



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2005

**AMÉLIORER LA GESTION DES PERSONNELS
SOIGNANTS EN DIFFICULTE.**

Patricia DEFAIN

Remerciements

A toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation
de ce mémoire et à tous ceux que j'aime...

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LE CADRE THEORIQUE.....	6
1.1 L’Absentéisme	6
1.1.1 Définition.....	6
1.1.2 Données chiffrées.....	7
1.2 LE SYNDROME D’EPUISEMENT PROFESSIONNEL.....	8
1.2.1 Définition.....	8
1.2.2 Mesure du phénomène.....	10
1.3 LES CAUSES POSSIBLES DES DIFFICULTES DU PERSONNEL.....	10
1.3.1 La charge physique.....	10
1.3.2 La charge psychologique.....	11
1.3.3 Le vieillissement du personnel hospitalier.....	13
1.3.4 L’organisation du travail.....	13
1.4 UN DISPOSITIF ET DES ACTEURS POUR REMEDIER AUX DIFFICULTES DES AGENTS :.....	16
1.4.1 Le médecin agréé.....	16
1.4.2 Le médecin du travail.....	16
1.4.3 Le comité médical.....	18
1.4.4 La commission de réforme.....	18
1.4.5 Le comité d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail.....	18
1.4.6 Le bilan social.....	18
1.4.7 Le programme d’action de prévention des risques professionnels et d’amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT)	19
1.5 APTITUDE, INAPTITUDE ET AMENAGEMENTS DE POSTES.....	19
1.5.1 L’aptitude.....	19
1.5.2 Les aménagements.....	20
2 PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE	21
2.1 LA DEMARCHE DE LA RECHERCHE.....	21
2.2 LE CHOIX DE L’OUTIL.....	21
2.3 LES LIMITES DE L’ENQUETE.....	22

2.4	LA PRESENTATION DES RESULTATS.....	22
3	PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	23
3.1	Les indicateurs de difficulté :.....	23
3.2	Les causes possibles des difficultés :.....	26
3.3	Les représentations et perceptions liées aux agents en difficulté :.....	29
3.4	Politique de l'établissement pour les personnels soignants en difficulté :..	33
3.5	Positionnement des cadres par rapport aux personnels en difficulté :.....	35
3.6	Les mesures mises en place en cas de difficultés :.....	38
3.7	La collaboration pluridisciplinaire :.....	41
3.8	BILAN DES ENTRETIENS.....	44
3.8.1	La modification de la représentation des personnels en difficulté.	44
3.8.2	Le positionnement des cadres.....	46
3.8.3	L'efficacité d'une participation multidisciplinaire.....	48
4	PROPOSITIONS D'ACTION.....	49
4.1	AU NIVEAU INSTITUTIONNEL.....	50
4.1.1	Les supports.....	50
A)	Le projet social.	50
B)	L'accréditation.	51
4.1.2	Les actions.....	51
A)	Intégrer les personnels en difficulté dans la GPEC.....	51
B)	Utiliser la formation comme un moyen de prévenir et de prendre en charge les inaptitudes.	52
C)	Prévenir les risques professionnels et améliorer la qualité de vie au travail. 52	
D)	Réduire les psychopathologies au travail.....	53
E)	Dépister et reconnaître les signes de difficulté.....	54
F)	Prévoir un dispositif de retour à l'emploi.....	54
G)	Formaliser la collaboration multidisciplinaire.	55
H)	Etablir une communication institutionnelle autour du projet.....	56
4.2	AU NIVEAU DU DIRECTEUR DES SOINS	56
4.2.1	Le groupe de réflexion sur les postes aménagés.....	57
4.2.2	Le rôle de l'encadrement.	58
4.2.3	L'évaluation.	60
	CONCLUSION	63

BIBLIOGRAPHIE.....	65
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

- AES : Accident par exposition au sang
- ASH : Agent des services hospitaliers
- CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- DRH : Directeur des ressources humaines
- DS : Directeur des soins
- DREES : Direction de la recherche, de l'étude, de l'évaluation et de la statistique
- GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
- PRESS: Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail
- NEXT: Nurses early exit study

INTRODUCTION

L'hôpital n'est pas un espace clos, les caractéristiques et les préoccupations de notre société y impriment leurs marques.

Les législateurs, soucieux de s'y conforter et de répondre à nos aspirations en terme de qualité, de transparence, d'exigence, ont engagé l'hôpital dans de profondes réformes et ce, de façon régulière et de plus en plus rapprochée depuis quelques décennies.

Par ailleurs, le vieillissement de la population, les avancées technologiques, le consumérisme médical, la mise en place des 35 heures pèsent lourdement sur l'organisation du travail des équipes soignantes.

Le défi est souvent bien difficile à relever pour les soignants qui voient se modifier régulièrement leur environnement de travail sans en connaître vraiment les enjeux. Leurs capacités d'adaptation et leur résistance sont mises à mal et les mettent parfois en situation de difficulté. Ils ne peuvent alors plus assumer totalement leurs fonctions, en raison de problèmes physiques ou psychologiques liés ou non à leur exercice professionnel.

L'absentéisme vient alors déstabiliser des organisations déjà fragiles et accroître la charge de travail, d'agents épuisés par des organisations et des conditions de travail fortement contraignantes.

Tant que le contexte économique n'a pas été trop prégnant, les agents en difficulté n'ont fait l'objet que de peu d'attention, parfois laissés en sureffectif ou dans des postes aménagés pour ne pas gêner les services de soins.

Depuis les ordonnances d'avril 1996, le ton est donné et la maîtrise des dépenses de santé doit être une préoccupation constante et générale.

Il apparaît très vite pour les établissements que toutes les ressources doivent être exploitées au mieux. L'importance du potentiel humain dans les établissements de soins n'est plus à démontrer et toutes les ressources humaines doivent être mobilisées.

Les personnels en difficulté sont une partie de ces ressources et doivent donc faire l'objet de mesures particulières. Les établissements semblent majoritairement conscients de la nécessité d'adopter une politique en faveur des personnels en difficulté pourtant les engagements en ce sens sont loin d'être encore généralisés.

CHOIX DU THEME :

Le choix d'un sujet de mémoire est d'abord une réponse à une commande pédagogique. Il n'est pourtant pas que cela. C'est aussi l'opportunité d'approfondir un thème qui sans que nous ayons eu jusqu'alors l'envie réelle ou les moyens de le faire, nous interroge, en particulier dans la perspective de notre proche exercice de directeur des soins.

Le métier de soignant a considérablement évolué ces dernières années ; les organisations de soins doivent s'adapter à des contraintes émergentes comme l'accréditation, les nouvelles attentes et le consumérisme des usagers de l'hôpital. La réforme du temps de travail, la grande technicité des outils utilisés, mais aussi la raréfaction de certaines catégories de personnel et une situation économique de plus en plus contrainte brossent le tableau d'un contexte de travail qui peut se révéler éprouvant. Les exigences qui pèsent sur les soignants sont très fortes de la part des institutions comme de la part des usagers.

D'un point de vue éthique, le directeur des soins prochain que nous sommes doit se préoccuper d'offrir aux soignants des conditions de travail satisfaisantes et cet aspect à très largement participé au choix du thème de cet ouvrage.

Parallèlement, le décret n° 2002 – 550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière précise dans son article 4 alinéa 4 que « *le directeur des soins participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation.* » Cette préoccupation devra donc être régulière au cours de notre exercice d'autant plus qu'à l'aspect humain et éthique se greffe la dimension managériale de l'exercice de directeur des soins membre de l'équipe de direction. Il doit être doublement vigilant et faire en sorte que les organisations de travail soient efficaces mais ne soient pas génératrices de difficultés pour les soignants.

L'hôpital à tout intérêt dans le contexte actuel, à veiller à offrir de bonnes conditions d'exercice à son personnel, - la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 en fait même une obligation -, voire à assurer une certaine fidélisation. Cela peut être un palliatif aux problèmes de recrutement de certaines catégories de personnel et cela peut permettre d'éviter un absentéisme particulièrement coûteux et désorganisateur. S'il comporte des avantages indiscutables, le turn over quand il devient trop important se révèle coûteux en terme de surcroît de travail. Il peut, par ailleurs, véhiculer une image négative tant auprès des professionnels que de la population. Les incidences apparaissent ici directement en terme de recrutement comme d'attrait de la clientèle et donc d'activité.

Il apparaît tout à fait irréaliste de réclamer des soins de qualité sans se soucier des personnels soignants. La satisfaction des uns est le corollaire de la réalisation des autres.

Il convient de préserver les intérêts conjoints de l'institution et des soignants afin que, in fine, les patients bénéficient des soins de qualité que l'hôpital se doit de leur fournir.

LE CONSTAT :

L'organisation des services de soins doit tenir compte de nombreux paramètres. Exigences réglementaires et normatives de plus en plus prégnantes, attentes et satisfaction des patients, recherche constante d'une efficacité maximale, mais aussi contraintes budgétaires, effectifs restreints et productivité notamment par le biais de la tarification à l'activité.

Dans un tel contexte, l'absentéisme des soignants devient très vite un problème majeur pour les services de soins. Cet absentéisme peut bien sûr avoir des étologies très diverses mais l'incidence des conditions de travail n'est plus à démontrer.

Or, avant d'avoir recours, de façon plus ou moins volontaire, à l'absentéisme, la plupart des agents mis en difficultés par les conditions de travail, ont traversé des périodes difficiles ou leur malaise était probablement repérable. Les collègues de l'agent s'en aperçoivent souvent assez tôt et camouflent la situation pendant quelques temps avant, souvent de la révéler.

Or, plus la situation de difficulté perdure et s'installe, plus il sera difficile à l'agent de la surmonter et de la dépasser. Que cette situation de difficulté soit causée ou non par l'exercice professionnel, l'agent va manifester sur son lieu de travail des signes d'inaptitude qu'il conviendra de prendre en compte. Même après un congé maladie, les conditions d'une bonne reprise ne sont pas garanties tant la confiance du sujet en ses capacités peut avoir été altérée. Il apparaît souvent que la prise de conscience institutionnelle des difficultés de l'agent intervient tardivement et que les mesures proposées aux agents sont aléatoires.

Jusqu'à peu, les hôpitaux ne se préoccupaient guère de ces agents en difficulté, un peu considérés comme un tribut à payer au fonctionnement de tout hôpital, jusqu'à ce que les contraintes budgétaires apportent un éclairage nouveau sur la gestion du personnel hospitalier. L'hôpital n'a assurément plus les moyens de ne pas être attentif à son personnel. La gestion des personnels en difficulté devient un enjeu d'importance.

LE QUESTIONNEMENT :

Face à ces constats nous pouvons avancer la question suivante :

Les dispositifs législatifs et réglementaires sont ils suffisants, en l'état, pour une bonne prise en charge des personnels en difficulté ?

LES HYPOTHESES :

Ce qui nous amène à formuler les hypothèses suivantes :

- 1. Une politique institutionnelle qui favorise la connaissance des causes de difficulté permet l'évolution positive des représentations liées aux personnels en difficulté chez les acteurs concernés par leur gestion.**
- 2. Les cadres de santé sont des maillons essentiels de la prise en charge des personnels en difficulté ; pour être efficaces, ils doivent être positionnés comme tels par l'institution.**
- 3. La collaboration pluridisciplinaire est une réalité institutionnelle qui permet un traitement adapté des situations de difficulté.**

LE CHAMP DE L'OBSERVATION.

Cette observation s'est déroulée de mars à juin 2005. Elle a eu lieu dans deux centres hospitaliers qui ont en commun leurs capacités et leurs effectifs soignants. Leurs activités sont similaires : médecine, chirurgie et obstétrique.

L'un comme l'autre sont sensibilisés au problème des soignants en difficultés. Un des établissements s'est engagé dans une politique en faveur de ces personnels ; l'autre envisage de le faire prochainement.

Dans ce travail que nous avons limité aux personnels soignants de la fonction publique hospitalière¹ nous envisagerons dans une **première partie** de présenter le cadre conceptuel et théorique constituant l'environnement de notre recherche en précisant ce que sont :

- les notions d'absentéisme et de syndrome d'épuisement professionnel
- les conditions et particularités du travail en milieu hospitalier
- les réponses possibles aux agents en difficulté
- les dispositifs mobilisables en matière de gestion personnalisée des agents en difficulté et les acteurs concernés.

Après une description de la méthodologie utilisée, la **deuxième partie** sera consacrée à la présentation de l'enquête et à l'analyse des résultats.

La **troisième et dernière partie** sera consacrée aux propositions d'actions et aux enseignements que nous pouvons tirer de notre recherche en qualité de directeur des soins.

1 LE CADRE THEORIQUE

1.1 L'Absentéisme.

1.1.1 Définition.

De nombreux ouvrages et auteurs offrent un panel conséquent de définitions.

JM BONMATI² en définissant l'absentéisme comme « *la non présence au travail, et l'expression personnelle se traduisant par la diminution, volontaire ou non de son temps réglementaire de travail* » permet d'envisager l'absentéisme comme un phénomène tantôt choisi ou tantôt subi par l'agent.

¹ Lire partout personnels non médicaux, infirmières, aides soignants, agents des services hospitaliers, personnels médico-techniques et de rééducation.

² BONMATI J.M. *Les ressources humaines à l'hôpital*, Editions Berger Levrault, 1998.

L'encyclopaedia Universalis³ présente l'absentéisme comme « *le fait de ne pas se présenter au travail lorsqu'on est censé le faire* ». Cette définition pragmatique correspond tout à fait à notre cadre d'étude et c'est donc celle que nous retiendrons.

Pourtant, d'autres auteurs, font une approche particulière de l'absentéisme et nous en donnent des interprétations particulières. Ainsi, **H LETEURTRE**⁴ interprète l'absentéisme comme la manifestation de plusieurs états plus ou moins conscients du sujet.

Ainsi, cela peut correspondre :

- au désir de « quitter le travail » et il subdivise ce sens en autant de raisons personnelles ou institutionnelles que le salarié est susceptible d'avoir pour s'abstenir de venir travailler.
- au désir de « prise de parole » expression quasi ultime d'une impossibilité de communiquer sur le plan institutionnel.
- au désir de « défection » souvent relié à la notion de retrait de l'entreprise pour une raison institutionnelle.
- à l'expression d'une opposition résumant un conflit avec l'institution, dévié, couvert, latent ou caché de type individuel (par opposition aux conflits collectifs et ouverts que sont les grèves)

Le caractère polysémique du phénomène apparaît dans le fait que rien ne permettra d'affirmer qu'à quelques mois d'intervalle un même type d'absence du salarié exprimera la même raison d'être absent.

1.1.2 Données chiffrées.

Les absences pour motif médical des agents de la fonction publique hospitalière s'élevaient en 2002 à 20,4 jours par agents contre 19,4 en 2000 tous grades confondus⁵. Ce chiffre est en augmentation régulière depuis 1996 avec une progression particulièrement forte en ce qui concerne le personnel soignant.

Si on observe la répartition de l'absentéisme par catégories, on constate des différences sensibles. Les agents de catégorie A totalisent en moyenne 7,6 jours

³ Encyclopaedia Universalis, Tome 1, 1985, p 18.

⁴ LETEURTRE H. *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, Paris, Berger Levrault, 1991.

⁵ Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, établissements publics de santé, 2002, éd. Planistat Europe, août 2003, Catherine Morth, Laurence Haeusler.

d'absence contre 23,7 jours pour la catégorie C. Il apparaît donc une corrélation entre le grade et le nombre de jours d'absence pour motif médical.

Les données du ministère de la santé⁶ concernant la fonction publique hospitalière font apparaître que les professions soignantes sont celles pour lesquelles on dénombre le plus d'arrêts maladie de courte durée mais aussi les absences médicales les plus longues. Elles sont aussi en première ligne en ce qui concerne les accidents du travail : les infirmiers affichent un taux de 13% d'accident du travail contre 9% sur l'ensemble des effectifs.

Dans l'ensemble, les absences sont composées pour près de la moitié d'absences de courte durée pour maladie ordinaire. Les absences pour longue maladie, qui représentent le quart des absences sont stables contrairement aux congés de maternité qui ne cessent de diminuer. Sur les 10 dernières années la part des maladies de longue durée est en hausse régulière, en revanche les congés chutent de 6 points en 10 ans : 17,7% des jours d'absence pour motif médical en 2001 à comparer aux 23,6 % de 1991. Cette baisse est à corréliser à l'évolution démographique de la population des agents hospitaliers, la proportion des tranches d'âge les plus fécondes diminuant.

1.2 LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL.

1.2.1 Définition.

C'est Herbert FREUDENBERGER, psychologue américain, qui dans les années 1970 décrira le premier l'épuisement professionnel, traduction française du terme anglo saxon « burn out ». Justifiant ce terme métaphorique il dira : *« je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite dans un monde du travail de plus en plus complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. »*

Actuellement en France, les termes de « burn out » et « syndrome d'épuisement professionnel des soignants » sont largement utilisés par les soignants de services à risque émotionnel élevé. Pourtant sur le plan scientifique, ces termes sont encore utilisés avec prudence, voire méfiance. Une des raisons réside peut être dans la double origine

⁶ Source : Ministère de la santé. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>- rubrique ressources humaines.

du concept. Il est d'une part issu de l'analyse de la relation d'aide, des difficultés et des enjeux qui y sont rattachés et d'autre part de l'étude du stress professionnel et de ses effets sur l'individu et l'organisation du travail.

Il y a en effet un risque comme le soulignent certains auteurs⁷ à faire de l'épuisement professionnel un «fourre tout » commode dans lequel viendront prendre place toutes les revendications professionnelles, tout comme de méconnaître de réelles pathologies dépressives ou anxieuses qui prendraient le masque d'un burn out. Il est en effet particulièrement important de distinguer l'épuisement professionnel de l'insatisfaction au travail.

