

Ecole Nationale de la Santé Publique

Filière Infirmiers Généraux

Promotion 1999

**L'ABSENTEISME
DES AIDES SOIGNANTS
EN GERONTOLOGIE :
COMMENT LE PREVENIR ?**

Aline HUGONNET

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION	1
--------------------	---

CHAPITRE 1

1 - <u>DU THEME DE L'ABSENCE DES AIDES SOIGNANTS A LA</u>	
<u>PROBLEMATIQUE</u>	4
1.1 - Le problème de l'absence des aides soignants en gérontologie ..	4
1.1.1 - Problèmes organisationnels	4
1.1.2 - Problèmes économiques	5
1.1.3 - Problèmes relationnels	5
2 - <u>L'ABSENTEISME : UN PHENOMENE COMPLEXE</u>	7
2.1 - L'absentéisme une notion difficile à définir	7
2.2 - Les modèles conceptuels	8
2.2.1 - La motivation éclairée par différentes théories	8
2.2.2 - L'insatisfaction source d'absentéisme	12
2.2.3 - Approche socio économique de l'absentéisme	13
2.3 - Synthèse des différentes théories	13
3 - <u>METHODE D'APPROCHE</u>	15
3.1 - Population ciblée	15
3.2 - Lieux de recherche	15
3.3 - Méthodologie de l'enquête	15

CHAPITRE 2

1 - <u>PRESENTATION DU CONTEXTE DE L'ETUDE</u>	15
1.1 - Comparaison des services	15
1.1.1 - Similitudes	15
1.1.2 - Divergences.....	16
1.2 - Le personnel	16
1.2.1 - Répartition du personnel entre établissements	16
1.2.2 - Horaires de travail et répartition des tâches :	
établissement A	17
1.2.3 - Horaires de travail et répartition des tâches :	
établissement B	18
2 - <u>METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE</u>	20
2.1 - Etude quantitative	20
2.2 - Analyse quantitative	24
2.3 - La démarche exploratrice	24
2.3.1 - Choix de la méthode.....	24
2.3.2 - Construction de la grille d'entretien	25
2.3.3 - Déroulement de l'entretien.....	25
2.3.4 - Analyse des entretiens	25
2.4 - Les outils de la recherche	26
2.4.1 - Le questionnaire	27
2.4.2 - La méthode d'exploitation de l'enquête	28
3 - <u>RESULTATS DE L'ENQUÊTE</u>	29
3.1 - Description de la situation personnelle	29
3.1.1 - Le sexe	29
3.1.2 - L'age et la situation familiale.....	29
3.1.3 - Le trajet.....	30

3.2 - Caractéristiques de l'emploi	30
3.2.1 - Statut	30
3.2.2 - Ancienneté dans la carrière et le service	31
3.2.3 - Relations interprofessionnelles.....	31
3.2.4 - Aménagement du temps de travail.....	32
3.2.5 - Rythme de travail.....	32
3.3 - Les sources de satisfaction et d'insatisfaction	33
3.3.1 - Satisfaction au travail	34
3.3.2 - Conditions d'exercice.....	35
3.3.3 - Politique de soins	36
3.3.4 - Facteurs de pénibilité	37
3.4 - Reconnaissance sociale et professionnelle	38
3.4.1 - Valorisation du travail - Choix du service.....	38
3.4.2 - Félicitation et confiance dans l'encadrement.....	39
3.4.3 - Evaluation et participation aux décisions.....	40
3.4.4 - Formation et promotion professionnelle	40
4 - <u>VERIFICATION DES HYPOTHESES</u>	41
4.1 - Situation personnelle	41
4.2 - Particularités de l'emploi	41
4.3 - Satisfactions et insatisfactions	42
4.4 - Reconnaissance sociale et professionnelle	42
4.5 - Causes des absences	43
5 - <u>ORIGINE DE LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS EN GERIATRIE</u>	45
5.1 - Charge ergonomique	45
5.2 - Charge émotionnelle	46

CHAPITRE 3

RÔLE DE L'INFIRMIERE GENERALE	47
1 - <u>PERSONNALISER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES</u>	49
1.1 - Le recrutement	49
1.2 - L'affectation	50
1.3 - La mobilité	51
1.4 - L'aménagement du temps de travail	52
2 - <u>DEVELOPPER LA COMMUNICATION</u>	54
2.1 - Reconnaître le caractère essentiel de la communication	54
2.2 - Faciliter la communication ascendante et descendante	54
2.3 - Développer la communication horizontale	55
2.4 - Impliquer les aides soignants dans une participation officielle ..	55
2.5 - Autres moyens d'améliorer la communication	56
3 - <u>DYNAMISER LE PERSONNEL A TRAVERS LE PROJET DE SOINS</u>	58
3.1 - Exprimer de la reconnaissance au personnel	59
3.2 - Rendre le personnel acteur	60
3.2.1 - Stimuler	61
3.2.2 - Faire participer.....	61
3.2.3 - Déléguer.....	61
4 - <u>VALORISER LE TRAVAIL EN GERIATRIE</u>	63
4.1 - La formation	63
4.2 - L'adéquation des effectifs	64
4.3 - La promotion des réalisations	64
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE	68
ANNEXES	71

INTRODUCTION

La comparaison avec les pays voisins montre que les dépenses de santé sont relativement élevées dans notre pays malgré un taux de remboursement moyen des plus bas. Il existe donc une disparité entre les résultats et les moyens mis en œuvre pourtant optimisés. En effet, les progrès de la médecine, l'apparition de moyens d'exploration du corps humain de plus en plus sophistiqués, le haut niveau technique des installations permet globalement à notre système de santé de dispenser des soins de haute qualité.

En 1997, la France a consacré 728,516 milliards de France au système de santé. Les dépenses hospitalières représentent la part la plus importante de ces frais qui se situent à 9,6 % du produit intérieur brut (PIB) avec une progression de 1,7% contre 2,8 en 1996 et 4,5 en 1995¹. Cette évolution est la plus faible depuis 1970 et s'inscrit dans une tendance au ralentissement de l'inflation observée depuis une vingtaine d'années.

En effet, depuis l'annonce du plan Juppé en 1993, puis, sa concrétisation par les ordonnances d'Avril 1996, la volonté d'en finir avec les dépenses exponentielles des Trente Glorieuses (1945-1975) s'exprime fermement. D'un point de vue économique, il est maintenant assez unanimement admis que cette dérive persistante des dépenses de santé s'explique principalement par la faiblesse des mécanismes de régulation et leur incapacité à assurer une relative cohérence entre l'engagement individualisé des dépenses et leur financement requis par les exigences de la solidarité.

Pour tenter de pallier les conséquences dommageables de ce déséquilibre, deux types d'actions correctives entreprises par les pouvoirs publics peuvent être schématiquement pointés.

D'une part, des tentatives de maîtrise de l'offre de soins à travers une planification sanitaire qui s'est progressivement enrichie depuis la carte sanitaire des années 70 jusqu'aux récents schémas régionaux d'organisation sanitaire (S.R.O.S) et de leurs annexes. D'autre part, un effet de rationalisation progressive des

¹ Comptes Nationaux de la Santé 1995-1996-1997. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

procédures d'allocation de ressources au travers d'enveloppes financières globales prédéterminées au niveau national, puis régional. C'est la voie retenue par les ordonnances d'Avril 1996 et mise en œuvre par les Agences Régionales de l'Hospitalisation. Ainsi, depuis 1997, l'hôpital public dispose annuellement d'une enveloppe budgétaire prédéterminée, non extensible et faiblement évolutive. La recherche d'une gestion à moindre coût passe par une optimisation du groupe des dépenses le plus important que constitue la rémunération du personnel. L'hôpital est une entreprise de main d'œuvre prestatrice de soins qui consacre 70 à 80% de ses charges d'exploitation à la rémunération et à la formation du personnel². A l'intérieur de ces dépenses, le coût de l'absence du personnel au travail représente une part importante.

Depuis deux ans, au Centre Hospitalier A où nous sommes appelées à prendre nos fonctions d'infirmière générale, l'absence pour motifs médicaux des aides soignants (es) affectés dans l'unité de longue durée est un phénomène récurrent. Cette préoccupation est permanente. Elle décourage la direction et les cadres infirmiers responsables de ce service.

L'idée de notre recherche est donc motivée par la nécessité de ne pas céder au fatalisme et d'adopter une attitude constructive et réaliste devant ce phénomène. Dans la réalisation de ce travail, nous avons choisi de garder l'anonymat des personnes et des établissements.

L'absentéisme est un phénomène complexe à analyser. Pour l'appréhender, nous structurerons notre étude en trois parties.

Dans un premier chapitre, nous envisagerons le problème que représente l'absentéisme des A.S.³ en gériatrie et nous élaborerons les hypothèses qui peuvent nous le faire comprendre.

L'étude quantitative et qualitative que nous ferons en deuxième partie nous permettra d'objectiver notre pensée pour confirmer ou infirmer les hypothèses retenues.

² F. GONNET, *L'hôpital en question*, Paris, Lamarre, 1992, p. 19

³ Lire partout aides soignants - aides soignantes

Dans le troisième chapitre nous proposerons des stratégies adaptées au traitement de l'absentéisme des aides soignants qui travaillent dans le service de gériatrie de l'hôpital A.

CHAPITRE 1



1- DU THEME DE L'ABSENCE DES A.S. A LA PROBLEMATIQUE

1.1 - LE PROBLEME DE L'ABSENCE DES A.S. EN GERONTOLOGIE

Au Centre Hospitalier A où nous étions chargées d'assurer le suivi du personnel soignant, le nombre de jours d'absence imprévus des A.S. affectés dans l'unité de longue durée est empiriquement évalué à 11 jours par an et par agent alors que la moyenne nationale de cette catégorie de personnel se situe à 9 jours⁴. Même, si le statut de la Fonction Publique Hospitalière permet l'absence des agents (congés maladie, congés exceptionnels, accidents du travail, congés maternité ou de formation) au-delà d'un certain niveau, les absences répétitives de 2 à 5 jours posent problème car les possibilités de remplacement sont limitées. Cet absentéisme crée des problèmes d'ordre organisationnel, relationnel et économique.

1.1.1 - Problèmes organisationnels

Dans ce service, le remplacement pour congés de maladie consomme les deux tiers du potentiel de l'équipe de substitution. Cet état de fait induit des dysfonctionnements au niveau de la continuité des soins dispensés aux personnes âgées et désorganise le travail du service. Fréquemment, il arrive que l' A.S. absent ne soit pas remplacé ou qu'il le soit par une personne ne possédant pas la qualification requise (agent en contrat emploi solidarité par exemple). Cette situation impose des changements dans les horaires des personnes présentes qui héritent d'un surcroît de travail et de fatigue. Elle oblige à faire des modifications dans les repos, autant d'éléments qui, perturbant la vie professionnelle, personnelle et familiale des agents sont sources de stress et de démotivation.

De plus, remplacer les absents est une tâche contraignante pour le personnel d'encadrement. De toute évidence, la résolution de ce problème demande une énergie considérable de la part des cadres de proximité. Préoccupés à trouver une solution de repli ils ne peuvent plus se consacrer à l'élaboration et à la mise en

⁴ L. HAEUSLER - C. ROY, *Remontée du bilan social des établissements publics de santé*, Paris, 1997, p. 51

œuvre des projets de service et risquent d'abandonner les autres dimensions de leur fonction.

Nous-même, sans cesse sollicitées pour résoudre des problèmes d'absentéisme nous sommes perturbées dans la gestion de notre temps de travail.

1.1.2 - Problèmes Economiques

En 1992, l'Institut de Socio Economie des Entreprises et des Organisations (I.S.E.O.R.) première entreprise de recherche expérimentale en science de gestion en France a évalué le coût de l'absentéisme dans une entreprise de télécommunication. Cette étude permet de constater qu'un taux d'absence de 10,8 % remplacé représente un coût de 31% de la masse salariale de l'entreprise.⁵ En faisant référence à cette étude, nous pouvons penser que l'absence des aides soignants de l'unité de longue durée représente un coût important pour les résidents, la société et l'institution dans son ensemble. L'état des recettes et des dépenses de ce service montre un déficit qui pénalise les financeurs. L'augmentation excessive du prix de l'hébergement devient dissuasive pour les personnes âgées et leur famille. Il s'ensuit une difficulté de recrutement qui accentue le problème.

1.1.3 - Problèmes Relationnels

Remplacer inopinément les agents absents a un retentissement sur l'ensemble des personnels. Le bouleversement de leurs rythmes de travail produit un mécontentement. Les bonnes volontés finissent par baisser les bras, le climat relationnel se détériore au sein de l'unité.

La situation déficitaire du service irrite la direction de l'établissement qui fait des reproches implicites aux responsables médicaux et soignants de ce service. Cela crée une mauvaise ambiance ressentie sur l'ensemble de l'institution.

Eu égard aux inconvénients que présente l'absentéisme des A.S. en gériatrie, au lieu de rechercher le ou les coupables, nous allons essayer de le comprendre afin de proposer des stratégies pour le faire régresser.

⁵ H. SAVALL, V. ZARDET, *Maîtriser les coûts et les performances cachés, Gestion Economica*, Paris 15

2- L'ABSENTEISME : UN PHENOMENE COMPLEXE

Choisir des moyens d'intervention pour constituer une incitation à la présence et/ou une dissuasion à s'absenter de son travail impose de retenir une définition de ce phénomène à travers une approche conceptuelle puis, d'appréhender les facteurs qui peuvent l'expliquer.

2.1 - L'ABSENTEISME : UNE NOTION DIFFICILE A DEFINIR.

L'examen de la littérature montre une grande hétérogénéité dans la définition de l'absentéisme.

Le grand Larousse encyclopédique⁶ définit l'absentéisme comme étant : "le fait d'être absent du lieu de travail, de l'école, d'une réunion, d'une assemblée, de tout lieu où, pour des raisons de travail, de participation à une action, on est tenu d'être présent et ce, considéré sur le plan de la fréquence." Cette définition est large. Elle peut recouvrir toutes les absences qu'elles soient prévue ou imprévues.

L'encyclopoedia Universalis⁷ évoque l'absentéisme "comme l'habitude qu'ont certains travailleurs de négliger sans motifs valables de se rendre à leur travail". Le phénomène est ici présenté comme étant des absences illégales, irrégulières, abusives et plus ou moins justifiées.

