



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'établissement sanitaire et social public

Date du Jury : décembre 2001

**FAVORISER « LE PRESENTEISME » EN
ETABLISSEMENT SANITAIRE ET SOCIAL**

L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL LOCAL DE GRAULHET

Thierry ANJARD

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma gratitude envers Mr Patrick Vialas, directeur de l'hôpital local de Graulhet, pour l'attention particulière accordée au déroulement de mon stage. Je le remercie vivement de son soutien et de ses conseils qui m'ont été précieux pour l'élaboration de mon mémoire.

Je tiens également à remercier :

- Mme Casals, chef de bureau
- Mlle Somaggio, adjoint des cadres
- Mmes Laranjero, Rodriguez et Tournier, cadres soignants
- Mr Ramböer, ingénieur en organisation et méthode,

et ce tant pour leur accueil que pour m'avoir fait partager leur expérience.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE I : APPROCHE CONCEPTUELLE DES CAUSES D'ABSENTEISME.....	3
<u>1- FACTEURS ET ENJEUX DE L'ABSENTEISME EN MILIEU SANITAIRE ET SOCIAL</u>	3
<u>1.1 Une interaction de facteurs possibles</u>	3
1.1.1 Définition.....	3
1.1.2 Les facteurs individuels	4
1.1.3 Les facteurs collectifs.....	5
1.1.4 Les différents sens du comportement d'absence.....	6
<u>1.2 Les enjeux d'une maîtrise de l'absentéisme</u>	7
1.2.1 L'impact de l'absentéisme sur la qualité des prestations de l'établissement	7
1.2.2 Le coût financier	8
1.2.3 La perspective des 35 heures	9
1.2.4 Comportements d'absence et d'abus, la difficile sanction	10
<u>2- CONDITIONS DE TRAVAIL ET COMPORTEMENTS D'ABSENCE</u>	11
<u>2.1 L'environnement physique du travail</u>	11
2.1.1 Locaux et matériels	11
2.1.2 L'ambiance physique.....	12
<u>2.2 La charge physique</u>	12
<u>2.3 Souffrance au travail : De la charge mentale au burn out</u>	13
2.3.1 Charge mentale et charge psychique	13
2.3.2 Le stress professionnel	14
2.3.3 Le burn out ou épuisement professionnel.....	15
<u>2.4 Les contraintes de l'organisation de travail</u>	16
2.4.1 Planning et horaires	17
2.4.2 Logiques catégorielles et cloisonnement de service.....	18
<u>2.5 Conditions de travail et maltraitance des personnes âgées</u>	20
<u>3- L'INSATISFACTION AU TRAVAIL, UNE SOURCE D'ABSENTEISME</u>	21
<u>3.1 Théories de la motivation</u>	21
<u>3.2 Identité professionnelle et reconnaissance</u>	25

3.3	<u>Modes de gestion et comportements d'absence</u>	27
3.3.1	Pratiques de management	27
3.3.2	Incidences du mode de gestion sur la santé	29
PARTIE II : COMPRENDRE L'ABSENTEISME A L'HÔPITAL DE GRAULHET32		
1 -	<u>L'ABSENTÉISME A L'HÔPITAL DE GRAULHET</u>	32
1.1	<u>Présentation du contexte local</u>	32
1.1.1	Capacité d'accueil	32
1.1.2	La politique générale de l'établissement	33
1.1.3	L'organigramme des services	34
1.1.4	L'effectif budgété	34
1.1.5	La politique du personnel	35
1.2	<u>Caractéristiques du personnel de Graulhet</u>	36
1.2.1	Comparaison des classes d'âge entre le personnel de l'hôpital de Graulhet et les données nationales en 1998	36
1.2.2	La répartition par sexe	37
1.3	<u>Étude de l'absentéisme à l'hôpital de Graulhet</u>	38
1.3.1	Évolution annuelle	38
1.3.2	Analyse structurelle de l'absentéisme	41
1.3.3	Analyse de la fréquence et des caractéristiques des arrêts	42
1.3.4	Synthèse et interprétation des données de l'absentéisme	44
2 -	<u>ÉVALUATION DE L'IMPACT SUR L'ABSENTEISME DES ACTIONS MENEES A GRAULHET</u>	45
2.1	<u>Les actions sur l'organisation</u>	46
2.1.1	La structuration de l'encadrement	46
2.1.2	Les plannings	47
2.2	<u>La gestion de l'absentéisme</u>	47
2.2.1	La politique de remplacement des arrêts de travail	47
2.2.2	La création d'un pool de remplacement	47
2.3	<u>Le développement du temps partiel</u>	48
2.4	<u>L'amélioration des conditions de travail</u>	49
2.5	<u>La politique de valorisation du travail</u>	50
2.6	<u>La politique de communication interne</u>	51

3 - ANALYSE DE L'ENQUÊTE SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL DU	
<u>PERSONNEL</u>	53
<u>3.1 Méthodologie de l'enquête</u>	53
<u>3.2 Charge physique, cadre matériel et environnement,</u>	53
<u>3.3 Charge psychique</u>	55
<u>3.4 Le poste de travail et l'organisation</u>	57
<u>3.5 Le sentiment de reconnaissance</u>	59
<u>3.6 L'information</u>	60
<u>3.7 La satisfaction globale</u>	61

PARTIE III : MENER UNE POLITIQUE GLOBALE DE MOBILISATION DES	
RESSOURCES	65

<u>1 - LE TRAVAIL COMME SOURCE DE MOTIVATION</u>	65
<u>1.1 Responsabiliser pour mieux motiver</u>	65
1.1.1 La délégation.....	65
1.1.2 La contractualisation interne.....	66
<u>1.2 Motiver par l'évaluation</u>	68
1.2.1 L'entretien d'évaluation	69
1.2.2 L'évaluation par la notation	71
<u>1.3 Valoriser le travail des A.S et A.S.H.</u>	72
<u>1.4 Développer une bonne ambiance au travail</u>	73
<u>2 - AGIR SUR L'ORGANISATION</u>	76
<u>2.1 Renforcer la structuration de l'encadrement</u>	76
<u>2.2 Redéfinir la politique de remplacement des arrêts</u>	78
<u>2.3 Renforcer la politique de gestion des arrêts de travail</u>	78
<u>2.4 Développer la politique d'amélioration des conditions de travail</u>	79

CONCLUSION	81
-------------------------	-----------

ANNEXES

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LEXIQUE

A.M.P :	Aide Médico Psychologique
A.N.A.C.T :	Agence Nationale Amélioration des Conditions de Travail
A.N.A.E.S :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
A.R.H :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.R.T.T :	Aménagement et Réduction du Temps de Travail
A.S :	Aide soignant
A.S.H :	Agent de Service Hospitalier
C.E.S :	Contrat Emploi Solidarité
C.H.S.C.T :	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
C.L.D :	Congé Longue durée
C.L.I.C :	Centre Local d'information et de Coordination
C.L.M :	Congé Longue Maladie
E.H.P.A.D :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
E.T.P :	Equivalent Temps Plein
G.I.R :	Groupe Iso Ressource
G.M.P :	G.I.R Moyen Pondéré
I.D.E :	Infirmier Diplômé d'Etat
S.S.R :	Soins de Suite et de Réadaptation
U.S.L.D :	Unité de Soins Longue Durée

INTRODUCTION

Favoriser le « présentéisme » en milieu sanitaire et social plutôt que lutter contre l'absentéisme, telle est la perspective retenue par cette étude.

L'absentéisme a souvent été relevé comme relativement important au sein des différentes fonctions publiques. Ce phénomène semble être particulièrement accentué, voire récurrent, en milieu sanitaire ou social.

De nombreux établissements sont ou seront confrontés un jour ou l'autre à un fort taux d'absence de leur personnel. Cet absentéisme devient alors une source majeure de dysfonctionnement de l'établissement.

Par ailleurs l'actuel contexte de maîtrise et d'efficience budgétaires tend à majorer ces difficultés en limitant financièrement certaines possibilités de remplacements des agents absents.

Les responsables d'établissements semblent, quant à eux, désarmés pour faire face à la multiplication des absences.

Les actions mises en œuvre s'intègrent alors dans une politique de lutte contre l'absentéisme ; celle-ci est le plus souvent déclinée sur deux axes :

- Une action préventive visant à l'amélioration des conditions de travail du personnel, notamment par l'allègement de la charge physique ou psychique (acquisition de matériels, actions de formations à la manutention ou à la gestion du stress).
- Une action dissuasive au moyen de contrôles médicaux et administratifs, ou par le biais de pénalités financières (abattement sur la prime de service).

Les résultats, en terme de présence ne sont cependant que rarement à la hauteur des efforts entrepris, ce qui amène à reconsidérer le bien fondé d'une politique limitée à ces deux seules dimensions.

Sur l'hôpital local de Graulhet, la réduction de l'absentéisme fut, lors de l'arrivée du nouveau directeur en 1996, inscrite comme une priorité stratégique compte tenu de l'ampleur du phénomène.

Six années plus tard, même si une relative amélioration a pu être enregistrée, le bilan reste négatif : malgré la diversité des actions réalisées et un engagement permanent de la direction, l'absentéisme est de nouveau en augmentation depuis 1998.

Cette situation, aussi préoccupante soit-elle, ne doit pas conduire au fatalisme. Elle doit nous amener au contraire à imaginer une nouvelle approche, à développer une politique favorisant la présence des agents plutôt que la lutte contre leur absentéisme.

La mise en place d'une telle politique de « présentéisme » à l'hôpital local de Graulhet requiert dans un premier temps une compréhension des comportements : Peut-on appréhender ce qui amène certains agents à s'absenter fréquemment et d'autres à venir au travail même malades ? Quels sont les facteurs, individuels ou collectifs les plus influents sur l'absentéisme et sur la motivation à être ou non présent au travail ?

Cette approche conceptuelle de l'absentéisme nous permettra dans un second temps de mettre en perspective le phénomène d'absence sur l'hôpital local de Graulhet et de relever les limites des actions correctives entreprises à ce jour ; cette analyse s'appuiera notamment sur les résultats d'une enquête réalisée sur les conditions de travail dans l'établissement.

Une fois ce diagnostic posé, il sera possible de retenir un certain nombre de propositions, soit à caractère individuel, soit relevant de l'organisation. Ces propositions s'inscriront dans une stratégie globale de mobilisation des ressources de l'hôpital de Graulhet en vue d'y favoriser le « présentéisme » de son personnel.

PARTIE I : APPROCHE CONCEPTUELLE DES CAUSES D'ABSENTEISME

1 - FACTEURS ET ENJEUX DE L'ABSENTEISME EN MILIEU SANITAIRE ET SOCIAL

1.1 UNE INTERACTION DE FACTEURS POSSIBLES

1.1.1 Définition

La pluralité des approches possibles, selon la vision économique, sociologique ou épidémiologique adoptée, rend particulièrement délicate la définition consensuelle de l'absentéisme.

Ce dernier pourrait être défini comme le «non présentéisme » au travail, ce qui intègre toutes les absences consécutives aux repos hebdomadaires, aux congés annuels et aux autorisations diverses, ainsi que toutes les absences pour maladie ou maternité ; cette définition exclut donc le «présentéisme passif », à savoir un comportement d'absence masqué par une présence physique.

La présente étude se limitant à une approche des absences sur lesquelles une action est possible, le terme absentéisme recouvrira ici, selon la proposition de H. Leteurtre¹, «les absences pouvant – sans que la certitude soit jamais faite – révéler un comportement de fuite devant le travail résultant, soit d'un rejet de celui-ci (cause objective liée au travail ou à son organisation), soit d'un arbitrage entre obligations ressenties de sens contraire (exigence morale d'aller travailler ou exigence morale affective de garder son enfant malade) ou encore de désirs de sens contraires (désir de retrouver le groupe et désir de se retrouver dans un univers autre que celui du travail) ».

¹ H. Leteurtre « *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier* » Berger-Levrault 1991, page 13

L'absentéisme sera donc défini «comme le fait de ne pas se rendre au travail alors que l'on est censé le faire »² et se traduira concrètement par l'absence physique au travail de la personne inscrite sur le planning.

A ce titre l'étude prendra en compte :

- ⇒ les causes d'absences pour maladie ordinaire, les accidents de travail, la maladie professionnelle, les congés de longue durée (C.L.D) ou de longue maladie (C.L.M) et de maternité
- ⇒ les autorisations d'absences diverses
- ⇒ les jours de grève

Le choix de l'intégration des C.L.D, C.L.M et congés maternités dans les facteurs d'un absentéisme «compressible » est retenu dans la mesure où ces absences peuvent représenter, pour les agents concernés, une possibilité de s'extraire de leur milieu professionnel, et dans la mesure où certaines pathologies (la dépression par exemple) peuvent être en lien direct avec leur environnement professionnel.

L'absentéisme est alors analysé comme l'indice d'une insatisfaction ou d'un malaise personnel, ou comme le symptôme d'un dysfonctionnement de l'organisation et du management.

1.1.2 Les facteurs individuels

Certaines caractéristiques directement liées aux personnes constituent des facteurs explicatifs de leur absence.

Parmi ces éléments, relevons :

- le sexe

Le personnel féminin, majoritaire dans les établissements sanitaires et sociaux, semble davantage sujet à l'absentéisme que le personnel masculin³. Les raisons socioculturelles (cumul des charges familiales et domestiques avec le travail), ou morphologiques (soulèvement de charges physiques importantes) en seraient, avec les congés maternités, une cause possible.

² Encyclopédia Universalis – *Thesaurus index*, 1985, Tome 1 page 18

³ D'après le rapport Heilbronner cité par H. Leteurtre in « *Audit de l'absentéisme* » op.cité, page 68

- **l'âge**

Le personnel jeune (moins de 30 ans) est arrêté assez souvent, pour de courtes périodes, à l'inverse des agents qui, passés la quarantaine s'absentent peu mais pour une durée plus longue, notamment ceux exposés plus particulièrement à des problèmes de rachialgie, de lombalgie et de troubles cardio-vasculaires.

- **la situation de famille**

Si un certain « sur-absentéisme » existe parmi les agents chargés de famille, celui-ci reste cependant difficile à mesurer en dehors des autorisations d'absence spécifiques accordées pour la garde d'enfant.

Le recensement de l'ensemble de ces facteurs s'inscrit dans une analyse quantitative de moyennes. En elle-même celle-ci ne permet cependant pas l'explication approfondie d'un phénomène aussi complexe que l'absentéisme.

En effet comme le souligne Françoise Gonnet⁴, « l'identification des causes de l'absentéisme doit être menée en gardant à l'esprit que toute analyse réalisée à partir d'une enquête quantitative peut être faussée si on induit des liens de cause à effet dans le domaine de causalité immédiate (âge, sexe, éloignement du lieu de travail...) qui empêcheront de rechercher d'autres causes, d'agir véritablement sur les problèmes et d'adopter une démarche qualitative ».

1.1.3 Les facteurs collectifs

Ces facteurs sont liés à la structure même de l'établissement, et plus particulièrement :

- Au secteur d'activité qui présente un attrait plus ou moins important pour le personnel (valorisation du secteur sanitaire au dépend du gériatrique par exemple)
- A la pénibilité des conditions de travail : charge individuelle ou collective du travail, pénibilité du travail y compris le stress, la variété des tâches
- A la taille du service ou du groupe : les groupes de travail de plus de 20 personnes tendent à avoir un absentéisme plus élevé et une rigueur moindre que les autres ; le taux d'absentéisme s'élève également proportionnellement avec la taille de l'établissement⁵

⁴ Françoise Gonnet « *L'hôpital en question – Un diagnostic pour améliorer les conditions de travail* ». Editions Lamarre . 1992

⁵ C.B Handy et D. Weiss cités par H. Leteurtre. op cité, page 45

- A l'étendue des responsabilités, l'autonomie et le niveau du poste
- Aux relations hiérarchiques
- Aux relations entre agents
- Au climat social
- A l'adéquation des horaires par rapport aux attentes
- Au statut, plus ou moins protecteur en cas d'arrêt de travail.

1.1.4 Les différents sens du comportement d'absence

Comprendre le phénomène d'absence amène à examiner quels sont ses sens cachés, et notamment à travers l'analyse de l'interaction du couple individu/milieu de travail. La motivation à être présent sur le lieu de travail est en effet déterminée par les attentes personnelles et les caractéristiques du travail.

Ainsi le comportement d'absence peut résulter⁶ :

- D'une fuite par rapport au travail, en raison d'un des facteurs évoqués ci-dessus.
- D'un arbitrage entre intérêt personnel et obligation professionnelle :
Un enfant malade, des problèmes familiaux ou un refus de congés annuels amènent l'agent à arbitrer, au bénéfice de son intérêt personnel, un conflit entre sa vie de famille et son devoir professionnel.
- D'une défection par rapport à la structure :
L'agent démotivé ne s'identifie plus à l'entreprise dans laquelle il travaille. N'adhérant plus aux objectifs et aux projets de son établissement, il abandonne les motivations qui le poussent à être présent et se retire de son lieu de travail par l'absence.
- D'un besoin de protection de son identité personnelle :
Comme le souligne Sami DASSA⁷ « *La persévérance pour accomplir une tâche qui vous est dictée par autrui, dont le produit est consommé par autrui, et dans une relation sociale où vous êtes totalement dépendant d'autrui, est plus énigmatique et génératrice*

⁶ D'après Christian CATALDO « *Une approche stratégique pour limiter l'absentéisme du C.H de Sète* ».Mémoire de fin d'étude, ENSP, 1993

⁷ Sami DASSA « *L'absentéisme au travail* » Science sociale et santé – Sept. 1992 vol X N° 3 p.70 cité par C. CATALDO op. cité

de morbidité que l'absence au travail qui vous libère de cette dépendance et de cette aliénation, et peut donc vous restituer cette dimension de santé que le travail vous avait reprise en vous obligeant à être autre chose que ce que vous êtes ». L'agent, face au sentiment de la perte d'identité générée par le milieu professionnel, est amené à se protéger en s'absentant.

Que les causes liées à l'absentéisme soient dues aux conditions de travail ou au facteur humain, ces comportements sont d'autant plus récurrents que les sanctions en sont limitées.

1.2 LES ENJEUX D'UNE MAITRISE DE L'ABSENTEISME

1.2.1 L'impact de l'absentéisme sur la qualité des prestations de l'établissement

Un absentéisme élevé du personnel est une préoccupation constante pour un directeur, dans la mesure où il est source de dysfonctionnement de la gestion organisationnelle de l'établissement, et ce au détriment de la qualité du service ou des soins rendus au résident.

L'organisation des services est le plus souvent construite à partir d'un effectif qui ne permet que peu de marge de manœuvre pour faire face aux aléas des arrêts de travail.

L'impossibilité de remplacer à temps l'absence d'un agent induit une augmentation de charge de travail des collègues présents (augmentation du nombre de toilettes à faire par exemple, et ce dans le même temps initial), soit un glissement des tâches vers des agents moins compétents (d'où perte de qualité), soit un report de certaines activités (ménage de locaux non faits, animations annulées...), ainsi qu'une disponibilité et une écoute auprès des résidents plus limitées.

Ces effets négatifs sont en eux-mêmes contradictoires avec les démarches qualité dans lesquelles sont engagés la plupart des établissements sanitaires et sociaux. L'accréditation des hôpitaux locaux, comme l'auto-évaluation réalisée par les maisons de retraite dans le cadre de la signature de la convention tripartite (Arrêté du 26 avril 1999), doivent amener ces établissements à mettre en œuvre une politique de la qualité. La réalisation de celle-ci ne peut être rendue que plus difficile par un absentéisme non maîtrisé.

L'image de l'établissement, dans un contexte de concurrence croissante, peut ainsi d'autant plus facilement être dévalorisée que les résidents et les familles sont le plus souvent très critiques face au manque de personnel et à ses conséquences sur la qualité du service rendu.

1.2.2 Le coût financier

Chaque absence représente un coût financier direct ou indirect susceptible de mettre en péril l'équilibre financier des établissements, alors que ceux-ci doivent faire face à de nouvelles dépenses (accroissement des coûts des contrats de maintenance technique, prévention des infections nosocomiales, de la légionellose...) sans pour autant disposer de la totalité des financements correspondants. La simple réduction de l'absentéisme est un moyen efficace de diminuer les coûts de l'établissement dont 70% sont en moyenne représentées par des dépenses de personnel.

⇒ **Les coûts directs**

Ils sont constitués par :

- Les charges de personnel : salaires et charges sociales des agents absents auxquels s'ajoutent les charges des agents remplaçants.
- Les frais de régulation de l'absentéisme, tel que les frais de recrutement, ceux liés au traitement quotidien de l'absentéisme (temps passé par le cadre à la modification des plannings et à contacter des remplaçants)

⇒ **Les coûts indirects**

Il s'agit de coûts difficilement chiffrables, tels que :

- Le coût consécutif au risque créé par le non-remplacement de l'agent absent.
- La perte de productivité induite par la présence d'un agent moins qualifié ou moins compétent. Selon une étude rapportée par H. Leteurtre⁸ il a pu être évalué, après observation d'aides-soignantes remplaçantes pendant trois jours du travail, que sur cette durée, en moyenne, la part de travail non fait, de risques d'erreurs et de dysfonctionnement divers, représente 35% du travail, donc du salaire de l'agent ». De même un groupe de travail de l'E.N.S.P a pu, quant à lui, évaluer l'écart de productivité entre agents remplacés/remplaçants à près de 15%⁹.

Cet écart est encore majoré lorsque l'aide-soignante est remplacée par une personne ne disposant pas la qualification requise (agent de service hospitalier recruté sans réelle expérience ou agent en contrat solidarité), ce qui est une situation courante dans les petits établissements.

⁸ N. Bureau et M.-G Génin cité par » H. Leteurtre in « *Audit de l'absentéisme* » . op.cité, page 137

⁹ H. Leteurtre. « *Audit de l'absentéisme* » op.cité, page 137

- Le surcoût lié à la consommation des changes nécessaires lorsque le pensionnaire n'est levé que pour le strict nécessaire, ou consécutif à l'apparition d'escarre aux endroits sensibles. J.M Bonmati¹⁰ évalue ainsi que l'absence concomitante de 3 agents uniquement remplacés par une seule personne pendant 3 semaines induit un coût indirect estimé entre 4 à 5 fois le coût direct, soit entre 160 000 et 200 000 F annuels environ.

1.2.3 La perspective des 35 heures

La future mise en place des 35 heures dans les établissements publics de santé apporte une dimension encore plus cruciale à la nécessaire maîtrise de l'absentéisme.

La réduction de 10% du temps de travail ne fera vraisemblablement pas l'objet d'une compensation financière intégrale. Une compensation limitée ainsi à 5%, à partir d'un effectif théorique « surestimé », compte tenu d'un absentéisme récurrent, risque de rigidifier les organisations de travail et d'alourdir, in fine, la charge de travail des agents.

La loi Aubry prévoit trois sources de financement pour la réduction du temps de travail :

- les aides de l'Etat
- la modération salariale
- les gains de productivité.

La recherche de ces gains de productivité peut, et doit, être menée dans une politique de réduction de l'absentéisme. Dans un contexte de fort absentéisme, la réalisation des enjeux des 35 heures serait liée à la maîtrise d'éventuels risques induits par :

⇒ **Une gestion des absences plus difficile du fait de :**

- La diminution de la flexibilité du personnel qui, essentiellement féminin, doit disposer d'un délai de prévenance pour être disponible en cas d'imprévu
- L'instauration d'une mobilité obligatoire entre les services, avec des équipes changeantes, des transferts de personnel inopinés

⇒ **La disparition de certains accommodements causée par :**

- La limitation des temps de pause
- L'impossibilité de conserver certaines « marges » internes, comme l'échange de jours travaillés ou l'organisation souple des congés

¹⁰ J.M Bonmati « *Les ressources humaines à l'hôpital – Un patrimoine à valoriser* ». Berger Levrault 1998

- La nécessité de multiplier les coupures horaires pour adapter la durée de travail aux impératifs du service.

⇒ **Une gestion administrative alourdie par :**

- L'élaboration de planning complexes
- Un suivi approfondi des horaires
- Une production accrue d'états de suivi et de statistiques.

Au bilan final il serait à craindre une modification brutale des habitudes de travail et des rythmes de vie, un dialogue dégradé entre les salariés et la direction.

1.2.4 Comportements d'absence et d'abus, la difficile sanction

L'application des dispositions des lois du 13 juillet 1983 et 9 janvier 1986 (articles 81 à 84) permettent souvent aux directeurs de sanctionner les cas les plus flagrants de manquements aux obligations professionnelles des agents, même si ces procédures disciplinaires demeurent finalement longues à être mises en œuvre, compte tenu de leur strict cadre formalisé.

Plus grande se révèle être la difficulté de lutter contre des absences pour maladie à répétitions lorsque celles-ci semblent injustifiées et traduire un comportement d'abus de la part de l'intéressé.

Le recours au contrôle médical tel que prévu par l'article 15 § 2 du décret du 19 avril 1988 se révèle quasiment toujours inefficace, soit que l'agent ait déjà repris le travail lorsque le contrôle est demandé, compte tenu du délai de 48 heures de transmission de l'arrêt, soit que le contrôle médical ne fasse que confirmer le bien fondé de l'arrêt.

L'aspect dissuasif des contrôles médicaux disparaît alors au fur à mesure de leur inefficacité. D'autres leviers restent possibles, tels que le pointage systématique de la date de réception de l'arrêt avec constatation d'abandon de poste et retenue sur salaire lorsque le délai de 48 heures est passé, ou un contrôle administratif au domicile en dehors des heures de sortie. La procédure tourne alors à l'épreuve de force, au risque que la relation entre les différents acteurs engagés prenne un caractère irrémédiablement conflictuel.

A contrario la difficulté de « récompenser » l'assiduité d'un agent restreint l'efficacité des actions entreprises pour favoriser son « présentéisme » puisque la motivation du personnel est limitée à la notation (art.65 de la loi du 9 janvier 1986) et son l'avancement de carrière, alors que :

- la notation revêt un caractère scolaire contesté et mal perçu, tant par l'autorité que par l'agent, et reflète plus souvent l'ancienneté (pratique institutionnalisée de l'augmentation annuelle de la note d'un quart de point) que la valeur professionnelle.

- l'avancement d'échelon est en pratique quasi-automatique ou à l'inverse bloqué par l'existence de quotas d'effectifs.

Enfin l'intéressement financier des agents reste impossible en dehors des effets limités de l'attribution d'une surprime à certains d'entre eux.

2 - CONDITIONS DE TRAVAIL ET COMPORTEMENTS D'ABSENCE

Quels sont les éléments des conditions de travail qui influent sur le taux d'absentéisme dans les établissements sanitaires et sociaux ?

La charge de travail est une donnée fondamentale des conditions de travail en milieu gériatrique. Sa caractéristique principale est d'être variable dans le temps (d'un jour à l'autre), dans l'espace (d'un service à l'autre, au sein du même service), en volume, en intensité (pointes d'activités).

Cette charge peut être physique, mentale ou consécutive aux contraintes de l'organisation.

2.1 L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DU TRAVAIL

Des études réalisées pour analyser la charge de travail ont démontré l'influence des facteurs d'ambiance sur les comportements d'absence.

2.1.1 Locaux et matériels

L'inadaptation des locaux et le manque de matériel fait souvent l'objet de plaintes par le personnel lorsque celui-ci évoque ses conditions de travail.

Une enquête récente du ministère du travail ¹¹ relève que 67 % des salariés déclarent ne pas pouvoir effectuer correctement leur travail à cause de locaux ou mobiliers inadaptés. Or, les conditions de travail des soignants et les conditions de vie des résidents dépendent largement du cadre bâti qui détermine espaces de travail et de vie.