La première définition donnée par H. FREUDENBERGER est la suivante : « *l'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué.* »

C'est une expérience psychique négative vécue par un individu qui comporte plusieurs composantes : épuisement émotionnel, déshumanisation de la relation avec le patient et /ou attitudes négatives envers les personnes aidées. Enfin, il est accompagné d'une perte de sentiment d'accomplissement personnel ou de l'acquisition d'une image de soi négative.

Cela va se traduire par des symptômes somatiques, psychiques et comportementaux variés, banals et non caractéristiques tels que fatigue, céphalées, troubles digestifs, troubles du sommeil mais aussi troubles du comportement alimentaire surtout dans la population jeune et féminine avec des modes alimentaires aberrants. Sur le plan comportemental ce sont des manifestations inhabituelles pour le sujet : irritabilité trop fréquente, sensibilité accrue aux frustrations, labilité émotionnelle, méfiance, rigidité envers autrui, attitude cynique ou de toute puissance pouvant mener à des conduites de risques pour soi même ou autrui.

Il s'agit d'attitudes dites défensives : une résistance excessive au changement, des attitudes négatives ou pessimistes, un pseudo activisme, le sujet passant encore plus de temps sur les lieux de travail tout en devenant sans s'en rendre compte, de moins en moins efficace.

Nous retiendrons trois dimensions fondamentales du syndrome d'épuisement professionnel :

l'épuisement émotionnel

la déshumanisation de la relation interpersonnelle

⁷ CANAÛ P. et MAUSSANGES A. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses.* Editions Masson, 1998.

la diminution de l'accomplissement personnel.

1.2.2 Mesure du phénomène.

Dans le cadre d'une très large étude européenne nommée PRESST-NEXT⁸ s'intéressant à la santé et à la satisfaction des soignants au travail ainsi qu'aux causes probables de départs prématurés de la profession ; plus de 5000 soignants, cadres, infirmiers, aides soignants, agents des services hospitaliers ont été interrogés, entre autres, sur leur épuisement professionnel. Il existe en effet un outil, le CBI ou Copenhagen Burnout Inventory qui permet d'établir un score de burnout. L'enquête a révélé que parmi les dix pays européens concernés la France était celui ou le score élevé de burnout était le plus important ; il concerne 46% des personnels interrogés, contre 8,4% en Norvège et 4,5% aux Pays-Bas. L'ampleur du phénomène de burnout est donc réelle puisque presque la moitié des soignants interrogés se déclarent concernés.

1.3 LES CAUSES POSSIBLES DES DIFFICULTES DU PERSONNEL.

1.3.1 La charge physique.

Elle est en lien avec la manutention des patients selon des conditions d'exécution, avec des matériels, et dans des locaux pas toujours adaptés. En France la posture debout quasi constante est encore générale pour tous les soignants auprès des malades. Ainsi, 83,2 % des aides soignants et 70,8% des infirmiers sont debout six heures et plus.⁹ Les déplacements multiples dans des locaux de plus en plus vastes sont une réalité, d'après M. ESTRYN-BEHAR et H. POINSIGNON¹⁰ un aide soignant parcourt plus de 9 kilomètres par journée de travail. Directement en lien avec ces éléments de pénibilité, les infirmiers sont 55% à souffrir de troubles musculo-squelettiques. Notons que les populations d'aides soignants et d'agents des services hospitaliers (ASH) sont les plus exposées à la pénibilité physique avec très souvent des ports de charges lourdes répétés.

L'environnement de travail influe lui aussi au niveau de la charge physique de travail, la moitié des infirmiers français de l'étude PRESST-NEXT considèrent que leurs

⁸ PRomouvoir en Europe la Santé et la satisfaction des Soignants au Travail – Nurses Early Exit Study, programme de recherche européen, pour la France : M.Estryn-Behar, J.F. Caillard, 2001.

⁹ Source : enquête PRESST-NEXT, 2001.

¹⁰ ESTRYN-BEHAR M. et POINSIGNON H – *Travailler à l'hôpital* –Ed Berger Levrault, 1989.

locaux sont mal adaptés aux exigences de leur travail et cette affirmation est encore plus fréquente pour les aides soignants et les ASH.

Une autre étude révèle que un quart des soignants toutes catégories confondues déclarent que leur lieu de travail « à l'inconvénient d'être sale ou insalubre. »¹¹

Les risques professionnels les plus fréquents dans les établissements de santé sont les accidents par exposition au sang (AES). Les actes de soins thérapeutiques – prélèvements, injections, pose de perfusion – occasionnent de nombreuses piqûres, coupures ou projections.

Les horaires et les plannings dans le secteur hospitalier sont atypiques. La continuité du service public impose de plus en plus aux agents hospitaliers ce que nous pourrions appeler des formes de coopération contrainte, à savoir, remplacements inopinés, astreintes, heures supplémentaires, etc.

Le travail de nuit, considéré par toutes les études internationales comme le plus « antiphysiologique » concerne 82% des infirmiers dont 18% travaillent exclusivement la nuit. Seulement 18% des infirmiers travaillent en horaires de journée et sont les seuls dont la vie puisse être vraiment en phase avec la population générale. Les horaires atypiques peuvent provoquer une désynchronisation progressive des cycles biologiques, les cycles de la température et de la fréquence cardiaque se modifient en quelques jours, les fonctions rénales et endocriniennes en quelques semaines¹².

1.3.2 La charge psychologique.

Parce que son approche est subjective et qu'il est parfois difficile d'établir un lien direct avec le travail, elle a longtemps été ignorée ou limitée à des situations particulières. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 lui accorde une existence légale et énonce que l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé physique et morale des travailleurs.

Si le risque santé mentale ne peut être exclu à priori dans aucune profession, certaines d'entre elles paraissent cumuler les facteurs favorables à son déclenchement. Ceci semble particulièrement vrai en ce qui concerne le travail en milieu hospitalier.

Par la confrontation quotidienne à la maladie ou à la mort avec des services particulièrement éprouvants comme la cancérologie, les services d'urgences..., mais aussi par la quantité importante d'informations à maîtriser et d'interlocuteurs à

¹¹ Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats n° 335, août 2004

¹² CLOT.P –« Horaires atypiques, méfaits spécifiques »- *L'infirmière magazine* – juillet 2004, n°195

coordonner. Les acteurs intervenant dans les soins se sont multipliés, « *jusqu'à 23 catégories ou professions interviennent dans une chambre d'hôpital classique pendant les 48 premières heures de séjour d'un patient.* »¹³ Conséquences de ces multiplicités, selon une étude de la DREES 60% des infirmiers déclarent recevoir des ordres contradictoires et devoir malgré tout respecter et appliquer strictement des consignes. Ces données se complètent avec celles de l'enquête PRESST-NEXT selon laquelle plus de 35% des infirmiers français interrogés savent rarement ce qu'ils peuvent dire aux patients sur leur état de santé et leur traitement. Dans un tel contexte, il apparaît peu étonnant que selon les mêmes sources plus de 90% des infirmiers déclarent craindre souvent de faire des erreurs.

L'augmentation du niveau de technicité, l'informatisation, la multiplication et la miniaturisation des appareils augmentent le risque d'erreurs et obligent à un état de vigilance et de tension permanent pour détecter des signaux lumineux ou sonores souvent brefs, imprévisibles et difficiles à détecter.

La charge de travail c'est elle aussi accrue, liée en partie à la baisse de la durée moyenne de séjour même si d'autres facteurs tel que le vieillissement des patients et la restriction des effectifs soignants peuvent être évoqués. Il en résulte très souvent une pression temporelle importante avec des prises de décisions et des actes qui doivent intervenir rapidement. Cette pression a comme corollaire le fait que le temps disponible auprès des patients diminue mais aussi que s'installe un réel sentiment d'insatisfaction pour les soignants. Ils sont ainsi près de 45%¹⁴ des personnels contre 31% pour la même enquête réalisée en 1998 à déclarer « *ne pas avoir le temps suffisant pour effectuer correctement leur travail* »

L'exposition de plus en plus fréquente à des actes de violence ne peut être ignorée qu'elle provienne des patients, des différents usagers de l'hôpital voire des autres professionnels.

Les difficultés et les réticences des personnels à exprimer cette souffrance psychique rendent son appréhension encore mal aisée avec comme risque de favoriser l'installation durable de troubles d'autant plus sévères qu'ils seront dépistés tardivement. La confrontation permanente avec la souffrance, l'anormalité, la démence, la mort, l'angoisse conduit trop souvent les soignants à relativiser les risques auxquels ils sont eux-mêmes soumis. Bien que difficile à évaluer précisément, le fait qu'un quart des

¹³ MICHEL.A et GAUTRON.B – *L'ingénierie de la chambre d'hôpital au service de la prestation* – Actes du 29^e congrès de la SELF-EYROLLES, 1994.

¹⁴ DEKUSSCHE. C – *Infirmière, des conditions de travail encore plus difficiles* – *Soins* – janvier/février 2005 n° 692.

infirmiers bénéficie d'un suivi médical pour troubles de la santé mentale permet de mesurer l'ampleur du problème¹⁵.

1.3.3 Le vieillissement du personnel hospitalier.

L'âge moyen d'un infirmier¹⁶ est passé entre 1983 et 1998 de 34 à 40 ans. En 2001, 58% des personnels médicaux de la fonction publique hospitalière étaient âgés de plus de 40 ans¹⁷. En 2002 les plus de 50 ans représentaient 21% des infirmiers¹⁸ contre 8% en 1990. Les récentes modifications concernant l'âge de départ à la retraite ont incitées certains professionnels à partir plus tôt que prévu (pour les années 2003 et 2004 parmi toutes les infirmières qui ont quittée la profession, 35,2% avaient moins de 55ans¹⁹) mais elles vont impliquer un allongement de la durée de carrière qui va accentuer le phénomène de vieillissement du personnel. La pénibilité du travail en milieu hospitalier se vit plus difficilement avec les années. L'augmentation de la durée moyenne des arrêts de travail augmente avec l'âge. A titre d'exemple, on note des différences significatives dans la durée des arrêts consécutifs à un accident de travail : alors que les moins de 30 ans enregistrent 20 jours d'absence par arrêt en moyenne, la tranche 40/49 ans compte 46,8 jours alors que celle des 50/59 ans affiche 57,9 jours.

1.3.4 L'organisation du travail.

Le travail hospitalier est un lieu d'interférence entre plusieurs logiques d'activités : médicale, infirmière, hôtelière, et gestionnaire. Par logique d'activité nous entendons une manière de raisonner sur son travail et sur celui des autres. Dans un service de soins ces quatre logiques interfèrent sans cesse les unes sur les autres.

Le travail de soins quant à lui présente au moins deux particularités :

Il nécessite des adaptations, des décisions permanentes, en fonction des caractéristiques des malades et de tous les événements qui viennent perturber le cours des choses. C'est une construction permanente.

¹⁵ Source : enquête PRESST-NEXT

¹⁶ Mémoire Fritsch.A Mémoire de l'école nationale de la santé publique – année 2000

¹⁷ Source : Synthèse annuelle des données sociales hospitalières des établissements publics de santé 2001. Toutes catégories confondues.

¹⁸ Source : Inspection générale des affaires sociales – *Gestion des ages dans le secteur sanitaire et social* - 2004

¹⁹ Source : Données CNRACL 2003-2004.

Ces adaptations contribuent toutes à une prise en charge globale mais n'ont pas toujours les mêmes concepts ni les mêmes logiques de fonctionnement.

Nous pourrions donc être tentés de conclure que toute volonté d'organisation est vouée à l'échec puisque les procédures ou dispositions définies à priori seront toujours remises en cause par une réalité complexe et mouvante et que l'anticipation serait impossible.

Peut-on organiser le travail à l'hôpital ?²⁰ Cette question suggère en effet une sorte d'incompatibilité entre la notion d'organisation et les caractéristiques du travail de soins. On voit bien les oppositions sous tendues : la programmation de l'activité et les aléas ou les urgences, le quantifiable en temps et le quantitatif ou le relationnel, la répartition théorique du travail entre catégories et la pratique réelle dictée par les contraintes du service, en fait, le rationnel et le planifié opposés à la dimension humaine, relationnelle et affective.

Et pourtant, un travail, quel qu'il soit, ne se fait jamais sans point de repère, sans références puisque tout travail doit pouvoir permettre la décision.

Il existe donc constamment un écart entre le travail prescrit et le travail réel et lorsqu'il devient trop important l'effort de conciliation que doivent fournir les soignants se révèle épuisant.

L'organisation du travail à l'hôpital doit prendre en compte une dimension fondamentale qui est celle de continuité. Le caractère continu du travail est à la fois un élément fondateur de la culture professionnelle des soignants et un facteur de pénibilité. Alternances des rythmes de travail, horaires variables, recherche permanente de conciliation entre vie professionnelle et vie privée peuvent diminuer progressivement la motivation et l'implication des professionnels.

La confrontation aux changements organisationnels est régulière, au sein de l'institution hospitalière, avec une périodicité de plus en plus fréquente. Réformes hospitalières, ordonnance de 1996, mise en place des 35 heures, plan Hôpital 2007 en sont les illustrations.

S'ils n'ont d'autres objectifs que de tendre vers une amélioration du service rendu à l'utilisateur, ces changements sont néanmoins porteurs d'incertitudes et imposent souvent aux équipes des renoncements plus ou moins fondamentaux selon les cas. Chacun d'entre eux fragilise temporairement les agents d'autant que les équipes sont au gré des restructurations souvent recomposées et qu'il leur faut reconstruire des repères nouveaux.

²⁰ POINSIGNON.H et JORAND.Y – *Changer le travail à l'hôpital* – éd ANACT – Paris, 1995.

« Alors que le temps de travail diminue et qu'il procure plus de temps disponible, la flexibilité du temps de travail augmente les contraintes et se traduit par une pression temporelle et une disponibilité accrue. Les organisations de travail se transforment profondément, sollicitant beaucoup plus les salariés qui se voient imposer des obligations de résultats fortement contraignantes. »²¹

Cette situation est d'autant plus mal vécue que les soignants n'ont que très peu de latitude concernant l'organisation de leur travail. Alors que la proportion d'agents déclarant *« avoir un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus »²²* a doublé depuis 1998, soit 47% en 2003 contre 24% en 1998 ; l'enquête effectuée par la DREES en 2003 révèle que seulement 17% des infirmières disent pouvoir faire varier l'ordre de leurs tâches. Dans le même ordre d'idée, l'enquête PRESST-NEXT avance que seulement 35% des infirmiers français interrogés déclarent pouvoir discuter des questions d'organisation dans leur service et qu'ils sont seulement 39% à avoir une influence sur leurs horaires de travail.

Le rôle de la reconnaissance dans le vécu du travail est primordial. Un travail monotone, un manque de liberté d'initiative, de faibles possibilités de participation aux décisions sont des éléments qui vont engendrer l'installation chez les soignants d'un sentiment de non reconnaissance du travail effectué. Ce dernier ne peut plus être perçu comme gratifiant.

Certaines études sur la relation des soignants avec le travail à l'hôpital comme celle menée par FANNELO et COL. en 2003 au CHU de Marseille révèlent l'importance pour les soignants de la possibilité de faire des suggestions et propositions et le rôle essentiel des rapports avec la hiérarchie. Ces deux composantes sont considérées comme des éléments de bien-être au travail.

Par ailleurs, l'absence de participation des équipes à certaines décisions, réflexions ou élaboration de projets renforce le sentiment de non reconnaissance de celles-ci. Les changements évoqués précédemment seront d'autant plus insécurisants que les soignants en seront insuffisamment tenus informés. On entrevoit aisément le rôle d'un management qui favorisera la participation et la concertation dans un réel esprit d'équipe.

²¹ Temps et travail, un autre rapport pour la santé – *Revue performance : santé et fiabilité humaine* – mars – avril 2003.

²² Source : enquête DREES – Etudes et résultats – n° 335, août 2004.

1.4 UN DISPOSITIF ET DES ACTEURS POUR REMEDIER AUX DIFFICULTES DES AGENTS :

1.4.1 Le médecin agréé.

Il s'agit d'un médecin généraliste inscrit sur une liste départementale établie par le préfet sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales après que le conseil départemental des médecins ait donné son avis.

Il est consulté pour vérifier l'aptitude physique des candidats à un emploi et pour tout ce qui concerne les congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière. Il ne peut être le médecin traitant des agents ou des postulants.

1.4.2 Le médecin du travail.

C'est l'arrêté du 29 juin 1960 qui instaure et organise la médecine du travail dans les hôpitaux et le code du travail qui fixe les dispositions spécifiques à l'organisation de celle-ci dans ces établissements. Le décret n° 85-947 du 16 août 1985 en a précisé les conditions d'organisation et le fonctionnement.

Le service de médecine du travail est organisé différemment selon la taille des établissements. Pour ceux comptant plus de 1500 agents, ils disposent d'un service de médecine du travail. Pour les établissements ayant moins de 1500 agents²³, un service commun peut être créé entre plusieurs hôpitaux.

Le médecin du travail dispose d'un statut contractuel de droit public.

Il partage son rôle entre trois activités :

Une action sur le milieu de travail, définie par l'article R.242-11 et suivants du code du travail en matière d'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'établissement, de protection des agents contre les nuisances, d'aménagements relatifs aux postes de travail, d'éducation sanitaire du personnel en rapport avec l'activité professionnelle pour ne citer que les principales.

Le suivi individuel des agents, Art R 242-15 et suivants, qui consiste à assurer les visites médicales d'embauche, les visites médicales périodiques, les visites de reprise du travail mais aussi les examens complémentaires et les vaccinations :

²³ Effectif réel de l'ensemble des agents y compris les personnels médicaux au 31 décembre de l'année civile.

La visite médicale d'embauche à lieu avant la prise de fonction. Elle comporte deux aspects : des examens médicaux et un contrôle de conformité du dossier administratif par rapport aux dispositions du code de la santé publique.

