplacer est pris en compte ou non pour déterminer l'ordre de rappel ? Quel ordre de priorité est fixé entre les jours de congés des agents à rappeler ? Est-ce que les jours de Réduction du Temps de Travail (RTT) sont supprimés avant les congés annuels ? Comment sont traités les jours de temps partiel ? L'institution doit-elle solliciter ou non, en priorité les agents à temps partiels pour effectuer des remplacements ?

- **Les procédures en matière de modifications de planning.** Quels sont les délais minimaux de prévenance que l'établissement se fixe pour apporter des modifications aux plannings des agents ? Quelles procédures d'urgence sont prévues en cas d'arrêt le week-end ou les jours fériés ?

- **Les modalités d'intervention d'agents extérieurs à l'établissement.** Il s'agira de déterminer la politique de l'établissement en matière de recours au recrutement d'agents contractuels. Faut-il réserver le recours aux AS contractuels aux arrêts d'une durée minimum d'un mois, ou aux arrêts supposés longs (exemple : arrêts avant maternité) afin de rendre le temps de travail en autonomie de ces agents plus efficace et de limiter l'impression d'un constant défilé de contractuels à former dans les services ? Les arrêts d'une durée inférieure peuvent-ils trouver une solution avec un recours aux dépassements de fonctions dans les conditions énoncées précédemment ?

- **Les cas de contrôle des agents absents.** Il s'agira d'établir concrètement sur quelles bases sont effectués les contrôles médicaux des arrêts de travail. Qui faire contrôler ? Faut-il instaurer un contrôle systématique après un certain nombre d'arrêts dans la même année ? Si les arrêts sont tous les ans à la même période ? Faut-il ne faire que des contrôles en cas de doutes sérieux sur le bien-fondé de l'arrêt ? Qui est à l'initiative du contrôle ?
 D'une façon générale, le résultat des contrôles effectués est peu probant car très souvent la nécessité d'un arrêt de travail est confirmée par le médecin contrôleur. Toutefois, le sentiment de l'existence d'abus non sanctionnés ou au moins non signifiés comme tels, chez certains de leurs collègues sont vécus comme parfaitement injustes par les soignants. Il peut être important psychologiquement de rappeler en en formalisant les modalités par écrit que l'administration se réserve le droit de contrôler la pertinence des arrêts fournis. Ce rappel contribuera à établir le fait que l'établissement ne saurait cautionner l'absentéisme de complaisance et entend le sanctionner.

Ce document sera élaboré pour l'ensemble des catégories sociaux-professionnelles et devra faire l'objet d'une large communication destinée à informer l'intégralité des agents concernés des modalités de gestion de l'absentéisme. Il devra être communicable à tout agent qui en fera la demande et sera l'objet d'une information auprès de tous les nouveaux arrivants.

3.2 Offrir des garanties

Lorsque la politique de l'établissement en matière de gestion des absences sera définie, il me semble indispensable d'initier une réflexion portant sur les garanties que l'institution s'engage à apporter à ses agents absents et à ceux appelés à effectuer des remplacements et de la formaliser par le biais d'une charte d'une part et d'une personification du suivi des absents d'autre part.

3.2.1 La charte de l'agent absent et de son remplaçant

L'originalité de cette charte réside dans le fait d'énoncer dans un même document les garanties destinées aux agents absents et à leurs remplaçants. L'objectif est de ne pas opposer ces deux catégories de personnels dont il est important de réaffirmer un certain nombre de garanties, statutaires d'une part et institutionnelle d'autre part. Ainsi le droit à être absent est réaffirmé, contribuant ainsi à le légitimer. La charte indique que tout agent au cours de sa carrière peut être amené à avoir l'un ou l'autre de ces rôles. Les contraintes générées par les absences sont clairement identifiées et le rôle du remplaçant est reconnu, son importance est alors établie pour l'institution. Des garanties sont apportées aux uns et aux autres afin de permettre un retour plus facile et de proposer des compensations aux remplaçants pour les contraintes supplémentaires qui leurs sont imposées.

Cette charte aura pour objet de définir les engagements que l'administration entend prendre auprès de l'ensemble de ses agents. Elle devra rappeler :

- **Le droit de tout agent à être absent.** Il conviendra de rappeler les différents cas d'absences prévus par le statut du fonctionnaire hospitalier.⁷⁴ Énoncer ce droit permet de le reconnaître et de le respecter.
- **Les garanties en termes de retour à l'emploi.** A la fin d'un congé maladie, le statut prévoit que le retour d'un agent ne peut être effectif qu'après un avis favorable du comité médical en cas de longue maladie ou maladie de longue durée. La reprise est soumise à une visite médicale de reprise qui permet de déterminer si l'agent doit bénéficier d'aménagements particuliers de son poste de travail⁷⁵. Cette visite est systématique en cas de maladie ordinaire pour tout arrêt de travail supérieur à 21 jours. La visite de reprise vise à assurer à l'agent des conditions optimales de reprise au vue de son état de santé. Le médecin du travail sera ainsi amené en cas de besoin, à formuler des restrictions ou des aménagements du poste de travail. Toutefois, ce même statut ne prévoit aucun entretien de l'agent avec son établissement afin de préparer son retour à l'emploi. La période d'absence semble donc être considérée comme une simple parenthèse dans une carrière. Or, dans les faits, comme l'ont prouvés les entretiens menés dans le cadre de ce mémoire, l'absence peut être longue et les organisations, les résidents accueillis et les prises en charge peuvent avoir évolués. L'agent qui revient après une absence longue aborde donc son service avec des informations

⁷⁴ Article 41 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière

⁷⁵ Article R.4626-30 du code du travail

et/ou des habitudes de travail identiques à celles qu'il détenait le jour de son arrêt. Cet état de fait peut se révéler néfaste tant pour l'agent que pour les équipes de travail. En effet l'agent peut éprouver des difficultés de réinsertion face à une organisation et des résidents qu'il ne connaît plus.