Toutefois le phénomène ne se limite pas au fait que la personne soit absente de son travail, car il existe ce qu'on appelle l'absentéisme passif qui se traduit par un manque d'efficacité, de productivité et crée un dysfonctionnement énorme pour l'institution. En raison de l'absence d'indicateurs objectifs qui nous permettent d'étudier cette forme d'absence, nous retiendrons comme absentéisme, celui qui peut-être clairement identifié et qui consiste à ne pas se présenter au travail alors qu'on est inclus dans les effectifs du planning. Cette notion ne prend pas en compte les retards, les pauses ou les lenteurs du présentéisme passif.

⁶ *Grand Larousse Encyclopédique*, Ed Larousse, Paris, 1984, Tome 1 p. 29

⁷ *Encyclopoedia Universalis Thésaurus Index*, 1985, p. 18

2.2 - LES MODELES CONCEPTUELS

Depuis des décennies de nombreux chercheurs se sont penchés sur le phénomène de l'absentéisme pour essayer de l'expliquer.

2.2.1 - La motivation éclairée par différentes théories.

En 1977, NICHOLSON⁸ explique l'absentéisme comme l'effet de variables associées au contexte tels : les caractéristiques personnelles et les facteurs de la vie privée, qui influent sur des variables intermédiaires que sont des attitudes ou des prédispositions conditionnant la motivation à être présent ou absent au travail. Ainsi, l'absence des A.S. peut être en lien avec leur situation familiale, sociale et culturelle. De cette approche, nous pouvons élaborer des profils d'individus qui auraient une sensibilité plus ou moins grande à des éléments pouvant déclencher le comportement d'absence comme la maladie d'un membre de la famille, des affaires personnelles, un accident, une dépression légère et passagère, un prolongement du sommeil ou un rhume.

A ces caractéristiques, l'auteur intègre aussi des variables provenant du contexte de l'emploi. En gérontologie la population accueillie requiert des soins de plus en plus lourds qui évoluent inéluctablement vers l'accompagnement de fin de vie. Face à cette réalité, le personnel a une charge physique et psychologique intense. Il peut considérer qu'il est insuffisant en nombre, qu'il manque de formation et/ou de pluridisciplinarité professionnelle. La souffrance qui résulte de cette situation peut se manifester par l'intention de s'absenter. Les rythmes de travail, peu compatibles avec la vie privée, l'organisation du travail qui repose souvent sur des tâches répétitives exécutées en série sont autant de facteurs qui peuvent accentuer des réactions d'absence. Cette approche postule aussi que les éléments déclenchant l'absentéisme dépendent du niveau de motivation de l'individu. Le dictionnaire Hachette⁹ définit "La motivation" par un ensemble de facteurs conscients ou inconscients qui déterminent un acte, une conduite. Ce terme est également

⁸ cité par FAUCHER, Les modèles explicatifs de l'absentéisme basé sur une approche globale et intégratrice, document de travail n°34 90, décembre 1990

⁹ Ed Hachette, Paris, 1992, p. 1032

utilisé pour décrire et expliquer les forces qui chez tout être humain déclenchent un comportement qui l'amène à rechercher certaines récompenses intrinsèques ou extrinsèques ou à fuir des situations déplaisantes. La délocalisation du service de longue durée à proximité des services de psychiatrie peut provoquer chez les personnels un sentiment de mise à l'écart. Ils peuvent craindre que la population fasse l'amalgame entre vieillissement et maladie mentale donnant une image négative de leur service. De plus, les A.S. peuvent se sentir mal acceptés par le personnel de psychiatrie. Cette réflexion nous permet aussi de penser que l'A.S. est un être qui a besoin d'être considéré dans son travail. En fonction de sa situation statutaire, de ses responsabilités, de l'importance que la hiérarchie accorde à son travail et à ses demandes, l'agent peut se sentir plus ou moins reconnu.

Dans le même sens, STEERS et RHODES¹⁰, dont les travaux sont des plus connus, renforcent l'idée de la motivation de l'individu dans sa présence au travail. Au-delà de cette notion, ils envisagent l'origine de l'absentéisme dans des caractéristiques personnelles. Ainsi, certains facteurs inhérents à la vie privée des agents peuvent expliquer leur comportement d'absence à savoir :

- L'âge,
- Le sexe,
- Le nombre d'enfants,
- Le domicile.

L'âge

C'est aussi l'avis de P. JARDILLIER¹¹, qui note un absentéisme des jeunes hommes entre 20 et 35 ans et une augmentation de l'absentéisme des femmes à partir de 35 ans en relation avec l'âge.

Notre propre expérience nous a permis également de constater une absence des plus jeunes qui se caractérise par une fréquence importante mais de courte durée, alors que les salariés âgés s'absentent peu souvent mais pour d'assez longues périodes.

¹⁰ STEERS et RHODES cité par FAUCHER, op cit

¹¹ P JARDILLIER et H.BAUDIN, *L'absentéisme mythe et réalité*, Entreprises modernes d'édition, 1979

Le sexe

L'hôpital a la caractéristique d'avoir un nombre important d'employés du sexe féminin. Or, les femmes sont davantage absentes que les hommes. Les facteurs socio-culturels font peser sur elles le poids des tâches familiales qui viennent se rajouter à celui du travail et renforcent des comportements d'absence.

Le nombre d'enfants

Notre expérience professionnelle nous a permis d'établir une corrélation entre l'absentéisme féminin, la maternité et les contraintes d'éducation.

Un élément explicatif de l'absence des mères de famille réside dans l'attribution du congé pour enfants malades.

Le domicile

De façon générale, il semble admis que l'allongement du temps de trajet qui majore d'autant l'amplitude du temps de travail augmente de façon significative l'absentéisme.

Nous avons remarqué une élévation des absences lorsque la durée du trajet devient supérieure à une heure. Les femmes, contraintes à parcourir un long trajet tous les jours sont fatiguées. Elles aspirent souvent à travailler moins, ce que ne leur permet pas toujours leur situation financière.

Comme NICHOLSON STREERS et RHODES, FICHMAN¹² explique l'absentéisme comme l'expression d'une motivation liée à l'attribution du temps. Selon lui, le comportement est le résultat de forces incitatives qui s'opposent à des forces inhibitrices dépendantes toutes deux du passé et du contexte où ces forces sont en action. Ces dernières peuvent provenir de l'organisation (le système de contrôle, l'influence des collègues de travail) et de facteurs hors de l'organisation (responsabilités familiales, influences d'amis personnels). La réaction à ces forces dépend de leur nature et de leur intensité ainsi que de l'individu lui-même. Ainsi, la motivation varierait en fonction de l'attraction des choix qui se présentent à la personne. De cette force peut découler six processus explicatifs de l'absence :

¹² 1984, cité par Faucher op cit

- Un comportement d'évitement,
- Le résultat d'un ajustement (en fonction d'échanges économiques ou de réactions à l'organisation),
- Une habitude
- La conséquence d'un comportement sans lien apparent avec les conditions organisationnelles (celui-ci étant occasionné notamment par des facteurs provenant de la vie privée),
- Un événement phénoménologique unique dont les conditions et les causes peuvent varier chez un individu et entre individus,
- Le résultat d'une décision.

Ce modèle qui se base sur une théorie permet de considérer l'influence de plusieurs facteurs provenant à la fois du travail et de la vie privée. Il éclaire sur ce qui se passe avant l'absence en postulant que des forces opposées peuvent la précéder.

Pour les A.S. en gérontologie, l'absentéisme peut être l'indice d'un problème que les personnes n'arrivent pas à résoudre par les moyens dont elles disposent dans leur service. En s'absentant, elles trouvent un exutoire, une solution momentanée qui leur permet de souffler pour pouvoir continuer. Il s'agit donc d'un moyen individuel de conserver son autonomie face aux contraintes du métier et une possibilité de s'extraire de l'hôpital sans rompre le contrat de travail.

2.2.2 - L'insatisfaction source d'absentéisme

Dans le même sens, ROSSE et MILLER¹³ expliquent l'absentéisme par une réaction d'insatisfaction plus ou moins grande, l'insatisfaction étant l'inverse de la satisfaction qui est une prédisposition ou un état relativement stable composé de dimensions affectives et cognitives. Cette situation incite l'individu à examiner d'autres comportements pour répondre à ce déséquilibre. Les options envisagées dépendent des renforcements vécus par le passé, des exemples auxquels l'individu a été confrontés et des normes avec lesquelles il doit composer. Cette façon de

¹³ 1984, Cité par Faucher, *op cit*

penser est compatible avec la thèse de HIRCHMAN (1970), selon lequel l'évitement par l'absentéisme relève d'un faible niveau de satisfaction au travail. La relation entre la satisfaction au travail et l'absentéisme n'est donc pas simple.

Il est possible que certaines insatisfactions suscitent directement des absences alors que d'autres donnent lieu à des types différents d'expressions. De cette théorie on peut envisager que les décisions d'absence s'inspirent de l'échange entre le travail et les loisirs. Dans ce cas, l'absence sert à restructurer l'année, la semaine ou les horaires de façon à ce que le temps consacré aux activités de loisir soit le meilleur possible. Nous constatons fréquemment, qu'un certain nombre d'agents sont systématiquement malades le vendredi, pendant les périodes d'ouverture de la chasse, des tournois de tennis ou autres activités qui semblent présenter pour eux plus d'intérêt que le travail.

Selon F HERZBERG¹⁴ l'amélioration des facteurs d'ambiance (salaire, conditions de travail, relations dans l'équipe, dialogue, communication, participation) diminue l'insatisfaction. Mais, ce sont les facteurs valorisants (accomplissement, réalisation et reconnaissance des capacités, nature du travail, responsabilité, avancement) qui peuvent engendrer la satisfaction, créer l'épanouissement personnel et pousser vers la recherche de l'efficacité professionnelle.

2.2.3 - Approche socio économique de l'absentéisme

H. SMALL et V. ZARDET définissent une théorie socio économique des organisations ou unités qui constituent l'entreprise comme : "Un ensemble de structures de travail en interaction avec le comportement du personnel. Cette relation engendre le fonctionnement de l'entreprise que la théorie décompose en deux parties :

- le bon fonctionnement ou horticfonctionnement, c'est à dire le fonctionnement attendu ou souhaité par les acteurs,
- le dysfonctionnement représenté par "les phénomènes dont les effets sont contraires aux objectifs recherchés"¹⁵. L'absentéisme est un

¹⁴ H HERZBERG, *Le travail et la nature de l'homme*, ed Entreprise moderne, Paris, 1971, p.192

¹⁵ H SAVALL V Zardet, *Maîtriser les coûts et les performances cachés*, col Gestion Economia, Paris, p.34

dysfonctionnement qui empêche l'entreprise de réaliser pleinement ses objectifs et d'exploiter ses ressources matérielles et humaines de manière optimale. Il est évident que chaque absence a un coût financier ou humain, direct ou indirect, caché... A l'hôpital, l'absentéisme non compensé entraîne une baisse de la qualité des soins. Dans la durée, il génère un découragement vers une démotivation des meilleurs éléments pouvant se manifester par un comportement d'absence.

De cette théorie, nous pouvons déduire qu'un management basé sur la confiance qui signifie : oser parler, avoir une attitude d'ouverture et non de suspicion permanente réduit l'absentéisme.

2.3 - SYNTHESE DES DIFFERENTES THEORIES

Les différentes théories présentées mettent en évidence que l'absentéisme est un phénomène complexe qui renvoie à une approche fine des raisons de chacun.

Certains auteurs visent à l'expliquer par des facteurs d'âge, familiaux et personnels. D'autres pensent que les conditions de travail retentissent sur l'homme et que ces retentissements ont une répercussion sur la motivation au travail.

Les uns retiennent l'absentéisme comme un indicateur pour exprimer des variations de la satisfaction au travail.

Les autres estiment qu'il s'agit d'un phénomène ayant des racines profondes qui proviennent notamment du vécu et des exemples auxquels l'individu a été exposés.

Plusieurs chercheurs postulent enfin que tout agent est capable d'améliorer sa performance s'il est reconnu dans son travail.

3 - METHODES D'APPROCHE

A partir des hypothèses émises, selon lesquelles il existe un absentéisme des A.S. affectés en gérontologie, et que celui-ci peut être lié à des causes professionnelles et/ou personnelles, nous avons effectué une enquête visant à rechercher les liens entre ces différents éléments.

3.1 - POPULATION CIBLEE

C'est auprès des A.S. qui interviennent dans des services pour personnes âgées dépendantes qu'a été réalisée la recherche quantitative et qualitative.

3.2 - LIEUX DE RECHERCHE

Trois établissements ont participé à l'enquête :

- Hôpital C choisi de manière aléatoire, l'absentéisme n'étant pas préalablement connu,
- Hôpital A avec un absentéisme que nous essayons de comprendre,
- Hôpital B avec un absentéisme correspondant à la moyenne nationale.

3.3 - METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

La recherche a été effectuée par deux types d'analyses. L'une quantitative a permis de compter le nombre de jours d'absence des A.S. dans les établissements retenus. L'autre qualitative a été réalisée à travers un questionnaire élaboré à partir de cinq entretiens semi-directifs auprès d'A.S. travaillant dans le service de longue

durée de l'hôpital C. A partir de l'exploitation de ces interviews, nous avons élaboré un questionnaire et nous l'avons distribué à 30 A.S. de l'hôpital A et à 30 A.S. de l'hôpital B.

Deux journées d'observation et de rencontre avec l'infirmière générale et les cadres infirmiers de l'hôpital B nous ont permis de connaître l'architecture et le fonctionnement du service de longue durée de cet établissement.

Nous connaissons l'hôpital A pour y travailler. L'hôpital C est le lieu où nous avons effectué notre premier stage de formation d'infirmière générale.

CHAPITRE 2



1 - PRESENTATION DU CONTEXTE DE L'ETUDE

Nous avons effectué la pré-enquête auprès de cinq A.S. du service de longue durée de l'hôpital C. Ce travail ayant été réalisé pour explorer le ressenti des personnes qui travaillent auprès des personnes âgées, il ne paraît pas intéressant de présenter cet établissement.

1.1 - LES SERVICES COMPARES DES HOPITAUX A ET B

Les deux groupes d'A.S. étudiés travaillent dans des unités qui présentent des similitudes et des divergences en terme de structures et de fonctionnement.

1.1.1 - Similitudes

Les deux unités de longue durée font partie d'un centre Hospitalier de proximité d'une capacité de 400 lits. Elles sont éloignées des services de court séjour constitués de lits de médecine, chirurgie, spécialités médicales et chirurgicales diverses.

L'une et l'autre des unités accueillent des "personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien" Article 71 de la loi N°78 du 4 janvier 1978.

Dans les deux services, il existe un projet de vie basé sur la prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée. Sur les deux sites, un service d'animation permet aux résidents de se distraire à travers diverses activités occupationnelles.

