



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2008 - 2010**

Date du Jury : **Novembre 2009**

Absentéisme : de la nécessité de lutter contre un tabou hospitalier

*La réduction de l'absentéisme de courte durée du
personnel non médical à l'hôpital Necker – Enfants
Malades (AP-HP)*

Michaël BATTESTI

Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'aide et les conseils de l'ensemble de l'équipe de direction de l'établissement et le personnel de la direction des ressources humaines.

Je tiens tout particulièrement à remercier M. Sébastien LELOUP, directeur des ressources humaines de l'hôpital Necker – Enfants Malades (AP-HP), qui m'a soumis l'idée de réaliser un mémoire sur ce thème très intéressant et qui par ses conseils m'a permis de structurer ce travail.

Je souhaite également exprimer mes remerciements à Mme Françoise BONAUD, conseillère en ressources humaines à l'hôpital Necker – Enfants Malades (AP-HP), avec qui j'ai pu travailler à la mise en œuvre du plan de réduction de l'absentéisme de courte durée.

Sommaire

Introduction : L'absentéisme hospitalier, un tabou devenu trop pesant.....p.3

- *Un contexte propice à la lutte contre l'absentéisme*.....p.3
- *Une définition mouvante pour un phénomène non prévu par le statut de la fonction publique*.....p.5
- *L'absentéisme de courte durée, le cœur du problème*.....p.6
- *Un sujet longtemps resté tabou mais faisant localement l'objet d'une nouvelle volonté*...p.7

Partie 1 : La complexité du phénomène de l'absentéisme ne serait constituer un frein à une politique volontariste devenue indispensable en raison d'un coût apparaissant comme insoutenable.....p.9

1.1) Une quantification permettant de cibler les « catégories à risques ».....p.9

- *Un comportement stable dans le temps mais restant important*.....p.9
- *Un phénomène en « U » invalidant partiellement la thèse du vieillissement de la population hospitalière*.....p.14
- *Un impact logique de la catégorie socioprofessionnelle et du type d'activités*.....p.16
- *Une comparaison locale ne démontrant pas d'effet-taille ou de particularité d'une activité pédiatrique sur l'absentéisme*.....p.19

1.2) Une analyse systémique dévoilant les multiples causes de l'absentéisme.....p.21

- *Une habitude de culpabilisation liée à une explication longtemps basée exclusivement sur un comportement individuel*.....p.22
- *Une conséquence de la trop lente acculturation de l'hôpital aux nouvelles techniques de gestion des ressources humaines*.....p.23
- *Un impact environnemental en faisant un véritable problème de santé publique*.....p.25

- 1.3) Les coûts, directs et indirects, de l'absentéisme rendent nécessaires un plan d'action visant sa réduction.....p.27
- *L'absence constitue un coût direct, non pris en charge par l'Assurance maladie, pour l'hôpital.....p.27*
 - *L'obligation de continuité du service public hospitalier engendre des coûts financiers supplémentaires pour pallier l'absence.....p.28*
 - *L'existence à terme d'un coût social élevé.....p.29*
 - *Une conséquence sur l'image de l'établissement et la qualité des soins prodigués.....p.29*

Partie 2 : Les moyens de lutte contre l'absentéisme existent même s'ils doivent prendre en compte son aspect protéiforme.....p.32

- 2.1) Un phénomène aux causes structurelles imposant une action globale de l'établissement.....p.32
- *Une implication forte de la direction entre répression et incitation.....p.32*
 - *Une organisation des soins plus rassurante pour le personnel.....p.35*
- 2.2) Une attitude individuelle nécessitant un accompagnement personnalisé.....p.38
- *Une gestion des ressources humaines plus individualisée.....p.38*
 - *Une prévention des risques physiques et psychologiques auxquels les agents sont exposés.....p.40*
- 2.3) Malgré des difficultés classiques, l'hôpital Necker s'est doté des moyens pour réussir sa politique de réduction de l'absentéisme de courte durée.....p.44
- *Expérimentation et persuasion, la stratégie originale de l'hôpital Neckerp.44*
 - *Des difficultés classiques mais pas insurmontables.....p.47*