En ce qui concerne les locaux, il est souvent fait grief de chambres trop petites pour tourner autour des lits, du manque et de l'inconfort des locaux réservés aux agents (vestiaires ou

¹¹Marc Blin « De l'importance de l'architecture » in Profession Santé Infirmière N°19. Sept. 2000.

offices), de la mauvaise conception architecturale des bâtiments eu égard aux contraintes et organisations de services. Un agent des services de soins parcourt en moyenne 10km par jour et consacre près de 2 heures à ses déplacements. La fréquence des déplacements entre la salle de soins souvent excentrée et les chambres des patients amène un soignant à ne pas rester plus de trois minutes dans un même lieu¹².

Le manque ou l'inadéquation de matériels (lits à hauteur variables, lèves malades, lits douches, chariots de transports...) aggravent la pénibilité du travail, engendrent énervement et démotivation du personnel.

2.1.2 L'ambiance physique

Le niveau d'éclairage, le bruit, la température et l'humidité ambiante contribuent particulièrement à dégrader les conditions de travail : luminosité inadaptée (absence de variateurs d'intensité pour adapter la lumière à l'agent et au moment), défaut de ventilation des pièces sans fenêtre, variations de températures (en cuisine ou en blanchisserie notamment), température dans les services souvent supérieure aux 22° préconisés par la norme AFNOR (réf. X35203), environnement sonore trop bruyant (sonneries du téléphone, cireuse), etc.

2.2 LA CHARGE PHYSIQUE

Le travail auprès des personnes âgées amène l'ensemble des personnels à manipuler de manière répétitive de lourdes charges, que ce soit celles induites par la manutention de malades dépendants ou celles des chariots de repas ou de linge.

Cette charge tend à croître avec l'évolution des établissements sanitaires et sociaux du fait :

- ⇒ de la stagnation des effectifs.
- ⇒ du vieillissement des soignants qui supporte plus difficilement les charges de travail. La tranche des 40-49 ans est souvent la plus importante dans les établissements et cette catégorie d'agents exerce depuis de longues années avec de mauvaises habitudes de travail, alors que les techniques de manutention sont récentes.
- ⇒ d'un taux d'occupation des lits très élevé (supérieur à 90%), d'où une activité continue et très soutenue.
- ⇒ du vieillissement de la population soignée qui requiert plus de manutention et de soins.

¹² Dr Estryn-Behar – H. Poinçon. « *Travailler à l'hôpital* » Berger Levrault 1989.

Les travaux de Mme Estry-Béhar¹³ mettent particulièrement en évidence les charges physiques supportées par les soignants :

- ⇒ Les forces nécessaires pour soulever manuellement un relève-buste varient entre 10 et 33 kg, en fonction de l'état du lit et du poids du malade.
- ⇒ Les lits à hauteur variable sont plus lourds. Le déplacement du malade dans ce type de lit doit alors se faire à deux.
- ⇒ De 47 à 60% des soignants ont souffert du dos dans les 12 mois précédents.
- ⇒ Le temps total de posture pénible (penchée, accroupie, bras en l'air ou en portant des charges) occupe 16 à 30% du temps de travail des infirmières.
- ⇒ Le pourcentage du temps de travail debout varie de 66% à 82 % du temps.

Ainsi le temps consacré aux soins de nursing, en unité de soins de longue durée (U.S.L.D), représente 40 minutes d'intervention par patient contre 20 minutes en unité de médecine¹⁴. Dans ces mêmes unités, le transfert quotidien du patient du lit au fauteuil chaque matin, et du fauteuil au lit chaque soir, correspond à deux tonnes déplacées par soignant. Ces difficiles conditions physiques de travail ne doivent pas faire oublier les charges mentales, psychologiques et affectives qui pèsent sur les soignants du fait de leur confrontation permanente à la souffrance, à la mort et aux formes de l'organisation du travail.

2.3 SOUFFRANCE AU TRAVAIL : DE LA CHARGE MENTALE AU BURN OUT

2.3.1 Charge mentale et charge psychique

Il faut entendre comme charge mentale « l'astreinte relative au travail mental dans sa dimension psychosensorielle et cognitive. La charge psychique est comprise comme une mauvaise adéquation entre l'organisation du travail et l'individu, ce qui génère une souffrance mentale. La première représente une charge quantitative, la seconde qualitative, subjective est relative à chaque individu »¹⁵.

L'accroissement de la maîtrise des informations nécessaires à l'exercice professionnel des soignants (connaissance des malades et de leur spécificité, mémorisation des consignes,

¹³ Dr. Estry-Béhar « *Stress et souffrance des patients à l'hôpital* », Editions Esten, 1997

¹⁴ Etude du CREDES citée par J.M Bonmatti. op.cité

¹⁵ P. Canoui et A Mauranges « *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* ». MASSON 1998, page 70

maîtrise des divers protocoles, de l'outil informatique, etc.) sont facteurs d'une charge cognitive toujours plus lourde. L'information est multipliée, fractionnée, détenue par un nombre croissant d'acteurs. De plus les incessantes interruptions de l'activité en cours dans les services médicalisés, obligent les agents à recomposer en permanence les informations dont ils ont besoin ; ceci impose un effort de concentration supplémentaire lors de la reprise de l'acte initial (hausse de la fatigabilité), séquence le travail de manière imprévisible (insatisfaction d'une relation partielle avec le patient).

La charge psychique peut provenir d'éléments matériels (appréhension du soignant d'une mauvaise manutention tant à son égard qu'à celui du patient). Elle a surtout pour source les angoisses de toutes sortes que peuvent éprouver les agents face à la souffrance, la maladie, la démence et la mort. Elle relève plus du domaine de l'affectif que du cognitif et touche plus particulièrement les agents au contact des patients.

Aussi fortes puissent être la vocation et l'abnégation du soignant, aussi rationnelle et scientifique soient la prise en charge et ses protocoles, la relation avec le malade se joue aussi au niveau symbolique, inconscient avec un renvoi à son propre devenir et à ses émotions.

Les personnels des services de gériatrie sont le plus souvent confrontés à des malades en situation désespérée, dont les pathologies, irréversibles, accroissent la charge de travail de manière quantitative comme qualitative : les soins y sont peu variés et répétitifs, les décès fréquents, les corps dégradés ; les comportements perturbés de la personne âgée atteinte de démences modifient l'échange habituel soignant/soigné et saturant parfois l'agent.

Les effets d'accumulation de cette charge mentale peuvent se manifester dans le registre somatique par des affections de tous ordres : troubles digestifs, maux de têtes, fatigue extrême ; ils peuvent aussi conduire le soignant à une saturation ou une désillusion quant à son métier, à un épuisement professionnel qui l'amène à avoir des attitudes négatives vis à vis des patients.

2.3.2 Le stress professionnel

Le stress représente la réaction d'adaptation du corps à une situation difficile ou imprévue. Les facteurs de stress professionnel sont principalement liés aux charges de travail décrites précédemment. Ils sont également à rechercher avec :

⇒ Les variables personnelles du sujet.

Les sujets jeunes semblent plus vulnérables, ainsi que les personnalités ayant des difficultés à mettre en place un contrôle interne de leur stress.

⇒ L'ambiguïté des rôles

La confusion des tâches est particulièrement fréquente lors de pénuries de personnel. Elle amène alors le soignant à endosser une responsabilité ponctuelle qui modifie son activité ainsi que l'identité habituellement reconnue dans sa fonction, et qui renforce sa difficulté d'être à l'aise dans son professionnalisme.

⇒ Le manque de soutien

Il se traduit par un manque de reconnaissance du travail ou par une absence d'écoute (loi du silence par exemple qui empêche de reconnaître ses difficultés) qui isole l'agent dans une solitude lourde à vivre.

Les situations conflictuelles sont, en milieu sanitaire et social, une source de tension d'autant plus importante que celui-ci fonctionne essentiellement sur un mode affectif et émotionnel. Ce qui amène P. Canouï et A. Mauranges¹⁶ à penser que les conflits entre collègues et corps de métiers sont devenus souvent plus lourds que l'accompagnement aux malades, faisant de l'ambiance un facteur essentiel de la charge psychique des soignants.

2.3.3 Le burn out ou épuisement professionnel

Le terme «burn out » signifie littéralement « se sentir brûlé », « se sentir vidé ». Ce concept a plus particulièrement été théorisé dans les années soixante-dix aux Etats-Unis par Christina Maslach qui a été l'une des premières à élaborer un outil de mesure (le Maslach burn out inventory, ou M.B.I.).

Le «burn out » est un syndrome comportant une extrême fatigue physique et émotionnelle, impliquant le développement d'une vision de soi négative envers le travail à accomplir. Il se traduit dans trois dimensions¹⁷ :

⇒ **L'épuisement professionnel**

Un épuisement tant physique que psychique qui provient d'une demande psychologique excessive chez les personnes en relation d'aide

⇒ **La déshumanisation de la relation interpersonnelle**

¹⁶ P. Canouï et A. Mauranges « *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* ». op.cité

¹⁷ Ibid.

Le soignant se détache de ses patients, manifeste une sécheresse émotionnelle s'apparentant au cynisme, les propos tenus déshumanisant le malade. Cette mise à distance de l'autre permet au soignant de protéger son intégrité afin de pouvoir réaliser son travail.

⇒ **La diminution de l'accomplissement personnel**

En constatant sa distanciation, le soignant va constater son échec, commencer à douter de lui et de ses capacités à aller vers l'autre. Ainsi apparaissent la dévalorisation de soi, la culpabilité, la démotivation.

Il se caractérise également par une forte rotation des membres de l'équipe, une absence de coopération entre soignants, une cohésion inexistante, des attitudes négatives, un phénomène de « bouc émissaire » où chacun critique les autres.

Le phénomène du « burn out » peut s'étendre très rapidement aux membres de l'équipe, d'où la nécessité de mettre en place, avant que cet épuisement ne s'installe, des actions de prévention collective.

2.4 LES CONTRAINTES DE L'ORGANISATION DE TRAVAIL

L'organisation de travail constitue un des éléments essentiels qui conditionnent les conditions de travail. Comme le souligne Solange Lapeyriere¹⁸, « l'organisation c'est ce qui fait tenir et c'est aussi ce qui fait souffrir... ».

Le but de l'organisation du travail peut, pour Dominique Tonneau¹⁹, être considéré comme « consistant à agencer les différentes composantes de travail disponibles de façon à en optimiser l'usage, à la fois dans le sens d'une efficacité maximale pour les malades, et dans celui d'une satisfaction optimale des personnels au travail ».

L'organisation repose sur les trois piliers que sont la délégation des tâches, l'évaluation et la coordination.

¹⁸ Solange Lapeyriere « *Intérêt des analyses de l'organisation du travail pour optimisation des ressources* » Deuxième réunion nationale des missions d'appui des conditions de travail. Avril 1994

¹⁹ Dominique Tonneau « *L'organisation du travail dans les équipes soignantes – Elaboration d'une typologie des problèmes* » pp. 1-10 in Actes de la journée du 7 avril 1994 de la deuxième réunion nationale des missions d'appui des conditions de travail, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Direction des hôpitaux, Bureau « Politique des ressources humaines », avril 1994

Les problèmes d'organisation peuvent être résumés autour de quatre chapitres ²⁰:

- ⇒ **La structuration des tâches** : le planning, l'affectation personnel / tâches / malades...
- ⇒ **Les systèmes d'informations** : le dossier du malade, les protocoles, les supports de communication...
- ⇒ **Les relations entre acteurs**
- ⇒ **L'aménagement du temps de travail** : structuration des équipes (fixes ou alternantes, chevauchement, durée et horaires des postes), l'articulation entre vie privée et professionnelle...

Dans la réalité l'ensemble de ces éléments sont fortement interdépendants. Deux points d'entrée seront ici examinés dans l'analyse des contraintes que l'organisation des établissements sanitaires et sociaux fait peser sur conditions de travail des agents : les plannings et le cloisonnement entre les services et/ou catégories professionnelles.

2.4.1 Planning et horaires

L'organisation des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes est le plus souvent construite sur le modèle hospitalier en vue d'assurer une continuité des soins et des prestations. Les contraintes nées de la l'application de ce modèle dans les secteurs sanitaires sont donc fréquemment transposées dans les structures sociales attenantes aux établissements.

L'obligation, d'assurer une continuité de service, toute l'année, 24 heures sur 24, quels que soient les jours de la semaine, engendre pour les agents de nombreuses contraintes professionnelles et personnelles :

- L'élaboration des plannings induit un certain rythme de vie, au travail et hors travail, en raison du positionnement des repos et de la succession des différents postes. Il en résulte des conséquences sur la fatigue et la motivation des personnels lorsque certains horaires sont plus ou moins adaptés à la situation et aux agents concernés.

²⁰ Dominique Tonneau « *L'hôpital et l'organisation* » Gestions hospitalières N°342. Janvier 1995.

- La pénibilité du travail engendrée par des horaires peu compatibles avec une vie sociale équilibrée est un facteur qui doit être pris en considération. Ainsi les horaires coupés, s'ils sont souvent nécessaires pour assurer un effectif suffisant aux temps de repas et de toilette, sont cependant mal vécus par la majorité des agents car ils ne permettent que difficilement un investissement de temps personnel pendant les heures de coupure.

- Les modifications de planning (suppression de repos, alternance de jours/nuits ou de journées continues/coupées) consécutives à une absence de personnel détériorent les conditions de travail et accroissent la pénibilité des tâches. Le dérèglement des rythmes, le non-respect des cycles biologiques et physiologiques humains fragilise l'agent qui, à la longue, éprouve le besoin de se reposer...parfois en s'absentant.

Quel que soit leur niveau de qualification, les agents ne veulent plus subir les contraintes d'une organisation de travail planifiée sans eux.

2.4.2 Logiques catégorielles et cloisonnement de service

Une multiplicité d'acteurs aux logiques professionnelles distinctes tendent à renforcer un cloisonnement qui semble récurrent aux établissements hospitaliers, sanitaires et médico-sociaux.

A l'image de l'institution hospitalière, l'organisation de travail des établissements médicalisés accueillant les personnes âgées est très divisée, hiérarchisée et réglementaire.

Dans les structures sanitaires et sociales, la tendance observée est à une médicalisation croissante de l'activité, notamment par l'application croissante de protocoles d'hygiène toujours plus nombreux, ce qui ne peut encore que renforcer le cloisonnement entre services et la division existante entre acteurs. Ainsi l'unité de médecine et de soins de suite et de réadaptation (S.S.R) d'un hôpital local doit remplir les conditions requises par l'ANAES pour son accréditation, alors que les services relevant de l'hébergement ou de l'activité sociale doivent inscrire leur démarche qualité dans le cadre de l'auto-évaluation...

L'accroissement du cloisonnement dans nos établissements est dû principalement à l'évolution des métiers et des professions et également, pour Françoise Gonnet²¹, à l'insécurité engendrée par la maladie et la mort.

²¹ Françoise GONNET « *Les relations de travail à l'hôpital – entre complexité et insécurité* » in « *Dynamiser les ressources humaines* » Direction des hôpitaux, Paris, 1988

Les progrès médicaux ont diversifié les fonctions et créé nombre de métiers nouveaux. Ainsi ce qui était assuré il y a quelques décennies par la seule fonction d'infirmière, est aujourd'hui éclaté en spécialisations diverses :

- ménage effectué par une catégorie précise d'agents de service, les A.S.H.
- gestion par le cadre soignant
- soins de confort et d'hygiène par l'aide-soignante
- rééducation par le kinésithérapeute
- soutien relationnel par le psychologue
- plan alimentaire, régimes par la diététicienne

La prestation directe auprès du malade devient de plus en plus dépendante de l'ensemble de ces spécialités, de leur organisation et surtout de leur coordination. Celle-ci est au cœur de l'approche du résident ou du malade ; celui-ci ne correspond pas à différentes fonctions dont certaines relèveraient du médecin, d'autres des infirmières, et d'autres des autres personnels soignants, mais au contraire constitue une réalité unique.

Chaque métier se structure indépendamment des autres et tente d'imposer réciproquement ses contraintes en faisant valoir sa rationalité. Chaque logique est pertinente du point de vue de l'intéressé, mais devient contradictoire et divergente lorsque dans la réalité quotidienne elle rentre en interaction avec celle des autres. D'où un conflit possible, une coopération difficile et une détérioration des rapports sociaux qui jouent un rôle majeur en matière d'absentéisme.

L'amélioration des conditions de travail passe souvent par une nécessaire réflexion sur l'organisation. Celle-ci est affaire d'équilibre entre contrainte et souplesse. Comme nous le révèle l'approche des ergonomes, une organisation ne doit être ni trop figée, ni trop compartimentée. Or l'organisation du travail dans les services de gériatrie est souvent peu flexible, eu égard aux nombreuses contraintes qui doivent être gérées dans la prise en charge globale de la personne âgée. S'il faut certes organiser et répartir les rôles, il faut cependant aussi laisser la possibilité aux ajustements informels de se réaliser, ce qui justifie l'écart inéluctable entre le travail prescrit (spécifications des décrets de compétences) et le travail réel. Les agents doivent s'approprier leur travail, en sachant que tout travail fait l'objet d'une interprétation personnelle.

L'organisation doit refléter la capacité à assumer une responsabilité partagée d'un travail collectif, tout en mettant en place des procédures de coordination de tâches de soins et de délégation qui s'inscrivent dans un projet global de service à la personne.

2.5 CONDITIONS DE TRAVAIL ET MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES

Éviter la maltraitance des personnes âgées dans un établissement représente une priorité pour tout responsable. Une détérioration des conditions de travail, ou une mauvaise organisation, peuvent être des causes de maltraitance :

- Une surcharge de travail entraîne une fatigue plus importante. Les agents fatigués supportent moins bien les demandes des patients et des familles. Des comportements regrettables (paroles blessantes, tutoiement non choisi, absence de sourire, menaces...) peuvent alors apparaître, prémices à des actes plus graves.
- Apparition d'un épuisement professionnel lorsque la fatigue au travail devient excessive, avec ses conséquences de distanciation et de retrait dans la relation à autrui.
- Moyens inadaptés ou trop restreints en manutention des malades, qui provoquent quelques fois des sinistres, limitent les levers ou les bains des personnes dépendantes.
- Dysfonctionnements ou effets pervers de l'organisation au détriment du pensionnaire : toilettes et changes effectués « à la chaîne » qui déshumanise le malade, usage intensif de médicaments ou de calmants faute de temps pour s'occuper ou surveiller une personne agitée ou désorientée, actes de soins et de confort différés.

A contrario, l'amélioration des conditions de travail ne doit pas être réalisée au détriment de la qualité des services ou des soins offerts au pensionnaire. Ainsi n'est-il pas concevable que :

- Les animations ne soient pas assurées les week-end parce que les agents concernés sont systématiquement en repos ces jours là
- Les temps de pause soient automatiquement pris (ou prolongés) sans considération, au même moment, des besoins des résidents.
- Les congés annuels soient accordés aux agents en fonction de leurs demandes, si bien que sur les périodes estivales les remplaçants sont plus nombreux que les personnels titulaires.
- Le planning établi privilégie d'abord les aspirations personnelles (pas d'horaires coupés par exemple) avant les impératifs de fonctionnement : dîner pour les résidents à 18 heures afin de permettre aux agents de finir plus tôt leur journée de travail.

Comme cela a été évoqué précédemment, les facteurs influençant l'absentéisme ont pour origine essentielle le milieu de travail et les individus eux-mêmes. L'incidence des conditions de travail sur l'absentéisme est, nous l'avons vu, directe.

Pour mieux comprendre ce qui, à l'intérieur des organisations, motive la présence ou non au travail des individus, nous allons recourir à l'analyse des facteurs du comportement humains, et ce à travers une approche sociologique.

3 - L'INSATISFACTION AU TRAVAIL, UNE SOURCE D'ABSENTEISME

Parler de motivation conduit à s'interroger autant sur les motifs qui amènent les individus à être ou non présents au travail, que sur les modes de gestion qui permettent ou non la prise en considération de ces facteurs de motivation.

3.1 THEORIES DE LA MOTIVATION

⇒ **L'école des relations humaines (Elton Mayo)**

Elle a mis en relief l'influence des attitudes et des relations sur la qualité du travail. En effet, outre le système formel d'organisation du travail, coexiste un système informel constitué par la nature des communications entre les membres de l'établissement.

Au sein de l'organisation, l'homme se révèle avoir des motivations complexes, et de ce fait ne réagit pas forcément à l'appât du gain. La théorie considère que pour donner de la satisfaction aux salariés, il est nécessaire :

- de motiver les personnes en leur montrant le sens du travail, l'importance de ce qu'ils font.
- d'améliorer la cohésion du groupe de travail par une bonne entente entre les salariés et par le sentiment de se sentir apprécié par la direction.
- de passer d'un mode de management autoritaire tel que le taylorisme à un management compréhensif et encourageant.

Dans ces conditions les salariés doivent être plus responsables, plus autonomes. Ils pourront être évalués sur la réalisation de leur objectif (ce qui conduira ultérieurement la mise en place de la direction participative par objectif).

⇒ **La pyramide des besoins (Abraham H. Maslow)**

Afin de mieux comprendre ce que l'homme cherche à obtenir à travers son activité professionnelle, Abraham H. Maslow met accent sur l'analyse des besoins.

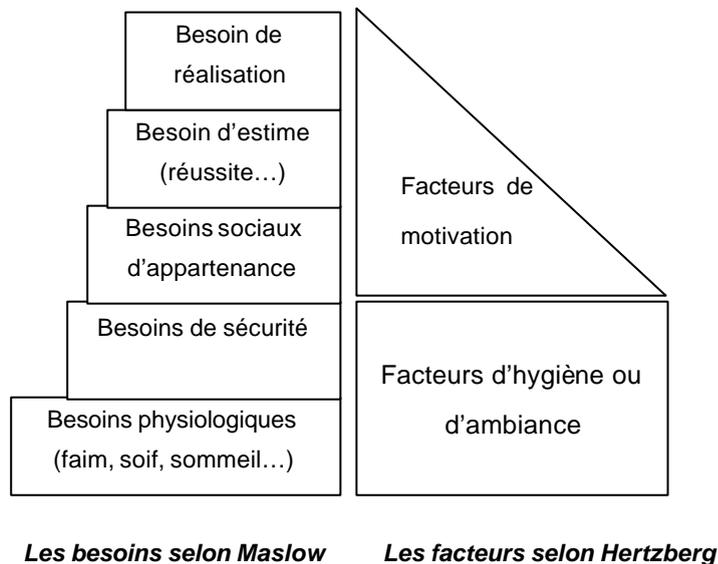
Selon Maslow les besoins sont hiérarchisés et s'imposent aux individus de manière contraignante. Les besoins supérieurs de la pyramide ne motivent que si les besoins inférieurs sont déjà comblés. A chaque besoin correspond une motivation.

Les premiers besoins sont organiques, puis concernent ensuite la sécurité, l'estime de soi, et enfin la réalisation de soi (**voir figure 1**). Ainsi un individu qui bénéficie d'un bon salaire et de la sécurité de l'emploi, recherchera le prestige social puis l'épanouissement par son métier; d'où la nécessité de valoriser son travail pour accroître sa satisfaction et améliorer ainsi son efficacité.

En ce qui concerne les professionnels des établissements sanitaires et sociaux, nous observons que les trois premières marches » de la pyramide sont globalement satisfaites, en revanche les besoins d'estime et de réalisation de soi restent à combler (exemple des revendications infirmières pour une revalorisation et une meilleure reconnaissance de leur métier, lors des grèves des années 1989-90).

Figure 1 : Maslow comparé à Hertzberg

Source : JP. Gruere et J. Jabes : « *Traité des organisations* ». Paris, PUF, 1982, page 25



⇒ **L'enrichissement au travail** (Frédéric Hertzberg)

La théorie de Maslow, jugée quelques fois trop simpliste, a été complétée en 1966 par F. Hertzberg qui postule que tout individu aspire à grandir psychologiquement et doit donc s'épanouir au travail.

Les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction, qui n'appartiennent pas au même continuum, sont distingués en deux catégories :

- **Les facteurs de motivation** comprennent le contenu du travail lui-même, la considération dont bénéficie le salarié, les possibilités de carrière et la responsabilité. Ces facteurs « intrinsèques » au travail ne provoquent pas d'insatisfaction lorsqu'ils ne sont pas pris en compte. Utilisés à bon escient ils déclenchent de la satisfaction de façon durable.

- **Les facteurs « d'hygiène de vie » ou d'ambiance** regroupent la politique générale de l'établissement, les relations avec les supérieurs ou les collègues, les avantages sociaux et le salaire, les conditions matérielles du travail.

Ces facteurs « extrinsèques » au travail provoquent de l'insatisfaction lorsqu'ils ne sont pas pris en considération, mais ne provoquent pas pour autant une satisfaction marquée quand ils le sont.

Ce qu'il convient de retenir :

Ces théories de la motivation ont fait l'objet de nombreuses controverses, du fait notamment de leur prétention à une hiérarchisation universaliste qui occulte les différences individuelles liées à l'histoire personnelle des agents, les différences culturelles ou de contexte organisationnel qui induisent des niveaux de besoins de nature et d'ordre différents.

Cependant la prise en considération des facteurs de motivations des salariés a conduit à la mise en place de nouvelles organisations à partir²² :

- De la rotation des postes afin de rompre la monotonie du travail (même si cette rotation exige à chaque fois un effort d'adaptation important).
- Un élargissement des tâches afin de limiter la division et la répétitivité du travail.
- Un enrichissement des tâches pour offrir plus de responsabilités et d'autonomie aux salariés en leur confiant des missions de contrôle, de commande.

La théorie de motivation de Herzberg a l'avantage de montrer les limites de toute stratégie de motivation qui serait centrée uniquement sur le pôle « environnement du travail. Si une bonne gestion des facteurs relatifs à l'environnement et des conditions de travail constitue une condition nécessaire à la motivation, elle ne demeure pas pour autant une condition suffisante» (**voir figure 2**).

⇒ **La théorie de l'équité (F. Herzberg)**

Cette théorie complète celles de la motivation en mettant l'accent sur les sentiments d'injustice ou d'iniquité que peuvent ressentir les individus au sein d'une organisation.

Cette théorie constitue le point de départ de l'analyse même du processus de la motivation repris par Victor Vroom puis Porter et Lawler (théorie des attentes).

Selon Herzberg, le sentiment d'injustice fait partie des causes d'insatisfaction les plus fréquemment invoquées à l'égard du travail. Sa théorie démontre qu'un individu compare en permanence sa situation à celle des autres afin de vérifier s'il est traité de manière équitable,

²² D'après Philippe Bernoux « *Sociologie des organisations* » 1990, Collection Points

si les termes de l'échange de l'apport au travail / résultat lui est favorable (en terme de rémunération par exemple).

