



EHESP

Elèves Directeurs d'hôpital

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **Octobre 2017**

**Renforcer et améliorer la présence au
travail : concilier efficacité
organisationnelle et performance
sociale**

*L'exemple de la démarche menée par les Hôpitaux Universitaires Henri
Mondor (AP-HP)*

Amaury WASNER

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier vivement Madame Martine ORIO, Directrice générale des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor (AP-HP), pour m'avoir permis de réaliser une expérience professionnelle à la fois stimulante et enrichissante grâce à sa confiance et sa volonté de contribuer à ma formation pratique de directeur d'hôpital.

Je souhaite exprimer tout particulièrement ma profonde reconnaissance à Madame Elise NOGUERA, Directrice générale adjointe et maître de stage, qui a su accorder un soin attentif à faire de mon stage un moment riche en enseignements, notamment en matière de gestion de projet et de m'avoir accordé son temps précieux pour partager son expérience et son regard éclairé sur la pratique du métier de directeur d'hôpital. Elle m'a également permis d'appréhender et d'analyser les principaux enjeux et problématiques des établissements de santé, ainsi que les postures et les réflexes managériaux à acquérir dans cet environnement professionnel complexe et évolutif.

J'adresse mes remerciements plus spécifiquement à Monsieur Frantz SABINE, Directeur des Ressources Humaines et Madame Sylvie DEBRAY, Coordinatrice Générale des Soins, pour m'avoir pleinement impliqué dans l'élaboration du projet et la coordination de la démarche de présentisme tout au long de mon stage. Ce dossier m'aura beaucoup appris en termes de gestion de projet et permis d'appréhender les principaux enjeux de la gestion des ressources humaines à travers un sujet transversal.

Mes remerciements vont tout naturellement à l'attention de l'ensemble des membres de l'équipe de direction des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, pour leur accueil, leur confiance accordée dans la gestion des dossiers qu'ils m'ont confiés et les nombreux conseils qu'ils m'ont prodigués.

Enfin, je tiens à remercier Madame Nathalie ROBIN-SANCHEZ, mon encadrant de mémoire, enseignante en management et en gestion des ressources humaines à l'Institut du management de l'EHESP, pour ses orientations dans la manière d'appréhender et de traiter le sujet choisi.

Sommaire

Introduction	1
1 La réduction de l'absentéisme est devenue un enjeu majeur dont la résonance actuelle fait écho aux exigences d'efficience portant sur les établissements de santé.....	8
1.1. Un enjeu important et renouvelé par la hausse soutenue de l'absentéisme au sein de la fonction publique hospitalière.....	8
1.1.1. Un absentéisme en hausse dans la plupart des établissements de santé.....	8
1.1.2. L'absentéisme comme symptôme mettant en évidence les difficultés individuelles et les dysfonctionnements organisationnels.....	10
1.1.3. Un phénomène auto-entretenu : le cercle vicieux de l'absentéisme potentiellement déstabilisateur des organisations de travail.....	12
1.2. Une problématique accrue au regard des contraintes renforcées sur la masse salariale.....	13
1.2.1. Une démarche d'optimisation de la gestion du temps de travail.....	13
1.2.2. Endiguer les coûts directs et indirects liés à l'absentéisme.....	14
1.3. Renforcer la présence au travail : un levier d'efficience complémentaire à la politique de gestion du temps de travail.....	16
1.3.1. La politique de réaménagement de l'organisation du temps de travail : une condition nécessaire, mais non suffisante à l'accroissement de l'efficience organisationnelle.....	16
1.3.2. Agir sur l'effectivité du temps de travail et optimiser l'emploi des ressources humaines.....	17
2 De la gestion de l'absentéisme à l'amélioration de la présence au travail.....	20
2.1. Connaître et qualifier l'absentéisme.....	20
2.1.1. Prioriser l'absentéisme inopiné de courte durée, facteur de déstabilisation des organisations.....	20
2.1.2. Définir les indicateurs pertinents en ciblant l'absentéisme sur lequel les leviers de la GRH peuvent agir.....	22
2.1.3. Instaurer un dialogue de gestion avec les pôles à travers un diagnostic partagé..	24
2.2. Identifier les causes et les ressorts de l'absentéisme.....	25

2.2.1. Les déterminants sociodémographiques et individuels.....	26
2.2.2. Les facteurs structurels et organisationnels.....	28
2.2.3. L'impact du management : une cause et un levier d'action déterminant au cœur des interactions entre les facteurs individuels et organisationnels.....	30
2.3. Gérer l'absentéisme et optimiser le recours aux moyens de suppléance.....	31
3 Développer une démarche de performance sociale visant à endiguer les risques professionnels pouvant mener à l'absentéisme et à promouvoir l'implication au travail....	36
3.1. La performance sociale contribue à l'efficacité des organisations.....	36
3.1.1. Renforcer la présence au travail sans verser dans le présentéisme, entendu comme présence improductive et potentiellement source d'absentéisme.....	36
3.1.2. L'inscription de l'objectif de réduction de l'absentéisme dans la politique d'intéressement des pôles : suivre l'absentéisme comme indicateur de la politique de performance sociale.....	37
3.2. Enrichir le contenu du travail par des dispositifs de soutien et de maintien dans l'emploi.....	38
3.2.1. Réaliser un suivi ciblé sur les catégories professionnelles fortement exposées aux risques professionnels.....	38
3.2.2. Favoriser le maintien dans l'emploi pour en faciliter le retour.....	40
3.3. Agir sur la motivation individuelle tout en améliorant le fonctionnement du collectif de travail.....	41
3.3.1. Au-delà de l'incitation financière, développer les compétences au sein du parcours professionnel.....	41
3.3.2. Fédérer les équipes autour d'une démarche de réflexion et d'élaboration des pratiques professionnelles centrées sur la prise en charge globale des patients.....	42
Conclusion.....	44
Bibliographie.....	46
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
AP-HM : Assistance publique – hôpitaux de Marseille
AP-HP : Assistance publique – hôpitaux de Paris
AT-MP : Accidents du travail – maladies professionnelles
AS : Aide-soignant
AT : Accident du travail
CET : Compte épargne temps
CMO : Congé pour maladie ordinaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DPT : Direction du Pilotage de la Transformation
DSAP : Direction des Soins et des Activités Paramédicales
ETP : Equivalent Temps Plein
GRH : Gestion des ressources humaines
HAS : Haute Autorité de Santé
HUHM : Hôpitaux Universitaires Henri Mondor
IDE : Infirmière diplômée d'Etat
MCO : Médecine-chirurgie-obstétrique
OTT : Organisation du temps de travail
PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe
PAPRI Pact : Programme de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail
PM : Personnel médical
PNM : Personnel non médical
QVT : Qualité de Vie au Travail
RPS : Risques psychosociaux
RTT : Réduction du temps de travail
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SST : Service de Santé au Travail
SLD : Soins de Longue Durée
TMS : Troubles musculo-squelettiques

« *Le travail laborieux se mène à fin plutôt par la persévérance que par la seule assiduité ; celle-ci ne suffit pas. La constance est la fidélité à sa nature ; la persévérance est la fidélité à son but.* »

Henri-Frédéric Amiel, *Journal intime*, 1850

Introduction

L'attention renouvelée portée à la lutte contre l'absentéisme dans un contexte de rationalisation de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière

L'enjeu de la présence au travail fait l'objet d'une attention particulière au sein de la fonction publique et notamment dans le secteur hospitalier au regard de son importance liée aux exigences fortes de continuité de service. A ce titre, l'élaboration du statut de la fonction publique hospitalière a conduit au développement de dispositions législatives¹ et réglementaires² encadrant le recours aux absences qu'elles soient pour motif médical ou non. En outre, l'objectif de lutte contre l'absentéisme du personnel non médical s'est accompagné de dispositifs incitatifs permettant d'agir sur l'usage raisonné et objectif des absences comme en témoigne actuellement le projet de rétablissement du jour de carence au sein de la fonction publique³.

Si la problématique de l'absentéisme a d'abord été traitée sous l'aspect juridique et réglementaire de la justification des absences, le développement de l'approche gestionnaire des ressources des établissements publics tant financières qu'en termes de ressources humaines, a impliqué une évolution dans l'appréhension de l'absentéisme comme phénomène remettant en cause l'efficacité dans l'emploi des ressources, mais également des coûts qui en découlent. C'est ainsi que les études réalisées argumentant en faveur du rétablissement du jour de carence ont mis en évidence un gain de 164 millions d'euros dans l'ensemble de la fonction publique dont 63,5 millions d'euros au sein des établissements de santé⁴.

Au-delà des coûts directs liés à l'absence de l'agent impliqués par le versement des indemnités journalières et, le cas échéant, les moyens de remplacement alloués, l'approche gestionnaire met également en évidence la perte de productivité résultant de la non-présence de l'agent, notamment en termes de dégradation de la qualité de la prise en charge des patients.

¹ Article 41 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

² Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

³ MARTINET, L., « Le jour de carence des fonctionnaires est-il une si bonne affaire ? », L'Express L'Expansion, http://expansion.lexpress.fr/actualite-economique/le-jour-de-carence-des-fonctionnaires-est-il-une-si-bonne-affaire_1925272.html, 7 juillet 2017

⁴ BOUVARD, M., Rapport général du projet de loi de finances pour 2016, Tome III : Les moyens des politiques publiques et les dispositions spéciales, Annexe n°16 : Gestion des finances publiques et des ressources humaines et Crédits non répartis, Sénat, commission des finances, novembre 2015, p.83

Dépasser la notion d'absentéisme : d'une approche quantitative et restrictive à une acception qualitative de la présence au travail et de son effectivité

La lutte contre l'absentéisme nécessite de caractériser précisément le phénomène contre lequel agir d'autant plus que celui-ci est particulièrement complexe tant ses contours sont difficiles à délimiter. En effet, la définition de l'absentéisme recouvre plusieurs acceptions selon le mode d'approche adopté pour l'expliquer et les leviers d'action mobilisés pour l'endiguer. L'approche individuelle et comportementale⁵ met en évidence l'absentéisme comme un phénomène renvoyant à une décision de l'individu de s'absenter traduisant un comportement de fuite devant le travail résultant soit d'un rejet de celui-ci (conditions de travail éprouvantes), ou d'un arbitrage entre des exigences morales conflictuelles (travailler ou s'occuper de son enfant malade), voire selon une vision plus microéconomique, un arbitrage entre travail et loisir. La complexité de la notion d'absentéisme renvoie dans ces cas, à la dimension subjective de la décision de s'absenter en dépit des critères de justification des absences visant à objectiver le recours aux différents types d'absences autorisées. Une seconde approche préventive, adoptée notamment par l'ANACT⁶, caractérise l'absentéisme comme « *toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail* ».

Ainsi, il convient de retenir que l'absentéisme correspond aux situations d'absence qui auraient pu être évitées, notamment par une politique de prévention, ou résultant d'une marge d'appréciation par l'agent ou le prescripteur de l'arrêt dont le bien-fondé peut être remis en cause. Selon la définition retenue par la DGOS⁷ afin de déterminer le taux d'absentéisme, les motifs d'absence pris en compte dans l'évaluation du niveau d'absentéisme sont les congés pour maladie ordinaire, les congés longue maladie/longue durée, les accidents du travail et de trajet, la maladie professionnelle, la maladie à caractère professionnel ou contracté dans l'exercice des fonctions et s'agissant des motifs non médicaux, les congés maternité, paternité et adoption.

Toutefois, outre les difficultés à objectiver et à délimiter ce qui relève ou non de l'absentéisme, l'approche de la présence au travail par l'absentéisme demeure davantage quantitative dans la mesure où elle s'intéresse à évaluer le nombre de jours d'absence par agent ou par rapport à l'ETP moyen sur la période ciblée comme en atteste la mesure

⁵ LETEURTRE, H., « L'audit de l'absentéisme du personnel hospitalier », *Berger-Levrault*, 1991, 233 p.

⁶ ROUSSEAU T., L'absentéisme : outils et méthodes pour agir, ANACT, janvier 2016

⁷ DGOS, Instruction N°DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

du taux d'absentéisme⁸. Elle présente également un caractère restrictif en ne se focalisant que sur les absences, l'objectif de lutte contre l'absentéisme se limitant dès lors à endiguer le nombre de jours d'absence.

Renverser le paradigme en s'intéressant à la manière de favoriser la présence au travail permet d'agir sur les déterminants visant à enrichir le temps de travail que ce soit par la motivation individuelle et la valorisation de l'implication au travail et plus globalement les actions relevant du champ de la qualité de vie au travail. Au-delà de la seule présence au travail, il s'agit surtout d'agir sur son effectivité, ou autrement dit, sur la productivité. En effet, si une démarche de lutte contre l'absentéisme tend à diminuer les absences évitables ou non justifiées, celle-ci ne saurait pleinement, en conséquence, contribuer à l'amélioration de l'effectivité de la présence au travail. Pourtant, la présence non productive au travail peut avoir dans une certaine mesure, les mêmes effets que l'absence de la personne au travail. Il s'agit, dès lors, à la fois de renforcer la présence au travail, mais également d'améliorer celle-ci, en actionnant les leviers permettant d'agir sur la productivité réelle des professionnels aussi bien au niveau quantitatif que qualitatif par l'amélioration de la qualité des soins.

Les objectifs de consolidation budgétaire et d'optimisation de l'usage des ressources amènent à exploiter des leviers d'efficience notamment dans le champ de la gestion des ressources humaines

Les exigences relatives à la maîtrise des dépenses des établissements de santé et à la soutenabilité de la trajectoire budgétaire dans un contexte de consolidation des dépenses de santé, ont conduit les établissements à exploiter les leviers d'efficience potentiels dans une logique d'optimisation de l'usage des ressources dont ils disposent. Il peut s'agir de repositionner la stratégie médicale de l'établissement au regard de la réalité de son activité en exploitant, le cas échéant, les coopérations territoriales pour renforcer ses filières de soins dynamiques ou au contraire réduire celles où l'établissement est peu attractif. Au sein même des organisations, le regroupement ou la création de filières de prise en charge cohérente entre disciplines médicales peuvent également contribuer à l'optimisation des ressources, notamment en réaffectant et en révisant les effectifs selon une logique d'interdisciplinarité.

Parmi les leviers d'efficience organisationnelle dans le champ de la gestion des ressources humaines, la révision de l'organisation du temps de travail constitue l'un des

⁸ Taux d'absentéisme = nombre de jours d'absence du personnel pour les motifs retenus dans la définition de la DGOS (hors congés, RTT, jours fériés, repos hebdomadaires, absences pour formation et autres autorisations d'absence) / ETP moyen sur la période n x le nombre total de jours sur la période n

moyens d'action les plus fréquemment mobilisés en permettant la récupération du temps de travail agent par la diminution de la durée quotidienne de travail et du nombre de jours de RTT. Cette démarche a été menée par les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor qui ont mis en place la nouvelle organisation du temps de travail négociée au sein de l'AP-HP⁹, laquelle est entrée en application depuis le 1^{er} septembre 2016. Outre ce levier visant à mettre en adéquation l'organisation du temps de travail au regard de l'activité, de nombreux établissements de santé ont développé une politique de suivi et de réduction de l'absentéisme afin de juguler les coûts notamment liés aux dépenses de remplacement.

Problématique

Le travail de réflexion et d'analyse effectué dans le cadre de la réalisation de ce mémoire s'intéresse à questionner l'intérêt et la pertinence de mener une démarche de présentéisme comme levier d'efficience organisationnelle et de performance sociale. Il s'agit d'étudier comment la réduction de l'absentéisme intégrée dans une action globale d'amélioration de la présence au travail peut contribuer à la fois à agir sur la capacité des organisations à mieux mobiliser les ressources humaines afin d'atteindre des résultats quantitativement ou qualitativement supérieurs tout en participant à l'amélioration du bien-être des professionnels. Si une politique de diminution de l'absentéisme est généralement associée à la poursuite de mesures d'efficience organisationnelle, celle-ci investit désormais davantage le champ social dans une logique de performance sociale à l'instar de la responsabilité sociale des entreprises (RSE).

Cette problématique induit plusieurs interrogations sous-jacentes auxquelles le raisonnement suivi sera amené à répondre :

- Une politique d'optimisation de l'emploi des ressources humaines par la gestion du temps de travail doit-elle s'articuler avec une démarche de réduction de l'absentéisme pour voir ses effets pleinement se réaliser ? Dans quelle mesure cette dernière approfondit-elle la politique de gestion du temps de travail en agissant sur l'effectivité de la quotité de travail ?
- Comment, au-delà de l'action sur les coûts par la réduction et la gestion de l'absentéisme, une démarche agissant en faveur du présentéisme peut-elle

⁹ Arrêté du 1^{er} avril 2016 relatif à l'organisation du temps de travail et aux temps de repos à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

accroître l'efficacité des organisations par l'optimisation de l'usage des ressources humaines ?

- Dans quelle mesure l'approche qualitative du travail développée par la démarche de présentisme permet-elle d'agir sur la performance sociale des établissements par son action portant sur la valorisation de l'assiduité et de l'implication au travail ou encore l'enrichissement et le maintien dans l'emploi ?

Plan du mémoire

Il conviendra tout d'abord d'analyser en quoi la poursuite de l'objectif de réduction de l'absentéisme fait désormais l'objet d'une attention renouvelée face aux enjeux d'efficacité auxquels doivent répondre les établissements de santé (1). La dynamique haussière et auto-génératrice de l'absentéisme (1.1.) dont les déterminants révèlent les difficultés individuelles et les fragilités des organisations appelle à une vigilance particulière, notamment au regard de la poursuite de l'objectif de maîtrise des dépenses de personnel (1.2.). Ainsi, une politique de réduction de l'absentéisme doit être appréhendée comme un levier d'efficacité complémentaire au réaménagement de la gestion du temps de travail (1.3.).

