



**EHESP**

---

**AAH**

Promotion : **2015**

Date du Jury : **11 décembre 2015**

---

**Le pilotage de l'absentéisme du  
personnel de soin : vers une  
association des Cadres de proximité à  
la gestion des Ressources Humaines**

---

**Guillaume CLAIRET**

---

# Remerciements

---

La rédaction de ce mémoire n'aurait pas été possible sans la participation à mes travaux du personnel soignant des pôles MCO et SSR de l'hôpital du Gier et je tiens, à ce titre, à les remercier encore une fois pour le temps qu'ils ont su me consacrer dans une période peu propice.

Je remercie également Mme PARRAIN et Mme BONNARD, cadres supérieur de santé, qui ont accepté d'intégrer l'équipe de pilotage du projet.

Je souhaite également remercier Mme ROUSSET, mon encadrante de stage pour ses conseils et pour avoir partagé avec moi sa longue expérience en tant que cadre de direction en établissement de santé.

Je lui souhaite de profiter du mieux possible des loisirs qu'offre une retraite bien méritée.

A titre personnel, je remercie également Mme POIREE Ingrid, élève AAH promotion 2015, pour avoir pris le temps de m'enseigner les arcanes obscurs de la mise en page Word.

La dernière personne que je souhaite associer à ces remerciements est Mme Marie GAVID CLAIRET, PHU ORL au CHU de Saint Etienne, non seulement pour ses retours d'expériences sur le terrain qui furent des témoignages précieux afin de consolider mes représentations, mais aussi pour avoir su, pendant une année entière et malgré la distance, conserver intacte notre passion.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Le constat : la justification de l'action.....	3
1.1 L'absentéisme : un phénomène complexe, difficile à cerner.....	3
1.1.1 Quelle définition? .....	3
1.1.2 Absentéisme et statut de la fonction publique :.....	4
1.1.3 La réglementation applicable :.....	5
1.2 Un coût élevé pour l'institution.....	7
1.2.1 Le coût financier.....	7
1.2.2 Le coût social : .....	9
1.2.3 Un risque de remise en cause de la qualité des soins? :.....	10
1.3 Le contexte local : .....	11
1.3.1 Une première approche globale chiffrée des absences :.....	11
1.3.2 Comparaisons nationales.....	12
2 Les étapes du processus d'analyse de l'absentéisme de l'HdG.....	15
2.1 Méthodologie de la construction d'un outil type tableau de bord.....	15
2.1.1 Les bilans sociaux.....	15
2.1.2 Les étapes de construction de l'outil en amont .....	17
2.2 L'analyse quantitative .....	18
2.2.1 Une analyse plus ciblée sur des indicateurs précis .....	18
2.2.2 Extraction des données statistiques : .....	19
2.3 L'analyse qualitative .....	20
2.3.1 Le diagnostic par unité de soin.....	20
2.3.2 L'analyse croisée des résultats.....	22
3 Comment intégrer le cadre de santé au sein de la politique RH .....	25
3.1 Le rôle du cadre de santé.....	25
3.1.1 Une ressource essentielle à l'échelon local .....	25
3.1.2 Un acteur à l'échelle de l'établissement .....	26
3.2 L'éloignement des cadres du terrain.....	27

3.3 Des pistes pour associer le cadre avec la politique de pilotage RH de l'absentéisme .....	30
3.3.1 L'entretien de retour.....	30
3.3.2 Des entretiens d'évaluations repensés .....	31
3.3.3 Une formation renforcée .....	32
Conclusion.....	35
Bibliographie.....	37
Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

- **AAH** : Attaché d'Administration Hospitalière
- **ANACT** : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
- **ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
- **ARS** : Agence Régionale de la Santé
- **AS** : Aide-Soignant
- **ASA** : Autorisation Spéciale d'Absence
- **ASH** : Agent de Service Hospitalier
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CHSCT** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- **CTE** : Comité Technique de l'Etablissement
- **EPRD** : Etat Prévisionnel des Recette et des Dépenses
- **EPS** : Etablissement Public de Santé
- **ETP** : Equivalent Temps Plein
- **DGOS** : Direction Générale d'Offre de Soins
- **DRH** : Direction des Ressources Humaines
- **DSI** : Direction des Soins Infirmiers
- **EHPAD** : Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées et Dépendantes
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HCL** : Hospices Civils de Lyon
- **HdG** : Hôpital du Gier
- **IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat
- **IFSI** : Institut de Formation des Soins Infirmiers
- **MCO** : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
- **PHARES** : Projet Hospitalier ligérien, Absentéisme, Recherche-intervention, Efficience et organisation, Santé au travail
- **PNM** : Personnel Non Médical
- **RTT** : Réduction du Temps de Travail
- **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- **T2A** : Tarification à l'Activité

## Introduction

L'absentéisme et ses conséquences sur les organisations des établissements est un sujet important dans le suivi de l'évolution des modes de management des entreprises.

Il s'impose aujourd'hui comme une préoccupation majeure dans la Fonction Publique Hospitalière : en effet, les statistiques nationales montrent que le taux d'absentéisme de la FPH est de deux à trois fois supérieur à ceux des autres secteurs de l'économie et que cet écart continue à se creuser. La durée moyenne des arrêts maladie à l'hôpital atteint 24 jours en 2010 et le taux d'absentéisme se situe entre 9% et 14% selon les établissements.

Au-delà d'un certain niveau du taux, l'absentéisme devient le symptôme de problèmes dans l'entreprise : en effet, il révèle les difficultés des salariés à retrouver une place identitaire et professionnelle au sein des organisations de travail et remet en question les conditions du bien-être au travail.

L'hôpital du Gier est un établissement public de santé de taille moyenne qui couvre les besoins de proximité de la population de la Vallée du Gier en collaboration avec le CHU de Saint-Etienne et en filières avec les professionnels de santé.

Il regroupe plusieurs structures réparties sur 5 sites et emploie 1100 agents pour un total de 984 équivalents temps pleins (ETP) (84 personnels médicaux, 780 personnels soignants, 236 agents administratifs, logistiques et techniciens).

Il se partage en 5 sites (1 pôle de MCO, un établissement de SSR disposant d'un plateau technique ainsi que de la balnéothérapie, 2 sites de type EHPAD dont l'un dispose d'une unité de médecine gériatrique, des soins de suite gériatrique ainsi qu'un IFSI d'une capacité de 195 étudiants en soins infirmiers et 30 élèves ASH) La capacité totale de l'établissement est de 712 lits et places.

L'absentéisme coûte cher à l'hôpital du Gier. Le Directeur des ressources Humaines de l'Etablissement, dans le cadre de la deuxième période de mon stage au sein de cette structure, m'a demandé de déterminer les typologies des différentes formes d'arrêts de travail du personnel de soin et de les analyser en fonction des différents facteurs de risques : secteur, qualification, durée du travail (notamment temps partiel), statut du personnel, périodes « accidentogènes », périodes de congés, âge...

Cette étude a pour vocation de poser en amont un diagnostic approfondi de la situation pour réagir efficacement en aval afin de proposer aux équipes des différentes unités de

soins un outil de suivi de type tableau de bord ainsi que de proposer des plans d'actions adaptés aux différentes difficultés relevées auprès des agents.

Cerner l'origine des absences n'est pas chose aisée car il s'agit d'une part d'une notion qui ne possède pas de définition juridique précise, et d'autre part car elle relève également non seulement du contexte organisationnel et économique de l'établissement, mais également des critères sociodémographiques et de santé de la population étudiée.

L'intérêt de ce travail ne se situe pas uniquement sur une logique managériale. Il s'appuie également sur un enjeu de santé publique puisqu'une meilleure maîtrise de l'absentéisme améliore non seulement la qualité de vie au travail des agents, mais également la qualité des soins prodigués au sein de l'établissement.

L'étude que j'ai pu réaliser durant la seconde période de stage au sein de l'HdG a révélé plusieurs facteurs de risques, identifiés par les acteurs, liés à l'organisation des services ou des politiques menées par les directions.

Parmi ceux-ci, l'un d'entre eux remet en question le rôle du cadre de proximité dans les services.

Dans un contexte de changement pour l'établissement où la Direction des Ressources Humaine sera placée sous la responsabilité de la Direction des Soins Infirmiers, l'opportunité de redéfinir le rôle du cadre autour d'un management d'organisation permettrait de l'associer de manière pertinente aux politique RH en termes de pilotages de l'absentéisme au sein des services.

Nous verrons dans un premier temps pourquoi le contexte local justifie une action de conception d'outils RH autour de ce phénomène (I). Nous nous intéresserons ensuite aux différentes étapes qui ont jalonné l'étude et quels en sont les résultats (II). Nous tenterons enfin de mettre en perspectives des leviers d'actions qui pourraient associer le cadre de proximité, acteur clé dans l'organisation des services, au pilotage RH de l'absentéisme au sein de l'établissement (III).

# 1 Le constat : la justification de l'action

## 1.1 L'absentéisme : un phénomène complexe, difficile à cerner

### 1.1.1 Quelle définition?

En préalable, il semble judicieux de préciser que les termes d'absences et d'absentéisme seront utilisés indistinctement pour désigner la même réalité bien qu'il existe des différences de réalité sociale et économique.

L'absence est une notion très générale qui correspond, selon le Dictionnaire de l'Académie française, "à la période durant laquelle quelqu'un s'absente"; être absent signifie, toujours selon la même source, "qui n'est pas dans le lieu où sa présence était escomptée".

Ainsi l'absence est admise, comme l'a défini également La Palisse, comme le défaut de présence. Cette définition constitue une évidence mais elle permet d'écarter de l'absentéisme des absences en dehors des horaires de travail, mais également des absences de type « congés payés » ou « congés conventionnels », pour lesquels l'employeur n'escompte pas sur la présence du salarié.

La représentation sociale de ce phénomène est souvent très négative dans une société qui place le travail au rang de ses valeurs fondatrices. Ainsi, il est perçu comme une faute, comme un manque de conscience professionnelle.

Dans ce contexte culturel et social, définir de manière consensuelle et la plus objective possible l'absentéisme est un exercice qui revêt une difficulté toute particulière.

La définition la plus complète de ce phénomène complexe qu'est l'absentéisme pourrait être celle-ci : l'absentéisme correspond, sur une période donnée, à la somme des absences physiques individuelles non comprises dans le cycle de travail, hormis les périodes de formation et de représentation syndicale, qui se traduisent par la non réalisation des tâches normalement attendues.

Faire référence à une notion de période laisse entendre que l'absentéisme est un phénomène qui se reconduit dans le temps. Selon Pascal Gallois, toute organisation de travail connaît un niveau d'absentéisme incompressible, qui pourrait être qualifié de naturel. Nous reviendrons sur cet absentéisme incompressible par la suite.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> P.Gallois « L'absentéisme, comprendre et agir » Edition liaison

L'absentéisme est une forme de dysfonctionnement social qui peut être coûteux dans la mesure où il doit être compensé par des remplacements et où il est générateur de baisse de productivité et de dégradation du climat social.

La proposition de définition de H. LETEURTRE<sup>2</sup> est également intéressante car elle cible le phénomène sur les absences qui sont susceptibles de gêner le fonctionnement de l'institution et pour lesquelles la mise en œuvre d'un plan d'action est envisageable. Selon cet auteur le terme absentéisme recouvrirait "les absences pouvant - sans que la certitude ne soit jamais faite – révéler un comportement de fuite devant le travail résultant, soit d'un rejet de celui-ci (cause objective liée au travail ou à son organisation), soit d'un arbitrage entre obligations ressenties de sens contraire (exigence morale d'aller au travail ou exigence morale affective de garder son enfant malade) ou encore de désirs de sens contraires (désir de retrouver le groupe et désir de se retrouver dans un univers autre que celui du travail)".

Dans le cadre de cette étude, l'approche retenue de l'absentéisme est limitée aux absences légales qui, du fait de leur importance, peuvent tout à la fois être préjudiciable au fonctionnement régulier d'une structure et symptôme de malaise social.

### **1.1.2 Absentéisme et statut de la fonction publique :**

Il paraît nécessaire de préciser les exigences spécifiques à la FPH ainsi que le principe d'obligation de présence qui lui est associée.

Les agents titulaires du service public hospitalier sont soumis au statut de la fonction publique hospitalière. Ce statut comporte un ensemble de règles précisant les droits et sujétions qui régissent la carrière des fonctionnaires.

Le cadre général est fixé par la loi du 13 juillet 1983 qui précise le statut général de la fonction publique. La loi du 9 janvier 1986 s'applique plus particulièrement aux agents hospitaliers.

Les sujétions qui pèsent sur les agents publics trouvent leur justification dans la dimension service public des tâches dont ils ont la responsabilité. Si dans le secteur privé les salariés ont l'obligation d'être présents à leur poste de travail, cette obligation est renforcée pour les agents publics du fait des exigences de l'intérêt général. Un fonctionnaire en position d'activité a l'obligation de servir et donc d'effectuer les tâches qui lui sont assignées. Ainsi, dans les établissements publics de santé, compte tenu de l'importance de leurs missions, l'obligation de présence au poste de travail, sur un plan symbolique, est encore plus forte ou, du moins ressentie comme telle par les agents.

---

<sup>2</sup> H.Leteurtre "Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier" Berger-Levrault 1991

En outre, la règle du service fait, précisée par l'article 77 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, est l'un des fondements du statut de la fonction publique, étroitement lié au droit à rémunération. En cas d'absence non autorisée, selon l'article L.859 du C.S.P., "ils sont immédiatement placés dans la position de congé sans traitement, à moins de justification présentée dans les 48 heures et reconnues valable par l'administration". Les cas d'absences irrégulières sont relativement rares, ils n'alimentent que peu le phénomène de l'absentéisme. Toutefois, l'existence de ces règles statutaires souligne l'importance accordée dans la fonction publique à l'obligation de présence des agents, conformément au principe de continuité des soins du service public.