Les visites de surveillance sont de plusieurs ordres :

- Les visites périodiques : actuellement tous les agents doivent obligatoirement en bénéficier au moins une fois par an.
- Les visites de surveillance spéciale : Un arrêté du ministère du travail daté du 11 juillet 1977 fixe la liste des travaux soumis à surveillance médicale spéciale. Pour chacun de ces travaux des dispositions légales ou réglementaires en déterminent la fréquence (exposition aux rayonnements ionisants tous les 6 mois par exemple.)
- A l'appréciation du médecin : des visites plus fréquentes peuvent être diligentées pour un salarié dont l'état de santé est altéré. Il en sera de même pour un agent susceptible d'exposer son entourage à un risque particulier.
- A la demande du salarié : si celui-ci estime que son travail risque d'altérer son état de santé, s'il présente une pathologie qu'il pense être en relation avec son travail ou pour tout autre motif personnel.
- Lors d'un changement d'affectation : pour laquelle le médecin doit être informé. Selon son appréciation il convoquera l'agent afin de s'assurer que ses aptitudes correspondent bien aux exigences du poste.

Les visites de reprise : Art R 242-18. Après une absence pour cause d'accident du travail, de maladie professionnelle, de maternité ou pour cause de maladie d'une durée d'au moins trois semaines, un agent ne peut reprendre son travail qu'après la visite de reprise. Cette visite qui doit avoir lieu au moment de la reprise ou dans un délai maximum de huit jours, est destinée à s'assurer que l'intéressé peut effectivement reprendre son poste de travail antérieur. Quand une adaptation de poste ou une réadaptation de l'agent sont prévisible, il est souhaitable que la reprise de travail soit précédée par une visite de pré reprise. Celle-ci permettra de rechercher et de mettre en place les mesures nécessaires à une reprise de l'agent dans des conditions optimales. Cette visite de pré reprise ne se substitue pas à la visite de reprise.

La tenue des documents médicaux : Art R. 242-22 et suivants, composés essentiellement du dossier médical de l'agent et de la fiche d'aptitude.

Le médecin du travail établit chaque année un rapport d'activité qu'il présente pour avis aux différentes instances de l'établissement et notamment le comité technique d'établissement et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

1.4.3 Le comité médical.

Il en existe un par département. Lui sont soumises pour avis les contestations d'ordre médical portant sur l'admission aux emplois, l'octroi, le renouvellement de congés maladie ainsi que la réintégration à l'issue des congés.²⁴

1.4.4 La commission de réforme.

Instance départementale, elle donne un avis sur la mise à la retraite pour invalidité, sur l'imputation au service de la maladie ou de l'accident, et fixe le taux d'invalidité ainsi que l'attribution et le taux d'allocation d'invalidité.

Elle est également consultée pour avis par l'affectation dans un service moins pénible après une affection longue et sérieuse.

1.4.5 Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Les comités d'hygiène et de sécurité qui avaient été créés en 1947 ont fait place aux CHSCT, institués par la loi n°82-1097 du 23 décembre 1982.

C'est une instance consultative interne à l'établissement ayant une mission générale de surveillance et d'alerte en matière d'hygiène et de sécurité dans l'établissement.

Il est consulté notamment sur tous les problèmes d'organisation et de conditions de travail et leurs incidences sur la santé. Le CHSCT est également en mesure de jouer un rôle de conseil et de formuler des propositions.

1.4.6 Le bilan social.

Il est rédigé chaque année par les établissements publics de santé. Créé par la loi n°77-769 du 12 juillet 1977, il s'impose aux établissements publics de santé comme le précise le décret du 7 octobre 1988.

²⁴ Décret 88-386 du 19 avril 1988, art.7

Le bilan social doit être élaboré dans un esprit d'aide au dialogue social, de planification dans le domaine social, de meilleure visibilité et d'information.

Ce document est présenté aux instances de l'établissement : comité technique d'établissement, commission médicale d'établissement et conseil d'administration.

1.4.7 Le programme d'action de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRI Pact)

Il s'agit d'une obligation réglementaire en vertu de la loi du 31 décembre 1991²⁵.

Ce programme, établi à partir des analyses, fixe la liste détaillée des mesures à prendre pour l'année à venir, les conditions de leur exécution et l'estimation de leur coût. Il est présenté par le président du CHSCT c'est-à-dire le chef d'établissement. Lorsque certaines mesures prévues ne sont pas réalisées, le chef d'établissement doit énoncer les motifs de ces non exécutions.

Il est présenté pour avis au CHSCT qui peut proposer un ordre de priorité dans les mesures de prévention présentées ainsi que soumettre des mesures supplémentaires.

1.5 APTITUDE, INAPTITUDE ET AMENAGEMENTS DE POSTES

1.5.1 L'aptitude.

C'est un médecin généraliste agréé qui vérifie que les postulants à un emploi dans la fonction publique hospitalière satisfont aux exigences réglementaires en matière d'aptitude physique. Le décret n° 88-386 du 19 avril 1988²⁶ précise quelles sont les conditions d'aptitude physique. Il s'agit ici de l'aptitude à la fonction.

Il est prévu dans le décret n° 85-947 du 16 août 1985²⁷, une visite médicale d'admission auprès du médecin du travail.

²⁵ Loi n°91-1405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi.

²⁶ Décret relatif aux conditions d'aptitude physiques et aux congés maladie des agents de la fonction publique hospitalière.

²⁷ Décret modifiant le code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux dans les établissements mentionnés à l'article L.792 du code de la santé publique et dans les syndicats inter hospitaliers.

L'aptitude est le pivot autour duquel s'organise l'activité du médecin du travail tout au long de la carrière de l'agent il devra se prononcer sur ce sujet. Il va apprécier la compatibilité entre l'état d'une personne et les contraintes et les exigences qui sont liées à son poste. Cela suppose du médecin du travail une connaissance précise du poste de travail du candidat. L'avis d'aptitude peut comporter des restrictions.

A l'issue de la consultation le médecin établit une fiche d'aptitude, il s'agit ici de l'aptitude au poste de travail.

Si l'aptitude comporte des restrictions ou qu'elle n'est pas prononcée, les aménagements de poste sont envisagés.

1.5.2 Les aménagements.

Le poste aménagé trouve sa légitimité dans le décret n°89-376 du 8 juin 1989. Dans son article 1^{er} ce dernier prévoit que « *lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'assurer ses fonctions de façon temporaire ou permanente et si les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis du médecin du travail ,...peut affecter un fonctionnaire dans un poste de travail correspondant à son grade dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer ses fonctions.* »

On note que l'inaptitude peut être provisoire ou définitive, mais le caractère définitif ne constitue pas une condition nécessaire d'attribution d'un poste aménagé.

L'aménagement du poste de travail peut se décliner de diverses façons :

- soit par un allègement de la charge de travail ou une modification des horaires de travail au sein ou non du même service, l'agent conservant son grade.
- soit il s'agit d'un changement de fonction ou d'une reconversion professionnelle. Ce type d'adaptation de poste est souvent définitif. Il s'agit en l'occurrence d'un reclassement professionnel. Lorsque l'altération temporaire ou définitive de l'état physique du fonctionnaire le rend inapte à l'exercice de ses fonctions, il peut demander à être reclassé dans un emploi d'un autre corps pour lequel il pourra être déclaré apte. En premier lieu , l'administration doit d'abord envisager d'aménager le poste de l'agent, si cela n'est pas possible il se verra affecté dans un autre poste correspondant à son grade.

Le mi temps thérapeutique n'est pas à proprement parler un poste aménagé. Dans un objectif de réadaptation professionnelle, l'agent est autorisé par le comité médical à reprendre ses fonctions à mi-temps rémunérées à temps plein suite à un

congé de longue maladie, de longue durée ou à une maladie contractée en service. Sa durée maximale est de un an.

2 PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE

2.1 LA DEMARCHE DE LA RECHERCHE

Après une première approche théorique qui nous a permis d'envisager deux indicateurs de difficultés ainsi que les causes possibles de ces difficultés, nous allons procéder à la restitution de l'enquête réalisée auprès des différents acteurs concernés par cette problématique. Dans cette optique, les personnels soignants ne sont pas inclus dans les personnes enquêtées. Les partenaires sociaux ont également été exclus, l'enquête ciblant l'équipe de direction et l'encadrement soignant.

L'objectif est de nous permettre de répondre à notre questionnement sur la prise en charge des agents en difficulté, il ne s'agira bien sûr et en aucune façon de porter un quelconque jugement sur les pratiques décrites.

2.2 LE CHOIX DE L'OUTIL

Nous avons utilisé l'entretien semi directif afin de favoriser la production d'un discours et de collecter de manière vivante les différentes informations recherchées.

En conséquence, un guide d'entretien a été élaboré avec quelques questions particulières pour les cadres de santé.

Dans les deux établissements décrits précédemment un même nombre de personnels ont été interrogés à savoir :

- 1 directeur des soins
- 1 directeur des ressources humaines
- 1 cadre supérieur de santé
- 3 cadres de santé de proximité
- 1 médecin du travail
- 1 psychologue affecté au suivi du personnel

Soit au total 16 entretiens.

La plupart des entretiens a fait l'objet d'un enregistrement après accord de l'interviewé et on duré entre 45 minutes et 1 heure.

Chacun des entretiens a fait l'objet d'une prise de rendez vous et d'une explication brève du but de ma demande. Le caractère anonyme des rencontres et de ce qui pourrait en être retranscrit a été précisé à chaque fois.

2.3 LES LIMITES DE L'ENQUETE

Le travail présenté n'a pas la prétention d'être exhaustif. L'échantillon des personnes interrogées ne peut pas prétendre être représentatif de l'ensemble des populations concernées.

Les entretiens permettent un recueil très riche d'informations qu'il faut ensuite sélectionner.

Par ailleurs les situations d'entretien induisent des modes de coopération particuliers. La personne interrogée, par le biais de mécanismes plus ou moins conscients, va chercher à satisfaire celui qui interroge, de même ses propos seront le reflet d'une réalité parfois aménagée.

Conscient qu'une objectivité totale ne saurait s'appliquer à une réflexion humaine, tant pour les entretiens que pour la sélection des informations nous considérons que la démarche adoptée est valide.

2.4 LA PRESENTATION DES RESULTATS

Un certain nombre d'idées vont être extraites de l'ensemble des entretiens, elles vont nous permettre d'effectuer une analyse en vue de confirmer ou non nos hypothèses.

Chaque idée dominante va constituer un thème et sera abordée par le biais des entretiens réalisés dans les deux établissements. Une courte synthèse sera réalisée à l'issue de chaque analyse. Les extraits d'entretien utilisés seront retranscrits in extenso, entre guillemets et en italique.

Les thèmes retenus seront les suivants :

- Les indicateurs de difficultés
- Les causes possibles des difficultés
- Les représentations et perceptions liées aux agents en difficulté
- La politique des établissements pour les soignants en difficulté
- Le positionnement des cadres par rapport à la gestion des soignants en difficulté
- Les mesures mises en place en cas de difficultés
- La collaboration pluridisciplinaire

3 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.

3.1 Les indicateurs de difficulté :

CH 1

« Je n'ai pas d'indicateurs particuliers, je connais les agents alors j'arrive à savoir quand quelque chose ne va pas bien. »

Le cadre à qui est empruntée cette phrase pense connaître suffisamment le personnel de son service pour repérer d'éventuelles difficultés. Néanmoins ce critère peut manquer d'objectivité et surtout ne s'applique qu'aux personnels ayant une certaine ancienneté dans le service.

La plupart des cadres rencontrés avouent ne pas avoir dégagé d'indicateurs de difficulté.

« J'essaie d'avoir des moments privilégiés réguliers avec chacun pour pouvoir parler mais avec plus de 40 personnes dans mon service ce n'est pas toujours évident. Ce qui va m'alerter ce seront les congés maladie s'ils se répètent mais attention tous les congés maladie ne sont pas forcément dus au travail, on ne peut pas savoir. »

Cet autre **cadre de santé** mise sur des contacts privilégiés avec les agents pour s'apercevoir d'éventuelles difficultés. Il reconnaît pourtant que son activité ne lui laisse guère de temps pour cela entre les patients, les familles, et les tâches administratives de plus en plus importantes selon lui. Les congés maladie apparaissent comme un indicateur mais avec une grande prudence, il faut qu'ils soient répétés et en relation avérée avec le travail.

Le DRH et le DS précisent qu'ils sont peu amenés à rencontrer les agents mais que lors des entretiens ils vont chercher à savoir si l'agent est satisfait de ses conditions de travail. Des critiques trop importantes ou au contraire une banalisation et un désintérêt pour la question vont les alerter. Par contre aucun d'eux ne fait mention d'un contact systématique dans ce cas avec le cadre du service.

Comme son collègue, **le médecin du travail** évoque les pathologies dues à la manipulation répétée des malades mais aussi à l'absence ou à la mauvaise

CH 2

« Lors de mes consultations je vois beaucoup de personnes qui se plaignent de ce que l'on appelle les troubles musculo-squelettiques. C'est normal puisque ces troubles sont la première cause de l'absentéisme. Pourtant j'essaie d'en savoir plus, sur les conditions de travail de l'agent d'abord puis sur son état plus général car les troubles psychologiques et psychiatriques sont la deuxième cause d'absentéisme et je peux vous garantir que c'est bien plus facile de parler d'un mal de dos... »

Le médecin du travail à qui sont empruntés ces propos connaît les pathologies du travail les plus fréquentes, il est aussi conscient de la difficulté qu'ont les soignants à évoquer les problèmes d'ordre psychologique. Ces problèmes sont pour lui une réalité. Il avoue savoir que beaucoup d'agent ont des traitements médicamenteux en rapport avec ces troubles en plus de ceux qui n'osent l'avouer.

« Je suis attentif aux changements de comportement des agents. Si un agent qui parlait beaucoup devient taciturne ou si quelqu'un d'habituellement calme devient plus agressif. »

Les propos de ce **cadre** montrent une vigilance particulière vis-à-vis des agents. Quand un agent lui semble être en difficulté il se donne un temps d'observation puis si cela persiste il voit l'agent en entretien pour évoquer la situation avec lui.

Les autres cadres rencontrés évoquent une vigilance particulière pour les agents de retour après de longues périodes de congés maladie ou en poste aménagé, sans pour autant avoir dégagé des signes repérables rapidement.

« En fait, à part pour les cas particuliers comme les postes aménagés qui sont souvent des sujets délicats dans le service, on n'a pas le temps de se préoccuper de tout le monde, il faut que le service tourne c'est cela le principal ; et cela n'est pas toujours facile avec les problèmes de personnel »

Le cadre de santé qui s'exprime reconnaît

<p>utilisation des matériels de levage. Les troubles psychologiques sont pour lui assez peu importants au niveau quantitatif. Il constate que les personnels sont de plus en plus nombreux à se plaindre de leurs conditions de travail et qu'il lui est difficile de faire la part des choses car il n'a pas le temps d'aller constater la réalité dans les services de soins.</p>	<p>qu'il est vigilant concernant les agents en poste aménagé en particulier parce que ces postes ne sont pas toujours très bien perçus par les autres agents et parce que c'est toujours une épreuve pour l'agent. Par contre il n'en va pas de même pour les autres soignants qui ne font pas l'objet d'une attention particulière.</p> <p>Le directeur des soins précise qu'il est particulièrement vigilant concernant les arrêts de travail répétitifs car cela indique selon lui qu'ils sont réactionnels au travail. Après avoir pris des renseignements auprès du cadre du service il demande souvent à rencontrer l'agent. Il avoue que cette démarche est rare, peut être pas aussi souvent qu'il le faudrait. Comme son collègue du CH1 il rappelle qu'il n'a pas vocation à rencontrer souvent les agents.</p> <p>Le DRH ne se sent pas directement concerné par le développement d'indicateur de difficulté. Il précise que pour lui c'est aux cadres que cela échoit mais évoque néanmoins les arrêts maladie qui sont pour lui un signe d'alerte.</p>
---	---

ANALYSE :

S'il existe une convergence entre les médecins du travail concernant les troubles musculo-squelettiques, les problèmes psychologiques sont envisagés différemment. Alors qu'ils semblent peu constatés par l'un ; l'autre non seulement les observe quantitativement mais les juge sous-estimés.

Les cadres de santé, dans leur grande majorité, développent peu ou pas d'indicateurs de difficulté. Les congés maladie ne sont pas systématiquement cités et quand ils le sont, les cadres ajoutent qu'ils ont besoin de certaines précisions avant de s'en inquiéter. Souvent, la qualité des relations avec les agents est mise en avant pour le repérage des situations de difficulté, sans que cela apparaisse comme une réelle préoccupation. Notons que les postes aménagés bénéficient d'une vigilance particulière peut être en rapport avec un vécu difficile de l'équipe et de l'agent lui même.

Les DRH et DS se sentent peu concernés par le développement d'indicateurs. Un de chaque catégorie évoque clairement le rôle des cadres sur ce point. Tous par

contre se disent sensibilisés aux congés maladie qu'ils avancent comme une préoccupation majeure et un révélateur de la qualité des conditions de travail des personnels.

En conclusion, peu de professionnels ont repérés des indicateurs de difficulté. L'intérêt par ce biais d'un repérage rapide des situations de difficulté ne semble pas perçu.

La quasi totalité fait état des congés maladie comme de l'unique indicateur utilisé mais il n'est pas fait mention d'une analyse fine par exemple : par service, par agent ou pour les postes aménagés.