1.1.2 - Divergences

La région d'implantation des établissements comparés est différente. L'hôpital A est situé dans une région touristique et agricole. L'hôpital B se trouve dans un bassin minier.

Les services étudiés ne présentent aucune similitude en terme d'architecture. Dans l'hôpital A le service est situé dans une structure récente. Ce service spacieux est composé de six unités de 18 ou 19 lits répartis en chambres individuelles ou à 2 lits, reliées par des circulations autour d'un escalier central.

A l'hôpital B le service est situé dans un bâtiment monobloc et comporte trois niveaux. A chaque étage, 40 lits, répartis en chambres individuelles ou pour deux personnes constituent une entité autonome.

1.2 - LE PERSONNEL

1.2.1 - Répartition des personnels entre établissements

Le tableau ci-dessous nous permet de comparer les effectifs médicaux et soignants

	Secrétaires	Médecins	Cadres infirmiers	Infirmiers	Aides soignants	Agents des services	Kinésithérapeutes	Ergothérapeutes	Animateur
Hôpital A	0	1 P.H	2	9,2	43	11,3	¼ de temps	1	1
Hôpital B	1	1 P.H 1 assistant 1 interne	3	6	41	12	1	0	1

Dans les deux établissements, nous constatons un nombre sensiblement équivalent des personnels d'animation, des médico-techniques, des agents des services hospitaliers et des aides soignants.

L'encadrement médical et soignant est supérieur dans l'établissement B, alors que le nombre d'infirmiers est plus important dans l'hôpital A.

1.2.2 - Horaires de travail et répartition des tâches du personnel soignant : établissement A

»» Cadres Infirmiers

Deux cadres infirmiers assurent la responsabilité de l'ensemble du service.

Chaque surveillante gère les soins dispensés aux malades des trois unités situées sur le même étage et les activités qui y sont afférentes. Le reste de son activité est répartie de façon fonctionnelle. En ce sens, une surveillante assure la gestion et l'animation de l'ensemble des A.S. Elle s'occupe des activités relatives à l'animation des personnes âgées, à l'encadrement des nouveaux arrivants et des étudiants en stage.

La deuxième surveillante a la responsabilité des infirmières, des agents des services hospitaliers et des personnels en contrat emploi solidarité (C.E.S.). Elle assure le suivi de la formation continue de l'ensemble des agents du service.

»» Infirmières

Tous les jours, le service dispose de cinq postes et demi ainsi répartis :

- Deux postes du matin (6 h 30 -14 h 30.)
- Deux postes d'après midi (14 h 30 à 21 h)
- Un demi- poste (8h 12 h).
- Un poste de nuit.

Pendant la journée, chaque infirmière prend en charge les malades hospitalisés dans les trois unités du même étage soit, 54 à 56 résidents. L'infirmière en poste de 8 h à 12h intervient dans les unités où résident les personnes les plus dépendantes. L'infirmière de nuit assure la responsabilité de l'ensemble du service.

»» Les aides soignants

Sept jours sur sept 26 A.S. travaillent dans ce service

- 12 le matin de 7 h à 15 h,
- 12 l'après midi de 13 h à 21 h
- 2 la nuit.

Pendant la journée, les A.S. sont répartis dans les six unités. En binôme, ils assurent les soins de base et de confort à 18 résidents.

Deux A.S. travaillent la nuit sur l'ensemble du service.

»» Les agents des services hospitaliers (A.S.H.)

Chaque jour six A.S.H. et deux personnes en contrat emploi solidarité (C.E.S.) assurent l'entretien des locaux d'hébergement et de fonctionnement. Ils

participent à la fonction de restauration auprès des personnes âgées (distribution et prise des repas).

Nous pouvons noter que dans ce service, les fonctions de chaque catégorie de personnel sont clairement définies et qu'elles sont réparties au vue des compétences de chacun.

L'activité d'animation est prise en charge par l'animateur du service mais l'ensemble du personnel participe à cette activité.

1.2.3 - Horaires de travail et répartition des tâches du personnel soignant : établissement B

»» Cadres Infirmiers

Chacune des trois unités est sous la responsabilité d'une surveillante qui dynamise l'équipe d'A.S. sur la base d'un projet individualisé. Annuellement, chaque A.S. s'engage à assumer la responsabilité d'une des activités du service (la gestion du linge, l'accueil des personnes âgées par exemple). Les résultats obtenus sont évalués régulièrement et font l'objet d'encouragements, de compliments ou de réajustements.

»» Les Infirmières

Le jour, chaque unité fonctionne avec :

- Un poste du matin (6h30 14h30)
- Un poste d'après midi (13h 21h)

Pendant la journée l'infirmière est responsable des malades hospitalisés dans une unité de 40 résidents. Il n'y a pas d'infirmière la nuit.

»» Les Aides Soignants

Chaque unité dispose de cinq postes d'aides soignants :

- Deux de 6h30 à 14h30
- Deux de 14h à 22h
- Un la nuit.

Les aides soignants assurent les soins d'hygiène et de confort. Ils aident à la distribution des médicaments.

»» Les Agents des Services Hospitaliers

Un agent du matin et un agent d'après midi entretiennent les locaux de l'unité et participent aux soins d'hygiène et de confort. Dans leur tâche, ces agents sont aidés d'une personne en contrat emploi solidarité qui travaille de 8h à 12h tous les jours sauf le week-end.

La répartition du travail entre les catégories de personnel est différente de celle de l'hôpital A : les A.S. aident à la distribution des médicaments aux malades et les A.S.H. participent aux soins d'hygiène et de confort des résidents.

L'animation est assurée au sein de chaque unité. Elle est prise en charge par la personne désignée à cette activité et l'ensemble de l'équipe.

L'hôpital B a la particularité d'avoir mis en place des horaires variables pour les A.S. du service de longue durée. En dehors d'une plage horaire établie à partir d'une évaluation de la charge en soins, les A.S. peuvent quitter leur service sans avoir d'autorisation à obtenir de leurs supérieurs. Un système informatique permet à la surveillante de gérer individuellement le temps de travail de chaque agent.

2 - METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

2.1 - ETUDE QUANTITATIVE

Les directions des ressources humaines des établissements considérés n'ont pas de système de ventilation des absences service par service. C'est auprès des cadres infirmiers et cadres infirmiers supérieurs de gériatrie que nous avons réalisé le recensement du nombre de jours d'absence des A.S. affectés dans leur service.

L'étude ne retient que les absences imprévues sur les plannings de travail tels que les maladies de courte durée, les accidents du travail et les congés exceptionnels.

Pour calculer la moyenne d'absence par agent et par an, nous appliquons la formule suivante :

$$1 - \frac{\text{Nbre de jours d'absence total} \times 5}{7} = \text{Nombre de jours d'absence effectifs}$$

$$2 - \frac{\text{Nbre de jours d'absence total}}{\text{Nbre d'agents}} = \text{Moyenne d'absence par agent et par an}^{16}$$

Dans chacun des deux établissements, les journées d'absence des A.S. enregistrées sur trois ans sont présentées dans les tableaux 1 et 2.

A l'aide du tableau 3, nous comparons la moyenne des jours d'absence par agent et par an entre les deux groupes d'A.S..

Le tableau 4 nous permet de visualiser la répartition des absences en fonction des causes étudiées.

Enfin le tableau 5 compare la fréquence des arrêts enregistrés par agent sur l'année 1997.

¹⁶ C. PILLET, *L'organisation du travail à l'hôpital*, Cours ENSP, Rennes, 7 Juin 1999

TABLEAU 1 : Nombre de jours d'absence des A.S. de l'hôpital A

	Année 1996	Année 1997	Année1998
Absence pour maladie de courte durée	571	582	595
Absence pour Accidents du travail	30	34	69
Absence pour Congés exceptionnels	10	16	5
Moyenne d'absence par agent et par an	10,39	10,7	11,37

TABLEAU 2 : Nombre de jours d'absence de l'hôpital B

	Année 1996	Année 1997	Année1998
Absence pour maladie de courte durée	490	520	510
Absence pour Accidents du travail	32	35	40
Absence pour Congés exceptionnels	6	10	8
Moyenne d'absence par agent et par an	9,19	9,84	9,72

TABLEAU 3 : Comparaison de la moyenne des jours d'absence par agent et par an entre les deux groupes d'A.S.

Etablissement / Année	1996	1997	1998
A	10,39	10,7	11,37
B	9,19	9,84	9,72

Histogramme

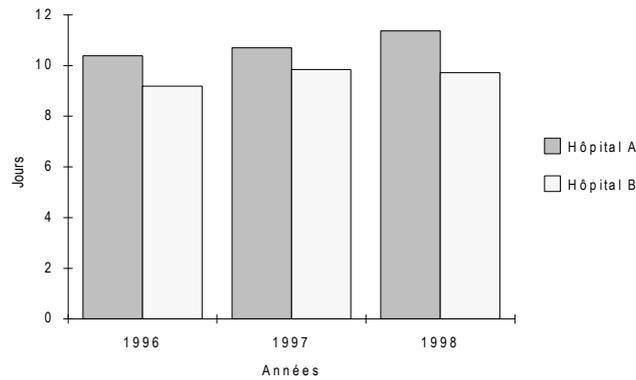


TABLEAU 4 : Comparaison de la moyenne des jours d'absence par agent et par cause entre les deux établissements

	Maladie de courte durée			Accidents du travail			Congés exceptionnels		
	1996	1997	1998	1996	1997	1998	1996	1997	1998
Etablissement A	9,70	9,80	10,11	0,52	0,59	1,20	0,17	0,20	0,08
Etablissement B	8,53	9,05	8,88	0,55	0,60	0,69	0,10	0,17	0,13

Histogramme

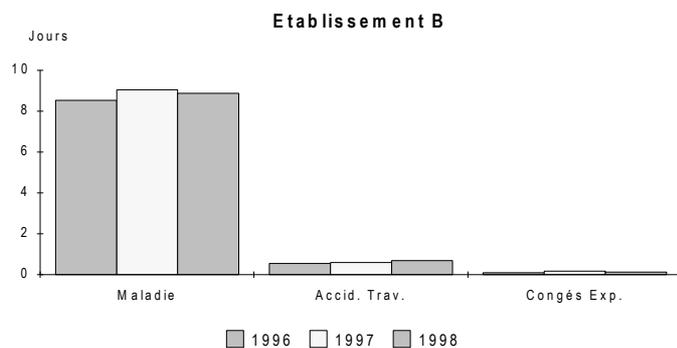
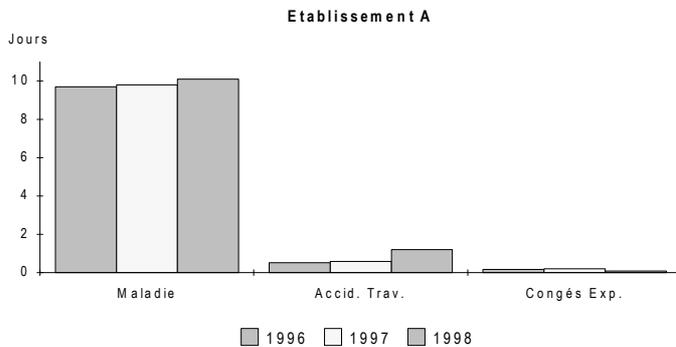
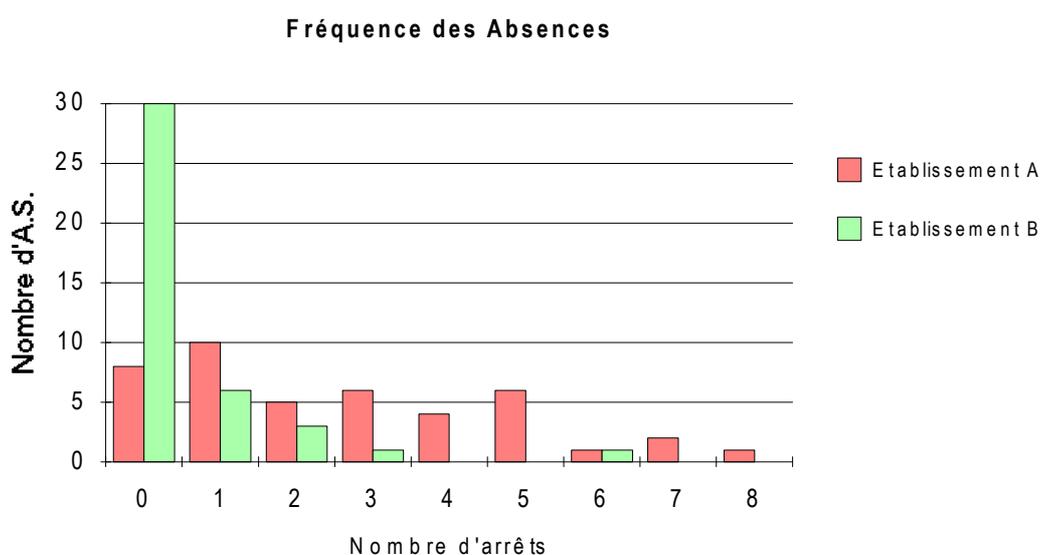


TABLEAU 5 : Comparaison de la fréquence des arrêts des personnels A.S. entre les deux établissements sur l'année 1997

	<i>Etablissement A</i>	<i>Etablissement B</i>
Nbr d'arrêts	Nbr d'A.S.	Nbr d'AS.
0	8	30
1	10	6
2	5	3
3	6	1
4	4	0
5	6	0
6	1	1
7	2	0
8	1	0
Total	43	41

Histogramme



2.2 - ANALYSE QUANTITATIVE

La comparaison des chiffres quantifiant l'absence des deux groupes d'A.S. sur trois ans nous permet d'observer un taux d'absence plus élevé à l'hôpital A qu'à l'hôpital B. Cette différence est essentiellement observable sur les absences pour maladie de courte durée.

Sur l'année testée, nous observons, que trente A.S. n'ont pas d'absence à l'hôpital B contre huit à l'hôpital A. Dans cet établissement, les agents qui s'arrêtent 1, 2, 3, fois sont plus nombreux qu'à l'hôpital B.

Nous constatons, qu'à l'exception d'un agent qui totalise six arrêts pendant l'année considérée, l'absence répétitive est quasi inexistante à l'hôpital B, alors que la fréquence va jusqu'à huit fois dans l'année pour l'hôpital A. Dans cet établissement, quatre agents sur dix-sept s'absentent plus de 5 fois par an.

L'étude comparée des données quantitatives, nous permet de constater une différence significative du nombre et de la fréquence des absences des deux groupes d'A.S. étudiés. Elle ne nous permet pas d'expliquer la complexité du phénomène de l'absentéisme. C'est ce que nous allons essayer de faire dans la prochaine partie de notre travail.