Au niveau de l'équipe, le retour d'un collègue peut être source d'angoisses portant sur ses restrictions potentielles d'activité ou son état de santé. Si l'agent qui revient d'un congé de maladie éprouve des difficultés dans son travail, la réintégration sera d'autant plus difficile. Il me paraît donc indispensable de préparer le retour des agents afin de faciliter leur réinsertion professionnelle. Ainsi, la tenue d'un entretien préalable à la reprise de service de l'agent permettrait au cadre de présenter les évolutions dans l'organisation, les nouveaux résidents et leur prise en charge spécifique. Ce temps de dialogue et d'échanges entre le cadre et l'agent serait l'occasion pour ce dernier de faire part de ses attentes ou de ses appréhensions pour sa reprise. Il aurait ainsi le sentiment d'être valorisé car attendu.

De même, le retour de l'agent doit être préparé et annoncé par le cadre à l'équipe soignante. A cet égard, une visite dans le service peut être programmée afin de présenter à l'agent ses nouveaux collègues ou médecins. Le fait de le présenter dans le service permet à ses collègues de ne pas découvrir un nouveau nom sur le planning et de ne pas s'interroger ou développer des appréhensions par rapport à l'arrivée soudaine de ce nouvel agent. Les contraintes budgétaires permettent difficilement une période en doublon, ce qui pourtant serait souhaitable sur un ou deux jours minimum.

Enfin il me semble indispensable pour le cadre de sensibiliser l'équipe soignante sur les difficultés potentielles que l'agent pourrait rencontrer. Pour permettre de l'aider, il est souhaitable de proposer sur la base du volontariat qu'un collègue du service soit nommé référent et chargé, à ce titre, de répondre à toutes ses interrogations tant en matière de prise en charge que d'organisation. Cette fonction de tutorat permet de responsabiliser l'équipe sur la réussite du retour à l'emploi de leur collègue et de réaffirmer que l'absentéisme des uns peut être influencé par l'attitude du groupe de travail. Il me semble que la perspective d'un retour préparé et facilité peut permettre aux agents absents depuis longtemps d'envisager plus sereinement leur reprise et peut être même de l'anticiper.

- **L'obligation de continuité de service.** A mon avis il est important de rappeler que le principe de la continuité de service repose la notion fondamentale de travail en équipe. Ainsi les arrêts d'un de ses membres aura des répercussions sur l'organisation du travail des autres. Il ne s'agit pas de culpabiliser les agents dont

l'état de santé justifie un arrêt, mais de faire prendre conscience à tous que l'absentéisme n'est pas anodin et pénalise l'ensemble de l'équipe. De plus, en réaffirmant l'importance du travail en équipe et l'impact des absences sur l'organisation de cette dernière, la direction reconnaît les contraintes de ce mode de fonctionnement et implicitement les efforts que chacun de ses membres fait pour assurer une prise en charge optimale en cas d'arrêt.

➤ **Les modalités de gestion des absences définies par l'établissement.** Il s'agira ici de donner les grandes lignes du protocole définit précédemment, pour poser des règles simples et connues de tous pour gérer les absences. L'énoncé de ces règles aura pour conséquences d'encadrer les pratiques des cadres en matière de détermination du remplaçant et de limiter chez ce dernier le sentiment d'être sollicité injustement et en permanence.

➤ **Les garanties offertes aux remplaçants.** Le fait de remplacer est vécu comme une contrainte. Si la fréquence des remplacements est trop importante ces derniers génèrent un sentiment de ras le bol et d'injustice. Cela se traduit généralement par une fuite des agents, qui ne voulant pas refuser clairement un remplacement, refusent par exemple de répondre au téléphone. *« Il y a eu une période l'année dernière, où je ne répondais plus au téléphone chez moi. Je ne m'en cache pas. J'étais appelée tous les deux jours pour faire un remplacement. Stop j'en avais ras le bol ! »*⁷⁶ Pour éviter cette fuite du personnel, il convient de lui apporter un certain nombre de garanties dont l'objectif est de reconnaître et de compenser les efforts réalisés.

Tout d'abord, concernant les modifications de planning il convient d'observer un délai minimal de prévenance et d'informer directement l'agent. Il peut se révéler très désagréable de découvrir, par hasard que le planning a changé ou de l'apprendre par des collègues. Cela participe à l'impression d'être traité par l'institution avec mépris, comme un simple matricule. Toutefois, afin que le respect du délai minimal ne conduise pas l'établissement à ne plus pouvoir modifier les plannings pour faire face à un remplacement, il conviendra d'indiquer que ce délai ne pourra pas être respecté en cas d'urgence. Une autre procédure, clairement explicitée sera alors mise en place.

Afin de répartir plus équitablement, la charge des remplacements, le cadre réalisera un suivi mensuel du taux de sollicitation des différents agents du service.

Ce taux sera déterminé comme suit :

⁷⁶ Extrait d'un entretien avec une AS en EHPAD

$$\text{Taux de sollicitation} = \frac{\text{Nombre de jours modifiés à la demande du cadre}}{\text{Nombre de jours travaillés}}$$

Le calcul de ce taux permettra de plus d'objectiver les efforts fournis par l'ensemble des membres de l'équipe et pourra être valorisé individuellement lors de l'entretien d'évaluation. L'établissement peut fixer un taux maximum de sollicitation au-delà duquel il s'engage, sauf cas de force majeure, à ne plus solliciter l'agent concerné. L'utilisation de ce taux de sollicitation aura pour effet de ne pas accentuer outre mesure la fatigue des remplaçants et d'éviter ainsi d'autoalimenter l'absentéisme.

Concernant les repos supprimés (RTT, congés annuels, temps partiels), l'administration prendra l'engagement de respecter le libre choix de l'agent quant à la date de leur report. Il ne s'agit pas d'instituer un régime dérogatoire au droit ou aux usages de l'établissement mais de ne pas donner le sentiment de considérer les agents comme de simples pions. Cette liberté de report sera donc soumise au respect des dispositions réglementaires en matière de temps de travail⁷⁷, du règlement intérieur et plus spécifiquement de son article prévoyant les règles applicables en matière de RTT et de congés annuels et des nécessités de service. L'établissement pourra enfin prévoir un système de compensation des rappels sur jours de repos par le biais du paiement d'heures supplémentaires, dans la limite de ses crédits disponibles. Elle pourra ainsi offrir un choix entre récupération des jours non pris ou paiement de ces derniers. De même pourront être instaurés des quotas maximum d'heures supplémentaires rémunérées au-delà desquels, la récupération devient obligatoire.