Il s'agira ensuite d'étudier l'intérêt d'appréhender et d'intégrer la problématique de la gestion et de la prévention de l'absentéisme dans une démarche globale d'amélioration de la présence effective au travail (2) en s'appuyant sur l'exemple du projet mené au sein des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor. Le travail nécessaire et préalable de diagnostic portant sur la qualification (2.1.) et l'identification des causes (2.2.) de l'absentéisme conduit à déterminer les outils de gestion de celui-ci tout en développant une approche sur la valorisation de l'implication et de l'assiduité au travail (2.3.).

Enfin, il sera pertinent de développer les apports d'une démarche sur la présence au travail en termes de performance sociale des établissements de santé (3). L'amélioration du bien-être au travail contribuant à l'accroissement de la productivité (3.1.), il convient d'investir les deux principaux leviers qui ont été exploités, à savoir, l'enrichissement de l'emploi par des dispositifs de soutien et de maintien dans l'emploi (3.2.) et le renforcement de la motivation individuelle au sein d'un collectif de travail amélioré (3.3.).

Méthodologie de recherche et ses limites

Mon implication dans la coordination de la démarche du projet initiée et pilotée conjointement par la DRH et la Direction des soins et des activités paramédicales tout au

long de mon stage long de direction, m'a permis de mobiliser aussi bien des données quantitatives que des outils d'analyse plus qualitatifs. En effet, j'ai pu appréhender et étudier l'ensemble des axes de travail et des thématiques connexes à l'absentéisme en concourant à l'organisation et à la gestion du projet tant au niveau stratégique du comité de pilotage que de l'articulation et de l'animation des groupes de travail sur les différents axes thématiques et leviers d'action.

La phase de diagnostic a sollicité l'équipe du contrôle de gestion RH dans l'élaboration et la production en routine des indicateurs d'absentéisme à travers la constitution de tableaux de bord. Cette approche quantitative s'est accompagnée d'un travail de recueil d'éléments qualitatifs permettant de comprendre les causes et d'expliquer les tendances statistiques de l'absentéisme grâce à l'organisation de points de rencontre portant spécifiquement sur la situation de l'absentéisme avec les responsables médicaux, paramédicaux et administratifs des pôles. J'ai pu également réaliser des entretiens ponctuels et ciblés dans certains services spécifiquement impactés par l'absentéisme avec des cadres de proximité, ainsi que des personnels soignants, infirmiers et aides-soignants ou encore des acteurs clés dans la gestion de l'absentéisme tels que les cadres supérieurs de santé en charge des équipes de suppléance et des cadres référents RH au sein des pôles.

Ce travail de mémoire s'appuie également sur des entretiens réalisés avec les DRH d'établissements qui se sont particulièrement investis dans une politique de prévention et de réduction de l'absentéisme et qui ont, à ce titre, développé des initiatives et des actions innovantes en ce sens. Outre les apports tirés de l'expérience et du regard des professionnels et des acteurs institutionnels tels que le pôle RH de la FHF, le champ de la recherche académique et interventionnelle a été investigué à l'occasion d'un entretien avec Frédéric KLETZ, enseignant-chercheur de l'Ecole des Mines, qui a contribué au projet de recherche PHARES¹⁰ commandité par la CNRACL, la Fédération Hospitalière Régionale et l'ARS des Pays de la Loire. Les échanges réalisés ont permis de mettre en perspective la démarche menée sur le terrain de stage par rapport aux résultats et aux enseignements issus de ce projet de recherche effectué au sein de plusieurs établissements de santé des Pays de la Loire.

Toutefois, il convient de souligner les limites inhérentes à ce travail de mémoire dont la courte durée de l'étude de terrain correspondant à celle du stage de direction ne permet pas de bénéficier d'un recul suffisant pour analyser de manière complète et approfondie

¹⁰ BRAMI, L., DAMART, S., DETCHESSAHAR, M., DEVIGNE, M., HABIB, J., KLETZ, F., KROHMER, C., « L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : comprendre et agir », Presses des Mines, collection Economie et Gestion, 2014, 156 p.

l'évolution de la situation de l'absentéisme et encore moins d'évaluer les effets des mesures préconisées dans le cadre de la démarche de présentéisme. Le groupe hospitalier n'ayant que peu suivi les indicateurs d'absentéisme jusqu'à l'initiation de cette démarche au début de l'année 2017, les données quantitatives antérieures à 2016 demeurent parcellaires et affectées par des biais méthodologiques dans la construction des indicateurs.

1 La réduction de l'absentéisme est devenue un enjeu majeur dont la résonance actuelle fait écho aux exigences d'efficience portant sur les établissements de santé

Les établissements publics de santé connaissent une tendance à la hausse de l'absentéisme parmi le personnel non médical qui se révèle d'autant plus préoccupante que l'absentéisme est révélateur des difficultés individuelles que rencontrent les professionnels, mais peut aussi renvoyer à des problématiques plus systémiques liées aux organisations en elles-mêmes. L'enjeu de maîtrise de la masse salariale dans une optique de soutenabilité financière des établissements appelle dès lors à exploiter la politique de réduction de l'absentéisme comme une démarche complémentaire aux leviers d'efficience organisationnelle mobilisés parmi lesquels la renégociation de l'organisation du temps de travail est généralement privilégiée.

1.1. Un enjeu important et renouvelé par la hausse soutenue de l'absentéisme au sein de la fonction publique hospitalière

1.1.1. Un absentéisme en hausse dans la plupart des établissements de santé

L'attention portée par les politiques publiques à l'absentéisme dans la fonction publique et plus particulièrement dans le milieu hospitalier, ainsi que sa visibilité médiatique¹¹, renvoient à la progression constante de l'absentéisme hospitalier depuis le début des années 2000. En effet, cette tendance a notamment conduit les établissements et les institutions à se saisir de cette problématique en évaluant et en suivant son évolution. Ainsi, l'enquête inter-CHU sur l'absentéisme du personnel médical et non médical menée entre 2011 et 2015¹², met en évidence une hausse constante de l'absentéisme du personnel non médical dont le taux passe de 7,37% en 2012 à 7,72% en 2015. Cette hausse se traduit par un nombre de jours d'absence par agent évoluant de 26,9 jours en 2012 à 29,2 jours en 2015. Toutefois, il convient de relever une diminution significative entre 2011 où le taux d'absentéisme s'établissait à 8% et 2012, qui peut notamment s'expliquer par l'introduction du jour de carence par la loi de finances pour 2012 et abrogé par la loi de finances pour 2014. En effet, si l'on distingue l'évolution du taux d'agents absents et celle de la durée moyenne d'absence, il apparaît que la mise en place du jour de carence a eu pour effet de diminuer la proportion d'agents absents de

¹¹ GUICHARD, G., « L'absentéisme gangrène fortement l'hôpital public », LeFigaro.fr, <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/04/20/20002-20160420ARTFIG00018-l-absenteisme-gangrene-fortement-l-hopital-public.php>, 20 avril 2016

¹² Enquête absentéisme inter-CHU, « l'absentéisme médical du personnel non médical de 2011 à 2015 », commission des DRH et des CGS, mai 2016

53,88% en 2011 à 49,18% en 2012 et d'allonger la durée moyenne d'absence 26,2 jours à 29,2 jours, alors que la dynamique inverse s'est manifestée après l'abrogation du jour de carence. L'analyse de ces deux indicateurs montre que le jour de carence a permis d'agir sur sa cible, à savoir les absences de très courte durée pour maladie ordinaire, puisque, par ailleurs, la part des absences pour maladie ordinaire de 1 à 4 jours s'est comprimée de 48,3% en 2011 à 42% en 2013. Par ailleurs, la maladie ordinaire constitue le premier motif d'absence en représentant plus de la moitié de l'absentéisme total au regard des motifs retenus dans la définition du taux d'absentéisme par la DGOS.

Cette tendance haussière impacte également les autres établissements de santé, hors CHU dans la mesure où l'absentéisme a augmenté au sein de l'ensemble de la fonction publique hospitalière comme le rapport annuel sur l'état de la fonction publique en 2016¹³ le souligne en indiquant que le nombre de jours d'absence pour raison de santé est passé de 21 jours en 2013 à 22,1 jours en 2014 concernant le personnel non médical. Cette tendance statistique agrégée ne saurait néanmoins rendre compte de la réalité contrastée du niveau d'absentéisme dans les différents établissements dont le taux d'absentéisme peut fluctuer de 3,9% au CH de Colmar en 2014¹⁴, soit 14 jours d'absence par ETP, à 8,1% et 8,5% à l'AP-HM et au GH du Havre respectivement, voire 9% au CH de Saumur et celui de Saint-Denis ou encore plus de 10% au CH de Carnelle-Portes de l'Oise et celui de Manosque. Ces données tirées des bilans sociaux des établissements provenant de la base Hospi Diag, mettent en évidence le caractère diffus et généralisé de l'absentéisme au sein des établissements de santé en France qui ne saurait se cantonner à une catégorie d'établissements ou à des régions spécifiques.

Au sein de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, l'absentéisme s'est également accru ces dernières années, s'établissant fin décembre 2016 à 8%¹⁵, soit une progression de +5,7% entre 2014 et 2016 et +4,3% entre 2015 et 2016¹⁶. Cette tendance concerne quasiment la majorité des groupes hospitaliers (GH) puisque seulement deux GH ont vu leur taux d'absentéisme diminuer entre 2014 et 2016. Les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor ont connu une hausse de +6,08% entre 2014 et 2016, le taux d'absentéisme du personnel non médical toutes catégories et tous motifs confondus s'établissant à 9,47% à la fin de l'année 2016. Les absences tant pour motifs médicaux que non médicaux ont progressé (+5,8% et +7,4% respectivement), aussi bien parmi les aides-soignants (+3% et +10,1%) que les IDE (+5,7% et +9,8%).

¹³ DGAFP, « Temps et conditions de travail », Rapport annuel sur l'état de la fonction publique : politiques et pratiques des ressources humaines, édition 2016

¹⁴ Source Hospi Diag : Données des bilans sociaux des établissements de santé pour 2014

¹⁵ Toutes qualifications et tous motifs confondus

¹⁶ Bilan de l'absentéisme à fin 2016, AP-HP

1.1.2. L'absentéisme comme symptôme mettant en évidence les difficultés individuelles et les dysfonctionnements organisationnels

L'analyse des déterminants et des causes de l'absentéisme par les démarches de diagnostic entrepris par les établissements de santé soulève le caractère protéiforme de l'absentéisme et en conséquence, la complexité à identifier les moyens d'action pour l'endiguer tant les facteurs sont interdépendants. L'absentéisme est un enjeu d'autant plus préoccupant qu'il catalyse et exprime sous une forme critique une prise de distance dans le rapport au travail ou à son environnement. Ainsi, une politique de lutte contre l'absentéisme compte agir contre un phénomène qui ne saurait se réduire à son objet dès lors qu'il renvoie à différentes causes dont certaines sont extérieures à l'organisation de travail et pour lesquelles, il est difficile d'exercer une action réelle.

La littérature académique et les études empiriques menées sur l'absentéisme ont permis de regrouper et de caractériser les dimensions de facteurs en fonction de leur nature. L'analyse réalisée par G. Bouville¹⁷ conduit à distinguer deux grandes catégories de causes faisant référence aux deux approches précitées en introduction de ce mémoire.

L'approche individuelle met en évidence le caractère subjectif renvoyant à la décision individuelle de s'absenter et à sa marge d'appréciation. C'est ce que Harrison et Martocchio¹⁸ appellent les « origines médianes » (*Medial origins*) et les « origines proches » (*Proximal origins*) qui correspondent respectivement aux attitudes à l'égard du travail et aux absences d'incitation à la présence au travail¹⁹. Au-delà de la dimension comportementale qui questionne le rapport au travail de l'individu, d'autres facteurs dénommés les « origines distantes » (*Distal origins*) renvoient aux caractéristiques sociodémographiques des professionnels qui peuvent ou non exercer une influence sur la plus ou moins forte propension à s'absenter parmi lesquelles il convient de relever :

- l'âge (5,4% des salariés entre 55-59 ans sont absents contre 2,9% parmi les 20-24 ans²⁰) en raison de l'usure professionnelle, de la fragilité de l'état de santé ou encore du manque de perspectives professionnelles affectant la motivation et l'implication au travail ;
- le sexe (le taux d'absentéisme du personnel féminin, hors congés maternité, est de 4,1% contre 3,1% chez les hommes, quel que soit l'âge²¹) ;

¹⁷ BOUVILLE, G., « L'influence de l'organisation et des conditions de travail sur l'absentéisme. Analyse quantitative et étude de cas », *Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion*, Université de Rennes 1

¹⁸ HARRISON, D.-A. & MARTACCHIO, J.-J., « Time for absenteeism : a 20-year review of origins, offshots and outcomes », *Journal of management*, 24 (3), p. 305-351

¹⁹ RANDON, S., BARET, C. et PRIOUL, C., « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », *Management & Avenir*, 2011/9 (N° 49), p.136

²⁰ DARES, « Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail », *DARES Analyses*, n°009, Février 2013

²¹ Ibid

- l'état de santé et les habitudes de vie (sédentarité, dépendance aux addictions)
- la situation familiale et notamment le nombre d'enfants à charge (le taux d'absentéisme des salariés ayant un enfant de moins de 6 ans est de 3,6% contre 3,4% parmi ceux n'ayant aucun enfant à charge²²) ;
- l'état de précarité, i.e. la stabilité de l'emploi (les salariés de la fonction publique et du secteur privé en CDI ont un taux absentéisme de 3,8% contre 2,6% chez les salariés en CDD²³), l'éloignement géographique par rapport au lieu de travail et l'environnement de l'habitat.

L'approche organisationnelle regroupe les caractéristiques de l'organisation et de l'environnement de travail pouvant impacter le niveau de l'absentéisme dont :

- le type d'activité médicale : MCO, SSR/SLD, secteur gériatrique, filière médico-technique ;
- le niveau d'exposition aux risques professionnels : troubles musculo-squelettiques (2,5% des salariés non exposés aux contraintes physiques ont une absence pour cause de maladie ou d'accident contre 5,5% parmi les personnels confrontés à des risques physiques²⁴), risques psychosociaux (7,5% des professionnels exposés aux RPS s'absentent contre seulement 2,5% concernant les salariés non exposés²⁵), risques liés à la présence de produits dangereux (risques chimiques, risques liés à l'inhalation de poussières) ;
- l'organisation du temps de travail : horaires (travail de jour ou de nuit) et la durée de travail (7h30-7h36, 10h, 12h) ;
- les caractéristiques du poste et des relations professionnelles : la latitude de décision, la cohésion du collectif de travail, le soutien ou la pression exercée par l'encadrement, le contact avec des patients fragiles et instables tant sur le plan physique que psychique ou en situation de précarité sociale.

L'impact des facteurs organisationnels sur l'absentéisme traduit dès lors une inadéquation de l'organisation ou de l'environnement de travail par rapport à l'activité, soit parce que celle-ci expose les professionnels à des risques pouvant affecter leur état de santé sans que des actions préventives n'aient été poursuivies afin de limiter l'exposition au risque à un niveau jugé acceptable par sa faible probabilité d'occurrence et/ou la maîtrise des conséquences dommageables en cas de survenance, soit parce que les personnels n'adhèrent pas aux modalités d'organisation de l'activité dans laquelle ils

²² Ibid

²³ Ibid

²⁴ Insee, enquête Emploi 2003-2011

²⁵ Ibid

n'arrivent plus à inscrire leur engagement professionnel. S'il existe un certain nombre de déterminants individuels, notamment sociodémographiques sur lesquels il n'est pas ou difficilement possible d'agir, la question de l'impact des facteurs organisationnels est d'autant plus préoccupante qu'elle signifie que les modalités d'organisation élaborées, décidées et mises en œuvre par l'établissement ont pu avoir pour conséquence d'exposer le personnel à des risques affectant leur état de santé, de générer une prise de distance, voire un rejet de celles-ci exprimé par les professionnels et d'engendrer, a fortiori, de l'absentéisme.

1.1.3. Un phénomène auto-entretenu : le cercle vicieux de l'absentéisme potentiellement déstabilisateur des organisations de travail

Au-delà de la dynamique haussière de l'absentéisme, de ce que ce phénomène révèle les problématiques individuelles et les dysfonctionnements organisationnels, l'absentéisme requiert une vigilance particulière et une action préventive avant qu'il n'atteigne un niveau élevé pouvant potentiellement déstabiliser les organisations de travail. La situation de sous-effectif qu'implique l'absence de professionnels pouvant, toutefois, être palliée dans une certaine mesure par l'allocation de moyens de suppléance, conduit à devoir répartir une charge de travail supplémentaire sur les effectifs présents ou engendrer des reports de charge sur l'équipe assurant la continuité de la prise en charge. Outre l'épuisement résultant de la charge de travail supplémentaire, du sentiment d'insécurité dans les pratiques en raison du sous-effectif et de l'impression d'isolement, notamment la nuit, le climat d'incertitude et d'imprévision des absences inopinées et de très courte durée, imposant des réorganisations de dernière minute au sein de l'équipe, accroît la fatigue du personnel, ce qui potentiellement fragilise les professionnels présents et à terme, favorise le risque que ces derniers se déclarent eux-mêmes absents.

Le renforcement de la difficulté des conditions de travail résultant de l'absence de personnel générant en conséquence de nouvelles absences, peut également avoir pour conséquence de fragiliser les organisations de travail jusqu'à conduire à une réduction de l'activité dès lors qu'il est estimé que la situation de sous-effectif pourrait fortement compromettre la qualité et la sécurité des soins. Cette diminution d'activité implique la décision de fermer des lits et un renversement de perspective où les modalités d'organisation du travail mises en défaut par l'absentéisme entraînent une adaptation contrainte de l'activité.