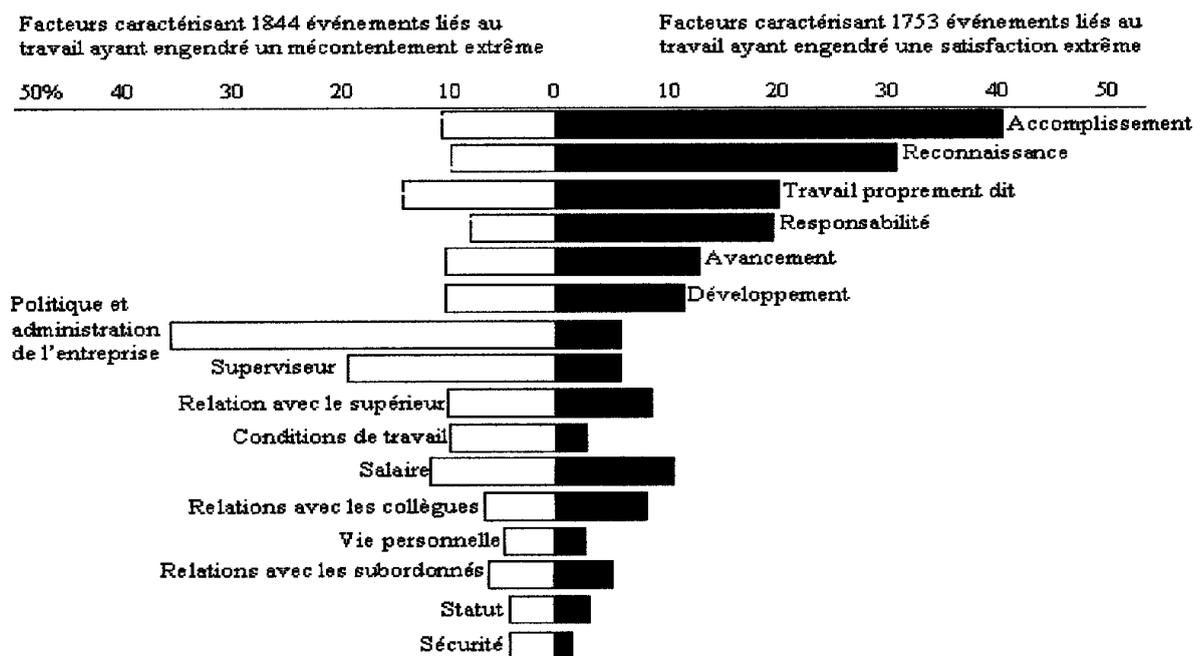
Le sentiment d'injustice se manifeste quand les coefficients des résultats obtenus en fonction des apports ne sont pas égaux pour tous. Cette injustice fait naître des tensions entre les individus et les groupes professionnels et peut amener les intéressés à entreprendre différentes actions :

- En modifiant le volume de production de travail, écourtant les heures de travail, en s'absentant plus fréquemment, etc.
- En quittant l'organisation ou le groupe de référence pour réduire l'origine de l'injustice.

Cette théorie de l'équité semble particulièrement pertinente pour expliquer les revendications salariales ou de travail des différentes catégories professionnelles des établissements sanitaires et sociaux. Elle permet en particulier de mieux appréhender le positionnement respectif des soignants quant à leur identité professionnelle et à la reconnaissance qui en est attendue.

Figure 2 : Facteurs influant sur le comportement de travail selon F. HERZBERG

Source GRUERE (JP) « *Traité des organisations* ». Paris, PUF, 1982 op cité, p 177



3.2 IDENTITE PROFESSIONNELLE ET RECONNAISSANCE

Un certain nombre d'auteurs ont réussi à prouver que la motivation au poste de travail parvenait à effacer certains effets mécaniques dus à la pénibilité des tâches. R. Frances s'appuyant sur les travaux de L.K Waters et D. Roach²³ estime que « la fréquence des absences n'est pas corrélée avec les aspects extrinsèques excepté le salaire, mais avec les aspects intrinsèques tels que la reconnaissance des travailleurs, le sentiment de responsabilité, d'accomplissement ».

Ainsi les revendications des soignants sont le plus souvent centrées sur la nécessité d'une plus grande reconnaissance sociale de leurs fonctions, exprimant un besoin vital de considération.

Cette reconnaissance est perçue à travers l'image du poste retenue par l'agent, et à travers les regards des autres (hiérarchie, collègues, familles et résidents, entourage proche). Chacun a besoin d'une conscience claire de sa contribution, de ses actions et de leur résultat, et en contrepartie de la reconnaissance de cette contribution par les autres catégories professionnelles ou les malades. Ainsi dans un hôpital la valorisation du travail des ASH, par la mobilisation des médecins d'un service de chirurgie, a t'il permis de faire baisser en flèche l'absentéisme et le turnover de ces agents²⁴.

Comme le montre Françoise Gonnet²⁵, l'évolution des structures sanitaires a depuis 30 ans conduit les personnels à passer d'un système fondé sur le bénévolat (vocation, dévouement, rapports d'ancienneté, consensus sur les valeurs partagés) à celui d'un professionnalisme construit, où les personnes sont formées, ont appris des métiers et veulent être reconnus comme professionnels. Les seules valeurs d'aide et de bénévolat ne suffisent donc plus à répondre aux attentes des acteurs. Diplômes, qualifications, formations, autant de facteurs qui forgent l'affirmation d'une identité professionnelle spécifique et qui se veut reconnue.

En terme d'identité professionnelle il convient d'entendre « toutes les normes, valeurs, règles qui constituent les références de base d'une profession et auxquelles les membres de cette profession s'identifie en les faisant leurs »²⁶.

²³ R. Frances, L.K Waters et D.Roach cités par H Leteute. op. cité, page28

²⁴ M. Binst « *Une arme contre l'absentéisme et le turnover : l'analyse stratégique* » in Gestions hospitalières N° 261 – Déc. 86 Janvier 87

²⁵ Françoise Gonnet « *Evolution des situations de travail à l'hôpital* » op. cité

²⁶ Françoise Gonnet « *Les relations de travail à l'hôpital* » op. cité

La construction d'identités professionnelles solides permet aux acteurs de se situer à la fois les uns par rapport aux autres, de se faire reconnaître dans leur rôle global et dans leur spécificité propre, d'acquérir une meilleure estime de soi.

Cependant l'actuel découpage catégoriel, note Françoise Gonnet²⁷, ne répond en rien aux problèmes d'identité et semble responsable de beaucoup de cloisonnements, d'identités très étroites, de chevauchements de tâches, de mauvaise coopération et de dégradation de l'ambiance.

En effet chaque catégorie cherche à se faire reconnaître par des délimitations restreintes, des définitions de tâches précises et restrictives, et le décalage entre ce qui devrait être et la réalité devient source d'insatisfaction. Ainsi une infirmière ne peut plus faire un lit sans perdre son identité de soignante, une aide-soignante faire le ménage sans s'estimer déqualifiée...

La coopération entre les différentes catégories professionnelles apparaît donc d'autant plus nécessaire que celle-ci tend à se réduire du fait :

- De la complexité des tâches qui introduisent des logiques différentes et un repli sur un domaine spécifique
- De l'éclatement des lieux et des temps entre les différentes catégories autour de la personne âgée.

Cette coopération ne peut être effective que si les acteurs concernés sont d'une part conscients d'intérêts communs autour du malade, en ayant la possibilité d'affirmer leur identité professionnelle, et d'autre part s'il y a une valorisation des différents secteurs.

En conclusion F. Gonnet pose le constat que la caractéristique commune aux catégories professionnelles satisfaites et motivées, quelque soit la hiérarchie tient à :

- Leur maîtrise plus ou moins large d'un domaine d'activité pertinent et indispensable pour la marche de l'unité, et au pouvoir concomitant de celui qui en détient la maîtrise ; inversement l'insatisfaction forte est toujours liée à la marginalisation, à l'exécution ou à l'impossibilité d'assurer une position centrale.
- A la reconnaissance, dans la réalité quotidienne, de cet état de fait par les collègues de travail.

La majorité des problèmes humains rencontrés dans les institutions sanitaires et sociales, tel l'absentéisme, le cloisonnement entre groupes, la démotivation liée à la situation de travail

²⁷ Françoise Gonnet « *L'hôpital en question – un diagnostic pour améliorer les conditions de travail* » Editions Lamarre – 1992 page 42

sont, avant d'être des problèmes individuels, des problèmes d'équipes à équipes, de groupes à groupes, et la « dimension collective devient alors cruciale ».

Au stade de cette étude, nous avons pu mettre en évidence que l'absentéisme (comme le turnover) sont liés à l'insatisfaction des individus dans leur travail. Cette (in)satisfaction tient certes à des variables générales, tels que le salaire ou les conditions de travail (dans leur sens matériel), mais dépend avant tout de l'organisation du service, de la répartition des tâches, des pouvoirs et de la valorisation des individus qui en découle.

Or la prise en considération ou non de ces facteurs va conduire les différents modes de gestion à être source, ou non, d'absentéisme.

3.3 MODES DE GESTION ET COMPORTEMENTS D'ABSENCE

3.3.1 Pratiques de management

Par mode de gestion il faut entendre l'ensemble des pratiques managériales mises en place par la direction d'un établissement ou d'une organisation pour atteindre les objectifs qu'elle s'est fixée. Management et organisation sont en pratique étroitement liés puisque de la qualité du management va dépendre le degré de réalisation desdits objectifs de l'organisation.

Ces différents modes de gestion pourront avoir un effet pathogène ou être facteur de stress professionnel. En effet chaque mode attribuera à chaque membre du personnel d'une organisation une charge de travail concrète réelle à un triple niveau : physique, cognitif et affectif, lui donnera un degré d'autonomie plus ou moins grand pour faire face à cette charge de travail et reconnaîtra plus ou moins son savoir, son savoir-faire, son expérience et son savoir être. La relation qui s'établira entre la charge de travail, le degré d'autonomie et de reconnaissance déterminera un niveau de stress professionnel²⁸.

Les modèles de management sont soit directifs, soit à l'opposé, participatifs, ou empruntent simultanément des pratiques à ces deux modèles.

²⁸ D'après J.F Chanlat Professeur à l'École des Hautes Etudes Commerciales « *Modes de gestion et stress professionnel* » in « *Les conditions de vie au travail* ». E.N.S.P département MATISS, Rennes.

⇒ **Le management directif**

Ce mode de gestion fait référence à l'école, dite classique, des pionniers des théories de l'organisation que sont Max Weber, Fayol et F.W.Taylor. Sans entrer dans le détail du modèle taylorien ou technobureaucratique de Weber, ceux-ci ont en commun :

- Une division et une spécialisation du travail fixe et officialisée
- Une hiérarchie clairement définie
- Un système de règles stables et explicites (omniprésence de la réglementation écrite par exemple)
- Une grande importance accordée aux techniciens et aux experts.

Ce type de management a conduit à la mise en place d'organisations déniant reconnaître à l'exécutant toute possibilité d'initiatives, d'autonomie quant à ses méthodes de travail. L'aspect répétitif des tâches, leur caractère monotone, la pression du temps, la pénibilité des charges physiques et mentales ont été responsables des maladies et vieillissements observés chez les salariés soumis à ces pratiques.

Par ailleurs ces théories ont minimisé l'influence des forces de l'environnement, les phénomènes de pouvoir et de groupe, la place de l'affectif et de l'individu dans l'organisation.

⇒ **Le management participatif**

A l'opposé du management directif, et dans le prolongement des différentes recherches sur la motivation de l'individu au travail, le management participatif part du principe que l'être humain est une personne responsable à qui l'on doit donner toute l'autonomie nécessaire à la réalisation de la tâche, voire l'intégrer dans la gestion plus globale de l'entreprise. Ce modèle est décliné à partir des années 70 sous différentes formes : management intégratif, management intuitif, management social, qui ont tous pour points communs de faire participer à des degrés divers le personnel.

Ces modes de gestion sont construits à partir de la nouvelle compréhension de l'organisation que permet l'analyse stratégique et systémique théorisée en France par M. Crozier et E. Friedberg²⁹ : l'organisation est reconnue comme un système ouvert et la place des hommes doit être reconsidérée, l'acteur et le système sont en permanente interaction et il n'y a donc plus deux pôles séparés (individu et/ou organisation) avec prééminence de l'un ou de l'autre.

²⁹ M. Crozier et E. Friedberg « *L'acteur et le système* » Paris, Seuil, 1977

3.3.2 Incidences du mode de gestion sur la santé

L'observation des modes de gestion dans les établissements sanitaires et sociaux amène à situer ceux-ci le plus souvent dans le modèle technocratique. En effet on y retrouve entre autres :

- Une autorité centralisée
- Une hiérarchie clairement définie qui organise les postes et les fonctions selon une pyramide précise
- Une définition et une formalisation des tâches, qui réduit l'autonomie et empêche le personnel de répondre aux besoins inattendus ou mal évalués par les experts
- Une rigidité des normes, qui conjuguée aux restrictions budgétaires contraint l'exercice professionnel des agents.

Le personnel aux prises avec un tel mode de gestion est souvent obligé de composer avec un message contradictoire, difficile à surmonter, à savoir « bien faire tout en étant empêché de le faire »³⁰. Ce paradoxe est à l'origine de problèmes de santé pour ceux et celles qui ne peuvent y échapper. Ainsi, bien souvent les soignants dénoncent le hiatus existant entre leur volonté de respecter la dignité des personnes et le peu de temps impartis aux repas, qui les contraint notamment dans les institutions de gériatrie à avoir des relations impersonnelles voire « automatisées ».

Souffrance et psychopathologie du travail

Le milieu de travail apparaît, selon l'hypothèse de Renaud Sainsaulieu³¹, comme un milieu de socialisation en lui-même dans la mesure où il est, au moins autant que dans la famille, un moyen d'accès à l'identité. Les relations de pouvoirs et de collaboration qui se développent au travail mènent à un double positionnement interpersonnel et collectif par lequel l'individu trouve des occasions plus ou moins riches et complexes de définition de soi et de reconnaissance par les autres.

La souffrance commence lorsque le rapport homme / organisation du travail est bloqué, lorsque le travailleur ne peut plus apporter aucun aménagement à sa tâche dans un sens qui serait plus conforme à ses besoins physiologiques et à ses désirs psychologiques.

³⁰ D'après J.F Chanlat « *Modes de gestion et stress professionnel* ».op. cité

³¹ Renaud Sainsaulieu « *L'identité et les relations au travail* » in Renaud Sainsaulieu « *La valeur travail* », Educations Permanentes N° 116, mars 1993, page 160

Ce qui fait dire à Christophe Dejours, qui étudie dans le cadre de la psychodynamique du travail³² le rapport psychique de l'homme au travail, que les conditions de travail sont dans l'ensemble moins redoutables qu'une organisation rigide et immuable.

Plus l'organisation est rigide, plus la division des tâches est poussée, moins il y a en général de contenu significatif dans le travail, et surtout moins il existe de possibilité de l'aménager. Travailler impose toujours de sortir de l'exécution pure et simple. Il n'y a pas de travail d'exécution car « le travail c'est la mobilisation des hommes et des femmes face à ce qui n'est pas prévu par la prescription, face à ce qui n'est pas donné par l'organisation »³³.

« "Le travail devient donc l'affrontement à ce que l'organisation laisse de côté », la confrontation entre le réel et le prescrit. Et lorsqu'en lui refusant d'utiliser ses capacités et sa créativité, le travail ne permet plus à l'individu de se construire du sens et de l'identité, celui-ci est alors privé du sentiment d'accomplissement de soi et de reconnaissance.

Les enjeux en terme de santé

A défaut de cette reconnaissance, la souffrance va prendre le dessus de la scène, et le plaisir au travail va disparaître puisque cette négation, voire son inexistence sont équivalentes à une négation d'identité (non-être professionnel).

La perte d'espoirs qui en résulte fait courir au sujet le risque d'une désorganisation psychique et psychosomatique. S'ouvre alors un monde de comportements jugés paradoxaux, irrationnels, mais qui trouvent leur logique et leur légitimité dans la nécessité impérieuse de se défendre contre la souffrance³⁴. L'absentéisme d'un agent s'analyse, dans ce cas de figure, comme une des manifestations de cette stratégie défensive.

³² Christophe Dejours « *Travail et usure mentale* » Bayard Editions, 1993

³³ Philippe Davezies « *Éléments de psychodynamiques du travail* » in *Educations Permanentes* N° 116, mars 1993, page 37

³⁴ Christophe Dejours « *Travail et usure mentale* » op. cité

ANALYSE PERSONNELLE

Au terme de cette approche des différentes causes de l'absentéisme, je retiendrai les idées suivantes :

- ⇒ **Un certain nombre de facteurs individuels** (âge, sexe, situation de famille) ne sont pas en eux-mêmes toujours pertinents pour expliquer tel ou tel niveau d'absentéisme. De plus ils n'offrent que des voies d'action limitées.
- ⇒ **L'amélioration des conditions matérielles et ergonomiques de travail** est un préalable nécessaire, mais insuffisant en lui-même à une réduction de l'absentéisme dans nos établissements.
- ⇒ L'absentéisme est avant tout le symptôme d'un **manque de motivation et de satisfaction** au travail. Les causes sont multiples et complexes à discerner car elles sont à rechercher dans l'analyse de l'interaction individu / travail. A cette fin différentes portes d'entrées ont été utilisées, tant au niveau de l'acteur que de l'organisation. Elles ouvrent toutes sur la nécessité de valoriser et reconnaître le travail de chacun, d'affirmer l'identité individuelle et professionnelle des agents, et ce dans le cadre du fonctionnement collectif de l'équipe.

Ces hypothèses étant posées, il me faut tenter de les vérifier dans le contexte de l'hôpital local de Graulhet.

PARTIE II : COMPRENDRE L'ABSENTEISME A L'HOPITAL DE GRAULHET

1 - L'ABSENTEISME A L'HOPITAL DE GRAULHET

1.1 PRESENTATION DU CONTEXTE LOCAL

1.1.1 Capacité d'accueil

Située à une équidistance de 35 km de Castres et d'Albi, la ville de Graulhet compte 13550 habitants.

Les missions de l'hôpital local de Graulhet sont orientées, de par son activité de médecine, vers une offre de soins de proximité en réponse aux besoins de santé de la population, et de manière générale vers l'accueil des personnes âgées autonomes ou dépendantes.

Ces missions sont définies dans le projet d'établissement approuvé en date du 3 août 1998, en conformité avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.

L'hôpital local est composé d'un secteur sanitaire et social :

- le secteur sanitaire comporte 18 lits de médecine et 15 lits de soins de suite et de rééducation.

Le taux d'occupation pour l'ensemble de ces **33 lits** a été en 1999 de 88.27%

- le secteur social se décompose en **140 lits**, répartis sur deux maisons de retraite :
 - *La résidence du Parc* dispose de 80 lits, dont 20 de cure médicale. Elle accueille des résidents autonomes ; ceux-ci sont maintenus aussi longtemps que possible sur cette structure jusqu'à ce que leur état de santé nécessite leur transfert sur une unité plus médicalisée.
 - *La résidence St François* comporte 60 lits dont 26 de cure médicale et 24 lits en U.S.L.D. Celle-ci reçoit des personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice ou sociales. Il est à noter qu'il n'existe pas d'aménagements

architecturaux spécifiques (type Cantou) à la prise en charge des personnes désorientées ou démentes.

La répartition des personnes en groupes iso-ressources (GIR) par unité, relevée en décembre 2000, est la suivante :

	GIR moyen pondéré	Répartition des résidents par GIR en %
Le Parc (Cure médicale et hébergement)	385	GIR 6 : 13 % GIR 5 : 36 %
St François (Cure médicale et hébergement)	876	GIR 2 : 43 % GIR 1 : 41 %
St François (U.S.L.D soit 24 lits)	933	GIR 2 : 42 % GIR 1 : 58 %

- Pour les deux maisons de retraite, le GIR moyen pondéré s'élève à 610.
L'âge moyen des résidents est de 81 ans pour les hommes, 86.8 ans pour les femmes.
Le taux d'occupation a été de près de **96%** au titre de l'année 2000, ce qui traduit une activité constante tout au long de l'année dans ces unités.

⇒ Le GIR moyen de St François (GMP de 933) traduit le niveau de dépendance élevé des résidents et par conséquent une charge de travail plus importante.

1.1.2 La politique générale de l'établissement

- L'hôpital de Graulhet bénéficie vis à vis des instances de tutelle et du public d'une bonne image extérieure (longue liste d'attente pour l'admission dans l'établissement). Cette image était fortement dégradée en 1996, lors de l'arrivée de l'actuel directeur, puisque l'autonomie de l'établissement et la pérennité de son secteur sanitaire même étaient alors en suspens.
- En février 2001 l'hôpital a été le premier établissement public de la région Midi-Pyrénées à signer une convention tripartite avec le Conseil Général et la D.D.A.S.S.
- L'accréditation sur le secteur sanitaire reste à programmer, mais le service médecine / S.S.R a été intégré dans la démarche qualité initiée lors de la procédure d'auto évaluation.
- Des projets de création d'une unité de 5 lits d'hébergement temporaire et d'une unité d'accueil pour malades désorientés sont en cours d'étude pour une réalisation d'ici 3 ans.

- L'hôpital est engagé dans une politique de travail en réseau : participation à une communauté d'établissement avec le C.H d'Albi et celui de Gaillac, mise en place avec le Service de Soins Infirmiers A Domicile (S.S.I.A.D) de Graulhet d'un Centre Local d'Information et de Coordination (C.L.I.C) à vocation gériatrique
- La politique d'amélioration de la prise en charge s'est notamment traduite pour le personnel par une structuration de la réflexion et par une dotation en supports et outils : constitution de commissions dans les domaines majeurs de prise en charge (soins infirmiers, alimentation, linge, animation, accueil) et création systématique de référents de service dans ces mêmes domaines, élaboration de protocoles de bonnes pratiques professionnelles, informatisation de l'ensemble des services.

1.1.3 L'organigramme des services

Les deux maisons de retraite ainsi que l'unité de Médecine / S.S.R sont regroupées dans un même périmètre géographique (liaisons par des galeries).

Le positionnement des 3 cadres soignants sur des missions transversales depuis 1999 (hygiène et qualité – coordination des soins et gestion des plannings – activité) est à l'origine d'une modification de l'organisation et du management des équipes : la structuration de l'établissement repose désormais sur un encadrement de terrain dévolu aux infirmières qui assurent des fonctions de référent de service et des équipes. Il n'y a donc plus de cadre spécifiquement affecté sur chaque unité.

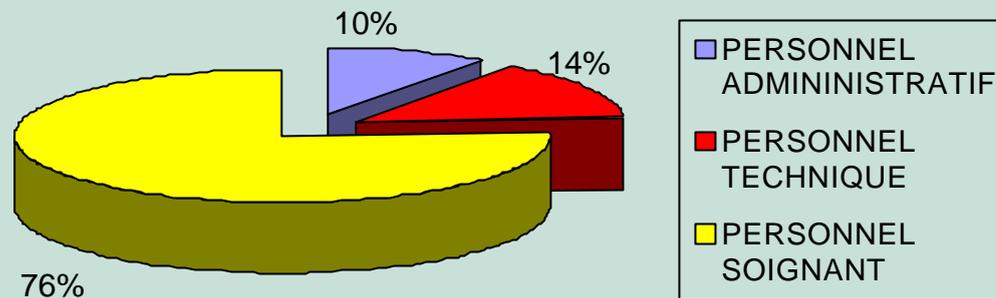
L'encadrement des équipes techniques et d'entretien des surfaces est confié à l'ingénieur en organisation et méthode, celui du personnel administratif au chef de bureau.

1.1.4 L'effectif budgété

L'effectif budgété n'est composé que de personnel non médical. La répartition au tableau des emplois permanents en équivalent temps plein (E.T.P) est la suivante :

	SANITAIRE	SOCIAL	USLD	TOTAL
PERSONNEL ADMINISTRATIF	6	2.90	0.60	9.50
PERSONNEL TECHNIQUE	6	6.40	1.60	14
PERSONNEL SOIGNANT	30.50	29.40	13.60	73.50
TOTAL GÉNÉRAL	42.50	38.70	15.80	97

Tableau 1 : Répartition de l'effectif non médical



Au personnel titulaire s'ajoutent 4 emplois jeunes ainsi que 7 personnes en contrat emploi solidarité ou consolidé.

Au 31 décembre 2000, le total de l'effectif présent (personnes physiques) était de 104 agents (dont 16 agents contractuels).

1.1.5 La politique du personnel

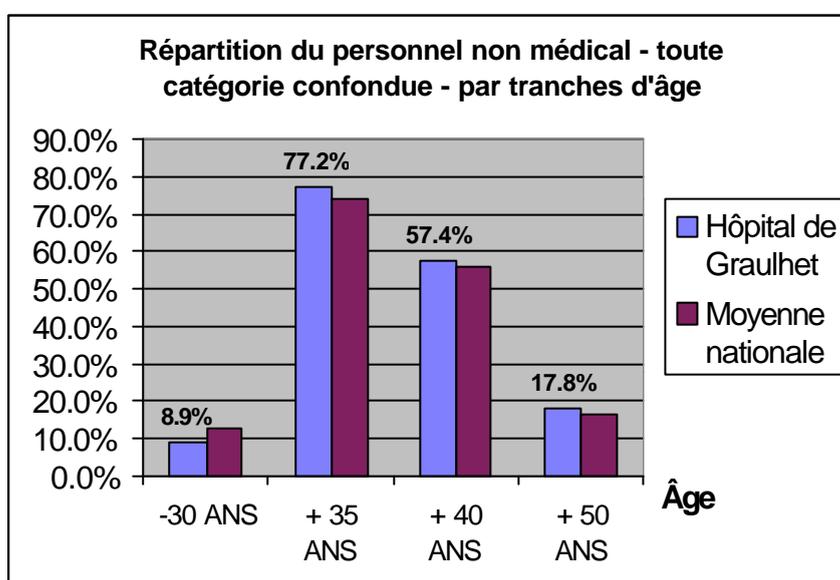
- L'octroi des temps partiels a été favorisé depuis 1997 : 23 agents titulaires (soit 25 % de l'effectif titulaire en personne physique) exerce ses fonctions à temps partiels.
- Les absences des personnels soignants sont remplacées dans les délais les plus courts, en fonction des possibilités de recrutement.
- Des horaires variables ont été instaurés, les horaires coupés ont été limités autant que possible.
- Le plan de formation est élaboré en concertation avec la commission de formation ; les actions de formation sont définies à partir d'axes institutionnels et des attentes personnelles (préparation aux concours, projets individuels).

1.2 CARACTERISTIQUES DU PERSONNEL DE GRAULHET

1.2.1 Comparaison des classes d'âge entre le personnel de l'hôpital de Graulhet et les données nationales en 1998

Les données de l'hôpital de Graulhet ont été comparées à celles issues, pour l'année 1998, de la synthèse annuelle effectuée par le ministère de l'emploi et de la solidarité à partir des bilans sociaux des établissements publics de santé³⁵.

Cette comparaison a été réalisée à partir de données nationales agrégées avec les statistiques fournies par les établissements publics de plus de 300 salariés, seuls établissements tenus d'établir un bilan social.



Analyse :

L'âge moyen du personnel de l'hôpital de Graulhet est un peu plus élevé que celui relevé dans les moyennes nationales (voir annexe 2) :

- La part du personnel de plus de 50 ans s'élève à 17.8 % sur Graulhet, contre une moyenne nationale de 16.3%
- Pour les soignants, ce phénomène est particulièrement évident pour les infirmières et les A.S.H de plus de 40 ans.

³⁵ Laurence Haensler et Emmanuelle Mauger « *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières – Établissements publics de santé 1998* », Ministère de l'emploi et de la solidarité – Direction des hôpitaux – bureau FH1, mai 2000

- En ce qui concerne plus particulièrement les aides-soignantes (40 % du personnel de Graulhet) 81 % de cette catégorie professionnelle a plus de 35 ans (contre 77.1% au niveau national), et 54.8% des A.S ont plus de 40 ans.
- En revanche le personnel administratif et technique de l'établissement se situe majoritairement sous la tranche d'âge des 40 ans.

Les tranches d'âge des plus de 40 ans (40-44 ans, 45-49 ans et > 50 ans) obtiennent le pourcentage d'effectifs le plus important tant au niveau national que sur l'hôpital de Graulhet. Sur l'établissement, l'âge moyen du personnel soignant est de 42 ans, soit :

- de 44 ans pour les infirmières
- de 41 ans pour les aides-soignantes

Ces données traduisent le vieillissement du personnel soignant de l'hôpital de Graulhet. Elles confirment par ailleurs la tendance générale du vieillissement du personnel hospitalier observée en France à raison de 9 mois tous les ans³⁶.