En ce qui concerne les ASH appelés à faire fonction d'AS en cas de besoin, l'administration doit répéter son engagement à ne pas pratiquer de dépassement de fonctions sauf cas particulier des ASH inscrites dans un parcours de formation AS. En réaffirmant cette position l'administration reconnaît la spécificité des compétences propres aux détenteurs de ce diplôme, mais se ménage en même temps le droit d'y déroger, en cas de besoins et de façon strictement encadrée. Pour les autres ASH, réaffirmer cet engagement, permet de reconnaître leur droit de ne pas souhaiter s'inscrire dans une démarche de soins et d'effectuer des fonctions d'AS dans leur exercice quotidien. Toutefois, l'administration doit s'engager auprès des ASH amenés à faire des remplacements d'AS à prendre en charge leur formation ou leur parcours de VAE en vue de l'obtention du diplôme

⁷⁷ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Décret 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière. Journal officiel du 5 janvier 2002

correspondant, dans un délai maximal de 3 ans. En cas d'abandon du projet de formation, l'agent doit avoir la garantie d'être réintégré dans la filière ASH traditionnelle et de ne plus avoir à effectuer de tels remplacements.

J'ai eu l'occasion de proposer et de tester cette solution dans l'un des établissements où j'ai exercé mes fonctions. Globalement, ce système fonctionne plutôt bien. Les agents intéressés, acceptent facilement de faire des remplacements d'AS dans la mesure où, ils considèrent que c'est une opportunité pour eux, d'acquérir des connaissances et des compétences utiles pour leur future formation. Leurs collègues AS sont dépourvus d'a priori négatifs à leur égard. Elles ne le vivent plus comme une usurpation de fonctions et se sentent investies de la responsabilité de montrer leurs savoirs à de futures collègues. Les représentants syndicaux sont en général défavorables aux dépassements de fonctions des ASH. Dans le cas présent, la solution a été tolérée car elle reposait sur la libre adhésion des agents concernés, concernait un public restreint et constituait une solution temporaire.

3.2.2 La valorisation des compétences du remplaçant

Cette démarche permettra de mettre en évidence les différentes compétences, savoir-faire et savoir être indispensables pour chaque métier dans chaque service. Cela contribuera d'une part à lutter contre une sectorisation importante de l'établissement qui entraîne une mauvaise connaissance des contraintes propres au service voisin et d'autre part à diminuer le sentiment de dévalorisation des services dits « légers ». Au CH de Billom l'un des services d'EHPAD est considéré comme léger, dans la mesure où il accueille des personnes âgées valides ou semi-valides et présente donc des contraintes physiques moins importantes. Ce qualificatif est assez mal vécu des personnels du service, qui l'interprètent comme étant synonyme de facile. Lors des entretiens, s'ils reconnaissent que les résidents de leur service n'occasionnent que peu de manutention, ils mettent en avant une pression psychologique intense due à l'extrême exigence des personnes âgées. Ils entendent ainsi démontrer que ce qualificatif léger ne reflète pas leur quotidien et que si leurs contraintes sont différentes, elles n'en sont pas moins lourdes que celles propres aux autres services.

La cartographie s'appuiera sur les référentiels métiers existants, qui donnent les bases des attendus pour chaque fonction. Toutefois, elle s'attachera à mettre en valeur les spécificités propres à chaque service et définira les niveaux de maîtrise à acquérir pour chacune des compétences, savoir-faire ou savoir-être envisagés. La cartographie ainsi définie, sera soumise à validation par les titulaires du métier concerné, service par service, afin d'obtenir leur adhésion à la démarche. Cette dernière permettra d'avoir une

connaissance plus exacte des spécificités des services et de leurs besoins en termes de compétences. Ainsi pourront être dépassées les notions de services lourds ou légers pour déterminer des niveaux de contraintes et des spécificités.

Lorsque la cartographie des métiers par service sera réalisée, il sera possible de mettre en place un suivi des compétences des remplaçants. L'objectif de ce dernier est d'obtenir une connaissance plus fine des potentiels des agents de l'établissement et de pouvoir proposer des remplacements non plus basés sur le principe du un pour un (grade identique) mais sur les capacités du remplaçant. Les remplacements effectués seront valorisés par l'évaluation des compétences, savoir-faire ou savoir être acquis à cette occasion. A cette fin, le processus d'évaluation doit être repensé et la politique d'évaluation doit clairement définir quels sont les items à évaluer et quels sont les objectifs à atteindre. Les cadres doivent être formés à l'évaluation et prendre conscience de la valeur ajoutée de ce processus dans la gestion quotidienne de leurs équipes. Les finalités du processus doivent être clairement exposées et l'évaluation doit être inscrite dans la politique générale menée en matière de ressources humaines. En effet, l'évaluation peut servir de base à la politique de recrutement ou de formation notamment. Les entretiens réalisés ont montré que l'évaluation est mal comprise par les agents et qu'ils ont le sentiment qu'elle ne leur sert à rien. En effet tel qu'elle est conduite à l'heure actuelle au CH de Billom, l'évaluation vise essentiellement à s'assurer que les compétences de bases propres à chaque métier sont acquises. Si cela peut être utile dans les premières années de fonction, où certaines acquisitions peuvent se révéler fragiles, l'intérêt devient très limité à partir du milieu de carrière. Or cette mise en œuvre de l'évaluation n'est que parcellaire et ne constitue pas une réelle rupture avec le système antérieur d'entretien de notation, dans lequel la manière de servir d'un agent était évaluée en fonction de critères définis réglementairement. L'évaluation laisse une place plus importante tant à l'évaluateur qu'à l'évalué. En effet l'entretien vise à remplir trois objectifs différents. Un premier temps est consacré à contrôler que les activités contenues dans le métier sont réalisées dans le respect d'un seuil minimal de sécurité. Un deuxième temps permet de déterminer la contribution individuelle de l'agent à la vie institutionnelle c'est-à-dire son implication dans les projets, les axes d'amélioration du service ou de l'établissement. Le dernier temps permet de valoriser ses initiatives ou les activités exceptionnelles. Ce terme regroupe tout ce que l'agent peut faire sans que ce soit demandé par l'institution et qui contribue à améliorer son fonctionnement.⁷⁸

⁷⁸ LUCAS A. ; 2014, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Volume 2 le développement des ressources humaines – Politiques, méthodes, outils, 2ème édition, Rennes : Presses de l'EHESP

L'entretien d'évaluation est donc l'occasion de mettre en avant les efforts accomplis par l'agent en termes de remplacement de ses collègues, de disponibilité d'implication dans le bon fonctionnement de l'établissement et de valeur ajoutée pour celui-ci. En reconnaissant les efforts, les initiatives et la valeur propre à chaque agent, le cadre participe à renforcer la motivation de ses équipes, facteur qui n'est pas sans incidence sur l'absentéisme.