1.2. Une problématique accrue au regard des contraintes renforcées sur la masse salariale

1.2.1. Une démarche d'optimisation de la gestion du temps de travail

L'enjeu de la maîtrise de la masse salariale amène de nombreux établissements à s'engager dans une démarche de révision de l'organisation du temps de travail qui constitue l'un des principaux leviers d'efficience mobilisés. En effet, l'argument motivant la politique de réaménagement de la réduction du temps de travail s'appuie sur le raisonnement selon lequel, la réduction de la durée quotidienne de travail peut être jugulée par l'accroissement de la productivité des agents. La diminution du nombre de jours de RTT se traduit par une augmentation du temps de présence effective des agents. En conséquence, la masse salariale s'en trouve comprimée par la réduction des moyens alloués à la suppléance. Une telle mesure permet ainsi la hausse des effectifs présents tout en contribuant à la diminution de la masse salariale.

Selon une étude réalisée sur le niveau d'absentéisme s'appuyant sur les données statistiques Hospi Diag²⁶ de 329 établissements publics de santé comptant plus de 300 employés, un lien de corrélation pourrait être établi entre le niveau d'absentéisme qui tendrait à être plus élevé quand le nombre de jours de RTT est plus important en avançant qu'un nombre plus important de RTT augmenterait la possibilité de se voir refuser le placement d'un jour de RTT au moment souhaité par l'agent et se traduirait, le cas échéant, par la décision de s'absenter au jour voulu. Toutefois, il pourrait également être soutenu que la perte de jours de RTT aurait pour conséquence de favoriser la prise d'un congé pour maladie ordinaire dans le cas d'un souci de santé mineur alors que l'agent aurait été davantage enclin à poser un jour de RTT s'il en disposait d'un plus grand nombre.

L'AP-HP s'est également inscrite dans cette dynamique en renégociant l'organisation du temps de travail par l'arrêté du 1^{er} avril 2016 relatif à l'organisation du temps de travail et aux temps de repos à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et entré en vigueur au 1^{er} septembre 2016. Le nouvel accord met un terme à l'organisation du temps de travail en 7h50 et introduit une nouvelle organisation en 7h30 avec 15 jours de RTT tout en maintenant l'organisation du travail en 7h36 avec 18 jours de RTT. Cet accord ouvre également de nouvelles organisations en 8h45, 9h ou 10h s'agissant des services n'entrant pas dans un mode de fonctionnement en 24h tels que les blocs

²⁶ GUICHARD, G., « L'absentéisme gangrène fortement l'hôpital public », LeFigaro.fr, <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/04/20/20002-20160420ARTFIG00018-l-absenteisme-gangrene-fortement-l-hopital-public.php>, 20 avril 2016

opératoires, les consultations ou encore les filières médico-techniques. Ainsi, le gain lié à la reprise de jours de RTT tend à diminuer les moyens dédiés au remplacement et favorise dès lors l'auto-remplacement impliqué par l'accroissement des effectifs présents.

1.2.2. Endiguer les coûts directs et indirects liés à l'absentéisme

Si le réaménagement de la réduction du temps de travail conduit à un renforcement des effectifs présents tout en contribuant à la maîtrise de la masse salariale par la diminution des moyens dédiés à la suppléance, une politique de réduction de l'absentéisme entend également juguler les coûts directs et indirects liés à l'absentéisme.

Le coût direct résultant au versement des indemnités journalières associées à l'arrêt de travail pour maladie, accident du travail ou maternité, incombe aux établissements de santé qui assument le rôle d'assureur²⁷ s'agissant des prestations en espèces dans la mesure où le versement des prestations en nature relèvent de l'organisation générale de la Sécurité sociale. Les dépenses consacrées par l'Assurance maladie aux indemnités journalières des salariés s'élevaient à 13,7 milliards d'euros en 2015, soit 7,5% des dépenses de santé dont 56% au titre du risque maladie, 22% concernant les AT MP et 22% pour le risque maternité²⁸.

Les coûts indirects relatifs au remplacement sont d'autant plus importants et nécessaires que l'activité des établissements de santé demeure difficilement prévisible et peu compressible, notamment en raison des exigences de continuité et de permanence des soins. Ainsi, les établissements peuvent soit recourir à l'auto-remplacement, à la mobilité interne entre services, aux heures supplémentaires, à l'équipe de suppléance, à des étudiants en soins infirmiers vacataires, voire à des sociétés proposant du personnel intérimaire. Les dépenses du groupe hospitalier Henri Mondor liées aux heures supplémentaires ont atteint 3,5 millions d'euros, alors que les dépenses de remplacement s'établissent à 23,3 millions d'euros et le recours à l'intérim à 1,4 million d'euros.

Ces coûts financiers explicites ne sauraient pour autant exclure l'existence d'autres coûts implicites et difficilement quantifiables, mais ayant un impact significatif et fortement dommageable. Le temps mobilisé par les cadres de santé à la gestion des absences inopinées et à la détermination des moyens d'y pallier, demeure une tâche particulièrement chronophage amenant les cadres à réviser les plannings et à trouver

²⁷ Article 11 du décret n°60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel et commercial

²⁸ Drees, *Les dépenses de santé en 2016*, fiche n°34

des solutions de remplacement en rappelant des agents ou en sollicitant l'équipe de suppléance, voire les sociétés d'intérim par l'intermédiaire la Direction des soins et du cadre supérieur de santé dédié à la gestion des remplacements et en charge de l'équipe de suppléance. Les coûts liés aux dysfonctionnements organisationnels se traduisant par une répartition de la charge supplémentaire de travail, des interruptions de tâches, voire des reports de soins, peuvent conduire à une diminution de l'activité et des fermetures de lits dans les cas où la sécurité des soins serait remise en cause par un sous-effectif manifeste.

Les coûts résultant des dysfonctionnements organisationnels induisent deux types de coûts non quantifiables. Ils impliquent des coûts sociaux liés à l'épuisement du personnel présent en raison de l'accroissement de la charge de travail, de la situation anxiogène que peut susciter le travail en sous-effectif, du sentiment d'insécurité dans l'exercice des pratiques professionnelles et du stress généré par l'imprévisibilité des absences inopinées à devoir pallier à la dernière minute. La sur-sollicitation peut également engendrer un sentiment d'iniquité au sein de l'équipe entre les agents assidus, ne s'absentant que lors de soucis de santé graves, voire renonçant à s'absenter et des agents régulièrement absents et dont le bien-fondé du motif pourrait être remis en cause, notamment en l'absence de reconnaissance et de valorisation de l'assiduité des personnels présents et de contrôles suivis le cas échéant, de sanction par l'encadrement concernant les agents ayant de nombreuses absences inopinées. Cette situation peut, à terme, détériorer le climat social et dégrader la motivation des professionnels accentuée par le sentiment d'insatisfaction au travail en ayant l'impression de ne pas réaliser un travail de qualité en raison des reports de soins et de la charge de travail supplémentaire amenant à consacrer moins de temps relationnel à chaque patient au profit d'un plus grand nombre à prendre en charge. Les agents ont également le sentiment d'être livrés à eux-mêmes face à un encadrement pouvant se trouver dans l'incapacité de proposer une solution satisfaisante, c'est-à-dire, à la fois efficace et équitable, afin de remédier aux absences chroniques et déstabilisatrices du fonctionnement du collectif de travail²⁹.

Par ailleurs, les dysfonctionnements organisationnels engendrent également des coûts pouvant impacter l'image et l'attractivité de l'établissement du fait des risques pesant sur la qualité de soins impliqués par le sous-effectif du personnel soignant et la surcharge de travail, voire par la diminution de l'activité. L'impact de l'absentéisme sur la qualité de la prise en charge des patients se traduit par un allongement des délais d'attente, des reports de soins, un accroissement du risque de commettre des erreurs

²⁹ BRAMI, L., DAMART, S., DETCHESSAHAR, M., DEVIGNE, M., HABIB, J., KLETZ, F., KROHMER, C., « L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : comprendre et agir », Presses des Mines, collection Economie et Gestion, 2014, p.51-52

dans les pratiques de soins et la diminution de temps accordé à l'écoute des patients. Ce coût relatif à l'attractivité nécessite une vigilance particulière dans un contexte concurrentiel entre les établissements de santé, mais surtout au regard de l'attention renouvelée portée à la qualité de l'accueil et de la dimension relationnelle dans le soin au-delà de la réponse purement thérapeutique.

1.3. Renforcer la présence au travail : un levier d'efficience complémentaire à la politique de gestion du temps de travail

1.3.1. La politique de réaménagement de l'organisation du temps de travail : une condition nécessaire, mais non suffisante à l'accroissement de l'efficience organisationnelle

Si la révision de l'organisation du temps de travail se révèle être un levier d'efficience organisationnelle privilégié et mobilisé par de nombreux établissements en raison des gains apparents qu'implique le renforcement du temps de présence au travail résultant théoriquement la réduction de la durée quotidienne de travail et du nombre de jours de RTT, il n'en demeure pas moins que les résultats escomptés peuvent apparaître plus contrastés dans la réalité. En effet, la contraction de la masse salariale par la diminution des dépenses liées aux moyens de remplacement peut être nuancée, voire remise en cause si le niveau d'absentéisme reste élevé dans l'établissement. Le raisonnement motivant la renégociation du temps de travail doit ainsi être appréhendé dans un cadre théorique où l'absentéisme serait modéré. A ce titre, parmi les DRH rencontrés lors de la phase de benchmark, et dont les établissements se sont engagés dans une politique de réaménagement de la réduction de temps de travail, certains d'entre eux ont mis en évidence ce risque et ont fait part de leur bilan relativement mitigé sur l'impact financier de cette mesure. Dans certains cas, les dépenses relatives aux moyens de remplacement n'ont pas connu la baisse attendue, voire ont été reconduites notamment du fait que les demandes de remplacement pour pallier des absences inopinées de très courte durée ont dans la plupart des cas impliqués des rappels de personnel, ce qui n'a pas permis d'enrayer la dette sociale des établissements sur laquelle de nombreux protocoles de renégociation de l'organisation du temps de travail comptaient agir. Il a également été souligné par certains DRH que la hausse de l'absentéisme inopiné de courte durée au sein de leur établissement, a pu absorber dans

une proportion non négligeable des gains escomptés par le réaménagement de la réduction du temps de travail³⁰.

Si la récente mise en application de la révision de l'organisation du temps de travail à l'AP-HP, seulement effective depuis le 1^{er} septembre 2016, ne permet pas de dresser un bilan exhaustif avec des données pertinentes et fiables, il n'en demeure pas moins que ce point de vigilance doit amener à conjuguer la mise en œuvre du réaménagement de la réduction du temps de travail avec une politique de prévention et de réduction de l'absentéisme. L'AP-HP s'est inscrite dans cette logique en initiant une démarche globale de réduction de l'absentéisme au début de l'année 2017 qui a également été suivie par les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor au sein desquels le projet de suivi et de diminution de l'absentéisme a été porté conjointement par la DRH et la Direction des Soins.

1.3.2. Agir sur l'effectivité du temps de travail et optimiser l'emploi des ressources humaines

La politique de réaménagement de la réduction du temps de travail entend agir sur le cadre temporel théorique du travail, mais non sur l'effectivité du temps de travail disponible. C'est la raison pour laquelle une politique de suivi et de réduction de l'absentéisme est complémentaire à la renégociation de l'organisation du temps de travail et l'approfondit afin que les gains de temps de travail agent ne soient pas absorbés par une hausse soutenue de l'absentéisme. Outre l'action portant sur la gestion des absences et la prévention visant à agir sur les facteurs structurels de l'absentéisme tels que les conditions et l'organisation du travail, une démarche de renforcement et d'amélioration de la présence au travail entend non seulement accroître l'assiduité au travail, mais rendre cette présence effective, c'est-à-dire, productive. En effet, il serait vain de favoriser la présence au travail si celle-ci se révèle être source d'improductivité.

Par ailleurs, l'amélioration de l'effectivité du temps de travail peut également se coupler d'une démarche portant sur l'optimisation dans l'emploi des ressources humaines en réinterrogeant l'articulation entre l'activité et les organisations de travail y concourant. En effet, il s'agit de deux leviers d'efficience organisationnelle, la première permettant d'optimiser l'usage des ressources par le temps de présence au travail, la seconde en reconfigurant les modalités d'organisation des activités médicales et des types de prise en charge et la manière dont sont mobilisés les personnels, ce qui peut impliquer une

³⁰ BRAMI, L., DAMART, S. et KLETZ, F., « Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants », *Politiques et management public*, Vol 29/3, 2012, p. 548

redéfinition des missions ou du rapport au patient dans l'activité de soin, voire au service. Ainsi, le développement de la logique d'interdisciplinarité des professionnels de santé autour de la réorganisation des services en filières de prise en charge tels que les services d'hépatogastro et de chirurgie digestive, la cardiologie avec la pneumologie ou encore la chirurgie viscérale et l'urologie, contribue à l'efficacité organisationnelle par une réallocation des effectifs visant à générer des gains de productivité par une réunion de services dont les champs disciplinaires peuvent jouer sur des complémentarités ou par type d'activités tels que le regroupement des unités de soins intensifs, les hôpitaux de jour ou les consultations.

Plus encore, le changement de paradigme sur le plan architectural opéré par un certain nombre d'établissements, implique la logique de décloisonnement des services et de modularité des infrastructures où la prise en charge des patients n'est plus sectorisée en fonction de la discipline médicale à laquelle se réfère la pathologie du patient, mais se fait indifféremment de l'unité où le patient est hospitalisé. Dans cette nouvelle configuration, le personnel paramédical, est amené à intervenir sur un ensemble de patients dont les pathologies sont très diverses mais dont la charge, les types de soins et de missions connexes (logistique, régulation...) seront les nouvelles modalités de répartition du travail en équipe³¹. Il ne s'agit plus selon cette logique, d'amener le patient vers le praticien, mais de renverser ce rapport en favorisant le développement de la polyvalence du personnel soignant.

L'absentéisme se révèle être ainsi un enjeu décisif pour les établissements de santé tant sa hausse demeure soutenue et entretenue par le phénomène en lui-même et pouvant potentiellement déstabiliser les organisations de travail. L'objectif de maîtrise de la masse salariale induit par l'exigence de soutenabilité de la trajectoire financière des établissements dans un contexte de consolidation budgétaire des dépenses de santé, amène à exploiter les leviers d'efficacité organisationnelle dans le champ de la gestion des ressources humaines, et ce, notamment à travers la renégociation de l'organisation du temps de travail. Cette mesure ne peut porter pleinement les effets escomptés que si une politique de lutte contre l'absentéisme est conjointement menée afin de rendre effectif le temps passé au travail. Par ailleurs, l'approfondissement de la politique de diminution de l'absentéisme par une démarche d'amélioration de la présence au travail entend contrecarrer un autre écueil, plus implicite mais tout aussi problématique que l'absentéisme, à savoir la présence improductive au travail.

³¹ Ministère de la Santé et des Solidarités, *Ensemble modernisons l'hôpital : nouvelles organisations et architectures hospitalières*, 2011, p.50-64

Dès lors, le projet élaboré par la DRH et la Direction des Soins des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor s'est d'abord engagée dans une phase de diagnostic et de suivi de l'absentéisme afin de caractériser et de comprendre les ressorts du phénomène qui a connu une tendance sensible à la hausse ces dernières années. Toutefois, la démarche a su évoluer au-delà de l'objectif de gestion et de prévention de l'absentéisme pour proposer des actions participant à la valorisation de l'assiduité et de l'implication au travail dans un double objectif d'efficience organisationnelle et de performance sociale.

2 De la gestion de l'absentéisme à l'amélioration de la présence au travail

Le phénomène protéiforme de l'absentéisme résulte de multiples causes et déterminants interdépendants. Ainsi, il appartient de réaliser un diagnostic fin des facteurs pouvant l'induire, afin d'identifier les leviers pertinents d'action. A ce titre, le levier managérial apparaît essentiel et décisif bien qu'il soit complexe à appréhender et à mobiliser tant son action et ses effets sont difficiles à déterminer concernant l'impact sur la diminution de l'absentéisme. Toutefois, il permet de dépasser la seule approche gestionnaire de l'absentéisme vers une politique de performance sociale en s'intéressant aux moyens de valoriser l'assiduité et l'implication au travail.

2.1. Connaître et qualifier l'absentéisme

Agir sur l'absentéisme suppose tout d'abord de cibler les types d'absence fragilisant les organisations et d'identifier l'absentéisme sur lequel la GRH peut avoir une action pertinente. Cette étape préalable et déterminante du diagnostic doit, par la suite, s'inscrire dans le cadre d'un dialogue de gestion avec les pôles contribuant à la mise en évidence et à l'explication des facteurs affectant l'effectivité de la présence du personnel soignant.