2.3 - LA DEMARCHE EXPLORATRICE

2.3.1 - Choix de la méthode

Après avoir obtenu l'accord de l'infirmière générale et du cadre du service concerné, nous choisissons de réaliser un entretien semi directif auprès de cinq A.S. affectés dans le service de longue durée où nous avons effectué notre stage de formation. Le choix des personnes interviewées est orienté pour obtenir un panel représentatif de la population des A.S. travaillant en gérontologie. Deux agents âgés de 20 à 25 ans sont en contrat à durée déterminée, trois agents sont titulaires de la Fonction Publique Hospitalière. Parmi ces trois agents, deux A.S. ont de 30 à 40 ans, une est âgée de 50 ans.

La méthode de l'entretien permet de recueillir des informations riches, variées et nuancées. Le contact direct avec la personne interrogée a facilité le recentrage sur le thème de l'étude. Notre position de stagiaire a été un point fort pour faciliter l'expression du personnel. De plus, elle nous a autorisé à guider l'entretien autour de la question sensible de l'absence au travail.

2.3.2 - Construction de la grille d'entretien

Pour construire notre grille d'entretien, nous nous sommes inspirées des différentes théories élaborées pour expliquer l'absentéisme. En conséquence, nous avons orienté nos investigations autour de quatre idées :

- les caractéristiques de la vie personnelle,
- les caractéristiques de l'emploi qui peuvent créer une motivation ou une démotivation au travail,
- les sources de satisfaction et d'insatisfaction au travail,
- la considération professionnelle.

2.3.3 - Déroulement de l'entretien

Lors de la prise de rendez-vous, nous avons précisé l'objectif poursuivi et le lieu de l'entretien. Avec l'autorisation de la personne interviewée, nous avons pris des notes afin de pouvoir analyser les témoignages. Nous avons assuré chaque participant du respect de l'anonymat et de la confidentialité.

2.3.4 - Analyse des entretiens

Parmi les éléments qui peuvent être significatifs de la présence ou de l'absence au travail des A.S. affectés dans un service de personnes âgées, nous avons noté que 3 A.S. ont des difficultés à assurer de façon concomitante, la garde des enfants et les changements imprévus des horaires de travail : "Cette semaine, j'ai dû changé deux fois mes horaires, cela m'a posé des problèmes pour faire

garder mes enfants, et je me suis disputée avec mon mari qui m'a dit de faire comme mes collègues "m'arrêter" ". Propos tenus par une A.S. interrogée.

La participation au projet institutionnel et de service, le fait d'être entendu dans leurs suggestions sur l'organisation du service sont des éléments qui motivent les A.S. pour aller au travail. Pour deux des agents interviewés, la satisfaction est entendue comme un sentiment de joie, de bonheur, d'enthousiasme procuré par la personne âgée ou sa famille "J'ai beaucoup de joie lorsque je procure un moment de bonheur aux malades" ou encore "Je suis remplie d'enthousiasme lorsque je sens les familles et leurs personnes âgées heureuses". Cette satisfaction provient aussi de l'ambiance qui règne dans l'équipe "C'est agréable de bien s'entendre avec tout le monde". Pour les deux A.S. en contrat à durée déterminée un recrutement définitif serait une grande joie.

Les sources d'insatisfaction proviennent d'une charge physique et/ou psychologique parfois trop lourde, du manque d'information, de communication et de reconnaissance. Le travail relève de peu de technicité cependant l'insuffisance de moyens génère le sentiment de ne pas pouvoir l'accomplir correctement avec le constat de ne pas pouvoir consacrer suffisamment de temps aux personnes âgées et de réduire ainsi le travail à l'exécution d'actes dans des délais "minutés". A cela, il faut ajouter que, s'il faut "faire avec" les personnes âgées, avec leur lenteur gestuelle, la charge de travail s'accroît d'autant.

2.4 - LES OUTILS DE LA RECHERCHE

En partant de cette première approche qui nous a permis d'établir un cadre à notre réflexion sur le phénomène de l'absentéisme spécifique aux A.S. en gérontologie, nous avons élaboré un questionnaire, ceci dans le but de toucher un maximum d'agents sur une période relativement courte.

2.4.1 - Le questionnaire

Il est constitué de 33 questions comportant 3 questions ouvertes.

Les questions s'inspirent des entretiens. Elles explorent les quatre items suivants :

- la situation personnelle (sexe, âge et situation familiale, nombre d'enfants à charge, trajet),
- la caractéristique de l'emploi :
 - statut,
 - ancienneté,
 - relation de travail,
 - temps de travail,
 - rythme de travail.
- les sources de satisfaction et d'insatisfaction,
 - satisfaction au travail,
 - condition d'exercice,
 - politique de soins,
 - facteurs de pénibilité.
- la reconnaissance sociale et professionnelle,
 - valorisation du travail,
 - confiance dans l'encadrement,
 - félicitations,
 - évaluation et participation aux décisions,
 - formation et promotion professionnelle.

Voir le questionnaire en annexe 1.

Après avoir testé le questionnaire auprès de trois A.S., l'enquête a débuté au mois de Mai 1999. Elle s'est déroulée sur une période de deux semaines. Sur 60 questionnaires distribués, 32 ont été complétés : 17 pour l'hôpital A , 15 pour l'hôpital B.

2.4.2 - La méthode d'exploitation de l'enquête

Pour chaque établissement, l'intégralité des questions fermées a été saisie et traitée avec le logiciel EPI- INFO. Les questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse thématique. L'échantillon de chaque groupe d'aides soignants n'est pas suffisant pour présenter les résultats en pourcentage. En conséquence, nous utiliserons les valeurs absolues, ou les proportions, pour comparer les réponses obtenues dans les deux établissements.

3 - RESULTATS DE L'ENQUETE

3.1 - DESCRIPTION DE LA SITUATION PERSONNELLE

3.1.1 - Sexe

Sur dix-sept personnes interrogées à l'hôpital A, dix-sept sont du sexe féminin. Sur l'hôpital B une personne sur les quinze est du sexe masculin.

3.1.2 - Age et situation familiale

Tableau représentant l'âge et de la situation familiale des agents

	<i>Etablissement A</i>	<i>Etablissement B</i>
Age moyen	35 ans	38 ans
>25 ans	1	1
25- 34 ans	6	5
35-44 ans	8	3
45-54 ans	2	3
55ans et plus	0	3
TOTAL	17	15
Nbr d'enfants à charge		
Pas d'enfants	5	8
1 enfant	6	5
2 enfants	3	2
3 enfants et plus	3	0
TOTAL	17	15

Dans l'un et l'autre des établissements, nous remarquons une féminisation importante des A.S. Le groupe de l'hôpital A est plus jeune et a plus d'enfants à charge que celui de l'hôpital B.

3.1.3 - Le trajet

Deux A.S. de l'hôpital A mettent plus d'une demi heure pour se rendre à leur travail. Les quinze autres A.S. mettent moins d'une demi heure. Tous les A.S. du groupe B résident près de leur lieu de travail.

3.2 - CARACTERISTIQUES DE L'EMPLOI

3.2.1 - Statuts

Tableau présentant la répartition des statuts entre les deux établissements

Situation des agents	Etablissement A	Etablissement B
Stagiaires	0	5
Titulaires	17	2
Contractuels	0	8
TOTAL	17	15

La répartition des statuts varie significativement en fonction de l'établissement. C'est l'établissement B qui compte le moins de personnel titulaire et le plus de personnes contractuelles et stagiaires.

3.2.2 - Ancienneté dans la carrière et le service

Tableau présentant l'ancienneté dans la fonction et dans le service

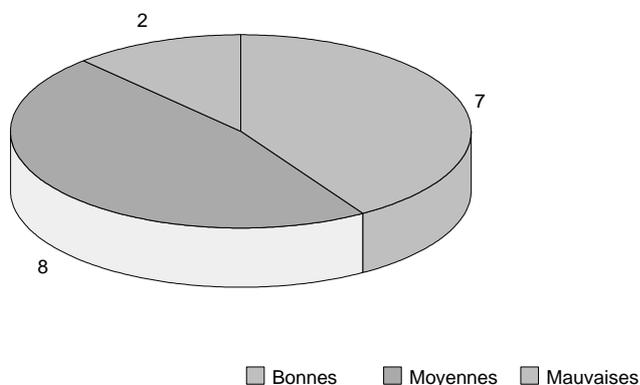
	<i>Etablissement A</i>				<i>Etablissement B</i>			
Ancienneté de carrière	1 à 4 ans	5 à 9 ans	10 ans et plus	TOTAL	1 à 4 ans	5 à 9 ans	10 ans et plus	TOTAL
Nbr d'agents	2	4	11	17	3	7	5	15
Ancienneté dans le service	1 à 4 ans	5 à 9 ans	10 ans et plus	TOTAL	1 à 4 ans	5 à 9 ans	10 ans et plus	TOTAL
Nbr d'agents	6	5	6	17	7	4	4	15

Corrélativement à la répartition des statuts, nous observons une plus grande ancienneté dans la fonction et dans le service des A.S. du groupe A que ceux du groupe B.

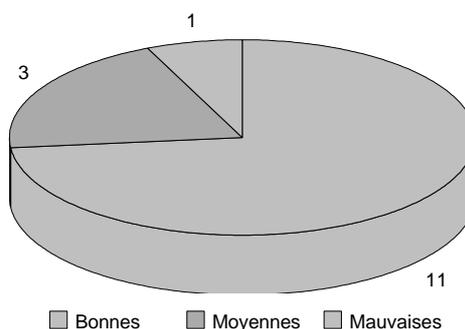
3.2.3 - Relations interprofessionnelles

Cette question tente à apprécier la qualité des relations à l'intérieur du service entre les différents professionnels. A l'hôpital B, onze A.S. sur quinze trouvent ces relations bonnes contre sept sur dix-sept à l'hôpital A. Le reste de la population interrogée trouvent moyennes les relations au sein de l'équipe. Pour deux personnes de l'hôpital A et une de l'hôpital B, elles sont mauvaises. Il semble donc que les relations soient meilleures dans l'établissement B.

Qualité des relations - Etablissement A



Qualité des relations - Etablissement B



3.2.4 - Aménagement du temps de travail

Le questionnaire comporte deux questions sur ce thème. La première demande aux agents s'ils sont employés à temps complet ou partiel. Par une sous question, ils peuvent exprimer leurs souhaits éventuels de réduire leur temps de travail. Une personne par établissement occupe un emploi à temps partiel. Dans l'hôpital A, cinq personnes souhaiteraient bénéficier d'une réduction du temps de travail. Parmi ces cinq A.S., deux n'en ont pas les moyens matériels et trois n'ont pas l'accord de la direction. A l'hôpital B, trois personnes souhaiteraient travailler à temps partiel, mais elles n'en ont pas les moyens financiers. Dans l'établissement B, seules les contraintes des agents freinent l'attribution d'un emploi à temps partiel. Alors que cette demande n'est pas prise en compte dans l'établissement A.

3.2.5 - Rythme de travail

Ce thème regroupe 4 questions. La première : "souhaiteriez-vous travailler avec des horaires variables ?" propose 3 réponses possibles : "oui", " non pour l'instant", "non". Le groupe du C.H. B n'a pas répondu à la question alors que 12 personnes sur 17 du groupe A souhaitent modifier leurs horaires.

La deuxième question est relative au changement d'horaires pour raisons de service. Treize A.S. sur dix-sept du groupe A contre une sur quinze du groupe B considèrent qu'ils changent souvent leurs horaires de façon inopinée.

La troisième question concerne les changements de jours de repos et de travail avec les collègues. Sur l'établissement A, onze personnes trouvent les

permutations faciles, six les trouvent difficiles. Sur l'établissement B, quatorze A.S. trouvent les changements faciles contre une qui les trouve difficiles.

Les raisons qui rendent les changements difficiles sont explorées dans la quatrième question qui propose quatre réponses possibles. Les difficultés sont dues à: "L'organisation du service", "à vos collègues", "à vous-même", "à la surveillante". Sur l'hôpital A, la difficulté provient, huit fois de l'organisation, cinq fois de la surveillante, trois fois des collègues et une fois de la personne elle même. Sur l'établissement B cette difficulté émane une fois de l'organisation du service.

L'analyse des réponses met en évidence que l'aménagement du temps de travail tel qu'il est réalisé sur l'établissement B convient parfaitement aux A.S. affectés en longue durée. Incontestablement, les changements d'horaires pour impératifs de service sont plus fréquents à l'hôpital A, ce qui peut expliquer l'absentéisme plus important dans cet établissement. Pour ce groupe, le changement de jours de repos ou de travail entre collègues est difficile. Cette difficulté provient de l'organisation du travail et du type de relations qui existe entre professionnels.

3.3 - LES SOURCES DE SATISFactions ET D'INSATISFactions

Ce thème fait l'objet de nombreuses questions :

La première, "Avez-vous des satisfactions dans votre travail ?" propose 3 réponses possibles : "oui", "parfois", "non".

Une série d'interrogations aborde les conditions d'exercice.

Quatre questions concernent la politique de soins sur laquelle s'appuie la prise en charge de la personne âgée.

La troisième série concerne les facteurs de pénibilité au cours de l'exécution du travail.

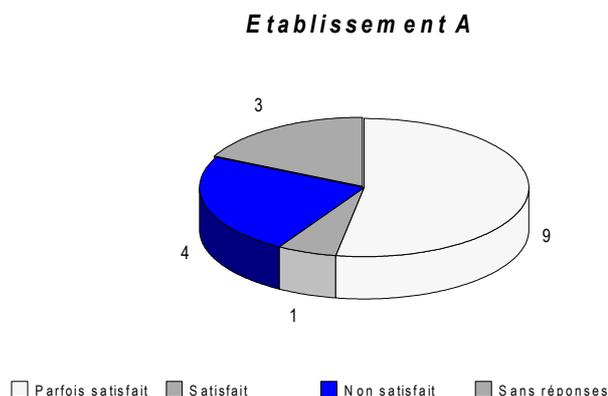
Enfin une question ouverte permet aux personnes interrogées d'indiquer en clair les raisons pour lesquelles elles sont amenées à s'absenter.