L'évaluation des compétences acquises lors des différents remplacements effectués pourra être portée au dossier informatique de l'agent. Eléments qui seront utilisés notamment pour ses demandes de formations complémentaires ou en cas de demande de mobilité interne.

3.3 Prévenir l'absentéisme

La prévention de l'absentéisme peut s'envisager à deux niveaux différents. Au niveau individuel tout d'abord, il s'agira que les cadres mettent en place un suivi particulier de certains agents. Ensuite, au niveau collectif, il conviendra d'élaborer des indicateurs de surchauffe des services, pouvant à terme entraîner ou aggraver une situation d'absentéisme.

3.3.1 Accompagner les agents à fort potentiel d'absentéisme

Cette démarche ne vise pas à définir une population « à risque » pour l'absentéisme mais à identifier des conduites révélatrices d'un mal-être des agents, qui peuvent les conduire à s'arrêter. Dans ce domaine, le cadre du service a un rôle de vigie particulièrement important à jouer puisqu'il est l'interlocuteur de proximité par excellence. Il me semble important de surveiller en premier lieu les demandes de changement de service formulées par les agents. En effet, ces dernières peuvent révéler une volonté de s'investir dans d'autres fonctions, de réaliser un autre type de prise en charge mais peuvent aussi masquer les difficultés d'un agent. La demande de mobilité doit être considérée comme un signe important lorsqu'elle est systématique à chaque vacance de postes et que l'agent concerné n'est jamais retenu. Il conviendra alors de s'interroger dans un premier temps sur les raisons de ces refus répétés et dans un deuxième temps de proposer un entretien à l'agent. Il me semble important que cette entrevue ne soit pas menée par le cadre de proximité, afin de donner l'occasion à l'agent de s'exprimer face à une personne neutre, non impliquée directement par l'organisation du service, idéalement un agent chargé de la gestion des ressources humaines, à défaut le Directeur.

Il s'agira lors de cet entretien de faire le point des motivations réelles de l'agent pour demander un changement de service. Pourront alors être évoquées ses difficultés et abordées avec lui des pistes d'amélioration de ses conditions ressenties de travail, en

termes de formation, ou de réduction du temps de travail, par exemple. L'intérêt de cet entretien est de prévenir un éventuel épuisement professionnel qui peut conduire dans certains cas à des arrêts de longue durée, des tensions au sein des équipes de travail ou de la maltraitance sur les résidents dans les cas extrêmes.

Le deuxième signe d'alerte à ne pas négliger est l'apparition d'un absentéisme ponctuel mais régulier des agents. De la même façon que pour les agents rentrant d'un arrêt de longue durée, le cadre du service devra réaliser un entretien avec ces agents afin de déterminer quelles sont les causes profondes de ces arrêts. Il ne s'agira pas de remettre en cause la pertinence médicale de l'arrêt ou de faire pression sur l'agent, mais d'essayer de réfléchir si ses fonctions, l'organisation ou l'équipe de travail n'ont pas contribué à une détérioration de l'état de santé de l'agent. Il reviendra donc au cadre de faire un bilan du ressenti de l'agent en terme de conditions de travail, de motivations, de relations au sein de l'équipe, de besoins de formation. Ce bilan peut s'inscrire dans la démarche d'évaluation dans la mesure où la fixation d'objectif lors de cette dernière peut donner lieu à un ou plusieurs bilans d'étapes en cours d'année. La réalisation de ces bilans suppose une connaissance des agents par le cadre, afin qu'il puisse déterminer à partir de combien d'absences, les arrêts deviennent révélateurs d'un mal-être pour l'agent concerné. Il suppose de plus que l'agent ai établi une relation de confiance avec son encadrement, pour pouvoir parler librement de ses difficultés. Ce préalable sera largement facilité si les valeurs régissant le management dans l'établissement sont définies et connues.

3.3.2 Mettre en place des indicateurs de « surchauffe » dans les services

Il s'agit de déterminer au sein de chaque service quels sont les facteurs qui contribuent à la dégradation des conditions de travail et peuvent par là-même générer de l'absentéisme. Si ce travail d'alerte doit être confié au cadre, car il connaît ses équipes, il est toutefois possible de déterminer un certain nombre de facteurs qui devront faire l'objet d'une attention particulière. Ainsi il conviendra de surveiller :

- **Le nombre de jours d'absences mensuels.** Cet indicateur permet de déterminer le degré de fatigue ressenti par les équipes. Il conviendra de relever le nombre de jours dans le mois où l'équipe fonctionne en effectif normal, restreint ou minimal. Le fonctionnement en effectif normal permet aux agents qui le souhaitent de prendre des jours de congés lorsqu'ils se sentent fatigués. C'est un fonctionnement confortable, qui assure des conditions de travail optimales. L'effectif restreint comprend les situations de fonctionnement dans lesquelles, le planning n'offre plus cette possibilité de répit à moins de passer en effectif

minimal. Ce dernier est constitué par le respect des exigences de sécurité en matière de prise en charge et ne peut être diminué sans mettre en échec le fonctionnement du service. Le fonctionnement en effectif minimal est souvent organisé en réaménageant les plannings pour introduire des horaires en coupé. Ces horaires sont très peu attractifs pour les soignants.