2.1.1. Prioriser l'absentéisme inopiné de courte durée, facteur de déstabilisation des organisations

Une politique de réduction de l'absentéisme ne saurait se fixer pour objectif d'endiguer tout type d'absence ou de diminuer un volume global de jours d'absence du personnel soignant sans se focaliser sur l'épicentre du phénomène que sont les absences inopinées de courte durée. Les absences dites « perlées » sont principalement les absences pour maladie ordinaire de moins de 6 jours qui constituaient 46% du volume total de jours d'absence pour raison de santé dans l'ensemble de la fonction publique hospitalière en 2013³², parmi lesquels on peut encore effectuer une distinction plus fine en ciblant les congés maladie ordinaire compris entre 1 et 3 jours. Le choix de prioriser les absences « perlées » se justifie par la nécessité d'agir sur l'impact déstabilisant de l'absentéisme sur le fonctionnement des services dans la mesure où la réponse de l'encadrement ne permet pas ou seulement partiellement de pallier ces absences en raison de leur caractère imprévisible. Le recours aux heures supplémentaires, à l'équipe de suppléance, voire à l'intérim dans les cas les plus contraints, ne sont pas systématiquement mobilisés ou en temps voulu, de même que le recours des heures

³² Enquête *Conditions de travail 2013*, Dares, DGAFP, Drees, Insee. Traitement Drees

supplémentaires ou à l'auto-remplacement peuvent fragiliser à terme la cohésion d'équipe par le phénomène d'usure professionnelle et le sentiment d'iniquité généré par la sur-sollicitation et l'inefficacité des moyens coercitifs contre les absences chroniques de certains agents.

En 2016, le nombre d'arrêts pour maladie ordinaire représentait 87% du total des arrêts de travail au sein des effectifs infirmiers et aides-soignants confondus du groupe hospitalier Henri Mondor³³, dont 72% des congés pour maladie ordinaire ont une durée inférieure à 6 jours. En d'autres termes, le nombre de jours d'absence pour maladie ordinaire correspondait à 42% du nombre total de jours d'absence au sein des deux principales catégories de personnel non médical du groupe hospitalier et 23% du nombre de jours d'absence pour maladie ordinaire renvoyaient à des absences de moins de 6 jours. Ainsi, les arrêts de moins de six jours pour maladie ordinaire restent prédominants parmi les autres motifs d'absence pour raison de santé que sont les congés longue maladie et longue durée ou encore les accidents du travail, les accidents de trajet et les congés pour maladie professionnelle.

Outre leur caractère déstabilisateur sur les organisations et leur ampleur au sein du volume global des absences selon leur motif, les arrêts pour maladie ordinaire de moins de six jours constituent également la catégorie d'absences la plus susceptible d'entrer dans le champ de l'absentéisme, entendu comme absences dont le bien-fondé peut être remis en cause. En effet, une marge d'appréciation sur l'opportunité de se mettre en arrêt pour maladie ordinaire existe contrairement aux arrêts pour accident de travail ou les congés maternité. Les absences inopinées de courte durée pour maladie ordinaire peuvent aussi se révéler être des variables d'ajustement dans les cas où les agents tendent à exprimer le besoin de prendre de la distance par rapport à leur travail ou à adopter une attitude de rejet de son environnement.

Il s'agit également d'absences dites compressibles, c'est-à-dire, qui peuvent être évitées par une politique de prévention portant sur la lutte contre les risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail ou encore par un système de suivi et de contrôle de la justification des absences. Il existerait ainsi un taux d'absentéisme incompressible de l'ordre de 3,5%-4%³⁴ ; par ailleurs, sur l'ensemble des contrôles des arrêts maladies effectués par les CPAM au titre du dispositif instauré par le

³³ Effectifs pris en compte dans le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) du GH

³⁴ SARAZIN, B. et al, « Absentéisme : le débat est ouvert », *Travail & Changement, Revue de la qualité de vie au travail*, N°329, Réseau ANACT, janvier/février 2010, p.2.

décret du 3 octobre 2014³⁵, il a été relevé que 5,4% des arrêts maladie³⁶ se sont avérés injustifiés³⁷. C'est sur ce type d'absences qu'une marge de manœuvre réelle est possible, de même que des actions de prévention de santé au travail et d'amélioration des conditions de travail peuvent dans une certaine mesure agir sur une part de l'absentéisme incompressible qui résulterait d'arrêts de travail justifiés mais dont les causes ayant favorisé ou contribué directement à l'arrêt de travail, ne sont pas extérieures à l'environnement de travail.

2.1.2. Définir les indicateurs pertinents en ciblant l'absentéisme sur lequel les leviers de la GRH peuvent agir

La phase préalable de diagnostic, puis le suivi de l'absentéisme au sein du groupe hospitalier, ont conduit à l'élaboration de tableaux de bord synthétisant les principaux indicateurs d'absentéisme qu'il conviendrait d'analyser à échéance régulière, afin d'évaluer la situation de l'absentéisme dans l'établissement et son évolution, mais également si certaines mesures ou actions entreprises par l'établissement, qu'elles relèvent du champ de la GRH ou non, ont pu avoir un impact sur l'absentéisme. L'absentéisme constitue dès lors un indicateur social pertinent qui permet, dans une certaine mesure, de rendre compte du climat social et de l'état d'épuisement du personnel par rapport à une activité qui s'est intensifiée ou une organisation de travail inadaptée, voire d'identifier des situations à risque s'agissant du taux d'absentéisme pour motif d'accident du travail. Il constitue, à ce titre, un indicateur suivi dans le cadre du bilan social des établissements parmi d'autres indicateurs relatifs à la gestion du temps et à la disponibilité des ressources humaines tels que le volume d'heures supplémentaires non encore récupérées, non encore rémunérées, le nombre de jours de Comptes épargne temps stockés en fin d'année, le taux de turn-over du personnel et le taux de mobilité interne du personnel non médical³⁸.

En partant de la définition de la DGOS et des modalités de calcul du taux d'absentéisme³⁹, il a été convenu avec la cellule de contrôle de gestion RH, de s'intéresser à l'absentéisme global tous motifs confondus parmi ceux retenus par la

³⁵ décret n° 2014-1133 du 3 octobre 2014 relatif à la procédure de contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires

³⁶ 13 058 contrôles ont été effectués sur 210 902 arrêts maladie, soit un taux de contrôle de 6,2%.

³⁷ BOUVARD, M., Rapport général du projet de loi de finances pour 2016, Tome III : Les moyens des politiques publiques et les dispositions spéciales, Annexe n°16 : Gestion des finances publiques et des ressources humaines et Crédits non répartis, Sénat, commission des finances, novembre 2015, p.88.

³⁸ Instruction N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

³⁹ Nombre de jours d'absences du personnel (motifs listés ci-dessous, hors congés, RTT, jours fériés, repos hebdomadaires, et hors absences pour formation et autres autorisations d'absence) / (ETP moyen sur l'année n x 365), exprimé en pourcentage

DGOS⁴⁰, en ciblant le taux d'absentéisme pour motif de maladie ordinaire, d'accident du travail, de trajet et de maternité. Le focus réalisé sur ces trois motifs s'est justifié dans la mesure où ils constituent les trois principaux motifs d'arrêt pour raison médicale et non médicale que ce soit en termes de volume de jours d'absence et de nombre d'arrêts. Par ailleurs, ces types d'absence ont un impact non négligeable sur les organisations de travail et leur fonctionnement régulier puisque les congés maladie ordinaire sont des absences inopinées et de courte durée et par conséquent difficilement anticipées et palliées comme précédemment évoqué. Les arrêts au titre d'accidents du travail revêtent un intérêt particulier tant ils mettent en évidence des situations professionnelles à risque si ces derniers atteignent une proportion importante pouvant renvoyer à un problème systémique dans le fonctionnement de l'activité et l'organisation de travail y concourant. Les congés maternité sont des absences de moyenne durée, voire longue s'ils sont associés à des grossesses pathologiques pouvant conduire à des congés prolongés par des arrêts pour raison de santé avant et/ou après le congé maternité. Ils peuvent, à ce titre, contribuer à accroître les difficultés de réorganisation des effectifs au sein du service dans la mesure où les arrêts de travail pour maternité ne sont pas systématiquement remplacés, l'établissement ayant fait le choix d'octroyer un remplacement pour deux congés maternité et qu'une part imprévisible des absences est à prendre en compte dans le cas des grossesses pathologiques qui sont de plus en plus fréquentes.

En outre, il s'agit de motifs d'absence sur lesquels les leviers de la GRH peuvent être mobilisés. En effet, les arrêts pour motif d'accident du travail peuvent être endigués par le développement d'une politique de prévention des risques professionnels tant concernant l'exposition à des produits dangereux (risques chimiques, produits dérivés du sang) que liés aux postures physiques et au port de charges lourdes ou encore aux risques psychosociaux. A ce titre, le dispositif ErgoPACT déployé par le groupe hospitalier Henri Mondor et déclinant la politique QVT dans le cadre du PAPRI Pact de l'AP-HP s'inscrit dans cette démarche de prévention des risques professionnels dont l'action s'est portée en 2016 dans un contexte de certification HAS, sur trois risques prioritaires identifiés, à savoir, la sécurisation insuffisante du stockage des produits chimiques dangereux, l'épuisement professionnel et le déséquilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle des agents.

S'agissant des congés maternité, il convient de mobiliser les leviers visant à pallier au mieux ces absences dites programmées afin d'anticiper au mieux les besoins en remplacement ou le réaménagement des modalités d'organisation du travail à travers la

⁴⁰ A savoir, la maladie ordinaire, la longue maladie/longue durée, l'accident du travail, l'accident de trajet, la maladie professionnelle, à caractère professionnel ou contracté lors de l'exercice des fonctions, la maternité, la paternité et l'adoption

révision des plannings et des effectifs présents en intégrant le non-remplacement du congé maternité. Une politique de prévention des risques professionnels peut également agir dans une certaine mesure sur les risques d'arrêt de travail pour raison de santé avant la prise du congé maternité en participant à l'amélioration des conditions de travail de personnels nécessitant un suivi plus spécifique et des aménagements dans les horaires de travail, les types de missions réalisées au regard de l'intensité de l'effort, des contraintes physiques ou des équipements à disposition.

Les indicateurs déterminés avec le contrôle de gestion RH pour évaluer l'ampleur du recours à ces trois motifs d'absence s'appuient à la fois sur la mesure du taux d'absentéisme, le nombre de jours d'absence et le nombre d'arrêts en ciblant également le nombre de jours d'absence et d'arrêts correspondant à des absences de moins de six jours. Cette distinction s'est révélée particulièrement pertinente dans la mesure où le rapport entre le nombre d'arrêts de moins de six jours et le nombre total d'arrêts permet de mesurer l'impact déstabilisateur de l'absentéisme de courte durée sur les organisations de travail, ainsi que son évolution qui peut traduire un absentéisme conjoncturel comme expression d'un rejet de l'environnement de travail ou de distanciation dans le rapport à l'organisation de travail.

2.1.3. Instaurer un dialogue de gestion avec les pôles à travers un diagnostic partagé

Si l'élaboration des indicateurs d'absentéisme relève du contrôle de gestion RH, l'identification des facteurs d'explication du niveau, des caractéristiques et des tendances d'évolution de l'absentéisme s'effectue plus pertinemment avec les acteurs directement impliqués dans les structures de soins, à la fois au niveau du pôle et plus spécifiquement dans les services cliniques. L'analyse des données d'absentéisme nécessite dès lors la réalisation d'un diagnostic partagé entre la DRH, la Direction des Soins, d'une part, et les responsables des structures médicales, de même que l'encadrement paramédical d'autre part.

La démarche de présentéisme menée par la DRH et la Direction des soins du groupe hospitalier Henri Mondor s'est ainsi articulée autour d'un comité de pilotage visant à définir les axes stratégiques de travail et à suivre le projet de réduction de l'absentéisme au niveau GH, puis à travers des rencontres avec les responsables de pôle dont l'objectif était double⁴¹. A partir de la présentation de manière transparente, des données d'absentéisme propres au pôle et aux services, il s'agissait pour la direction et les pôles

⁴¹ Voir annexe IV pour exemple

d'analyser conjointement les hypothèses de facteurs concourant à la hausse de l'absentéisme et de relever les causes et les ressorts pouvant expliquer les tendances en s'appuyant sur le regard et la connaissance de l'encadrement concernant la situation individuelle et collective des personnels, de l'activité et de l'organisation de travail y contribuant⁴².

La méthode suivie a contribué à l'approfondissement de l'analyse par la direction du climat social et des difficultés en termes de gestion des ressources humaines dans les pôles et les services, mais elle a surtout permis aux responsables de pôle de pouvoir objectiver les situations de tensions ou de difficultés ressenties à travers les indicateurs consolidés dans des tableaux de bord de suivi de l'absentéisme. Plusieurs chefs de pôle et cadres paramédicaux de pôle ont trouvé un réel intérêt à utiliser les tableaux de bord des indicateurs d'absentéisme comme outils favorisant le dialogue de gestion avec leurs confrères et collègues responsables de structures médicales et de l'encadrement paramédical concernant notamment les problèmes interrelationnels, les tensions entre les équipes médicales et paramédicales ou encore la pertinence de leur implication managériale pour les régler. De nombreux pôles ont fait le choix de diffuser ces tableaux de bord en interne parmi le personnel d'encadrement des services et de les exploiter lors de rencontres internes telles que les bureaux de pôle ou les réunions de service.

Cet outil a également participé au renforcement du dialogue de gestion entre l'équipe de direction et les responsables de pôle en partageant des outils communs, transparents et compréhensibles, par exemple, à l'occasion du Comité Exécutif Local (CEL) où au même titre que les points sur l'activité et le suivi budgétaire des pôles, un point de situation de l'absentéisme a été ajouté consistant à exposer les principales tendances de l'absentéisme pour chaque pôle et permettant à la Directrice générale et aux chefs de pôle d'aborder objectivement la situation en termes de gestion du temps et de la disponibilité des ressources humaines tout en insistant sur l'importance de la dimension managériale de leur fonction de responsables de pôle.

2.2. Identifier les causes et les ressorts de l'absentéisme

Le groupe hospitalier Henri Mondor a procédé avec les équipes de la DRH et de la Direction du Pilotage et de la Transformation de l'AP-HP, à une phase de diagnostic approfondie visant à mettre en évidence les déterminants pouvant impacter l'absentéisme grâce à des méthodes d'analyse quantitative des données statistiques RH.

⁴² BRAMI, L., DAMART, S., DETCHESSAHAR, M., DEVIGNE, M., HABIB, J., KLETZ, F., KROHMER, C., « L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : comprendre et agir », *Presses des Mines*, collection Economie et Gestion, 2014, p.17

2.2.1. Les déterminants sociodémographiques et individuels

La littérature académique a mis en évidence un certain nombre de déterminants sociodémographiques pouvant favoriser l'absentéisme et dont il convient de vérifier s'ils se manifestent empiriquement sur le terrain d'étude que constitue le groupe hospitalier Henri Mondor.

Si l'on se focalise sur les déterminants renvoyant aux caractéristiques individuelles des agents, des études mettent en évidence un absentéisme plus élevé parmi le personnel féminin (hors congés maternité) et âgé⁴³. Le nombre de jours d'absence moyen par ETP moyen parmi les personnel féminin (toutes qualifications confondues) est effectivement plus élevé tant concernant les absences dites « perlées » de moins de six jours (2,4 jours contre 1,7 jour chez les hommes) que les absences de longue durée (5,4 jours contre 4,5 jours chez les hommes). Cette tendance se vérifie aussi bien au sein du personnel infirmier (les arrêts de moins de 6 jours durent en moyenne 2,1 jours contre 1,2 jour chez les hommes) que chez les aides-soignants (le nombre moyen de jours d'absences longues s'élève à 6,7 contre 4,6 parmi les hommes). Par ailleurs, l'hypothèse selon laquelle le personnel âgé serait plus absent, notamment en raison d'un état de santé plus fragilisé, se trouve infirmée. En effet, si le nombre de jours d'absence pour longue durée croît de 2,3 jours pour les personnels de moins de 25 ans (toutes qualifications confondues) à 5,9 jours parmi les 35-44 ans, ce nombre diminue à 5,5 jours parmi le personnel âgé entre 45 et 54 et les plus de 55 ans. On relève même une relation dégressive concernant les absences « perlées » de moins de six jours dont le nombre de jours moyen par agent atteint 3 jours parmi les agents de moins de 25 ans alors qu'il n'est que de 1,4 jours pour les personnels de plus de 55 ans. Si ces tendances se manifestent aussi bien au sein du personnel infirmier que chez les aides-soignants, il convient toutefois de préciser que les absences de longue durée augmentent avec l'âge parmi les infirmiers (11,4 jours en moyenne pour les plus de 55 ans contre 3,2 jours parmi les 25-34 ans).

Les hypothèses concernant les critères sociodémographiques ayant un impact sur l'absentéisme mettent en évidence la longueur du temps de trajet du domicile au lieu de travail, ainsi que le nombre d'enfants à charge comme des facteurs pouvant favoriser des absences plus fréquentes ou plus longues. La problématique de la durée des trajets vers le lieu de travail est particulièrement prégnante au GH Henri Mondor qui se situe en région parisienne dans une aire urbaine peu desservie en accès directs aux transports en

⁴³ DARES, « Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail », *DARES Analyses*, n°009, Février 2013, p.3.

commun et dont les zones de stationnements sont limitées notamment en raison des travaux effectués dans le site, mais également aux abords de l'établissement.

Il ressort de l'analyse des données statistiques que la durée du trajet n'influe pas sur le niveau d'absentéisme puisque le nombre de jours d'absence moyen concernant des arrêts de moins de 6 jours pour les agents effectuant des petits trajets inférieurs à 30 minutes et ceux réalisant des trajets dont la durée est supérieure à 90 minutes, fluctue entre 2,3 et 2,7 jours et a même tendance à diminuer s'agissant des arrêts de longue durée de 6,8 jours à 4,2 jours. Le nombre d'enfants à charge a effectivement un impact positif sur le nombre d'absences et leur durée, et ce encore plus nettement concernant les arrêts de longue durée, puisque le nombre de jours d'absence moyen relevé parmi les agents n'ayant aucun enfant à charge s'établit à 3,3 jours, alors qu'il est de 6,3 jours parmi les agents ayant plus de trois enfants à charge.