3.2 Les causes possibles des difficultés :

CH 1	CH 2
<p><i>« Celle que je citerais en premier est la difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle. »</i></p> <p>Le directeur des soins qui s'exprime met en avant le fait que de plus en plus de professionnels refusent que leur vie privée et familiale pâtissent de leur vie professionnelle. C'est pour lui une évolution sociétale majeure, il est normal qu'elle s'exprime aussi à l'hôpital. Les 35 heures sont un reflet de ces aspirations, même si pour lui il y aurait à dire sur le résultat final.</p> <p>Le constat qu'il fait de cette volonté de conciliation de la vie professionnelle et privée est particulièrement fort chez les femmes, et les professions soignantes sont très largement féminisées. C'est un impératif qui demande de gros efforts aux agents.</p> <p><i>« Les prises en charge des patients sont de plus en plus lourdes ; je m'explique : les patients sont de plus en plus âgés et dépendants, ils présentent souvent plusieurs pathologies et restent de moins en moins longtemps. Par contre les effectifs ne suivent pas, n'augmentent pas, les agents sont donc fatigués et cela ne permet pas de travailler dans de bonnes conditions. »</i></p> <p>Pour ce cadre l'évolution des conditions de travail est peu satisfaisante et génère une</p>	<p><i>« L'hôpital est un lieu de confrontation permanente avec la maladie et la mort, c'est un fait avéré mais certains services de soins se révèlent particulièrement difficiles ; je pense à l'oncologie, à la réanimation, aux urgences mais aussi à certains services de psychiatrie où la confrontation est permanente et souvent brutale. Je suis particulièrement vigilant lors des affectations des personnels dans ces services et souhaite un roulement régulier après quelques années d'exercice. »</i></p> <p>Le directeur des soins évoque ici les difficultés d'ordre psychologique que les soignants peuvent rencontrer dans des services particuliers. Pour lui, même si ces services à « charge émotionnelle élevée » ont toujours existé, les conséquences auprès du personnel sont importantes mais n'ont été prises en compte que récemment.</p> <p><i>« La différence entre ce que les gens imaginaient et la réalité dans les services est bien trop grande pour qu'ils ne craquent pas. C'est valable chez les jeunes comme chez les plus anciens. Avec les contraintes actuelles et la pression qui existe le travail des soignants devient insatisfaisant. La plainte qui revient le plus souvent et me semble vraiment la plus authentique c'est</i></p>

fatigue à la fois physique mais aussi morale, l'une entraînant l'autre après un certain temps.

Cette évolution des patients hospitalisés et de la durée de séjour à l'hôpital sera évoquée par plusieurs autres cadres.

Le DRH considère qu'une cause possible de difficulté est la continuité du service public hospitalier. Cela induit des horaires variables alternant jour et nuit et le travail les week end. Comme le DS il évoque le fait que les soignants sont de moins en moins enclins à faire des concessions concernant leur vie à l'extérieur de l'hôpital

Le médecin du travail évoque les ports répétés de charge et la mauvaise utilisation des matériels de levage quand ils existent. Les problèmes physiques qu'ils entraînent restent très fréquents et pour lui beaucoup d'efforts d'amélioration peuvent encore être faits notamment au niveau de la formation des personnels.

Pour **l'encadrement** en général, comme pour le médecin du travail, les difficultés auxquelles sont le plus souvent confrontés les soignants sont d'ordre physique (manipulations des patients, caisses de médicaments, chariots et armoires diverses à déplacer.)

Ensuite c'est la violence qui est citée, celle de « *tous les jours* » avec les patients, les familles mais aussi les autres professionnels de l'hôpital. Plusieurs s'accordent pour affirmer que les différents professionnels qui exercent à l'hôpital sont de plus en plus intolérants les uns envers les autres « *on ne cherche pas à comprendre pourquoi les autres peuvent avoir des logiques différentes ; depuis qu'on parle à tout va de communication j'ai l'impression que c'est pire qu'avant.* »

L'encadrement se positionne comme une protection pour les soignants face à des situations relationnelles difficiles ; mais ils ne peuvent pas être toujours présents auprès des agents.

Plusieurs cadres disent avoir initiés des groupes de parole avec des psychologues ou organisent des réunions de travail régulières. Pour la plupart ces moments de

de ne plus pouvoir par manque de temps être près du patient et l'écouter. C'est flagrant pour les infirmières. »

La psychologue du travail à qui sont empruntés ces propos témoigne de la difficulté des soignants à s'accommoder d'un travail qui s'éloigne de l'image du soignant proche du patient. Elle pense que le côté humain du travail cède le pas au côté efficient. Pour elle, les soignants vivent très mal ce changement qui veut qu'on aille vers une activité mesurable et rentable.

« La mise en place de nouvelles mesures comme l'accréditation et la démarche qualité qui en découle sont une très bonne chose. Cela nous a permis de réfléchir à nos pratiques et de les améliorer mais je me demande parfois si nous ne sommes pas allé trop loin

Le cadre supérieur pense que ces mesures qui pour lui ont été une véritable révolution ont permis des améliorations mais qu'elles induisent des effets négatifs. La surabondance de protocoles et de procédures fait que les agents hésitent à prendre des initiatives qui risqueraient d'être contraires aux protocoles qu'ils ne peuvent pas tous connaître tant ils sont nombreux. Ce qui devait être un formidable outil est une source de stress pour un nombre non négligeable de soignants.

Le médecin du travail évoque en premier les contraintes physiques du travail de soignant. Elles sont maintenant reconnues et beaucoup de choses ont été faites selon lui pour y remédier (matériel, formations extérieures et internes par du personnel de l'établissement formé à cet effet. Les difficultés d'ordre psychologique peuvent avoir, selon lui, des causes variables et fluctuantes selon les individus et les contextes de travail. Il évoque néanmoins certains services difficiles où la mort est très présente. Il évoque également les conditions de travail stressantes et ne voit pas vraiment quoi proposer pour y remédier. Dans ce cadre entrent les rapports tendus voire conflictuels avec la hiérarchie. Selon lui ces situations ne sont

réunions sont considérés comme vitaux à la cohésion de leur équipe.

Le psychologue du travail nous rapporte que dans ses relations avec les agents il constate qu'il semble de plus en plus difficile d'être soignant. Les agents évoquent le fait qu'il faut aller de plus en plus vite, faire de mieux en mieux. D'après lui ce qui les gêne le plus c'est de n'avoir aucune visibilité quant à l'avenir de l'hôpital. Ils ont des informations souvent lointaines et floues sur les différentes réformes, ils constatent que des choses changent qui touchent directement leur travail mais sont dans l'ignorance de ce qui se joue réellement. Cette observation vaut aussi pour les cadres.

Pour le psychologue, beaucoup souffrent de cette situation et d'un manque global de concertation et d'information.

pas rares et en règle générale il constate que les relations interprofessionnelles ne s'améliorent pas, notamment avec les médecins.

Après avoir, comme ses collègues du CH 1 énoncés les problèmes de port de charges et de contraintes physiques, **un cadre** avance comme cause possible de difficulté à la fois physique et psychique le fait que les agents sont de plus en plus sollicités pour revenir travailler pendant leurs jours de congé ou de repos. Selon lui cette situation qui existait déjà c'est aggravée depuis le passage aux 35 heures.

« C'est générateur de stress parce que les agents doivent souvent remettre en question l'organisation de leur vie privée, garde des enfants au dernier moment par exemple, et c'est en même temps fatigant physiquement parce que les agents alignent souvent un nombre impressionnant de journées de travail d'affilées. Pourtant en grande majorité il existe une solidarité entre collègues et la notion de service public veut encore dire quelque chose. Mais à la longue les gens se lassent et on ferait comme eux, alors ils développent des stratégies pour se protéger comme le filtrage des appels téléphoniques. »

L'organisation du travail et de sa continuité à l'hôpital serait donc génératrice de difficultés physique et psychologique.

Ce point de vue est partagé par **le DRH** qui nous dit que bien que toutes les études avancent, et ce à juste titre, les TMS (troubles musculo-squelettiques) comme première pathologie du travail, il pense que les particularités du travail hospitalier sont à la longue génératrices de troubles.

Analyse :

Les médecins des deux établissements s'accordent pour présenter les contraintes physiques comme les causes de difficulté les plus fréquentes. Les contraintes psychologiques et leurs conséquences sont considérées différemment, un seul des médecins leur reconnaissant une importance forte. C'est ce même professionnel du CH 2

qui évoque les rapports tendus entre professionnels à l'hôpital. Notons que les cadres de cet établissement signalent eux aussi ce fait.

Les cadres ont un positionnement assez homogène sur les difficultés physiques et psychologiques. Des variables s'expriment ensuite ; violence, incertitude concernant les jours de non travail.

Aucun des professionnels rencontrés ne fait mention du syndrome d'épuisement professionnel malgré la réalité de ce phénomène confirmé par de nombreuses études. Faut il y voir une certaine méfiance due à sa méconnaissance.

Les DRH ont une vision commune en considérant la continuité du travail hospitalier comme génératrice de troubles à plus ou moins long terme. Cet avis est repris par un des directeurs des soins alors que l'autre évoque surtout les problèmes liés à la charge psychologique du travail.

En conclusion, le contexte particulier du travail à l'hôpital, de par ses caractéristiques et ses contraintes peut se révéler à un moment ou un autre générateur de difficulté. Nous constatons que les principales causes de difficulté sont connues des acteurs qui sont amenés à intervenir dans la gestion des personnels en difficulté.

3.3 Les représentations et perceptions liées aux agents en difficulté :

CH 1

Le directeur des soins estime que l'acceptation des agents en difficulté et des postes aménagés qui en découlent souvent n'est pas bonne. Il subsiste encore trop de réticences et en particulier chez les cadres et les cadres supérieurs.

« Certains préfèrent garder un poste vacant plutôt que le voir occupé par un emploi aménagé sous prétexte que c'est une cause d'ennuis. Les choses évoluent, mais lentement. »

Ces propos du directeur des soins mettent en évidence les difficultés à intégrer les agents en difficulté dans les organisations.

Le médecin du travail confirme les à priori négatifs dont souffrent les agents en difficulté. C'est un obstacle à leur bonne intégration et à une bonne prise en charge. Il attend la mise en place du groupe de travail dont il va faire partie mais n'a aucune illusion sur les délais nécessaires avant de voir un changement.

« Je ne vais pas vous dire le contraire, les postes aménagés, on préfère les voir ailleurs que dans notre service. C'est une source de problème, déjà il faut trouver un poste qui ne gênera pas le fonctionnement du service et quand on l'a trouvé ça ne plaît pas toujours à l'agent. »

Les propos de ce **cadre** résument bien comment sont perçus les agents en difficulté. Leur acceptation est mauvaise, ils sont tolérés par obligation.

Les autres **cadres** ne sont pas tous aussi directs mais malgré les nuances, l'impression générale liée aux personnels en difficulté n'est pas bonne.

« On sait bien que la plupart n'ont pas choisi d'être malades, mais certains en profitent vraiment... »

La notion de culpabilité vis-à-vis des collègues rejetés apparaît ici, vite tempérée par l'idée que certains agents exagéreraient plus ou moins des troubles pour bénéficier de postes moins pénibles.

« Les postes aménagés n'ont pas très bonne réputation. En plus ce ne sont pas

CH 2

« L'image que renvoient les personnels en difficulté a, me semble-il, beaucoup évoluée.

Alors que pendant longtemps ils ont été considérés comme un peu gênants, parce que différents des autres et obligeant à un traitement particulier, cela est moins le cas. Ce sont avant tout des personnels et ils doivent avoir la même considération que les autres. »

Le DRH qui s'exprime est persuadé que la politique de l'établissement en faveur des personnels en difficulté a des répercussions positives en terme de reconnaissance et d'acceptation et en premier au niveau de l'équipe de direction.

Il reconnaît qu'il y a encore à faire et que par exemple l'intérêt des postes aménagés n'est encore pas perçu par tout le monde. Pour beaucoup ils sont encore des placards alors qu'ils peuvent être la réponse à un besoin du service.

Pour lui il faut proposer des postes aménagés qui soient attractifs, cela en facilitera leur acceptation et l'image qu'en ont les personnels. Il ajoute que l'aspect économique est primordial, et qu'il sous tend la démarche engagée par l'institution. L'hôpital doit utiliser absolument tout son potentiel humain.

C'est un aspect important que selon lui il faut avoir l'honnêteté d'expliquer, il dit d'ailleurs le faire en réunions de commission.

« Les choses changent, pas aussi vite que je le souhaiterait, mais elles changent. Il est indéniable que la commission de reclassement y est pour quelque chose.

Les personnels en difficulté sont de mieux en mieux acceptés et je remarque au niveau des cadres que les réticences à leur égard diminuent. Pour certains ce sont encore des gêneurs qui occasionnent plus de travail qu'ils n'en font mais cela devient l'exception. »

Le directeur des soins précise qu'en fait c'est le regard de l'institution sur les personnels en difficulté qui a changé. Il affirme que lui aussi accorde plus d'attention à ce problème et rejoint les

toujours des postes très valorisants alors l'image qu'ils véhiculent n'est pas bonne. Par répercussion ceux qui les occupent sont marginalisés.

Pour les personnels en difficulté c'est encore pire, si le terme poste aménagé fait partie du vocabulaire courant à l'hôpital celui de personnel en difficulté est limité en gros à l'équipe de direction. C'est-à-dire que pour les autres personnels ils n'existent carrément pas, comment voulez vous qu'ils soient acceptés ? »

La psychologue du travail pointe clairement du doigt l'absence de politique institutionnelle pour faire reconnaître et admettre les personnels en difficulté.

De même pour les postes aménagés qui ne font l'objet d'aucun travail de valorisation.

Pour elle, l'hôpital se prive très clairement d'une partie de ses ressources car les agents en poste aménagés sont mis dans des situations où on ne leur demande rien alors qu'ils souhaitent majoritairement continuer à contribuer au fonctionnement de l'hôpital. Ce rejet est pour elle vécu douloureusement et s'ajoute aux problèmes qui ont présidé à l'obtention d'un poste aménagé.

propos du DRH en affirmant que c'est le cas de toute l'équipe de direction. Il ajoute que tous ont participé à une formation sur les personnels en difficulté et qu'elle a été appréciée.

« Il m'est arrivé de recevoir sur mon bureau l'avis du médecin du travail concernant un agent de mon service avec en gros l'obligation de trouver un poste aménagé à un infirmier qui ne pouvait plus rien faire de ce que doit faire un infirmier. Alors évidemment ça ne va pas et comme on ne parlait pas avec le médecin du travail, c'est un peu l'agent qui en pâtissait. »

Le cadre rencontré admet que la représentation qu'il se faisait des agents en difficulté n'était pas bonne. Pour lui la commission de reclassement a vraiment amorcé un changement, qu'il juge déjà très perceptible. Le groupe de travail qui a été mis en place avec le directeur des soins à propos des postes aménagés a selon lui permis à tout l'encadrement de voir les postes aménagés sous un autre angle.

Alors que ces postes étaient considérés comme gênants, ils leurs ont été présentés comme des atouts possibles pour leur service, pour peu qu'ils soient adaptés au contexte et à l'agent.

L'encadrement exprime des avis similaires malgré quelques réticences. Pourtant de façon globale ils avouent ne plus considérer les personnels en difficulté de la même façon.

Le psychologue du travail confirme que les représentations des personnels en difficulté sont en train de changer. Il relativise en précisant que les changements à l'échelle institutionnelle sont lents, néanmoins ils sont réels.

Il s'aperçoit lors de réunions formelles comme la commission de reclassement mais aussi lors de conversations diverses et dans des contextes différents que les cadres en parlent plus volontiers et surtout de manière bien moins péjorative. Les agents en difficulté sont bien moins stigmatisés.

Le résultat est, selon lui, déjà perceptible aux niveau des agents en difficulté,

	plusieurs, rencontrés en entretien, déclarent se sentir mieux acceptés. Le rôle du cadre au sein des services est primordial selon lui pour sensibiliser les agents à une meilleure tolérance.
--	--

Analyse :

Au travers des entretiens nous constatons que les ressentis et les représentations sont différents.

Pourtant, le fait que le CH 2 se démarque par une meilleure acceptation des agents en difficulté est manifestement récent. Une certaine défiance se ressent encore chez certains cadres qui laisse à penser que les efforts de l'institution doivent se poursuivre.

Le CH 1 offre l'image d'un établissement où les personnels en difficulté font l'objet d'une représentation négative. Les cadres en ont une vision très péjorative et les acceptent mal, les cantonnant souvent dans des postes aménagés peu valorisants. Le directeur des soins le constate et le regrette sans pour autant envisager des mesures de sensibilisation auprès de l'encadrement.

Dans les deux établissements et par des personnels très différents (DRH et psychologue) l'aspect économique lié aux agents en difficulté et aux postes aménagés est évoqué. La mise à l'écart de ces personnels étant considérée comme une perte pour l'hôpital.

En conclusion, il apparaît que sans une volonté affirmée et appuyée de l'institution, les représentations négatives que véhiculent les agents en difficulté n'ont quasiment aucune possibilité de changer.