Cette obligation d'assiduité du fonctionnaire doit être nuancée. Le statut prévoit la possibilité pour l'agent de s'absenter. Il paraît nécessaire de préciser que la réglementation pose un principe, l'obligation de présence, qu'elle assortit d'exceptions, les autorisations spéciales d'absences (ou ASA). Aucune référence n'est faite au phénomène de l'absentéisme en lui-même. La notion d'absence n'est pas non plus définie, seuls sont énumérés les cas d'absences autorisées.

### **1.1.3 La réglementation applicable :**

Le statut de la fonction publique hospitalière énumère les causes d'absences légales :

- Les congés annuels<sup>3</sup>
- Les jours de repos hebdomadaires<sup>4</sup>
- Les jours de réduction du temps de travail<sup>5</sup>
- Les jours fériés<sup>6</sup>
- Les repos compensateurs<sup>7</sup>
- Les congés pour formation professionnelle<sup>8</sup>
- Les congés pour formation syndicale et représentation syndicale<sup>9</sup>
- Les congés maternité, les congés pour adoption et les congés paternité<sup>10</sup>
- Le congé parental<sup>11</sup>
- Les congés pour longue maladie<sup>12</sup>

---

<sup>3</sup> Article 41 al.1 de la loi n°86-33 du 9/01/1986

<sup>4</sup> Article 6 de l'Ordonnance n°82-272 du 26/03/1982

<sup>5</sup> Loi n°98-461 du 13/06/1998 et décret n°2002-9 du 4/01/2002

<sup>6</sup> Décret n°2002-9 du 4/01/2002

<sup>7</sup> Article 41 al.6 de la loi n°86-33 du 9/01/1986 et décret n°319 du 5/04/1990

<sup>8</sup> Article 41 al.7 de la loi n°86-33 du 9/01/1986 et le décret n° 88-676 du 06 mai 1988 relatif à l'attribution du congé pour formation syndicale dans la fonction publique hospitalière

<sup>9</sup> Article 41 al.5 de la loi n°86-33 du 9/01/1986

<sup>10</sup> Article 64 de la loi n°86-33 du 9/01/1986, modifié par l'article 52 de la loi n°558 du 30/07/1987 ainsi que les articles 40 à 44 du décret n°976 du 13/10/1988

<sup>11</sup> Article 41 al.3 de la loi n°86-33 du 9/01/1986

- Les congés de longue durée<sup>13</sup>
- Les congés pour maladie ordinaire<sup>14</sup>
- Les accidents de travail ainsi que les accidents de trajet
- Les faits de grève
- Autres : cette catégorie regroupe, notamment, les ASA

Il existe un certain nombre d'absences qui pourraient être qualifiées de prévisible, car elles sont intégrées dans les cycles de travail. Elles ne présentent, normalement, aucune difficulté particulière en matière de gestion de ressources humaines. Les congés annuels, les jours de repos hebdomadaires, les jours de réduction du temps de travail, pour ne citer que les plus fréquents, sont intégrés dans le fonctionnement d'un établissement de santé.

Ces absences, de par leur caractère prévisible et incluses dans les organisations des équipes ne seront pas prises en compte dans le cadre de ce travail. On ne peut les associer aux facteurs d'auto-entretien d'absentéisme qui peuvent apparaître au sein d'établissements de santé en France.

De la même manière, les absences pour cause de formation professionnelle ne seront pas prises en compte dans le cadre de ce mémoire. Ce type d'absence est facilement identifiable et prévisible. Il ne doit pas désorganiser le service. En outre, l'utilité de la formation professionnelle est incontestable, tant pour l'agent lui-même qui enrichit ainsi son bagage professionnel que pour l'institution qui dispose ainsi de personnel plus compétent. Ce congé doit donc même être encouragé, bien que l'obligation de formation de certains grades (tels que les IADE ou les IBODE) ont une influence sur l'organisation de certains services tel que le bloc opératoire.

L'exercice du droit syndical ne peut non plus, bien entendu, être entravé.

Il est apparu judicieux d'exclure de l'analyse des absences qui, en raison de leur faible nombre, n'ont pas d'impact significatif sur le niveau d'absentéisme.

Nous retiendrons donc les congés maladie, les congés de longue durée, les congés pour longue maladie, les accidents du travail/accidents du trajet, les congés maternité (paternité et adoption).

En effet, du fait de leurs caractéristiques et de leur importance, ces absences sont les principales sources d'absentéisme en milieu hospitalier en général et l'Hôpital du Gier en particulier.

Il convient alors de préciser les principales règles qui s'appliquent à ces absences.

La situation du fonctionnaire en cas de congé maladie est régie par l'article 41 al.2 de la loi du 9 janvier 1986 et par le décret n° 88-386 du 19 avril 1988, modifié par le décret

---

<sup>12</sup> Article 41 al.5 de la loi n°86-33 du 9/01/1986

<sup>13</sup> Article 41 al.5 de la loi n°86-33 du 9/01/1986

<sup>14</sup> Article 41 al.2 de la loi n°86-33 du 9/01/1986

n°97-417 du 22 avril 1997, relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière.

## **1.2 Un coût élevé pour l'institution**

L'absentéisme, du fait de ses conséquences, est au centre d'enjeux essentiels pour un établissement de santé. En effet, il engendre des répercussions financières importantes, menace l'équilibre social et pourrait finalement avoir un impact sur la qualité du service rendu.

### **1.2.1 Le coût financier**

Chaque absence d'un agent a un coût financier pour l'hôpital. Ce coût peut être direct ou indirect. Le cumul de ces absences, à un certain niveau, est susceptible de peser, de manière significative, sur le budget du Centre Hospitalier.

En effet, le personnel représente, selon la moyenne nationale, 70 % des dépenses d'un établissement de santé. En 2014, à l'Hôpital du Gier, les dépenses de personnel (groupe I) constatées s'élevaient aux alentours de 56 millions d'euros pour un montant total de 84 millions d'euros.

Un meilleur pilotage de l'absentéisme constituerait donc un moyen intéressant de dégager des économies dans un contexte économique défavorable.

Tout d'abord, il convient d'analyser les coûts directs pour l'institution. Un agent absent perçoit tout ou partie de sa rémunération. L'hôpital continue, en effet, de prendre en charge le traitement ou le salaire des absents ainsi que les charges sociales afférentes.

L'absentéisme pèse beaucoup plus lourd financièrement sur les établissements publics de santé que sur le secteur privé. Ainsi, pour les salariés du régime général de la Sécurité Sociale, la prise en charge des absences pour maladie ordinaire est assurée par les indemnités journalières servies par l'Assurance maladie. Il est vrai que les cotisations sociales liées à la maladie sont élevées mais elles sont intégrées a priori dans la masse salariale. Dans les établissements publics de santé, seules les prestations en nature tel que le remboursement des soins sont financées par l'Assurance Maladie.

En outre, le délai de carence de trois jours, qui existe pour le secteur privé, n'est pas applicable aux agents du service public hospitalier. L'article 105 de la Loi 2011-1977 du 28 décembre 2011 de Finances 2012 avait instauré une journée de carence non rémunérée en cas de maladie pour les agents de la fonction publique, mais cet article a

été abrogé au 1<sup>er</sup> janvier 2014. Aujourd'hui, dès le premier jour d'arrêt maladie, l'hôpital est tenu de continuer à payer l'absent.

Dans le secteur privé, les risques liés à l'absentéisme sont mutualisés entre toutes les entreprises cotisantes alors que les établissements de santé assument seuls les coûts liés à ce phénomène.

Ainsi, les établissements publics de santé, plus que n'importe quelle autre institution privée similaire, ont tout intérêt à diminuer le nombre de journées d'absences.

Dans les coûts directs afférents à l'absentéisme, en plus du paiement des agents absents, il faut intégrer les frais liés à leur remplacement. Tous les agents absents ne sont pas remplacés, notamment ceux en arrêts maladie de courte durée.

L'absentéisme moyen est intégré dans le fonctionnement des équipes. Un fort taux d'absentéisme peut amener les agents présents à réaliser des heures supplémentaires. Si, pour le moment, il n'est pas possible de savoir quel est le montant exact des heures supplémentaires liées aux absences, puisque les organisations ont tendance à formaliser le travail en effectif réduit, le rappel d'agent sur leur jour de repos entraîne des conséquences sur le budget des établissements.

Le traitement quotidien des absences est particulièrement chronophage pour les cadres de proximité. Cet exercice de gestion entraîne de fait des frais de régulation. En effet, l'encadrement passe une part considérable de son temps de travail à la modification des plannings et au rappel des personnels afin que les services disposent de l'effectif nécessaire à la sécurité des soins. Les cadres supérieurs sont eux même régulièrement sollicités en cas d'absences inopinées posant des problèmes de fonctionnement.

Au total, beaucoup de temps est consacré à la gestion de ce phénomène, temps qui pourrait être imparti à d'autres tâches.

Enfin, H. Leteurtre a également mis en évidence dans une étude consacrée à ce sujet, que d'autres facteurs liés aux remplacements des absences de courtes durées ont aussi un impact financier<sup>15</sup>. En effet, celle-ci met en évidence qu'en moyenne, la part de travail non fait pour cause d'erreur et de dysfonctionnement divers représente 35% du travail, et de fait du salaire de l'agent pour ce qui concerne les aide soignants. Lorsque ces derniers sont remplacés par des personnes ne connaissant pas exactement l'organisation du service où ils sont affectés ou ne disposant pas forcément de toutes les compétences requises pour le poste, cet écart peut encore être encore majoré.

---

<sup>15</sup> N.Bureau et MG.Génin cité par H.Leteurtre in "Audit de l'absentéisme"

## 1.2.2 Le coût social :

S'il a été démontré que, sur un plan financier, l'absentéisme pesait lourdement sur le fonctionnement, le risque social lié aux absences met tout autant en péril l'équilibre de l'établissement.

Bien que les conséquences sociales et humaines de ce phénomène ne puissent être définies quantitativement, un fort taux d'absentéisme perturbe l'organisation et la vie quotidienne des services de soins.

Les absences pour maladie ordinaire, et de manière générale les absences de courte durée, ne font pas l'objet d'un remplacement systématique. Par contre, les agents en CML/CLD, ou absents plus de trois semaines pour MO, en ce qui concerne l'Hôpital du Gier, sont généralement remplacés :

- Par un agent du pool de sureffectif à cet effet
- Par une personne recrutée pour une période bien déterminée, sur un poste occupé par une personne absente.

Les services de soins ne sont donc pas désorganisés à court terme par ce type d'absentéisme alors que la gestion des absences de courte durée constitue un exercice périlleux pour les cadres.

L'encadrement est obligé, parfois, de faire appel à des personnes en repos hebdomadaire, en journée RTT, voire en congé annuel. Ce genre de pratique est source de mécontentement mais les cadres n'ont souvent pas le choix. En agissant ainsi ils ont comme préoccupation la sauvegarde de la qualité des soins prodigués aux patients.

Lorsque le ratio d'agent par lit n'est pas tombé en dessous du seuil de sécurité, l'équipe n'est pas renforcée. La charge de travail du personnel présent augmente nécessairement puisqu'il doit assumer les tâches qui incombent normalement aux agents absents.

De plus, le contexte actuel de certification des établissements est au renforcement des normes de qualité et de vigilance sanitaire, ce qui ne manque pas d'avoir un retentissement important sur la charge de travail dévolue aux personnels. Un niveau d'absentéisme élevé a un effet cumulatif sur cette tendance.

Ainsi, il est à craindre qu'un taux d'absentéisme important ne conduise à une démotivation des agents présents qui pourraient devenir enclin à adopter un même comportement d'absence au travail.

En effet, le statut de la fonction publique repose sur l'égalitarisme de traitement des agents sans que leurs comportements puissent être pris en compte de manière significative. Aucun système ne permet de récompenser réellement des agents méritants. A l'inverse les possibilités de sanctions d'un agent qui n'exerce pas correctement son travail sont limitées et souvent peu efficaces.

Par ailleurs, l'absentéisme peut générer un phénomène d'auto entretien. La surcharge de travail entraîne un stress supplémentaire qui augmente les risques de surmenage, de "burn-out".

Certains agents présents pourront avoir comme réflexe de recourir à l'absence pour fuir cette situation.

Enfin, il faut rappeler que le métier de soignant repose sur un principe de solidarité, qui s'exprime normalement au sein de chaque équipe. L'absentéisme menace la cohésion des équipes car une fracture s'opère entre absents et présents. Des tensions vont inexorablement apparaître autour notamment des congés maladie inopinés.

### **1.2.3 Un risque de remise en cause de la qualité des soins? :**

Le risque que les absences nombreuses du personnel font peser sur l'efficacité du service public hospitalier est bien réel.

En effet, à charge de travail égale, une équipe qui n'est plus composée du nombre d'agents initialement prévu aura plus de difficultés à mener à bien les missions qui lui sont confiées. Le niveau général des prestations proposées pourrait à terme être affecté. Le temps d'accueil et d'écoute réservé au patient et à sa famille est souvent le premier sacrifié, ce qui est fortement à déplorer bien sûr.

Couplée à un absentéisme élevé, cette tendance menace la dimension humaine du métier de soignant qui se trouve reléguée au second plan.

Pour le moment, la sécurité sanitaire des patients n'est pas affectée, la conscience professionnelle des équipes préserve encore cet aspect du travail des professionnels de la santé. Néanmoins, il faut rester vigilant : la nature des missions confiées aux établissements de santé impose que des mesures préventives et correctives soient prises pour résorber l'augmentation du niveau de l'absentéisme.