Il convient, toutefois, de souligner une tendance récente et plus fréquente à l'allongement des absences lors de la maternité qui sont précédées ou prolongées par des congés pour raison de santé en dehors des cas relevant de la grossesse pathologique. En effet, si l'on exclut les jours d'absence relatifs aux grossesses pathologiques, le nombre de jours d'absence moyen pour des arrêts maladie de plus de six jours atteint 38,4 jours pour les IDE, 42,5 jours parmi les AS et 38,8 jours chez les agents hospitaliers. Les cadres de santé rencontrés lors d'entretiens et interrogés sur les causes de l'absentéisme dans leur service, affirmaient qu'il arrivait de plus en plus fréquemment que des arrêts pour maladie ordinaire précèdent les congés maternité en dehors des cas de grossesse pathologique et que ces arrêts pouvaient débuter un mois, voire jusqu'à deux mois avant le début du congé maternité, ce qui accentue l'impact désorganisateur des absences pour maternité dans la mesure où ces arrêts pour raison de santé ne sont pas anticipés, ni prévisibles contrairement au caractère « programmé » des congés maternité. En outre, ces congés pour maladie ordinaire accroissent la durée des absences qui ne font, par ailleurs, l'objet que d'un remplacement pour deux congés maternité. Les cadres de santé interrogées sur les facteurs pouvant expliquer l'adossement fréquent de congés pour raison de santé, soulignaient l'attitude plus préventive et prudente adoptée à la fois par les femmes enceintes et les médecins prescripteurs face aux risques potentiels issus de l'environnement et des conditions de travail sur le développement de la grossesse.

Enfin, la variable socioprofessionnelle met significativement en évidence des niveaux divergents d'exposition à l'absentéisme qui sont plus élevés parmi les personnels soignants (13% et 17% des agents parmi les effectifs IDE et AS respectivement, ont eu

une absence « perlée », c'est-à-dire un nombre total de jours d'absence de 7 à 12 jours correspondant à des arrêts maladie de moins de 6 jours) et les agents hospitaliers (21%) qu'au sein des praticiens hospitaliers (7,5%) et des cadres (2,5%). La prédominance de l'absentéisme parmi le personnel soignant a ainsi justifié que la démarche de présentéisme du groupe hospitalier se focalise plus spécifiquement sur ces catégories professionnelles.

2.2.2. Les facteurs structurels et organisationnels

La réalisation des tableaux de bord des indicateurs d'absentéisme par pôle et par service a permis de comparer l'impact du type d'activité sur le niveau de l'absentéisme. Cette étude s'est complétée d'une analyse effectuée par la DRH de l'AP-HP et la Direction du Pilotage de la Transformation portant sur l'influence de l'organisation du temps de travail dans un contexte organisationnel évolutif à la suite de la mise en application de la nouvelle OTT depuis le 1^{er} septembre 2016.

Si des cadres avançaient fréquemment « l'effet OTT » comme l'un des facteurs explicatifs de la hausse de l'absentéisme, il convient de souligner que les éléments statistiques montrent une progression constante de l'absentéisme au sein de l'AP-HP de +5,67% entre 2014 et 2016 dont + 4,28% entre 2015 et 2016 bien que l'échéance rapprochée ne permette pas de réaliser un bilan exhaustif en l'absence de recul suffisant. L'examen du niveau des absences par OTT en 12h, 10h, en 7h36 et en 7h30 a révélé que les modalités d'OTT retenues n'ont pas d'impact réellement caractérisé, puisque l'on constate un absentéisme plus significatif pour une organisation du temps de travail choisi majoritairement dans un secteur ou une spécialité, et non de manière généralisée dans l'ensemble de l'établissement. En effet, si le nombre de jours d'absence moyen par ETP moyen en 2016 est sensiblement plus élevé dans les secteurs pré et post opératoires où l'organisation du temps de travail en 12h est répandue (13 jours), celui-ci est plus faible pour les agents en 7h30 ou 7h36 (7 jours), alors que dans les services fonctionnant généralement en 7h30 ou 7h36 en journée ont un nombre de jours d'absence moyen par ETP moyen plus élevé (13 jours en médecine, 16 jours en médecine gériatrique, en psychiatrie, 19 jours en SSR et 21 jours en SLD). De même, le bloc opératoire étant un secteur où l'OTT en 10h est plus généralisée que dans les autres services, le nombre de jours d'absence moyen par ETP moyen est plus élevé (8 jours) que dans les autres services où cette OTT est moins répandue (5 jours en médecine, en consultations, dans les hôpitaux de jour ou encore le secteur ambulatoire).

Par ailleurs, la comparaison de l'absentéisme entre les équipes de jour et de nuit montre que celui-ci serait plus important parmi les équipes de nuit (13,96 jours d'absence par ETP moyen en médecine contre 12,7 jours pour les équipes de jour), notamment aux urgences (16,6 jours contre 9,42 jours pour les équipes de jour) et en chirurgie où l'écart est particulièrement significatif (21,59 jours contre 8,17 jours) ou encore dans les secteurs pré et post-opératoire (11,48 jours contre 9,65 jours). Néanmoins, cette comparaison est inversée dans les secteurs de rééducation et gériatrie où l'absentéisme demeure plus significatif au sein des équipes de jour (15,45 jours contre 10,8 jours pour les équipes de nuit en médecine gériatrique ; 18,4 jours contre 10,62 jours en SSR ; 20,84 jours contre 11,06 jours en SLD). Il peut à nouveau être avancé que le type d'activité aurait davantage un impact sur l'absentéisme que les horaires de travail de jour ou de nuit puisque l'on constate que le nombre de jours d'absence par agent dans les équipes de nuit est plus significatif dans des secteurs où le niveau d'activité connaît moins de variations entre le jour et la nuit tels que les urgences et les services post-opératoire (salle de surveillance post-interventionnelle) et les réanimations.

Il semblerait dès lors que le type d'activité ou de secteur de soins soit un facteur plus pertinent et explicatif de niveau d'absentéisme que l'OTT. L'étude des données d'absentéisme par pôle et par service a montré des tendances et des niveaux d'exposition à l'absentéisme très nettement distingués entre les filières médico-techniques et les services de soins. Les catégories professionnelles des manipulateurs en électroradiologie médicale et des techniciens de laboratoire connaissent un absentéisme très faible, voire résiduel avec un taux d'absentéisme de l'ordre de 2%, alors que les pôles réunissant les activités de médecine et de chirurgie ont un taux d'absentéisme s'établissant entre 7,5% et 10%. A ce titre, on peut relever le pôle CITI (Cancérologie, Immunité Transplantations Infectiologie) dont le taux d'absentéisme parmi les IDE fluctuait autour de 7,5% au 1^{er} trimestre 2017 ou encore le pôle regroupant les activités de médecine interne, médecine gériatrique et des urgences où l'absentéisme a connu une hausse sensible et soutenue sur le 1^{er} trimestre et par rapport à la même période en 2016 avec un taux d'absentéisme de 10,05% au mois de mai 2017 et de 8,97% sur le 1^{er} trimestre 2017. Il peut également être relevé que les services de chirurgie ont un absentéisme moins prononcé que dans les services de médecine (2,6% parmi les IDE et 0,56% au sein des effectifs AS en chirurgie plastique et reconstructrice au 1^{er} trimestre 2017 ou encore en urologie où le taux d'absentéisme des IDE s'établit à 6,51% et à 3,97% parmi les AS sur la même période). Les chefs de pôle et les cadres paramédicaux des pôles regroupant des activités de médecine et de chirurgie ont avancé parmi les facteurs explicatifs de ce moindre absentéisme dans les services de chirurgie, une implication et un rapport au travail plus affirmés du personnel soignant, ainsi que des relations moins complexes avec

les patients qui effectuent des séjours d'hospitalisation plus courtes. Les services de SSR et de SLD où les patients sont davantage poly-pathologiques et cumulent parfois des difficultés sociales, ont également un absentéisme plus élevé comme il a pu être relevé dans le service de neuro-rééducation avec un taux d'absentéisme de 12,95% parmi les IDE et les AS au 1^{er} trimestre. Enfin, la filière gériatrique particulièrement importante au sein du groupe hospitalier Henri Mondor est sensiblement affectée par l'absentéisme comme le souligne le niveau du taux d'absentéisme du pôle gériatrique Val-de-Marne atteignant 9,63% au 2nd trimestre 2017 dont 7,98% et 11,74% parmi les IDE et AS respectivement ou encore dans le pôle gériatrique Essonne où celui-ci s'est établi à 9,81% au mois de juillet 2017 dont 13,87% et 9,22% parmi les IDE et les AS respectivement. Si le climat social marqué par des tensions sur un des trois sites gériatriques peut se manifester par un sur-absentéisme qui traduirait une forme implicite de « contestation sociale », le niveau structurellement plus élevé de l'absentéisme dans les services de gériatrie entre 8% et 10%, voire 12% dans certains services, renvoie aux spécificités de ce secteur de soins où les conditions de travail sont particulièrement éprouvantes tant sur le plan physique (efforts de manutention et d'aide à la mobilité des patients) que moral (longues hospitalisations caractérisées par une dégradation physique et cognitive inéluctable de patients poly-pathologiques et des situations de fin de vie difficiles à gérer).

2.2.3. L'impact du management : une cause et un levier d'action déterminant au cœur des interactions entre les facteurs individuels et organisationnels

Le management, bien que complexe à évaluer, demeure un facteur d'absentéisme, mais également un outil essentiel à mobiliser dans la lutte contre l'absentéisme. En effet, le management traduit et décline une organisation du travail en équipe adaptée aux caractéristiques de l'activité à réaliser. L'action managériale du personnel d'encadrement constitue dès lors le vecteur de la mise en application concrète de l'organisation de travail dont elle peut soit atténuer, soit renforcer les contraintes pouvant favoriser l'absentéisme. Ainsi, le management peut agir sur les facteurs structurels et organisationnels de l'absentéisme, mais il entre également en interaction avec les déterminants individuels et sociodémographiques et peut, en retour, prendre en compte ces derniers en adaptant l'organisation de travail par rapport à ceux-ci. A titre d'exemple, l'encadrement décline l'organisation du temps de travail et la met en application au sein du cycle de travail par l'élaboration des plannings ou des tableaux de service. Le personnel d'encadrement peut toutefois accorder des accommodements raisonnables qui permettent des adaptations aux situations individuelles quand celles-ci les justifient.

Les rencontres organisées entre la DRH, la Direction des soins et les responsables de pôle ont permis de mettre en évidence des situations managériales ayant une incidence sur l'implication au travail des personnels soignants et la cohésion du collectif de travail. Il a pu être relevé à cette occasion que le secteur des réanimations à la fois médicale, chirurgicale polyvalente, digestive et cardio-vasculaire, connaissait un niveau soutenu d'absentéisme à l'exception de la réanimation chirurgicale polyvalente. Pourtant, l'ensemble des services de réanimation ont une activité qui diffère peu les uns des autres et font face à des difficultés et des contraintes communes. L'analyse et le diagnostic menés avec le cadre paramédical de pôle a ainsi mis en exergue l'implication managériale forte de l'encadrement paramédical, de même que la synergie et la bonne communication entre les équipes médicales et paramédicales comme des facteurs de réussite favorisant la cohésion de l'équipe et l'implication de chacun dans son travail.

Pour rendre compte de l'importance du rôle du management et de son impact sur l'absentéisme qui ne saurait être évalué uniquement par des indicateurs d'absentéisme, une démarche d'autodiagnostic a été initiée dans le service d'endocrinologie dans le cadre de la préparation de la visite de la certification HAS en 2016 s'appuyant sur la méthode « PACTE⁴⁴ » (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe) également développée par la HAS. Ce programme débute par une auto-évaluation du travail en équipe portant sur différents axes thématiques du management tels que l'organisation du travail, la collaboration, l'exercice professionnel auprès des patients et les actions pour améliorer l'organisation et la qualité de vie au travail. La réalisation de cet autodiagnostic et l'analyse des résultats qui en a découlé, ont ainsi permis de révéler et d'objectiver les problématiques managériales et les tensions interrelationnelles présentes dans le service au sein duquel l'absentéisme était soutenu notamment parmi les aides-soignants (15,92% au 1^{er} trimestre 2016).

2.3. Gérer l'absentéisme et optimiser le recours aux moyens de suppléance

Les modalités de suppléance que constituent l'auto-remplacement, la mobilité interne entre unités, le recours aux heures supplémentaires, à l'équipe de suppléance, voire en dernier ressort, à l'intérim, constituent les principaux moyens à disposition des établissements visant à pallier les absences. Toutefois, l'usage de chacun de ces dispositifs doit être raisonné et adapté à la situation à laquelle il doit répondre tant concernant l'efficacité de la mesure, de la maîtrise des coûts qu'elle génère que de la

⁴⁴https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/2014_02_14_cahier_des_charges_pacte_vd.pdf, p.14

préservation de l'équité entre les personnels au sein du collectif de travail. L'objectif d'équité suppose de ne pas sur-solliciter les agents présents et de favoriser la présence au travail en s'appuyant sur les leviers incitatifs visant à valoriser l'assiduité et l'implication au travail.

La renégociation de la réduction du temps de travail entendait accroître l'efficience organisationnelle par la diminution des dépenses dédiées au remplacement comme il a été précédemment évoqué. L'un des objectifs majeurs de l'ensemble des établissements est tout d'abord de maîtriser les dépenses d'intérim particulièrement onéreuses. Le groupe hospitalier Henri Mondor a ainsi consacré 1 365 000 euros de dépenses d'intérim en 2016, soit une progression de +15% par rapport à 2015. Cette hausse significative a alerté la DRH et la Direction des Soins sur la nécessité d'identifier les causes de cette évolution préoccupante. L'analyse des dépenses d'intérim par site du groupe hospitalier à partir du tableau de bord des indicateurs relatifs aux moyens de remplacement élaboré par le cadre supérieur de santé en charge de la gestion des remplacements à la Direction des Soins, met en évidence que les dépenses d'intérim ont légèrement diminué sur le site hospitalo-universitaire (-0,7%) réunissant l'essentiel des activités de MCO (269 000 euros en 2016), alors qu'elles ont particulièrement augmenté sur un des sites gériatriques de +68,7% et constituent 61,5% de l'ensemble des dépenses d'intérim du groupe hospitalier. Cette forte progression a traduit une perte de maîtrise dans le juste recours à l'intérim puisqu'il a été constaté que le personnel intérimaire n'a pas uniquement servi à pallier des absences imprévisibles et inopinées, mais à couvrir des besoins en postes permanents qui demeuraient vacants en raison d'un manque d'attractivité des postes proposés, voire dans certains cas, parce que la procédure de recrutement n'a pas été réalisée, les fiches de poste n'ayant pas été publiées. Ainsi, la très nette progression des dépenses d'intérim renvoyait à un mésusage des moyens de remplacement puisque des moyens non permanents, en l'occurrence le personnel intérimaire, permettait de pallier l'absence de moyens permanents, c'est-à-dire des postes vacants.

L'objectif d'optimisation du recours aux moyens de remplacement en endiguant la hausse des dépenses d'intérim sur ce site, et plus largement dans l'ensemble du secteur gériatrique du groupe hospitalier, a dès lors conduit à créer une équipe de suppléance propre à chaque site par transformation de postes permanents non pourvus en postes affectés au pool de suppléance qui peuvent se révéler plus attractifs dans ce secteur. Toutefois, l'épicentre du problème qu'est la vacance de nombreux postes soignants permanents a nécessité de mener une politique active de recrutement visant à agir sur l'attractivité des postes via un plan de facilitation des recrutements et de fidélisation des personnels.

Le volet spécifique au recrutement tend à assouplir les modalités de recrutement par l'allongement de la durée des contrats à six mois et la réduction du délai avant mise en stage afin d'accélérer la période de test avant la titularisation et de sécuriser la situation professionnelle en proposant des durées de contrat plus longues. En effet, il s'est avéré que la longueur de la durée avant mise en stage et la très courte durée des contrats étaient particulièrement désavantageuses par rapport à d'autres établissements dans le même territoire. Des contrats d'allocation d'études et des contrats d'apprentissage ont également proposés pour inciter les étudiants infirmiers à candidater par une aide financière particulièrement appréciable dans une zone urbaine de la région parisienne où le coût de la vie demeure élevé, notamment en raison des tensions pesant sur l'immobilier et qui peut constituer un frein à l'exercice du métier de soignant dont la rémunération reste modérée par rapport au coût de la vie dans ce bassin de population francilien.

Le second volet du plan vise à fidéliser les personnels en agissant sur la qualité de vie au travail et plus spécifiquement sur une meilleure conciliation entre la vie professionnelle et personnelle que ce soit par la proposition de logements vacants situés à proximité de l'établissement, l'élargissement des possibilités de garde d'enfant (disponibilité des places en crèches sur les différents sites du groupe hospitalier, accès aux crèches de ville ou octroi de chèques emploi service) ou encore l'accessibilité à l'établissement avec l'ouverture d'un nouveau parking dans un contexte de travaux importants à l'intérieur et à l'extérieur du site Henri Mondor limitant les capacités de stationnement.