3.4 Politique de l'établissement pour les personnels soignants en difficulté :

CH 1	CH 2
<p>« J'essaie de faire en sorte que les personnels identifiés comme ayant des difficultés viennent me voir le plus régulièrement possible, au moins tous les six mois. C'est une demande personnelle qui ne s'inscrit dans aucun cadre institutionnel, d'ailleurs il n'y en a pas, ce qui n'empêche pas que chacun mette de la bonne volonté à faire ce qu'il peut. »</p> <p>Le médecin du travail qui tient ces propos nous affirme qu'il n'y a pas de politique institutionnelle en matière de gestion des personnels en difficulté. Chacun semble faire au mieux mais de façon isolée.</p> <p>Le directeur des soins confirme les propos du médecin du travail mais ajoute qu'un groupe de travail va se réunir pour réfléchir à une prise en charge pluriprofessionnelle formalisée des personnels en difficulté. Il pense que l'encadrement soignant fait preuve de concertation dans les solutions à apporter aux soignants en difficulté, sans qu'il y ait rien de formalisé. Il reconnaît qu'il laisse les cadres agir mais que comme il n'y a pas de règles fixées, les situations sont traitées de façon différentes et entrent en jeu des facteurs qui n'auraient pas lieu d'être pris en compte(par exemple si l'agent et le cadre se connaissent bien.)</p> <p>« Il n'y a pas de politique particulière annoncée au niveau de l'établissement en tout cas moi je n'en vois pas. Nous n'avons pas de consignes particulières sur ce qu'il faut faire avec les agents en difficulté que ce soit avant ou après une indication de poste aménagé, ni comment le faire ; alors nous nous débrouillons entre nous, cadres et cadres supérieurs, quand vraiment on ne sait pas quoi faire on voit avec le directeur des soins. La seule chose qui est claire c'est que c'est le médecin du travail qui est souverain ; les agents, d'ailleurs, en</p>	<p>Le DRH et le directeur des soins présentent de façon similaire le fait que depuis deux ans, il y a une réelle volonté institutionnelle de s'attaquer à l'absentéisme et que la mise en place d'une commission spéciale a permis d'avancer dans ce sens. Cette commission est composée du DRH, du directeur des soins, du médecin et de la psychologue du travail, d'une assistante sociale, d'un représentant du personnel, des cadres et cadres supérieurs quand leurs services sont concernés. Les travaux se sont jusqu'alors concentrés sur l'affectation des agents nécessitant des postes aménagés. La commission se réunit régulièrement tous les six mois.</p> <p>« Les choses évoluent bien à mon sens, alors qu'avant chacun faisait ce qu'il voulait ou pouvait pour les agents qui posaient problème, maintenant on peut en discuter en commission. »</p> <p>Le cadre qui s'exprime semble apprécier le fait qu'une commission ait été mise en place. Le fait de pouvoir se concerter est apprécié même si les pratiques n'ont pas encore beaucoup changées.</p> <p>Un autre collègue pense que cette commission est très appréciable car elle permet aux différents participants de prendre conscience des contraintes des autres. Ceci est pour lui particulièrement valable pour le médecin du travail qui selon lui réclame des postes aménagés sans connaître la réalité du travail et des services de soins.</p> <p>Le reste de l'encadrement est lui aussi unanimement en faveur de cette nouvelle commission même s'ils pensent qu'une fois la réunion finie c'est toujours à eux seuls de se débrouiller avec les problèmes des agents.</p>

profitent pour lui demander certains postes disons, pas trop fatigants. Ils ont raison puisque ça marche. »

Le cadre à qui sont empruntés ces propos énonce l'absence de politique institutionnelle et la cohésion qui existe au niveau de l'encadrement pour pallier cela. Il reconnaît que les solutions qui sont proposées en réponse aux situations de difficulté ne satisfont parfois ni les agents ni les cadres qui les proposent.

Le ressenti vis-à-vis du médecin du travail montre l'absence de relation avec ce dernier et le sentiment d'infériorité développé ; le cadre se sentant considéré comme un simple exécutant.

La notion de manipulation du médecin par certains agents qui en profiteraient est évoquée, avec en filigrane une remise en cause de la validité des demandes du praticien.

Plusieurs **cadres et le cadre supérieur** évoquent le groupe de travail dont leur a parlé le directeur des soins. Pour eux il y a vraiment à faire, plusieurs souhaitent pouvoir y participer ; d'autres, sans en dénier l'intérêt, restent dubitatifs sur le résultat final.

« Le nombre de personnels en difficulté augmente en même temps que les demandes de postes aménagés, il n'est plus possible de faire de la gestion à la petite semaine. »

Le DRH se dit très confiant dans un projet qui réunirait les différents protagonistes concernés ; pour lui des mesures telles que des protocoles ou des contrats avec les agents peuvent être des pistes de réflexion.

Le psychologue du travail déplore le manque de réactivité de l'établissement quant au problème des agents en difficulté. Le manque de concertation entre les différents intervenants est pour lui flagrant et préjudiciable aux agents.

Il constate que les agents se rendent compte de cette situation et qu'elle ne les aide pas, bien au contraire, à surmonter ce qui est toujours pour eux une épreuve difficile.

Selon lui cela conduit même certains agents à développer un sentiment de

Le médecin du travail comme tous les autres personnel se félicite de la mise en place de la commission qu'il réclamait depuis plusieurs années. Il avoue y apprendre beaucoup sur l'organisation des services de soins qu'il connaît assez mal.

Pour lui, l'établissement a enfin compris l'importance qu'il fallait accorder aux personnels en difficulté ou en situation particulièrement sensible comme ceux en poste aménagé ou reclassé. Il trouve regrettable qu'il ait fallu des contraintes budgétaires pressantes pour y arriver.

Il pense qu'il reste beaucoup à faire autant en amont qu'en aval de l'identification d'une situation de difficulté, c'est-à-dire prévenir et assurer un suivi et une évaluation des mesures prises.

Pour **le psychologue du travail**, les choses ont évoluées mais la situation est loin d'être satisfaisante.

Il évoque le très lourd travail à faire pour faire évoluer les représentations qu'ont les soignants d'un collègue qui peine ou n'arrive plus à assumer son travail. A l'heure actuelle c'est selon lui mal accepté. Sa participation à la commission le satisfait même s'il juge qu'à chaque fois les mêmes cas difficiles sont évoqués et qu'on ne se préoccupe pas des autres et encore moins d'une notion de prévention des difficultés.

Le suivi des agents en poste aménagé ou en reclassement lui semble encore largement insuffisant, selon lui les agents concernés souffrent d'un sentiment d'abandon.

culpabilité, à minimiser ou à cacher leurs problèmes et à finalement se réfugier dans l'absentéisme.	
--	--

Analyse :

Au CH 1 la demande d'une politique institutionnelle de prise en charge des agents en difficulté est souhaitée par la majeure partie des acteurs rencontrés et en particulier les cadres. Les effets négatifs de cette absence de politique sont assez clairement énoncés par plusieurs professionnels.

Au CH 2, les différents acteurs sont satisfaits de la mise en place de la commission de reclassement même si d'après eux elle n'a pas encore vraiment modifiées les pratiques. Le point positif le plus unanimement cité est la concertation. Tous les professionnels attendent maintenant qu'elle débouche sur des mesures concrètes. Par rapport au CH 1 on constate un état d'esprit beaucoup plus positif, les agents exprimant une satisfaction et une volonté d'action encore en filigrane mais réelle.

Dans aucun des deux établissements il n'est encore fait mention d'une réelle formalisation des actions à engager (évaluation, contractualisation...).

Il apparaît ici clairement que l'absence de politique institutionnelle concernant les personnels en difficulté nuit à leur bonne prise en charge par le manque d'implication et de motivation qu'elle génère auprès des acteurs concernés.

3.5 Positionnement des cadres par rapport aux personnels en difficulté :

CH 1	CH 2
« En fait, nous exécutons les décisions. On ne nous demande notre avis ni sur la faisabilité, ni sur la réalité du travail dans le service, ni sur l'évolution des agents. On reçoit l'avis du médecin du travail et	« Il faut bien le reconnaître, ce sont eux qui font le travail le plus lourd en ce qui concerne les personnels en difficulté, ce sont eux la plupart du temps qui trouvent les solutions pour les aménagements de

débrouillez vous. Ce manque de reconnaissance ne nous motive pas. »

Ce **cadre** résume une situation où les cadres semblent bien avoir un rôle important mais où ils se sentent seuls et peu considérés. L'encadrement se considère majoritairement comme des exécutants, indispensables certes mais simples exécutants néanmoins.

« C'est un point primordial de leur fonction que la gestion et l'encadrement des personnels de leurs services. En cas de difficultés il leur appartient de les gérer. »

Le DRH qui s'exprime considère que le rôle des cadres par rapport aux personnels en difficulté fait partie de leurs attributions et qu'ils doivent donc s'en acquitter.

Il reconnaît cependant que c'est un lourd travail et qu'il prend de plus en plus de temps aux cadres qui ont aussi beaucoup d'autres tâches. Cela explique peut être pour lui que certains cadres soient encore réticent à accepter des agents en poste aménagé dans leur service. Ils préfèrent parfois avoir un poste non occupé plutôt qu'un emploi en poste aménagé.

Le médecin du travail exprime un avis similaire à celui du DRH notamment sur le fait que la gestion des personnels en difficulté dans les services est du ressort du cadre.

« Ils sont le maillon essentiel dans l'absolu, et je dis cela parce qu'entre ce qui pourrait être fait et ce qui l'est réellement, c'est un peu différent. Certains sont encore un peu réticents et considèrent qu'un agent en difficulté qui nécessite un poste aménagé est plutôt un ennui pour lui et son service. La plupart sont beaucoup plus conciliants et concernés par le sujet, ils font vraiment de leur mieux. »

Là encore, le rôle du cadre apparaît comme très important pour **le directeur des soins** avec pour la majorité une reconnaissance du travail effectué. Selon lui le cadre doit pouvoir prendre en charge très tôt l'agent qui ne va pas bien et lui

postes. Nous en avons conscience, et leurs avis, exprimés lors de la commission, sont souvent pertinents. »

Le DRH reconnaît l'importance des cadres dans la gestion des personnels en difficulté mais aussi le fait qu'ils assument souvent plus ou moins seuls cette gestion, malgré l'existence de la commission. La prise en compte de leur travail et le soutien qui leur est apporté sont largement perfectibles selon lui.

Le médecin du travail pense que les cadres sont incontournables en ce qui concerne la gestion des agents en difficulté. Le plus difficile selon lui est de trouver les postes qui correspondent aux capacités particulières de ces mêmes agents. Il dit que les cadres s'ouvrent à lui de cette difficile mission lors de leur visite annuelle et que cela le fait un peu culpabiliser

« Peut être pourrions nous améliorer la concertation et plus écouter ce qui leur pose problème. Mais la réalité du travail de tous les jours fait qu'on n'a pas trop le temps pour discuter. Heureusement, je pense que la commission va améliorer cela. »

Il y a une reconnaissance de l'isolement de l'encadrement. La nouvelle commission devrait selon le praticien améliorer cet état de fait.

« Je compte beaucoup sur l'encadrement pour la prise en charge des personnels en difficulté. Je sais qu'ils en parlent beaucoup entre eux pour trouver les solutions les mieux adaptées, je suis conscient que je ne leur apporte pas une grande aide. Je leur fais confiance.

La question des postes aménagés est très sensible, elle est souvent abordée par les cadres en réunion mensuelle. Elle l'est aussi en commission et après plusieurs interventions des cadres j'ai proposé un groupe de travail qui fonctionne très bien. Ils se plaignent d'avoir à trouver régulièrement des nouveaux postes aménagés. C'est un sujet épineux comme l'est de façon plus globale le problème des agents en difficulté. Les cadres sont

proposer si besoin des aménagements de travail bien avant que le médecin fasse une demande de poste aménagé. Ces mêmes postes aménagés sont pour lui un réel problème, il en faut de plus en plus alors on essaie d'en trouver de nouveau. Le problème, dit-il, c'est qu'une fois que les gens sont sur un poste aménagé nous nous en soucions moins et ils y restent. Il avoue que de nombreuses pistes de travail s'offrent à eux et que les cadres sont dans tous les cas des acteurs prépondérants. L'hypothèse est avancée que l'encadrement souffre peut être d'un manque de soutien en particulier de sa part même s'il reconnaît les aider en cas de problèmes complexes.

« Je pense que les agents en difficulté sont dérangeant pour l'institution, ce sont de mauvais objets, le signe que quelque chose ne va pas. Alors on préfère ne pas trop en entendre parler et c'est aux cadres de se débrouiller pour ça. L'hôpital les charge d'une mission avouée : faire leur travail de gestion de leurs agents et d'une mission non avouée : cacher les soignants malades et on voit clairement ce que ces deux termes accolés peuvent avoir de dérangeant. »

Les propos du **psychologue du travail** expriment clairement quoi que sous un éclairage particulier l'importance des cadres dans la prise en charge des personnels en difficulté. Pour lui, l'institution les désignent clairement comme les acteurs principaux mais ne les aide guère et il évoque l'absence de prise en charge formalisée avec des différences entre les agents suivant qu'ils sont dans le service de tel ou tel cadre.

Il nous apprend que les cadres qu'il rencontre se plaignent du surcroît de travail que leur occasionnent les agents en difficulté alors que ces mêmes agents se plaignent de faire l'objet de peu d'attentions.

Le psychologue du CH 2, en des termes différents reprend les mêmes grandes idées que son confrère.

relativement mal à l'aise sur cette question. Je comprends le travail supplémentaire que cela peut occasionner mais c'est du relationnel qui me semble intéressant, pas du travail administratif comme disent certains, pourtant ça bloque. »

Le directeur des soins énonce la place essentielle qu'occupent les cadres dans la gestion des agents en difficulté. Il reconnaît que la confiance qu'il leur accorde est grande mais qu'elle ne remplace pas un soutien peut être plus effectif. Les cadres sont encore isolés et expriment leurs difficultés en commission et en réunion mensuelle d'encadrement. L'écoute dont ils bénéficient est réelle puisqu'un groupe de travail a été mis en place par le directeur des soins.

Ce dernier dit avoir conscience que les personnels en difficulté sont une lourde tâche pour les cadres pourtant il perçoit autre chose. Pour lui il n'y a probablement pas que la charge de travail supplémentaire qui explique le malaise des cadres vis-à-vis de ce qui touche aux agents en difficulté.

« Ce n'est jamais un plaisir quand quelqu'un ne va pas bien dans une équipe ; alors on fait ce qu'il faut pour que la situation de travail soit adaptée à l'agent avec ou sans avis médical. C'est clair que c'est ce qu'on attend de nous, l'institution compte sur nous, c'est notre travail. Il faut bien dire que les agents en difficulté, à part le médecin du travail, c'est nous qui nous en occupons. »

Le cadre nuance ensuite un peu ses propos en avouant que depuis que la commission existe, les cadres en général se sentent moins isolés et surtout sont écoutés. A cette commission il dit s'être rendu compte, comme ses collègues, qu'aucun des autres participants ne connaissaient la réalité du travail dans les services de soins. Il complète en disant avoir vraiment le sentiment très positif d'être écouté, pris au sérieux et de contribuer à faire évoluer les choses.

Plusieurs cadres reconnaissent avoir été entendus sur le problème des postes aménagés ; le directeur des soins a réuni

	<p>un groupe de travail qui va faire des propositions notamment au niveau du suivi et de l'évaluation des agents sur les postes aménagés. Tous vivent comme motivant le fait de pouvoir s'exprimer et d'être apparemment écoutés.</p> <p><i>« Même si le problème des personnels en difficulté est rude à gérer, savoir qu'on n'est pas seul change tout, on a plus envie et moins de craintes à s'investir. »</i></p>
--	--

Analyse :

Les avis recueillis auprès des acteurs des deux établissements sont convergents sur l'importance du rôle des cadres, peut être parfois de façon excessive qui laisserait croire que les cadres peuvent prendre seuls en charge les agents en difficulté..

.Mais il apparaît de façon quasi évidente que là où il existe une politique volontariste en matière de prise en charge des personnels en difficulté, on constate une valorisation de ce rôle des cadres.

C'est le cas au CH 2 où les autres professionnels s'accordent pour reconnaître l'importance des cadres, le travail qui est fait et reste à faire pour que ces derniers aient le soutien nécessaire. L'image qu'ont les cadres d'eux même dans cet établissement est relativement positive, et leur motivation s'en ressent.

En raison d'une absence de politique en matière de personnels en difficulté, au CH 1 on observe une situation quasi inverse en terme d'appréciation des cadres par eux même.

En conclusion, les cadres de santé sont des acteurs majeurs dans la prise en charge des personnels en difficulté et ils en sont conscients. Il convient donc de leur donner et de les inciter à prendre la place qui est la leur. Mais, dans le cadre d'un fonctionnement empirique et informel découlant d'une absence de politique institutionnelle, leur place centrale n'est ni reconnue ni énoncée comme telle et hypothèque gravement leur engagement auprès des personnels en difficulté.

3.6 Les mesures mises en place en cas de difficultés :

CH 1	CH 2
------	------

Le DHR avoue que mis à part les postes aménagés, les reclassements, qui sont des demandes formelles il n'a pas vraiment connaissance des mesures qui sont prises pour les autres agents en difficulté. Il pense qu'elles doivent être variables en fonction des agents mais aussi des cadres.

« Les mesures qu'on met en place sont variables parce qu'il n'y a pas deux situations pareilles. Pour les postes aménagés par exemple ils sont tous variables car adaptés aux limites fixées par le médecin.

Tant qu'on n'a pas d'avis médical, nous ne pouvons pas faire grand-chose, d'une part parce que personne ne le fait ici et d'autre part parce que je pense que ce serait très mal vécu par les autres membres de l'équipe. Rien que quand je ne fait pas faire de nuits à un agent pendant quelques temps, certains membres de l'équipe m'accusent de faire du favoritisme.»

Le **cadre** reconnaît ici que les moyens mis en œuvre avant l'avis médical sont quasiment inexistantes. Cet aspect de la prise en charge des personnels en difficulté n'a pas été développé et le personnel soignant ne semble pas prêt à l'accepter.

Parmi les autres membres de l'encadrement rencontrés pratiquement tous reconnaissent qu'il leur est difficile d'aménager les postes des agents tant qu'il n'y a pas d'avis médical.

« C'est tellement de travail de trouver un poste aménagé et de le faire accepter dans le service qu'en fait on attend d'y être obligé. Le faire avant je ne suis même pas sûr que la hiérarchie serait vraiment d'accord car on risque plus de perturber le service qu'autre chose. »

Ce **cadre** reconnaît ne mettre en place des mesures pour les agents en difficulté que quand il y est obligé. Il évoque clairement l'absence de politique incitative de sa hiérarchie dans ce domaine.