- **le taux de sollicitation des agents.** Comme il a été montré précédemment, ce taux contribue au sentiment de lassitude des remplaçants et conduit à des attitudes de fuite et d'évitement. Le cadre devra alors solliciter l'attribution de remplaçants supplémentaires, afin de préserver le capital remplaçants de son service.
- **Le nombre de demande de mobilité et le turn over.** Le turn over représente la rotation des effectifs au sein du service et donne une image de l'ambiance de travail. Tout comme les demandes de mobilité, le turn over peut être le révélateur de conditions de travail difficiles. Il appartiendra alors au cadre d'en rechercher les causes et de formuler des propositions pour améliorer les conditions de travail de l'équipe soignante
- **Le ratio contractuels/titulaires.** Il me semble important que ce ratio ne soit pas trop élevé. En effet, les agents sous contrats sont en majorité des agents en début de carrière ou en cours d'intégration dans l'établissement. Si ce ratio est important, cela signifie que la formation des nouveaux arrivants sera vécue comme une contrainte importante pour les titulaires, plus anciens dans le service.
- **Facteurs d'inquiétudes ponctuels.** Il reviendra au cadre de déterminer ce qui dans le fonctionnement du service peut constituer un facteur d'inquiétude particulière. Pourront notamment être pris en compte, l'admission d'un patient présentant des troubles du comportement particulièrement sévères ou un nombre d'entrées important programmé sur la même journée ou la même semaine. Le cadre pourra alors intervenir en prévention auprès des équipes soignantes afin d'éviter que la situation ne prenne des proportions trop importante et ne génère un absentéisme réactionnel.

La mise en place et le suivi de l'ensemble de ces indicateurs permettront aux cadres de pouvoir réagir rapidement auprès de leurs équipes pour désamorcer des situations à fort risque d'absentéisme.

Conclusion

L'absentéisme en établissement de santé ou en institution médico-sociale n'est pas une fatalité. Même si, comme l'a montré ce mémoire un certain nombre de facteurs personnels peuvent jouer un rôle dans la propension à s'arrêter, considérer l'absentéisme comme la conséquence d'un seul choix personnel serait une vision réductrice de ce phénomène. En effet le travail revêt une fonction socialisante importante. Négliger l'impact des relations interpersonnelles serait à mon sens une grave erreur.

Pour pouvoir lutter contre l'absentéisme, il est donc indispensable de briser le tabou qui entoure ce dernier et de considérer que l'absentéisme des uns est de la responsabilité de tous. Ce changement d'approche implique un changement de culture et une remise en cause profonde des pratiques de management. Un changement de culture est indispensable, car l'absentéisme est un sujet tabou dont personne ne se sent responsable. L'absentéisme de l'autre est toujours un problème, mais il est préférable d'en imputer la cause aux contraintes propres au travail dans le milieu sanitaire ou médico-social ou au manque d'effectif, plutôt que de s'interroger sur l'impact des pratiques managériales ou de sa propre attitude au sein de l'équipe de travail. Le Directeur devra donc indiquer clairement que l'absentéisme est une priorité pour l'établissement et qu'il est indispensable de s'interroger sur l'ambiance de travail des agents. Il devra promouvoir un management bienveillant et définir les valeurs que ce dernier devra respecter. En impulsant cette politique de bienveillance, il contribuera à modifier les relations hiérarchiques entre les cadres et les agents dont ils ont la responsabilité et à renforcer le sentiment de ces derniers que l'institution reconnaît la qualité de leur travail. Si les relations changent, le rôle du cadre restera toutefois prépondérant, puisqu'il sera placé au cœur d'un dispositif de veille et d'alerte et pourra remplir sa fonction d'accompagnement des équipes.

Instaurer une politique bienveillante à l'égard des agents suppose de réformer la pratique de l'évaluation. Cette dernière doit pouvoir constituer un temps d'échange privilégié entre le cadre et l'agent, afin que la qualité de son travail soit valorisée. L'entretien d'évaluation doit permettre à l'agent de comprendre comment son action s'inscrit dans les projets de l'établissement. Il doit avoir des pistes d'amélioration éventuelles à suivre et des objectifs à atteindre. Cet entretien doit permettre de renforcer sa motivation à travailler dans l'institution.

Enfin, promouvoir une politique bienveillante c'est aussi pour le directeur, prendre des engagements précis en termes de garanties pour les agents. Reconnaître le droit d'être

absent, c'est le respecter et le laver de tout soupçon de mauvaise conduite. Donner des garanties aux remplaçants en termes de compensation, c'est reconnaître l'effort qu'ils ont fourni et rétablir une certaine justice.

Je pense que le rôle du directeur est prépondérant dans la lutte contre l'absentéisme. En effet, en définissant cette dernière comme l'une des priorités de l'établissement, il indique ainsi que l'absentéisme ne peut être admis comme un mode de fonctionnement normal au sein de la structure. De même, lorsqu'il met en place une politique de management bienveillant, il définit les valeurs qui doivent régir les relations hiérarchiques. Il pose ainsi les bases des relations interpersonnelles au sein de l'établissement et indique les attitudes ou comportements qui ne sont pas admissibles. En rendant transparentes les règles appliquées en matière de gestion des ressources humaines, il établit un climat de travail reposant sur la confiance et contribue à améliorer la satisfaction au travail et à renforcer la motivation des agents, seul facteur susceptible de diminuer le nombre d'arrêts. Toutefois, l'implication du directeur ne saurait se limiter à la mise en place de documents, mais devra se poursuivre sur le long terme afin que cette politique du management bienveillant, ne se limite pas à l'énoncé de bonnes intentions, mais imprègne de façon durable la culture de l'établissement.

Bibliographie

Textes réglementaires :

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière. Journal officiel du 11 janvier 1986, 535

Loi n°2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012. Journal officiel, n° 0301 du 29 décembre 2011, 22441

Loi n°2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014. Journal officiel, n°0303 du 30 décembre 2013, 21928

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI. Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitudes physiques et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, 21 avril 1988, 5289

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière. Journal officiel du 5 janvier 2002,316-318

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n°2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat. Journal officiel, n° 103 du 3 mai 2007, texte n°41

MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Décret n°2011-82 du 20 janvier 2011 modifiant le décret n°2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat. Journal officiel, n° 0018 du 22 janvier 2011, texte n°19

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet <Véronique CHABRILLAT> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2015>

médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. Bulletin officiel santé. Protection sociale Solidarité, N°2009/8 du 15 septembre 2009, 263-307

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Instruction DGOS/DGAS/RH2/2009/359 du 27 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de la mesure 20 du plan Alzheimer sur les assistants de soins en gériatrie

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Ouvrages :

BRAMI L. ; 2014, *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir*, Paris : Presses des Mines, collection Economie et Gestion, 151p