Si le recours à l'intérim qui constitue le moyen de remplacement employé en dernier ressort, doit être maîtrisé et strictement justifié au regard de la situation qu'il vise à pallier, à savoir les absences inopinées dans des secteurs de soins où la sécurité des soins peut être remise en cause par le sous-effectif impliqué par l'absentéisme, l'équipe de suppléance doit également être adéquatement mobilisée. En effet, son usage systématique peut paradoxalement générer de l'absentéisme en atténuant l'impact désorganisateur de l'absence de l'agent qui peut inciter ce dernier à renoncer moins souvent à s'arrêter quand celui-ci a un souci de santé mineur. Par ailleurs, le recours à l'équipe de suppléance peut avoir un effet négatif sur la motivation des agents présents qui voient leurs collègues remplacés par des personnels polyvalents en donnant l'impression d'être facilement « interchangeables »⁴⁵. Il peut paradoxalement accroître l'usure professionnelle alors qu'il a pour vocation de l'atténuer en réduisant la charge de

⁴⁵ BRAMI, L., DAMART, S., DETCHESSAHAR, M., DEVIGNE, M., HABIB, J., KLETZ, F., KROHMER, C., « L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : comprendre et agir », *Presses des Mines*, collection Economie et Gestion, 2014, p.72

travail supplémentaire dans la mesure où l'arrivée dans un service nouveau ou dans un secteur de soins où le personnel de suppléance n'a pas récemment ou peu exercé, engendre des coûts d'entrée parfois non négligeables liés au manque de connaissances relatives à la pratique des soins techniques, aux patients hospitalisés ou encore à l'organisation du service et du collectif de travail⁴⁶. Ainsi, le personnel présent doit prendre le temps d'expliquer le fonctionnement du service, les types de soins à prodiguer, voire pallier certains actes qui ne seraient pas convenablement exécutés, ce qui peut, en outre, engendrer des risques en termes de manque de compétence pouvant nuire à la qualité des soins.

La mise en évidence des risques liés à la mobilisation fréquente de l'équipe de suppléance conduit à en rationaliser le recours. L'axe de travail sur la gestion des moyens de remplacement dans le cadre de la démarche de présentisme, a amené à expérimenter au sein du pôle gériatrique la délégation de la gestion d'une partie des effectifs non permanents dédiés spécifiquement au remplacement des absences inopinées de courte durée et rémunérés, en conséquence, par les montants notifiés au titre des effectifs non permanents. Ce dispositif de délégation aux pôles du pilotage d'un pool de remplacement internalisé vise à lutter contre les deux écueils précités, à savoir, le manque de rationalisation dans le recours à la suppléance par une responsabilisation des pôles dans la maîtrise des dépenses afférentes et le risque lié au manque de compétences et de savoir-faire dans les champs et disciplines médicales du pôle en spécialisant davantage les compétences du pool de suppléance. En outre, le principe de décentralisation de la décision aux pôles accroît l'efficacité dans la gestion des remplacements par le renforcement de la réactivité des moyens de pallier en temps voulu les absences inopinées de courte durée avant qu'elles ne déstabilisent l'organisation de travail en allégeant le processus de mobilisation de la suppléance dont la gestion est actuellement centralisée au sein de la Direction des soins.

Enfin, les difficultés liées au suivi précis et en temps réel des heures supplémentaires en raison des carences tenant à leur traçabilité, peut également générer des situations de sur-sollicitation de certains agents et ainsi créer des situations d'iniquité renforcées par le manque de possibilités de récupérer les heures supplémentaires effectuées, ce qui, de surcroît, contribue à l'alimentation de la dette sociale de l'établissement. Pour remédier à ces dysfonctionnements, il a été convenu d'expérimenter une application visant à mettre directement en lien les besoins en remplacement et la disponibilité en heures supplémentaires en temps réel grâce à une interface numérique

⁴⁶ DEVIGNE, M., HABIB, J., KROHMER, C., BRAMI, L., « Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2014/1 (Vol. 32), p.18

accessible aux agents via leur téléphone mobile. Cet outil permet également de cibler plus finement les personnels disponibles et volontaires pour effectuer des heures supplémentaires en sollicitant les personnels correspondant au profil recherché au regard de leur expérience, de leurs compétences et de leurs horaires de travail (travail de jour ou de nuit). Ce dispositif contribue ainsi à un double objectif d'efficacité et d'équité. Ce système accroît la réactivité de la recherche en personnels disponibles et volontaires et identifie les personnels ayant les compétences et le profil adéquats eu égard aux besoins de remplacement. Il évite, par ailleurs, de recourir à la flexibilité interne entre unités ou de solliciter vainement des agents épuisés et réfractaires à la perspective de faire des heures supplémentaires tout en garantissant une meilleure traçabilité en temps réel des heures effectuées par chaque agent.

La gestion de l'absentéisme par l'optimisation du recours aux modalités de suppléance, conduit à la fois à endiguer les coûts directs des absences, mais également leurs coûts indirects par un usage efficace et raisonné des moyens de remplacement. Si la démarche de présentéisme poursuit à ce titre un objectif d'efficience organisationnelle, elle est également amenée à s'inscrire dans une perspective de performance sociale en agissant non plus sur le renforcement de la présence au travail, mais sur l'amélioration du contenu du travail effectué par l'incitation et la valorisation de l'assiduité et de l'implication au travail. Il s'agit ainsi de favoriser des conditions propices au développement individuel et collectif dans le cadre du travail, ce qui, en conséquence, contribue à accroître la productivité et l'effectivité de la présence au travail.

3 Développer une démarche de performance sociale visant à endiguer les risques professionnels pouvant mener à l'absentéisme et à promouvoir l'implication au travail

Investir le volet de la performance sociale à travers l'objectif d'amélioration de la présence et de l'implication au travail par l'accroissement du bien-être et de la qualité de vie au travail, permet dès lors la réalisation de gains de productivité et participe ainsi à l'efficacité des organisations. La démarche suivie a développé deux axes d'amélioration consistant à soutenir et à maintenir les professionnels dans l'emploi et à agir sur les déterminants individuels de l'implication au travail dans un collectif de travail approfondi et renouvelé.

3.1. La performance sociale contribue à l'efficacité des organisations

3.1.1. Renforcer la présence au travail sans verser dans le présentéisme, entendu comme présence improductive et potentiellement source d'absentéisme

Renverser le paradigme de la lutte contre l'absentéisme en agissant sur le renforcement de la présence au travail doit toutefois éviter l'écueil opposé, à savoir, le présentéisme. Cette notion renvoie à toute situation professionnelle où la présence au travail devient source de manque de productivité et dont le résultat peut paradoxalement mener à son contraire, à savoir, l'absentéisme. Néanmoins, ce terme recouvre différentes formes et causes de présence improductive au travail. Il peut s'agir comme le soulignait F. W. TAYLOR au début du siècle dernier de la présence au travail sans atteindre la productivité escomptée⁴⁷. Le présentéisme caractérise plus précisément une situation de « sur-présence » au travail, c'est-à-dire au-delà du cadre réglementaire du temps de travail soit en raison de la surcharge de travail dans le service, soit du surinvestissement au travail résultant de la motivation de l'agent à vouloir se démarquer et à susciter l'attention de sa hiérarchie ou, a contrario, de pressions exercées par celle-ci ou plus globalement par l'environnement de travail. Cette « sur-présence » conduit à une inefficacité dans le travail dans la mesure où au-delà d'une durée raisonnable de travail en accord avec l'état de santé du travailleur, la productivité de ce dernier est décroissante. E. GOSSELIN et M. LAUZIER ont approfondi la compréhension du

⁴⁷ HAMON-CHOLET, S. et LANFRANCHI, J., « Présentéisme au travail : mesures et déterminants », Eclairages sur la qualité de vie au travail, Recherches issues de l'enquête « Conditions de travail », DARES, conférence, Paris, 22 novembre 2016

phénomène du présentéisme en le caractérisant comme un comportement de présence au travail en désaccord avec l'état de santé du travailleur⁴⁸.

Ainsi, une politique de réduction de l'absentéisme entend indirectement lutter contre les situations de présentéisme qui en résulteraient à travers la sur-sollicitation des agents présents qui effectueraient régulièrement des heures supplémentaires ou qui pallieraient l'absence d'un collègue en réalisant une charge de travail supplémentaire répartie au sein de l'équipe en l'absence de moyens de remplacement attribués. En outre, le présentéisme peut induire des coûts de non-productivité qui risquent de se révéler encore plus importants que ceux liés à l'absentéisme. Selon une étude statistique réalisée par un cabinet de conseil en ressources humaines, le coût afférent au présentéisme pour les entreprises pourrait représenter 13,7 à 24,9 milliards d'euros, ce qu'il convient de mettre en perspective au regard du coût de l'absentéisme qui serait de l'ordre de 10 milliards d'euros pour celles-ci⁴⁹.

Si l'hôpital est un milieu professionnel particulièrement affecté par l'absentéisme, la forte implication de certains professionnels au regard des spécificités de l'activité de soins nécessitant une continuité et une permanence des soins, peut également en faire un environnement professionnel exposé aux risques de présentéisme. Il s'agit, dès lors, de mener une démarche cohérente et lucide visant à réduire l'absentéisme et à prévenir le risque de présentéisme en s'inscrivant dans une logique de performance sociale, à savoir, favoriser un cadre de travail améliorant le bien-être des agents au travail qui serait source d'une meilleure productivité.

3.1.2. L'inscription de l'objectif de réduction de l'absentéisme dans la politique d'intéressement des pôles : suivre l'absentéisme comme indicateur de la politique de performance sociale

L'élaboration des tableaux de bord des indicateurs d'absentéisme par le contrôle de gestion RH et leur diffusion lors des rencontres de pôle réalisées, ont permis d'instaurer les bases d'un dialogue de gestion constructif avec les responsables de pôle. A ce titre, le suivi de l'absentéisme constitue un indicateur pertinent de mesure de la performance sociale des pôles dans le cadre de la politique d'intéressement des pôles. La détermination des axes de performance, des objectifs et des indicateurs visant à évaluer leur atteinte, a conduit à retenir l'objectif de diminution de l'absentéisme concernant le

⁴⁸ GOSSELIN, E., LAUZIER, M., « Le présentéisme. Lorsque la présence n'est pas garante de la performance », *Revue française de gestion*, 2011/2 (n° 211), p. 15-27.

⁴⁹ LETIENNE, R., « Le présentéisme coûte plus cher que l'absentéisme », *Le Monde Economie*, http://www.lemonde.fr/emploi/article/2016/01/08/le-presenteisme-coute-plus-cher-que-l-absenteisme_4844015_1698637.html, 8 janvier 2016

volet RH de la politique d'intéressement aux côtés des objectifs d'activité (validation des points SIGAPS, développement de l'activité externe, exhaustivité du codage) ou encore de la qualité (conformité des lieux de stockage dans le cadre de la préparation de la visite de certification HAS). Il a ainsi été convenu de retenir l'objectif de réduction de l'absentéisme au titre des congés maladie ordinaire de l'ordre de 50% par rapport à son niveau à la fin du premier semestre de l'année précédente. Toutefois, cet objectif pourrait nécessiter une révision au regard de son caractère ambitieux dans un contexte où les marges de manœuvre en matière de ressources humaines demeurent particulièrement contraintes.

L'inscription de l'objectif de réduction de l'absentéisme dans la politique d'intéressement des pôles, envoie un signal fort traduisant la volonté managériale d'en faire un axe structurant de la politique de performance sociale des pôles et plus globalement de l'établissement. Il constitue un outil de dialogue de gestion dynamique pertinent qui dépasse l'utilisation usuelle des indicateurs d'absentéisme à travers la production et la présentation annuelle du bilan social de l'établissement. En effet, la démarche de performance sociale consiste en l'évaluation et l'amélioration du bien-être des professionnels dans une optique de développement durable en croisant l'objectif d'efficience dans l'utilisation optimisée des ressources et celui de la qualité de vie au travail. A ce titre, la performance sociale est vectrice d'efficience et s'inscrit dans l'objectif de performance financière en permettant des gains de productivité résultant des actions portant sur la motivation individuelle, la valorisation de l'implication au travail et le bien-être au travail. C'est ainsi que le choix d'inclure l'objectif de réduction de l'absentéisme s'est révélé particulièrement pertinent, notamment dans un contexte où la direction de l'établissement s'engage dans une démarche de consolidation du dialogue de gestion avec les pôles.

3.2. Enrichir le contenu du travail par des dispositifs de soutien et de maintien dans l'emploi

Au-delà de la lutte contre l'absentéisme consistant en la diminution du nombre de jours d'absence, le double objectif de renforcement et d'amélioration de la présence au travail amène à s'intéresser aux actions permettant de maintenir dans l'emploi tout en l'enrichissant afin d'agir sur les déterminants de l'implication au travail.

3.2.1. Réaliser un suivi ciblé sur les catégories professionnelles fortement exposées aux risques professionnels

Il est apparu lors des rencontres avec les responsables de pôle dans le cadre de la phase de diagnostic que des catégories professionnelles pouvaient être confrontées à des risques professionnels caractérisés sans pour autant être considérées comme exerçant des métiers à risques conformément aux dispositions de l'article R. 4624-23 du Code du travail. L'attention s'est ainsi portée sur le métier de brancardier ; en effet, l'équipe du service de brancardage central sur le site d'Henri Mondor connaît des difficultés particulières dont les ressorts peuvent favoriser l'absentéisme. Ces déterminants renvoient aussi bien à des problématiques socioprofessionnelles (phénomène de vieillissement des professionnels dans la mesure où 1 brancardier sur 4 a plus de 50 ans) que des questions organisationnelles relatives aux conditions d'activité (augmentation des TMS parmi les personnels les plus jeunes, un épuisement physique et psychique qui se généralise au sein des équipes). En outre, les brancardiers restent longtemps sur leur poste et leurs perspectives professionnelles sont peu diversifiées ce qui n'agit pas en faveur de leur motivation et de leur implication au travail.

Ainsi, il a été décidé de mener une politique de suivi et d'accompagnement des personnels du brancardage visant à prévenir les risques professionnels auxquels les brancardiers sont spécifiquement confrontés, ainsi qu'à permettre une mobilité professionnelle par l'acquisition continue de compétences et la reconnaissance au travail. Cette démarche se structure autour de deux axes :

- La prévention par la réalisation d'un suivi individuel renforcé et régulier des personnels par la médecine du travail visant à vérifier l'aptitude et la comptabilité du poste de travail au regard de l'évolution de l'état de santé de l'agent et proposer, le cas échéant, des adaptations de poste ou une affectation à un autre poste (ex : activité de régulation des courses de brancardage). Il convient, par ailleurs, de sensibiliser les personnels aux moyens de prévention dont ils disposent (ex : formation à la gestion des postures physiques professionnelles, adaptation ergonomique des équipements) ;
- Le management en assurant une montée en compétences et en favorisant la mobilité professionnelle des personnels du brancardage. Il s'agit plus spécifiquement de restreindre dans le temps l'exercice de l'activité de brancardage, de faciliter les départs en formation (formation aux premiers secours) et de sensibiliser les personnels aux possibilités d'évolution professionnelle (fonction AS par la validation des acquis de l'expérience) à l'occasion d'entretiens individuels avec l'encadrement de proximité permettant de connaître les motivations de l'agent à acquérir de nouvelles compétences en suivant des modules de formation.

3.2.2. Favoriser le maintien dans l'emploi pour en faciliter le retour

Cette approche conduit à agir préventivement sur le risque d'anticipation de congés par des mesures d'adaptation des conditions d'activité et des modalités d'exercice de l'emploi afin de limiter le nombre d'arrêts ou d'en raccourcir la durée dans la mesure où une absence de longue durée peut rendre le retour dans l'emploi plus difficile, voire générer d'autres arrêts ultérieurs. Le recours croissant à des arrêts pour raison de santé avant la prise des congés maternité a été constaté dans de nombreux pôles et services, ce qui a posé la question des conditions de maintien dans l'emploi des femmes enceintes.

A ce titre, la démarche de renforcement et d'amélioration de la présence au travail s'est intéressée à la manière d'agir préventivement sur les potentiels congés pour maladie ordinaire précédant la maternité. En effet, il convient d'anticiper ce risque en proposant à l'occasion d'un entretien individuel avec la DRH et le Service de Santé au Travail, des possibilités d'aménagement de poste ou des horaires de travail, de même qu'un suivi rapproché de l'encadrement concernant le respect des temps de pause, des plannings et des temps de récupération. L'aménagement de poste peut se traduire par une réorientation de l'infirmière ou de l'aide-soignant vers des missions plus transversales telles qu'en assurant des fonctions de régulation, un travail sur les procédures de soins, le tutorat des nouveaux professionnels ou encore des missions spécifiques de gestion de la pharmacie, de référent douleur ou nutrition.

La phase de benchmark a permis de prendre connaissance d'une initiative innovante réalisée par le CH de Rochefort qui a élaboré et mis en application un protocole expérimental de maintien dans l'emploi des femmes enceintes en 2013 prévoyant, entre autres, des possibilités d'aménagement sur la base d'un certificat médical établi par le Service de Santé au Travail, de même qu'une réduction de la quotité du temps de travail à 80% sans baisse de revenu, à compter du quatrième mois de grossesse. En 2014, la durée moyenne du congé maternité est passée de 199 jours à 174, soit un gain brut par agent de 19 jours. En déduisant les jours de non-présence en raison de l'abaissement à 80% de la durée hebdomadaire de travail (4 jours par mois, soit 14 jours sur trois mois et demi), on obtient un gain net de 5 jours de présence au travail.

Ainsi, ce gain apparaît non négligeable et permet, en outre, de faciliter le retour dans l'emploi après un congé maternité en favorisant les conditions de reprise qui pourront également faire l'objet d'adaptations ou d'aménagements, mais surtout en réduisant la durée d'arrêt du travail.

3.3. Agir sur la motivation individuelle tout en améliorant le fonctionnement du collectif de travail

La valorisation de l'assiduité et de l'implication au travail doit se décliner à travers une action managériale renouvelée et approfondie tout en renforçant sa dimension participative et fédératrice autour d'objectifs communs redonnant du sens et la conscience d'utilité au travail.