Le médecin du travail émet un avis similaire à celui de son confrère du CH 2,

« Quand un agent est dans une situation où je sens qu'il ne va pas bien et que le travail s'en ressent j'essaie de voir avec lui comment nous pouvons aménager son travail de façon temporaire. Par exemple il peut ne plus faire de nuits pendant quelques mois s'il a des problèmes personnels, familiaux ou de santé. A part un aménagement d'horaire il n'y a pas grand-chose qu'on peut faire ; un changement de poste oui peut être, quant au changement de service ça ne se fait pas comme ça. Je lui propose aussi d'aller voir le psychologue du travail, parler avec quelqu'un de neutre ça peut permettre d'arranger les choses. La plupart du temps il faut insister auprès de l'agent en difficulté pour qu'il accepte d'avoir un statut un peu différent des autres. Si après le délai fixé les choses ne vont toujours pas mieux alors il faut réfléchir à autre chose, j'en parle avec le cadre supérieur et éventuellement le directeur des soins mais je souhaite souvent que l'agent voit le médecin du travail. »

Le cadre à qui est emprunté cet extrait a manifestement une ligne de conduite en ce qui concerne la prise en charge des soignants en difficulté. Cette prise en charge est effectuée de façon relativement précoce et structurée avec un suivi et des échéances. Il énonce une réticence certaine des soignants à accepter des conditions de travail particulières avant un avis médical. Il dit pouvoir compter sur sa hiérarchie et se sent soutenu dans les actions qu'il engage.

Avec les autres **cadres** nous constatons qu'il y a un défaut d'homogénéité dans la façon dont les personnels sont pris en charge surtout au début de leurs difficultés. Chaque cadre agit comme il le souhaite, certains reconnaissent attendre une obligation médicale.

En ce qui concerne les postes aménagés les pratiques se rejoignent, la commission ayant semble-il établi certaines procédures à respecter, en particulier le suivi et l'évaluation des agents sur les postes particuliers. Tous les cadres s'en estiment satisfaits.

l'action des cadres auprès des personnels en difficulté reste limitée en envergure et en initiatives.

« Il est vrai que les mesures à mettre en place dans les situations de difficulté sont presque toujours réfléchies dans l'urgence. Ce qui fait qu'elles ne sont peut être pas toujours adaptées au mieux. C'est un sujet sur lequel nous n'avons pas encore vraiment menée de réflexion. Il est clair qu'une anticipation tant au niveau des mesures précoces qu'au niveau des postes aménagés permettrait aux cadres d'être plus force de proposition au niveau des aménagements dans leur service. »

Le directeur des soins reconnaît ici l'absence de réflexion au niveau du collectif cadre. Il est conscient que cela limite les cadres dans leurs actions avec en particulier un manque d'anticipation et d'innovation dans les mesures possibles.

Les psychologues du travail des deux établissements ont des avis convergents. Les mesures qui sont mises en place dans les situations de difficulté sont très perfectibles leur semble-il.

Ce qui semble manquer le plus aux agents en difficulté c'est l'acceptation de leur différence. Même quand ils ont un poste aménagé et que ça va plutôt bien, ils seraient nombreux à se plaindre d'être oubliés.

Selon eux les cadres ont peu d'initiatives avec les agents en difficulté mais ces derniers sont aussi réticents à demander.

Au final ils pensent que ni les cadres ni les agents ne sont satisfait de leurs situations ; les premiers sont mal à l'aise vis-à-vis des seconds qui vivent eux même assez mal leur statut d'agent à part.

« Si un agent me confie que cela ne se passe pas bien au travail, je lui demande des explications et je lui conseille d'en parler avec son cadre. Les agents vivent en général très mal le fait de se démarquer de l'équipe et de ne plus assumer leurs fonctions, je crois que c'est difficile pour eux de demander de l'aide à leur cadre. Je rappelle à l'agent qu'il peut revenir me voir et en fait je compte sur ce que va faire le cadre. Je sais qu'ils peuvent jouer par exemple sur les horaires de travail, mais ils ne le font pas souvent. Je crois qu'il est difficile pour eux de prendre des mesures qui modifient le travail dans le service sans une demande formelle, alors quand la demande de poste aménagé ou de mi-temps thérapeutique est faite, je crois qu'elle leur donne une sorte de légitimité à agir vis à vis du reste de l'équipe. »

Le médecin du travail compte sur le cadre comme acteur de première intention en cas de difficulté des agents. Il pense que les cadres sont limités dans leurs actions tant qu'un avis médical, de lui ou du comité de réforme n'a pas été émis. Selon lui les cadres ont du mal à aménager le travail pour les personnels en difficulté que se soit en amont ou en aval d'un avis médical.

« Pour les agents en difficulté avérées c'est-à-dire avec poste aménagé, un suivi régulier est demandé au cadre du service afin de s'assurer que le poste convient et que l'agent s'adapte. Si cela n'est pas le cas on envisage souvent un changement de service, même si les agents préfèrent en général rester dans leur service.

Pour les agents en difficulté mais qui n'ont pas de demande de poste aménagé il n'y a pas de règles. Les cadres s'adaptent en fonction de la situation de l'agent et du service, c'est très variable, peut être trop. »

Le directeur des soins admet que dans les cadres des postes aménagés des mesures en particulier de suivi on été mises en place. Par contre pour les situations de difficulté hors de ce contexte il n'y a pas d'uniformité dans les mesures limitées qui sont prises. Il reconnaît que les cadres ne sont pas à l'aise sur ce sujet.

Analyse :

Les mesures possibles à mettre en place en cas de difficultés peuvent se scinder en deux catégories ; celles antérieures à une décision médicale et laissées majoritairement à l'appréciation du cadre et celles postérieures qui revêtent un caractère contraignant de par les demandes du praticien.

Bien qu'encore récente, la politique mise en place au CH 2 en faveur des personnels en difficulté, crée déjà la différence. En particulier dans la façon dont sont encadrés et soutenus les agents mais aussi dans le suivi des agents en postes aménagés.

Certes les mesures mises en place surtout avant l'avis du médecin sont encore peu développées, en particulier il n'y a encore aucune anticipation des postes aménagés, tant au CH 1 qu'au CH 2 ; des facteurs limitatifs tel le vécu des différents personnels sont évoqués par les acteurs.

En conclusion, il apparaît que pour que des actions soient engagées en faveur des personnels en difficulté il faut une politique forte et connue de tous les agents. Elle permettra aux acteurs d'agir précocement, d'être guidés et reconnus par tous y compris eux même. Elle contribuera aussi à l'acceptation au sein de l'établissement de la condition de personnel en difficulté.

3.7 La collaboration pluridisciplinaire :

CH 1

« Une collaboration, oui c'est sûr il y en a dans l'encadrement et avec le directeur des soins, mais après... »

Le cadre qui s'exprime précise que la collaboration avec les autres interlocuteurs engagés dans la gestion des personnels en difficulté est quasiment inexistante.

Les autres **cadres** soignants rencontrés disent eux aussi se sentir exclus du partenariat mais pensent qu'il en est de même entre tous les acteurs, en fait, selon eux il n'y aurait aucun réel partenariat. Ils se voient imposer des décisions pour lesquelles ils n'ont d'autres alternatives que de les appliquer. Dans ce contexte ils reconnaissent qu'ils n'ont pas envie de faire d'efforts et font parfois preuve de résistance. Tous disent néanmoins aspirer à autre chose et seraient prêt à collaborer pour peu qu'on leur demande leur avis.

« Il y a nécessairement une collaboration, c'est inévitable mais elle est informelle et souvent réduite au minimum, hormis quelques exceptions qui tiennent à une qualité de relation particulière entre professionnels. »

Le DRH résume ainsi la manière dont sont organisées les relations des professionnels concernés par la gestion des agents en difficulté et les différences de traitement des situations.

Comme le DRH, **le DS** regrette la façon dont sont encore gérés les postes aménagés et les agents en difficulté.

« Par exemple, le plus souvent je n'ai pas d'autres relation avec le médecin du travail que le certificat d'inaptitude de l'agent qui arrive sur mon bureau sans rien de plus. Peut être devrais je prendre le téléphone et lui demander des précisions, mais je l'ai fait une fois voilà déjà quelque temps et je ne suis pas sûr qu'il ait apprécié. »

Il redit qu'il attend beaucoup des propositions qui seront avancées par le groupe de travail pour transformer le dispositif et le rendre plus opérant.

La seule réserve émise par le directeur des

CH 2

« J'ai une position privilégiée pour recevoir et analyser les difficultés des agents, mais les solutions ne m'appartiennent pas c'est un fait. J'ai développé mes relations avec les cadres, j'essaie d'aller sur le terrain pour me rendre compte mais je n'ai pas assez de temps pour le faire régulièrement. »

Le médecin du travail qui tient ces propos reconnaît qu'entre les décisions qu'il prend et la réalité du travail dans les services de soins, il faut souvent au cadre de gros efforts de réflexion pour arriver à concilier les deux. Il admet avoir depuis peu des scrupules à faire des demandes de postes aménagés et à laisser les cadres se débrouiller seuls.

Le DRH qualifie de condition sine qua none la collaboration multidisciplinaire.

Le DS confirme les positions précédentes.

« Chaque acteur détient une partie de la connaissance de la situation et donc une partie de la réponse. Prises isolément, ces parties n'ont que peu de chances d'aboutir à une solution. La gestion des personnels en difficulté doit vraiment s'inscrire dans un partenariat. Je ne dis pas que ce soit ici encore réellement le cas mais nous le souhaitons tous et nous faisons des efforts pour y arriver. »

« On ne peut pas nier qu'il existe une certaine forme de collaboration en particulier depuis que la commission existe. Le fait de se rencontrer régulièrement facilite les échanges. Pourtant on est loin encore de s'autoriser à contacter le médecin du travail ou le psychologue pour parler du cas d'un agent. »

Les propos de ce **cadre** ne remettent pas en question la collaboration entre les partenaires mais ils en précisent les limites.

Les autres **cadres** sont du même avis et il ressort que s'il existe une certaine collaboration elle reste encore limitée et

<p>soins ne concerne pas la volonté des acteurs d'améliorer le dispositif, même si il pense que certains devront faire plus d'efforts que d'autres, mais bien le temps que mettra un tel projet à produire effectivement les mesures attendues.</p> <p>Pour le psychologue du travail la collaboration pluridisciplinaire n'existe pas en l'état actuel des choses. Chacun possède des informations qui pourraient être précieuses aux autres mais malheureusement il n'y a pas de mise en commun. La prise en charge des personnels en difficulté s'en trouve donc morcelée et obligatoirement moins performante.</p>	<p>qu'ils ont l'impression que leur avis est moins pris en compte que celui des autres acteurs.</p> <p><i>« Face à une inaptitude prononcée par le médecin du travail ou une demande du directeur des soins, ce qu'on peut dire n'a pas beaucoup d'impact. »</i></p>
---	--

Analyse :

L'hôpital apparaît comme un lieu hautement professionnalisé où se côtoient des personnes issues de divers horizons professionnels. Tous contribuent au bon fonctionnement de l'hôpital, lieu de soins, mais avec des conceptions et des logiques de fonctionnement différentes.

La collaboration entre professionnels, même si chacun l'appelle de ses vœux est bien loin d'être effective.

Tous les acteurs le constatent mais peu sont prêts à s'engager pour améliorer cet état de fait.

Les divergences entre les deux établissements apparaissent à ce sujet distinctement. Le CH 2 est déjà engagé dans des actions de collaboration alors que le CH 1 en est toujours à regretter sa situation ou la collaboration se limite à la qualité des relations individuelles.

Si la nécessité d'un partenariat multidisciplinaire est admise et reconnue parce que inhérente à une bonne connaissance de la situation globale des personnels en difficulté, sa mise en œuvre effective laisse dubitatifs de nombreux interlocuteurs.

Il est à penser qu'il faut y voir l'expression d'expériences pénibles, révélatrices de la difficulté à mettre en place une vraie collaboration à l'hôpital.

3.8 BILAN DES ENTRETIENS

Les entretiens réalisés ont permis de confronter notre questionnement et nos hypothèses avec la réalité des acteurs du terrain.

L'examen de ces différents éléments va nous permettre de vérifier ou non nos hypothèses.

En conséquence nous nous proposons de dresser le bilan des entretiens réalisés.

Quelque soit la représentation que l'on s'en fait et la manière dont ils sont gérés, les agents en difficulté sont une réalité commune aux institutions. Elles ne peuvent plus faire l'économie de leur prise en compte.

Si ce constat s'impose aux établissements, chacun conserve la maîtrise de sa gestion.

L'exemple des deux établissements enquêtés témoigne de la différence de traitement dont ils font l'objet et des conséquences qu'elles induisent.

Ces conséquences peuvent se mesurer à l'examen de certains facteurs tels que :

3.8.1 La modification de la représentation des personnels en difficulté.

Les métiers soignants véhiculent un certain nombre de valeurs et de représentations.

Parmi elles, celles de performance, d'efficacité, de disponibilité, de travail bien fait.

Ces représentations s'appliquent aux soignants eux même et elles contribuent à la construction de leur identité professionnelle ; mais elles s'appliquent aussi plus largement à la population et participent là, à l'élaboration d'un idéal soignant.

Bien qu'ayant une connaissance du contexte, les personnels dirigeant des établissements de santé n'échappent pas à cette règle et l'inaptitude des soignants va venir en quelque sorte ternir l'idéal construit. De façon inconsciente, l'agent en difficulté est coupable d'avoir déçu.

Cette réalité, difficile à admettre, est compensée par des décisions et des prises de positions qui se veulent rationnelles.

L'institution hospitalière, même si elle s'en défend, stigmatise les personnels en difficulté.

Si le statut de la fonction publique hospitalière permet aux agents en difficulté de poursuivre leur carrière et leur offre une protection ; la situation de difficulté peut pénaliser l'agent. Cela confirme les observations de Véronique CARRY²⁸ auteur de « *la*

²⁸, CARRY V. La requalification des personnels. *Dossiers experts, Edition de la lettre du fonctionnaire territorial*, 1995.

requalification des personnels » au sujet de la subjectivité qui prévaut à l'encontre des agents en difficulté : « *Certains agents à requalifier font l'objet de très mauvais a priori, souvent renforcés par des situations que l'on a laissé se dégrader au fil des ans.* » Ce ne sont pas le poste ou l'agent en tant que tel qui sont négativés mais la représentation qu'en ont les professionnels et qu'en donne l'institution.

De même, si l'agent souhaite changer d'établissement il y a fort à parier que la mention d'un poste aménagé ou de difficultés va être pour lui pénalisante. Peu d'établissements étant désireux de recruter des agents susceptibles de n'être opérationnels que sur des postes bien précis.

Le travail des établissements autour des personnels en difficulté est encore relativement récent, certains y sont à peine engagés.

Il est nécessaire qu'au-delà de la prise de conscience que les personnels en difficulté doivent faire l'objet d'une gestion particulière, l'institution se donne les moyens d'évoluer en ce sens.

L'exemple du CH 2 où les personnels de direction ont été sensibilisés au problème des personnels en difficulté montre l'évolution possible. L'enquête nous démontre que ces derniers connaissent les principaux facteurs responsables liés à l'évolution du contexte hospitalier et sociétal. Ils sont donc mieux à même de les comprendre et de les accepter. Nul doute que l'association des différents acteurs concernés par les personnels en difficulté contribue à une meilleure connaissance des facteurs de risque et des manifestations des difficultés.

Par ailleurs, cette connaissance, si elle contribue à mieux faire accepter la différence permet également une pertinence par rapport à ce qui touche à l'amélioration des conditions de travail, à la prévention des risques professionnels, aux formations à engager.

En instaurant une commission spéciale pour les problèmes posés par les personnels en difficulté, en mettant en place un groupe de travail sur le thème des postes aménagés, en demandant des bilans réguliers des actions et des réflexions engagées l'institution donne la mesure de l'importance qu'elle accorde au problème et engage clairement son personnel dirigeant à agir.

Le résultat est probant, directeur des soins et directeur des ressources humaines admettent une amélioration de leur considération pour les personnels en difficulté. Ils prennent une part active à l'amélioration du dispositif. Ils ont aussi clairement conscience de leur rôle pédagogique et l'assument, constatant avec satisfaction que leurs efforts sont déjà perceptibles auprès des cadres. Ils ont conscience que ces derniers seront eux-mêmes des vecteurs privilégiés du changement des représentations liées aux personnels en difficulté.

Il nous paraît donc possible de valider notre hypothèse n°1 concernant la relation entre une politique institutionnelle permettant une meilleure connaissance des causes de difficulté d'une part et l'évolution positive chez les personnels dirigeants des représentations liées aux personnels en difficulté d'autre part.

3.8.2 Le positionnement des cadres.

Les cadres de santé sont au cœur des mouvements des institutions dans lesquelles ils travaillent.

Attachés à leurs établissements ils ont parfois du mal à envisager les changements dans lesquels ils doivent entraîner leurs équipes sans avoir souvent été consultés.

Pourtant la plus value des cadres c'est de bien connaître l'organisation interne de l'établissement, le fonctionnement des services et les préoccupations du personnel. Il est donc fondamental de les écouter mais faut-il aussi qu'ils sachent se faire entendre.

Or ainsi que l'énonce Marie-Ange COUDRAY²⁹ dans son ouvrage : « Le cadre soignant en éveil » : *«La position des cadres soignants dans les hôpitaux est sans doute aujourd'hui une des plus difficile à tenir. En liaison directe avec des équipes de soignants dont les valeurs d'idéal sont fortes, les voila chargés d'appliquer des règles, des procédures, des principes qui parfois s'entrechoquent entre eux.»*

Pourtant il n'existe qu'une petite partie de l'activité qui est régie par des règles, personne ne connaît l'ensemble des règles en vigueur à l'hôpital et certaines tombent en désuétude malgré les rappels de l'administration. Au sein des équipes, des règles informelles sont adoptées puis oubliées pour être parfois à niveau discutées.

« L'hôpital à besoin d'un minimum d'ordre pour remplir sa mission mais il ne s'agit pas d'un ordre immuable, statique, c'est un ordre changeant, auquel tous les acteurs participent : c'est un ordre négocié. »³⁰

Toute une part de l'activité n'est pas réglementée et est soumise à des négociations permanentes d'autant plus que chaque catégorie professionnelle a ses propres objectifs à atteindre et va donc reconnaître les règles qui lui conviennent.