3.3.1 - Satisfaction au travail

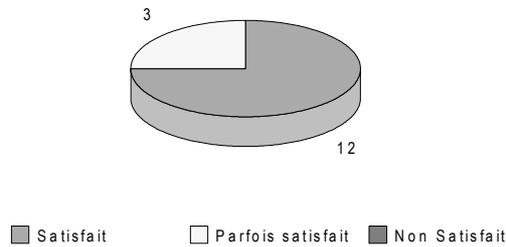
A la première question, seule une personne du groupe A éprouve pleinement (réponse “oui”) des satisfactions au travail, sans en exprimer la source. Neuf A.S. du même établissement éprouvent parfois des satisfactions qui proviennent de l’amélioration de l’état du malade, de la reconnaissance de la famille et dans un cas de l’investissement qu’à eu l’agent dans l’accompagnement d’une personne en fin de vie. Quatre personnes sont insatisfaites par manque de relations inter-service et de reconnaissance de la part de la hiérarchie. Trois personnes ne répondent pas à la question.

Pour le groupe de l’établissement B, douze personnes sont satisfaites dans leur travail. Ces satisfactions proviennent en priorité de l’ambiance qui règne au sein de l’équipe, de l’évolution favorable de l’état des personnes âgées et des compliments reçus de la part des familles. Trois personnes ont parfois des satisfactions sans en exprimer la source.

Le degré de satisfaction qu’éprouvent les agents dans la réalisation de leur travail paraît un élément très significatif de la présence au travail.



Etablissement B



3.3.2 - Conditions d'exercice

La première question explore la structure et la fonctionnalité des locaux.

Onze personnes de l'établissement A trouvent les locaux fonctionnels et accueillants. Deux, les trouvent fonctionnels mais non accueillants. Quatre les considèrent accueillants mais non fonctionnels.

Sur l'établissement B, dix agents trouvent leurs locaux fonctionnels et accueillants, cinq les trouvent ni fonctionnels ni accueillants.

La question ayant trait à l'éloignement des services par rapport aux unités de court séjour est une question à choix unique proposant deux réponses : "oui" ou "non". Les personnes qui répondent "oui", ont la possibilité dans une sous question ouverte attenante d'en exprimer les raisons.

Pour les deux groupes d'A.S. cet éloignement est source d'insatisfaction. Il génère un manque d'information, de relation et d'échange avec les autres professionnels. Les agents se sentent "mis à l'écart", "exclus", "loin de la vie de l'hôpital", "loin du bureau du personnel", "relations inexistantes avec les autres". Seuls deux agents de l'établissement B ne sont pas gênés par l'éloignement car ils ont beaucoup de travail et ils y portent suffisamment d'intérêt.

Par rapport à l'appréciation du travail et aux sources de satisfaction, nous pouvons constater que l'éloignement du service de longue durée par rapport aux unités de courts séjours est une source d'insatisfaction pour le personnel. Il se sent mis à l'écart et n'a pas le sentiment d'appartenir à l'institution.

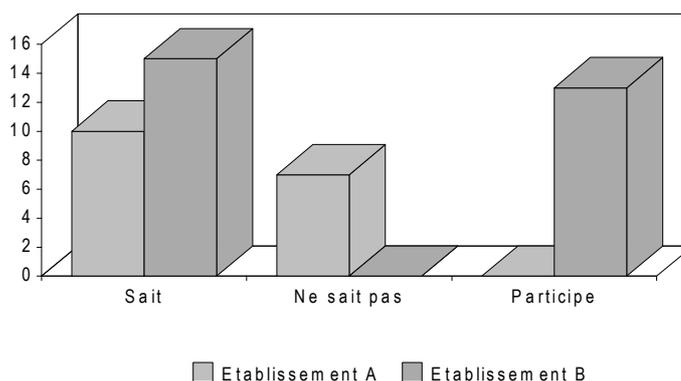
3.3.3 - La politique de soins

La première question interroge les agents sur l'existence ou l'inexistence d'un projet de vie. Si la réponse est "oui", les agents ont la possibilité d'exprimer s'il a été élaboré par l'équipe, quelques membres de l'équipe, la surveillante, le médecin. Une question permet de savoir si le projet est utilisé dans l'évolution des soins donnés aux malades.

Dans l'établissement B, toutes les personnes interrogées ont répondu positivement. Parmi les quinze A.S., treize ont participé au projet et l'utilisent dans leurs actions de soins. Deux personnes n'ont pas participé à son élaboration et ne s'en servent pas.

Dans l'établissement A, dix A.S. sur dix-sept écrivent qu'il existe un projet de vie. Ils n'ont pas participé à sa construction qui fut la préoccupation de quelques membres de l'équipe, des surveillantes et du médecin. Ils n'y font pas référence dans l'exercice de leur fonction.

L'enquête nous permet de constater que les agents qui ne participent pas à l'élaboration du projet de vie des résidents ne se l'approprient pas. En conséquence, il n'aide pas les A.S. à se sentir investis d'une mission indispensable à la prise en charge des personnes âgées.



3.3.4 - Facteurs de pénibilité

L'étude de pénibilité du travail en gériatrie est abordée par deux questions qui offrent l'une et l'autre la possibilité de s'exprimer par une sous question ouverte. La première a trait à la charge de travail et à la capacité d'y faire face.

A travers trois possibilités de réponses : "modérée", "importante" et "difficilement supportable", l'agent peut décrire sa réaction face à la détérioration physique et psychologique, à la souffrance et à la mort du résident. Il peut exprimer s'il a la possibilité d'en parler à l'équipe, à quelques collègues, à la surveillante ou au médecin.

Dans l'un et l'autre des établissements les 2/3 des A.S. déclarent ne pas arriver à faire face à la charge physique qui leur incombe. Par ordre chronologique, les difficultés sont liées aux manutentions de charges lourdes et aux longues déambulations à pieds. Les postures pénibles et les stations debout prolongées viennent ensuite. A celles-ci succèdent les odeurs, l'éclairage artificiel, le bruit et les horaires irréguliers.

En ce qui concerne la charge mentale, dans l'un et l'autre des établissements, les réponses sont proportionnellement semblables, treize personnes du groupe A et douze du groupe B expriment une charge émotionnelle importante. Une personne de chaque établissement la considère difficilement supportable, alors que trois du groupe A et deux du groupe B la ressentent comme modérée. A l'exception de quatre personnes du groupe A et trois du groupe B, les A.S. peuvent parler de cette difficulté au niveau de leur équipe de travail.

Quel que soit l'établissement, la manutention des malades représente la plus grande charge physique des A.S. interrogés. La confrontation à la détérioration intellectuelle, à la souffrance et à la mort des résidents sont d'autres facteurs importants de pénibilité du travail en gériatrie.

Les raisons que donnent les A.S. pour justifier leurs absences imprévues sont à considérer par établissement.

Dans le groupe A : onze personnes s'absentent pour motifs de maladies essentiellement dues à des lombalgies liées à la manutention de charges lourdes, quatre écrivent s'arrêter pour raisons professionnelles, deux A.S. expriment leur souffrance en ces termes : "ras le bol", "je tombe malade lorsque je n'en peux plus", deux agents ne répondent pas à la question.

Pour le groupe B, neuf agents ont répondu à la question. Parmi ceux-ci, cinq écrivent s'arrêter pour maladie. Quatre agents titulaires et exerçant dans le service depuis plus de cinq ans n'ont pas eu d'absence depuis plusieurs années.

Les réponses relatives à l'absentéisme font discrètement apparaître des absences plus fréquentes dans l'établissement A avec des raisons qui sont plus souvent liées à des problèmes d'ordre professionnel que dans l'établissement B.

Le nombre important de non réponses à la question peut être interprété de deux façons :

- comme un sujet sensible sur lequel les agents ne souhaitent pas s'exprimer,
- comme un thème sans objet pour ceux qui ne s'absentent pas.

Après observation, il apparaît que les non réponses qui proviennent du groupe B sont liées à la situation professionnelle des agents qui en position de stagiaires ou en contrat à durée déterminée, n'ont pas la sécurité de l'emploi.

3.4 - RECONNAISSANCE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

Le thème recouvre huit questions. Il explore la valorisation du travail en gériatrie, la notion de choix qui motive l'affectation dans ce service, les encouragements reçus, le climat de confiance par rapport à l'encadrement, les situations d'évaluation, la participation aux décisions, à la formation et les chances de formation des agents.

3.4.1 - Valorisation du travail- choix du service

En répondant par "oui" ou par "non", la première question demande aux agents s'ils se sentent valorisés de travailler en gériatrie. La deuxième, relative au choix du service donne aux agents la possibilité de répondre par "oui", "non mais cela m'est indifférent", "non, je veux changer".

Dans l'hôpital A onze A.S. répondent négativement à la question. Ils n'ont pas choisi de travailler dans ce service qu'ils souhaitent quitter.

Dans l'hôpital B, quatre A.S. n'ont pas choisi de travailler en gériatrie, mais ne souhaitent pas changer.

L'analyse des réponses dans ce domaine, nous paraît expliciter le taux d'absence du personnel de l'hôpital A caractérisé par un nombre important d'A.S. qui n'ont pas choisi de travailler en gériatrie et qui expriment un fort désir de changer de service, alors qu'à l'hôpital B, l'affectation en unité de longue durée est un choix délibéré. Il est intéressant de noter que dans cet établissement, les personnes qui n'étaient pas motivées pour travailler en gériatrie ont pu trouver le moyen de donner du sens à leur travail auprès des personnes âgées.

3.4.2 - Félicitation et confiance dans l'encadrement

A la question relative à l'encouragement au travail, nous observons que onze agents du groupe A expriment n'être jamais félicités et réconfortés dans leur travail alors que dix du groupe B reconnaissent l'être parfois. Corrélativement à cette question, nous constatons qu'une majorité d'agents du groupe A exprime de la méfiance envers l'encadrement alors que le groupe B lui fait toute confiance.

3.4.3 - Evaluation et participation aux décisions

La question relative à la participation des A.S. aux décisions nécessite de répondre par "oui" ou par "non". Celle concernant l'évaluation donne aux agents la possibilité de choisir entre deux réponses possibles : "source d'évolution" ou "passage obligé". L'analyse comparative des réponses des deux groupes permet d'observer que dix personnes sur dix-sept du groupe A ne participent pas aux décisions, alors que treize sur quinze du groupe B y participent.

De même, les réponses relatives aux évaluations sont significatives d'une différence de management entre les deux hôpitaux. Pour les A.S. de l'hôpital A, l'évaluation est ressentie comme un passage obligé douze fois sur dix-sept contre deux fois sur quinze à l'hôpital B.

La question relative aux encouragements adressés aux agents, à la confiance que ceux-ci font à leur surveillante, à leur participation à l'évaluation et aux prises des décisions, nous donne des indications sur le mode de management des

cadres. L'analyse des réponses corrélée avec celles qui concernent la valorisation du travail, nous permet de déduire un mode de management plus participatif dans l'hôpital B.

3.4.4 - Formation et promotion professionnelle

Majoritairement, les A.S. en gérontologie dans l'un et l'autre des groupes suivent des formations, mais ont peu d'espoir de promotion. Sur les groupes étudiés, respectivement quatorze agents sur dix-sept et huit sur quinze considèrent leurs chances d'évolution professionnelle nulles. Seules, une à deux personnes de chaque groupe les considèrent possibles ou probables

Ces réponses ne semblent pas être des facteurs explicatifs de l'absentéisme.

4 - VERIFICATION DES HYPOTHESES

L'étude quantitative du taux d'absence des A.S. affectés en unités de longue durée dans deux établissements similaires confirme une moyenne plus élevée au C.H.A qu'au C.H. B. La différence qui est de 2 j,3 par agent et par an au désavantage de l'établissement A n'est pas très significative. Par contre, le fait que dans cet établissement, la moitié du groupe des A.S. ont une fréquence d'arrêt de travail annuelle qui varie entre trois et huit fois explique le problème que crée cette situation.

Il était supposé que l'absentéisme de ces agents soit lié à des éléments de la situation personnelle et à des facteurs de la vie professionnelle tels que : la particularité de l'emploi, les sources d'insatisfactions, la reconnaissance sociale et professionnelle. La synthèse de l'analyse des résultats de l'enquête va nous permettre de confirmer et d'affiner les hypothèses émises.

4.1 - SITUATION PERSONNELLE

La répartition entre les hommes et les femmes dans la population étudiée n'est pas un élément significatif de l'absentéisme.

Nous remarquons par contre, que les jeunes personnes qui ont des enfants à charge et parfois un trajet de plus d'une demi heure pour aller travailler s'absentent plus facilement. Cette remarque confirme la thèse de NICHOLSON qui associe l'absentéisme à des caractéristiques de la vie personnelle.

4.2 - PARTICULARITE DE L'EMPLOI

Par rapport à la situation professionnelle, il semble que la sécurité de l'emploi, associée à une ancienneté plus grande dans la fonction et dans le service de gériatrie soient des facteurs en faveur de l'absence au travail.

En référence au concept de HERZBERG qui les décrit comme des facteurs d'ambiance, nous remarquons d'autre part combien la qualité des relations qui se créent dans un groupe professionnel est un point fort de la motivation des personnes au travail. Dans le même sens, nous observons que les agents qui peuvent harmoniser leur rythme de travail avec leur vie privée sans être confrontés à des résistances provenant de la direction ou de leurs collègues sont satisfaits.

4.3 - SATISFACTION ET INSATISFACTION

L'analyse des questions explorant les sources de satisfaction et d'insatisfaction au travail confirme la théorie de ROSSE et MILLER et permet d'affirmer que plus l'individu est satisfait dans son travail, moins il s'absente.

Pour les A.S. affectés en gérontologie, les satisfactions proviennent de l'ambiance du travail, du plaisir qu'ils ont à voir évoluer favorablement les patients et de la reconnaissance des familles.

En cohérence avec ces remarques, nous constatons que l'insatisfaction du personnel au travail provient du manque de communication, de relation et d'information. A ces éléments s'ajoute le manque de participation dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de vie qui contribue à donner un sens au travail des professionnels dans le respect de la qualité des services apportés aux résidents. C'est aussi le fondement de l'organisation du travail.

Aux facteurs d'insatisfaction déjà pointés intervient la notion de charge physique et psychologique qui s'exprime dans l'un et l'autre des deux groupes d'A.S. interrogés.