Enfin, il convient d'ajouter que l'absentéisme dégrade l'image extérieure du CH. La population considère que le manque de personnel est un facteur aggravant de la baisse de la qualité du service rendu.

La réforme du financement des hôpitaux, la T2A qui repose sur l'activité, rend encore plus urgent la nécessité d'agir. Dans l'avenir, une baisse d'activité risquerait de menacer le devenir du CH.

Ainsi, l'absentéisme ne manque pas de poser de lourdes difficultés en termes de fonctionnement. Tenter de maîtriser ce phénomène est donc une préoccupation légitime des dirigeants hospitaliers. Du fait d'un taux d'absentéisme supérieur à la moyenne nationale, cette préoccupation a été érigée au rang de priorité d'action à l'Hôpital du Gier.

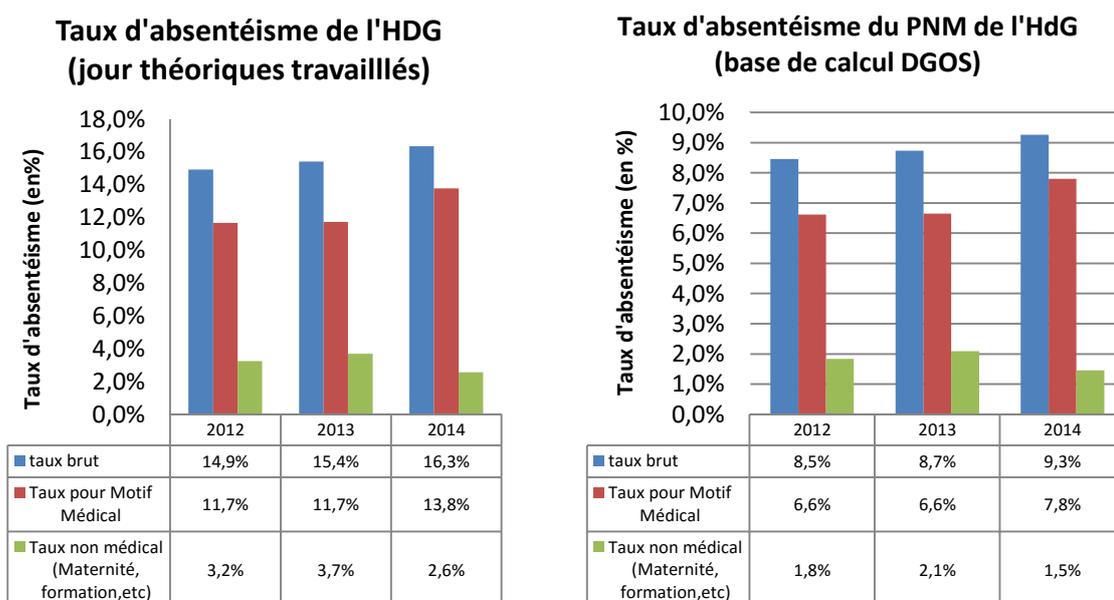
## 1.3 Le contexte local :

### 1.3.1 Une première approche globale chiffrée des absences :

La définition retenue de l'absentéisme, tel qu'il est présenté au sein des instances formelles de l'établissement (CTE, CHSCT...), est celle où il est vu comme le cumul des différentes catégories d'absences (maladie, maternité, accidents du travail, AEA, etc.). Jusqu'alors, les données recueillies autour de cette problématique n'ont été produites que pour le bilan social, et les modes de calculs de l'absentéisme ne sont pas connus de tous. Dans le cadre de ce mémoire, les taux d'absentéisme seront présentés selon deux modes de calculs :

- Les taux en fonction des jours théoriques travaillés tel qu'il est utilisé pour le bilan social de l'établissement
- Les taux d'absence (logique arrêt) afin de pouvoir comparer avec la méthode de calcul développée par la DGOS pour son suivi de l'absentéisme dans les différents EPS<sup>16</sup>

D'après les chiffres du bilan social 2014, tel qu'il a été présenté au CTE du 23 juin 2015, le nombre de jour moyen d'absence rapporté à l'effectif total au 31/12/14 du PNM est de 25,73 jours (dont 15,51 pour la Maladie Ordinaire). Une étude sur l'évolution des taux d'absentéisme des trois années précédentes (avec les deux modes de calculs évoqués précédemment) donnent les résultats suivants :



<sup>16</sup> DGOS – CHSCT du 14 juin 2012 « Absentéisme dans les EPS, résultats et évolutions »

Pour toutes les entreprises privées ou publiques, il existe un absentéisme structurel incompressible de 4 à 6%<sup>17</sup> (suivant la règle de calcul du logique arrêt).

Au-delà, On considère que ces absences sont des conséquences de problèmes dans le lieu de travail. Il révèle les difficultés des salariés à retrouver une place identitaire et professionnelle au sein des organisations de travail et remet en question les conditions du bien-être au travail.

Le taux d'absentéisme de l'établissement sur la base de logique arrêt se situe au-delà de cette zone et justifie l'hypothèse de problèmes d'organisation au sein de l'établissement.

Le suivi et le pilotage de l'absentéisme est donc un bien enjeu pour la gestion des ressources humaines de l'établissement

### 1.3.2 Comparaisons nationales

Une comparaison nationale est possible en se référant à l'analyse élaborée à partir des bilans sociaux 2012 des établissements de santé ayant transmis leurs données sur la plateforme ATIH « Bilan Social » au 31 octobre 2013<sup>18</sup>. Cette analyse porte sur 348 établissements publics.

Les données de cette étude sont analysées séparément pour le personnel médical (PM) et le personnel non médical (PNM). Pour ce qui nous concerne, nous ne retiendrons que les données relatives au PNM, et plus particulièrement au personnel des services de soins. Les données relatives à l'absentéisme n'ayant été que partiellement renseignées par certains établissements, l'échantillon d'étude de l'ATIH ne concerne que 188 établissements ayant participé à cette enquête.

Taux d'absentéisme par catégorie d'établissements :

Catégorie d'établissements	Nombre d'établissements	PM			PNM			Dont personnel des services de soins		
		Nb total de jours d'absence	ETP moyen	Taux	Nb total de jours d'absence	ETP moyen	Taux	Nb total de jours d'absence	ETP moyen	Taux
CHU	15	106 180	10 191	2,85%	3 024 304	111 774	7,41%	2 189 714	72 900	8,23%
CH>70M	47	88 981	8 461	2,88%	2 622 161	97 270	7,39%	1 973 341	68 005	7,95%
20M<CH< 70M	65	41 104	4 284	2,63%	1 360 645	51 052	7,30%	1 060 965	36 310	8,01%
CH<20M	29	8 128	517	4,31%	322 644	11 281	7,84%	255 619	8 352	8,38%
CH ex-CHS	32	14 764	1 552	2,61%	815 059	31 033	7,20%	613 731	21 079	7,98%
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>259 157</b>	<b>25 006</b>	<b>2,84%</b>	<b>8 144 813</b>	<b>302 410</b>	<b>7,38%</b>	<b>6 093 369</b>	<b>206 646</b>	<b>8,08%</b>

<sup>17</sup> Gallois P., « L'Absentéisme, comprendre et Agir », Edts Liaisons, 2005

<sup>18</sup> ATIH « Analyse des Bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2012 » Janvier 2014

Nombre moyen de jours d'absence par catégorie d'établissements :

Catégorie d'établissements	Nombre d'établissements	PM			PNM			Dont personnel des services de soins		
		Nombre de jours d'absence	Effectif au 31/12	Nb moyen de jours d'abs.	Nombre de jours d'absence	Effectif au 31/12	Nb moyen de jours d'abs.	Nombre de jours d'absence	Effectif au 31/12	Nb moyen de jours d'abs.
CHU	13	99 132	13 679	7,25	2 779 293	104 649	26,56	2 018 832	68 578	29,44
CH>70M	42	78 656	9 595	8,20	2 307 506	89 899	25,67	1 733 156	64 345	26,94
20M<CH<70M	77	45 147	6 407	7,05	1 523 029	62 264	24,46	1 189 943	45 224	26,31
CH<20M	29	8 180	780	10,48	313 298	12 079	25,94	243 826	8 815	27,66
CH ex-CHS	33	18 955	2 084	9,09	797 150	33 970	23,47	643 014	24 895	25,83
<b>TOTAL</b>	<b>194</b>	<b>250 069</b>	<b>32 546</b>	<b>7,68</b>	<b>7 720 275</b>	<b>302 860</b>	<b>25,49</b>	<b>5 828 770</b>	<b>211 858</b>	<b>27,51</b>

Nombre moyen de jours d'absence par agent par motif d'absence :

Motifs d'absences	Personnel médical	Personnel non médical	Dont personnel des services de soins
Maternité, paternité, adoption	2,97	5,39	6,27
Maladie professionnelle	0,04	0,83	0,92
Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions	0,03	0,25	0,28
Congés de longue durée, congés de longue maladie et longue maladie >6 mois	1,28	5,00	4,95
Maladie ordinaire (dont arrêts précédents congés maternité)	3,23	11,87	12,79
Accidents de trajet	0,05	0,19	0,18
Accidents du travail	0,08	1,96	2,12
<b>TOTAL</b>	<b>7,68</b>	<b>25,49</b>	<b>27,51</b>

Pour le personnel non médical, le taux d'absentéisme pour motif médical et non médical est de 7.4%. Il se décompose en :

- 0.4% pour l'absentéisme inférieur à 6 jours, principalement dû à la maladie ordinaire (0.4%)
- 7.0% pour l'absentéisme supérieur ou égal à 6 jours, principalement dû à la maladie ordinaire (3%), la maternité, paternité, adoption (1.5%) ainsi que les congés de longue durée et de longue maladie (1.5%)

Pour ce qui concerne le personnel des services de soins, l'Hôpital du Gier compte 610 ETP pour 663 personnels physiques.

Le taux moyen logique arrêt pour l'année 2014 de ce personnel est de 11.8%, pour un nombre de jours d'absence par agent de 34.

Il se décompose en :

- 8.24% pour motif médical, principalement dû à la maladie ordinaire (5.6%).  
L'absentéisme dû à la maternité, paternité, adoption reste dans la moyenne nationale (1.59%).

Les chiffres de l'étude nationale menée par l'ATIH révèlent que la fonction publique hospitalière connaît un absentéisme qui remet en question la relation entre ses agents et les organisations. L'écart entre les résultats des indicateurs retenus par cette étude au niveau national et ceux de l'hôpital du Gier témoigne de l'ampleur de ce phénomène au niveau local. L'augmentation du taux d'absentéisme au sein de l'établissement durant ces trois dernières années alerte sur la nécessité de réétudier les organisations.

## **2 Les étapes du processus d'analyse de l'absentéisme de l'HdG**

Pour une meilleure maîtrise des coûts directs et indirects de l'absentéisme sur l'établissement, l'élaboration d'outils RH autres que le bilan social pour piloter l'absentéisme devient un enjeu pour la Direction des Ressources Humaine. Je me suis vu confier la préparation de ce projet au cours de mon stage en responsabilité. Ce travail nécessite un engagement important de la part des directions fonctionnelles et de l'AAH en responsabilité. Il est important de définir dans un premier temps les étapes qui jalonnent la conduite de cette étude en amont. Une analyse des résultats prospectifs permettront de mettre en évidence des leviers sur lesquels il semblerait pertinent d'intervenir.

### **2.1 Méthodologie de la construction d'un outil type tableau de bord**

#### **2.1.1 Les bilans sociaux**

Il s'agit pour le moment, à l'HdG, du seul document où sont recensées les données statistiques relatives à l'absentéisme de l'établissement

L'intérêt de ce document est réel puisqu'il permet d'avoir une photographie annuelle de la situation sociale générale de l'établissement.

Le bilan social est encadré réglementairement par le décret du 7 octobre 1988 qui précise la procédure à suivre pour son élaboration et son contenu.

En ce qui concerne la procédure, le bilan social est un document qui doit être réalisé annuellement et doit être présenté au CHSCT, à la CME et au CTE de l'établissement.

Les circulaires du 1er février 1990 et du 21 mars 1991 précisent les contenus de ce document. Sept rubriques sont obligatoirement présentes : l'emploi, les rémunérations et les charges accessoires, les conditions d'hygiène et de sécurité, les conditions de travail, la formation, les relations professionnelles, les autres conditions de vie relevant de l'établissement. Il récapitule ainsi, dans un document unique, les principales données chiffrées permettant d'apprécier la situation de l'hôpital dans le domaine social. Il mesure les changements intervenus au cours de l'année écoulée et des deux années précédentes et enregistre les réalisations effectuées.

Le bilan social présente à la fois un aspect social et un aspect économique. En effet, les données sociales qu'il contient trouvent nécessairement leur traduction dans le domaine économique et financier.

L'absentéisme est présenté dans ce bilan, notamment, sous l'aspect du nombre de jours d'absence global et du nombre de jours d'absence par agent.

La répartition entre les différents motifs d'absence, pour les différentes catégories professionnelles par exemple y est mentionnée, mais pas nécessairement déclinée pour chaque type d'absence. Il s'agit de données sociales qui serviront de base à une évaluation financière du phénomène.

Comme cela a été précédemment évoqué, l'absentéisme a un coût social important mais aussi des conséquences financières qui peut menacer l'équilibre financier de l'établissement hospitalier.

Le bilan social fournit donc des éléments précieux de connaissance de la situation sociale.

Il permet à la Direction d'un établissement hospitalier de rationaliser sa gestion en fonction des informations qui y sont contenues.

En bref, le bilan social constitue un outil de pilotage indispensable pour les dirigeants hospitaliers. Il oriente la prise de décision dans le domaine de la gestion du personnel, mais a aussi un impact sur la conduite de la politique générale de l'établissement.

Cependant, l'utilisation de ce document comprend des limites non négligeables. Il permet d'apprécier uniquement la situation sociale générale, et non par secteurs au sein de l'établissement.