3.3.1. Au-delà de l'incitation financière, développer les compétences au sein du parcours professionnel

De nombreux établissements de santé ont développé une politique d'incitation financière à l'assiduité au travail à travers la prime dite de présentéisme ou d'assiduité. Ce mécanisme financier repose sur la répartition d'une partie résiduelle du budget allouée au versement de la prime de service qui constitue dès lors un complément de prime aux agents pour les agents n'ayant eu aucune journée d'absence. Il s'agit ainsi de récompenser l'assiduité, mais également de rétribuer ou compenser monétairement la surcharge de travail réalisée par les agents présents en cas d'absence de leurs collègues. Ce dispositif a fait l'objet de contestations quant à son fondement juridique et sa base légale⁵⁰ comme le souligne la jurisprudence administrative, notamment concernant les modalités de répartition précisant que la répartition de la prime de service doit s'effectuer en fonction de la valeur professionnelle de l'agent et de son activité appréciée « *par un abattement d'un cent quarantième du montant de la prime annuelle pour chaque journée d'absence hormis celle résultant notamment d'un congé consécutif à un accident de travail* »⁵¹. Outre les incertitudes relatives à la base légale de la prime d'assiduité ou de présentéisme, il convient de relever le caractère inéquitable qui peut être perçu par le personnel dans la mesure où ce reliquat de prime de service est redistribué sur un nombre restreint d'agents et que ce dispositif sanctionne indirectement toute absence à l'exception des congés relatifs à un accident du travail, quand bien même celle-ci était justifiée. Par ailleurs, cette prime peut s'avérer peu incitative au regard de son faible montant distribué à partir d'un reliquat du budget de la prime de service.

Ainsi, il apparaît davantage pertinent d'initier des mesures de valorisation extramonétaire de l'assiduité et de l'implication au travail, notamment par le développement et la reconnaissance des compétences spécifiques de chaque professionnel. Lors de mobilités internes d'agents au sein d'un pôle visant à pallier une absence dans un autre

⁵⁰ Arrêté interministériel du 24 mars 1967

⁵¹ Cour administrative d'appel de Nantes, 4ème chambre, du 30 mai 2003, n°00NT01966 ; Cour administrative d'appel de Nancy, 1ère chambre, du 18 novembre 2004, n°00NC00769

service, il conviendrait de procéder à la reconnaissance des compétences acquises à cette occasion ou encore de favoriser les départs en formation dans le cadre d'un parcours professionnel qualifiant.

3.3.2. Fédérer les équipes autour d'une démarche de réflexion et d'élaboration des pratiques professionnelles centrées sur la prise en charge globale des patients

Le dernier des trois axes de la démarche initiée par le GH Henri Mondor, le premier portant sur le diagnostic, le second sur la gestion de l'absentéisme notamment par l'optimisation du recours aux moyens de remplacement, était celui du management. Cet axe s'intéresse plus spécifiquement à l'approfondissement de la dimension participative du management en favorisant l'écoute, l'expression et les initiatives individuelles des professionnels, ainsi que leur capacité à agir sur le contenu de leur activité⁵². A ce titre, il est apparu lors de la mise en œuvre de ce projet, une véritable prise de conscience par le corps médical de l'importance de leur rôle managérial dans l'amélioration du fonctionnement du collectif de travail et par conséquent, sur la capacité à favoriser l'implication et l'assiduité au travail du personnel soignant. Il s'agit également d'améliorer la communication au sein du binôme que composent le chef de service et le cadre de santé pour permettre une meilleure coordination du temps médical et du temps paramédical qui fait parfois défaut et est perçue comme facteur de dysfonctionnement majeur.

L'implication de cadres paramédicaux de pôle dans la démarche a permis de mettre en évidence un certain nombre d'expérimentations managériales réalisées dans certains services selon des méthodes et des outils différents. S'il a déjà été mentionné précédemment l'expérimentation de la démarche PACTE dans le service d'endocrinologie, d'autres services se sont appuyés sur des méthodes de *lean management* comme au sein du pôle d'imagerie médicale ou encore en mobilisant des méthodes innovantes de travail en équipe comme le raisonnement clinique partagé dans le service de chirurgie vasculaire. Le raisonnement clinique partagé vise à renforcer la cohésion et le travail en équipe autour de l'élaboration de chemins cliniques portant sur des pathologies fréquemment rencontrées. Ce travail conduit à mener une réflexion commune et partagée sur l'amélioration des pratiques professionnelles en appréhendant le rôle et la contribution de chaque professionnel à la prise en charge globale du patient et non dans la seule mise en œuvre de la réponse thérapeutique. Il permet à chacun de participer à la définition du sens qu'il compte donner à son action et à agir sur le contenu de son activité.

⁵² PICARD, N., « Demain des soignants heureux ? », *Le Monde*, 18 janvier 2017

Il est ainsi apparu pertinent de capitaliser l'ensemble des apports tirés de ces différentes expériences managériales pour constituer un *vade-mecum* réunissant des outils managériaux mobilisables par le personnel d'encadrement. Il a également été convenu d'élaborer une méthodologie de suivi des résolutions de problème s'appuyant sur les modalités suivantes :

- l'élaboration d'un diagnostic collectif et partagé par l'ensemble des personnels (PNM et PM) dans un contexte de dysfonctionnement du travail en équipe (conflits interpersonnels, désorganisation du travail, conduite du changement dans les organisations et les pratiques des professionnels) à partir d'outils permettant d'objectiver la situation ;

- l'apport collectif par les personnels d'actions d'amélioration dans l'organisation du travail et les pratiques professionnelles qui soient concrètes, incrémentales et donnant des résultats à court terme ;

- un rôle d'animation tenu par le binôme d'encadrement de proximité (chef de service et cadre de santé).

D'une politique de suivi et de réduction de l'absentéisme, la démarche initiée par le GH Henri Mondor a su évoluer pour appréhender plus globalement l'enjeu de la présence au travail en agissant sur l'assiduité, mais également sur l'implication au travail. Cette meilleure implication permise par des actions portant sur l'amélioration du bien-être des professionnels contribue à l'efficience à travers les gains de productivité générés, ainsi qu'à la performance sociale de l'établissement.

Conclusion

La résonance de la problématique de l'absentéisme au sein des établissements de santé dans un contexte de soutenabilité de la trajectoire financière passant notamment par la maîtrise de la masse salariale, amène à concevoir la politique de lutte contre l'absentéisme comme un levier d'efficience organisationnelle à mobiliser de manière complémentaire à d'autres mesures telles que la réorganisation du temps de travail dans le champ de la gestion des ressources humaines.

Il convient ainsi de renforcer la présence effective au travail, c'est-à-dire, source de productivité sans verser dans la dérive opposée de l'absentéisme, à savoir, un présentéisme qui pourrait potentiellement générer de l'absentéisme par une présence au travail en désaccord avec l'état de santé des professionnels. Il s'agit d'éviter ce double écueil qui coexiste au sein des établissements de santé en améliorant la présence au travail de manière à ce qu'elle réponde aux exigences liées à l'activité de soins tout en étant source d'épanouissement professionnel. L'enjeu de la présence au travail amène dès lors à s'interroger sur le sens au travail et la conscience d'utilité qui constituent des déterminants essentiels de l'implication au travail.

L'absentéisme apparaît ainsi comme un phénomène révélateur exprimant une forme de distanciation de l'individu dans son rapport au travail, voire vis-à-vis de l'organisation de travail. Toutefois, l'absentéisme demeure un phénomène complexe et protéiforme qui catalyse des problématiques individuelles et sociodémographiques, de même que des dysfonctionnements organisationnels, ce qui nécessite de mener une démarche lucide tant pour appréhender les causes et les ressorts que s'agissant de l'identification des leviers d'action. Les solutions et les pistes d'amélioration s'inscrivent dans un cadre expérimental et ciblé et appellent à l'humilité quant aux résultats attendus.

Cependant, l'intérêt et la pertinence de la démarche résident peut-être davantage dans la volonté managériale qu'elle suscite tant au sein de la direction que du personnel médical et soignant. Le rôle et l'impact du management se révèlent être décisifs dans la manière d'endiguer l'absentéisme et d'améliorer la présence au travail aussi bien en agissant sur les facteurs motivationnels que dans la capacité à renforcer la cohésion du collectif de travail.

Bibliographie

❖ **Références législatives et réglementaires :**

Article 41 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique

Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

Arrêté du 1^{er} avril 2016 relatif à l'organisation du temps de travail et aux temps de repos à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Instruction N°DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Circulaire N°DGOS/RH3/2012/102 du 5 mars 2012 relative à la déclaration des maladies professionnelles et des accidents de travail dans la fonction publique hospitalière

❖ **Rapports et publications institutionnelles :**

BOUVARD, M., Rapport général du projet de loi de finances pour 2016, Tome III : Les moyens des politiques publiques et les dispositions spéciales, Annexe n°16 : Gestion des finances publiques et des ressources humaines et Crédits non répartis, Sénat, commission des finances, novembre 2015

DARES, « Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail », *DARES Analyses*, n°009, Février 2013

DGAFP, « Temps et conditions de travail », *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique : politiques et pratiques des ressources humaines*, édition 2016

DGAFF, Dossier « Absence pour raisons de santé et lien avec les conditions de travail dans la fonction publique et le secteur privé », *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique : politiques et pratiques des ressources humaines*, édition 2015

Enquête absentéisme inter-CHU, « l'absentéisme médical du personnel non médical de 2011 à 2015 », commission des DRH et des CGS, mai 2016

ROUSSEAU T. et al, L'absentéisme : outils et méthodes pour agir, ANACT, janvier 2016

❖ **Ouvrages, travaux de recherche, thèses :**

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

BRAMI, L., DAMART, S., DETCHESSAHAR, M., DEVIGNE, M., HABIB, J., KLETZ, F., KROHMER, C., « L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : comprendre et agir », *Presses des Mines*, collection Economie et Gestion, 2014, 156 p.

LETEURTRE, H., « L'audit de l'absentéisme du personnel hospitalier », *Berger-Levrault*, 1991, 233 p.

❖ **Revue académiques et professionnelles :**

ADRHESS, L'absentéisme à l'hôpital, *L'Echo Actualités JuriSanté*, n°82, avril-juin 2014

BRAMI, L., DAMART, S. et KLETZ, F., « Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants », *Management & Avenir*, 2013/3 (N° 61), p. 168-189

BRAMI, L., DAMART, S. et KLETZ, F., « Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants », *Politiques et management public*, Vol 29/3, 2012, p. 541-561

DEVIGNE, M., HABIB, J., KROHMER, C., BRAMI, L., « Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2014/1 (Vol. 32), p. 60-83

DIVAY, S., « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, 2010/1 (n° 77), p. 87-109

GOSSELIN, E., LAUZIER, M., « Le présentéisme. Lorsque la présence n'est pas garante de la performance », *Revue française de gestion*, 2011/2 (n° 211), p. 15-27

HARRISON, D.-A. & MARTACCHIO, J.-J., « Time for absenteeism : a 20-year review of origins, offshots and outcomes », *Journal of management*, 24 (3), p. 305-351

RANDON, S., BARET, C. et PRIOUL, C., « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », *Management & Avenir*, 2011/9 (N° 49), p. 133-149

SOFAXIS, « Regard sur les absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers », juin 2016

SOFAXIS, « Panorama des absences au travail pour raison de santé dans les collectivités territoriales en 2015 », novembre 2016

❖ **Presse, publications sites internet, séminaires :**

GUICHARD, G., « L'absentéisme gangrène fortement l'hôpital public », *LeFigaro.fr*, <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/04/20/20002-20160420ARTFIG00018-l-absenteisme-gangrene-fortement-l-hopital-public.php>, 20 avril 2016

HAMON-CHOLET, S. et LANFRANCHI, J., « Présentéisme au travail : mesures et déterminants », Eclairages sur la qualité de vie au travail, Recherches issues de l'enquête « Conditions de travail », *DARES*, conférence, Paris, 22 novembre 2016

LETIENNE, R., « Le présentéisme coûte plus cher que l'absentéisme », *Le Monde Economie*, http://www.lemonde.fr/emploi/article/2016/01/08/le-presenteisme-coute-plus-cher-que-l-absenteisme_4844015_1698637.html, 8 janvier 2016

MARTINET, L., « Le jour de carence des fonctionnaires est-il une si bonne affaire ? », *L'Express L'Expansion*, http://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/le-jour-de-carence-des-fonctionnaires-est-il-une-si-bonne-affaire_1925272.html, 7 juillet 2017

PICARD, N., « Demain des soignants heureux ? », *Le Monde*, 18 janvier 2017

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés.....II

Annexe 2 : Exemple de tableau de bord de suivi de l'absentéisme.....V

Annexe 3 : Exemple de la démarche de diagnostic partagé avec les pôles.....VII

Annexe 4 : Plan d'action global GH présenté au comité de pilotage.....IX

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés

Fonction	Date	Durée
DRH - HUHM	10.01.2017	30 min
Coordonnatrice Générale des Soins - HUHM	12.01.2017	30 min
Cadre supérieur de santé en charge de l'équipe de suppléance – site Henri Mondor	17.01.2017	45 min
Contrôleur de gestion RH – site Emile Roux - HUHM	01.02.2017	1h
DG - HUHM	02.02.2017	20 min
Cadre de santé - service d'orthopédie	29.03.2017	30 min
AS - réanimation chirurgicale polyvalente	29.03.2017	15 min
Cadre de permanence – site Henri Mondor	29.03.2017	15 min
Cadre de nuit - Service d'Accueil d'Urgence (SAU)	29.03.2017	15 min
IDE - service de rhumatologie	12.04.2017	10 min
Enseignant-chercheur - Ecole des Mines, Chercheur impliqué dans le projet de recherche PHARES	21.04.2017	1h30
Directeur du pôle gériatrique - CH Alès-Cévennes	27.04.2017	1h
Adjointe à la Responsable du pôle RH de la FHF	03.05.2017	1h
DRH - GH Le Havre	17.05.2017	1h30
DRH - CH Saint-Nazaire	17.05.2017	45 min
Chef de service – Service de gérontologie (Site Emile	08.06.2017	20 min

Roux – HUHM)		
Représentants syndicaux – Section CFDT	12.06.2017	15 min
Cadre paramédical de pôle – pôle FIT (Fonctions Imagerie et Thérapeutique)	20.06.2017	45 min
Cadre administrative de pôle – pôle FIT	20.06.2017	45 min
Brancardiers – service de brancardage central	20.06.2017	10 min
Chef de pôle – pôle MINGGUS (Médecine Interne, Gériatrie, Génétique, Urgences et Spécialités)	21.06.2017	45 min
Cadre paramédicale de pôle – pôle MINGGUS	21.06.2017	45 min
Cadre supérieur référent RH / CSIADÉ SAMU – pôle MINGGUS	21.06.2017	45 min
Cadre administrative de pôle – pôle MINGGUS	21.06.2017	45 min
FF Cadre paramédical de pôle – pôle CARAVAN (Cardiologie Réanimation Vasculaire Anesthésie)	21.06.2017	40 min
Représentants syndicaux – section CGT	26.06.2017	15 min
Chef de pôle – pôle BIO (Biologie)	04.07.2017	35 min
Cadre paramédicale de pôle – pôle BIO	04.07.2017	35 min
Cadre administratif de pôle – pôle BIO	04.07.2017	35 min
Chef de pôle – pôle VERDI (Vigilance, Epidémiologie, Recherche, méthodologie et Information médicale)	05.07.2017	30 min
Cadre paramédicale de pôle – pôle VERDI	05.07.2017	30 min

Cadre administrative de pôle – pôle VERDI	05.07.2017	30 min
Chef de pôle – pôle NLM	06.07.2017	1h
Cadre paramédicale de pôle – pôle NLM (Neurolocomoteur)	06.07.2017	1h
Cadre administrative de pôle – pôle NLM	06.07.2017	1h
Chef de service – PUI (Pharmacie à Usage Interne) du site Henri Mondor	13.07.2017	1h
Cadre paramédicale de pôle – pôle PUI	13.07.2017	1h
Cadre administrative de pôle – pôle PUI	13.07.2017	1h
Responsable des admissions	13.08.2017	15 min

Annexe 2 : Exemple de tableau de bord de suivi de l'absentéisme

Exemple de tableau de bord de pôle - pôle MINGGUS (Médecine Interne, Gériatrie, Génétique, Urgences et Spécialités)

Evolution du taux d'absentéisme IDE 2017 - 2016									
POLE MINGGUS									
	Période	Motif de l'absence	Taux d'absentéisme	Nbre de jours d'absences	Nbre de jours d'absences de - 6 jours	Nbre de jours absences pour motif non médical	Nbre de jours absences pour motif médical	Nbre d'arrêts	Nbre d'arrêts - 6 jours
ETP moyen 2017	avr-17								
	30 jours	CM	4,17	209	42		209	24	16
		Accident du Travail/ATAVP	0,00	0	0		0	0	0
		Maternité	5,37	269	3	269		11	1
166,97		TOTAL Absences DGOS	9,54	478	45	269	209	35	17
ETP moyen 2016	avr-16								
	30 jours	CM	2,91	146	27		146	25	16
		Accident du Travail/ATAVP	0,24	12	1		12	2	1
		Maternité	1,80	90	0	90		3	0
163,57		TOTAL Absences DGOS	4,89	248	28	90	158	30	17

Données BI - DGOS

Synthèse des Ecart avril 2017/avril 2016 (+ = augmentation)			4,65	230	17	179	51	5	0
---	--	--	------	-----	----	-----	----	---	---