1.2.2 La répartition par sexe

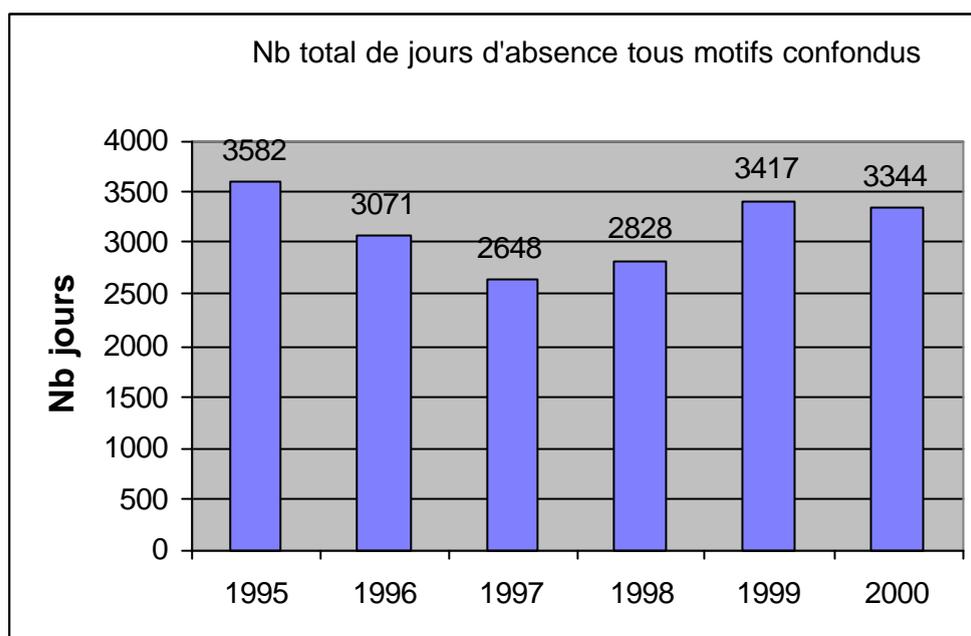
La population de l'établissement est fortement féminine : 83 % de l'ensemble du personnel ; le déséquilibre est flagrant chez le personnel soignant où les hommes ne représentent que 7% de l'effectif (contre 17% au niveau national).

³⁶ donnée citée par J.M Bonmati « *les ressources humaines à l'hôpital* » op. cité, page 91

1.3 ETUDE DE L'ABSENTEISME A L'HOPITAL DE GRAULHET

1.3.1 Évolution annuelle

⇒ Les données de l'absentéisme



Au cours de l'année 2000, il a été enregistré pour l'ensemble du personnel titulaire, stagiaire ou contractuel sur poste fixe (soit un total de 100 agents), **3344 jours d'absence**, tous motifs confondus (motifs médicaux ou non) ; cela se traduit par une absence moyenne de **33.4 jours par agent**.

Les contractuels affectés sur des motifs de remplacement ont été à l'origine de 118 jours d'absence, les 7 agents en contrat emploi solidarité ont été absents près de 336 jours.

Au total l'absentéisme de l'ensemble du personnel de l'hôpital s'élève à **3943 jours**, soit l'équivalent, sur 97 postes E.T.P, de plus de **10 postes temps plein** obérés en permanence pour cause d'absence. L'établissement a donc souscrit une assurance pour se garantir contre cet absentéisme.

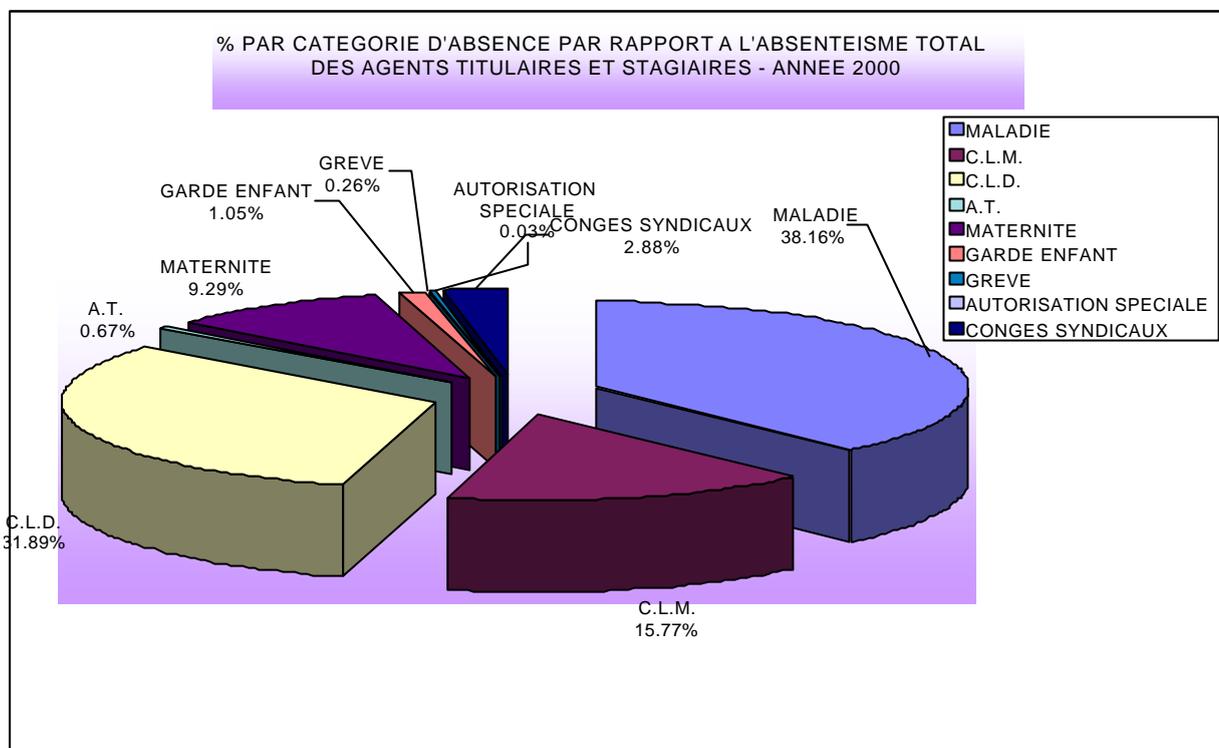
Le coût financier des mensualités de remplacement est estimé à 10 % des dépenses du groupe 1.

Structure de l'absentéisme

Les arrêts pour motifs médicaux composent la quasi totalité de l'absentéisme des agents titulaires/stagiaires.

Parmi ces arrêts, il convient de noter la faible part représentée par les congés maternité (moins de 10 % de l'ensemble).

Le faible nombre de jours de grève ou de congés syndicaux révèle un climat social relativement serein.



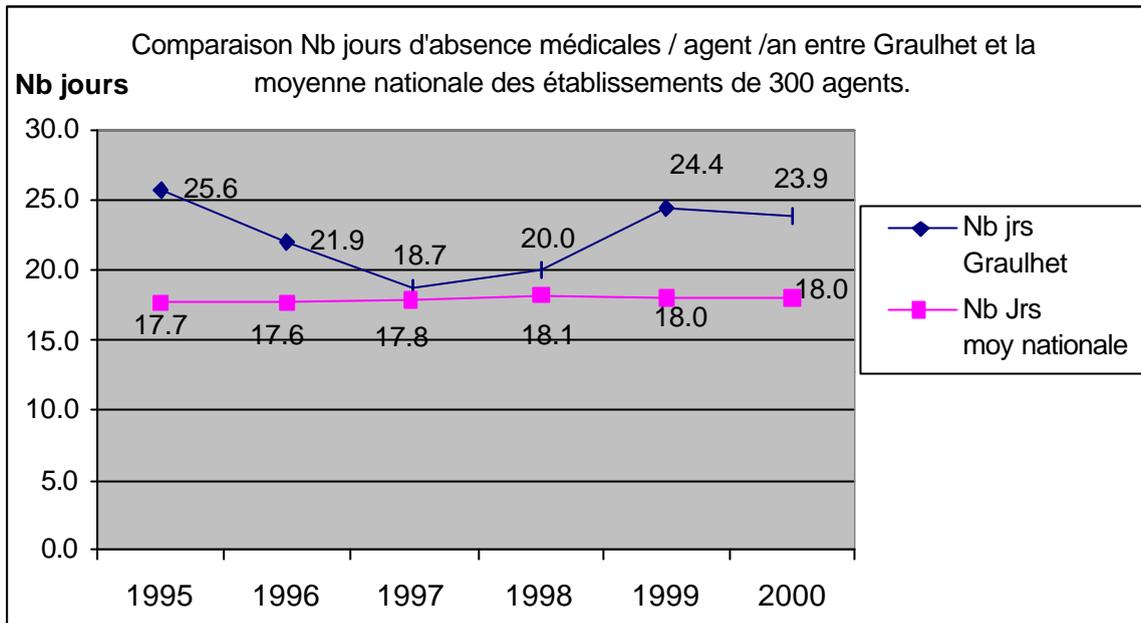
L'évolution de l'absentéisme dans le temps peut être retranscrite par les ratios suivants :

⇒ **Le nombre de jours d'absence par agent.**

La formule retenue à des fins de comparaison sera l'absence pour causes médicales au 5/7^e / l'effectif (titulaire ou stagiaire) moyen annuel (rémunéré).

Le prorata du nombre de jours d'absence par 5/ 7 permet de neutraliser l'impact des repos hebdomadaires sur la durée totale de l'arrêt ; cette méthode de calcul m'apparaît cependant contestable dans la mesure où les arrêts fournis par les agents prennent le plus souvent fin à la veille de leur repos, et ce afin d'éviter un abattement supplémentaire sur leur prime de service.

Cette méthode est donc susceptible de minorer le nombre de jours réels d'arrêts, surtout en cas d'arrêts fréquents de courtes durées.



Nous observons que le nombre de jours moyen d'absence par agent de l'hôpital de Graulhet est supérieur à celui des établissements de santé de 300 agents ; cet écart est d'autant plus significatif que l'absentéisme tend à augmenter avec la taille des établissements.

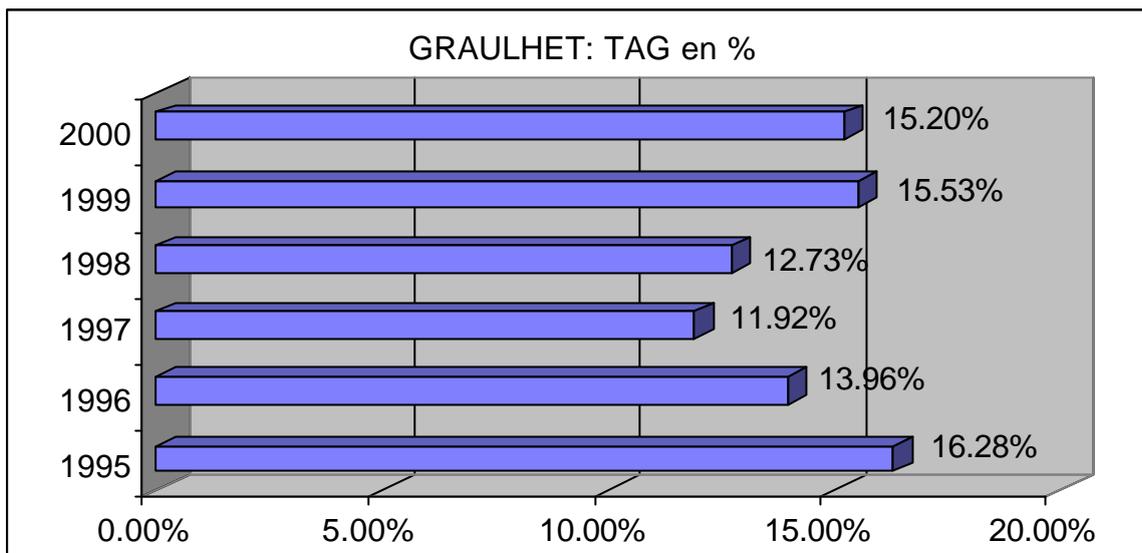
Par ailleurs la diminution de l'absentéisme constatée entre 1995 et 1998 est infléchie à partir de 1999 ; pour l'année 2000 le nombre de jours d'absence pour motif médical atteint **23.9 jours** par agent titulaire/stagiaire.

⇒ Le taux d'absence globale (TAG)

Le TAG = (Nombre de jours d'absence / nombre de jours théoriques de travail) X 100

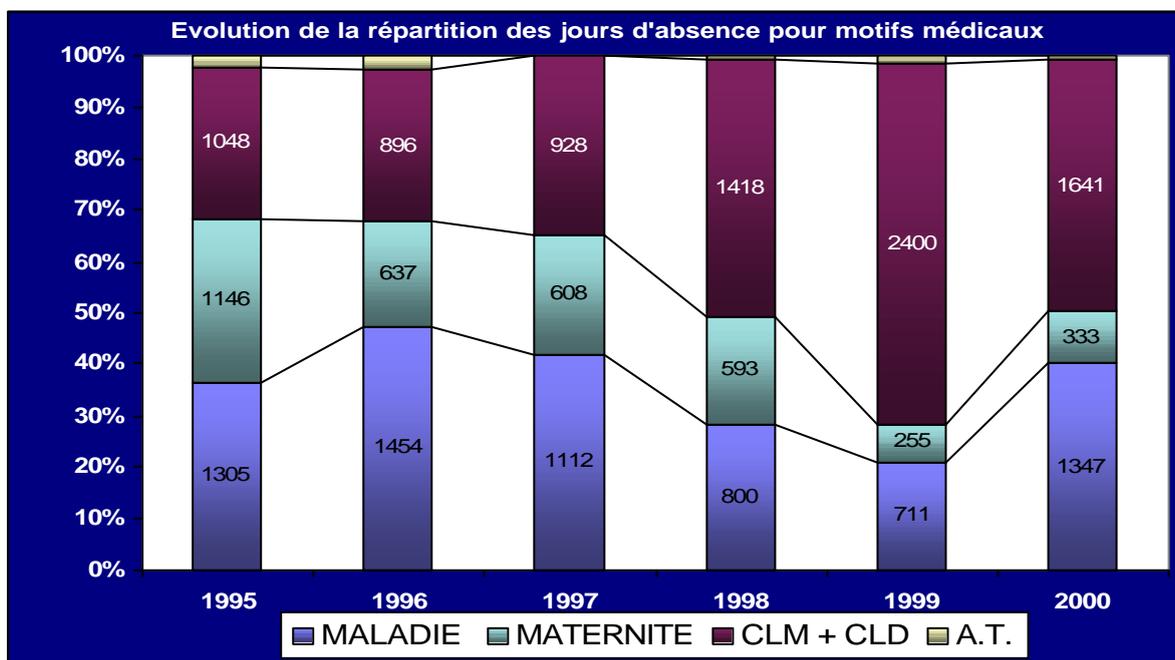
Le nombre de jours théoriques de travail est égal à :

- 222 jours de travail, soit 365 jours / an - 29 jours de congés
 - 104 repos hebdomadaires
 - 10 fériés
- 222 jours X effectif moyen (100 agents dans le cas présent)



Un taux d'absence global de 15.20 % qui traduit très exactement le nombre élevé de journées de travail perdues pour l'établissement.

1.3.2 Analyse structurelle de l'absentéisme

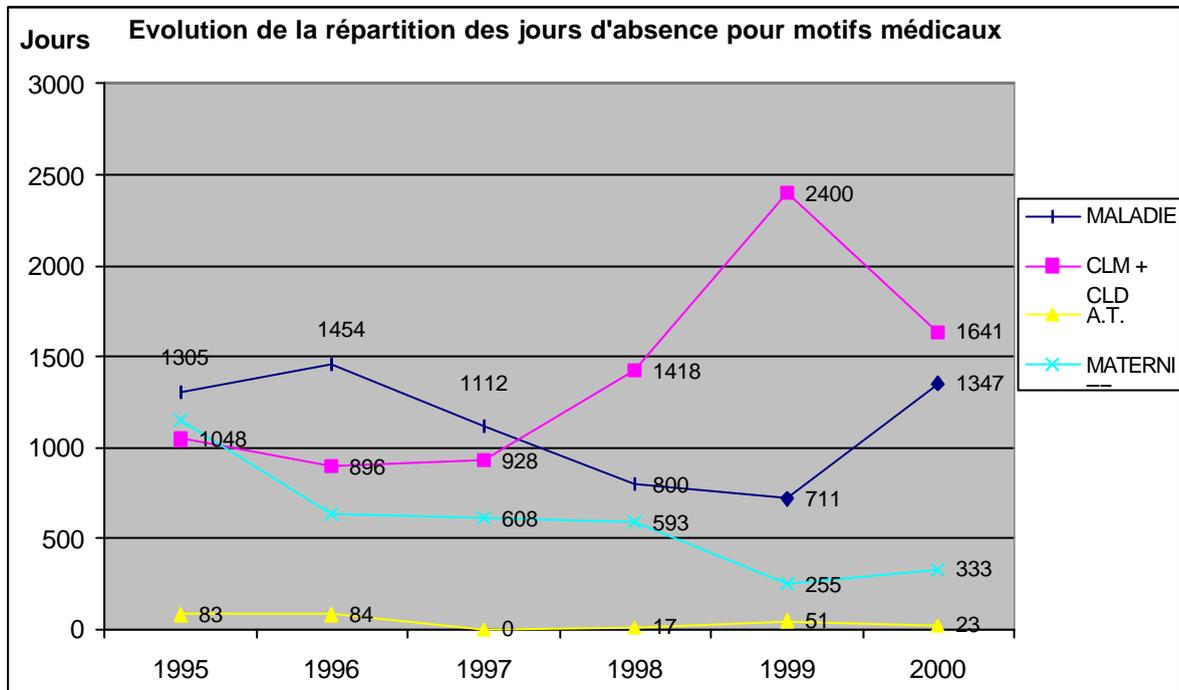


Analyse :

- Les accidents de travail ne représentent qu'une cause exceptionnelle d'absentéisme.

- Les arrêts maladie, en diminution jusqu'en 1999 augmentent ensuite de nouveau ; la part des congés longue maladie ou longue durée reste élevée : 6 à 7 agents de l'établissement sont constamment en position de C.L.M ou C.L.D.

- Alors que l'année 1999 voit un retournement de tendance avec une nouvelle hausse de l'absentéisme, la part des arrêts pour maternité n'a jamais été aussi faible ;



1.3.3 Analyse de la fréquence et des caractéristiques des arrêts

L'analyse sur l'année 2000 des arrêts de travail par service et grade permet un certain nombre de constats :

⇒ Répartition par service :

Les arrêts de travail sont répartis sur l'ensemble des services, avec une prédominance toutefois des arrêts sur la maison de retraite du Parc puisque ceux-ci représentent 25 % des arrêts de l'établissement pour seulement 21 % des agents. L'absentéisme en médecine/ S.S.R est corrélativement le plus faible parmi les soignants de l'hôpital.

⇒ Répartition par grade :

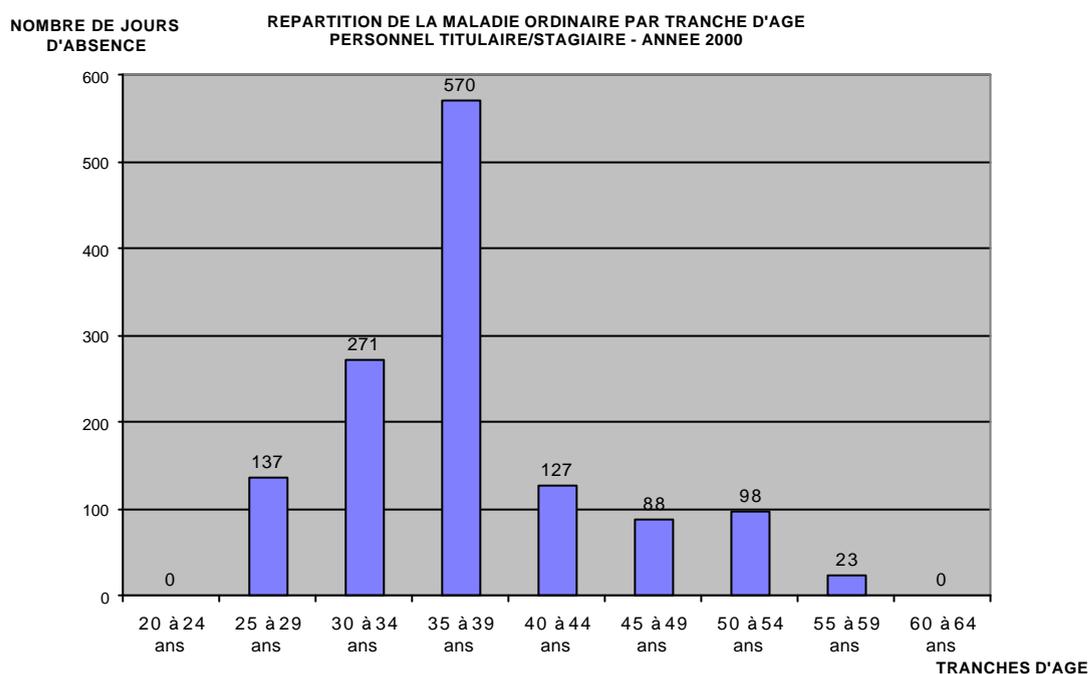
La totalité des arrêts de travail enregistrés en service de soins concerne des A.S ou des A.S.H. alors que l'absentéisme infirmier est inexistant.

⇒ Répartition par temps partiels :

Les agents à temps partiels ne sont pas moins absents que leurs collègues à temps plein : sur les 13 A.S ou A.S.H exerçant à temps partiels, 7 agents ont été arrêtés pour motif médical pour un total de près de 900 jours.

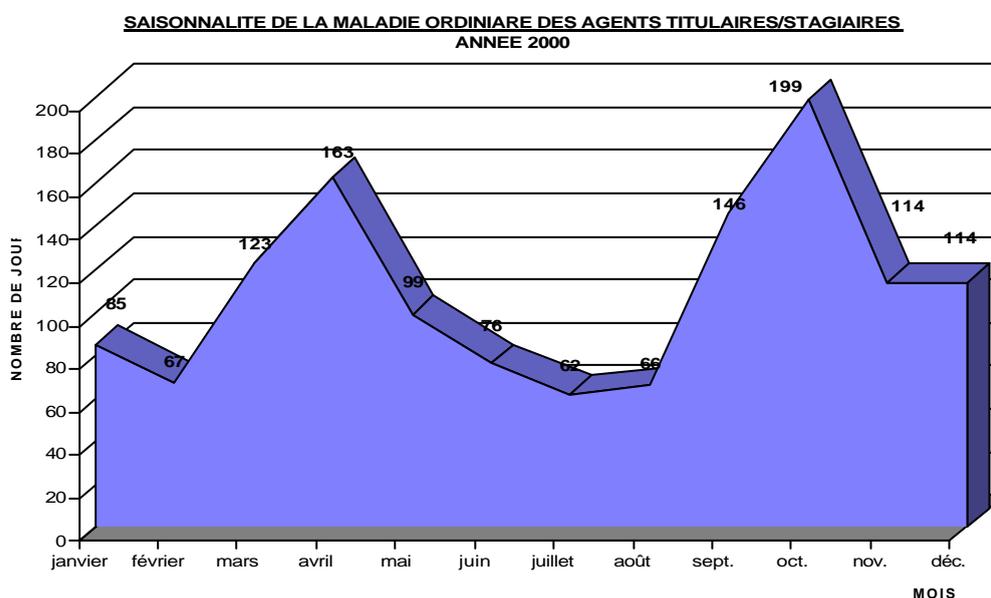
⇒ Répartition par âge :

Le vieillissement constaté du personnel n'est pas un facteur d'absentéisme dans l'établissement, tout au moins pour les arrêts de maladie « ordinaire » ; ceux-ci sont principalement le fait d'agents se situant dans la tranche d'âge des 30-39 ans.



⇒ Répartition par saison :

Le caractère saisonnier des arrêts de maladie ordinaire est relativement prononcée puisque



les mois d'avril - mai et de septembre - octobre sont particulièrement propices aux arrêts.

L'interprétation de ce facteur saisonnier est délicate : ces fluctuations saisonnières ont-elles un sens, les arrêts sur les mois d'automne sont-ils la conséquence d'états de santé plus fragilisés en début d'hiver, ou sont-ils la manifestation d'activités extra professionnelles spécifiques à la région...?

⇒ Fréquence des arrêts :

- 12 agents titulaires et 7 agents contractuels ont eu 1 arrêt de travail
- 9 agents titulaires et 1 contractuel ont eu 2 arrêts de travail
- 6 agents titulaires ont eu 3 arrêts de travail
- 4 agents titulaires ont eu plus de 3 arrêts de travail

L'absentéisme de courte et moyenne durée est réparti sur 32 agents titulaires et 8 agents contractuels ; 7 agents sont en C.L.M ou C.L.D. Au total 47 agents ont été arrêtés au moins une fois pour maladie, soit près de la moitié des agents de l'établissement,.

La médiane des arrêts maladie, hors C.L.M/C.L.D, se situe à **14 jours**, ce qui apparaît élevé compte tenu de la fréquence des arrêts.

1.3.4 Synthèse et interprétation des données de l'absentéisme

⇒ L'absentéisme de l'établissement concerne prioritairement les aides-soignants, les A.S.H, et les agents en C.E.S. Ce personnel est confronté dans sa pratique quotidienne à des conditions de travail difficiles, spécifiques au secteur gériatrique ; les infirmières travaillant dans les mêmes services ne présentent cependant aucun absentéisme...

Les causes de cet absentéisme doivent-elles être recherchées au regard d'une identité professionnelle moins forte, liée à un moindre degré de qualification ? Le sentiment d'absence de reconnaissance sociale, le manque de valorisation des tâches confiées renforcerait alors les comportements individualistes.

L'absentéisme des agents en C.E.S me semble à cet égard particulièrement significatif des conséquences du manque de motivation dans le travail, même si des problèmes de socialisation interfèrent souvent pour cette catégorie de personnel.

⇒ La charge de travail des A.S et A.S.H peut être un facteur d'absentéisme si celle-ci se révèle trop importante.

Avec un ratio soignant / malade de 0.27 en maisons de retraite, l'établissement doit-il être considéré comme sous-doté en personnel ? Paradoxalement l'absentéisme est plus élevé sur la maison de retraite du Parc qui accueille pourtant des résidents valides.

⇒ Le faible taux d'absence des agents de plus de 40 ans suscite une forte interrogation car il est contraire aux données habituelles. Faut-il expliquer ce constat par une plus grande conscience professionnelle, une plus forte motivation des agents plus anciens ou une plus grande résistance aux contraintes du métier ?

⇒ Le nombre de jours d'arrêt relevant de congés longue maladie ou longue durée est depuis 1998 supérieur à celui de la maladie ordinaire. Les agents concernés ont plus de 50 ans, ne sont pas majoritairement des soignants. L'analyse de ces arrêts est délicate puisqu'elle nécessite d'examiner des situations médicales et personnelles. Les actions de prévention possibles demeurent très limitées à certaines pathologies et sont difficiles à mettre en œuvre lorsqu'elles requièrent des affectations sur des postes aménagés. Par ailleurs la relative fréquence, voire facilité, avec laquelle le comité médical départemental me semble octroyer ou prolonger des C.L.M / C.L.D pourrait en partie expliquer l'importance de ceux-ci.

⇒ La fréquence élevée du nombre d'arrêts de travail m'amène à considérer que le recours à «l'arrêt de confort » n'est vraisemblablement pas une cause d'absentéisme à exclure, cette pratique semblant même prendre un caractère «culturel » dans l'établissement.