Pour ce qui est de l'absentéisme, les données qui y sont inscrites manquent de précision. Elles ne permettent pas une connaissance approfondie du phénomène qui faciliterait la prise de mesures adaptées et ciblées.

Le recours à des tableaux de bord de suivi peut compenser ce besoin de précision d'informations que le bilan social ne peut, à lui seul, renseigner. Les premières conclusions tirées des statistiques produites pour le bilan social pourraient ainsi être complétées, enrichies et validées.

## 2.1.2 Les étapes de construction de l'outil en amont

Le développement des actions de prévention de l'absentéisme nécessite l'élaboration d'un plan d'action. Celui-ci est un ensemble cohérent de mesures à prendre et d'actions à mener : c'est une démarche qui se déroule par étapes successives, et qui met en jeu les acteurs de l'organisation<sup>19</sup>.

En voici quelques points de repère.

- Recenser et réunir les acteurs afin d'enclencher une démarche participative
- Mettre en place un groupe de travail ou un comité de pilotage
- Proposer un programme pour le groupe de travail :
  - Définir l'absentéisme à l'aide d'indicateurs pertinents
  - analyser les causes, produire et valider des données chiffrées
  - Mesurer l'absentéisme à partir des données chiffrées
  - Compléter l'étude par une étude qualitative axée sur une enquête de terrain auprès des agents (outil diagnostic)
  - Croiser les résultats des deux études et proposer des actions visant à remédier aux causes principales
  - trier les actions selon leur horizon temporel : actions à court terme, actions à moyen ou long terme ; les articuler en un plan d'action cohérent dans la durée
  - informer et sensibiliser : définir un plan de communication sur les résultats d'un groupe de travail et les actions prioritaires qui vont être lancées
- Mettre en mouvement l'ensemble de la chaîne managériale : sensibiliser, former, fixer des objectifs...
- Réunir un groupe de travail à intervalles réguliers pour faire le point sur les progrès réalisés.
- Communiquer à partir des résultats obtenus, faire bénéficier les agents des résultats réalisés par l'utilisation et la diffusion d'un outil type tableau de bord différencié dans chacun des services.

Dans le contexte du stage au cours duquel j'ai été amené à réaliser ce travail, les acteurs que j'ai réunis autour de moi pour constituer une équipe de pilotage ont été l'AAH tuteur de mon stage, le DRH de l'établissement, la Directrice des soins infirmier, la cadre supérieur de santé du pôle MCO ainsi que la cadre supérieur de santé du pôle SSR.

---

<sup>19</sup> « L'Absentéisme, outils et méthodes pour agir » édition réseaux ANACT

La période estivale n'étant pas la plus propice pour réunir l'ensemble des personnels de soin et de leur cadre de proximité, l'échantillon des personnels sollicités pour participer à l'étude quantitative sont les agents et les cadres de proximité de dix services des pôles MCO et SSR. L'EHPAD réalisant un turn over de son encadrement de proximité, et son cadre supérieur de santé étant absent pendant une longue période durant mon intervalle de présence dans l'établissement, ce pôle n'a pas été retenu pour l'étude qualitative.

## **2.2 L'analyse quantitative**

### **2.2.1 Une analyse plus ciblée sur des indicateurs précis**

La direction n'a jamais fait inscrire des indicateurs de GRH (Taux AT/MP, Absentéisme, mensualités de remplacements, etc.) dans des outils de suivi auprès des agents et des cadres de proximité. Il existe donc un manque de clarté au niveau de la transmission de l'information. Afin de préparer correctement en amont le terrain d'étude et rendre lisible l'exploitation des données auprès des différents acteurs qui y contribueront, l'AAH doit construire des indicateurs pertinents et adaptés au contexte local.

Il lui s'agit de définir également un mode de calcul des indicateurs d'absentéisme qui servira de référence pour le projet. En effet, les modes de calculs de ce phénomène sont multiples mais leur pertinence varie selon le contexte social, économique et organisationnel des établissements concernés. On ne peut comparer les données reçues sur l'absentéisme des différents sites composants l'établissement que si les modes de calculs sont les mêmes. Pour être plus précis et être en mesure de poser un diagnostic et préparer un plan d'action, l'ANACT suggère d'être en mesure de pouvoir produire les indicateurs suivants<sup>20</sup> :

- Le taux d'absentéisme « net » ou dit « compressible » : il s'agit du taux d'absentéisme sur lequel on va pouvoir agir, sans tenir compte des absences correspondant aux droits sociaux
- La distinction des taux calculés en fonction de la durée et la fréquence des absences
- Le taux d'absentéisme avec et sans la longue maladie
- Le taux d'absentéisme pour maladie ordinaire
- La distinction par genre...

---

<sup>20</sup> ANACT – Comprendre et réduire l'absentéisme, 29/06/11

Cette série d'indicateurs a été complétée par une liste non exhaustive d'autres indicateurs mis en évidence par les travaux de recherche de CLARTE3, financés par la DGOS et l'HAS, couvrant la plupart des thématiques d'évolution du phénomène de l'absentéisme et servant également de base pour le calcul d'autres indicateurs.

Ces indicateurs serviront de socle à la démarche de l'étude quantitative.<sup>21</sup>

### **2.2.2 Extraction des données statistiques :**

L'étude chiffrée des cas d'absentéisme est la première étape à suivre et dont il ne faut sous-estimer l'importance. Les données sur le personnel de l'établissement sont centralisées dans les logiciels de gestion du personnel. Bien que traitées localement par le service RH de l'établissement, le logiciel utilisé (ARPEGES) centralise l'ensemble des informations au niveau des HCL.

De plus, l'établissement utilise GESTOR comme logiciel de gestion de temps de travail. Cet outil intègre dans ses fonctionnalités un système de comptage de jours d'absences précis qui permet de renforcer l'exactitude des relevés statistiques.

L'objectif de cette prospection est de rassembler le plus possible d'informations sous la forme d'une base de données manipulable sous EXCEL afin de pouvoir ensuite les traiter librement en effectuant des croisements pertinents en fonction des indicateurs d'absentéisme retenus pour cette étude.

Cette tâche est essentielle afin d'obtenir des données plus détaillées que celles proposées dans la grille de lecture du bilan social de l'établissement. Dans une perspective de localisation des unités fonctionnelles les plus touchées par ce phénomène, il convient de dresser des statistiques séparées pour les différents services de l'établissement.

Les données doivent ensuite être vérifiées afin de s'assurer de la validité des chiffres collectés et de conserver une cohérence nécessaire à la suite de l'enquête.

Malgré le caractère objectif des données statistiques recueillies, l'interprétation des résultats est forcément empreinte d'une forte subjectivité. Se borner à une simple quantification de l'absentéisme n'est pas suffisant pour appréhender la complexité du phénomène. Pour dégager des facteurs explicatifs, voire à terme des plans d'actions, il

---

<sup>21</sup> Cf. annexe 1

faut obligatoirement passer par une phase que l'on pourrait qualifier d'analyse qualitative ou recueil des ressentis.

## **2.3 L'analyse qualitative**

Les causes détectées ne sont que des hypothèses qui restent à confirmer. "Lorsque les chiffres ne parlent plus, l'analyse quantitative doit céder la place à une analyse qualitative", explique Pascal Gallois. Une enquête sur le terrain s'impose : des entretiens avec le personnel des services ou des équipes les plus touchés par l'absentéisme doivent être organisés. L'objectif est d'amener les personnes à parler le plus librement possible de leurs satisfactions, de leurs attentes et de leurs mécontentements quant à leur travail. Ces entretiens doivent de préférence être réalisés par des intervenants neutres, n'ayant ni a priori sur la question, ni pouvoir de sanction sur les salariés. La qualité du diagnostic dépend en grande partie de la capacité de ces intervenants à installer une relation de confiance.

### **2.3.1 Le diagnostic par unité de soin**

En s'appuyant sur l'étude menée par le projet PHARES<sup>22</sup>, un outil d'aide au diagnostic s'appuyant sur plusieurs déterminants identifiés comme facteurs explicatifs a été élaboré. Cet outil a pour vocation de permettre à l'établissement, service par service, de faire l'auto-diagnostic d'absentéisme de son personnel des soins.

Il est composé d'un socle de signaux pouvant mettre sur la piste des facteurs engageant l'organisation de l'établissement et qui sont susceptibles d'avoir un impact sur les agents :

- Présence de facteurs d'auto entretien de l'absentéisme
- Importance de l'écart discours-réalité absentéisme
- Inadéquation du management de l'intervention
- Ampleur des tensions organisationnelles
- Eloignement des cadres
- Eloignement de la direction
- Degré d'auto ajustement contraint des équipes soignantes
- Eloignement des médecins

---

<sup>22</sup> Projet Hospitalier ligérien, Absentéisme, Recherche-intervention, Efficience et organisation, Santé au travail du 24 septembre 2012

La construction de cet outil a nécessité un partenariat avec la DSI et l'encadrement supérieur afin d'éprouver la robustesse et la pertinence des indicateurs retenus avant de le présenter aux cadres de proximité et le déployer dans leurs services respectifs<sup>23</sup>. Le travail de réflexion autour des signaux conduit l'établissement à devenir moteur de sa propre grille d'auto diagnostic. L'outil fournit un mapping visuel qui permettra d'identifier des champs d'intervention pertinents sur lesquels des plans d'action pourront être envisagés.

Cette coopération ne peut être efficace que si l'on insiste sur certains points de précaution auprès de ses collaborateurs :

- L'outil n'est pas autonome. Sa pertinence n'est valable que si les acteurs qui l'utilisent sont destinataires d'une démarche d'information et de compréhension du phénomène identifié par la recherche
- Il ne faut pas qu'il y ait confusion entre « outil d'aide au diagnostic » et « outil de prise de décision », il n'est qu'une forme d'aide à la réflexion
- Cet outil n'a pas prétention à l'exhaustivité et permet d'entrer dans une dynamique vertueuse d'appropriation et de compréhension de la problématique de GRH et d'organisation relative au phénomène d'absentéisme
- Au-delà de la compréhension des mécanismes engagés dans la problématique, l'outil a pour vocation de déterminer les leviers d'actions sur lesquels il faudra s'appuyer afin d'entrer dans une dynamique de résolution visant à réduire l'ampleur du phénomène.

Ma qualité d'élève AAH stagiaire non employé directement par l'établissement s'est révélé, pour cette partie de la mission, une plus-value non négligeable quant au recueil des données qualitatives sur le terrain.

En effet, la qualité du diagnostic dépend entre autre de la capacité des intervenants à instaurer une relation de confiance. Ma neutralité relative m'a permis un échange plus sincère avec les différents agents qui ont collaboré à l'élaboration de cet outil.

L'échantillon des personnes sollicitées pour répondre à ce questionnaire ne doit pas se restreindre seulement à l'encadrement de proximité, ni aux agents identifiés par l'étude quantitative comme « régulièrement absents ». Il doit s'agir d'une prospection large couvrant la plus large catégorie de personnel de soin afin d'avoir le panorama le plus objectif possible.

---

<sup>23</sup> Cf Annexe 3

### 2.3.2 L'analyse croisée des résultats

Les réponses à l'enquête sur le terrain ont été recueillies et sectorisées en fonction des unités impliquées dans l'étude. Une cartographie de l'incidence des indicateurs a été faite pour chaque service ainsi que le mapping virtuel pour chacun d'entre eux. Un panorama global de cette cartographie a été réalisé pour l'ensemble des secteurs et pour chacun des indicateurs retenu par l'équipe de pilotage.

Une moyenne de l'incidence des facteurs de risque a été produite afin de pouvoir dresser le mapping virtuel des résultats de l'étude diagnostique. Il m'a semblé pertinent d'associer à ces résultats les représentations des incidences initialement pressenties par la cadre supérieure de santé du pôle MCO ainsi que par la cadre supérieure de santé du pôle SSR afin de pouvoir comparer l'écart entre la représentation des agents et des cadres de proximité avec les représentations de l'encadrement supérieur.

Ces résultats sont consignés dans le tableau ci-après :

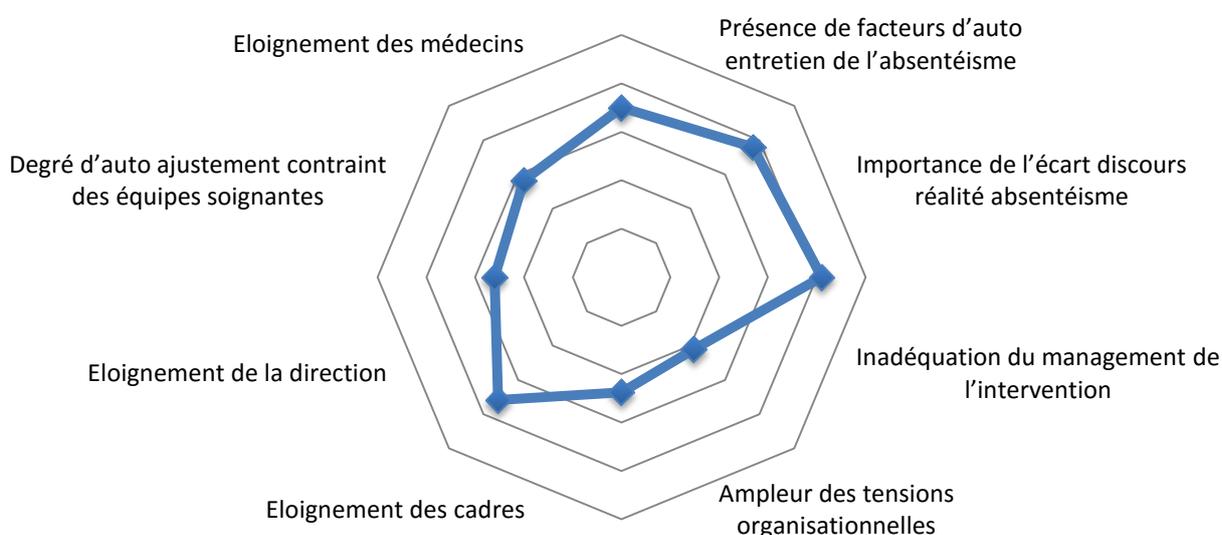
	Moyenne service	CS MCO	CS SSR
Présence de facteurs d'auto entretien de l'absentéisme	70,0%	100,0%	80%
Importance de l'écart discours réalité absentéisme	76,0%	60,0%	100%
Inadéquation du management de l'intervention	82,0%	0,0%	40%
Ampleur des tensions organisationnelles	42,0%	40,0%	80%
Eloignement des cadres	47,5%	33,0%	50%
Eloignement de la direction	71,65%	33,00%	83%
Degré d'auto ajustement contraint des équipes soignantes	52,0%	20,0%	80%
Eloignement des médecins	56,6%	66,0%	50%

On peut constater que si la représentation du cadre supérieur de santé du pôle SSR (CS SSR dans le tableau) est relativement proche des représentations des agents et des cadres de proximité (seul un delta est important au niveau de l'ampleur des tensions organisationnelles), celle du cadre supérieur de santé du pôle MC (CS MCO dans le tableau) s'en éloigne de manière plus significative.