Conclusion : La fin d'un tabou, au moins pour le PNM.....p.51

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARACT : agence régionale d'amélioration des conditions de travail
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
AS : aide soignant
ASH : agent des services hospitaliers
AT-MP : accident du travail – maladie professionnelle
CHU : centre hospitalier universitaire
CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLACT : contrat local d'amélioration des conditions de travail
CLASS : contrat local d'amélioration de la santé et de la sécurité au travail
CLD : congé de longue durée
CLM : congé longue maladie
CMO : congé maladie ordinaire
DRH : direction des ressources humaines
DU : document unique des risques professionnels
ETP : équivalent temps plein
FPH : fonction publique hospitalière
GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
IDE : infirmier diplômé d'Etat
PA : personnel administratif
PAPRIPACT : programme annuel de prévention des risques professionnel et d'amélioration des conditions de travail
PM : personnel médical
PNM : personnel non médical
PTO : personnel technique et ouvrier
PS : personnel soignant
PSE : personnel socio-éducatif
TMS : troubles musculo-squelettiques

Introduction :

L'absentéisme hospitalier, un tabou devenu trop pesant.

Ambrose BIERCE, écrivain et journaliste américain du 19^{ème} siècle (1842-1914), dans son ouvrage humoristique intitulé Le dictionnaire du diable, écrit « Absent : particulièrement exposé au dénigrement, calomnié, définitivement dans son tort, oublié de la considération et de l'affection de chacun ». Dans le monde du travail comme ailleurs, l'absent a toujours tort et est conpûé. Pourtant, s'il est un problème à ne pas aborder sous peine d'opprobre, il s'agit bien de celui de l'absentéisme. Mais, ce temps semble révolu dans le monde hospitalier.

- Un contexte propice à la lutte contre l'absentéisme.

Le thème de l'absentéisme fut pris à bras le corps lors du passage du monde hospitalier à la réduction du temps de travail. La mise en place des 35 heures a pu perturber les modes d'organisation des services. Dans un contexte financier tendu, cette réduction du temps de travail devait être réalisée en limitant au maximum l'embauche de nouveaux personnels. L'amélioration des pratiques organisationnelles a été une des actions essentielles, comme l'atteste la création de la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH). Parmi ces pratiques organisationnelles, la gestion des plannings et la réduction de l'absentéisme du personnel non médical (PNM) furent bien entendu largement abordées. La question de l'absentéisme du PM s'est moins posée étant donné que les médecins bénéficient d'une organisation plus souple de leur temps de travail. Mais, après cette vague lors du passage aux 35 heures, ce thème s'est quelque peu essoufflé.

Aujourd'hui, le contexte est à nouveau propice à l'exploration de cette thématique pour trois raisons. Tout d'abord, même si l'absentéisme touche l'ensemble des secteurs d'activité, les établissements hospitaliers sont plus particulièrement visés et cette tendance s'accroît ces dernières années. Ainsi, la Cour des comptes a consacré en 2006 un rapport au pilotage de la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé¹. Une des conclusions de ce rapport est que la lutte contre l'absentéisme est insuffisante alors que selon les calculs de la Cour des comptes l'absentéisme du personnel hospitalier s'élevait alors à 25,4 jours par personne et par an. Cette analyse confirme une

¹ Cour des comptes, rapport public thématique, mai 2006, Les personnels des établissements publics de santé.

recrudescence de l'absentéisme ces dernières années. Trois périodes sont pointées par Jean-Paul DUMOND, enseignant-chercheur à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)². La fin des années 1980 ont vu une diminution de l'absentéisme qui s'est ensuite stabilisé au cours des années 1990, et une progression, d'abord lente et aujourd'hui s'accéléralant, depuis 1999.

De plus, les déficits budgétaires des hôpitaux, et plus largement de l'assurance-maladie, ainsi que le passage à la tarification à l'activité ont constitué une incitation à chercher des sources d'économies potentielles. Pour la CNAMTS, les indemnités journalières liées à l'absentéisme constituent un coût s'élevant à plus de 5 milliards d'euros en 2006. Ayant constaté dans une étude de novembre 2007 que la variabilité des indemnités journalières était très forte, allant parfois de 1 à 4 selon la zone géographique³, la CNAMTS a décidé de mettre en place des actions visant à réduire ce poste budgétaire, notamment à travers le travail du service médical de l'assurance-maladie assurant des contrôles d'arrêts de travail, voire la mise sous accord préalable de certains médecins prescrivant plus d'arrêts que la moyenne. Ces actions résultent de la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance-maladie.