Cette analyse a mis en évidence que les causes de l'absentéisme dans l'établissement sont à rechercher principalement à travers les facteurs de la démotivation professionnelle des A.S et A.S.H et dans les conditions de travail.

2 - EVALUATION DE L'IMPACT SUR L'ABSENTEISME DES ACTIONS MENEES A GRAULHET

Il s'agit d'évaluer ici l'absentéisme de l'hôpital de Graulhet, son évolution, les effets, positifs ou négatifs des actions réalisées ces cinq dernières années par la direction.

2.1 LES ACTIONS SUR L'ORGANISATION

2.1.1 La structuration de l'encadrement

Depuis 1999, l'encadrement de terrain est dévolu à l'ensemble du personnel infirmier. Ceci a permis de confier à chacune des trois cadres soignants un rôle de cadre référent, en charge de missions transversales.

Cependant les revendications du personnel demeurent constantes pour un retour à la précédente organisation :

- parmi leurs nouvelles attributions confiées, les infirmières contestent celles qui leur semblent incompatibles avec la fonction de soignante : responsabilité de l'encadrement et de l'évaluation des agents, gestion administrative, relations avec les familles ou les médecins ;
- les agents regrettent l'absence d'un cadre de terrain qui puisse assurer la liaison entre les unités de soins, avec l'administration ou les services techniques.

La nouvelle structuration mise en place exige effectivement une responsabilité plus importante et la prise en charge autonome des équipes de leur quotidien afin de ne plus faire appel systématiquement au cadre lors de chaque difficulté rencontrée. Cette démarche est en cohérence avec les théories de la motivation développées dans la première partie. En pratique ce dispositif se heurte aux habitudes prises par le personnel et l'autonomie ainsi laissée peut être mal vécue, ce qui démontre la difficulté de trouver « le bon dosage » dans la responsabilisation laissée aux équipes.

La centralisation par un seul cadre référent de la gestion des plannings sur les trois sites a, en contre partie, permis de rationaliser les remplacements des d'agents absents. L'ancienne organisation (un cadre soignant par site) conduisait quelques fois, lors des demandes simultanées de remplacements adressées à l'administration, à une surenchère. Désormais les arrêts maladies du personnel soignant sont gérés par un seul cadre, celui-ci pouvant, à ce poste, mobiliser les agents d'un service sur un autre.

Le bilan de cette nouvelle structuration de l'encadrement apparaît donc positif, même si l'absence d'un cadre de « terrain » requiert encore de la part du personnel certains réajustements dans leur pratique professionnelle.

2.1.2 Les plannings

Ceux-ci ont fait l'objet d'une attention particulière :

- Depuis 1998 les plannings sont établis à partir d'un roulement individuel choisi par chaque agent. Les jours de repos souhaités sont, autant que possible, intégrés dans la construction du planning collectif ; les horaires de travail matin / soir demeurent eux répartis entre tous les agents concernés.
- La volonté de limiter les horaires coupés s'est heurtée, dans les faits, à des demandes individuelles de maintenir ceux-ci et l'organisation du travail l'impose également à certains agents.
- L'amplitude maximale de travail réglementairement limitée à 10 heures 30 n'est qu'exceptionnellement dépassée, et ce d'une demi-heure.
- Les enchaînements soir / matin sont systématiquement évités lors de l'élaboration des plannings ; ils deviennent cependant quelques fois inévitables lors de la modification tardive des roulements afin de faire face à une absence.
- Les effectifs des services de soins sont initialement renforcés en fin de mois, afin de pouvoir y programmer, si besoin, les récupérations générées par des remplacements.

2.2 LA GESTION DE L'ABSENTEISME

2.2.1 La politique de remplacement des arrêts de travail

Les arrêts de travail sont, en principe, systématiquement remplacés ; la nécessité de tenir compte des besoins des services oblige le cadre soignant en charge des plannings, à trouver une remplaçante dans les plus brefs délais, au mieux le jour même.

Ce remplacement quasi systématique des absences ne me semble pas être à même de responsabiliser certains agents, coutumiers des arrêts « de confort » ; au pire, peuvent-ils penser, le repos d'une collègue sera déplacé et redonné ultérieurement...

Malgré les demandes du directeur, les équipes soignantes ne procèdent à aucune autorégulation de leur absentéisme ; ainsi aucune incitation n'est exercée par l'équipe sur les agents sujets à des arrêts de complaisance à répétition, comportement dont les collègues ne sont pourtant pas dupes...

2.2.2 La création d'un pool de remplacement

Dans le cadre du protocole du 14 mars 2000, dit protocole Aubry, l'établissement a obtenu pour l'année 2000 le financement de mensualités I.D.E et A.S / A.S.H en compensation de

temps partiels, d'absences syndicales ou d'arrêts maladie. En pratique ces différentes mensualités ont à peine permis de faire face à une recrudescence de l'absentéisme qui s'est sans doute « auto-alimentée » par ces remplacements, illustrant le phénomène décrit précédemment.

Les mêmes crédits du protocole ont permis la création en 2001 d'un pool de remplacement constitué par 0.50 poste d'I.D.E et 1 poste d'A.S.

La création d'un pool doit s'inscrire dans une politique précise de remplacement, afin de pallier très rapidement à des arrêts courts par du personnel qualifié.

Dans les faits les agents de ce pool ont été affectés sur des arrêts longs, ce qui remet en cause l'efficacité et l'existence spécifique de cette unité de remplacement et ne permet plus la gestion des autres types d'arrêts.

2.3 LE DEVELOPPEMENT DU TEMPS PARTIEL

L'autorisation d'exercice des fonctions à temps partiels a depuis 5 ans été favorisée dans l'établissement.

Le développement des temps partiels présente au moins deux intérêts :

- d'une part le temps partiel est de nature à « permettre aux individus de se réapproprier du temps pour améliorer leur qualité de vie personnelle, et par voie de conséquence favoriser la qualité de vie au travail et la qualité du soin attendue par le patient »³⁷ ; un premier intérêt serait donc de limiter les absences au travail.

- d'autre part il offre une plus grande souplesse dans l'organisation du travail : en multipliant les combinaisons possibles d'horaires, compte tenu du nombre accru d'agents pour un total de postes équivalent temps plein (E.T.P) identique, en facilitant les remplacements internes d'absence par l'augmentation ponctuelle des temps de travail (négociation avec les agents, modification des contrats).

Cependant l'octroi de temps partiels n'apporte peut être pas la réponse espérée à un taux d'absence élevé. Sur l'hôpital de Graulhet comme dans d'autres établissements³⁸ les agents à temps partiels sont autant, voire plus absents que ceux à temps plein...

³⁷ T. Hemery et J.P Lefebvre , « *l'aménagement du temps de travail, facteur de qualité dans les services de soins à l'hôpital. Le choix d'une stratégie* ». Rennes : 1989, page 27

³⁸ Bruno PAGLIANO « *Le travail à temps partiel, un frein réel à l'absentéisme ?* » Mémoire de fin d'étude E.N.S.P, Rennes, 1998

L'incidence du temps partiel sur le « présentisme » d'un agent doit donc être apprécié avec prudence dans la mesure où la décision d'absence est le fruit d'un processus psychologique complexe et dont les conditions de travail ne constituent qu'une des nombreuses variables. Le temps partiel peut d'ailleurs être en lui-même parfois source d'insatisfaction lorsqu'il a pour effet d'augmenter la charge de travail dans la mesure où le contenu des tâches effectuées ne s'est en rien modifié, conduisant alors à une intensité proportionnellement plus importante qu'un temps plein. De plus l'agent à temps partiel est plus souvent sollicité pour des remplacements, ce qui vient à l'encontre de son organisation familiale.

En terme d'organisation de travail, la présence de trop nombreux temps partiels dans une équipe peut représenter un inconvénient : celui de renforcer les difficultés de gestion et de transmission des informations.

Enfin la future réduction du temps de travail à 35 heures devrait vraisemblablement rendre à l'avenir les temps partiels moins attractifs.

2.4 L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

En application de la circulaire N°413 du 20 juillet 2000, l'hôpital s'est engagé dans la mise en place d'un contrat d'amélioration des conditions de travail. Le financement ouvert par ce contrat va à court terme permettre à l'établissement :

- l'acquisition de matériels de manutention (chariots, lits douches, lèves malades) pour alléger les charges soulevées.
- des formations à la manutention afin de réduire les mauvaises pratiques.
- des formations au management pour les infirmières afin de développer leur fonction d'encadrement.
- des vacations de temps de psychologue pour renforcer les groupes de paroles.
- le remplacement des agents en formation.
- l'acquisition de matériels de vidéo-surveillance afin de sécuriser les accès des différents sites pendant la nuit et répondre au sentiment d'insécurité des agents.

Il est trop tôt à ce jour pour tirer un bilan des effets de cette politique d'amélioration des conditions de travail. Cependant les impacts de ce contrat me semblent être de deux natures :

⇒ **Un impact positif**

- L'élaboration de ce contrat a permis une certaine mobilisation du personnel et des partenaires syndicaux sur les déterminants de leurs conditions de travail ; cet engagement a été positif dans la mesure où l'hôpital a obtenu le financement de la majeure partie des actions inscrites au contrat.
- La concrétisation de ce contrat crée une dynamique d'amélioration de travail qu'il est important de poursuivre.
- L'apport matériel à destination des équipes soignantes est réel, les différents services étant jusqu'à présent sous-équipés en lève-malades ou lits douches ; par ailleurs les équipes soignantes ont été fortement impliquées dans le choix des matériels.

⇒ **Mais un impact relatif**

- L'apport de matériel dans les services de gériatrie allège certes la charge physique mais diminue peu la charge de travail ; en effet l'intégration de ce matériel doit s'accompagner d'une réflexion sur l'organisation du travail, permettant par exemple de dégager du personnel vers d'autres tâches.
- Le contrat offre une enveloppe financière trop faible pour répondre à toutes les exigences matérielles, et ne peut résoudre d'éventuels problèmes d'effectifs ; il existe alors le risque que ce contrat ne soit perçu comme un leurre utilisé par le directeur pour « calmer les esprits » et confirme le sentiment ainsi que « rien ne change finalement ».
- L'établissement oriente les choix de son contrat non pas en fonction de ses priorités internes mais en fonction de la possibilité de bénéficier de son « droit de tirage » sur l'enveloppe financière ouverte.

Le contrat doit s'intégrer dans une démarche cohérente d'amélioration des conditions de travail, démarche qui jusqu'alors n'a été que peu étoffée. Elle doit être permanente. L'engagement de l'établissement, lors de l'appel d'offre, a été financièrement opportun eu égard aux sommes allouées ; cependant la conclusion positive des futurs contrats étant par nature hypothétique, une politique d'information active sur la portée et les limites de ce dispositif sera peut être nécessaire à l'avenir pour conforter la crédibilité de la démarche.

2.5 LA POLITIQUE DE VALORISATION DU TRAVAIL

Cette politique, telle qu'elle a été définie dans le projet d'établissement, tend à développer une gestion des ressources qui ne s'appuie pas exclusivement sur l'encadrement, et ce à travers :

⇒ **la promotion de la concertation et de la réflexion collective :**

Cette concertation collective est mise en œuvre par la participation et l'implication des agents lors des différentes commissions (restauration, linge, animation, menu...) ou de l'élaboration et la validation des protocoles.

⇒ **la responsabilisation individuelle se traduisant par :**

- Une contractualisation interne passée lors d'un entretien entre le directeur et chaque agent : la définition d'un objectif annuel individuel doit conduire à la réalisation d'un « micro-projet » ; celui-ci n'entre pas directement en ligne de compte lors de la notation annuelle mais fait l'objet d'une évaluation l'année suivante.
- Une procédure de notation qui abandonne l'avancement à l'ancienneté (« le + 0.25 automatique ») ; cette notation permet de prendre en considération la valeur professionnelle de l'agent et son activité.
- Un calcul de prime de service permettant, à partir du produit des abattements de prime effectués dans le cadre de la circulaire N° 362 du 24 mai 1967, d'accorder une bonification financière individualisée pour la qualité du service rendu. Comme certains autres établissements, l'hôpital de Graulhet a en dérogation de la réglementation mis en place un mécanisme de calcul permettant de faire bénéficier d'une surprime les agents sans absence dans l'année.

L'action sur la notation et la prime de service fait partie des outils classiques utilisés par les directions pour tenter de limiter l'absentéisme dans leurs établissements et motiver le personnel. Force est de constater qu'à Graulhet comme ailleurs, ses effets sur l'absentéisme restent très limités et que les marges de manoeuvre en ce domaine sont particulièrement restreintes : un agent peut devenir moins performant d'une année sur l'autre, son contact avec les malades varier en qualité, sa ponctualité faiblir, et sa note peut ne pas diminuer pour autant ; la pénalité financière de l'absence, via la diminution de prime, n'est elle même plus toujours dissuasive au-delà du seuil de jours déclenchant l'abattement sur la prime, et ne concerne d'ailleurs pas les agents contractuels.

2.6 LA POLITIQUE DE COMMUNICATION INTERNE

La nécessité de promouvoir la communication interne est apparue lors de l'élaboration du projet d'établissement 1997-2001. Dans le cadre de celui-ci, le bilan de l'existant mettait en évidence un déficit de communication entre la hiérarchie et l'ensemble du personnel, et entre les différents services eux-mêmes.

Parmi les motifs de ce déficit, il était relevé :

- ⇒ Des informations véhiculées pour 67% des agents (selon une enquête interne réalisée en 1996) non pas par les supérieurs hiérarchiques mais par des bruits de couloirs ou des rumeurs.
- ⇒ Une attente de félicitations, d'encouragement et davantage de dialogue de la part de la hiérarchie.
- ⇒ Une méconnaissance du travail de l'autre, un déficit d'échanges entre les différents services.
- ⇒ Une méconnaissance du rôle et des attributions des différentes commissions.
- ⇒ L'absence de lieu de rencontre commun à l'ensemble du personnel de l'établissement.
- ⇒ L'absence de livret d'accueil pour les nouveaux agents.

Afin de remédier à ces constats, différentes actions ont été entreprises depuis lors : le développement du dialogue tant au niveau individuel (contractualisation interne, écoute des agents) qu'au niveau collectif (commissions de travail, fréquentes rencontres non formalisées avec les syndicats), la création d'une salle du personnel ainsi que d'une amicale du personnel, la diffusion de documents professionnels, etc.

La volonté de communication et d'information manifestée par le directeur ne s'est malheureusement pas traduite par un résultat satisfaisant. Le personnel garde le sentiment général d'un manque de communication, tant au niveau hiérarchique qu'entre services. Le bilan réalisé amène à constater qu'il n'existe toujours pas de livret d'accueil ni de feuillet annuel sur la vie des services ; que la démarche de gestion de l'affichage n'a pas été vraiment définie ; ces points avaient cependant été inscrits au projet d'établissement.

Depuis 1996 l'effort de communication a porté davantage sur l'image externe de l'hôpital que sur son image interne. L'avenir hypothétique de l'établissement nécessitait en effet à cette époque le renforcement de son identité et de son positionnement vis à vis de la concurrence.

Cette politique pourra être en partie construite à partir des indications recueillies lors de l'enquête de satisfaction réalisée dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail.

3 - ANALYSE DE L'ENQUETE SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL

3.1 METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Pour comprendre les raisons de l'absentéisme de l'hôpital de Graulhet, j'ai tenté à travers une enquête sur les conditions de travail de rechercher l'existence d'une corrélation entre l'éventuelle insatisfaction des agents et un comportement d'absence.

Cette enquête a été construite à partir d'un questionnaire élaboré par l'agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT)³⁹. Les thèmes traités doivent amener des éléments de réponses aux questions suivantes :

- Comment le personnel perçoit-il ses conditions de travail, que reste t'il à améliorer ? Les conditions de travail sont ici analysées par un questionnement sur la charge physique, psychique, sur l'organisation et le poste de travail, sur l'ambiance et la circulation de l'information dans l'établissement (facteurs d'ambiance selon Hertzberg).
- Quelle est l'appréciation du personnel sur son sentiment de considération dans son travail, sur son degré d'implication et d'autonomie (facteurs de motivation) ?

Le taux de réponse élevé (80%) permet de valider l'enquête et de considérer la majorité des données recueillies comme significatives. Il traduit également l'implication du personnel dans la démarche d'amélioration de ses conditions de travail.

3.2 CHARGE PHYSIQUE, CADRE MATERIEL ET ENVIRONNEMENT,

Quels sont les inconvénients qui dérangent le plus les agents ?

Quels sont les inconvénients qui vous dérangent le plus ?	Me dérange
Des manutentions de charges lourdes	68%
Les postures pénibles	61.90%
La température	61.11%
Le tabac	43.06%
Des stations debout prolongées	42.86%
Le bruit	38.24%

▲ Les services techniques sont dérangés à 71 %, les soignants à 67 %.
Sur St François cette gêne est ressentie par 79 % du personnel

³⁹ Henri POINSIGNON *Changer le travail à l'hôpital «Analyser les situation des travail pour améliorer les conditions de travail »* Editions ANACT, Collection outils et méthode ; 1995

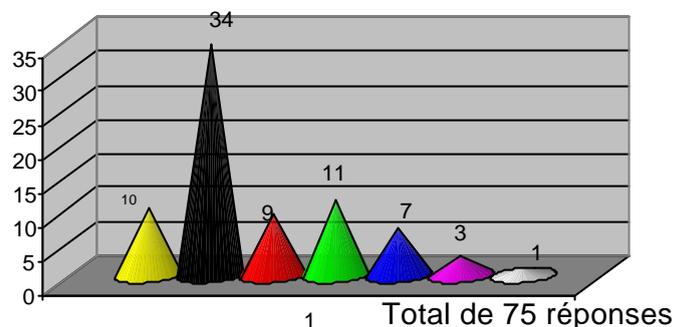
Les produits toxiques	32.76%
Les odeurs	30.30%
Des longues déambulations à pied	25.81%

⇒ **La pénibilité des manutentions**

Les manutentions de charges lourdes représentent le plus fort inconvénient pour le personnel. Près des 2/3 des agents sont amenés à porter de lourdes charges, et parmi ceux-ci 83 % jugent ces manutentions pénibles.

« **Ces manutentions apportent-elles un surcroît de fatigue, et pourquoi ?** »

- Oui, car je ne connais pas les techniques de manutention
- Oui, car je ne bénéficie pas d'aide mécanique
- Oui, car je ne peux pas appliquer les méthodes apprises ou utiliser les aides mécaniques car je manque de temps
- Oui, car je ne peux pas appliquer les méthodes apprises ou utiliser les aides mécaniques car pas adaptée
- Non, car j'applique les techniques de manutention apprises
- Non, car je bénéficie d'aide mécanique
- Autre



L'acquisition de matériels de manutention des malades apparaît comme une priorité pour améliorer les conditions de travail des soignants, surtout sur l'unité de St François.

La demande de formation en manutention est particulièrement forte chez le personnel contractuel (35%), très faible chez les titulaires (7%).

« **Le fait de porter ces charges vous a-t-il causé au cours de ces 12 derniers mois un mal de dos ?** »

- Oui, pour 73 % des agents. Ces manutentions sont une cause majeure de mal de dos, et ont entraîné dans 13% des cas un arrêt maladie.

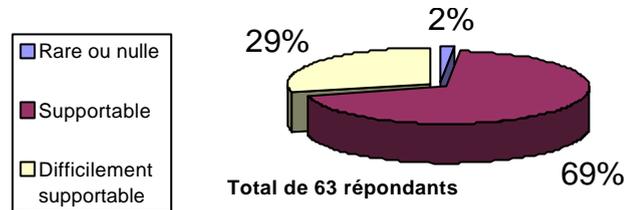
⇒ **Les locaux**

Les locaux sont considérés comme non fonctionnels par 39 % des agents, notamment les lieux de pause et les vestiaires.

3.3 CHARGE PSYCHIQUE

⇒ La charge émotionnelle liée à souffrance et à la mort

« Dans votre service, cette charge émotionnelle vous paraît... ? »

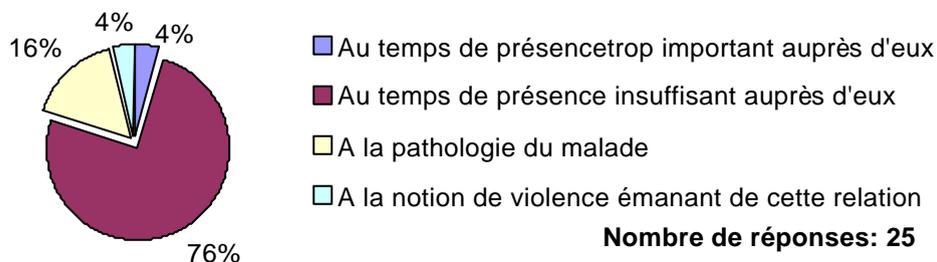


Cette charge est perçue comme relativement supportable par la majorité des agents et sans répercussion sur leur travail. Les soutiens mis en place par l'établissement (psychologue, association de soins palliatifs) sont jugés efficace par 71 % du personnel ; ces soutiens ne sont pourtant utilisés que par seulement 33 % des agents, ceux-ci préférant surtout évoquer cette charge émotionnelle entre eux.

⇒ Les relations avec les résidents

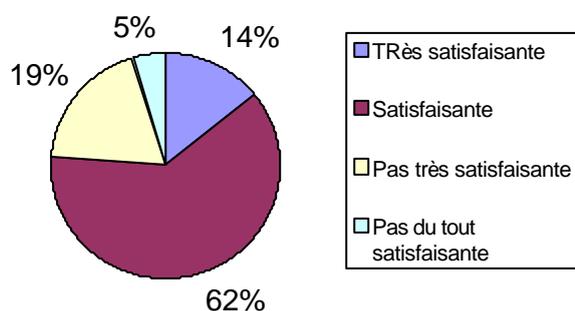
Les relations avec les patients ou résidents sont source de satisfaction pour 76 % des agents.

« A quoi cette insatisfaction est-elle due ? »



La pathologie du malade n'est que rarement ressentie comme un désagrément ; l'insatisfaction est majoritairement liée trop peu de temps laissé à la relation soignant / patient.

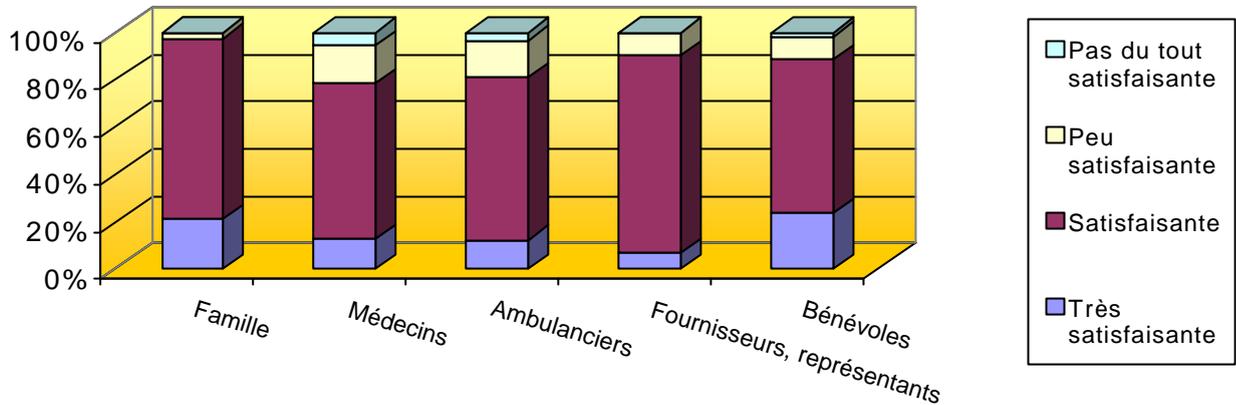
⇒ Les relations les supérieurs hiérarchiques



Si majoritairement les agents sont satisfaits des relations avec les supérieurs hiérarchiques, 33% des soignants s'en déclarent cependant insatisfaits.

⇒ **Les relations avec les intervenants extérieurs**

« Comment percevez-vous la qualité de vos relations avec les familles, les ambulanciers, les fournisseurs et les bénévoles ? »

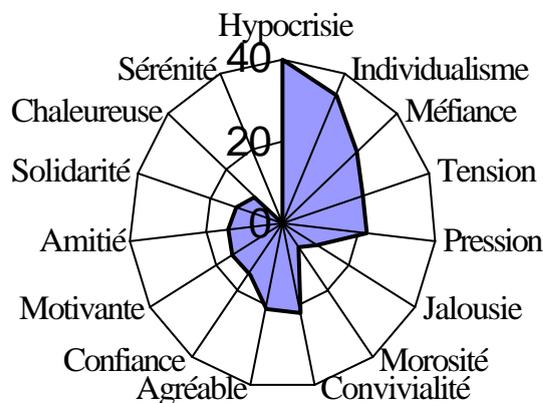


Les relations avec les familles sont vécues comme satisfaisantes, celles avec les médecins sont une source de difficultés pour près de 20 % du personnel.

⇒ **L'ambiance**

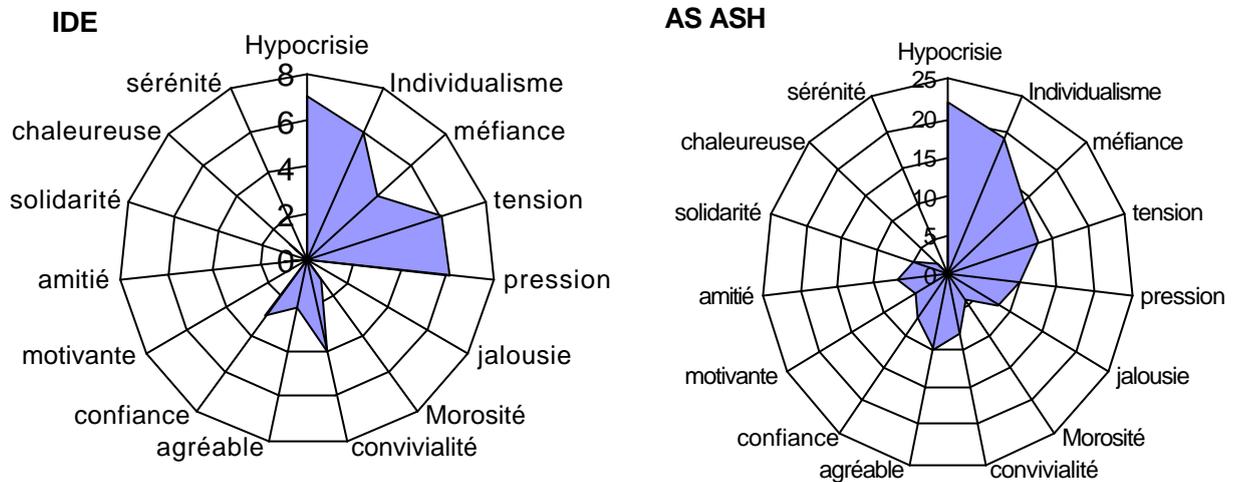
Une mauvaise ambiance dans l'équipe ou dans l'établissement peut être perçue comme une charge psychologique.

« Dans la liste suivante, quels sont les mots qui caractérisent le mieux votre ambiance de travail ? »



L'ambiance est très fortement qualifiée de négative, à cause d'une atmosphère chargée « d'hypocrisie, d'individualisme, de méfiance et de tension ».

Cette mauvaise ambiance est particulièrement soulignée par les soignants :



Il est inquiétant de constater que les infirmières, comme les A.S / A.S.H, qualifient majoritairement l'ambiance d'hypocrite ou d'individualiste. Il est également très étonnant que les infirmières ressentent autant de tension et de pression dans des services de gériatrie. L'explication est à rechercher dans les nouvelles responsabilités d'encadrement qui leur ont été confiées. Ces fonctions d'encadrement sont mal vécues et sont à l'origine d'un positionnement professionnel délicat, tant vis à vis des agents que des médecins ou des familles.