Le delta le plus grand est relatif à l'inadéquation du management de l'intervention. Ceci dénote la volonté des équipes d'être plus associées aux projets de l'établissement. Ce sentiment de mise à l'écart des personnels n'était pas envisagé, tout du moins dans cette proportion, par l'encadrement supérieur et remet en perspective les hypothèses de représentation des agents par les cadres supérieurs de santé au départ de cette étude.

En prenant tout de même en compte l'importante subjectivité des résultats fournis pour cette étude, il semblerait que les personnels de soin souhaiteraient être plus consultés pour ce qui concerne les problématiques liées aux absences dans les services. Les soignants ont le sentiment que les directions, mais également l'encadrement de proximité dans une moindre mesure, ne répondent pas suffisamment à ce besoin d'échange, d'aide et de conseil.

## Mapping virtuel des résultats de l'étude diagnostique



Une analyse plus fine des résultats en faisant une comparaison croisées des indicateurs identifiés pour chaque facteur de risque entre les services a permis d'isoler ceux sur lesquels les représentations semblaient faire consensus <sup>24</sup>:

- La sollicitation des membres de l'équipe pour le remplacement d'un agent est un phénomène qui est réel et explicite
- A dire de soignants, les causes de l'absentéisme ne sont pas (principalement) liées aux conditions physiques du travail ou à des problèmes d'ergonomie
- Les taux d'absentéisme (tels qu'affichés dans le bilan social) augmentent ou sont à des niveaux importants et les modes de calculs de l'absentéisme ne sont pas connus de tous

<sup>24</sup> Cf. annexe 2

- A dire de cadres, les expérimentations sont peu fréquentes et sur des thématiques de GRH, la direction est peu innovante
- Il manque de concertation régulière entre la DRH et la DSI pour prendre des décisions en termes de gestion des effectifs et des compétences
- La direction n'a jamais fait inscrire des indicateurs de GRH (Taux AT/MP, Absentéisme, mensualité de remplacements, etc.) dans les contrats de pôle
- La direction et les cadres de proximité n'ont pas (ou plus beaucoup) de réunions de concertation sur la gestion des absences
- Les plaintes des équipes soignantes sur l'éloignement du terrain des cadres de proximité vont croissantes
- Les cadres passent plus de la moitié de leur temps de travail en réunions institutionnelles (réunions avec la direction par exemple)
- Les cadres ne renseignent pas systématiquement des indicateurs pour arbitrer les sollicitations des agents quant aux besoins de remplacement
- Les cadres donnent des directives en termes d'ajustement de la charge de travail à leur équipe en cas d'absence. Ils ont formalisé des repères de réorganisations en sous-effectif
- Les cadres de proximité n'ont pas suivi de formation en management depuis la sortie de leur école des cadres

Ces indicateurs dénotent bien la volonté que la construction du projet sur le pilotage de l'absentéisme soit le fruit d'une démarche partagée. Les personnels soignants de l'hôpital pourraient être porteurs des projets et se fédérer autour d'un avenir commun.

La démarche participative ne peut néanmoins se faire que dans la transparence. Pour associer le personnel des soins, il s'agit de construire une logique de collaboration forte entre la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins Infirmiers, avec des personnes ressources clairement identifiées à tous les niveaux ainsi qu'une communication la plus large possible.

Il ressort de cette analyse que le service est un échelon pertinent et que l'encadrement de proximité pourrait être un acteur clef dans la coordination entre les directions et les agents.

Les évolutions prochaines des différentes directions semblent poser un cadre propice à cette opportunité, mais il s'agit de voir de quelle manière il est possible d'associer le cadre de santé dans les politiques de gestion RH de l'établissement de manière efficace.

### **3 Comment intégrer le cadre de santé au sein de la politique RH**

L'encadrement de proximité a un rôle de relai entre les équipes et les échelons supérieurs.

En cas de difficulté, les agents se tournent automatiquement vers leur cadre.

Ils transmettent les attentes, les besoins mais aussi les préoccupations des agents. Ils jouent un rôle actif dans la transmission des informations car ils sont les destinataires de notes de service et des autres documents informatifs. La Direction passe par leur intermédiaire pour informer l'ensemble du personnel sur les actions entreprises, les réformes engagées, les consignes à appliquer. Une perspective pour améliorer la communication impose le renforcement de ce niveau hiérarchique. Ceci est nécessaire pour l'associer au pilotage des politiques RH en terme de suivi de l'absentéisme et pour améliorer la transmission de l'information auprès des agents à ce sujet.

L'Hôpital du Gier constitue un terrain idéal pour expérimenter une décentralisation relative des outils de gestion RH à destination des cadres de proximité puisque par anticipation de plusieurs départs dans l'équipe de direction de l'établissement, la Directrice des Soins se verra attribuer la responsabilité conjointe de la DRH et de la DSI dès l'issue de la visite de certification HAS de l'établissement début septembre et après la publication du rapport des experts visiteurs.

#### **3.1 Le rôle du cadre de santé**

##### **3.1.1 Une ressource essentielle à l'échelon local**

Les établissements sont soumis à des contraintes institutionnelles fortes, qui bouleversent les organisations du travail et les conditions de prise en charge du patient. Les réformes impulsées par la tutelle ou par d'autres acteurs (ministère, ARS, HAS, ANAP...) conduisent les hôpitaux à devoir adapter leur mode de fonctionnement de manière beaucoup plus soutenue que dans les périodes précédentes et à décliner les changements en cascade dans tous les pôles/services/unités. Sur le terrain, l'encadrement de proximité se retrouve alors au cœur des transformations : il est à la fois relayeur des réformes initiées par leur hiérarchie, acteur du changement mais également représentants des équipes soignantes. D'un côté, les cadres, généralement eux-mêmes anciens professionnels de terrain, relayent le point de vue des équipes et sont conscients des conséquences liées aux contingentements d'effectifs. D'un autre côté, ils constituent

les acteurs par qui les évolutions des organisations du travail sont concrètement mises en place quotidiennement (plannings de roulement, solutionner les difficultés logistiques, de soins administratives...).

Cette activité de régulation quotidienne du travail opérationnel, est toujours une part stratégique du travail du cadre. Elle le devient d'autant plus lorsque le contexte de l'activité devient contraignant. Or tel est bien le cas à l'hôpital du Gier, avec l'accroissement de l'activité, la rotation de plus en plus forte des patients, la tension sur les structures d'accueil en aval, l'accueil de patient présentant des pathologies souvent plus lourdes et une grande exigence des familles.

Dans ce contexte qui élève le niveau des contraintes de type industrielles (débit de production), marchandes (relation avec le patient et la famille) et événementielles (aléas dans l'évolution clinique du patient) s'ajoutent les conséquences d'un absentéisme croissant des personnels de soins dont l'impact sur les organisations n'est pas à négliger. Le cadre est alors une ressource plus que jamais essentielle aux équipes pour construire les multiples ajustements du quotidien permettant de faire face à ces contraintes.

### **3.1.2 Un acteur à l'échelle de l'établissement**

L'activité des cadres de santé est principalement composée de la gestion des plannings et effectifs des équipes dont ils ont la charge, de l'évaluation annuelle des agents, de la gestion des défaillances des fonctions transversales de l'établissement comme les approvisionnements de leurs services, et du déploiement des projets de réorganisation ou autres démarches institutionnelles pilotés au niveau de l'établissement. Ce dernier point est particulièrement important en volume de temps qu'il représente, et qui s'effectue forcément au détriment des autres missions, et notamment celle du pilotage des organisations. En impliquant de manière importante les cadres sur la vie de l'institution, les unités de soins sont privées d'un acteur important et légitime pour porter l'élaboration des solutions plus collectives, plus durables que celles qui sont « bricolées » par les professionnels eux-mêmes au gré des événements, et au caractère forcément plus éphémères.

Pour ce qui concerne le champ de l'organisation de l'encadrement de proximité, lorsqu'ils sont disponibles pour se rapprocher des équipes, ils adoptent principalement une attitude différenciée au cas par cas pour soulager ceux qui sont en difficulté, au détriment d'une reprise en main et d'un pilotage de l'organisation pour l'adapter à la gestion des perturbations, ou alors uniquement par le biais d'un objectif d'augmentation de l'effectif. La posture de l'entraide plutôt que de réinterroger l'organisation fait apparaître le besoin

d'un accompagnement sur le champs de modélisation de l'organisation et du développement des outils et méthodes qui doivent prioritairement cibler une vision plus collective des charges de travail.

L'enjeu est de permettre aux cadres de sortir d'une appartenance au référentiel de bonnes pratiques pour aller vers un management de la réflexion collective sur le retour des expériences de perturbation afin de conduire un processus de réélaboration des règles de la pratique adaptées aux contexte de l'activité. En termes de management, il s'agit d'un point essentiel dont la plus-value se mesure tant sur la maîtrise des objectifs de l'organisation que sur la qualité du travail perçue par les professionnels eux-mêmes.

Or, au moment même où ces données de contexte supposerait une plus grande présence de l'encadrement dans la régulation du travail opérationnel, l'une des observations les plus importantes que l'étude diagnostique menée dans l'établissement sur la base de l'outil développé dans le projet PHARES serait que les cadres, qu'il s'agisse de l'encadrement supérieur ou de l'encadrement de proximité se seraient éloignés des problèmes opérationnels de leur équipes et des patients d'une part, mais ne seraient également que trop peu associés à l'orientation des politiques RH menées au sein de l'établissement.

Cette observation a été soulignée par la plupart, si ce n'est la majorité, des unités qui ont renseigné le questionnaire de cette étude. Il convient donc de s'interroger sur les transformations du rôle des cadres et comment faire pour les rendre plus accessibles par leurs équipes, comment les associer de manière plus efficiente aux projets d'établissement sans pour autant négliger leur fonction de management et d'animation transversale.

### **3.2 L'éloignement des cadres du terrain**

Les agents, de l'établissement, mais également la plupart des cadres de proximité, constatent leur éloignement progressif du terrain. Beaucoup se sentent comme « enfermés » dans les taches de gestions (gestion des plannings, gestion des entrées/sorties des malades, gestion de l'absentéisme des agents au sein du service...), mais également très sollicités par une multiplication de séquences de travail en réunion, soit dans le cadre de la gestion du pôle, soit à l'occasion de développement de nouveaux projets impulsés par la direction des soins infirmiers. Il en ressort généralement que les cadres ne sont finalement que peu disponibles pour les équipes, soit parce qu'ils sont physiquement absents du service, soit parce que lorsqu'ils y sont, ils ne se consacrent qu'au travail de gestion en retard dans leur bureau.

La première conséquence de cet éloignement du cadre de la coordination de l'activité concrète est que le travail de l'encadrement n'est pas toujours clairement compris par le personnel de soin. Ces derniers ont parfois du mal à faire le lien entre les représentations qu'ils ont du rôle du cadre avec son activité réelle.

Du côté des cadres, pouvoir consacrer du temps à l'équipe, aux patients, au meilleur pilotage opérationnel du soin, à la construction d'une meilleure organisation médicale résume assez bien l'horizon de leurs espérances, souvent déçues. Dans le même temps, les cadres insistent tous sur l'importance pour eux de ne pas être trop présents dans les tâches de soin.

Cette position peut résulter d'une aspiration des cadres de ne plus du tout faire de soins, même en remplacement d'une absence, et à se consacrer exclusivement aux tâches de gestion et d'organisation. Pour eux, le mode de présence sur le terrain comme personnel soignant est généralement exclu.

En revanche, l'éloignement du terrain, par manque de temps à consacrer aux équipes est sources d'autres difficultés qui ne sont qu'indirectement liées aux soins et qui aboutissent généralement à des remises en question d'efficacité en terme de management d'équipe.

Le cadre est souvent vu, du point de vue des soignants comme un vecteur de soutien, de montée en compétences et de réassurance de l'équipe : le cadre peut effectivement être sollicité pour conseiller les soignants sur la prise en charge d'un patient difficile ou d'un acte technique délicat. La position d'expertise qu'occupe le cadre de par son expérience antérieure sur le terrain est souvent recherchée par les agents pour partager la charge, la responsabilité d'une décision difficile, insécurisante, qu'ils pourraient avoir à porter seuls. Cette recherche de soutien est, en quelque sorte, une manière de faire baisser le poids psychologique de la charge de travail.