Les hôpitaux supportant, comme nous allons le voir ensuite, le coût des arrêts de travail en l'absence de prise en charge par l'assurance maladie, l'incitation budgétaire est la même. Cette incitation est encore décuplée par le passage à la tarification à l'activité entraînant la mise en place d'un contrôle de gestion affichant le coût réel de l'absentéisme dans les services. A l'époque de la dotation globale, une solution à l'absentéisme pouvait être aisément trouvée en fermant des lits d'hospitalisation. Avec la tarification à l'activité, une telle solution conduit à une perte de recettes et ne serait pas envisageable, en plus de n'être pas opportune en terme de santé publique.

Enfin, avec l'adoption du plan santé au travail 2005-2009, l'absentéisme a été reconnu comme un véritable problème de santé publique contre lequel il fallait agir. Cette action est pilotée par l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET). Quatre objectifs découlent de ce plan : accroître les connaissances sur les risques professionnels, renforcer l'effectivité du contrôle, réformer les instances de pilotage de cette politique, encourager les entreprises à agir en ce domaine. La démarche consiste à reconnaître que l'absentéisme peut résulter des conditions de travail et qu'il faut mettre des plans correctifs en place.

² Travail et changement n°300, janvier-février 2005 (magazine bimestriel de l'ANACT).

³ CNAMTS, Points de repère n°11 « Indemnités journalières », novembre 2007.

- **Une définition mouvante pour un phénomène non prévu par le statut de la fonction publique.**

Même si le contexte actuel est propice à une action afin de réduire l'absentéisme dans les établissements de santé, toute action doit au préalable définir sa cible. Ainsi, il nous est nécessaire de tenter de discerner plus précisément le phénomène de l'absentéisme. Or, cette démarche est particulièrement ardue en raison d'un statut de la fonction publique basé davantage sur la notion d'absence et non d'absentéisme. Cette difficulté épistémologique peut aboutir à des divergences de mesure selon la définition retenue et donc à l'impossibilité d'effectuer une comparaison inter-établissements.

L'absentéisme n'est pas un phénomène appréhendé par le statut de la fonction publique. Ce dernier repose au contraire sur le présentéisme à travers la notion de service fait qui justifie la rémunération de l'agent public⁴. Il est toutefois à noter que présence ne signifie pas présence active ou de qualité de l'agent. Le service peut ne pas être fait que dans des cas d'absence justifiées limitativement énoncées, par exemple les congés annuels, les repos compensateurs, le congé de maladie ordinaire, le congé de longue maladie ou encore le congé maternité⁵.

L'absentéisme ne pourrait alors être comprise que comme l'absence injustifiée, c'est-à-dire ne remplissant pas les règles de régularité comme l'envoi d'un certificat médical sous 48 heures à la direction des ressources humaines de l'établissement⁶. Une telle définition serait bien entendu trop restrictive et ne refléterait pas toute l'ampleur du phénomène. C'est pourquoi, il convient de distinguer l'absence (comportement justifié socialement) et l'absentéisme (pouvant avoir une connotation plus péjorative de part un comportement opportuniste d'où l'expression « absentéisme de confort ») en ayant recours à la notion de fréquence. L'absentéisme est ainsi l'absence pouvant être justifiée réglementairement mais ayant une fréquence faisant douter du bien fondé réel de ce motif.

La définition la plus fréquemment admise est celle de H. LETEURTRE dans son Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier de 1991 dans lequel il considère que

⁴ Statut général de la fonction publique : « Les fonctionnaires ont droit, après service fait, à une rémunération » in *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*.

⁵ Voir Annexe 1.

⁶ Statut général de la fonction publique : « Lorsque des agents s'absentent ou prolongent leur absence sans autorisation, ils sont immédiatement placés dans la position de congé sans traitement, à moins de justification présentée dans les 48 heures et reconnue valable par l'administration » in *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*.

l'absentéisme recouvre « les absences pouvant, sans que la certitude ne soit jamais faite, révéler un comportement de fuite devant le travail résultant, soit d'un rejet de celui-ci (cause objective liée au travail ou à son organisation), soit d'un arbitrage entre obligations ressenties de sens contraire (exigence morale d'aller au travail ou exigence morale affective de garder son enfant malade) ou encore de désirs de sens contraires (désir de retrouver le groupe et désir de se retrouver dans un univers autre que celui du travail ».