Les effets sont également négatifs dans la perception qu'ont les A.S et A.S.H de leurs nouvelles relations avec les infirmières, relations construites essentiellement dans la méfiance.

Pour Hertzberg⁴⁰ le souci d'ambiance est évidemment important, car s'il fait défaut aucune entreprise ne peut échapper aux conséquences engendrées par un personnel mécontent.

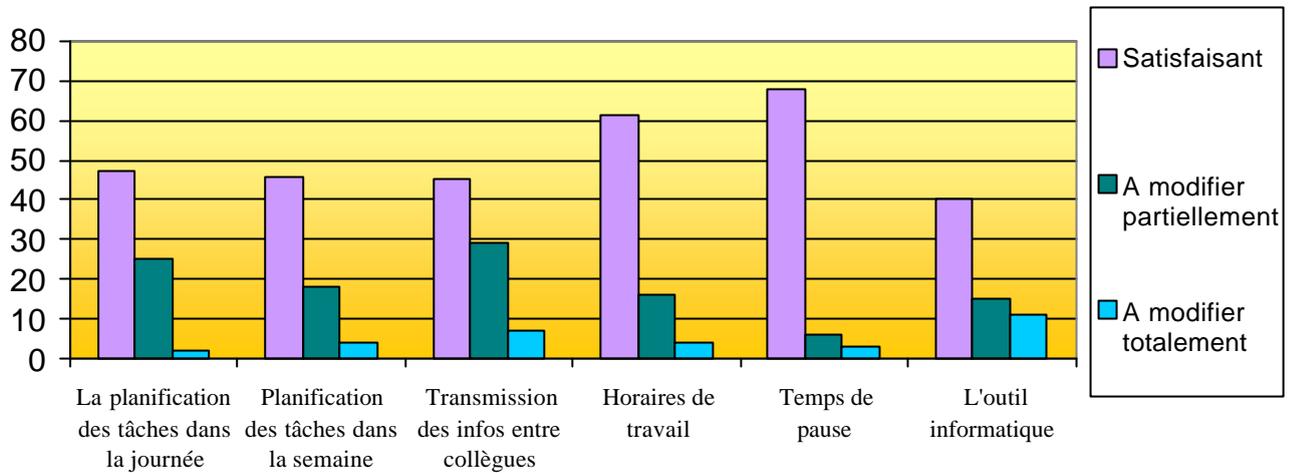
3.4 LE POSTE DE TRAVAIL ET L'ORGANISATION

⇒ L'organisation de travail

Si l'organisation de travail est jugée satisfaisante par 71 % du personnel, le taux d'insatisfaction est nettement plus accentué chez le personnel soignant des maisons de retraite du Parc (39 % d'insatisfaction) et de St François (42 % d'insatisfaction).

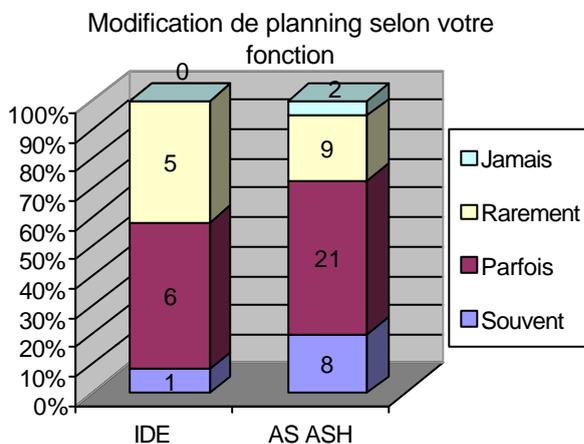
⁴⁰ Hertzberg «*Le travail et la nature de l'homme* » Edition EME. Paris 1971, page 184

L'insatisfaction sur les différents éléments de l'organisation de travail concerne la planification des tâches et la transmission des informations :



⇒ Les plannings

« *Votre planning est-il modifié pour des raisons de service après que vous en ayez eu connaissance ?* »



Plus de 75 % des AS/ASH perçoivent des modifications dans leurs plannings (le plus souvent afin de faire face à des absences). L'étude des plannings amène à penser qu'il s'agit plus d'un ressenti de la part des AS/ASH et surtout des IDE qu'une réalité.

⇒ Le poste de travail

- 35 % des soignants estiment être confrontés à des glissements de tâches ; la fréquence est identique dans les autres catégories de personnel.
- Les 3/4 des personnels soignants se plaignent d'être interrompus dans leur travail.

- Le dépassement du temps de travail concerne 92 % des infirmières et 59 % des A.S / A.S.H. Les raisons sont diverses : imprévus, visites tardives des médecins, charge de travail importante, réunions...

⇒ **Les effectifs**

Par rapport à la charge de travail, les effectifs du service sont jugés insuffisants pour 75 % des soignants, et même nettement insuffisants pour 10 % d'entre eux.

3.5 LE SENTIMENT DE RECONNAISSANCE

<i>Avez vous le sentiment d'être reconnu dans vos fonctions (par) ?</i>	OUI	NON
Des supérieurs hiérarchiques	75,90%	24,10%
Les collègues	85,37%	14,63%
Les patients ou résidents	89,33%	10,67%
Les familles	87,84%	12,16%

L'ensemble du personnel se sent reconnu dans ses fonctions, surtout par les familles ou les résidents. Le manque de reconnaissance par la hiérarchie est exprimé par ¼ des agents. Cette proportion atteint 32 % chez les soignants, confirmant ainsi la difficulté relevée dans leurs relations hiérarchiques.

Le sentiment de reconnaissance peut-être complété par la notion de tâches dévalorisantes. A la question «*Etes-vous confronté à l'exercice de tâches dévalorisantes* », 10 % du personnel répond par l'affirmative ; il s'agit uniquement d'A.S. et d'A.S.H. Parmi les tâches évoquées : « nettoyer les WC », « faire le travail des A.S.H quand on est A.S », « la prise et transmission de message, le rôle de coursier ». Un agent note « qu'aucune tâche n'est dévalorisante en elle-même, c'est la manière dont elle est amenée qui l'est ».

La reconnaissance se manifeste également par l'autonomie laissée dans l'exercice quotidien et la prise en considération de l'expérience professionnelle : 74 % des agents pensent que leur avis et leur expérience sont pris en compte lors des prises de décision, et 90 % estiment avoir une part d'autonomie et d'initiative dans leur travail.

3.6 L'INFORMATION

⇒ La connaissance de l'information

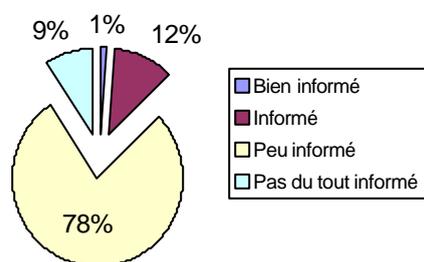
Par quels moyens le personnel a-t-il principalement connaissance de l'information ? Cette même question avait été posée en 1996, et permet de faire une comparaison.

De quelle façon avez-vous connaissance des informations ?	1995	2001
Informations personnelles par les supérieurs hiérarchiques	24 %	51 %
Notifications écrites	47 %	75 %
Informations personnelles par les collègues	20 %	41 %
Réunions d'informations	23 %	44 %
Notifications écrites sur le panneau d'affichage	43 %	57.5 %
Source syndicale	20 %	20 %
Bruit de couloirs, rumeurs	67 %	40 %
Autre source	3 %	1 %
D'aucune façon	4 %	0 %
Pas d'avis	9 %	0 %

L'amélioration de la circulation des informations sur six années est significative, tant par l'augmentation des informations écrites ou officielles, que par la diminution des rumeurs.

⇒ L'information sur les autres services

« En ce qui concerne l'information sur les autres services, diriez-vous que vous êtes... ? »



Les agents sont peu (voire pas du tout) informés sur les autres services, et ce à presque 90%.

Ce manque manifeste d'information entre les services explique pour certains agents la persistance de rumeurs : « beaucoup de rumeurs non fondées car méconnaissance de la charge de travail de chaque service », « des tensions se ressentent entre les différents

services, peut-être est-ce dû à un manque de connaissance des travaux effectués par les autres services et à un manque de communication ».

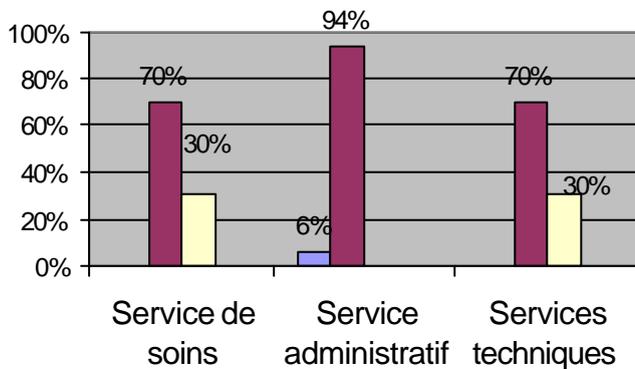
De ce bilan il ressort que le cloisonnement existe même sur un « petit » établissement :

- ⇒ Les informations circulent peu d'un service à l'autre ; les activités professionnelles entre les différents services (les animations par exemple) demeurent rares.
- ⇒ Les agents éprouvent des difficultés à s'exprimer collectivement lors des réunions de service ; le dialogue y est limité, l'échange le plus souvent unilatéral.
- ⇒ Un espace commun de détente pour le personnel a été aménagé sur le rez-de-chaussée du Parc. Cet espace devait favoriser les échanges inter-services ; de par son emplacement il se révèle en fait inadapté aux besoins des agents et n'est donc jamais occupé.

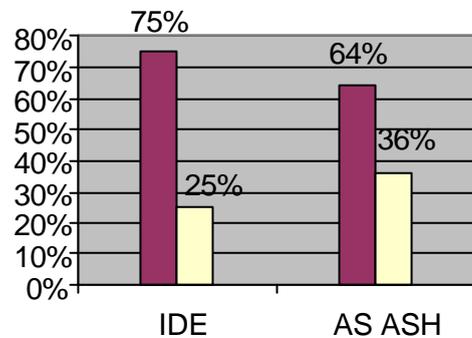
3.7 LA SATISFACTION GLOBALE

Les conditions de travail sont globalement jugées bonnes pour 75 % du personnel. Cette appréciation doit cependant être nuancée en fonction du service et des fonctions.

Satisfaction par service



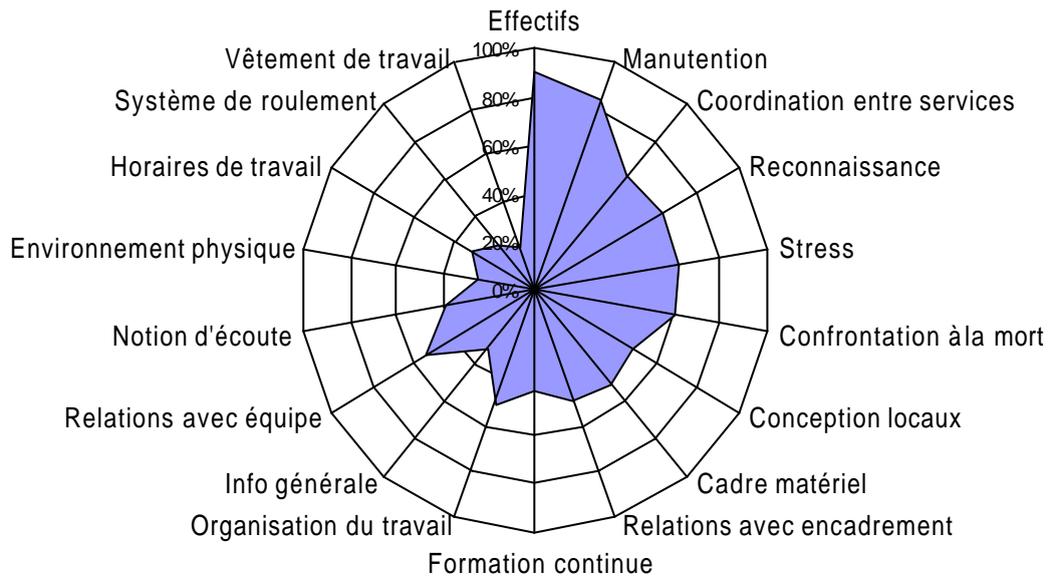
Satisfaction par grade IDE / AS-ASH



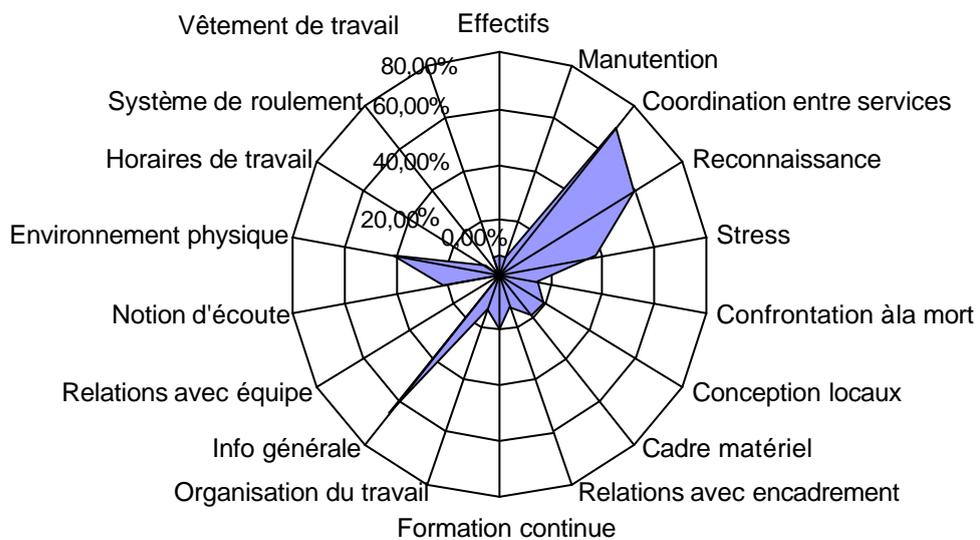
La satisfaction globale du personnel sur ses conditions de travail est la moins élevée chez les A.S et A.S.H. Cette insatisfaction est à mettre en corrélation avec la fréquence particulièrement élevée d'absentéisme de cette catégorie professionnelle.

Afin de faire une synthèse sur leurs conditions de travail, il a été demandé aux agents de donner une note sur l'importance de différents facteurs d'insatisfaction. Les graphiques suivants soulignent les points les plus importants à améliorer.

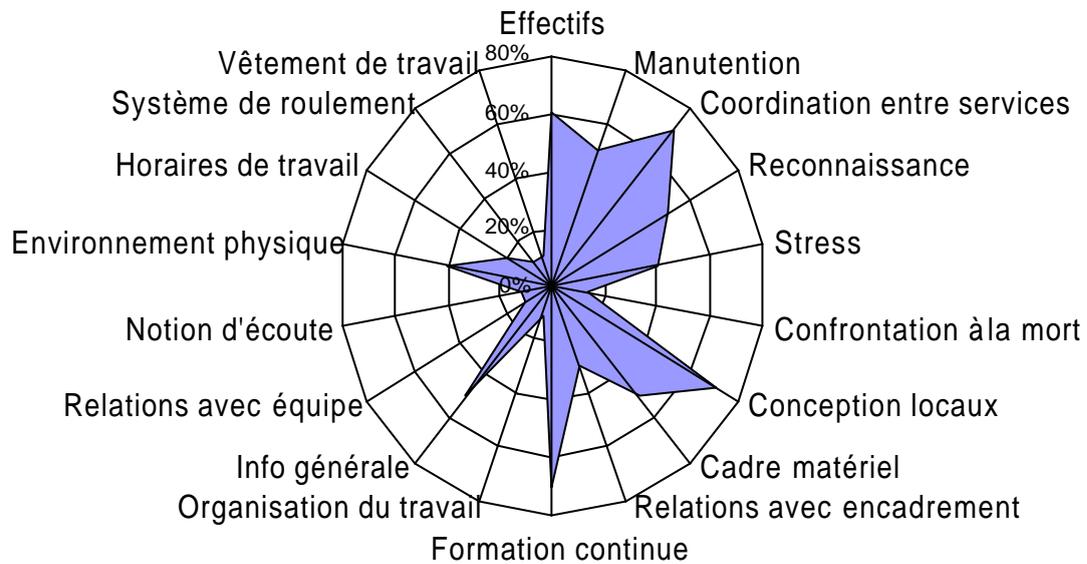
SERVICES DE SOINS



SERVICES ADMINISTRATIFS



SERVICES TECHNIQUES



En matière d'amélioration des conditions de travail, les préoccupations des agents des différents services sont en partie communes lorsqu'il est demandé une augmentation des effectifs, une meilleure coordination entre les services et une reconnaissance professionnelle.

Les services de soins sont particulièrement sensibles au stress, à la confrontation de la souffrance et de la mort, aux problèmes de manutention ; les relations avec l'encadrement sont considérées comme problématiques.

Sur l'administration, les priorités concernent une meilleure circulation de l'information, des locaux mieux adaptés.

Les services techniques orientent leurs priorités vers des aides pour les manutentions, une meilleure conception des locaux et plus de formations.

ANALYSE PERSONNELLE

Cette enquête a permis de mettre en évidence un certain nombre de variables subjectives qui viennent compléter les données objectives issues de l'analyse statistique de l'absentéisme.

Plusieurs facteurs n'apparaissent pas pertinents pour expliquer le niveau d'absentéisme de l'établissement :

- Le vieillissement du personnel.
- Les accidents de travail.
- La charge psychique liée à la souffrance et à la mort des résidents.
- L'organisation de travail, les relations avec les supérieurs hiérarchiques.

A contrario plusieurs variables explicatives doivent être retenues pour orienter les actions requises par le développement d'une politique de « présentéisme ». Ces variables multiples interagissent souvent entre elles :

- ⇒ **Les conditions de travail**, bien que jugées globalement satisfaisantes par 75 % du personnel, doivent faire l'objet d'une attention particulière en ce qui concerne les charges physiques et les manutentions.
- ⇒ **L'ambiance** est qualifiée majoritairement de mauvaise par l'ensemble du personnel ; les agents se plaignent d'un climat de tension, d'hypocrisie et d'individualisme.

Ces deux facteurs appartiennent selon Herzberg aux caractéristiques extrinsèques du travail, ce qui signifie qu'ils provoquent en majorité des sources de mécontentement et qu'ils ne peuvent pas, si on les améliore, devenir des sources de motivation.

- ⇒ **Le manque de communication interne, le cloisonnement entre les services** participent en partie à cette mauvaise ambiance. Celle-ci doit être cependant à rechercher dans les difficiles relations entre I.D.E et A.S / A.S.H. La responsabilité de l'encadrement confiée aux infirmières est particulièrement mal vécue de part et d'autre.

Il est intéressant de relever que la recrudescence des arrêts de travail (hors C.L.M.) des A.S est particulièrement significative en 1999, année de la nouvelle structuration de l'encadrement. Pour autant l'absentéisme des infirmières est inexistant, le taux de satisfaction globalement bon, ce qui traduit l'existence d'un problème lié plus à l'exercice des fonctions qu'aux fonctions elles-mêmes.

⇒ L'enquête réalisée n'a pas permis de mettre en évidence l'impact des **facteurs de motivation** (contenu du travail, considération, responsabilité) sur l'absentéisme.

Le sentiment de reconnaissance est certes jugé positivement par l'ensemble du personnel. Mais aucune question n'ayant été posée sur l'accomplissement personnel, sur la possibilité de s'enrichir et de d'évoluer personnellement, il est difficile d'analyser plus précisément ces facteurs compte tenu de leur importance, ceux-ci doivent cependant être intégrés dans les objectifs à atteindre.

⇒ **La politique de remplacements des absences**, trop systématique, doit être redéfinie.

La prise en considération de l'ensemble de ces variables s'inscrit dans une politique globale de mobilisation des ressources en vue de développer le « présentéisme » du personnel dans l'établissement.

PARTIE III : MENER UNE POLITIQUE GLOBALE DE MOBILISATION DES RESSOURCES

1 - LE TRAVAIL COMME SOURCE DE MOTIVATION

L'absentéisme d'une personne étant principalement lié à sa satisfaction dans le travail, le premier des enjeux d'une politique de « présentéisme » consistera à rendre le travail source de motivation lui-même.

1.1 RESPONSABILISER POUR MIEUX MOTIVER

1.1.1 La délégation

L'absence de responsabilité étant source de démotivation, l'objectif sera de confier aux agents la possibilité d'exercer leurs fonctions dans le cadre d'une délégation de responsabilité et de moyens.

La délégation est un jeu à somme positive : chacun des protagonistes a quelque chose à gagner. Elle permet au délégataire de participer aux décisions, de partager le pouvoir avec le supérieur hiérarchique ; elle le valorise au sein de l'organisation, auprès de ses collègues ; elle lui confère le goût du risque et de l'autonomie, accroît le niveau de ses compétences et de sa qualification.

En contrepartie le délégataire peut ressentir certains effets négatifs, tel le poids des responsabilités confiées si celles-ci sont excessives, ou une certaine frustration s'il a l'impression que son supérieur s'est déchargé sur lui de la part ingrate de ses responsabilités.

Deux conditions minimales doivent être réunies pour qu'une délégation soit efficace :

- le climat de confiance doit être satisfaisant entre la direction et les personnels
- la prise de risque doit être valorisée, le droit à l'erreur reconnu.

La contractualisation interne fournit un cadre propice à la mise en œuvre de la délégation.

1.1.2 La contractualisation interne

Le contrat se présente comme le fondement d'une méthode, d'une philosophie de gestion des équipes et des hommes. A la solution hiérarchique se substitue un mode de gestion axé sur la négociation ; elle offre ainsi un espace de liberté et d'initiatives, permettant adhésion aux projets, appropriation des outils et moyens, investissement du personnel dans le fonctionnement de l'établissement.

Le recours à la contractualisation permet la mise en place d'une organisation souple et adaptative, comme le préconise Henri Mintzberg ⁴¹. La contractualisation favorise :

- ⇒ La responsabilisation et motivation du personnel ;
- ⇒ La prise de conscience à la fois par le personnel et l'administration des contraintes respectives de chacun ;
- ⇒ La formalisation d'objectifs collectifs et individuels et leur négociation
- ⇒ L'assouplissement du mode de gestion au moyen de délégations de crédits, l'initiative de nouvelles organisations de travail ;
- ⇒ Le management de proximité, puisqu'il revient à l'encadrement un rôle de coordination, de validation et d'évaluation des moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs ;
- ⇒ L'amélioration de la qualité du service rendu, la responsabilisation et le sentiment d'adhésion étant des gages de qualité.

Cependant la contractualisation ne peut être opérante qu'après avoir répondu à certaines questions incontournables :

- ⇒ **Sur quoi contractualiser** ? Doit-on limiter le contrat à un pur contenu budgétaire ou peut-on aller jusqu'à la délégation d'équipements, des travaux ou de la maintenance ?
- ⇒ **Jusqu'où déléguer** ? La question est de savoir jusqu'à quel stade peut être poussée la délégation parmi les domaines transférés ?
- ⇒ **Avec qui contracter** ? Par activité, par service ou par personne ?

Le principe d'une contractualisation interne dans les établissements de santé est posé dans l'ordonnance du 24 avril 1996, à travers la possibilité pour les directeurs de créer des centres de responsabilité avec délégation de signature pour les médecins.

Parmi les établissements sanitaires et sociaux, les hôpitaux locaux pourraient vraisemblablement légalement mettre en place, pour leur activité sanitaire une telle

⁴¹ Henri Mintzberg « *Structure et dynamique des organisations* » Paris ; les Editions d'organisation ; 1982 ; 434 pages

contractualisation. L'activité d'hébergement des personnes âgées dans ces mêmes hôpitaux est, elle, exclue de son champ d'application, posant le problème de la cohérence de la politique managériale dans l'établissement. Toutefois l'absence d'un texte légal autorisant la contractualisation interne signifie-t-elle pour autant l'interdiction pour le directeur de décliner ce mode de gestion sous d'autres formes ?

Caspar et Millet⁴² repèrent huit étapes successives dans la démarche de contractualisation :

- ❶ Analyser le contexte afin de clarifier et hiérarchiser les buts et de situer les objectifs par rapport au projet.
- ❷ Passer du but à l'objectif, celui-ci déterminant et donnant un sens aux actions à accomplir.
- ❸ Rédiger le contrat d'objectif en proposant des garanties de part et d'autres et en vérifiant que l'objectif est suffisamment précis.
- ❹ Fixer les indicateurs d'atteinte.
- ❺ Présenter et expliquer le contrat d'objectif pour susciter l'adhésion.
- ❻ Définir les moyens humains, financiers, techniques, organisationnels.
- ❼ Programmer le suivi de la réalisation de l'objectif.
- ❽ Mesurer les résultats, décider d'un nouveau but

Le principe de contractualisation a d'ores et déjà été mis en pratique sur l'hôpital local de Graulhet à travers la fixation d'un objectif annuel individuel devant se concrétiser pour chaque agent par la mise en œuvre d'un « micro-projet ».

Cette démarche de contractualisation pourrait à l'avenir être étendue à la réalisation d'objectifs individuels ou collectifs plus ambitieux et plus systématiques :

- **la contractualisation individuelle** serait mise en place à partir de fiches de postes, de la définition et négociation d'objectifs et d'une évaluation de leur réalisation ; par ses absences à répétition un agent limite alors sa possibilité d'atteindre ses objectifs.

- **la contractualisation collective** pourrait être développée par la délégation à un service d'une enveloppe financière (ainsi celle des produits d'entretien utilisés dans l'unité), par un travail sur projet de service ou transversal.

⁴² Caspar et Millet « *Apprécier et valoriser les hommes. Réflexions pratiques* » Éditions LIAISONS. Paris 1993

Les objectifs fixés doivent être opérationnels, réalisables à court terme et permettre de vérifier leur bonne réalisation ; le recours aux actions de formation doit être systématisé pour favoriser la réussite des agents.

1.2 MOTIVER PAR L'ÉVALUATION

Dans une démarche de valorisation de l'autonomie et de la responsabilité telle que celle engagée par la contractualisation interne, il devient nécessaire de mettre l'accent sur le caractère interactif qui lie l'individu à son travail. L'évaluation des performances doit permettre de comprendre comment travaille la personne et la situer dans une perspective dynamique de progression professionnelle. Elle contribue au repérage des potentiels existants ou en devenir. L'évaluation est aussi un instrument de dialogue, un liant qui fédère autour du projet d'établissement et des services.

La mise en place d'un système d'évaluation permet de prendre en considération les principaux déterminants de la motivation définis par Maslow et Herzberg.

Ainsi selon H. Leteurre⁴³ :

- **les besoins de sécurité** sont garantis par un système qui réduit les risques d'arbitraire et sécurise l'agent consciencieux et efficace.
- **les besoins d'appartenance sociale** sont atteints grâce à la communication interne accrue que postule tout système d'évaluation des performances réel.
- **les besoins d'estime, de réussite et d'accomplissement** sont en partie satisfaits grâce à la technique de « l'entretien positif » mettant en valeur les réussites de l'agent et permettent de réfléchir avec celui-ci sur les difficultés rencontrées.
- Le système d'évaluation des performances est à lui seul un facteur motivant car il apparaît comme un instrument de développement individuel et crée les conditions de la réussite du groupe au travers l'épanouissement des individus.

L'évaluation sera conduite lors d'entretiens spécifiques ; ces entretiens sont le fondement de toute procédure de notation.