Ce manque de disponibilité serait en partie dû, aux dires des agents, aux projets auxquels les cadres sont associés. Ces projets sont souvent associés à des entraves dans l'agenda de cette personne ressource. Les projets qui éloignent les cadres du terrain sont souvent d'origine extérieure au service et sont généralement portés par les pôles ou la Direction des soins. Ils ne sont pas nécessairement impulsés pour répondre à des difficultés de fonctionnement ou des difficultés rencontrées mais plutôt pour répondre à des opportunités sur lesquels l'encadrement supérieur souhaite agir pour anticiper l'organisation de ses services à la suite d'une obligation future inévitable ou pour montrer sa capacité d'innovation et se mettre en meilleure position afin de pouvoir négocier des ressources. L'importante sollicitation de l'encadrement de proximité à l'HdG par la

direction de la qualité pendant la période de stage en vue de préparer la visite de certification HAS en est un bon exemple.

Dans ce contexte les cadres de proximité risquent de passer beaucoup de temps sur des projets déconnectés du service plutôt que sur des projets d'unité dont l'urgence semble moindre et que les cadres n'arrivent pourtant pas à solutionner.

Ce sont généralement les multiplications de ces projets descendants, sans lien avec les difficultés opérationnelles des équipes, qui sont dénoncés par les cadres et le personnel de soin.

Ceux-ci plaident plutôt pour une logique de déclenchement des projets différente basée sur une construction ascendante mise en place dans les services et proposée à l'échelon supérieur après une commande de ce dernier. Cette logique d'organisation, aussi porteuse de bon sens soit-elle, reste compliquée à envisager dans la mesure où il n'existe, pour le moment, pratiquement aucun espace de discussion centré sur l'équipe et l'organisation.

Dans ce sens, nous pouvons rejoindre les propos de Sainsaulieu<sup>25</sup>, soulignant que l'encadrement intermédiaire pourrait alors être conçu comme un cadre à part entière ou une compétence développée à partir du métier d'origine.

Ainsi, les cadres de santé s'appuient sur leur métier d'origine pour travailler. Le rôle de cadre n'est pas en opposition avec celui de soignant, il en constitue plutôt un prolongement. Il est à noter que si la délégation de certaines tâches d'encadrement à des « personnes référentes » constitue un moyen de responsabiliser l'équipe, elle contribue également à répartir la fonction de cadre entre plusieurs participants, et donc à limiter le clivage entre encadrant et exécutants. La répartition des rôles au sein de l'équipe permet à l'encadrant de ne pas s'enfermer dans sa fonction. Nous pouvons interpréter cette décision comme une tentative de s'aménager des latitudes autour du rôle d'encadrant, visant à la fois une plus grande efficacité des tâches, et une dilution du rôle d'encadrant.

Il est souhaitable de lancer au niveau des services une dynamique de projets en lien ou en déclinaison avec la stratégie de l'établissement. L'un des objectifs de la démarche est de redonner du sens au travail collectif, de cimenter la solidarité des équipes, de mobiliser les agents.

---

<sup>25</sup> Renaud Sainsaulieu de Pourquoi j'irais travailler, Eyrolles, Septembre 2003

### **3.3 Des pistes pour associer le cadre avec la politique de pilotage RH de l'absentéisme**

#### **3.3.1 L'entretien de retour**

Le rôle de l'encadrement par rapport à la question de l'absentéisme ne saurait en effet se résumer à la seule gestion technique des absences (modification de planning notamment). Or le caractère complexe de la gestion des absences explique en partie sinon le désintérêt, du moins le faible investissement des cadres dans le champ du « management de la santé » de leurs agents. Mais cette phase de réflexion sur un rôle peu assumé jusqu'alors, pose la question des contours à lui donner<sup>26</sup>. Ni psychologue à la place du psychologue, ni machine à culpabiliser les absents, quelle peut-être la fonction du cadre de proximité dans ce management ?

Si certains comportements peuvent sembler relever du simple bon sens, la pratique montre des oublis répétés de certaines bonnes pratiques :

- Appel de l'agent pour s'enquérir de sa situation et lui témoigner de l'attention
- Un accompagnement privilégié lors de sa reprise de poste

Mais l'intérêt de la procédure porte surtout sur l'anticipation des absences et la gestion de l'après absence. En effet, manager la santé, c'est aussi savoir dire en amont à un agent visiblement en état de souffrance physique ou psychique de voir son médecin, d'en parler à une personne compétente. Or, on constate généralement un refus de l'agent de ménager son activité au nom de l'équipe, refus le plus souvent contreproductif. L'arrêt de travail, lorsqu'il arrive dans ce contexte difficile d'épuisement, est vécu par la suite sur le mode de l'échec, avec parfois un sentiment de culpabilité qui rend le retour au poste de travail souvent plus difficile et plus tardif. Il pourrait être reconnu comme relevant du rôle du cadre d'identifier les situations à risque et d'offrir à l'agent en souffrance les possibilités d'aménagement de poste, partiel ou ponctuel.

A cette action de prévention en amont s'ajoute un suivi à vocation préventive en aval. Ainsi, lorsque le cadre constate des absences maladies répétées, il doit formaliser un entretien de retour avec l'agent afin de pouvoir en discuter avec lui.

Ces entretiens n'ont pas pour vocation de culpabiliser l'agent par rapport à cette situation, mais de lui présenter les champs des possibles pour améliorer la prise en charge de sa santé, les possibilités d'aide offertes au sein de l'établissement (médecine du travail, psychologue du travail, services sociaux...) et de le responsabiliser. Si le droit du travail

---

<sup>26</sup> Attendance Promotion Guideline by Wayne Baleshin – Stephanie Hennessy 2003

français invite moins à pareille responsabilisation de l'agent quant à ses devoirs de préservation de son capital santé, une telle approche pourrait permettre des résultats particulièrement significatifs.

L'entretien de retour peut très bien révéler que l'absence de l'agent n'a que peu de lien avec l'organisation des services, mais peut-être liée à des problèmes plus personnels auxquels les agents ne trouvent pas de solutions. Un aiguillage vers les services sociaux et de médecines préventives adaptées de l'établissement peut permettre de résoudre ces problèmes plus facilement.

Les enjeux de cet espace de discussion sont multiples :

- Faciliter la réintégration de l'agent
- Détecter les signaux de malaise au travail ou de dysfonctionnement dans l'unité
- Révéler les facteurs organisationnels sur lesquels il serait pertinent d'agir

Mais au-delà des qualités organisationnelles de ces enjeux, ce dispositif permet de placer l'agent au centre de son organisation en lui permettant de devenir acteur.

Le cadre apparait comme chargé de l'articulation entre travail prescrit et travail réel, chargé de trouver un compromis acceptable entre les différentes représentations du travail de chacun tout en essayant de transformer le point de vue des agents en moteur de la dynamique organisationnelle.

### **3.3.2 Des entretiens d'évaluations repensés**

Une présence plus régulière aux transmissions permet au cadre d'apprécier de manière plus objective la capacité qu'on les agents à faire une synthèse de leur pratiques, à assurer la bonne prise en charge globale du patient. Cette présence régulière sur le terrain est nécessaire pour redonner du sens aux entretiens annuels d'évaluation dont la représentation actuel ne revêt qu'un exercice administratif obligatoire éloignant d'autant plus le cadre du terrain.

Les entretiens d'évaluation peuvent être repensés et déclinés en termes d'objectifs à atteindre. Ils deviennent ainsi une occasion pour le cadre et l'agent de faire un bilan sur l'année écoulée et de vérifier si les objectifs définis ont été atteints. De nouveaux objectifs seront ensuite élaborés pour l'année suivante.

Ces entretiens auront, s'ils sont bien menés, un impact certain sur la motivation des agents. Ils institutionnalisent le dialogue entre le cadre et ses agents et sont un moment d'échanges, d'écoute réciproque. Le bilan permet à chacun d'exprimer ses ressentis, ses attentes. Il s'agit donc d'un exercice difficile mais valorisant pour les agents et les cadres.

### 3.3.3 Une formation renforcée

La formation des cadres de santé comporte deux axes : la formation initiale et la formation tout au long de la carrière. La première est assurée par une école, généralement rattachée au CHU alors que la seconde concerne essentiellement des formations institutionnelles.

La formation initiale apparaît insuffisante sur de nombreux points : si elle apporte des outils basiques ils ne sont pas suffisants. Les cadres de santé positivent en soulignant la qualité des échanges qu'elle permet de construire, les moments d'introspection qu'elle facilite.

Pour autant, certains d'entre eux regrettent l'impression de vécu en « circuit fermé » qu'ils ont pu connaître lors de leurs cursus. Or, tout laisse à penser que la représentation de la formation est mieux perçue lorsque le cadre peut suivre des stages dans d'autres établissements, à l'étranger ou même des formations extrahospitalières (instituts de formation universitaire...).

Multiplier ou encourager l'ouverture vers l'extérieur pourrait permettre aux encadrants de développer leurs expériences du terrain pour mieux endosser leur rôle.

Cependant, une déconcentration des outils de gestion RH à destination des cadres demande des qualités managériales qui ne sont peut-être que partiellement acquises.

Les formations des écoles de cadres ne prévoient qu'un enseignement limité aux sciences de gestions, à la théorie des organisations, au rôle du manager, au leadership...

La légitimité des cadres ne provient en grande partie que de leur trajectoire professionnelles, du fait qu'ils soient d'anciens agents de terrain, mais non moins d'une compétence particulière dans la gestion des équipes et des RH.

A dire de cadre, leur métier comporte une part importante de savoir-être et quelques compétences en planification des ressources qui ne sont pas directement liées à leur formation et qualification de soignants.

Comment développer une nouvelle activité de soins sans imaginer la manière dont elle s'insérera dans l'organisation existante (quel rattachement de pôle, quelles coopérations internes, quel impact sur la gestion administrative...?) Comment décider un regroupement d'activités, de structures, d'établissements, sans s'assurer des capacités managériales pour les conduire?

Il est vraisemblable qu'une partie des échecs des restructurations hospitalières résultent d'un manque de prise en compte des ressources managériales nécessaires pour les réussir. A l'heure où s'affichent des coopérations fortes sur les territoires de santé,

identifier les potentiels des managers - cadres hospitaliers compris - à porter ces changements, apparaît incontournable.

Le projet d'établissement semble être la ressource idéale pour travailler la cohérence entre stratégie et management<sup>27</sup>. Inclure un plan de management à l'intérieur du projet d'établissement pourrait être une alternative pour associer tous les acteurs du management de l'hôpital (aussi bien au sein des directions fonctionnelles, que l'encadrement supérieur et de proximité, sans pour autant oublier d'y associer les représentants de la communauté médicale).

Les objectifs d'un tel espace de travail sont de préciser les priorités pluriannuelles pour développer les organisations et les compétences des managers qui doivent y être associées.

Il devrait permettre de faire le bilan du fonctionnement des circuits de décision, d'aborder des thèmes comme la communication managériale, la valorisation des cadres, de modifier et préciser ce qui doit l'être, etc...

Mais le projet managérial doit être d'abord exister pour débattre dans l'établissement sur ce que doit être « un bon management » afin de lancer une réflexion générale sur ce thème.

Il est aussi un moyen de fédérer les différents acteurs, de dépasser les oppositions entre soin et gestion économique, de mieux communiquer et de partager une culture décisionnelle au bénéfice de la communauté.

---

<sup>27</sup> DE SINGLY Chantal : « Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers » Ministère de la santé et des sports Septembre 2009

## Conclusion

Comme l'indiquait très ironiquement l'illustrateur de l'Express, « Mix et Remix », dans un de ses dessins satirique publié dans l'article du même journal consacré au « Ravages de l'absentéisme dans la fonction publique »<sup>28</sup> : Lutter contre l'absentéisme... C'est trop de boulot !

La gestion de l'absentéisme du personnel soignant dans les établissements publics de santé représente en effet une charge de travail importante, mais nécessaire pour tenter de comprendre et de maîtriser un phénomène en constante augmentation.

Les leviers d'action sur lesquels peuvent jouer les pilotes d'un projet de gestion sont nombreux : levier réglementaire, d'organisation, du système de gestion, relationnel, culturel...

Les outils pouvant être déployé au sein des services le sont tout autant : charte d'absentéisme, tableaux de bord de suivi de l'absentéisme, tableaux de bord du suivi des remplacements des personnels absents, pool de remplacement, CHSCT...

Afin de répondre à ces exigences, une cohésion ainsi qu'une coordination entre la DRH et la DSI autour de cette problématique est nécessaire. Ceci implique une transparence de fonctionnement ainsi qu'une décentralisation relative des outils de gestion RH vers les personnels d'encadrement et une responsabilisation des acteurs.

Si le service est probablement l'échelon de référence en termes de lieu d'action à l'échelle locale, un des acteurs clé d'un bon pilotage est l'encadrement de proximité.

Dans un contexte où les politiques de management des établissements de santé sont en constante évolution, il peut sembler judicieux d'y associer de manière plus forte les cadres de santé.

Repenser la fonction cadre et adopter un modèle ascendant de conduite de projet à partir des agents pourrait être un bon moyen de fédérer le personnel autour des valeurs de l'établissement, de revaloriser une identité professionnelle parfois remise en doute par les agents eux-mêmes.

Il s'agit de responsabiliser les personnels en les rendant acteurs, avec le cadre comme personne référente identifiée.

Il s'agit là d'un projet ambitieux que pourrait mener la nouvelle direction conjointe de la GRH et des Soins Infirmiers de l'Hôpital du Gier.

Les résultats d'une telle entreprise ne pourront être perceptibles que sur le long terme et les actions correctrices et préventives devront être suivies et encadrées par l'ensemble des acteurs de management de l'établissement, dans une logique coopérative.