Même si cette définition est plus proche de la réalité, elle reste insuffisante car trop moralisatrice et trop subjective pour servir de base à une quantification et à une comparaison. Aussi, afin de lutter contre l'absentéisme, il est nécessaire par défaut de suivre les indicateurs liés aux absences justifiées dans leur ensemble.

- **L'absentéisme de courte durée, le cœur du problème.**

L'établissement souhaitant réduire l'absentéisme du personnel non médical suivra donc les indicateurs retraçant les absences pour tous motifs et toutes durées. Or, il existe logiquement une part d'absence incompressible car ne relevant pas de l'absentéisme. Il en est ainsi des absences pour congés annuels, pour formation, pour activité syndicale, pour maladies professionnelles ou encore d'une grande partie des absences pour maladie ordinaire. En effet, la CNAMTS estime que 94% des absences pour maladie ordinaire sont médicalement justifiées et donc incompressibles à moins de développer certaines actions de prévention.

Pour réduire l'absentéisme, il faut tenter de lutter contre les absences compressibles. De plus, un calcul coûts / avantages doit déterminer le type d'absentéisme devant être la cible de la direction des ressources humaines. Cela a conduit l'hôpital Necker – Enfants Malades, comme la plupart des établissements de santé, à se focaliser sur l'absentéisme de courte durée en raison des coûts importants qu'il engendre. Il convient alors de distinguer les absences de longue durée (congé de longue maladie par exemple) reflétant un grave problème de santé, des absences de courte durée pouvant en partie résulter d'une faillite d'intégration à l'établissement.

Mais, toujours dans cette logique coûts / avantages, avant de définir un plan d'action et de le mettre en œuvre, il est nécessaire d'établir un diagnostic préalable, notamment en se comparant à d'autres établissements. Or, la définition floue de l'absentéisme devient encore moins limpide lorsque l'on réduit ce phénomène à l'absentéisme de courte durée. Les modes de calcul varient énormément selon les établissements ce qui limite, voire empêche, toute comparaison. De cette façon, le Conseil supérieur de la fonction publique

hospitalière considère que l'absentéisme de courte durée est celui inférieur ou égal à 3 jours, tandis que l'AP-HP se base sur les absences de moins de 6 jours. Il s'agit de cette dernière définition dont nous allons nous servir, ce travail entrant dans le contexte d'un établissement de l'AP-HP. Le choix de 6 jours provient du fait que les absences de moins de 6 jours ne sont en général pas remplacées et désorganisent les services, alors qu'au-delà de 6 jours, une alternative est trouvée. Pourtant, comme l'a relevé la DRH de l'hôpital Vaugirard, dans son établissement, 50% des absences sont inférieures à 3 jours. De même, certains établissements pondèrent par 5/7^{ème} le nombre de journées d'absence dans l'année selon la méthode demandée pour la remontée des données sociales au ministère de la santé.

Pour résumer, la cible de ce travail sur l'absentéisme de courte durée du personnel non médical inclut les congés pour maladie ordinaire et les absences pour enfants malades. De plus, ne sont prises en compte que les absences inférieures à 6 jours.

- **Un sujet longtemps tabou mais faisant localement l'objet d'une nouvelle volonté.**

Nous avons vu que le contexte actuel est propice à la lutte contre l'absentéisme de courte durée. Pourtant, ceci implique un changement de mentalités. En effet, l'absentéisme de courte durée est longtemps resté un tabou pour trois raisons principales. Tout d'abord, s'accommoder de ce phénomène a pu être un moyen pour les directions « d'acheter » en un sens la paix sociale. Pourtant, un taux d'absentéisme élevé est l'indicateur d'un mauvais climat social. Cette posture a pu être d'autant plus répandue que l'un des critères d'évaluation, avec l'équilibre financier, des directions par les agences régionales d'hospitalisation est l'absence de conflits sociaux dans l'établissement. Ensuite, cette problématique fut enterrée en raison de l'animosité des partenaires sociaux pour qui la lutte contre l'absentéisme par les directions est associée à l'amalgame entre absence et paresse. Enfin, jusqu'à ces dernières années, la société se définissant largement par la valeur travail, l'absentéisme constituait un non-dit invouable. Pour toutes ces raisons, et sans doute d'autres, la lutte contre l'absentéisme n'a pas fait l'objet d'une action globale en dehors d'initiatives qui ont pu être mises en place dans certains établissements davantage sensibilisés à cette problématique.