4.4 - RECONNAISSANCE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

Le sentiment qu'expriment les A.S. du groupe A de ne pas être entendus et encouragés dans leur travail est étroitement lié au fait, qu'ils n'ont pas choisi leur affectation. Ainsi, en faisant référence à la théorie de FISHMAN, nous pouvons penser que le manque de motivation peut déclencher un processus d'absence des

A.S. au travail. Nous remarquons cependant, que dans l'établissement B, les agents qui n'ont pas choisi de travailler en unité de longue durée ne souhaitent pas changer de service. Il semble donc, que, si la motivation n'est pas très élevée au départ, elle peut se développer par la suite. Cette évolution peut s'expliquer par le processus responsabilisant mis en place dans l'établissement B : sous la forme d'un contrat établi avec la surveillante et l'ensemble de l'équipe, l'A.S. s'engage à s'investir plus particulièrement dans une activité de soins qu'il a choisi. Il est acteur de la conception du projet, de sa réalisation et de son évaluation. Le contenu est formalisé avec le cadre et connu de l'ensemble de l'équipe (Voir annexe 2). Cet exemple concrétise la théorie de H SMALL et V ZARDET pour lesquels on améliore la performance des individus et l'on réduit les dysfonctionnements de l'entreprise en basant son mode de management sur l'ouverture et la confiance.

4.5 - CAUSES DES ABSENCES

Les réponses concernant la question ouverte sur les raisons qui amènent les A.S. à s'absenter en dehors des congés prévus sur les plannings de travail laissent apparaître un mal être du groupe de l'hôpital A. En effet, onze agents de ce groupe s'absentent pour lombalgies qui sont des formes de somatisation très classiques de la profession. La phrase du type : "j'en ai plein le dos" illustre bien les atteintes organiques. Quatre A.S. de ce groupe s'absentent pour raisons professionnelles explicitées deux fois comme résultant d'un épuisement professionnel ou "Burn out". Ce symptôme a surtout été étudié par les Américains. Herbert FREUNDENBERGER a créé ce mot et l'a défini comme un auto épuisement causé par un énorme effort pour atteindre un but utopique. Ayala PINET est un chercheur de pointe sur ce sujet. Elle explique : "La meilleure définition du "Burn out" est un état d'épuisement physique émotionnel et mental. Il se manifeste par un sentiment de découragement et d'isolement et par le développement d'une vision négative de soi et des attitudes négatives vis-à-vis du travail, de la vie et des autres. Cet état est toujours causé par les tensions émotionnelles. Il est le résultat d'un engagement intense pendant une longue période dans des situations qui sont

émotionnellement exigeantes. Un tel engagement se rencontre très fréquemment dans de nombreuses professions d'aide"¹⁷.

En tant qu'infirmière générale, les réponses obtenues et l'interprétation que nous pouvons en faire, nous invitent à observer les caractéristiques de l'emploi qui peuvent être retenues pour expliquer la souffrance des A.S. en gériatrie.

¹⁷ *Centre Technique National et de Recherche sur le handicap et les inadaptations*, N° 19, 1982, p.6

5 - L'ORIGINE DE LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS EN GERONTOLOGIE

Deux points essentiels peuvent être retenus comme étant source de souffrance

5.1 - LA CHARGE ERGONOMIQUE

Elle regroupe tout ce qui résulte des mauvaises conditions de travail, que se soit en charge excessive, une organisation déficiente, la complexité des tâches ou une formation insuffisante.

Le contexte hospitalier est un milieu particulièrement difficile. L'obligation d'assurer la continuité des soins impose au personnel des horaires peu compatibles avec leur vie privée et familiale. Ces inconvénients sont surtout engendrés par les rythmes de travail qui nécessitent de travailler la nuit, de prendre son poste à 6 heures, de terminer sa journée à 22 heures, de travailler un week-end sur deux voire sur deux week-end sur trois.

Les A.S. sont une population majoritairement féminine qui n'a pas toujours la capacité de faire face à la charge de travail résultant de l'importance des soins d'entretien de la vie et à la manutention des résidents. Le fait qu'il n'y ait jamais de lits inoccupés, la répétition quotidienne des gestes pour maintenir les acquis, le pourcentage élevé de personnes âgées démentes sont autant de facteurs qui accentuent la charge de travail auquel s'ajoute le poids des soins indirects. Il faut sans cesse déplacer, porter des charges de linge, des déchets, des armoires et parcourir d'importantes longueurs de couloir.

L'équipement en matériels ergonomiques, tels les lits à hauteur variable et les fauteuils gériatriques, sont insuffisants pour répondre aux besoins. Chaque année, nos budgets restreints nous obligent à faire des choix et à établir des priorités.

Les changements de plannings imposés, liés aux arrêts maladie, les remplacements par des personnes qui ne connaissent pas la spécificité des soins en gériatrie sont mal supportés et déstabilisent les personnels.

5.2 - LA CHARGE EMOTIONNELLE

Le soin auprès des personnes âgées confronte les soignants au handicap, à la dégradation intellectuelle, au processus lent et silencieux d'extinction, à la régression, aux décès, à la maladie, à la confusion et parfois à la violence verbale et gestuelle.

Toutes les personnes âgées qui avancent inéluctablement vers la mort sont comme un miroir, qui renvoie aux soignants ce qu'ils seront peut être dans quelques années. D'autre part, le rôle de soignant, celui pour lequel il a été formé s'est celui de soigner, de guérir. Avec les personnes âgées, cette satisfaction est rare. L'équipe est essentiellement confrontée à la perte des capacités, à la régression et à la mort.

Les personnes âgées qui déambulent, qui ne respectent ni l'intimité, ni la priorité des autres, les cris, l'agitation, l'agressivité toutes ces manifestations présentent au quotidien, sont sources de tensions pour les soignants déjà fort sollicités. Le vieillard les met face à leur impuissance et les oblige parfois à réviser leur idéal soignant.

De plus, les familles expriment souvent leur propre culpabilité par une agression envers l'équipe. Des attitudes d'omniprésence, de mépris, des remarques, des revendications et exigences réitérées sont mal vécues.

Face à ces situations, il n'est pas étonnant que certains soignants expriment un manque de reconnaissance, ils ont le sentiment de beaucoup donner et de ne rien recevoir en retour. Pour l'un et l'autre des deux groupes, ce sentiment négatif est renforcé par le fait que l'unité est éloignée des services de court séjour. Le personnel se sent "mis à l'écart", "relégué", "oublié de la direction".

L'analyse comparative des réponses aux questions révèle qu'un mode de management participatif basé, sur la responsabilisation aide les A.S. à mieux assumer la charge physique et psychologique et améliore leur présence au travail. En corollaire, notre réflexion sur l'absence du groupe des A.S. de l'établissement A nous montre que le malaise générant des absences répétées est dû à un manque de compréhension des comportements individuels et d'un point de vue plus général :

- à l'absence de considération dans le choix de l'affectation en gérontologie et de compréhension dans l'aménagement du temps de travail,
- à l'absence de communication et d'information qui crée un sentiment de "mise à l'écart",
- à l'absence de participation dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de vie pour les personnes âgées,
- au manque de responsabilisation et de valorisation qu'il soit individuel ou collectif.

A partir de ces constats, persuadés que de la qualité de vie des agents au travail dépend la qualité des soins donnés aux malades, nous nous proposons de faire quelques propositions qui permettent de réduire les absences répétées du groupe d'A.S. de l'hôpital A où nous allons prendre nos fonctions d'infirmière générale.

CHAPITRE 3



RÔLE DE L'INFIRMIERE GENERALE

Bien que l'on ne puisse avancer que l'infirmière générale soit à même de favoriser à elle seule la présence des A.S. au travail, nous insisterons sur le rôle capital qu'elle peut jouer du fait de ses attributions et de sa place stratégique au sein de l'institution hospitalière.

Le décret du 11 avril 1975 est à l'origine de cette fonction. Les missions de l'infirmière générale ont été réaffirmées dans le décret N° 89.758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la Fonction Publique Hospitalière ;

Article 2 : "Les Infirmiers généraux sont responsables du service de soins infirmiers de l'établissement dans lequel ils exercent leurs fonctions. Ils participent à ce titre à l'équipe de direction. Ils coordonnent l'organisation de la mise en œuvre des soins infirmiers et assurent l'animation, l'encadrement et la gestion du service infirmier. Ils participent également à la gestion des personnels infirmiers, aides soignants et agents des services hospitaliers dont ils proposent l'affectation. Ils contribuent à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins, au développement des études en soins infirmiers et à la formation du personnel du service infirmier".

Dans un contexte économique difficile où la rationalisation des dépenses de santé devient un enjeu majeur, où l'offre est confrontée à la montée du consumérisme, l'infirmière générale doit répondre à ses missions avec efficacité. Ainsi, promouvoir des soins de qualité avec amélioration constante des séjours des malades justifie du personnel qualifié, motivé mais aussi en nombre suffisant.

Les ressources humaines représentent le principal poste de dépenses de l'hôpital, mais elles sont sa principale richesse. Aussi, s'investir dans une politique de prévention de l'absentéisme est à notre sens déterminant pour la réussite des missions dévolues à l'infirmière générale.

Cette politique doit être partagée avec d'autres acteurs. Elle peut s'inscrire dans une politique d'établissement, elle implique alors directement l'équipe de direction dans un projet conduit par le directeur. Chaque acteur contribue par sa participation et ses propres compétences à la réalisation du projet. Avec l'aval des

membres de l'équipe de direction dont l'aide technique et le conseil sont indispensables, la prévention de l'absentéisme peut aussi faire partie de la politique du service de soins infirmiers.

Dans tous les cas, la collaboration des cadres soignants est précieuse car leurs échanges avec les A.S. sont fréquents. L'observation directe du travail leur permet de connaître l'impact organisationnel et relationnel sur les agents.

Eu égard aux réponses obtenues au niveau de l'enquête du groupe des A.S. de l'établissement où nous allons exercer nos fonctions d'infirmière générale (I.G.) nous développerons quatre points qui nous paraissent essentiels pour renforcer la présence au travail de ces agents :

- personnaliser la gestion des ressources humaines,
- développer une politique de communication,
- dynamiser le personnel dans la mise en œuvre du projet de vie des personnes âgées,
- valoriser le travail en gériatrie.

1 – PERSONNALISER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Personnaliser la gestion des ressources humaines consiste à agir selon une logique qui traduit la volonté de prendre en compte les attentes et les aspirations des agents et d'essayer de les satisfaire en fonction des contraintes de l'institution. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire que l'I.G.¹⁸ et le directeur des ressources humaines (D.R.H.) mènent une politique commune en terme de recrutement, d'affectation, de mobilité et d'aménagement du temps de travail.

1.1 – LE RECRUTEMENT

Le recrutement est un moment essentiel de la gestion des ressources humaines. Il est lourd de signification pour l'heureux élu car s'intégrer dans une organisation positionne celui qui a été recruté dans un engagement professionnel qui peut être plus ou moins long voire définitif. Le recrutement implique personnellement le recruteur. L'agent choisi est une personne qui effectuera le plus souvent un cursus durant 35 ou 40 années. Le choix qui sera arrêté est à la hauteur des investissements engagés par le directeur des services économiques lorsqu'il choisit un équipement lourd.

Sélectionner un candidat est un geste qui a des conséquences sur l'organisation tout entière. Le but à atteindre dans le recrutement est d'identifier la personne susceptible d'occuper un poste pouvant lui permettre d'utiliser ses capacités, sa formation, sa motivation du mieux possible.

Recruter une A.S. pour occuper un poste en gérontologie, nécessite de mettre en adéquation l'intérêt des résidents, celui de l'unité de longue durée et celui

¹⁸ Lire partout infirmière générale

de l'agent. Pour atteindre cet objectif, il est indispensable que l'I.G. et le D.R.H. définissent la forme et les exigences de l'entretien de recrutement.

Pour être un outil de prévention de l'absentéisme en gériatrie, cet entretien doit mettre en exergue :

- L'enthousiasme et le dynamisme du candidat envers le travail,
- Sa motivation et son intérêt pour les personnes âgées,
- Son projet professionnel à court et moyen terme,
- Les trajets de route pour accéder à son travail,
- Un état des absences sur les trois dernières années ou au cours de sa formation professionnelle.

1.2 – L'AFFECTION

La circulaire du 20 Octobre 1990 relative à l'application du décret du 18 Octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la Fonction Publique Hospitalière précise : "L'infirmier général propose les affectations à l'autorité investie du pouvoir de nomination qui, s'il peut ne pas suivre la proposition n'a pas la possibilité de la modifier."

Affecter un agent, c'est prendre la décision de lui faire occuper un poste précis. L'affectation s'appuie sur des profils de postes clairs, réalisés par les cadres soignants et leurs équipes, puis validés par les instances professionnelles. Réussir une affectation c'est, pour l'infirmière générale :

- répondre au désir de la personne tout en restant attentive à ses capacités à occuper le poste souhaité,
- adapter au mieux le profil de l'agent à celui du poste. Donc, susciter son intérêt pour occuper le poste et l'aider dans son intégration. Si le travail ne correspond pas à ses attentes et devient source d'épuisement, lui proposer une autre affectation si possible.

Comme nous l'avons vu dans notre travail de recherche, l'affectation est une décision qui crée chez le salarié satisfaction ou insatisfaction. Pour prendre nos décisions nous devons nous appuyer sur les cadres infirmiers et cadres infirmiers

supérieurs. Proches des agents, amenés à les évaluer régulièrement, ils peuvent repérer et identifier ce niveau de satisfaction.

L'enquête que nous avons réalisée met en évidence que l'ancienneté des A. S. dans le service de longue durée est un facteur d'absentéisme. Pour éviter ce phénomène de lassitude, il nous paraît intéressant d'impulser une mobilité interne des professionnels du service de soins infirmiers.

1.3 – LA MOBILITE

"J'y suis, j'y reste", c'est un peu le raisonnement tenu par le personnel affecté dans les services de court séjour et c'est dommage. "La mobilité interne vivifie une collectivité souvent perçue comme un corps auto géré, sans contact avec l'extérieur ou incapable d'assurer des passerelles avec ses composants"¹⁹.

Favoriser la mobilité nécessite un acte d'engagement affiché par la direction et une collaboration étroite entre ses membres et les cadres soignants. En effet, encourager le personnel à bouger impose d'avoir une connaissance approfondie des personnes et de leurs activités. La méthode peut se décliner en une succession d'actions chronologiques qui consiste à :

- formaliser une charte de mobilité à faire approuver par les partenaires sociaux,
- obtenir un discours fort de la direction qui doit voir la mobilité comme un facteur de motivation des agents, de renforcement de leurs compétences, mieux, comme un outil d'amélioration de la qualité grâce à son corollaire : la formation, qui permet d'adapter les personnels à leur nouvelle mission,
- informer et diffuser largement les postes vacants.
- mettre en place une bourse d'échange des emplois, alimentée par les demandes d'agents qui, avec l'accord de leurs responsables, permutent de services pour un temps défini,

¹⁹ art. "*la mobilité interne manque de souffle*" La Gazette hebdomadaire spécialisée dans les ressources humaines, 14 Septembre 1998, p21

- traiter les candidatures. Ce traitement permet de faire le bilan des compétences de l'agent, d'analyser son parcours, ses souhaits d'évolution et de lui faire des propositions d'affectation.