Conscients ou non du phénomène, les cadres sont au cœur du mouvement et ils sont bousculés par les équipes qui les accusent de ne plus avoir l'expertise du soin, de s'être éloigné des malades. Les agents le savent bien et les études le confirment ; devenir

²⁹COUDRAY M A. *Le cadre soignant en éveil*. Éd. Seli Arslan, Paris, 2004.

³⁰A. STRAUSS. *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, in *Sociologie de la santé*, Danièle CARRICABURU et Marie MENORET, éd. Armand COLIN, Paris, 2004.

cadre c'est souvent le seul moyen d'échapper à des conditions de travail devenues insupportables. Les soignants pardonnent mal aux cadres d'avoir voulu échapper à une réalité de travail qui est la leur.

Les difficultés des soignants, les cadres ne les connaissent que trop, et elles font parfois douloureusement écho à ce qu'eux même ont vécu et ont cherché à fuir. Ces réminiscences seraient si pénibles qu'elles expliqueraient peut être que parfois les cadres supportent mal les situations de difficultés des agents, tardent à les prendre en charge ou le font de mauvaise grâce.

D'un autre côté, la hiérarchie attend des cadres l'application stricte des règles et nous avons évoqué précédemment ce qu'il en est. Les cadres, même si cela leur est souvent pénible, accompagnent tellement de personnes en difficulté qu'ils pensent avoir droit eux aussi à un accompagnement de leur hiérarchie. Or, très souvent, ce n'est pas le cas, et l'isolement et la non reconnaissance sont des termes qui reviennent souvent dans les enquêtes³¹. Ils comprennent souvent mal que les relations puissent être sèches, fonctionnelles, peu chaleureuses. Le bain communicationnel qui entoure un soignant n'est pas identique à celui qui entoure un cadre.

Les entretiens réalisés ont clairement mis en évidence, et ce, dans les deux établissements, que le rôle des cadres de proximité dans la gestion des personnels en difficulté était incontournable. Tous les acteurs sont unanimes à le proclamer.

Or les cadres ne peuvent pas prendre en charge de façon pertinente les agents en difficulté s'ils le font seuls. Une telle démarche doit intégrer plusieurs paramètres dont certains leur sont étrangers, la collaboration avec les autres acteurs est donc indispensable.

Les cadres eux même ont conscience de l'importance de leur rôle, en même temps que de leur isolement, de leurs limites et de leur statut d'exécutant.

Toute la différence se situe dans le niveau de reconnaissance que l'institution veut bien leur accorder. En effet, dans les deux établissements, des interlocuteurs perçoivent le manque de soutien dont souffrent les cadres, pourtant un seul des deux se donne les moyens d'y remédier ; à la fois par une prise en charge collective mais aussi plus individuelle par le directeur des soins. Ce dernier, manifestement engagé auprès des cadres perçoit, bien que de façon un peu floue, le malaise que génère chez ces derniers les personnels en difficulté.

³¹ ROUSSEL E.- « Cadre de santé, un métier en recherche de sens ». *Objectifs soins* – décembre 2004 n°131.

Cette différence est parfaitement perceptible au CH 2 où la participation à une nouvelle instance, à un groupe de travail a donné aux cadres la possibilité de s'exprimer devant tous les acteurs concernés par la gestion des personnels en difficulté.

Même s'il importe de relativiser l'importance de la commission, il est certain que ces mesures ont changé la représentation qu'ont les cadres d'eux même et de leur travail.

Les répercussions en terme d'engagement professionnel sont clairement énoncées par les cadres, il conviendra de continuer à les soutenir et d'affirmer qu'ils ne sauraient faire seuls une bonne prise en charge des personnels en difficulté.

A la lumière de ces observations il nous paraît possible de valider l'hypothèse n°2 sur l'importance des cadres et la relation entre leur positionnement institutionnel et leur motivation.

3.8.3 L'efficacité d'une participation multidisciplinaire.

En ce qui concerne chacun des professionnels que l'on peut y rencontrer, tous ont des raisons différentes de travailler à l'hôpital et vont se fixer des objectifs à atteindre en fonction d'une logique qui leur est propre.

Ainsi, les logiques d'un directeur des ressources humaines et d'un cadre de proximité, comme d'un psychologue du travail ne seront pas les mêmes ; forgés par des formations, des cultures et des représentations différentes.

Or, les situations des personnels en difficulté comportent des angles d'abord multiples mais imbriqués.

Ces situations comportent toujours un enjeu médical, social, professionnel et administratif. Il semble évident qu'un défaut d'attention à l'égard de l'un ou de l'autre peut compromettre la viabilité d'une solution retenue. Un partenariat étroit entre les différents acteurs impliqués permet une approche globale et la prise en compte de ces différentes dimensions.

Les témoignages recueillis lors des entretiens montrent que si la collaboration entre les acteurs est unanimement reconnue comme quelque chose de positif elle n'est pas recherchée avec la même ardeur.

Pourtant les deux établissements souhaitent une amélioration de la situation et sont conscients que le morcellement des prises en charge ne donne pas de bons résultats.

Au CH 1, il apparaît que le manque de collaboration est plus grave et que les acteurs semblent faire preuve d'un certain fatalisme. Comme si ils avaient compris que seule une volonté institutionnelle pouvait améliorer ce contexte.

La collaboration des différents acteurs engagés dans la gestion des personnels en difficulté n'est pas systématique et même avec une politique de l'établissement en ce sens il faut beaucoup d'efforts aux acteurs pour essayer d'y parvenir.

Il ne nous est donc pas possible de valider notre hypothèse n° 3 qui envisageait la collaboration pluridisciplinaire comme acquise d'emblée dans la politique des personnels en difficulté.

L'approche comparative qui a été réalisée nous a permis de constater que la gestion des personnels en difficulté semble une préoccupation récente au point que certains établissements n'y sont pas encore engagés.

Une gestion pertinente des personnels en difficulté passe immanquablement par une politique affirmée de l'institution qui doit s'appuyer sur une communication forte et dynamique.

Cette politique doit permettre de mieux faire connaître le problème des agents en difficulté, d'affirmer l'importance qu'elle y accorde et de faire évoluer l'image plutôt négative qui y est trop souvent associée.

Elle va également permettre à l'encadrement de trouver la place qui est la sienne ; prépondérante mais dans un contexte de partenariat et de collaboration. Le directeur des soins devra œuvrer dans ce sens.

Enfin, elle devra permettre de coordonner les actions entreprises par les différents acteurs en instituant une réelle collaboration.

L'institution prend conscience que les agents en difficulté représentent un potentiel humain qu'il convient de prendre en compte. Elle a tout à gagner à intégrer au mieux ces agents qui par leur satisfaction seront plus participatifs à la vie de l'institution et auront moins recourt à l'absentéisme.

Mais les actions engagées, nous l'avons constaté, doivent être soutenues en intensité et en durée car certains changements institutionnels sont lents et les représentations tenaces.

En réponse à notre questionnement initial, il apparaît indispensable de compléter les dispositifs législatif et réglementaire existant par des mesures locales de coordination, de valorisation et de communication.

4 PROPOSITIONS D'ACTION.

Nous avons pu grâce aux entretiens et à leur analyse constater que le problème des personnels en difficulté pouvait être géré de façon différente.

A partir des constats que nous avons faits, mais aussi à partir de notre propre vécu et de nos connaissances, nous présenterons dans cette partie des propositions concernant la gestion des personnels en difficulté.

C'est en tant que futur directeur des soins que nous formulerons ces recommandations sur un sujet qui va s'intégrer dans notre pratique professionnelle.

La gestion des personnels en difficulté et ce qui en découle comme les postes aménagés est une problématique transversale dans les hôpitaux. Elle intéresse toutes les catégories de personnels et mobilise des acteurs nombreux et variés.

De par son statut de membre de l'équipe de direction, le directeur des soins est concerné par les actions engagées au niveau de la politique institutionnelle mais il est par ailleurs directement concerné pour tout ce qui a trait aux services de soins.

Nous pouvons donc envisager deux niveaux de préconisations :

L'un institutionnel avec un positionnement du directeur des soins comme membre de l'équipe de direction.

L'autre plus centré sur le champ propre du directeur des soins.

4.1 AU NIVEAU INSTITUTIONNEL.

Nous avons constaté lors de notre recherche que l'engagement de la direction était indispensable pour un projet tel que la gestion des personnels en difficulté.

Cet engagement doit être clairement énoncé pour être reconnu par tous comme une volonté institutionnelle. C'est à cette condition que pourrons être espérés l'engagement des différents acteurs et une pérennité du projet.

Deux supports peuvent être utilisés par l'établissement pour inscrire son engagement dans une politique de gestion en faveur des personnels en difficulté.

4.1.1 Les supports.

A) Le projet social.

Avec le protocole du 14 mars 2000 dit protocole AUBRY et la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, le projet social c'est vu conforté dans son aspect obligatoire et dans son rôle moteur au sein des établissements. L'accent est mis sur le rôle central des personnels et de l'encadrement.

C'est une opportunité d'optimiser la gestion des ressources humaines dans tous les domaines, dont celui qui nous intéresse ici directement

B) L'accréditation.

Le manuel d'accréditation des établissements de santé de l'ANAES³², devenue HAS³³, dans sa version de la deuxième procédure d'accréditation de septembre 2004³⁴ prévoit que dans le chapitre Politique et qualité du management à la référence 3.c, que l'évaluation des conditions de travail et la prévention des risques professionnels sont inscrites dans les orientations stratégiques de l'établissement.

Il est précisé que « ***Une politique de suivi et de gestion adaptée aux personnels ayant des problèmes de santé ou présentant un handicap, est mise en place.*** »

La prise en compte des personnels en difficulté s'inscrit donc en obligation dans le cadre de l'accréditation.

C'est une opportunité pour impliquer les professionnels et engager une démarche évolutive de par les nécessaires évaluations.

4.1.2 Les actions.

A) Intégrer les personnels en difficulté dans la GPEC.

La politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences consiste à ajuster les emplois et métiers aux besoins ; en identifiant les mouvements de personnel, les évolutions sociales et technologiques, la démographie, les projets de l'institution (par exemple, développement ou abandon d'une activité).

Elle prend en compte les évolutions prévisibles de certains métiers, parfois leur inadéquation ou leur probable disparition, les politiques d'externalisation de certaines activités, de même que l'émergence de nouveaux métiers.

La réussite d'une politique de GPEC nécessite de faire évoluer les compétences et les qualifications ainsi que d'établir des procédures d'évaluation des compétences existantes.

Les personnels en difficulté sont aussi des personnels qui contribuent au fonctionnement de l'hôpital. Les postes aménagés, les reclassements, doivent s'envisager comme des opportunités éventuelles pour les établissements.

³² Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

³³ Haute Autorité de Santé.

³⁴ Manuel d'accréditation des établissements de santé, 2ème procédure d'accréditation, septembre 2004, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques.

Il importe alors avec les agents, qui devront participer activement à leur projet, de faire le point sur leurs compétences.

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière offre un outil particulièrement intéressant en terme de définitions des métiers, des postes, des diplômes et compétences nécessaires ainsi que des passerelles éventuelles entre métiers.

Nous pouvons donc envisager qu'un bilan de compétence soit proposé systématiquement à toute personne nécessitant un aménagement de poste ou un changement d'emploi afin de mettre en commun ce que l'agent peut faire, ce qu'il souhaite faire et ce dont l'établissement peut avoir besoin.

B) Utiliser la formation comme un moyen de prévenir et de prendre en charge les inaptitudes.

La formation initiale et continue à vocation à s'intéresser à l'ensemble des personnels hospitaliers.

La formation est un droit pour les personnels et un investissement pour l'hôpital. Elle répond aux souhaits du personnel et aux besoins du projet d'établissement, elle prépare le personnel aux évolutions et elle permet les évolutions de carrière et les reconversions.

Dans le cadre des personnels en difficulté la formation continue agit de façon préventive en permettant à l'agent de se maintenir à un niveau de connaissances et de compétence nécessaire pour exercer ses fonctions. Cela permet d'éviter les situations de difficulté ou l'agent est dépassé par certaines évolutions. Il convient d'accorder une attention toute particulière aux services à haute technicité car ce sont ceux où les métiers évoluent le plus vite.

La formation doit également être utilisée pour faciliter l'adaptation de l'agent à son nouveau poste de travail ; il apparaît donc indispensable qu'un programme de formation soit proposé à tout agent en situation de travail nouvelle ou en situation de reprise de son poste après une longue période d'arrêt. Ce programme de formation devra tenir compte du projet professionnel qui aura été élaboré avec l'agent ainsi que du nouveau poste ou de la nouvelle situation. En cas d'inaptitude à la fonction, un projet de formation au titre de la promotion professionnelle peut être proposé. Par ailleurs, dans un cadre plus général, les demandes de formation au titre de la promotion professionnelle peuvent s'envisager comme des indicateurs de satisfaction à travailler dans l'établissement

C) Prévenir les risques professionnels et améliorer la qualité de vie au travail.

La finalisation du document annuel d'évaluation des risques professionnels est une première priorité.

Le programme d'action de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail en est une deuxième. Il fixe une liste détaillée des actions qui vont être engagées, le CHSCT donne son avis et peut proposer un ordre de priorité ou de nouvelles actions.

La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles répond à des objectifs multiples.

C'est améliorer la qualité de vie au travail par l'utilisation de matériels d'aide et par l'approche ergonomique des aménagements.

C'est réduire l'absentéisme consécutif aux accidents du travail.

C'est éviter l'apparition d'inaptitudes physiques futures.

Dans ce cadre il est possible de proposer :

- Que soient analysés les circonstances précises et le lieu de chaque accident du travail afin d'en tirer des enseignements et d'éviter leur répétition.
- Que soit accordée une vigilance particulière aux accidents du travail répétés chez un même agent.
- Que des enquêtes régulières soient menées auprès du personnel pour connaître leur niveau de satisfaction quant à leurs conditions de travail. Les résultats seront diffusés pour information des différentes commission et instances mais aussi à tout le personnel pour améliorer la concertation.

D) Réduire les psychopathologies au travail.

La souffrance psychique des personnels soignants est une réalité que toutes les études sur le sujet confirment ; pourtant et nous l'avons constaté lors de notre enquête elle est encore insuffisamment reconnue et prise en considération.

Face à la charge émotionnelle liée aux conditions et situations de travail, il importe de renforcer le soutien psychologique des salariés.

Ceci peut se traduire par la mise à disposition auprès des personnels, de psychologues autres que ceux exerçant dans l'établissement afin de garantir la neutralité et l'indépendance par rapport au contexte. La confidentialité des échanges doit être garantie de même que le libre accès sans formalité particulière ; l'agent contactant lui-même le professionnel.

Ces psychologues en plus des interventions individuelles, pourraient être mobilisés sur sollicitation des équipes lors de vécus particulièrement pénibles comme par exemple une agression.

L'animation de « groupes de parole » réguliers ou ponctuels, libres ou thématiques peut également s'envisager.

Des offres de formation à la gestion du stress, facilement accessibles à une majorité de personnels, c'est-à-dire en interne, sur de courtes durées, et répétées seraient une autre action possible.

E) Dépister et reconnaître les signes de difficulté.

Un dispositif institutionnel de formation et de sensibilisation des professionnels et en particulier de l'encadrement devrait être mis en place dans le cadre de la formation continue.

L'encadrement quel qu'il soit devrait être en mesure de percevoir et de signaler les signes de difficulté au regard de la pénibilité et de la charge de travail.

Il reste constant que les agents doivent être informés de toute démarche les concernant.

Au regard de nos entretiens il nous est apparu que les indicateurs de difficulté n'étaient pas développés par l'encadrement, notamment, et que les actions de prévention et de prise en charge précoce s'en trouvaient largement compromises. Cette dernière mesure nous semble donc particulièrement nécessaire.

F) Prévoir un dispositif de retour à l'emploi.

La période du retour à l'emploi est souvent source d'inquiétude pour les agents. Des interrogations sur leurs capacités à retrouver leur niveau de compétence antérieur, sur les exigences d'une éventuelle nouvelle fonction, sur la possibilité de retrouver une place au sein d'une équipe fragilisent les agents.

Il est important que l'agent soit accompagné car le moment de la reprise du travail est déterminant.

Lorsque des difficultés de réintégration sont à craindre, l'agent est informé de la possibilité de demander une visite de pré reprise auprès du médecin du travail pour évaluer sa situation, définir ses aptitudes médicales au poste de travail et entamer les démarches avec les autres acteurs.

Cette visite est systématique en cas de congé longue maladie ou de congé longue durée ; nous proposons qu'elle s'applique à toutes les reprises après deux mois d'arrêt consécutifs.

De plus, une visite pourrait être effectuée sur le lieu de travail en présence du cadre du service avec si possible un membre du service de médecine du travail.

G) Formaliser la collaboration multidisciplinaire.

Les professionnels rencontrés lors des entretiens ont tous évoqué la collaboration comme nécessaire.

La mise en place, comme au CH 2, d'une commission chargée de gérer les situations des agents en difficulté semble un principe à retenir. L'objectif de cette commission serait de traiter à la fois les nouveaux cas et les cas reconnus. Il peut être envisagé :

Pour les nouveaux cas :

- Etablir dans le respect du secret médical un bilan précis des capacités modifiées de l'agent.
- Emettre des propositions d'aménagement de postes de travail compatibles avec le nouveau potentiel de l'agent. Pour les reclassements les souhaits que l'agent aura émis seront pris en compte.
- Contractualiser avec l'agent une fois la décision finalisée et retenue par ce dernier, les modalités de l'aménagement, la durée, les évaluations.

Pour les cas connus :

- Assurer le suivi de la situation de chaque agent pour apporter éventuellement des modifications en fonction de son évolution et pour vérifier l'adéquation agent /poste de travail.
- Assurer temporairement le suivi des agents qui ont retrouvé un poste normal afin de vérifier que l'agent s'adapte bien.

Cette commission doit rassembler tous les professionnels dont l'expertise va permettre une approche globale de la situation. Ainsi nous pouvons envisager :

Le médecin du travail

Le directeur des ressources humaines

Le directeur des soins

Le psychologue du travail

L'assistante sociale

Deux cadres par secteurs d'activité (soignant, administratif, technique).