DERROS E. ; 2014, *Mesurer les coûts cachés de l'absentéisme à l'hôpital Sofia : , Les Etudes Hospitalières*, collection Décideur Santé, 249p

FAURE A. ; 2008, *Commentaire du statut de la fonction publique hospitalière*, 10^{ème} édition, Paris : Berger Levrault, 862p

LAROUSSE, 1991, *Le petit Larousse illustré 1992*, dictionnaire encyclopédique, Tournai : Editions Larousse, 1750 p

LUCAS A. ; 2013, *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Volume 1 le fonctionnaire hospitalier*, 10^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 1061p

LUCAS A. ; 2014, *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Volume 2 le développement des ressources humaines – Politiques, méthodes, outils*, 2^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 424p

MONNEUSE D. ; 2015, *L'absentéisme au travail de l'analyse à l'action*, Paris : Afnor Editions, 175p

MONTSERRAT X. ; 2004, *Comment motiver. Viser la performance pour renforcer la motivation*, Paris : Editions d'Organisation, 238p

Articles :

ADAMS J.S. ; 1963, « Toward an understanding of inequity, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, vol 67, n°5, pp. 422-436

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2013, « Etablissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », *Etudes et résultats*, n°846, pp. 1-6.

MASLOW A. ; 1943, « A theory of human motivation », *The psychological review*, vol 50, n°4, pp. 370-396

Guides et Rapports :

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION, 2015, « *Analyse des Bilans Sociaux des établissements publics de santé à fin 2013.* »

CENTRE HOSPITALIER DE BILLOM, 2007 à 2013, « *Rapports d'activité* »

CENTRE HOSPITALIER DE BILLOM, 2012, « *Projet de service de la MAS « les biches » »*

CENTRE HOSPITALIER DE BILLOM, 2014, « *Bilan social 2013* »

COUR DES COMPTES, 2009, « *Rapport public annuel : la sécurité sociale* »

DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, 2014, « *L'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique – Chiffres clés 2014* »

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2011, « *Amélioration des pratiques et sécurité des soins* »

Mémoires

ANJARD T. ; 2001, « *Favoriser le présentisme en établissement sanitaire et social. L'exemple de l'hôpital local de Graulhet* », Mémoire de fin d'études, ENSP

BERNARD P. ; 2009, « *Absentéisme des personnels non médicaux et politique de présentisme : leviers de mobilisation de l'équipe L'exemple du pôle femme-mère-enfant du centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil* »

CARIVEN L. ; 2004, « *Un enjeu important : la gestion de l'absentéisme au CHU de Clermont-Ferrand* », Mémoire de fin d'études, ENSP

LABART S. ; 2012, « *La bientraitance managériale à l'EHPAD Saint-Louis : une nouvelle forme de management motivationnel* », Mémoire de fin d'études, EHESP

PIQUES C. ; 2004, « *Vers la mise en place d'une stratégie de maîtrise de l'absentéisme au centre hospitalier de Montauban* », Mémoire de fin d'études, ENSP

Liste des annexes

ANNEXE I : Grille d'entretien

ANNEXE II : Caractéristiques de la population accueillie

ANNEXE III : Caractéristiques des agents

ANNEXE IV : Données sur l'absentéisme au CH de Billom

ANNEXE I

GRILLE D'ENTRETIEN

1°) Rappel du contexte

Présentation générale de la formation,

Explications sur le choix du sujet et présentation de l'intérêt du sujet dans le cadre des futures fonctions de Directeur d'Etablissement

2°) Présentation de l'agent

Il s'agira de situer l'agent qui répond aux questions en terme de formation (diplôme), d'ancienneté dans l'établissement, de fonctions exercées, d'expériences antérieures.

3°) Présentation du métier

L'agent sera amené à décrire son métier. Seront notamment abordés les points suivants en fonction des interlocuteurs :

Pourquoi il exerce ce métier ?

Ses motivations pour l'exercer ?

Qu'est-ce qui fait le charme du métier ?

Quelles en sont les contraintes ?

4°) Représentation du rôle social

Cet item doit permettre de déterminer la représentation que l'agent se fait de son métier. En fonction des interlocuteurs, les questions suivantes seront abordées.

Comment voyez-vous votre rôle dans la prise en charge du résident ?

Comment vous situez vous dans l'équipe soignante ?

Avez-vous l'impression d'être écoutée ?

Vos remarques et avis sont-ils pris en considération et vous accorde-t-on un rôle d'expert ? Dans quel domaine ?

Souhaiteriez-vous être sollicitées plus souvent et si oui dans quel domaine ? et pourquoi ?

Avez-vous une certaine autonomie dans l'accomplissement de vos gestes professionnels ? Dans quel domaine ?

5°) Formation

L'agent sera invité à décrire la place qu'il accorde à la formation dans son évolution de carrière. En fonction des interlocuteurs, les questions suivantes seront abordées.

Avez-vous le sentiment d'être suffisamment formé ?

Connaissez-vous toutes les possibilités de formation existantes ?

Pensez-vous être bien informé ?

Envisagez-vous une formation spécifique à moyen ou long terme ?

6°) Evaluation

L'agent sera invité à préciser l'importance qu'il accorde au processus d'évaluation. En fonction des interlocuteurs, les questions suivantes seront abordées.

Pouvez-vous me parler de l'évaluation ?

Comment se déroule un entretien d'évaluation ?

Que pensez-vous de l'évaluation ?

Quelles pourraient être les améliorations à apporter à ce système pour qu'il soit satisfaisant selon vous.

Disposez-vous d'espaces de paroles pour échanger sur votre pratique avec votre cadre ?

7°) Absentéisme

L'agent sera invité à exprimer son ressenti sur l'absentéisme. En fonction des interlocuteurs les questions suivantes seront abordées.

Pouvez-vous me parler de l'absentéisme ?

Quels sont les facteurs qui selon vous sont favorables à son développement ?

Quels sont les impacts de l'absentéisme sur l'équipe, le résident ?

Pensez-vous que l'encadrement joue un rôle dans l'absentéisme ? Si oui comment ?

Pensez-vous qu'il existe des moyens pour lutter contre l'absentéisme ?