Pour faciliter l'adaptation de l'agent qui change de service, des références sont mises en place dans chaque unité. Un bilan sur sa manière de servir peut être effectué en sa présence à l'issue de trois mois. Parallèlement, l'agent est formé, ses compétences doivent être renforcées ou enrichies.

1.4 - L'AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

Sujet vaste et varié, l'aménagement du temps de travail n'en reste pas moins une mesure intéressante. Il occupe une place de choix dans un projet d'amélioration des conditions de travail et par-là même un projet de lutte contre l'absentéisme. L'aménagement du temps de travail peut être utilisé sous différentes formes : le temps partiel, le temps choisi, les horaires variables.

A l'hôpital, la gestion du temps travaillé des personnels souffre encore d'une grande rigidité et aurait avantage à être assouplie. Il est indéniable que le travail hospitalier fluctue suivant les services, les périodes de l'année, de la semaine, de la journée. Chercher un ajustement des effectifs à la charge de travail ne suffit plus, il faut également y associer une adaptation horaire.

Ainsi, cela suppose d'obtenir la présence d'un plus grand nombre de personnes au moment où l'intensité de soins est la plus forte.

Aménager le temps de travail sous forme de temps choisi, s'est mettre en adéquation le temps de présence des agents et la charge de travail. Il s'agit de répondre au mieux aux besoins des malades, et aussi de permettre aux personnels de gérer leur temps de présence en fonction de leur vie privée.

Sans aller jusqu'à l'implantation du temps choisi, les réponses obtenues du groupe des A. S. de l'établissement B montrent que les horaires variables sont des solutions intermédiaires non dénuées d'intérêt. La mise en place des 35 heures de travail hebdomadaires peut être une opportunité à saisir pour entreprendre un travail de réflexion sur ce thème. Après une phase de concertation entre la direction, les cadres soignants et le personnel, nous pourrions envisager d'introduire plus de

flexibilité et de souplesse dans les horaires. Pour appréhender ce domaine, il est nécessaire :

- de faire un bilan de la situation à l'aide d'une enquête qui permet de connaître plus particulièrement les souhaits des personnels,
- d'obtenir les moyens d'une gestion informatisée,
- de travailler avec les cadres soignants afin d'obtenir que le personnel réfléchisse et fasse des propositions en accord avec la spécificité de leur service,
- de former les personnes à l'utilisation de leur décomptes horaires,
- d'élaborer des tableaux de bord. Ces instruments sont de véritables outils de gestion. Ils facilitent les comparaisons et permettent de mesurer l'évolution des absences sur une ou plusieurs années pour un service et l'ensemble de l'hôpital. De plus, leur diffusion provoque une émulation entre les unités.

Dans le contexte de l'étude : "trois A. S. de l'établissement A souhaitent occuper un emploi à temps partiel mais ils n'ont pas l'accord de la direction." Nous devons être attentifs à ces souhaits et aider les cadres concernés à réfléchir à une organisation intégrant des postes à temps partiel.

2 – DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE COMMUNICATION

Communiquer est l'art de développer et de réaliser une bonne compréhension entre personnes. C'est un des processus d'échange d'informations et de sentiments entre deux ou plusieurs personnes. Cela permet d'améliorer les relations sociales et l'émergence de solutions techniques dans la mesure où les opérateurs peuvent s'exprimer sur leurs activités. Sans communiquer, il est impossible d'échanger des faits, des idées et des expériences. L'acte de communiquer est donc un élément fort pour promouvoir la reconnaissance des personnels. En montrant ce qu'il est, ce qu'il fait, chacun se positionne face à autrui.

Installer une politique de communication consiste à développer un climat de confiance en améliorant les relations bilatérales, hiérarchiques et transversales. Elle se réalise en plusieurs étapes :

2.1 – RECONNAITRE LE CARACTERE ESSENTIEL DE LA COMMUNICATION

Par la communication, nous sommes amenés à découvrir les problèmes, à dresser des plans, à discuter les attitudes des uns et des autres, à clarifier les ambiguïtés, à régler des conflits entre les individus et les équipes, à aider les agents à satisfaire leurs besoins, à donner des instructions et à vérifier les résultats. Il est donc indispensable que l'infirmière générale formule clairement, écoute avec attention et intérêt un agent, une équipe, puis réagisse avec considération.

2.2 – FACILITER LA COMMUNICATION ASCENDANTE ET DESCENDANTE

Au sein de l'institution, les rencontres prennent une place importante dans la communication ascendante et descendante. Les réunions hebdomadaires des responsables, les rendez-vous individuels sont l'opportunité d'avoir des échanges. Des réunions plus officielles concernant la présentation des projets de soins, de

réalisations spécifiques, représentent aussi l'occasion de favoriser les échanges, de tirer les leçons de l'expérience des autres.

L'abonnement et la diffusion de revues professionnelles, les affichages attrayants, la formation intra muros sont autant de supports utilisables pour améliorer la communication interne.

2.3 – DEVELOPPER LA COMMUNICATION HORIZONTALE

Pour l'I.G., elle consiste à mobiliser les cadres et les médecins à développer les transmissions orales et écrites. Nous savons combien les A.S. négligent l'utilisation des outils propres au processus de soins et combien leur participation aux relèves d'équipes ainsi que leurs écrits sur le dossier de soins renforce la communication intra service. Les réunions de conseils de services et les groupes de parole, sont d'autres facteurs importants de communication. Le conseil de service permet l'expression de tout le personnel et l'implique à la gestion locale et générale de l'hôpital. Organisé sur la base du volontariat, de la confidentialité et de l'abandon des positions hiérarchiques, le groupe de parole permet la formalisation des difficultés vécues par le soignant et la confrontation au groupe dans lequel il évolue. Ce groupe, encore appelé groupe d'implication ou de soutien, limite la charge psychologique, facilite la régulation des fonctionnements internes, ainsi que l'apprentissage de l'écoute et la prise de parole de chacun des membres de l'équipe.

2.4 – IMPLIQUER LES A. S. DANS UNE PARTICIPATION OFFICIELLE

Pour faciliter leurs relations nous pouvons impliquer les A.S. en gérontologie dans divers groupes d'expressions de la structure.

La commission du service de soins infirmiers est un lieu privilégié pour faciliter la reconnaissance et l'expression du personnel soignant. Elle permet d'être partie prenante dans les orientations à donner aux soins et la validation des travaux réalisés. Pour L'A. S. en longue durée, elle peut être l'occasion de présenter les réalisations du service.

Les groupes de réflexions divers et commissions ad'hoc selon les problèmes à résoudre et les centres d'intérêts favorisent l'émergence d'une consultation, d'une réflexion des A.S. et faciliter le suivi des objectifs, des résultats et de l'évolution des projets institutionnels. Ce sont des lieux où l'écoute peut s'exercer par excellence. Par la qualité de cette écoute, les autres partenaires reconnaissent les A. S. affectés dans les services pour personnes âgées comme véritables partenaires de soins.

Pour l'I.G., impulser cette participation nécessite :

- d'élaborer des lettres types pour faire acte de candidatures aux instances. Cette mesure évite les craintes que peuvent avoir les A.S. pour réaliser les courriers indispensables,
- d'accorder du temps afin que les agents recueillent préalablement les opinions de leurs collègues et qu'ils se positionnent comme véritables porte parole,
- de favoriser la diffusion des comptes rendus des travaux grâce à différents supports (note d'information, journal interne, ...).

Par ailleurs, nous savons combien la prise de parole est difficile pour les A.S. sans doute par peur du jugement d'autrui. Pour pallier cette carence, il convient de favoriser pour tous les intéressés la formation sur la prise de parole en public. Les cadres infirmiers sont invités pour leur part à parfaire leur apprentissage d'animation des équipes afin d'effacer cette hésitation à s'exprimer.

2.5 – AUTRES MOYENS D'AMELIORER ET FAVORISER LA COMMUNICATION

Faciliter la communication nécessite aussi de confectionner un maillage avec l'environnement interne et externe. Pour cela, il s'agit :

- d'établir des liens avec les professionnels d'autres établissements pour personnes âgées (Maison d'accueil, hôpital local, service de soins à domicile). Les relations peuvent s'établir à travers des rencontres organisées sous forme de partage des expériences, de journées portes ouvertes.

Plus écoutés, mieux informés les A. S. en gérontologie se sentiront mieux au sein de leur équipe et de l'institution de l'ensemble.

3 – DYNAMISER LE PERSONNEL A TRAVERS LE PROJET DE VIE

Depuis la loi du 31 Juillet 1991, le projet d'établissement est une obligation pour les établissements de santé. L'arrêté du 26 Avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue par la loi n°95.535 du 30 Juin 1975 précise : "Le projet de vie défini par l'équipe soignante et le médecin coordonnateur doit penser les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des résidents ainsi que les modalités de coordination des divers intervenants".

"Un projet d'établissement, c'est un document écrit qui énonce de grands principes éthiques que l'organisation veut promouvoir. Ces principes doivent redonner du "sens" à l'action et créer un esprit communautaire. C'est quelque chose qui rassemble des choix, des idées, des projets personnels, c'est quelque chose qui met en route"²⁰.

Les projets représentent en effet une opportunité remarquable pour chaque agent de replacer son activité au quotidien dans un contexte temporel (le moyen terme) et spacial (l'établissement, le service) suffisamment large pour "donner du sens".

La crise du sens est omniprésente dans le milieu familial, social, économique et professionnel. L'individu au travail n'a plus les mêmes demandes ni les mêmes attentes vis à vis de l'institution à laquelle il appartient. Il ne se reconnaît plus dans cette organisation devenue complexe et à tendance à adopter un comportement individualiste. C'est pourquoi, on ne peut pas diriger une structure soignante sans projet. Il est nécessaire que les acteurs de la communauté hospitalière aient une visée affirmant des valeurs en quête de réalisation.

L'I.G. à la responsabilité d'élaborer un projet de soins qui s'intègre au projet d'établissement et se décline au niveau de chaque service. Ce projet qui se fonde sur l'intégration par les cadres de la philosophie de soins doit être clairement

énoncé afin qu'il soit le vecteur de changement au niveau des équipes. Pour l'unité de longue durée le projet de soins devient le projet de vie catalyseur d'une démarche qualité au service des personnes âgées.

Dans notre enquête, nous constatons que le groupe d'A.S. le plus souvent absent ne connaît pas le projet du service et n'a pas pleine confiance en l'encadrement. F. GONNET²¹ pense que pour rendre un projet mobilisateur, les attitudes et les sentiments des membres de l'équipe sont à connaître et à ne pas négliger. C'est pourquoi, la considération et la reconnaissance auront une part importante dans la gestion du projet. Afin de le rendre mobilisateur, nous devons nous attacher à aider les cadres infirmiers supérieurs à savoir utiliser pleinement leurs aptitudes et à savoir adopter un comportement fondé sur le savoir être afin de :

- reconnaître positivement le personnel avec lequel ils travaillent,
- responsabiliser ce dernier pour le rendre acteur.

3.1 – EXPRIMER LA RECONNAISSANCE ENVERS LE PERSONNEL

Les cadres sont peu habitués à reconnaître les succès. Leur attention est souvent portée sur les erreurs à ne pas commettre. Ce qui est mal, fait l'objet de réprimandes, voire de sanctions.

"En matière de relations de travail, l'estime des autres peut être assimilée à la reconnaissance sociale. On peut considérer que plus l'individu recevra de marques de reconnaissance dans le cadre de son travail, plus la valorisation sous-jacente le poussera à ne pas s'absenter d'un lieu où son égo trouve toute satisfaction"²². Cette réflexion conforte notre opinion. Il paraît tout à fait souhaitable qu'à travers nos propos, notre comportement, nos suggestions, nous aidions les cadres soignants à adopter des attitudes positives à l'égard des agents hospitaliers. Cette considération est un outil puissant pour favoriser la motivation et la réussite du projet. Elle consiste à :

²⁰ R. POLETTI, professeur à l'école supérieure d'enseignement et de soins infirmiers à Genève et à Lausanne, session de formation 1994

²¹ F. GONNET, op cit.

²² H. LETEUTRE, *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, Berger Levrault, 1991, p205

- Appréhender le personnel à travers :
 - ses dires mais aussi ses pratiques professionnelles,
 - ses compétences c'est à dire ses "savoir-faire", qu'ils soient techniques ou managériaux,
 - ses comportements individuels mais aussi relationnels avec les malades, ses supérieurs, ses collègues du même service ou de services différents.
- Permettre à chacun de s'exprimer,
- Ecouter et donner du sens au travail de tous.

Savoir gratifier les agents aux moments voulus contribue à instaurer des relations de confiance, facilite l'adhésion des personnels à l'objectif poursuivi par les cadres et réduit les absences au travail.

3.2 – RENDRE LE PERSONNEL ACTEUR

Devenir acteur signifie pour l'A.S. d'acquérir des espaces d'initiative, de sortir d'une situation essentiellement pensée par autrui (infirmières, cadres infirmiers, médecins) pour entrer dans une situation qu'il aura au moins en partie conçue.

Rendre le personnel acteur, c'est aussi définir une place que l'on veut lui voir occuper, c'est lui permettre de se sentir un maillon essentiel dans la chaîne des soins dispensés aux résidents. Les A.S. deviendront acteurs si les cadres leur en laissent l'occasion et leur en donnent les moyens. Ainsi, permettre aux personnes de devenir acteur, c'est stimuler, faire participer, déléguer.

3.2.1 - Stimuler

Les cadres doivent aider chaque A.S. à utiliser ses ressources. Pour encourager les initiatives, ils utilisent les évaluations formatives, la contractualisation, la formation.

3.2.2 - Faire participer

Pour s'approprier le projet, il est incontournable que l'agent participe à son élaboration et s'engage personnellement à le mettre en oeuvre.

3.2.3 - Déléguer

Déléguer sous entend :

- ☞ fixer des objectifs clairs et précis,
- ☞ faire confiance,
- ☞ accepter de donner une part de son pouvoir,
- ☞ assurer des contrôles,
- ☞ réajuster éventuellement.

Dans la mise en oeuvre de ce projet, nous devons aider les médecins et les cadres du service à recenser la documentation disponible sur l'évolution de la prise en charge de la personne âgée institutionnalisée. Il nous revient également de favoriser la formation du personnel et d'aider les cadres à progresser dans la mise en oeuvre d'un mode de management participatif. Faciliter cette manière de diriger consiste à favoriser l'expression des difficultés ressenties et à mettre en place une stratégie d'évaluation au regard du métier de cadre et de son évolution. De plus, les formations type managériales peuvent être organisées et adaptées aux cadres présents (appui méthodologique de plan d'actions, élaboration de tableaux de bord, de suivi ...). Acquérir de nouvelles compétences crée un corps d'encadrement partageant des valeurs et une conception managériale commune.