Des représentants du personnel peuvent être ponctuellement conviés.

Le rythme des réunions peut être fixé au début à deux mois avec rapprochement si les circonstances le nécessitent.

H) Etablir une communication institutionnelle autour du projet.

L'ensemble du dispositif en faveur des personnels en difficulté sera présenté aux diverses instances qui devront rendre un avis. Mais au-delà de cette consultation statutaire il importe qu'une communication d'envergure soit engagée.

Cette communication peut se faire par le biais de la liaison Intranet de l'établissement. Elle peut aussi faire l'objet d'un article dans le journal interne comme d'un affichage dans les lieux prévus à cet effet.

Au delà de la communication sur le projet il est important de communiquer sur les situations de difficultés, les aménagements divers qui en découlent et de façon plus globale sur l'acceptation du handicap et de l'altérité.

Un des avantages de cette communication institutionnelle est de faire apparaître clairement à l'ensemble du personnel la volonté d'engagement de l'hôpital en faveur des personnels en difficulté. Cela va ainsi soutenir et motiver ceux qui oeuvrent à cette action.

Les personnels en difficulté y verront eux, un signe de reconnaissance de leur statut particulier. En les reconnaissant, en les acceptant et en l'affichant par le biais d'une communication adaptée aux différents interlocuteurs, l'institution contribue à leur acceptation. Elle participe également à l'amélioration des représentations liées aux situations de difficulté et aux mesures qui en découlent comme les postes aménagés.

Nous avons constaté lors des entretiens à quel point les représentations des situations de difficulté pouvaient constituer des obstacles, tant auprès des cadres que des autres soignants, et gravement compromettre une prise en charge adaptée.

Cet engagement clair de l'établissement ne saurait être suffisant - l'exemple du CH 2 où pourtant une politique est affirmée mais où des difficultés subsistent nous le prouve - mais il est indispensable à la mise en œuvre du dispositif.

4.2 AU NIVEAU DU DIRECTEUR DES SOINS.

Nous l'avons déjà évoqué ; le directeur des soins par ses missions énoncées dans le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière a un rôle primordial à remplir. L'article 4, alinéa 4 de ce décret précise que « *le directeur des soins participe à la gestion des personnel des activités de soins dont il propose l'affectation.* » C'est à ce titre que nous formulerons nos propositions.

4.2.1 Le groupe de réflexion sur les postes aménagés.

Les membres de la commission chargée de participer à la gestion des situations des personnels en difficulté doivent pouvoir s'appuyer sur des données fiables et actualisées émanant, pour les soignants, des services de soins.

Les soignants représentant la catégorie de personnels la plus importante numériquement à l'hôpital, ce sera mathématiquement celle ou nous trouverons le plus d'agents en difficulté et de postes aménagés à pourvoir.

C'est donc dans un objectif de complémentarité que nous proposons la mise en place **d'un groupe de réflexion sur les postes aménagés.**

Celui-ci serait composé du directeur des ressources humaines, du directeur des soins, des cadres supérieurs et des cadres de proximité. La présence de représentants du personnel peut être envisagée.

Le groupe, sous la conduite conjointe du directeur des ressources humaines et du directeur des soins serait chargé de :

- Mettre à jour régulièrement le nombre et la localisation des postes aménagés.
- Evaluer les possibilités d'aménagement de poste dans les services de soins. Chaque cadre de proximité sera particulièrement sollicité sur ce point.
- Réfléchir aux nouvelles fonctions qui pourraient être créées dans le service. L'intérêt étant de proposer à l'agent en poste aménagé une fonction intéressante qui soit en même temps une avancée pour le service. Il s'agit ici de concilier les intérêts des agents et ceux du service. Sous cet angle, les postes aménagés seraient perçus comme des plus values et non des inconvénients.
- Elaborer de façon précise des définitions de fonction et des profils de postes afin que l'adéquation entre le contexte de travail et les capacités de l'agent soit la meilleure possible.

Le groupe pourrait se réunir au même rythme que la commission mais avant cette dernière de façon à pouvoir fournir des informations les plus récentes possibles.

Il importe d'envisager les postes aménagés comme des solutions possibles d'amélioration. Avec un double avantage ; améliorer le fonctionnement du service mais aussi situer l'agent en difficulté dans une dynamique valorisante.

De plus, en faisant en sorte que les postes aménagés deviennent des avantages et non plus des contraintes ce sont les représentations liées à ces postes qui évoluent et s'améliorent.

Les postes aménagés peuvent venir par exemple en soutien de l'équipe en la déchargeant de certaines tâches (par exemple certaines commandes). Les prises de rendez vous, les formalités d'admission et de sorties peuvent également s'envisager et permettre aux soignants comme aux cadres de se recentrer sur d'autres missions.

La qualité de l'accueil est une préoccupation des hôpitaux. Qu'il s'agisse de l'accueil téléphonique comme de l'accueil direct, l'importance du premier contact avec les patients ou les usagers est important. Que des interlocuteurs privilégiés soit désignés et puissent être sollicités par les usagers apparaît comme une solution au fait que dans beaucoup de recours engagés le fait de n'avoir pas pu rencontrer d'interlocuteur est avancé.

Ainsi, de plus en plus de services de soins ont testé avec succès le fait d'avoir un référent pour l'accueil ; cette personne est chargé des relations avec les usagers, de leur orientation, de la prise en compte de leurs demandes et éventuellement de leurs doléances. Elle est souvent chargée des enquêtes de satisfaction, elle en explique l'intérêt, incite les personnes à s'exprimer et veille à la collecte des documents ; qu'il s'agisse d'enquête auprès des patients comme auprès du personnel de l'établissement.

Les postes aménagés peuvent parfaitement s'intégrer dans cette optique qui tend à renforcer le dialogue entre l'hôpital et ses usagers.

4.2.2 Le rôle de l'encadrement.

L'encadrement joue un rôle fondamental dans la gestion des ressources humaines. Un engagement de celui –ci dans les orientations définies est un facteur clé de réussite.

Les entretiens nous ont permis de constater que l'adhésion des cadres et notamment des cadres de santé n'était pas toujours effective.

Il convient donc au directeur des soins de les impliquer et de les responsabiliser dans le processus collectif de gestion des personnels en difficulté. En effet un engagement unique des cadres dans la gestion des personnels en difficulté n'est absolument pas souhaitable, d'une part c'est une charge trop lourde et d'autre part la situation des agents est multifactorielle et doit donc être traitée par plusieurs catégories de professionnels.

En amont de toute situation de difficulté il faut rappeler l'importance des entretiens annuels d'évaluation. Ils doivent être un moment privilégié entre l'agent et le cadre et permettre d'aborder le ressenti de l'agent par rapport à son travail. Ils permettent aussi de faire le point sur les compétences de l'agent et sur les points à développer. Ces bilans se révéleront des atouts précieux lors d'une éventuelle recherche de poste aménagé.

Le directeur des soins doit se montrer incitatif pour que les compétences des personnels de chaque service soient répertoriées et analysées pour permettre un aménagement des équipes en fonction. L'élaboration d'une telle cartographie pourra être utilisée pour la gestion des postes aménagés, dans l'intérêt de l'agent puisque certaines

compétences sont transverses et pourront permettre de mieux cibler le futur emploi, mais aussi dans l'intérêt du service car cela peut permettre d'améliorer la composition de l'équipe en fonction des compétences recensées.

La compétence peut se définir comme tout ce qui est nécessaire pour développer l'activité dans une situation déterminée ; c'est la maîtrise d'un savoir faire opérationnel et elle requiert des connaissances.

Si telle compétence est sous représentée dans un service, il appartiendra d'y pallier soit par la formation, soit par des mouvements de personnels. Une vigilance particulière s'exercera sur les compétences critiques c'est-à-dire celles liées à la maîtrise de processus ou de technologies spécifiques et dont le manque entraînerait une vulnérabilité ou un risque pour le service.

Il conviendra pour le directeur des soins de se montrer également incitatif sur la projection des postes aménagés dans les services de soins. Il faut inciter les cadres à envisager des organisations ou des postes aménagés pourraient apporter des plus values. De même que les difficultés des agents devraient se repérer de façon précoce, il importe de réfléchir les postes aménagés de façon anticipée afin de mieux les réfléchir et les finaliser.

Dans le paragraphe précédent, nous avons évoqué la nécessité pour les cadres de suivre des formations leur permettant de reconnaître les signes de difficulté. Les cadres soignants sont bien sûr inclus dans ce dispositif, d'autant plus que les entretiens nous ont démontré que la reconnaissance des signes de difficulté restait aléatoire.

L'enquête nous a également permis de découvrir que les difficultés chez les agents pouvaient être à l'origine de vécus difficiles de la part de l'encadrement. On peut supposer que les difficultés des agents les renvoient à des situations qu'ils ont vécues douloureusement au point nous l'avons déjà évoqué d'envisager la fonction d'encadrement comme échappatoire. Ce constat doit nous donner à penser que les cadres peuvent eux aussi se trouver en situation de difficulté.

Le directeur des soins doit donc être à même de s'en apercevoir et de faire des propositions à l'encadrement soignant. Soit inciter à s'engager dans des formations qui permettent de faire un travail personnel sur les difficultés vécues antérieurement soit par exemple de proposer des groupes de parole ou des entretiens avec les psychologues.

Dans le cadre des actions de partenariat ou de collaboration que le directeur des soins peut développer avec les instituts de formation des cadres il peut être envisagé une sensibilisation des formateurs sur ce sujet des personnels en difficulté. C'est un point qui peut s'avérer délicat dans le futur exercice professionnel des cadres, il conviendrait de le développer. Comment faire que leur désir de s'éloigner des soins ne les éloignent pas des réalités du terrain, comment faire que les cadres ne s'en coupent pas par un appétit démesuré de conceptualisation. Car la réalité des services de soins se vit

quotidiennement en terme d'aménagement, de négociations, de lutte de pouvoir entre professionnels, de lutte de territoire, de stress, de plannings à reprendre encore et encore. Les cadres n'exercent pas au royaume angélique des purs esprits et la déconvenue après la formation est souvent cruelle. Le directeur des soins, par ses propositions ou par des interventions auprès des étudiants peut contribuer à faire évoluer la capacité des cadres à s'engager positivement dans la prise en charge des agents en difficulté.

4.2.3 L'évaluation.

Il apparaît impossible de terminer sans aborder le point essentiel qu'est l'évaluation. Imaginer qu'une politique cohérente sans suivi et sans évaluation tient de l'utopie.

Le directeur des soins se doit de mener des évaluations régulières afin de permettre d'une part la mesure de l'efficacité des actions engagées et les ajustements qu'il convient éventuellement d'introduire mais aussi d'assurer la pérennité du dispositif.

Sans évaluation régulière tout dispositif est plus ou moins condamné au mieux à la stagnation au pire à la disparition.

L'évaluation devra porter sur les nouvelles fonctions créées et sur les postes aménagés afin de savoir s'ils satisfont les services de soins et les agents concernés par ces postes. Cette évaluation ne pourra se faire qu'avec la participation étroite des cadres supérieurs et de proximité.

Dans le contexte de la nouvelle gouvernance, le directeur des soins aura à faire montre d'une vigilance particulière. Une fois les contours des pôles définis, l'organisation des soins et le fonctionnement des services s'en trouveront modifiés. La place à prendre pour les agents en difficulté devra être bien définie. La nouvelle gouvernance a pour objectif de ramener la décision au plus près des acteurs du terrain et d'apporter plus de souplesse. Mais les textes sont flous, et les cadres devront eux-mêmes trouver leur place. Le directeur des soins est, lui aussi, directement concerné et aura à cœur d'évaluer régulièrement l'action des cadres et l'organisation des activités de soins.

Une évaluation des chiffres de l'absentéisme des agents en poste aménagés semble un moyen pertinent pour mesurer l'efficacité de la politique engagée. Les résultats pourront être mis à la disposition du groupe de réflexion sur les postes aménagés.

L'évaluation de l'absentéisme devra s'étendre à l'ensemble des soignants. Les données devront être envisagées service par service et analysées en fonction de la nature et des contraintes des services.

Cela pourra permettre de proposer des actions spécifiques de formation visant à prévenir ou à réduire les risques professionnels et qui viendront renforcer ou compléter le plan de formation continue.

L'évaluation de l'absentéisme devra aussi permettre de mettre en place des solutions pour y pallier.

Ainsi, la constitution d'un pool de compensation ou de remplacement est par exemple un des instruments de la politique d'amélioration des conditions de travail dans la mesure où son organisation permet d'assurer les missions dans la continuité tout en assurant le respect des plannings prévisionnels.

L'ensemble de ces mesures a pour objectif d'optimiser les ressources humaines dans l'intérêt de tous, institution, soignants et usagers.

CONCLUSION

Les réformes auxquelles l'hôpital public doit s'adapter sont régulières ; ordonnances de 1996 et accréditation, Hôpital 2007 pour ne citer que les principales.

L'environnement des soignants est sans cesse recomposé entre organisations qui mutent et restructurations. Ajouté à un contexte de pénibilité, les situations de difficulté peuvent apparaître et de façon temporaire ou non, l'agent devient inapte à son poste de travail.

Le contexte économique fait que les établissements exploitent au mieux leurs ressources humaines, les personnels en difficulté sont donc de plus en plus intégrés dans la gestion de ces dernières.

Mais la gestion des personnels en difficulté est affaire de volonté politique forte, sans son affirmation, le traitement des situations des agents reste parcellaire et imparfait.

Les établissements doivent viser une meilleure connaissance des difficultés pour anticiper leurs actions.

Une collaboration pluridisciplinaire doit être formalisée et mise en place pour des actions collectives constructives et une valorisation du potentiel des agents.

Enfin une politique de communication doit soutenir ces actions pour affirmer les engagements, inciter les personnels à s'y engager et contribuer à changer les représentations négatives qui persistent autour des agents en difficulté.

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction se doit de s'engager dans cette politique par le biais d'une collaboration étroite et d'une action auprès de l'encadrement. Une réflexion avec l'encadrement autour de nouvelles organisations intégrant les postes aménagés doit permettre aux agents en difficulté de trouver une place satisfaisante et d'en faire bénéficier l'institution. Les postes aménagés, par les réflexions qu'ils entraînent autour des organisations de travail peuvent être des facteurs d'évolution dans les institutions.

La gestion adaptée des personnels en difficulté, même si elle est guidée par des impératifs économiques, s'inscrit dans une politique sociale qui doit s'appuyer sur des valeurs éthiques telles que l'acceptation de l'altérité et le refus de l'exclusion.

Ces valeurs qui guident l'exercice soignant doivent aussi s'appliquer aux soignants eux mêmes.

Bibliographie

LIVRES :

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

CANAÜ P. et MAUSSANGES A. – *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses* – éd Masson, 2000, 240p.

CARRICABURU D. et MENOIRET M. – *Sociologie de la santé* – éd. Armand Colin, 2004, 235 p.

CARRY V. – *La requalification des personnels* – Dossiers experts – éd. De la lettre du fonctionnaire territorial, 1995.

COUDRAY M.A. – *Le cadre soignant en éveil* – éd. Seli Arslan, 2004, 220p.

ESTRYN-BEHAR M. – *Travailler à l'hôpital* – éd. Berger Levrault, 1989, 180p.

LETEURTRE H. – *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier* – éd. Berger Levrault, 1991, 233p.

POINSIGNON H. et JORAND Y. – *Changer le travail à l'hôpital* – éd. ANACT, 1995, 130p.

POUCHELLE M.C. – *L'hôpital corps et âme* – éd Seli Arslan, 2003, 210p.

VEGA A. – *Une ethnologue à l'hôpital* – éd. Des archives contemporaines, 2000, 211p.

ARTICLES :

BINST M. – Temps et travail, un autre rapport pour la santé – *Revue performance : santé et fiabilité humaine* – mars/avril 2003.

CLOT P. – Horaires atypiques, méfaits spécifiques – *L'infirmière magazine* – juillet 2004, n°195.

DEKUSSCHE C. – Infirmière, des conditions de travail encore plus difficiles – *Soins* – janvier/février 2005, n° 692.

PAGEAU S. – Les infirmières épuisées sont elles bonnes à jeter ? – *L'infirmière magazine* – septembre 2003, n° 185.

ROUSSEL E. – Cadre de santé, un métier en recherche de sens – *Objectifs soins* – décembre 2004, n° 131.

MEMOIRES :

GOETINCK J. – La gestion des postes pour les agents en difficulté ou comment lutter contre un absentéisme prévisible - mémoire de directeur des soins : ENSP, 2002, 68p.

REMY P. – La gestion des postes aménagés à l'hôpital : pourquoi pas une plus- value pour l'institution ? – mémoire de directeur des soins – ENSP, 2004, 74p.

RAPPORTS :

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, établissements publics de santé, 2003, MORTH C, HAEUSLER L, 171p.

Enquête PRESST- NEXT, santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, ESTRYN- BEHAR M., CAILLARD J F. 2001.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats, n° 335, août 2004.

Inspection générale des affaires sociales – Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social, 2004.

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille des entretiens

Grille d'entretien

Grille commune :

1. Avez-vous des indicateurs qui vous permettent de suspecter qu'un soignant est en situation de difficulté ?
2. Avez- vous été sensibilisés au repérage des situations de difficulté ?
3. Y a t'il au niveau de l'établissement une politique clairement définie concernant les personnels en difficulté ?
4. Des modalités pratiques et formalisées de prise en charge existent-elles ?
5. Comment qualifieriez vous la collaboration pluridisciplinaire dans votre établissement ?

Question pour les cadres :

Quand vous considérez qu'un soignant est en difficulté, que faites vous ?

Question pour les DRH, DS, médecin et psychologue du travail :

Selon vous, y a-t-il pour les soignants un échelon pertinent pour le repérage et la prise en charge des situations de difficulté ?