⁴³ Hervé Leteurre « *De la notation à l'évaluation des performances* » in Gestions Hospitalières N°314, Mars 1992

1.2.1 L'entretien d'évaluation

Le principe

L'entretien d'évaluation se situe au cœur même de la procédure d'appréciation. Il doit permettre à chaque collaborateur de :

- Savoir ce que son responsable attend de lui
- Savoir ce que son responsable pense de son travail et ajouter ses propres commentaires
- Savoir comment l'évolution de sa carrière est envisagée et exprimer ses souhaits et opinions à ce sujet
- S'exprimer sur la façon dont il perçoit son environnement professionnel.

Parallèlement l'entretien d'évaluation représente un outil stratégique de la gestion des ressources humaines avec pour objectif de :

- Faciliter et de développer le dialogue entre l'agent et sa hiérarchie
- Évaluer les réalisations de chacun au regard des objectifs fixés
- Identifier les actions nécessaires pour améliorer ces performances
- Fixer des objectifs mesurables pour la période à venir
- Identifier les points à améliorer, les points forts, les aspirations, les possibilités d'évolution ainsi que les besoins en formation
- Conduire son projet professionnel.

L'entretien d'évaluation avec l'agent doit être utilisé comme l'un des instruments privilégiés du management participatif ; il est construit comme un partage d'information, un dialogue.

Trois entretiens peuvent avec pertinence permettre la construction d'un système d'évaluation : les entretiens de fixation des objectifs, les entretiens intermédiaires de situation, et les entretiens d'évaluation. Ces derniers peuvent, en pratique, se confondre avec la première catégorie d'entretiens.

La situation sur l'établissement

Depuis la mise en place de la nouvelle structuration de l'encadrement sur l'hôpital local de Graulhet, les évaluations des A..S et A.S.H devraient en principe être réalisées par les infirmières, la notation relevant ensuite du cadre soignant puis du directeur. En pratique les infirmières ne procèdent que peu ou insuffisamment à ces entretiens d'évaluation. Les raisons me semblent être doubles :

- d'une part les infirmières refusent de s'impliquer personnellement dans une évaluation directe des agents, ou estiment ne posséder les compétences requises pour les effectuer.

- d'autre part l'organisation de service apparaît être un élément bloquant, car il est difficilement envisageable qu'un agent soit simultanément évalué par plusieurs infirmières.

L'agent soignant ne prend donc connaissance de sa note que le jour de la signature de son évaluation ; les entretiens sont programmés uniquement en cas de difficultés rencontrées. Conséquence : l'entretien est perçu comme une situation négative difficile à vivre ; il ne peut être alors un facteur de motivation.

Les suggestions

L'évaluation ne peut avoir de sens si l'évaluateur est mal positionné. Il importe donc préalablement à la mise en place d'une politique d'évaluation de définir qui est le mieux placé pour évaluer les A.S et A.S.H.

Dans le cas présent, et compte tenu de l'absence de cadre de terrain, je préconise que l'évaluation reste dévolue aux infirmières, mais à condition :

- de renforcer au maximum la formation au management des infirmières
- de mettre en place une infirmière référente en charge de l'évaluation.

⇒ **Mettre en place une politique d'évaluation**

OBJECTIFS	ACTIONS	OBSERVATIONS
⇒ Formaliser des entretiens d'évaluation avec les agents	<ul style="list-style-type: none"> - Programmer des actions de formation au management pour les infirmières - Engager une réflexion sur la création d'une fonction d'infirmière référente chargée de l'évaluation - Programmer les différents temps d'entretien sur l'année entre les agents et les évaluateurs 	<ul style="list-style-type: none"> - La nouvelle procédure d'évaluation devra au préalable être soumise à la concertation des représentants du personnel - La nouvelle procédure d'évaluation devra faire l'objet d'une communication la plus complète possible

1.2.2 L'évaluation par la notation

Le principe

Le cadre de la notation représente à l'heure actuelle une obligation réglementaire. Ce cadre s'impose aux directeurs d'établissements et limite les possibilités d'évolution de la grille de notation car « Les critères d'évaluation ont paradoxalement un caractère rigide et vague »⁴⁴. Le traditionnel système de notation peut être transformé en un système d'évaluation des performances en explicitant les critères définis par arrêtés ; cette définition sera réalisée au moyen de sous-critères, ou en affectant à un même critère plusieurs tâches professionnelles détaillées.

La situation sur l'établissement

Cette démarche a déjà été engagée sur l'hôpital local de Graulhet. A l'appui de leurs nouvelles fonctions d'encadrement, les infirmières disposent d'une grille d'évaluation de 27 critères pour apprécier le travail des A.S et A.S.H, lesquels sont ensuite notés par le cadre soignant.

Dans un souci de cohérence, je propose de généraliser ces critères à l'ensemble des agents de l'hôpital de Graulhet. La définition de ces nouveaux critères s'appuiera sur des fiches de postes, quasiment inexistantes dans l'établissement.

⇒ **Poursuivre la politique de notation**

OBJECTIFS	ACTIONS	OBSERVATIONS
⇒ Intégrer la notation à la politique d'évaluation des performances	<ul style="list-style-type: none">- Créer des fiches de postes- Valider les nouveaux critères de notation- Communication des critères la grille d'évaluation aux agents.- Communication de la feuille d'objectifs avec les critères en cours et en fin d'année	<ul style="list-style-type: none">- Validation des critères par groupe ou par tests individuels- Prévoir la diffusion d'un guide opérationnel

⁴⁴ d'après H.Leteurtre op. cité. page 237

1.3 VALORISER LE TRAVAIL DES A.S ET A.S.H

Les A.S et A.S.H représentent la catégorie de personnel la plus absente sur l'établissement. Peu motivés par leur métier, effectuant souvent des travaux subalternes, ces agents recourent souvent à l'arrêt maladie. Un effort de valorisation spécifique auprès de ce personnel doit être mené. La gestion sociale de l'hôpital devra développer les marques d'estime ou de reconnaissance qui donneront envie aux agents de venir travailler.

Je retiendrais différents axes afin de valoriser le travail des agents :

⇒ Une communication institutionnelle permanente reconnaissant le rôle spécifique et indispensable du personnel d'entretien et des aides-soignantes.

Aucune démarche qualité ne peut aboutir si les règles d'hygiène et d'entretien de base ne sont pas respectées. De même la lutte contre les infections nosocomiales n'a de sens qu'à travers la mobilisation des agents d'entretien. La motivation individuelle s'inscrit alors dans le cadre élargi d'un sentiment collectif de mobilisation.

Le retour d'une image interne positive peut également être relayé par le corps médical qui y aura été sensibilisé.

⇒ Développer les conduites d'écoute et de considération dans les relations hiérarchiques.

La considération peut être formulée comme « *un ensemble de conduites indiquant l'amitié, la confiance mutuelle, le respect et une certaine chaleur établie entre le leader et les membres du groupe (...) elle sauvegarde l'estime que chacun d'eux peut avoir de lui-même, évite ce que peut avoir de dévalorisant leur statut de subordonné* »⁴⁵.

La considération marquée vis à vis des agents doit se manifester en dehors de la notation, par des compliments et des signes de reconnaissance oraux directs. Le positionnement hiérarchique systématique sera évité autant que possible ; il conviendra d'y préférer autant que possible celui de garant de la pérennité de la structure.

Cette volonté de considération s'appuiera sur le renforcement du positif dans les relations quotidiennes, sur le respect des personnes. Insister sur les compétences des personnes permet alors de produire des informations, donc des auto-solutions pour le groupe et les individus.

Cette considération peut également se traduire par une réponse rapide aux demandes exprimées en matière d'amélioration des conditions de travail.

⁴⁵ d'après R.Francis cité par H.Leteutre « *Audit de l'absentéisme* » op. cité, page 41

- ⇒ Encourager les possibilités d'avancement, de promotion professionnelle autant que possible dans les limites de l'enveloppe financière du budget formation.
- ⇒ Enrichir le travail en associant par exemple les agents aux activités d'animation, en leur proposant des fonctions de référents.
- ⇒ Rompre le fonctionnement institutionnalisé afin de réduire les tâches à répétition (toilettes en série par exemple) ou afin de laisser dans le travail une marge de liberté « encadrée ». L'étude de charge de travail qui sera réalisée en 2001 pour l'A.R.T.T. peut servir de cadre de réflexion.

1.4 DEVELOPPER UNE BONNE AMBIANCE AU TRAVAIL

Pour Hertzberg ⁴⁶ le souci d'ambiance est évidemment important, car s'il fait défaut aucune entreprise ne peut échapper aux conséquences engendrées par un personnel mécontent. Eu égard au ressenti des agents de l'hôpital local de Graulhet sur le mauvais climat interne, l'amélioration de l'ambiance s'inscrit comme une priorité.

De cette l'ambiance dépend le bon fonctionnement du service puisque, suivant le contexte, des agents malades pourront venir travailler par solidarité ou à l'inverse des maladies « diplomatiques » viendront dégrader encore un peu plus l'esprit d'équipe.

L'enquête réalisée sur les conditions de travail a d'ores et déjà fourni des pistes intéressantes en vue d'améliorer l'ambiance. J'estime qu'il est nécessaire de compléter cette enquête par une seconde, plus ciblée sur les motifs d'insatisfaction relevés.

- ⇒ **Préciser les raisons de la mauvaise ambiance ressentie à Graulhet**

OBJECTIFS	ACTIONS	OBSERVATIONS
⇒ Définir les raisons de la mauvaise ambiance ressentie par le personnel	- Mener une enquête complémentaire par entretiens semi-directifs sur les causes d'insatisfaction liées à l'ambiance et aux tensions du travail.	- Association acquise du CHSCT à la démarche

⁴⁶ Hertzberg « *Le travail et la nature de l'homme* » op. cité, page 184

<p>⇒ Préciser les causes du stress et de la tension exprimées lors de l'enquête par les soignants</p>		
---	--	--

⇒ **Décloisonner les services**

Le cloisonnement entre les différents services est apparu comme une des caractéristiques préoccupantes de l'établissement.

OBJECTIFS	ACTIONS
<p>⇒ Favoriser les relations inter-services</p>	<p>- Développer des activités professionnelles entre les différents services (animations, visites extérieures...)</p>
<p>⇒ Développer les échanges entre les membres du personnel</p>	<p>- Renforcer les formations communes et « inter-catégories »</p> <p>- Dans le cadre de l'extension architecturale engager une réflexion sur la création d'un espace commun de repos ou de repas</p>
<p>⇒ Poursuivre la politique de mobilité entre services</p>	<p>- Négocier des changements de services pour l'ensemble des soignants</p> <p>- Mener une réflexion sur une politique de polyvalence inter-services</p> <p>- Les premiers changements de service sont obligatoires depuis janvier 2001 : faire un bilan avec les intéressés à la fin de l'année.</p>

⇒ **Améliorer la communication**

L'amélioration de la communication interne dans l'établissement est une priorité. Quelques principes m'apparaissent fondamentaux :

- La communication doit être construite sur la transparence des informations ; les rumeurs naissent des informations non transparentes.
- La communication interne ne doit être ni incertaine, ni contradictoire.
- Les effets d'annonce doivent être évités au maximum, les projets présentés en temps réel.
- L'information ne doit pas être utilisée comme moyen de pouvoir.

OBJECTIFS	ACTIONS	OBSERVATIONS
⇒ Développer la communication interne ascendante et descendante	- Créer un journal interne sur l'actualité de l'hôpital, la vie des services ; susciter la possibilité pour les agents d'y présenter leurs centres d'intérêt, de se faire connaître.	- Étudier la possibilité de recourir à un stagiaire d'une école de communication pour la mise en place du journal
⇒ Favoriser la communication positive	- Mettre l'accent sur ce qui est bien fait, sur ce qui fonctionne bien	
⇒ Améliorer l'information des nouveaux agents sur l'établissement, leurs droits et obligations	- Élaboration d'un livret d'accueil des agents (quelque soit leur statut)	

⇒ **Améliorer les relations quotidiennes**

L'amélioration des relations quotidiennes sera construite à partir d'une meilleure communication (exemple du journal interne) et du décroisement des services. Les relations pourront également être enrichies par l'accroissement des moments d'échange ou de concertation entre les agents.

J'estime en effet que les temps de réunion de service sur Graulhet sont trop rares : aucun temps d'échange institutionnel n'est instauré dans les unités entre les temps de transmission habituels et la trimestrielle « réunion du directeur ».

Par ailleurs les relations de travail peuvent être facilitées si les rôles, les responsabilités et les zones d'intervention de chacun sont précisées, ce qui évite les interférences et les pertes de reconnaissance.

OBJECTIFS	ACTIONS
⇒ Instaurer des temps d'échange sur la vie du service, sur les pratiques ou le suivi des résidents	- Développer les réunions de service et/ou des « temps flash » d'information.
⇒ Favoriser la convivialité dans l'établissement	- Développer les rituels familiaux (pots, anniversaires, etc.) et maintenir un style de communication convivial
⇒ Clarifier les rôles, les responsabilités	- Cibler la communication collective et individuelle sur les responsabilités et rôles définis de chacun

2 - AGIR SUR L'ORGANISATION

2.1 RENFORCER LA STRUCTURATION DE L'ENCADREMENT

La nouvelle structuration de l'encadrement a amené en 1999 à confier aux infirmières les fonctions de référent de service et des équipes.

L'exercice de ces nouvelles responsabilités d'encadrement de terrain est mal vécu tant par les agents que par les infirmières. Le personnel infirmier est particulièrement en difficulté pour assurer pleinement le rôle dévolu à l'encadrement de proximité.

Ceci explique :

- Le manque de management des équipes soignantes
- L'absence « d'auto-régulation » de l'absentéisme par l'équipe
- Le peu de suivi des agents coutumiers d'arrêts à répétition
- Le positionnement difficile de chaque soignant, et le climat de tension et de méfiance existant entre infirmières et agents
- La rareté des entretiens d'évaluation pour les A.S et A.S.H
- L'absence de réunions de service en dehors de celles organisées par la direction
- Le déficit de communication, faute de relais dans la transmission de l'information.

La mise en place de ce nouvel encadrement s'est certes accompagnée d'une formation au management pour les infirmières, mais à posteriori et de manière insuffisante. Dès lors je recommande d'amplifier ces actions de formation le plus rapidement possible. Parallèlement je propose qu'une réflexion soit engagée afin de conduire la structuration de l'encadrement vers une deuxième étape.

⇒ **Améliorer la structuration de l'encadrement**

OBJECTIFS	ACTIONS
⇒ Développer la compétence des infirmières au management.	- Inscrire prioritairement au plan de formation des formations au management pour les infirmières.
⇒ Renforcer la présence de l'encadrement auprès des A.S et A.S.H.	- Engager une réflexion sur la création d'une fonction d'infirmière référente.
⇒ Favoriser la communication, animer les réunions, suivre l'absentéisme des agents.	- Engager une réflexion sur: <ul style="list-style-type: none"> ▪ le positionnement actuel des cadres soignants. ▪ l'éventuelle possibilité de confier à l'un d'entre eux une mission de soutien à l'encadrement infirmier.

2.2 REDEFINIR LA POLITIQUE DE REMPLACEMENT DES ARRETS

La politique de remplacement actuel conduit à remplacer systématiquement la majorité des arrêts de soignants, renforçant ainsi d'éventuels comportements abusifs d'absentéisme.

Faut-il alors retenir l'idée d'un délai de carence de deux ou trois jours pour le remplacement des absences ?

La mise en œuvre d'une telle modalité de remplacement m'apparaît opportun ; elle exige cependant au préalable une étude de l'organisation et de la charge du travail avec les équipes. A ce jour les cadres sont dans la quasi impossibilité de dégager les marges de manœuvre éventuellement existantes dans l'organisation actuelle, d'orienter l'activité des présents sur les priorités en laissant en suspens les tâches moins urgentes. L'analyse de l'organisation qui sera engagée dans l'optique de la réduction du temps de travail devrait intégrer cet objectif.

Par ailleurs la création d'un pool de remplacement n'a pas permis de faire face aux arrêts inopinés, les agents de ce pool restant affectés sur des arrêts longs.

Je préconise donc de définir à l'avenir les modalités du recours à ce pool et, de manière plus globale, de définir avec les instances représentatives la politique de remplacement de l'établissement.

2.3 RENFORCER LA POLITIQUE DE GESTION DES ARRETS DE TRAVAIL

J'estime que la politique de gestion des arrêts de travail doit, à travers son caractère dissuasif, être intégrée de manière complémentaire à la démarche de valorisation du présentéisme.

Cette politique peut se décliner à travers plusieurs mesures :

⇒ Le renforcement le contrôle médical ou du contrôle administratif au domicile de l'agent, notamment lors des pics saisonniers d'absentéisme.

⇒ La mise en place d'un suivi individuel des agents sujets à un absentéisme élevé, particulièrement en cas de suspicion sur la réalité de l'arrêt.

Ce suivi sera mis en œuvre par un entretien lors de la reprise de l'agent. Cet entretien aura deux objectifs :

- d'une part il permettra d'évoquer les éventuels problèmes rencontrés par l'agent dans son travail : quels sont les sentiments de l'agent vis à vis de son travail, de son

service ? Souffre t'il d'un excès ou d'un manque de responsabilité, le travail est-il trop éprouvant, est-il démotivé et pourquoi ?

Cet entretien systématisé a alors l'avantage de réaliser une enquête sur toutes les absences et de faire émerger des problèmes éventuels. La démarche est cependant coûteuse en temps et peut être mal vécue par les agents qui n'ont rien à se reprocher.

- d'autre part l'entretien peut revêtir un caractère dissuasif, en se révélant être une épreuve psychologique que l'agent essaiera à l'avenir d'éviter.

⇒ La mise en place de fiches analytiques d'absentéisme par agent ou par service.

Un tel écrit permet une analyse historique des arrêts et un suivi individualisé. Il offre par ailleurs un support pédagogique aux entretiens d'évaluation dans la mesure où les conséquences de l'absentéisme individuel sur le fonctionnement du service et sur l'évolution de carrière peuvent être abordées.

⇒ L'annoncer clairement que la planification de certains congés pourrait éventuellement être reliée à l'assiduité.

2.4 DEVELOPPER LA POLITIQUE D'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

L'établissement est depuis cette année particulièrement engagé dans une démarche d'amélioration des conditions de travail. L'enquête réalisée a mis en évidence les attentes du personnel en ce domaine, notamment en ce qui concerne la réduction des charges physiques et des efforts de manutention.

L'acquisition de matériels de manutention, financés en partie par le contrat conclu avec l'A.R.H devrait pourvoir aux besoins jusqu'alors non satisfaits.

Par ailleurs une proposition a été faite au C.H.S.C.T de réaliser, dans les mois à venir, toute enquête complémentaire jugée nécessaire à une meilleure compréhension des motifs d'insatisfaction du personnel.

Il m'apparaît important que l'amélioration des conditions de travail soit également mise en œuvre par un aménagement des lieux de travail qui favorise le sentiment de bien-être des agents.

En effet « Nos sensations sont en lien étroit avec nos idées rationnelles ; un environnement grisâtre, atone, mal éclairé peut avoir des effets dévastateurs sur notre moral et nos pratiques professionnelles. Le bruit, les va-et-vient, les incertitudes, l'hypostimulation,

comme l'hyperstimulation générés par l'aménagement des lieux, peuvent engendrer des attitudes mélancoliques et neurasthéniques [...] ; dès lors certains aménagements peuvent être plus anxiogènes que d'autres »⁴⁷.

Cette dimension des conditions de travail, quelques fois sous-estimée, est un préalable incontournable pour susciter le bien-être sensoriel des agents. Un simple ravalement clair des murs, l'acquisition de mobilier moderne et ergonomique ou un nouveau dispositif d'éclairage indirect peut être suffisant pour transformer totalement un environnement jusqu'alors inhospitalier, voire anxiogène.

De même les vestiaires et les salles de détente, trop souvent laissés pour compte dans les préoccupations d'aménagement - et ceci est particulièrement vérifié sur l'hôpital de Graulhet - doivent d'autant plus faire l'objet d'une attention particulière que ces espaces sont à tort considérés comme non productifs. Comme le souligne Philippe Davezies⁴⁸, les histoires racontées dans ces espaces (sur la vie, le travail, l'articulation du professionnel et de l'extra-professionnel) donnent à chacun la possibilité de tester si ce qu'il fait est correct, juste, reconnu par ses collègues . Ces confrontations permettent alors d'enrichir le patrimoine collectif grâce aux contributions singulières amenées par chacun.

⁴⁷ D'après Jean-René Loubat « *Remotivation des personnels et management* » in *Gestions Hospitalières*, N°305, avril 1991

⁴⁸ Philippe Davezies « *Éléments de psychodynamique du travail* » in *Éducation Permanente* N°116, 1993, page 41.

CONCLUSION

La mise en place d'une politique de « présentéisme » nécessite, nous l'avons constaté, une mobilisation des ressources de l'établissement, et ce tant dans les actions menées vis à vis des agents (facteur humain) que vis à vis de l'institution (facteur organisationnel).

Pour autant les réponses apportées ne sauraient se résumer à ces seules dimensions.

En effet l'ensemble des propositions présentées s'inscrit dans une dynamique de changement : changement de comportements, d'habitudes voire de valeurs. Une des problématiques majeures de toute entreprise ou institution étant de produire du résultat grâce à des comportements individuels et collectifs, il importe que ces derniers soient en adéquation avec les objectifs de l'institution. Ce qui est en jeu pour l'hôpital de Graulhet est bien la nécessité de combattre une culture de l'absence.

Ce **changement culturel** déterminera la réussite de la politique de mobilisation. Il devra être mis en œuvre à travers la culture de l'établissement, qui relève, d'une manière plus conceptuelle, de la culture d'entreprise.

Les multiples définitions de la culture d'entreprise relèvent toutes du principe que l'entreprise est une entité sociale capable de sécréter des règles, des coutumes, des préférences et des croyances qui lui sont propres. Ces valeurs, normes et attitudes forment le matériel culturel de l'établissement. La notion de culture d'entreprise renvoie donc à la plus ou moins forte identité des structures et au sentiment commun d'appartenance chez l'ensemble des individus qui y travaillent.

Déterminante de comportements, la culture est dans ce contexte source de performance parce qu'elle mobilisera autour d'objectifs communs : « L'institution enseigne des normes de

comportements qui, parfaitement intégrés par les agents, sont transmises implicitement à d'autres agents et font partie intégrantes de leur culture professionnelle »⁴⁹.

Un hôpital, un service possèdent leur culture propre. Derrière les stéréotypes existent des faits culturels ; la découverte de ces derniers, leur influence sur le comportement, nous conduisent à nous interroger sur la possibilité d'utiliser cette influence.

Cette démarche est d'autant plus importante que « les gens n'acceptent plus les ordres et on ne peut plus donner des ordres en détail ; d'où l'idée de gouverner par la culture pour que les gens fassent tout seuls ce qu'il faut qu'ils fassent »⁵⁰.

A l'image d'autres établissements, les enjeux d'un changement culturel sur l'hôpital de Graulhet relèvent d'ores et déjà de niveaux multiples :

⇒ **La culture de l'absence**, voire « l'institutionnalisation du comportement d'absence » peut, nous l'avons relevé, être combattue stratégiquement au moyen d'une politique d'amélioration du « présentisme ». Le comportement d'absence en tant que pratique courante, et jugée comme étant sans conséquence, doit être progressivement réduit en tentant de substituer aux valeurs individualistes un patrimoine collectif centré sur la qualité de la prise en charge du résident et sur l'esprit d'équipe et la reconnaissance du travail.

⇒ **La culture soignante** structure non seulement l'activité du personnel des services de soins mais aussi le plus souvent celle des maisons de retraite médicalisées.

La culture soignante génère, de par sa dimension technique ou médicale, une relation de pouvoir et de savoir par rapport à une personne affaiblie et désorientée ; « le personnel sait, le malade écoute »⁵¹.

A l'opposé dans la culture hôtelière, le client est roi ; de même la culture psycho-sociale est centrée sur l'individu afin de favoriser le maintien ou le développement des liens avec son environnement : la personne âgée reste acteur de sa vie et participe à son propre épanouissement.

⁴⁹ D'après Jocelyne Abraham « *Identité Hospitalière, Culture de Métiers* », in Revue de gestion des ressources humaines N°28, juillet - août 1998, page 6

⁵⁰ Michel Crozier « *L'analyse stratégique appliquée en milieu hospitalier : pertinence et méthodologie* » in Gestions Hospitalières N° 261, décembre 1986-janvier 1987, page 787

⁵¹ Extrait du classeur WEKA « *Direction d'un établissement pour personnes âgées* » : Faire fonctionner les établissements, assurer la qualité de vie des résidents » juillet 2000, page 48

Cette dernière démarche pourrait être mise en pratique au quotidien en accordant la priorité à l'animation et à une politique de restauration de qualité permanente (recherche d'une qualité réelle des repas, formation des agents en école hôtelière, abandon des tenues de soignantes lors des services hôteliers, etc.).

Le remplacement d'aides-soignantes par des aides médico psychologiques (A.M.P) favoriserait également le développement d'une culture psycho-sociale dans les établissements sanitaires et sociaux.

Ce travail sur le développement du lien social, ce recentrage sur la vie du résident offriront alors l'opportunité d'un enrichissement du travail des agents, de par la pluralité des responsabilités confiées et *in fine* de par la valorisation des missions accomplies.

⇒ **La culture de la qualité**, et donc de **son évaluation**, a fait son entrée dans les EHPAD dans le cadre de la réforme de la tarification (décret du 26 avril 1999).

Le travail de recueil des données requises pour la démarche qualité et l'évaluation des pratiques sont quelques fois ressentis par certains soignants comme la mise en cause de leurs compétences, compétences quelques fois non actualisées. D'autres redoutent d'avoir à travailler de manière standardisée alors que chaque résident est une personne unique.

La démarche qualité en maison de retraite sera d'autant plus vécue comme un véritable choc culturel⁵² qu'elle heurte la culture française quant à l'idée de contrôle et de standardisation du travail. Choc culturel également dans la mesure où les outils théoriques des manuels ne correspondent pas à la culture du terrain, et dans la mesure où les procédures souvent faites de découpage en petites tâches sont plus difficiles à rédiger lorsqu'il s'agit de percevoir la personne âgée dans sa globalité.

Les difficultés d'un changement de culture sont réelles et ne devront pas être sous estimées. Un tel changement demande du temps. Il implique la modification des cadres de références, des méthodes d'analyse, des priorités, et surtout celle des habitudes et des comportements. Mais les intéressés sont moins souvent réfractaires au changement que nous pourrions le penser. Comme le souligne M. Crozier, « les membres d'une organisation ne sont pas attachés de façon bornés à leur routine. Ils sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose. Les habitudes ont pour eux une importance moindre qu'on ne croit ».

⁵² d'après G. Pérennou "La démarche qualité en maison de retraite, un choc culturel" in Soins Gériatriques N°27, Janvier - Février 2001, page 38

Il nous revient en tant que directeur, de mobiliser le personnel dans ce nécessaire changement culturel.

A cette fin le projet devra être porteur de sens pour chaque acteur de l'établissement. La mise en place de ce changement devra être réalisée avec la conviction suivante : seuls la satisfaction et l'épanouissement dans la profession sont à même de renforcer la motivation, et donc la présence du personnel au travail.