Ainsi, la reconnaissance et la participation sont des éléments qui jouent un rôle primordial dans la satisfaction du salarié au travail. Pour aider les cadres à assumer cette animation parfois lourde l'I.G. doit savoir écouter, inciter, dynamiser, motiver, conseiller, coordonner, orienter, adapter. Ainsi porteuse d'un objectif à long terme et de sa concrétisation, elle sera la personne de référence pour dynamiser le personnel à travers la notion de projet.

4 - VALORISATION DU TRAVAIL EN GERIATRIE

L'enquête réalisée montre que deux tiers des A.S. de l'établissement A ne sont pas valorisés par le travail auprès des personnes âgées et souhaitent quitter le service.

Le changement de nomenclature des services intervenu en 1993 qui institue l'appellation "service de longue durée" se substituant au "service de long séjour" n'a pas été intégré par l'ensemble du personnel. Il semble que le but de cette nouvelle dénomination est d'essayer de mettre en évidence le fait que, comme dans tout autre service, on y pratique des soins médicaux. Ceci pouvant influencer sur l'image des services de gériatrie, aussi bien auprès des personnels hospitaliers qu'auprès du grand public, l'image "d'hospice ou de mouvoir" restant très prégnante. S'il est indispensable de mieux faire connaître ces services et leurs activités à l'extérieur de l'hôpital, il ne pourra être donné corps à cette identité qu'à la condition de les faire reconnaître à l'intérieur même de l'établissement.

Infirmière générale, nous avons un rôle particulièrement important à jouer pour promouvoir le travail en gériatrie. Notre attention se dirige sur la formation, l'adéquation des effectifs, la promotion des réalisations.

4.1 - LA FORMATION

Le changement que nous souhaitons obtenir chez les A.S. ainsi que chez leurs partenaires de soins ne se décrète pas. Il s'opère à travers l'évolution des mentalités qu'un programme de formation adapté aux besoins du personnel peut faciliter. Au delà de cette attention, nous devons :

- donner priorité au remplacement des bénéficiaires de formation afin de faciliter leur départs,
- instaurer systématiquement un retour de la formation à l'équipe de soins pour valoriser le concours des A.S. dans le processus de prise en charge de la personne âgée,

- assister au bilan de formation pour prendre en compte la recrudescence et l'évolution des demandes.

4.2 - L'ADEQUATION DES EFFECTIFS

Les dérives de fonctionnement pour faire face dans l'urgence aux conséquences de l'absentéisme ne sont pas acceptables. Outre leurs incidences sur la qualité des soins et la sécurité des malades, elles entraînent un sentiment d'insatisfaction des A.S.. Pour tenter d'éliminer ce risque de débordement nous veillerons à une bonne adéquation des effectifs présents dans le service. Cette réflexion conduite avec le D.H.R. et l'encadrement infirmier doit interroger sur :

- Qui est qui ? (analyse des textes officiels)
- Qui fait quoi au sein de l'unité ?
- Comment les acteurs se réalisent. (organisation du service)

Cette réflexion qui s'appuie sur l'élaboration d'un outil de charge en soins permet d'analyser la situation actuelle et future pour en dégager un bilan et une prévision des activités. Dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, ces études peuvent être réinvesties pour établir une projection des besoins institutionnels.

4.3 - PROMOUVOIR LES REALISATIONS

Valoriser le travail réalisé en gériatrie est un travail de fond qui consiste à :

- mettre l'accent sur les compétences qui ne sont pas uniquement techniques,
- faire retour à la direction de toutes les réalisations effectuées en terme de qualité de vie des résidents, de diminution des coûts et d'évolution des professionnels,
- favoriser la diffusion des travaux auprès de tous les pairs (journal interne, note d'information, réunions diverses),

- faciliter la participation du personnel aux manifestations professionnelles qu'elles soient locales, régionales ou nationales.

Promouvoir les réalisations, valoriser le personnel et développer ses potentiels. En utilisant cette richesse, nous créerons une synergie qui permettra de réduire les dysfonctionnements et d'améliorer la qualité des soins dispensés aux malades.

CONCLUSION

L'acuité de la crise économique, l'exigence de la qualité et de la performance, n'épargnent plus aucun secteur d'activité.

L'hôpital, protégé jusqu'à ces dernières années, n'échappe plus à cette lourde tendance. Il subit la restriction de la loi de financement de la sécurité sociale. Comme les grands groupes industriels, la banque et la distribution, il accuse douloureusement les impacts financiers de la pression du marché, de la concurrence, de l'écartèlement entre les exigences des usagers et celle du personnel.

Le temps presse donc de développer les potentiels humains et d'essayer de réduire les dysfonctionnements induits par l'absentéisme imprévu.

Au cours de notre étude, nous avons observé que les conditions de travail dans les services de longue durée sont relativement difficiles. La charge physique et mentale induite par l'activité quotidienne auprès des personnes âgées très dépendantes, le manque de signification et de reconnaissance professionnelle influent sur le comportement des soignants.

Cependant, notre comparaison entre deux groupes d'A.S. nous a permis de constater que le mode de fonctionnement de l'établissement joue un rôle fondamental dans l'intérêt à être présent ou absent au travail.

L'urgence des solutions à trouver pour renforcer la motivation du personnel ne peut plus se contenter de démarches timides dans lesquelles on confie l'étude du problème à un petit groupe de volontaires. C'est une approche innovante de management dont l'hôpital a besoin.

Ce changement fondamental n'appartient pas à une seule personne. Il se construit jour après jour au travers des pratiques d'un management personnalisant pour les individus qui, sans être fondus dans la masse, ni tout à fait indépendants ont

la possibilité d'agir sur les situations, d'élaborer et de mettre en oeuvre des solutions plutôt que de les subir.

En tant qu'infirmière générale, il nous revient de participer au pilotage de ce changement. Nos espoirs reposent sur la mise en oeuvre de procédures plus performantes en terme de gestion des ressources humaines, de communication, de dynamisation et de valorisation des professionnels.

Notre but est d'oser introduire le plaisir dans le travail, de créer des relations de confiance entre les acteurs hospitaliers mais aussi, entre chaque professionnel et les patients.

Ainsi, nous participerons à relever le défi de la qualité totale qui s'impose à l'hôpital de l'an deux mille.

BIBLIOGRAPHIE

1 - OUVRAGES

BONNATI, J.M., VINCENT, G, Les ressources humaines à l'hôpital un patrimoine à valoriser, Paris, Berger Levrault, 1998, 325 p.

CROZIER, M.; FRIEDBERG, E., L'acteur et le système, Paris Seuil, 1997, 500 p.

FAUCHER, R., Un nouveau modèle explicatif de l'absentéisme basé sur une approche globale et intégrée, Montréal, Université du Québec, 1990.

GONNET, P., L'hôpital en question, Paris, Lamarre, 1992, 359 p.

GUILLEVIE, C., Psychologie du travail, Paris, Nathan Université, 1991, 255 p.

HAEUSLER, L., ROY, C., Remontée du bilan social des établissements publics de Santé 1997, Paris, Ministère du travail et des affaires sociales, 1999.

HERZBERG, F., Le travail et la nature de l'homme, Paris, Entreprises modernes d'édition, 1971, 214 p.

LERT, F., MARTIN, J.C., Travailler auprès des personnes âgées dans les hôpitaux publics, INSERM, Septembre 1995.

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

SAVALL, H., ZARDET, V., Maîtriser les coûts et les performances cachées, Paris, Economica, 1995, 388 p.

2 - RAPPORT

TAVERNIER N., MATHE M.C., BARATAY P., GUERIN T., La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics, Rapport d'étude, janvier 1994.

3 - MEMOIRES

BEAUSSIER M.C., Le rôle de l'infirmière générale dans la prévention de l'absentéisme, Mémoire infirmiers généraux, ENSP, Rennes, 1995.

GALLOIS J., Quelques recommandations pour réduire l'absentéisme infirmier au CHS de Chalins sur Marne, Mémoire infirmiers généraux, ENSP, Rennes, 1990.

GREGULSKI N., Identifier, reconnaître et prendre soin de la souffrance des soignants en gériatrie, Mémoire de formation inter disciplinaire de gérontologie de l'Université de Bourgogne, Dijon, 1997.

SALIGNAT J.C., La satisfaction au travail, une réponse à l'absentéisme, Mémoire infirmiers généraux, ENSP, Rennes, 1995.

4 - ARTICLES

LEPRAT B., "La mobilité interne manque de souffle", in Gazette des communes, des départements, des régions, N° 34, Septembre 1998.

MACH J., RAE A.C., "Etude sur les conditions de travail du personnel soignant", in Recherche en Soins Infirmiers, N° 41, juin 1995.

MALEY E., FLOUR P., "L'organisation contre l'absentéisme", in Stratégie santé, N° 67, janvier 1995.

MOLLIER A., GUCHER C., "Les enjeux du projet de vie en établissement", in Gestions hospitalières, N° 384, mars 1999.

5 - TEXTES LEGISLATIFS

Décret N° 75.245 du 11 avril 1975, relatif au statut de l'infirmier général.

Décret N° 89.758 du 18 octobre 1989, portant statut particulier des infirmiers généraux de la Fonction Publique Hospitalière.

Circulaire N° 401 du 2 octobre 1990, relative à l'application du décret N° 89.758.

Arrêté du 26 avril 1999, fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5.1 de la loi N° 75.535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales.

ANNEXE I



Le Questionnaire

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES AIDES SOIGNANTS

(cochez la case correspondante à votre réponse)

I - QUI ETES-VOUS

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- Moins de 25 ans
- De 25 à 34 ans
- De 35 à 44 ans
- De 45 à 54 ans
- De 55 ans et plus

Sexe

- M
- F

Combien avez-vous d'enfants à charge ?

- Aucun enfant à charge
- 1 enfant à charge
- 2 enfants à charge
- 3 enfants à charge
- Plus de 3 enfants à charge

Combien de temps mettez-vous pour vous rendre de votre domicile à votre lieu de travail ?

- Moins d'une demi-heure
- Entre une demi-heure et une heure
- Plus d'une heure

Dans quelle situation statutaire êtes-vous ?

- C.D.D. (contrat à durée déterminé)
- C.D.I. (contrat à durée indéterminé)
- Titulaire
- Stagiaire

Depuis combien de temps exercez-vous ?

- De 1 à 4 ans
- De 5 à 9 ans
- Depuis 10 ans et plus

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

- Moins d'un an
- De 1 à 4 ans
- De 5 à 9 ans
- Depuis 10 ans et plus

II - VOS RELATIONS DE TRAVAIL

Dans votre service les échanges interprofessionnels sont-ils dans l'ensemble

- Permanents
- Fréquents
- Peu fréquents
- Inexistants

III - RECONNAISSANCE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

Vous sentez-vous valorisé de travailler dans ce service ?

- OUI
- NON

Avez-vous choisi d'y travailler ?

- OUI
- NON mais cela m'est indifférent
- NON et je veux changer

Votre travail fait il l'objet de félicitations, d'encouragement ?

- OUI
- NON
- PARFOIS

Avez vous confiance en votre surveillante ?

- OUI
- NON

Les évaluations sont elles pour vous ?

- Source d'évolution
- Un passage obligé

Participez-vous aux prises de décisions en ce qui concerne l'organisation des soins ?

OUI

NON

Suivez-vous des cycles de formation ?

OUI

NON

Estimez-vous vos chances de promotion ?

Impossibles

Possibles

Probables

IV - VOS CONDITIONS D'EXERCICE

Vous travaillez à :

- Temps plein
- Temps partiel

Si vous travaillez à temps plein, souhaiteriez-vous occuper un poste à temps partiel ?

- Oui, mais des raisons personnelles m'en empêchent
- Oui, mais l'hôpital refuse
- Non pour l'instant
- Non cela ne m'intéresse pas

Si l'on vous proposait de travailler avec des horaires variables à négocier avec vos collègues accepteriez-vous ?

- OUI
- NON POUR L'INSTANT
- NON

Pensez-vous nécessaire de modifier les horaires de travail actuels ?

- OUI
- NON

Etes-vous souvent amené à changer vos horaires de travail pour des impératifs de services ?

- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Avez-vous des satisfactions dans votre travail ?

OUI

PARFOIS

JAMAIS

Si " OUI " lesquelles ?

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

Echanger des jours de repos ou de travail avec vos collègues est-il ?

Facile

Difficile

Dans le cas où il vous est difficile de changer cela est dû

A l'organisation du service

A vos collègues

A vous même

A la surveillante

Travaillez-vous dans des locaux de structure

Fonctionnelle et accueillante

Fonctionnelle mais non accueillante

Accueillante mais non fonctionnelle

Ni accueillante, ni fonctionnelle

Votre service est-il éloigné des autres services de l'hôpital ?

OUI

NON

Si " OUI " cette situation est-elle

Satisfaisante

Insatisfaisante

Pourquoi ?

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

Votre travail présente-t-il les inconvénients suivants ?

- Le bruit
- L'éclairage artificiel
- Les odeurs
- Des postures pénibles
- De longues déambulations à pied
- Des stations debout prolongées
- Des manutentions de charges lourdes
- Des horaires irréguliers
- Des horaires décalés :jours /nuits:

Autres Lesquels ?.....

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

- Modérée supportable Importante Difficilement supportable

Pouvez-vous parler de cette difficulté

- OUI NON

Si " OUI " à qui ?

- Ensemble de l'équipe
- Quelques collègues
- Surveillante (es)
- Médecin

Comme tous les salariés, vous êtes parfois en arrêt de travail. Est ce pour des raisons personnelles ou professionnelles ? Pouvez vous le préciser? Est ce en lien avec des insatisfactions éventuellement évoquées ci dessus ?

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

V - L'ORGANISATION DU SERVICE

Y a t'il un projet de soins ou de vie pour les personnes soignées dans votre service ?

- OUI NON

Si " OUI " à il été élaboré par :

- L'équipe
- Quelques membres de l'équipe
- La surveillante
- Le médecin

Dans l'exercice de votre fonction faites-vous référence à cette conception des soins ?

- OUI NON

Vous arrive t il de ne pas pouvoir répondre à la charge de travail ?

- OUI NON

Avez-vous l'impression que votre travail évolue compte tenu des besoins de la personne soignée ?

- OUI NON

Si " OUI " en quoi ?

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