---

<sup>28</sup> L'Express N°3336 semaine du 10 au 16 juin 2015

---

# Bibliographie

---

## Rapports

- Projet régional PHARES – 24 septembre 2012 « *Projet Hospitalier ligérien, Absentéisme, Recherche-intervention, Efficience et organisation, Santé au travail* »
- DGOS – CHSCT du 14 juin 2012 « *Absentéisme dans les EPS, résultats et évolutions* »
- DE SINGLY Chantal : « *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers* » Ministère de la santé et des sports Septembre 2009
- SEMACHE Sabrina : « *Le cadre hospitalier : un nouvel acteur en RH ?* » 2012
- ATIH « *Analyse des Bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2012* » Janvier 2014

## Ouvrages :

- BRAMI, Laurent, « *L’Absentéisme des personnels soignants à l’hôpital, comprendre et agir* », Edts Presses des Mines
- GALLOIS, P., « *L’Absentéisme, comprendre et Agir* », Edts Liaisons, 24 août 2005
- ROUSSEAU, T, « *L’Absentéisme, outils et méthodes pour agir* », Edts Réseau ANACT 2009
- ESTRYN-BEHAR, Madeleine, « *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe* », Presse de l’EHESP, 2008
- BALESHIN Wayne – HENNESSY Stephanie « *Attendance Promotion Guideline* » 2003
- SAINSAULIEU Renaud « *Pourquoi j’irais travailler ?* », Eyrolles, Septembre 2003
- H. LETEURTRE : « *Audit de l’absentéisme du personnel hospitalier* » Berger-Levrault 1995

## Loi et instructions ;

- *Circulaire DGOS/MEIMMS/PF2/ATIH no 2012-399 du 26 novembre 2012* relative à la généralisation des indicateurs absentéisme et *turnover* des personnels dans les établissements publics de santé

**Articles :**

- *RANDON, Sophie : « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale. », Management & Avenir N°49 Septembre 2009*

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Liste des indicateurs retenus pour le tableau de bord

Annexe 2 : Résultat de l'étude diagnostique

Annexe 3 : Outil d'aide au diagnostic

## Annexe 1 : Liste des indicateurs retenus pour le tableau de bord

<b>Indicateur 1</b>	<b>Nombre de jours d'absence</b>
<b>Mode de calcul</b>	Nombre de jours total de non présence sur le lieu de travail en dehors de congés annuels, RTT, repos hebdomadaires et journées de récupération
<b>Description et périmètre</b>	Indicateur central mais non nécessairement utilisé pour lui-même, la périodicité retenue pour le calcul de cet indicateur peut être mensuelle ou annuelle, Il doit pouvoir être effectué en fonction des différentes catégories de métiers, pour chaque unité et pour tout l'établissement

<b>Indicateur 2</b>	<b>Nombre de jours d'absence par ETP</b>
<b>Mode de calcul</b>	$I1/\text{Nombre d'ETP}$
<b>Description et périmètre</b>	Le nombre d'ETP est une moyenne du nombre d'ETP au jour le jour, Le calcul de cet indicateur doit pouvoir être effectué en fonction des différentes catégories de métiers, pour chaque unité et pour tout l'établissement

<b>Indicateur 3</b>	<b>Nombre de jour d'absence (logique arrêts)</b>
<b>Mode de calcul</b>	Nombre de jours d'absence en dehors des congés annuels, RTT, repos hebdomadaires et journées de récupération (les absences pour maladies sont évaluées par le nombre de jours d'arrêt)
<b>Description et périmètre</b>	Cet indicateur réintroduit une logique administrative, Les absences comptées dans cet indicateur ne correspondent pas nécessairement à des non présences sur le lieu de travail car l'arrêt maladie (tel que saisi par les services RH) porte sur une durée sur laquelle il n'était pas nécessairement prévu que l'agent vienne en totalité, La périodicité retenue peut être mensuelle ou annuelle

<b>Indicateur 4</b>	<b>Nombre de jours d'absences par ETP (logique arrêts)</b>
<b>Mode de calcul</b>	$I3/\text{Nombre d'ETP}$
<b>Description et périmètre</b>	Le calcul de cet indicateur doit pouvoir être effectué en fonction des différentes catégories de métiers, pour chaque unité et pour tout l'établissement, Le nombre de jour d'absences sont comptés en logique arrêts

<b>Indicateur 5</b>	<b>Taux d'absence</b>
<b>Mode de calcul</b>	$I1/(I6 \times \text{Nombre d'ETP})$
<b>Description et périmètre</b>	Les ETP correspondent à toutes les catégories de statuts confondues, La périodicité retenue pour le calcul de cet indicateur peut être annuelle ou mensuelle

<b>Indicateur 6</b>	<b>Nombre de jours de présence théorique moyen pondéré</b>
<b>Mode de calcul</b>	$(\text{Nombre d'ETP à nombre de jours } N1 \times N1 + \text{Nombre d'ETP à nombre de jours } N2 \times N2 + \dots) / \text{Nombre d'ETP}$
<b>Description et périmètre</b>	Calcul intermédiaire servant à I5, Les ETP correspondent à toutes catégories confondues

<b>Indicateur 7</b>	<b>Taux d'absence (logique arrêts)</b>
<b>Mode de calcul</b>	$I3 / (365 \times \text{Nombre d'ETP})$
<b>Description et périmètre</b>	Les ETP correspondent à toutes catégories de statuts confondues, 365 est le nombre de jours à retenir au dénominateur si la périodicité de calcul de l'indicateur est annuelle (on retiendra sinon, 30, 31... selon la périodicité)

<b>Indicateur 8</b>	<b>Fréquence d'arrêts très courts</b>
<b>Mode de calcul</b>	Nombre d'arrêts d'une durée inférieure ou égale à 3 jours (quel que soit le niveau d'anticipation, le motif de l'arrêt)
<b>Description et périmètre</b>	Calcul pour différentes catégories de métiers (IDE, AS, ASH, etc.) pour chaque unité et pour tout l'établissement pour toutes catégories de statut confondues. On réintègre dans le calcul les AEA. La périodicité retenue pour ce calcul peut être annuelle ou mensuelle

<b>Indicateur 9</b>	<b>Fréquence d'arrêts courts</b>
<b>Mode de calcul</b>	Nombre d'arrêt d'une durée supérieure ou égale à 4 et inférieure ou égale à 7 jours (quel que soit le niveau d'anticipation, le motif de l'arrêt)
<b>Description et périmètre</b>	Calcul pour différentes catégories de métiers (IDE, AS, ASH, etc.) pour chaque unité et pour tout l'établissement pour toutes catégories de statut confondues. On réintègre dans le calcul les AEA. La périodicité retenue pour ce calcul peut être annuelle ou mensuelle

<b>Indicateur 10</b>	<b>Fréquence d'arrêts moyennement courts</b>
<b>Mode de calcul</b>	Nombre d'arrêt d'une durée supérieure ou égale à 8 et inférieure ou égale à 21 jours (quel que soit le niveau d'anticipation, le motif de l'arrêt)
<b>Description et périmètre</b>	Calcul pour différentes catégories de métiers (IDE, AS, ASH, etc.) pour chaque unité et pour tout l'établissement pour toutes catégories de statut confondues. On réintègre dans le calcul les AEA. La périodicité retenue pour ce calcul peut être annuelle ou mensuelle

<b>Indicateur 11</b>	<b>Fréquence d'arrêt de durée longue</b>
<b>Mode de calcul</b>	Nombre d'arrêt d'une durée supérieure strictement à 21 jours (quel que soit le niveau d'anticipation, le motif de l'arrêt)
<b>Description et périmètre</b>	Calcul pour différentes catégories de métiers (IDE, AS, ASH, etc.) pour chaque unité et pour tout l'établissement pour toutes catégories de statut confondues. On réintègre dans le calcul les AEA. La périodicité retenue pour ce calcul peut être annuelle ou mensuelle

<b>Indicateur 12</b>	<b>Ratio de spécificité de l'absentéisme</b>
<b>Mode de calcul</b>	exemple pour les IDE: $(I1(\text{IDE})/I1)/(\text{Nombre d'ETP}(\text{IDE})/\text{Nombre d'ETP Total})$
<b>Description et périmètre</b>	Evalue la perturbation liée au fait que l'absence d'un agent de catégorie de métier faiblement doté en effectif est plus forte que pour un agent d'une catégorie de métier plus fortement dotée en effectif. Peut-être pertinent de faire le calcul pour différents motifs d'absence. La périodicité retenue pour cet indicateur peut être mensuelle ou annuelle

<b>Indicateur 13</b>	<b>Insuffisance théorique d'effectif</b>
<b>Mode de calcul</b>	Nombre de jours total où l'effectif théorique n'est pas respecté
<b>Description et périmètre</b>	Indicateur devant être croisé avec des indicateurs de charge de travail. La périodicité retenue pour cet indicateur peut être annuelle ou mensuelle

<b>Indicateur 14</b>	<b>Fréquence d'atteinte d'effectifs minimum</b>
<b>Mode de calcul</b>	Nombre de jours total où l'effectif minimum est atteint (en dehors des dimanches et jours fériés)
<b>Description et périmètre</b>	Peut-être utile de distinguer les effectifs de jour et les effectifs de nuit. La périodicité retenue pour le calcul de cet indicateur peut être annuelle ou mensuelle

<b>Indicateur 15</b>	<b>Elasticité</b>
<b>Mode de calcul</b>	Nombre de rappels à la demande des cadres ou de la DRH
<b>Description et périmètre</b>	Tous types de rappels (dont RTT par exemple). Utile de coupler cet indicateur avec les indications de I6. La périodicité retenue pour cet indicateur peut être mensuelle ou annuelle

<b>Indicateur 16</b>	<b>Perturbation perçue</b>
<b>Mode de calcul</b>	Nombre de jours perçus comme perturbés par une absence compte tenu de la charge de travail
<b>Description et périmètre</b>	Indicateur subjectif à dire d'acteur (encadrement de proximité) qui donnerait une note de perception de l'intensité de la perturbation à la fin de chaque mois.

## Annexe 2 : résultat de l'étude diagnostique

Axes	UNITE 1	UNITE 2	UNITE 3	UNITE 4	UNITE 5	UNITE 6	UNITE 7	UNITE 8	UNITE 9	UNITE 10	
Présence de facteurs d'auto entretien de l'absentéisme	60,0%	80,0%	80,0%	40,0%	80,0%	80,0%	60,0%	100,0%	60,0%	60,0%	70,0%
Importance de l'écart discours réalité absentéisme	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	100,0%	40,0%	60,0%	80,0%	80,0%	76,0%
Inadéquation du management de l'intervention	80,0%	60,0%	80,0%	60,0%	60,0%	100,0%	100,0%	80,0%	100,0%	100,0%	82,0%
Ampleur des tensions organisationnelles	40,0%	60,0%	40,0%	60,0%	60,0%	40,0%	20,0%	40,0%	20,0%	40,0%	42,0%
Éloignement des cadres	58,3%	58,3%	50,0%	41,7%	41,7%	58,3%	41,7%	33,3%	41,7%	50,0%	47,5%
Éloignement de la direction	66,6%	50,0%	83,3%	66,6%	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%	50,0%	50,0%	71,7%
Degré d'auto ajustement contraint des équipes soignantes	60,0%	0,0%	60,0%	40,0%	80,0%	40,0%	40,0%	60,0%	60,0%	80,0%	52,0%
Éloignement des médecins	66,6%	83,3%	0,0%	16,6%	100,0%	50,0%	66,6%	33,3%	66,6%	83,3%	56,6%

	Moyenne service	CS MCO	CS SSR
Présence de facteurs d'auto entretien de l'absentéisme	70,0%	100,0%	80%
Importance de l'écart discours réalité absentéisme	76,0%	60,0%	100%
Inadéquation du management de l'intervention	82,0%	0,0%	40%
Ampleur des tensions organisationnelles	42,0%	40,0%	80%
Eloignement des cadres	47,5%	33,0%	50%
Eloignement de la direction	71,65%	33,00%	83%
Degré d'auto ajustement contraint des équipes soignantes	52,0%	20,0%	80%
Eloignement des médecins	56,6%	66,0%	50%

Axe	Signaux	UNITE 1	UNITE 2	UNITE 3	UNITE 4	UNITE 5	UNITE 6	UNITE 7	UNITE 8	UNITE 9	UNITE 10	Moyenn e
Présence de facteurs d'auto entretien de l'absentéisme	Les modalités de gestion de l'absentéisme consistent à solliciter majoritairement les membres titulaires de l'équipe pour le remplacement d'un agent											80%
	Les agents remplaçants ne détiennent pas des compétences similaires (expertise, connaissance du fonctionnement du service) à celles des agents absents											60%
	<b>La sollicitation des membres de l'équipe pour le remplacement d'un agent est un phénomène qui est réel et explicite</b>											100%
	Les membres de l'équipe ont le sentiment d'une sur-sollicitation											80%
	Pour un remplacement de plus de 15 jours, l'agent remplaçant ne suit pas un parcours d'intégration plus ou moins formalisé											30%
Importance de l'écart discours réalité absentéisme	Les taux d'absentéisme (tels qu'affichés dans le bilan social) augmentent ou sont à des niveaux importants et la problématique n'apparaît pas comme un élément important pour les soignants (à dire de soignants)											80%
	<b>A dire de soignants, les causes de l'absentéisme ne sont pas (principalement) liées aux conditions physiques du travail ou à des problèmes d'ergonomie</b>											100%
	Les taux d'absentéisme (tels qu'affichés dans le bilan social) augmentent ou sont à des niveaux importants et les taux d'absentéisme ne sont produits que pour le bilan social											80%
	<b>Les taux d'absentéisme (tels qu'affichés dans le bilan social) augmentent ou sont à des niveaux importants et les modes de calculs de l'absentéisme ne sont pas connus de tous</b>											100%
	Les taux d'absentéisme (tels qu'affichés dans le bilan social) augmentent ou sont à des niveaux importants et la problématique n'est traitée par aucune des instances formelles ou non de l'établissement (CHSCT,etc.)											20%