La réalisation de ces objectifs requiert nécessairement un engagement quotidien du directeur, et ce à travers une démarche stratégique globale qui devra être menée à long terme.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : **Caractéristiques du personnel de Graulhet**

ANNEXE 2 : **Questionnaire sur l'amélioration des conditions de travail à l'hôpital de Graulhet**

ANNEXE 3 : **Contrat d'amélioration des conditions de travail** conclu entre la direction de l'hôpital de Graulhet et les organisations syndicales représentatives, et agréé le 13/12/2000 par l'Agence Régionale d'Hospitalisation

ANNEXE 1

Caractéristiques du personnel de Graulhet

Comparaison des classes d'âge entre le personnel de l'hôpital de Graulhet et les données nationales en 1998

Tableau 1 : Répartition du personnel non médical par tranches d'âge et catégories professionnelles de l'hôpital de Graulhet

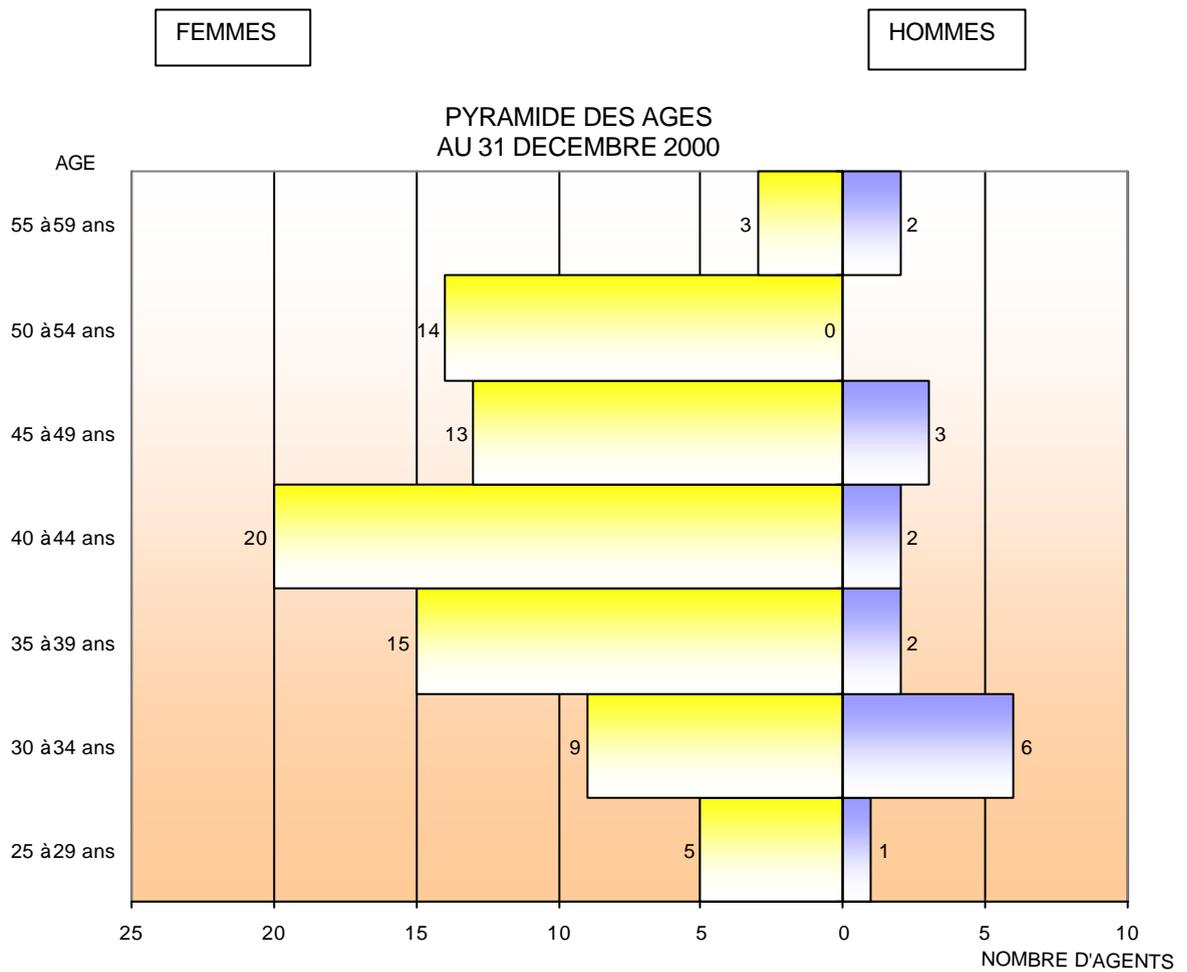
PERSONNEL	AGE - 30 ANS	AGE + 35 ANS	AGE + 40 ANS	AGE + 50 ANS
ENSEMBLE DU PERSONNEL	8.9%	77.2%	57.4%	17.8%
ADMINISTRATIF	10.0%	50.0%	30.0%	10.0%
TECHNIQUE	14.3%	57.1%	50.0%	7.1%
INFIRMIER	0.0%	76.5%	64.7%	35.3%
AIDE-SOIGNANT	7.1%	81.0%	54.8%	11.9%
A-S-H	0.0%	83.3%	72.2%	11.1%

Tableau 2 : Répartition du personnel non médical par tranches d'âge et catégories professionnelles – moyenne nationale –

PERSONNEL	AGE - 30 ANS	AGE + 35 ANS	AGE + 40 ANS	AGE + 50 ANS
ENSEMBLE DU PERSONNEL	12.4%	73.6%	55.8%	16.3%
ADMINISTRATIF	10.8%	77.2%	59.8%	18.4%
TECHNIQUE	8.7%	81.1%	66.8%	26.9%
INFIRMIER	14.6%	70.4%	53.0%	13.0%
AIDE-SOIGNANT	9.2%	77.1%	55.8%	15.6%
A-S-H	20.1%	62.9%	46.1%	14.2%

Caractéristiques du personnel de Graulhet

Pyramide des âges



ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE SUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL A L'HÔPITAL LOCAL DE GRAULHET

RECOMMANDATIONS

- Nous vous conseillons de remplir ce questionnaire dans un endroit calme, en prenant le temps de bien lire chaque question.
- De même, il est préférable de le remplir seul, pour ne pas être influencé par des collègues, de façon à ce que les réponses soient vraiment spontanées.
- Pour chaque question, une seule réponse est demandée, sauf dans certains cas qui vous sont signalés.

Ce questionnaire est à remplir de manière anonyme. Le nombre de questions relatives à vos caractéristiques personnelles (grade, service, statut, ancienneté) est limité, et est indispensable à l'exploitation statistique des résultats. Nous vous rappelons que conformément à la loi Informatique et Liberté, **vos réponses ne seront jamais traitées individuellement**, mais de façon collective.

➤ TOUT D'ABORD QUELQUES QUESTIONS SUR VOUS-MEME

Q1 Dans quel service travaillez-vous ?

- Services de soins de Services administratifs Services techniques ou généraux

• Si vous êtes dans les services de soins, vous travaillez :

- A Saint François Au parc En médecine – moyen séjour

• En tant que :

- IDE AS/ ASH Autre

Q2 En ce qui concerne votre statut, êtes-vous :

- Titulaire / stagiaire Contractuel (C.D.D, C.E.S, Emploi jeune)

Q3 Depuis combien d'années êtes vous dans :

• Ce service ?

- Moins d'un an Plus d'un an Plus de 10 ans

• Cet établissement ?

- Moins d'un an Plus d'un an Plus de 10 ans

➤ **PARLONS MAINTENANT DE LA CHARGE PHYSIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU CADRE MATERIEL**

Q4 Si vous êtes confronté(e) dans votre travail à l'un de ces inconvénients, dites s'il vous dérange :

	<i>Me dérange</i>	Ne me dérange pas
Le bruit		
Les odeurs		
Le tabac		
L'éclairage artificiel		
La température		
Les produits toxiques		
Les postures pénibles		
De longues déambulations à pied		
Des stations debout prolongées		
Des manutentions de charges lourdes		

Autre .:

Q5 Globalement diriez-vous que la conception des locaux dans lesquels vous travaillez est :

- Très fonctionnelle
 Plutôt fonctionnelle
 Pas très fonctionnelle
 Pas du tout fonctionnelle

Q6 Cochez les locaux qui ne vous paraissent pas fonctionnels :

- Les vestiaires
 Les cuisines relais

- Le lieu de pause de votre service
 Les chambres
 Lieu de travail habituel (salle de soins, bureau....)
 Autre :

Q7 Globalement, en ce qui concerne le matériel dont vous disposez pour travailler, diriez-vous qu'il est : (Cochez une réponse par colonne)

- | <i>En terme de qualité :</i> | <i>En terme d'adaptation :</i> | <i>En terme de quantité :</i> |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> De bonne qualité | <input type="checkbox"/> Très bien adapté | <input type="checkbox"/> Abondant |
| <input type="checkbox"/> Plutôt de bonne qualité | <input type="checkbox"/> Plutôt bien adapté | <input type="checkbox"/> Suffisant |
| <input type="checkbox"/> Plutôt de moyenne qualité | <input type="checkbox"/> Plutôt mal adapté | <input type="checkbox"/> Assez suffisant |
| <input type="checkbox"/> De très mauvaise qualité | <input type="checkbox"/> Très mal adapté | <input type="checkbox"/> Insuffisant |

Q8 Votre travail vous amène-t-il à porter de lourdes charges ?

- Oui
 Non

• Si oui, cette manutention vous apporte-t-elle un surcroît de fatigue ?

- Oui, car je ne connais pas les techniques de manutention
 Oui, car je ne bénéficie pas d'aides mécaniques
 Oui, car je ne peux pas appliquer les méthodes apprises ou utiliser les aides mécaniques car je manque de temps
 Oui, car je ne peux pas appliquer les méthodes apprises ou utiliser les aides mécaniques car elles ne sont pas adaptées
 Non, car j'applique les techniques de manutention apprises
 Non, car je bénéficie d'aides mécaniques adaptés
 Autre :

• Pour vous, le fait de porter ces charges vous paraît :

- Très pénible
 Plutôt pénible
 Pas très pénible
 Pas du tout pénible

• Le fait de porter ces charges vous a-t-il occasionné au cours des douze derniers mois, un mal au dos ?

- Oui Non

• Si oui, a-t-il été la cause d'un arrêt de travail ?

- Oui Non

➤ **Parlons maintenant de la charge psychique vécue dans votre travail**

Q9 En ce qui concerne vos relations avec les patients ou résidents, diriez-vous qu'elles sont globalement source :

- De satisfaction D'insatisfaction Pas concerné

• Si vous n'êtes pas satisfait de ces relations, est-ce dû : (plusieurs réponses possibles)

- Au temps de présence trop important auprès d'eux
- Au temps de présence insuffisant auprès d'eux
- A la pathologie du malade
- A la notion de violence émanant de cette relation
- Autre :

Q10 Dans votre service, la charge émotionnelle liée à la souffrance, la régression et la mort vous paraît :

- Rare ou nulle Supportable Difficilement supportable Pas concerné

Q11 Parlez-vous de cette difficulté à quelqu'un ?

- Oui Non Pas concerné

• Si oui, à qui en parlez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- A l'ensemble de l'équipe Au psychologue de l'établissement
- A quelques collègues A des proches extérieurs
- A l'encadrement Autres :

- A l'association des soins palliatifs

Q12 Le soutien organisé par l'hôpital pour mieux assumer cette charge émotionnelle vous paraît :

- Efficace Inefficace

• S'il vous paraît mal adapté, quelles sont vos suggestions ?

.....

Q13 Cette charge psychique a-t-elle eu des répercussions sur votre travail (arrêt de travail...)?

- Oui Non

Q14 Comment percevez-vous la qualité de vos relations avec les familles, les médecins les ambulanciers, les fournisseurs et les bénévoles ?

	Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Pas du tout satisfaisante	Pas concerné
Les familles					
Les médecins					
Les ambulanciers					
Les fournisseurs et représentants					
Les bénévoles					

Q15 En ce qui concerne vos relations professionnelles entre services et avec l'encadrement, comment percevez-vous leur qualité ?

	Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Pas du tout satisfaisante	Pas concerné
Services généraux					
Services de soins					
Services administratifs					
Vos supérieurs hiérarchiques					

➤ *PARLONS MAINTENANT DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL*

Q16 Diriez-vous que l'organisation de votre service est :

- Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante

Q17 Êtes-vous gêné(e) par des interruptions dans votre travail ?

- Souvent Parfois Rarement Jamais

• Si c'est le cas, qu'est-ce qui perturbe votre travail ?

.....

Q18 Vous arrive-t-il d'effectuer des tâches qui ne correspondent pas à votre emploi ?

- Souvent Parfois Rarement Jamais

• Si c'est le cas, pourquoi ?

.....

Q19 Vous arrive-t-il de dépasser votre temps de travail normalement prévu ?

- Oui Non

• Si oui, pourquoi ?

.....

Q20 Votre planning est-il modifié pour des raisons de service après que vous en ayez eu connaissance ?

- Souvent Parfois Rarement Jamais

• Ces modifications de planning sont-elles une contrainte pour vous ?

- Oui Non

Q21 En ce qui concerne l'organisation du travail de votre service, précisez pour chaque point s'il est : Satisfaisant, à modifier partiellement ou à modifier totalement.

	Satisfaisant	A modifier partiellement	A modifier totalement	Pas concerné
Planification des tâches dans la journée				
Planification des tâches dans la semaine				
Transmission des informations entre collègues				
Horaires de travail				
Temps de pause				
L'outil informatique				

Q22 Selon vous, la répartition globale du personnel de l'établissement est :

- Plutôt bien équilibrée entre les différents services
 Plutôt déséquilibrée entre les différents services
 Je ne sais pas

Q23 Par rapport à la charge de travail, les effectifs présents dans votre service sont :

- Importants Suffisants Plutôt insuffisants Nettement insuffisants

➤ *PARLONS MAINTENANT DU POSTE DE TRAVAIL*

Q24 Avez-vous le sentiment d'être reconnu dans votre fonction par :

	Oui	Non	Si non, pourquoi ?
Les supérieurs hiérarchiques			
Les collègues			
Les patients ou résidents			
Les familles			
Autres			

Q25 Dans votre travail quotidien, êtes vous confronté(e)s à l'exercice de tâches que vous jugez dévalorisantes ?

- Oui Non

• Si oui, lesquelles ?

.....
.....

Q26 Pensez-vous avoir la possibilité de vous exprimer ?

- Oui Non

• Vous exprimez-vous ?

- Oui Non

Q27 Que pensez-vous de ces affirmations par rapport à votre situation personnelle :

• *J'ai la possibilité de participer à la définition de l'organisation du travail de mon service*

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

• *On tient compte de mon avis et de mon expérience dans les prises de décisions du travail*

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

• *J'ai dans mon travail une part d'autonomie, d'initiatives*

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Q28 Avez-vous participé à une session de formation, lors des 12 derniers mois ?

- Oui Non

• Si oui, a-t-elle été pour vous une source de :

- De satisfaction
 D'insatisfaction

Q29 Vous est-il possible de mettre en application les méthodes apprises en formation ?

- Oui Non Pas concerné

• Si non, pourquoi ?

.....
.....

Q30 Quelle est pour vous la plus grande contrainte de votre travail ?

.....
.....
.....
.....

➤ *PARLONS MAINTENANT DE L'AMBIANCE AU TRAVAIL*

Q31 Dans la liste suivante, quels sont les mots qui caractérisent le mieux votre ambiance au travail (pas plus de quatre réponses) :

- | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Morosité | <input type="checkbox"/> Convivialité | <input type="checkbox"/> Méfiance |
| <input type="checkbox"/> Hypocrisie | <input type="checkbox"/> Sérénité | <input type="checkbox"/> Solidarité |
| <input type="checkbox"/> Individualisme | <input type="checkbox"/> Confiance | <input type="checkbox"/> Jalousie |
| <input type="checkbox"/> Chaleureuse | <input type="checkbox"/> Amitié | <input type="checkbox"/> Agréable |
| <input type="checkbox"/> Pression | <input type="checkbox"/> Tension | <input type="checkbox"/> Motivante |

Q32 Que pensez-vous de l'ambiance dans votre service et pourquoi ?

.....
.....

Q33 Que pensez-vous de l'ambiance dans l'établissement et pourquoi ?

.....
.....
.....

➤ *EN CE QUI CONCERNE LA CIRCULATION DE L'INFORMATION DANS L'ETABLISSEMENT*

Q34 Les moyens mis en place pour diffuser des informations dans l'établissement sont selon vous :

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Très satisfaisants | <input type="checkbox"/> Satisfaisants | <input type="checkbox"/> Peu satisfaisants | <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfaisants |
|---|--|--|--|

Q35 De quelle façon avez-vous connaissance des décisions les plus importantes concernant l'établissement ?
(plusieurs réponses possibles)

- Informations personnelles par les supérieurs hiérarchiques
- Notification écrite
- Information personnelle par les collègues
- Réunions d'information
- Informations écrites sur panneau d'affichage
- Sources syndicales
- Bruits de couloirs, rumeurs
- Autres :

Q36 Avez-vous l'impression que les informations remontent facilement par la voie hiérarchique, de la base aux échelons supérieurs ?

- Oui Non
• Si non, pourquoi ?

.....
.....

Q37 Avez vous l'impression que les informations descendent facilement des échelons supérieurs vers la base ?

- Oui Non
• Si non, pourquoi ?

.....
.....

Q38 En ce qui concerne les informations sur les autres services, diriez-vous que vous êtes :

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bien informé(e) | <input type="checkbox"/> Informé(e) | <input type="checkbox"/> Peu informé(e) | <input type="checkbox"/> Pas du tout informé(e) |
|--|-------------------------------------|---|---|

Q39 Les informations nécessaires pour effectuer votre travail sont-elles suffisantes dans votre service ?

- Oui
- Non

• Si non, lesquelles et pourquoi ?

.....
.....

Q40 L'information sur les risques professionnels vous semble :

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

Q41 Quels sont les risques professionnels majeurs dans votre travail ?

- Accidents d'exposition au sang
- Manipulations toxiques
- Traumatisme physique
- Autres :

➤ *Pour finir, vos appréciations générales*

Q42 Que pensez-vous globalement de vos conditions de travail ?

- Elles sont très satisfaisantes
- Elles sont satisfaisantes
- Elles sont peu satisfaisantes
- Elles ne sont pas du tout satisfaisantes

Q43 Voici un certain nombre d'éléments sur lesquels on pourrait agir concrètement pour améliorer vos conditions de travail. Pour chacun, dites-nous si c'est pour vous un élément important ou non à l'aide des notes de 0 à 3.

O n'est pas un problème pour vous.

3 est un problème à améliorer en priorité.

- L'environnement physique (bruits, odeurs...)
- La conception des locaux
- Le cadre matériel
- La manutention des charges lourdes
- Le système de roulement jour de repos, travail
- Les relations avec l'encadrement
- Les relations avec le reste de l'équipe
- La coordination entre les services
- La prise en charge du stress
- La prise en charge de la confrontation à la maladie et la mort
- Les effectifs
- La contribution au choix de l'organisation du service
- L'organisation du travail
- La participation à des stages de formation continue
- Les horaires de travail
- Les vêtements de travail
- L'information générale
- La reconnaissance

Q44 Vos autres remarques et suggestions en ce qui concerne vos conditions de travail.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

Mettez ce questionnaire dans l'enveloppe fournie, et déposez celle ci dans l'urne prévue a cet effet (salle de repos St François, du Parc, ou local photocopieuse).

ANNEXE 3

CONTRAT D'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL CONCLU ENTRE LA DIRECTION DE L'HÔPITAL LOCAL DE GRAULHET ET LES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRESENTATIVES ET AGREE PAR L'A.R.H EN DATE DU 13/12/2000.

(En application de la circulaire DH/FH1/2000 du 20 juillet 2000 relative à la mise en œuvre
des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail)

Résumé du projet

Le projet a été développé à partir de trois priorités :

- 1°) Alléger la pénibilité du travail du personnel, tant en charge physique que mentale, et ce par des actions aux retombées concrètes, clairement identifiées et ressenties par chaque agent.
- 2°) Améliorer l'environnement quotidien du travail
- 3°) Favoriser l'organisation inter-services au sein d'un établissement qui est constitué de 3 sites différents (un service de médecine / S.S.R, une maison de retraite avec une U.S.L.D, une maison de retraite pour personnes « valides »).

Le diagnostic préalable à l'élaboration du contrat a été réalisé à partir :

- ⇒ Des éléments recueillis lors des différentes concertations collectives ou individuelles réalisées avec l'ensemble du personnel et les organisations syndicales.
- ⇒ Du rapport de la médecine préventive.

Du diagnostic ainsi réalisé il a été mis en évidence :

- ⇒ La nécessité de poursuivre et amplifier les actions visant à alléger la charge physique des agents
- ⇒ La nécessité de prendre d'avantage en considération la dimension psychique du travail, tant dans l'exercice quotidien des fonctions (difficulté de l'accompagnement des malades en fin de vie par exemple), que dans l'environnement du travail (sentiment d'insécurité des agents de nuit, locaux des vestiaires inadaptés).

A partir de ce diagnostic, ont été arrêtées avec le C.H.S.C.T et les organisations syndicales, les actions de prévention, d'acquisition de matériels ou d'équipements et d'aménagements des locaux qui permettront de répondre aux besoins ainsi définis.

**FINANCEMENT PLURIANNUEL PAR L'A.R.H DU CONTRAT D'AMELIORATION DES
CONDITIONS DE TRAVAIL**

	2001	2002	2003	2004	2005
Acquisition de matériels réduisant la charge physique pour 65 000 F : - chariots - fauteuil douche et lit douche - armoire de dotation de linge	13 000 F	13 000 F	13 000 F	13 000 F	13 000 F
Allègement de la charge mentale pour 22 000 F : - temps de psychologue de l'A.S.P - 1 vacation hebdomadaire de psychologue	7 000 F 14 000 F				
- acquisition de matériels de video-surveillance	50 000 F				
Prévention des risques professionnels					

- formation à la manutention	25 000 F				
- acquisition de 4 lèves malades	4 000 F				
Amélioration des conditions de travail :					
- achat de 90 casiers de vestiaire pour 43 000 F	8 600 F	8 600 F	8 600 F	8 600 F	8 600 F
Amélioration de la répartition des tâches :					
- formation au management des infirmières	8 000 F				
Soutenir la politique de remplacement du personnel :					
- remplacement des agents en formation manutention et management	15 000 F				
TOTAL : 247 000 F	144600 F	25 600 F	25 600 F	25 600 F	25 600 F

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

Aubert N, Gruere J.P, Jabes J, Laroche H. et Michel S. « *Aspects humains et organisationnels* » Paris, Puf, 1991.

Bernoux P. « *Sociologie des organisations* », Collection Points, 1990.

Bonmati J.M. « *Les ressources humaines à l'hôpital – Un patrimoine à valoriser* ». Berger Levrault, 1998.

Caspar et Millet « *Apprécier et valoriser les hommes. Réflexions pratiques* » Éditions LIAISONS. Paris, 1993.

Crozier M. et Friedberg E « *L'acteur et le système* » Paris, Seuil, 1977.

Dejours C. « *Travail et usure mentale* » Bayard Éditions, 1993.

Estryng-Behar M. « *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital* » Editions Esten , 1997.

Estryng-Behar M. –. Poinson H. « *Travailler à l'hôpital* » Berger Levrault, 1989.

Encyclopédia Universalis – Thesaurus index, 1985, Tome 1 page 18.

Gonnet F. « *L'hôpital en question –Un diagnostic pour améliorer les conditions de travail* ». Éditions Lamarre, 1992.

Hertzberg «*Le travail et la nature de l'homme* » Édition EME. Paris, 1971.

Hemery T. et Lefebvre J.P., « *l'aménagement du temps de travail, facteur de qualité dans les services de soins à l'hôpital. Le choix d'une stratégie* ». Rennes, 1989.

Leteurtre H. «*Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier* » Berger-Levrault, 1991.

Mintzberg H. « *Structure et dynamique des organisations* » Paris ; les Éditions d'organisation, 1982.

Poinsignon H. « *Changer le travail à l'hôpital - Analyser les situation des travail pour améliorer les conditions de travail* » Éditions ANACT, Collection outils et méthode, 1995.

Sainsaulieu R « *Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement* » Deuxième Édition, Dalloz, 1997.

WEKA (Manuel des Éditions Weka) « *Direction d'un établissement pour personnes âgées* » : Faire fonctionner les établissements, assurer la qualité de vie des résidents », juillet 2000.

ARTICLES, REVUES

Abraham J. « *Identité Hospitalière, Culture de Métiers* », in revue de Gestion des Ressources Humaines N°28, juillet - août 1998.

Binst M. « *Une arme contre l'absentéisme et le turnover : l'analyse stratégique* » in Gestions hospitalières N° 261 – Déc. 86 Janvier 87.

Blin M. « *Conditions de travail : De l'importance de l'architecture* » in Profession Santé Infirmière N°19. Sept. 2000.

Chanlat J.F « *Modes de gestion et stress professionnel* » in « *Les conditions de vie au travail* ». E.N.S.P département MATISS.

Crozier M. « *L'analyse stratégique appliquée en milieu hospitalier : pertinence et méthodologie* » in Gestions Hospitalières N° 261, décembre 1986-janvier 1987.

Dassa S. « *L'absentéisme au travail* » Science sociale et santé – Sept. 1992 vol X N° 3.

Davezies P. « *Éléments de psychodynamique du travail* » in Éducation Permanente N°116, 1993.

Gonnet F « *Les relations de travail à l'hôpital – entre complexité et insécurité* » in « *Dynamiser les ressources humaines* » Direction des hôpitaux, Paris, 1988.

Hart J. « *De la crise identitaire aux stratégies de changement chez les infirmiers* » in *Gestions Hospitalières*, N°355, Avril 1996.

Hart J. et Mucchielli A. « *Les racines de la culture affective des établissements de santé* » in *Gestions Hospitalières*, N°332, Janvier 1994.

Haensler L. et Mauger E « *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières – Établissements publics de santé 1998* », Ministère de l'emploi et de la solidarité – Direction des hôpitaux – bureau FH1, mai 2000.

Gonnet F « *Évolution des situations de travail à l'hôpital- Motivation et démotivation des personnels* » in « *Dynamiser les ressources humaines* ».

Lapeyriere S. « *Intérêt des analyses de l'organisation du travail pour optimisation des ressources* » Deuxième réunion nationale des missions d'appui des conditions de travail. Avril 1994.

Leteurtre H. « *De la notation à l'évaluation des performances* » in *Gestions Hospitalières* N°314, Mars 1992.

Leteurtre H. « *Approche de l'audit social en milieu hospitalier* » in *Gestions Hospitalières* N°261 Décembre 1986.

Loubat J.R. « *Remotivation des personnels et management* » in *Gestions Hospitalières*, N°305, avril 1991.

Pérennou G. "*La démarche qualité en maison de retraite, un choc culturel*" in *Soins Gérontologiques* N°27, Janvier - Février 2001.

Sainsaulieu R. « *L'identité et les relations au travail* » in Renaud Sainsaulieu « *La valeur travail* », *Educations Permanentes* N° 116, mars 1993.

Tonneau D. « *L'organisation du travail dans les équipes soignantes – Élaboration d'une typologie des problèmes* » pp. 1-10 in *Actes de la journée du 7 avril 1994 de la deuxième réunion nationale des missions d'appui des conditions de travail*, Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Direction des hôpitaux, Bureau « *Politique des ressources humaines* » Avril 1994.

Tonneau D. « *L'homme et l'organisation* », in *Gestions Hospitalières* N° 342, Janvier 1995

MÉMOIRES

Cataldo C. « *Une approche stratégique pour limiter l'absentéisme du C.H de Sète* » Rennes, Mémoire de fin d'étude, ENSP, 1993.

umon M. « *L'absentéisme, quel diagnostic pour quel traitement ?* » , Mémoire de fin d'étude, ENSP, 1996.

Hugonnet A. « *L'absentéisme des aides soignantes en gérontologie : comment le prévenir ?* » , Mémoire de fin d'étude, ENSP, 1999.

Pagliano B. « *Le travail à temps partiel, un frein réel à l'absentéisme ?* » Rennes, Mémoire de fin d'étude, E.N.S.P, 1998.