Pensez-vous que les agents qui reviennent d'un arrêt de longue durée sont correctement accueillis à leur retour ?

Que faudrait-il faire pour les aider ?

ANNEXE II

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE⁷⁹

Répartition des entrées par sexe et âge									
	2010		2011		2012		2013		
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	
Médecine	80	83	78	81	78	84	79	83	
SSR	75	81	76	81	79	80	77	82	
USLD	83	84	79	84	80	85	84	84	
MAS		21	19	28	44	44	19		
EHPAD	79	85	82	85	80	85	84	85	
Moyenne d'âge des hommes : 79 ans									
Moyenne d'âge des femmes : 87 ans									
35 % des entrées sont des hommes et 65 % des femmes en 2013. Cette proportion est constante sur les trois dernières années									

évolution GMP EHPAD											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Appt Thérap.	410	510	540	575	575	575	630	684	646	618	513
Saint-Loup 1	531	537	554	585	533	510	470	618	633	662	654
Saint-Loup 2	526	516	620	617	516	530	583	593	669	633	716
Saint-Loup 3	562	489	579	582	616	643	603	702	799	801	798
Turlurons 1	233	264	338	494	339	419	507	518	522	524	505
Turlurons 2	233	264	338	494	339	419	457	552	425	508	467
Turlurons 3	233	264	338	494	339	419	348	408	397	426	511
Curie							456	521	464	414	456
Laennec							825	838	840	840	790
RDJ	838	762	744	822	840	840	824	840	840	840	840
Pasteur	884	893	899	871	885	885	909	841	849	843	894
Calmette	919	856	883	881	855	917	914	900	916	901	870

Evolution GMP USLD											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Broussais	902	905	880	899	889	903	843	843	893	914	919
Trousseau	911	936	922	907	924	938	926	926	874	875	883

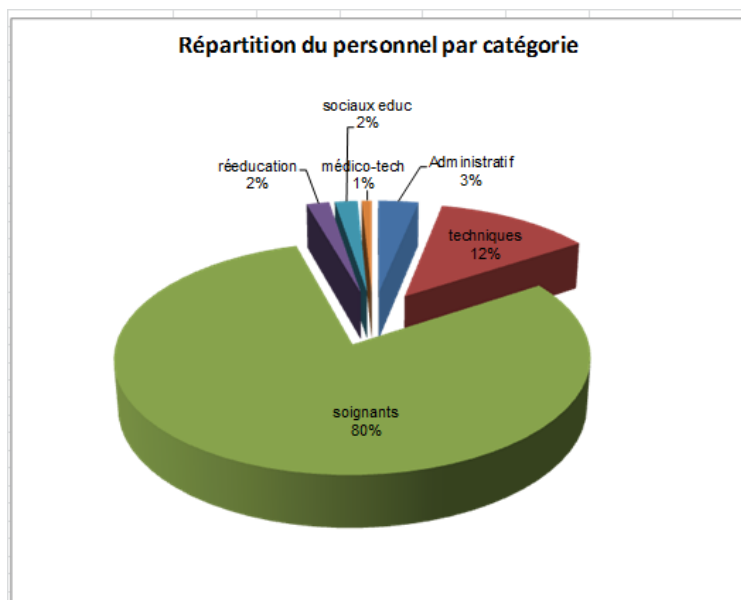
DMS par service				
	2010	2011	2012	2013
Médecine	31	32	29	29
SSR	33	36	38	36
USLD	209	201	245	242
MAS	343	324	327	343
Turluron	319	273	298	319
Saint Loup	227	262	258	289
Appartement thérapeutique	291	230	269	292
Curie	223	246	231	266
Laennec	291	242	207	257
Pasteur	181	257	230	285
Calmette	229	268	246	262
Rez de jardin	250	267	267	190

⁷⁹ Données bureau des entrées CH de Billom

ANNEXE III

CARACTERISTIQUES DES AGENTS⁸⁰

Répartition du personnel par catégories socio-professionnelles



Evolution de la moyenne d'âge par catégories sur la période 2010 à 2014

Catégorie	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble du personnel	40,26	40,83	40,98	41,33	41,32
Personnels administratifs	47,17	47,7	49,06	46,62	47,62
Personnels techniques	42,77	44,06	43,56	40,2	44,63
Personnels médico-techniques	30	31,5	30,6	33,5	34,5
Personnels éducatifs et sociaux	45,6	47,66	48,66	48,14	49,62
Personnels de rééducation	42,11	41,7	44,11	45,16	46,11
Personnels soignants	39,52	39,99	39,96	40,3	40,17
dont IDE	38,73	40,31	37,91	38,9	40,54
AS	40,58	41,24	41,09	40,36	40,89
ASHQ	38,29	38,38	39,48	40,08	38,69

⁸⁰ Système d'information de gestion des ressources humaines de l'établissement
 <Véronique CHABRILLAT> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2015>

ANNEXE IV

DONNEES SUR L'ABSENTEISME AU CH DE BILLOM

Tableau n° 1

Taux global d'absences par ETP et par métier des personnels soignants					
Catégorie	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Soignants	12,02%	9,28%	11,29%	11,09%	10,50%
IDE	10,41%	7,60%	8,51%	12,39%	9,16%
AS	11,63%	10,21%	11,75%	11,19%	10,65%
ASHQ	13,62%	9,32%	12,65%	10,74%	11,58%
Cadres	0,41%	2,20%	0,33%	0,28%	1,50%

Tableau n° 2

Taux global d'absences par ETP et par tranche d'âge					
Age	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Moins de 20 ans	0,66%	1,28%	0,00%	0,27%	1,56%
20 à 24 ans	1,59%	1,22%	1,76%	3,26%	1,84%
25 à 29 ans	11,22%	9,25%	13,68%	8,32%	9,50%
30 à 34 ans	20,55%	12,85%	13,66%	12,56%	12,25%
35 à 39 ans	13,33%	8,35%	8,47%	9,14%	8,57%
40 à 44 ans	5,77%	7,29%	5,79%	8,98%	8,24%
45 à 49 ans	9,67%	6,67%	5,79%	2,53%	5,89%
50 à 54 ans	10,14%	10,70%	11,61%	13,75%	12,18%
55 à 59 ans	6,74%	6,87%	17,17%	14,43%	13,21%
60 ans et +	0,57%	0,07%	5,42%	1,80%	6,71%
Ensemble	10,30%	8,13%	9,80%	9,31%	8,97%