Evolution du taux d'absentéisme AS 2017 - 2016									
POLE MINGGUS									
	Période	Motif de l'absence	Taux d'absentéisme	Nbre de jours d'absences	Nbre de jours d'absences de - 6 jours	Nbre de jours absences pour motif non médical	Nbre de jours absences pour motif médical	Nbre d'arrêts	Nbre d'arrêts - 6 jours
ETP moyen 2017	avr-17								
	30 jours	CM	2,73	158	70		158	34	25
		Accident du Travail/ATAVP	0,72	42	0		42	3	0
		Maternité	1,61	93	9	93		5	2
186,91		TOTAL Absences DGOS	5,06	293	79	93	200	42	27
ETP moyen 2016	avr-16								
	30 jours	CM	3,44	202	45		202	28	18
		Accident du Travail/ATAVP	1,50	88	4		88	5	1
		Maternité	1,02	60	0	60		2	0
189,63		TOTAL Absences DGOS	5,95	350	49	60	290	35	19

Données BI - DGOS

Synthèse des Ecart avril 2017/avril 2016 (+ = augmentation)			-0,90	-57	30	33	-90	7	8
---	--	--	-------	-----	----	----	-----	---	---

Exemple de tableau de bord de service – service d'endocrinologie

Evolution du taux d'absenteisme IDE 2017 - 2016 SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE									
	Période	Motif de l'absence	Taux d'absentéisme	Nbre de jours d'absences	Nbre de jours d'absences de - 6 jours	Nbre de jours absences pour motif non médical	Nbre de jours absences pour motif médical	Nbre d'arrêts	Nbre d'arrêts - 6 jours
ETP moyen 2017	1er trimestre 2017								
	90 jours	CM	4,54	78	13		78	8	5
		Accident du Travail/ATAVP	0,23	4	4		4	1	1
		Maternité	0,00	0	0	0		0	0
19,09		TOTAL Absences DGOS	4,77	82	17	0	82	9	6
ETP moyen 2016	1er trimestre 2016								
	91 jours	CM	1,75	32	14		32	6	5
		Accident du Travail/ATAVP	0,00	0	0		0	0	0
		Maternité	3,24	59	0	59		2	0
20,04		TOTAL Absences DGOS	4,99	91	14	59	32	8	5
Données BI - DGOS			<p style="text-align: center;">Synthèse des Ecart</p> <p style="text-align: center;">1er trimestre 2017/1er trimestre 2016 (+ = augmentation)</p>						
			-0,22	-9	3	-59	50	1	1

Evolution du taux d'absenteisme AS 2017 - 2016 SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE									
	Période	Motif de l'absence	Taux d'absentéisme	Nbre de jours d'absences	Nbre de jours d'absences de - 6 jours	Nbre de jours absences pour motif non médical	Nbre de jours absences pour motif médical	Nbre d'arrêts	Nbre d'arrêts - 6 jours
ETP moyen 2017	1er trimestre 2017								
	90 jours	CM	1,67	29	13		29	9	7
		Accident du Travail/ATAVP	0,00	0	0		0	0	0
		Maternité	3,86	67	0	67		3	0
19,28		TOTAL Absences DGOS	5,53	96	13	67	29	12	7
ETP moyen 2016	1er trimestre 2016								
	91 jours	CM	6,70	125	15		125	11	4
		Accident du Travail/ATAVP	0,00	0	0		0	0	0
		Maternité	9,22	172	3	172		7	1
20,50		TOTAL Absences DGOS	15,92	297	18	172	125	18	5
Données BI - DGOS			<p style="text-align: center;">Synthèse des Ecart</p> <p style="text-align: center;">1er trimestre 2017/1er trimestre 2016 (+ = augmentation)</p>						
			-10,39	-201	-5	-105	-96	-6	2

Annexe 3 : Exemple de la démarche de diagnostic partagé avec les pôles – pôle NLM (Neurolocomoteur)

DIAGNOSTIC		
Pôle	Services	Facteurs d'explication
<p>L'absentéisme parmi les IDE a augmenté d'un point au 1er trimestre 2017 par rapport à 2016 (8,1% contre 7,1%) s'expliquant notamment par des congés maternités (2,5% contre 1,1%) et des AT (1,9% contre 1%) plus nombreux.</p> <p>L'absentéisme au sein des effectifs AS a également connu une hausse pour atteindre 9,3% (contre 8,7% en 2016), soit équivalent à la moyenne GH toutes qualifications confondues (9,34%). Cette augmentation porte principalement sur les congés maternité (1,75 contre 1,1% en 2016) et les AT (1,9% contre 1,7%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie orthopédique : hausse importante parmi les IDE (de 4,5% à 8%) portant principalement sur les CMO (5,5%) et les AT (1,6%). Si l'absentéisme parmi les AS a diminué d'1,5 point, celui-ci reste à un niveau soutenu (9%) en raison de CMO nombreux et une augmentation des congés maternité (1,9%). • Rééducation ostéoarticulaire : si l'absentéisme IDE a fortement diminué (1,1% contre 7,5% au 1er trimestre 2016), ainsi que parmi les AS, le niveau de l'absentéisme au sein des effectifs AS reste soutenu (9,94%) en raison de CMO (6,2%) et d'AT nombreux (3,8%). • Neuro rééducation SSR : L'absentéisme IDE a fortement diminué (5% contre 11,6% au 1er trimestre 2016) notamment concernant les CMO (0,6% contre 10% en 2016) bien que les congés maternité aient augmenté (4,2% contre 0,6%), alors que l'absentéisme des AS a connu une hausse de 2,5 points (8,7% au 1er trimestre 2017) portée par des CMO (6%) et des congés maternité plus nombreux (2,7%). • Neuro rééducation SLD : hausse de l'absentéisme tant parmi les IDE (12,94% contre 1,5% au 1er trimestre 2016) portant notamment sur les AT (8,2%) et les CMO (4,7%) que les AS (12,97% contre 7,7% en 2016) dont les CMO ont particulièrement augmenté (9,7%), et dans une moindre mesure les AT (3,2%). • Rhumatologie : baisse substantielle de l'absentéisme parmi les AS (1,9% contre 11,4% en 2016) à mettre en perspective avec la hausse de l'absentéisme parmi les IDE (9,76% contre 4,1% au 1er trimestre 2016) en raison de congés maternité plus nombreux (6,1%). • Neurochirurgie : hausse de l'absentéisme parmi les IDE (12,1% contre 8,7% en 2016) qui s'explique par des CMO plus nombreux (8,9%). Légère hausse de l'absentéisme qui demeure à un niveau élevé parmi les AS (10,6%) et portée par des CMO plus nombreux (7,2%) et un niveau élevé d'AT (3,44%). • Neurologie : hausse de l'absentéisme des IDE et des AS dont le niveau est élevé (10,4% et 10,98% respectivement) s'expliquant par une hausse des congés maternité (3,3% et 5,5%), ainsi qu'un niveau élevé d'AT (3,2% et 2,85%). 	<p>Corrélation de la hausse des CMO et des congés maternité (chirurgie orthopédique, AS en neuro-rééducation SSR, IDE en rhumatologie, IDE en neurochirurgie) : de plus en plus d'arrêts maladie sont pris de manière préventive un voire deux mois avant les congés maternité</p> <p>Tensions dans les équipes, conflit social, fatigue généralisée et sentiment d'insécurité dans les pratiques en raison de la prise en charge de patients en situation d'instabilité psychologique, de cas de fugues et d'intrusions (neuro-rééducation SSR/SLD)</p> <p>Difficultés managériales au niveau de l'encadrement médical et déficit de communication entre équipes médicales et paramédicales (neurochirurgie, neurologie)</p>

PLAN D' ACTIONS		
AXE 1 DIAGNOSTIC	AXE 2 ORGANISATION : GESTION / PREVENTION DE L' ABSENTEISME	AXE 3 MANAGEMENT
Diffuser et utiliser les tableaux de bord d'absentéisme comme des outils de dialogue de gestion avec les chefs de service et les cadres de santé afin d'objectiver les problématiques organisationnelles et les difficultés managériales ressenties au sein des équipes	Mener une politique de maintien dans l'emploi avant congé maternité : - Elaborer une fiche de poste aménagé recensant les missions pouvant être confiées avant la prise du congé maternité (ex : fonction de régulation, travail sur les procédures de soins, le tutorat des nouveaux professionnels, missions spécifiques de gestion de la pharmacie, référent douleur, nutrition...)	Sensibiliser l'encadrement dans les services sur l'importance de la dimension managériale et le renforcement de la communication entre équipes médicales et paramédicales dans l'amélioration de la qualité du travail en équipe et de la présence au travail

Annexe 4 : Plan d'action global GH présenté au comité de pilotage

ACTION	MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	ACTEURS IMPLIQUES	ECHEANCE
AXE 1 DIAGNOSTIC : Analyse et suivi de l'absentéisme			
1. Produire et diffuser les tableaux de bord d'absentéisme aux responsables de pôle	<p>Données produites mensuellement par pôle et trimestriellement par service pour les deux principales catégories professionnelles non médicales (source : BI)</p> <p>Données portant sur les 3 principaux motifs médicaux et non médicaux d'absence : congés maladie ordinaire (CMO), accidents du travail (AT) et congés maternité</p> <p>Focus sur les arrêts de moins de 6 jours</p>	Contrôleurs de gestion RH, DRH	Chaque mois par pôle et chaque trimestre par service
2. Développer un dialogue de gestion entre la DRH/DSAP, les pôles et les services sur la situation et la gestion de l'absentéisme	<p>Organiser des points de rencontre réguliers entre la DRH/DSAP et les responsables de pôle pour dresser l'état des lieux de l'absentéisme, de ses causes d'évolution et des actions à mettre en œuvre</p> <p>Diffuser et utiliser les tableaux de bord d'absentéisme comme des outils de dialogue de gestion avec les chefs de service et les cadres de santé lors des réunions internes au pôle (bureau de pôle, réunions de service) afin d'objectiver les problématiques organisationnelles et les difficultés managériales ressenties au sein des équipes</p>	DRH, DSAP, responsables de pôle et encadrement de proximité (chef de service et cadre de santé)	Chaque semestre
3. Intégrer les indicateurs d'absentéisme dans l'analyse de l'activité et des données sociales de l'établissement	<p>Croiser les données d'activité (nombre d'hospitalisation, taux d'occupation des lits) avec le taux d'absentéisme lors de l'analyse de l'activité au sein de tableaux de bord consolidés</p> <p>Intégrer les indicateurs d'absentéisme dans l'analyse des risques professionnels (Document Unique des risques professionnels) et le bilan social</p>	DRH, DAF, contrôle de gestion	Chaque semestre

AXE 2 ORGANISATION : Gestion et prévention de l'absentéisme			
1. Expérimenter la délégation de la gestion aux pôles d'un pool de suppléance « internalisé » aux pôles	Constitution du pool à partir des moyens affectés aux effectifs non permanents (montants notifiés au titre des effectifs non permanents, intérim et heures supplémentaires) Pool dédié au remplacement pour des absences non prévisibles et de courte durée	DRH, DSAP, responsables de pôle, cadres RH des pôles	Septembre 2017 essai pour une durée de 6 mois
2. Consolider le pool de suppléance avec des effectifs IDE sur le site JFD	Renforcement du pool de suppléance de 4 ETP IDE	DRH, DSAP	juin-17
3. Améliorer la réactivité du circuit des heures supplémentaires	Mettre en adéquation les besoins en remplacement et la disponibilité des agents en temps réel à effectuer des heures supplémentaires Cibler directement les personnels disponibles pour effectuer des heures supplémentaires Solliciter les personnels correspondant au profil recherché (expérience, compétences, travail de jour ou de nuit) Expérimenter les applications développées par MedGo et WHOOG	DRH, DSAP, cadres de proximité	dernier trimestre 2017
4. Faciliter les recrutements et fidéliser les personnels	Allonger la durée des contrats (6 mois) et réduire le délai avant mise en stage Proposer des contrats d'allocation d'études et de contrats d'apprentissage Améliorer l'attractivité des postes en agissant sur la qualité de vie au travail : Elargir l'offre de places en crèches (sites ERX, JFD, chèques emplois AGOSPAP, accès aux crèches de ville) Recenser et proposer les logements vacants HMN-ACH Faciliter l'accès au stationnement	DRH, DSAP, cadre supérieur en charge de la suppléance	Mai
5. Mener une politique de maintien dans l'emploi avant congé maternité	Sensibiliser les équipes à la possibilité d'aménagement de poste avant maternité par une réorientation vers des missions transversales Etablir une fiche de poste aménagé par métier, voire par pôle, recensant les missions pouvant être confiées avant la prise du congé maternité (ex : fonction de régulation, travail sur les procédures de soins, le tutorat des nouveaux professionnels, missions spécifiques de gestion de la pharmacie, référent douleur, nutrition...) Personnels extraits des effectifs présents	DRH, DSAP, cadres de santé	dernier trimestre 2017

AXE 3 MANAGEMENT			
1. Organiser des entretiens individualisés lors de retour à l'emploi visant à faire le point sur la situation individuelle de l'agent et ses perspectives d'évolution professionnelle	<p>Entretiens ciblés sur les personnels ayant des absences fréquentes et/ou longues</p> <p>Faciliter le retour à l'emploi de l'agent en comprenant les causes de ses absences et en identifiant les potentiels facteurs systémiques dans l'organisation et le fonctionnement du service</p> <p>Réalisés par le cadre de proximité en présence du CPP</p> <p>Possibilité de recourir à la médecine du travail</p>	Cadres de proximité, CPP, médecine du travail	dernier trimestre 2017
2. Communiquer sur la prime de présentéisme, ses modalités de calcul et de répartition	<p>Expliquer les modalités de répartition de la prime de présentéisme dans une note de service, notamment sur son caractère équitable par l'amélioration de la présence au travail de l'ensemble des personnels du service</p> <p>Inciter à l'assuidité au travail par une valorisation financière</p>	DRH, DSAP, CPP	dernier trimestre 2017
3. Mener une politique de suivi RH des métiers fortement exposés aux risques professionnels	<p>Organiser un suivi individuel renforcé et régulier des personnels spécifiquement exposés aux risques professionnels (TMS, RPS):</p> <p>a) Effectuer un suivi continu par la médecine du travail visant à vérifier l'aptitude et la comptabilité du poste de travail au regard de l'évolution de l'état de santé de l'agent et proposer, le cas échéant, des adaptations de poste ou une affectation à un autre poste ;</p> <p>b) Réaliser des entretiens individuels avec l'encadrement de proximité visant à connaître les motivations de l'agent et ses perspectives d'évolution professionnelle</p> <p>Expérimenter la démarche avec le personnel du brancardage</p>	DSAP, médecine du t	dernier trimestre 2017
4. Améliorer le fonctionnement du collectif de travail	<p>Réaliser un diagnostic partagé de l'état de fonctionnement du service et de l'organisation du travail en équipe et identifier des actions concrètes d'amélioration du collectif de travail</p> <p>Déterminer une méthodologie de suivi des résolutions de problème</p> <p>Elaborer des fiches réflexes en management à destination de l'encadrement (chefs de service, cadres de santé) visant à acquérir les bonnes pratiques dans diverses situations managériales (animation de réunions de service, transmissions inter-équipes)</p> <p>Améliorer la coordination entre le temps médical et paramédical</p> <p>Renforcer la cohésion d'équipe et valoriser l'implication des personnels soignants dans la mise en œuvre de la stratégie thérapeutique</p>	Chefs de pôle, CPP, chefs de service et cadres de proximité	dernier trimestre 2017
5. Agir sur la motivation individuelle au travail	<p>Consacrer des temps permettant de réfléchir et de participer collectivement à la stratégie thérapeutique</p> <p>Renforcer la conscience et la reconnaissance de l'utilité au travail</p> <p>Responsabiliser et valoriser les compétences spécifiques de chaque professionnel</p>	Chefs de pôle, CPP, chefs de service et cadres de proximité	dernier trimestre 2017
6. Favoriser l'accompagnement managérial de l'encadrement médical et paramédical	<p>Proposer des actions de coaching portant sur les pratiques managériales aux chefs de service, cadres de santé et autres personnels d'encadrement</p> <p>Mettre à disposition des outils pratiques de management issus d'expériences de terrain</p>	Chefs de pôle, CPP, chefs de service et cadres de proximité	courant 2018

Elèves Directeurs d'hôpital

Promotion 2016-2017

**Renforcer et améliorer la présence au travail :
concilier efficience organisationnelle et performance
sociale****Résumé :**

Le contexte de progression constante de l'absentéisme conduit de nombreux établissements de santé à mener des politiques de lutte contre ce phénomène, notamment au regard des exigences de soutenabilité budgétaire et de maîtrise de la masse salariale. Si la plupart des établissements s'engagent dans des politiques de réaménagement de l'organisation du temps de travail, il convient toutefois de s'interroger sur la pertinence et l'intérêt de poursuivre une démarche de réduction de l'absentéisme en tant que levier d'efficience organisationnelle visant à optimiser la mobilisation des ressources humaines.

Les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor ont développé un projet de suivi et de réduction de l'absentéisme qui s'est inscrit dans un contexte de mise en application de la nouvelle organisation du temps de travail entrée en vigueur au sein de l'AP-HP depuis le 1^{er} septembre 2016. Cette démarche a su appréhender l'enjeu de la présence au travail sans se focaliser uniquement sur la problématique de l'absentéisme, mais en intégrant la question de la présence effective et productive au travail.

D'un levier potentiel d'efficience organisationnelle, l'objectif de renforcement et d'amélioration de la présence au travail apparaît dès lors comme un vecteur contribuant à la performance sociale des établissements de santé visant à évaluer et à accroître le bien-être et de qualité de vie au travail. C'est en investissant le champ de la performance sociale qu'une démarche de présentéisme dépasse le cadre de la problématique de l'absentéisme pour agir sur les déterminants favorisant et valorisant l'implication et l'assiduité au travail, de même que la qualité de fonctionnement du collectif de travail.

Mots clés :

Présence – Efficience – Absentéisme – Présentéisme - Performance – Organisations – Changement – Management – Qualité de vie au travail

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.