Axe	Signaux	Unité 1	UNITE 2	UNITE 3	UNITE 4	UNITE 5	UNITE 6	UNITE 7	UNITE 8	UNITE 9	UNITE 10	Moyenne
Inadéquation du management de l'intervention	Il existe dans l'établissement ou le service un grand nombre de groupes projets et peu de documents permettant de connaître l'état d'avancement des travaux de ces groupes											80%
	L'établissement a candidaté sur plusieurs appels à projets et les cadres n'en sont pas tous informés											90%
	Les espaces de concertation et d'information sur les grands projets sont les seules instances formelles (CHSCT, etc.)											90%
	A dire de cadres, les expérimentations sont peu fréquentes et sur des thématiques de GRH, la direction est peu innovante											100%
	A dire de direction, il n'est possible d'avancer aucun projet lié aux thématiques de GRH sans soulever une hostilité forte des soignants											50%

Ampleur des tensions organisationnelles	Les taux d'absentéisme (tels qu'affichés dans le bilan social) augmentent ou sont à des niveaux importants											60%
	Les arrêts de courte ou très courte durée sont de plus en plus fréquents											50%
	Les instances de l'établissement ont de plus en plus de cas de conflits entre agents qui leur remontent											50%
	Les enquêtes de satisfaction auprès du personnel montrent un accroissement de l'insatisfaction des agents											50%
	Les enquêtes de satisfaction auprès des patients (résidents) montrent un accroissement de l'insatisfaction des patients (ou des familles)											0%

Axe	Signaux	UNITE 1	UNITE 2	UNITE 3	UNITE 4	UNITE 5	UNITE 6	UNITE 7	UNITE 8	UNITE 9	UNITE 10	Moyenn e
Éloignement de la direction	<b>Il manque de concertation régulière entre la DRH et la DS pour prendre des décisions en termes de gestion des effectifs et des compétences</b>											90%
	<b>La direction et les cadres de proximité n'ont pas (ou plus beaucoup) de réunions de concertation sur la gestion des absences</b>											80%
	La direction et les cadres de proximité doivent souvent reporter leurs concertations sur la gestion des absences											70%
	Sur l'absentéisme, la direction invoque des causes individuelles, liées aux caractéristiques de la population des agents (âge, mode de vie, problèmes de santé, etc.)											60%
	<b>La direction n'a jamais fait inscrire des indicateurs de GRH (Taux AT/MP, Absentéisme, mensualité de remplacements, etc.) dans les contrats de pôle</b>											80%
	La direction suit et évalue les cadres de l'établissement sans clairement identifier les critères de la plus-value de la fonction de cadre de proximité et les moyens de sa délégation de responsabilité											50%

Éloignement des médecins	<b>Les plaintes des équipes soignantes sur l'éloignement du terrain des médecins sont croissantes</b>											80%
	<b>Le chef de service n'organise pas, de façon au moins annuelle, une réunion de service avec l'ensemble des personnels</b>											80%
	Les médecins font les grandes visites de façon irrégulière											30%
	Les médecins n'ont pas leur bureau à proximité du lieu d'exercice des soignants											30%
	Les médecins n'organisent pas de réunions d'équipes (moments d'échange et de travail collectif) pour parler activité et organisation du travail avec les cadres											60%
	Le chef de service n'a pas formalisé un temps de concertation régulier avec le ou les cadres de son service											60%

Axe	Signaux	UNITE 1	UNITE 2	UNITE 3	UNITE 4	UNITE 5	UNITE 6	UNITE 7	UNITE 8	UNITE 9	UNITE 10	Moyenn e	
Éloignement des cadres	Les plaintes des équipes soignantes sur l'éloignement du terrain des cadres de proximité vont croissant											80%	
	Le turn-over des cadres est de plus en plus fort											40%	
	Des postes de cadres sont régulièrement vacants et plusieurs secteurs sont affectés à un même cadre											70%	
	Les cadres de proximité n'ont pas suivi de formation en management depuis la sortie de leur école des cadres											80%	
	l'encadrement supérieur centralise la construction des plannings et y consacre une grande partie de son temps											0%	
	Les cadres donnent des directives en termes d'ajustement de la charge de travail à leur équipe en cas d'absence. Ils ont formalisé des repères de réorganisations en sous-effectif												80%
	Les cadres n'organisent pas de réunions d'équipes (moments d'échange et de travail collectif) pour parler activité et organisation du travail												20%
	Les cadres n'assistent plus aux transmissions												20%
	Les cadres passent plus de la moitié de leur temps de travail en réunions institutionnelles (réunions avec la direction par exemple)												80%
	Les cadres ne rencontrent pas les médecins pour parler activité, charge des équipes et organisation du travail												30%
	Les cadres ne se concertent pas sur les pratiques de régulation et remaniement des organisations												10%
	Les cadres ne renseignent pas systématiquement des indicateurs pour arbitrer les sollicitations des agents quant aux besoins de remplacement												70%

Axe	Signaux	UNITE 1	UNITE 2	UNITE 3	UNITE 4	UNITE 5	UNITE 6	UNITE 7	UNITE 8	UNITE 9	UNITE 10	Moyenne
Degré d'auto ajustement contraint des équipes soignantes	Des réunions de service ne se tiennent plus très régulièrement	Red	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Green	50%
	Les transmissions ont un temps très court	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Green	Red	Red	Green	50%
	Les soignants ne savent pas toujours précisément quand le cadre sera présent sur le service	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Red	30%
	<b>Les soignants, pour faire face à des imprévus (absences), changent eux même les horaires de travail avant d'avoir au préalable obtenu l'autorisation du cadre</b>	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Red	70%
	Sur un même service, les équipes n'ont pas les mêmes façons d'organiser leur travail	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Red	Red	Green	Green	60%

### Annexe 3 : outil d'aide au diagnostic

Axe	Signaux	Indiquer la présence par un 1
-----	---------	-------------------------------

Présence de facteurs d'auto-entretien de l'absentéisme	Les modalités de gestion de l'absentéisme consistent à solliciter majoritairement les membres titulaires de l'équipe pour le remplacement d'un agent	
	Les agents remplaçants ne détiennent pas des compétences similaires (expertise, connaissance du fonctionnement du service) à celles des agents absents	
	La sollicitation des membres de l'équipe pour le remplacement d'un agent est un phénomène qui est réel et explicite	
	Les membres de l'équipe ont le sentiment d'une sur-sollicitation	
	Pour un remplacement de plus de 15 jours, l'agent remplaçant ne suit pas un parcours d'intégration plus ou moins formalisé	0,0%
Importance de l'écart discours-réalité absentéisme	Les taux d'absentéisme (tels qu'affichés dans le bilan social) augmentent ou sont à des niveaux importants et la problématique n'apparaît pas comme un élément important pour les soignants (à dire de soignants)	
	A dire de soignants, les causes de l'absentéisme ne sont pas (principalement) liées aux conditions physiques du travail ou à des problèmes d'ergonomie	
	Les taux d'absentéisme (tels qu'affichés dans le bilan social) augmentent ou sont à des niveaux importants et les taux d'absentéisme ne sont produits que pour le bilan social	
	Les taux d'absentéisme (tels qu'affichés dans le bilan social) augmentent ou sont à des niveaux importants et les modes de calculs de l'absentéisme ne sont pas connus de tous	
	Les taux d'absentéisme (tels qu'affichés dans le bilan social) augmentent ou sont à des niveaux importants et la problématique n'est traitée par aucune des instances formelles ou non de l'établissement (CHSCT, etc.)	0,0%
Inadéquation du management de l'intervention	Il existe dans l'établissement ou le service un grand nombre de groupes projets et peu de documents permettant de connaître l'état d'avancement des travaux de ces groupes	
	L'établissement a candidaté sur plusieurs appels à projets et les cadres n'en sont pas tous informés	
	Les espaces de concertation et d'information sur les grands projets sont les seules instances formelles (CHSCT, etc.)	
	A dire des agents, les expérimentations sont peu fréquentes et sur des thématiques de GRH, la direction est peu innovante	
	A dire de direction, il n'est possible d'avancer aucun projet lié aux thématiques de GRH sans soulever une hostilité forte des agents	0,0%
Ampleur des tensions organisationnelles	Les taux d'absentéisme (tels qu'affichés dans le bilan social) augmentent ou sont à des niveaux importants	
	Les arrêts de courte ou très courte durée sont de plus en plus fréquents	
	Les instances de l'établissement ont de plus en plus de cas de conflits entre agents qui leur remontent	
	Les enquêtes de satisfaction auprès du personnel montrent un accroissement de l'insatisfaction des agents	
	Les enquêtes de satisfaction auprès des patients/résidents montrent un accroissement de l'insatisfaction des patients ou des familles	0,0%

Eloignement des cadres	Les plaintes des équipes soignantes sur l'éloignement du terrain des cadres de proximité vont croissant		
	Le turn-over des cadres est de plus en plus fort		
	Des postes de cadres sont régulièrement vacants et plusieurs secteurs sont affectés à un même cadre		
	Les cadres de proximité n'ont pas suivi de formation en management depuis leur prise de fonction		
	l'encadrement supérieur centralise la construction des plannings et y consacre une grande partie de son temps		
	Les cadres donnent des directives en termes d'ajustement de la charge de travail à leur équipe en cas d'absence. Ils ont formalisé des repères de réorganisations en sous-effectif		
	Les cadres n'organisent pas de réunions d'équipes (moments d'échange et de travail collectif) pour parler activité et organisation du travail		
	Les cadres n'assistent plus aux transmissions		
	Les cadres passent plus de la moitié de leur temps de travail en réunions à l'extérieur de leur service (réunion institutionnelle, jury, groupe de travail...)		
	Les cadres ne rencontrent pas les médecins pour parler activité, charge des équipes et organisation du travail		
	Les cadres ne se concertent pas sur les pratiques de régulation et remaniement des organisations		
	Les cadres ne renseignent pas systématiquement des indicateurs pour arbitrer les sollicitations des agents quant aux besoins de remplacement		0,0%
Eloignement de la direction	Il manque de concertation régulière entre la DRH et la DS pour prendre des décisions en termes de gestion des effectifs et des compétences		
	La direction générale et les cadres de proximité n'ont pas (ou plus beaucoup) de réunions de concertation sur la gestion des absences		
	La direction et les cadres de proximité doivent souvent reporter leurs concertations sur la gestion des absences		
	Sur l'absentéisme, la direction invoque des causes individuelles, liées aux caractéristiques de la population des agents (âge, mode de vie, problèmes de santé, etc.)		
	La direction n'a jamais fait inscrire des indicateurs de GRH (Taux AT/MP, Absentéisme, mensualité de remplacements, etc.) dans des outils de suivi		
	La direction suit et évalue les cadres de l'établissement sans clairement identifier les critères de la plus-value de la fonction de cadre de proximité et les moyens de sa délégation de responsabilité		0,0%
Degré d'auto ajustement contraint des équipes	Des réunions de service ne se tiennent plus très régulièrement		
	Les transmissions ont un temps très court		
	Les soignants ne savent pas toujours précisément quand le cadre sera présent sur le service		
	Les soignants, pour faire face à des imprévus (absences), changent eux même les horaires de travail avant d'avoir au préalable obtenu l'autorisation du cadre		
	Sur un même service, les équipes n'ont pas les mêmes façons d'organiser leur travail		0,0%
Eloignement des médecins	Les plaintes des équipes soignantes sur l'éloignement du terrain des médecins sont croissantes		
	Le chef de service n'organise pas, de façon au moins annuelle, une réunion de service avec l'ensemble des personnels		

Les médecins font les grandes visites de façon irrégulière		
Les médecins n'ont pas leur bureau à proximité du lieu d'exercice des soignants		
Les médecins n'organisent pas de réunions d'équipes (moments d'échange et de travail collectif) pour parler activité et organisation du travail avec les cadres		
Le chef de service n'a pas formalisé un temps de concertation régulier avec le ou les cadres de son service		0,0%

CLAIRET	Guillaume	11/12/15
<b>AAH</b> <b>2015</b>		
<b>Le pilotage de l'absentéisme du personnel de soin : vers une association des Cadres de proximité à la gestion des Ressources Humaines</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Aucun		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La gestion de l'absentéisme du personnel soignant dans les établissements publics de santé représente une charge de travail importante, mais nécessaire pour tenter de comprendre et de maîtriser un phénomène en constante augmentation.</p> <p>Les leviers d'action que les pilotes d'un projet de gestion peuvent actionner sont nombreux : levier réglementaire, d'organisation, du système de gestion, relationnel, culturel...</p> <p>Les outils pouvant être déployé au sein des services le sont tout autant : Charte d'absentéisme, tableaux de bords de suivi de l'absentéisme, tableaux de bord du suivi des remplacements des personnels absents, pool de remplacement, CHSCT...</p> <p>Afin de répondre à ces exigences, une cohésion ainsi qu'une coordination entre la DRH et la DSI autour de cette problématique est nécessaire. Ceci implique une décentralisation relative des outils de gestion RH vers les personnels d'encadrement avec une responsabilisation des acteurs.</p> <p>Si le service est probablement l'échelon de référence en termes de lieu d'action à l'échelle locale, un des acteurs clé d'un bon pilotage est l'encadrement de proximité.</p> <p>Dans un contexte où les politiques de management des établissements de santé sont en constante évolution, il peut sembler judicieux d'y associer de manière plus forte les cadres de santé.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Absentéisme, GRH, Personnel des soins, Cadre de santé, management, établissement de santé, responsabiliser, tableaux de bord, outil diagnostic</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>		