Tableau n° 3

Nombre total de jours d'absence par ETP et par tranche d'âge					
Age	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Moins de 20 ans	2,4	4,7	0,0	1,2	5,7
20 à 24 ans	5,8	4,5	6,4	11,9	6,7
25 à 29 ans	40,9	33,8	49,9	30,4	34,7
30 à 34 ans	75,0	46,9	49,9	45,9	44,7
35 à 39 ans	48,7	30,5	30,9	33,4	31,3
40 à 44 ans	21,0	26,6	21,1	32,8	30,1
45 à 49 ans	35,3	24,3	21,1	9,2	21,5
50 à 54 ans	37,0	39,1	42,4	50,2	37,0
55 à 59 ans	24,6	25,1	62,7	52,7	48,2
60 ans et +	2,1	0,3	19,8	6,6	24,6
Ensemble	37,6	29,7	35,8	34,0	32,7

Tableau n° 4

Taux d'absentéisme par ETP et par métier					
Catégorie	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Soignants	8,47%	7,60%	9,87%	10,00%	9,30%
IDE	8,43%	6,49%	8,34%	11,68%	8,10%
AS	10,14%	8,45%	9,69%	10,00%	9,78%
ASHQ	7,13%	7,42%	11,35%	9,53%	9,73%
Cadres	0,31%	1,62%	0,00%	0,11%	1,27%

Tableau n° 5

Nombre de jours d'absence par ETP et par métiers					
Catégorie	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Soignants	30,9	27,7	36,0	36,5	34,0
IDE	30,8	23,7	30,4	42,6	29,6
AS	37,0	30,8	35,4	36,5	35,7
ASHQ	26,0	27,1	41,4	34,8	35,5
Cadres	1,1	5,9	0,0	0,4	4,6

Tableau n° 6

Nombre de jours d'absence par ETP et par catégorie					
Catégorie	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Administratifs	13,3	22,5	18,0	5,4	3,8
techniques	16,4	9,0	12,7	9,1	14,2
Soignants	30,9	27,7	36,0	36,5	34,0
Rééducation	1,3	3,7	8,3	2,1	6,7
Sociaux et ed	0,7	0,4	15,0	6,7	7,9
Médico-tech	11,0	43,1	0,0	0,0	0,0
Ensemble	27,2	24,6	31,3	30,5	28,7

Tableau n° 7

Taux d'absenteisme par ETP et par tranche d'âge					
Age	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Moins de 20 ans	0,62%	1,14%	0,00%	0,27%	1,56%
20 à 24 ans	1,49%	1,15%	1,70%	2,91%	1,79%
25 à 29 ans	10,89%	8,89%	13,58%	8,16%	9,18%
30 à 34 ans	13,69%	8,89%	11,13%	10,61%	9,92%
35 à 39 ans	6,65%	7,05%	6,67%	8,27%	5,98%
40 à 44 ans	3,81%	4,77%	3,71%	7,35%	7,00%
45 à 49 ans	5,45%	4,34%	4,09%	2,12%	5,22%
50 à 54 ans	8,68%	10,65%	10,71%	13,55%	11,47%
55 à 59 ans	6,68%	6,73%	17,14%	12,74%	13,13%
60 ans et +	0,14%	0,00%	5,23%	1,80%	6,54%
Ensemble	7,44%	6,76%	8,57%	8,35%	7,88%

Tableau n° 8

Nombre de jours d'absence par ETP et par tranche d'âge					
Age	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Moins de 20 ans	2,2	4,2	0,0	1,0	5,7
20 à 24 ans	5,5	4,2	6,2	10,6	6,5
25 à 29 ans	39,7	32,4	49,5	29,8	33,5
30 à 34 ans	50,0	32,5	40,6	38,7	36,2
35 à 39 ans	24,3	25,7	24,3	30,2	21,8
40 à 44 ans	13,9	17,4	13,5	26,8	25,5
45 à 49 ans	19,9	15,9	14,9	7,8	19,1
50 à 54 ans	31,7	38,9	39,1	49,5	34,9
55 à 59 ans	24,4	24,6	62,5	46,5	47,9
60 ans et +	0,5	0,0	19,1	6,6	23,9
Ensemble	27,2	24,6	31,3	30,5	28,7

Tableau n° 9

Ventilation du nombre de jours d'absence par motif					
MOTIF	Années				
	2010	2011	2012	2013	2014
Maladie ordinaire	5 262,00	4 844,00	5232,00	4332	4 644,00
Longue Maladie	843,00	511,00	622,00	1399	1 953,00
Maladie de Longue Durée	802,00	1 295,00	2517,00	2787	1 772,00
Congé Maternité	1 867,00	1 342,00	2070,00	1345	1 045,00
Grossesse Pathologique	153,00	154,00	139,00	125	102,00
Couches Pathologiques	148,00	101,00	51,00	103	46,00
Accident du travail	536,00	717,00	917,00	916	1 015,00
Maladie Professionnelle	124,00	8,00	0,00	39	0,00
Total	9 735,00	8 972,00	11548,00	11046	10 577,00

<CHABRILLAT>	<Véronique>	<Décembre 2015>
<DESSMS > Promotion <2014-2015>		
<L’impact des politiques managériales sur l’absentéisme. L’exemple du centre hospitalier de Billom>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p>Résumé :</p> <p>Culturellement, l’absentéisme est encore souvent considéré comme relevant de seuls facteurs personnels. Toutefois différentes approches théoriques montrent que ce phénomène est de la responsabilité de tous et plus particulièrement de l’encadrement. Nous nous interrogeons sur l’impact des politiques managériales sur l’absentéisme. Une analyse de ce dernier réalisée de 2010 à 2014, au centre hospitalier de Billom sert de support au présent mémoire et a permis de cibler l’étude sur les personnels soignants. Ces derniers interrogés, évoqueront les pratiques managériales qui leur posent problèmes. Viendront ensuite des propositions susceptibles d’une part de corriger ces pratiques et d’autre part de renforcer la motivation des soignants.</p>		
<p>Mots clés : ABSENTEISME, ANALYSE, SOIGNANTS, MANAGEMENT, MOTIVATION</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		