Malgré ces obstacles culturels, une volonté forte pour travailler sur ce thème a émergé ces dernières années au sein de l'AP-HP et plus spécifiquement à l'hôpital Necker – Enfants Malades. Le projet social et professionnel 2005-2009 de l'AP-HP prend acte de ce revirement de paradigme et affiche un objectif ambitieux de réduction de 5% de

l'absentéisme du PNM dans l'institution. Pour animer cette démarche, un groupe de travail est constitué au niveau du siège de l'AP-HP. Celui-ci réunit la direction des ressources humaines de l'AP-HP, les conseillers en ressources humaines des établissements et les partenaires sociaux. Cela représente l'occasion d'établir un diagnostic commun et d'effectuer des retours sur expérience afin d'aboutir à un véritable benchmarking.

Mais au sein de l'AP-HP, cette thématique a pu intéresser plus particulièrement certains établissements en raison de leur taux d'absentéisme de courte durée ou de la sensibilisation de leur direction à ce problème. Il s'agit, notamment, de l'hôpital Vaugirard, de l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) et de l'hôpital Necker – Enfants Malades. Cette préoccupation s'est traduite dans ces deux derniers établissements par la constitution d'un groupe de travail et d'audit avec l'agence régionale d'amélioration des conditions de travail (ARACT) d'Ile-de-France.

Le changement d'attitude face à l'absentéisme de courte durée nous conduit à la thèse selon laquelle l'absentéisme du personnel non médical a longtemps représenté un tabou qu'il convient aujourd'hui de combattre en raison de son accroissement et de ses conséquences néfastes. Etant un phénomène protéiforme, la lutte contre l'absentéisme nécessite une action plurielle qui ne rend pas pour autant sa réduction impossible si elle s'accompagne des conditions de réussite appropriées.

Cette position se base sur trois hypothèses centrales dont l'objet de ce travail est de démontrer la pertinence. Tout d'abord, l'absentéisme est une réalité facilement quantifiable, même de façon très affinée (âge, sexe, profession, service,...), et dont l'explication qualitative est appréhendable, même si celle-ci reste multiple (organisation, psychosocial,...). Ensuite, l'absentéisme a des conséquences aujourd'hui néfastes pour l'hôpital ayant entraîné le passage du paradigme de la paix sociale (sujet tabou) à la nécessité de le réduire (coût financier, coût en ressources humaines, coût organisationnel et coût en terme de qualité des soins). Ces deux hypothèses seront testées dans la première partie. Enfin, dans une seconde partie, nous verrons qu'une politique de réduction de l'absentéisme doit forcément être plurielle (axe management, axe ressources humaines, axe psychosocial,...) et expérimentale (démarche particulière de l'hôpital Necker dans ce domaine) mais n'est pas impossible.

PARTIE 1 : La complexité du phénomène de l'absentéisme ne serait constituer un frein à une politique volontariste devenue indispensable en raison d'un coût apparaissant comme insoutenable.

Nous avons vu que longtemps la problématique de l'absentéisme est restée tabou afin de faciliter les relations sociales au sein des établissements de santé. Souvent, ce renoncement fut présenté comme n'en étant pas un mais simplement le constat de l'impossibilité de lutter contre l'absentéisme. Ce dernier constituant un phénomène aux causes protéiformes, il devient difficile d'établir un plan d'action visant sa réduction ou d'évaluer la performance d'éventuelles actions correctrices.

Pourtant, cet état de fait n'interdit en aucun cas de développer une action volontariste en matière d'absentéisme de courte durée. Une analyse quantitative permet d'établir les catégories de personnel les plus touchées par l'absentéisme de courte durée. En croisant cette information à une analyse qualitative des causes de l'absentéisme, l'élaboration d'un plan d'actions reste concevable. Bien plus, au regard des coûts directs et indirects de l'absentéisme, ce plan d'actions devient indispensable.

1.1) Une quantification permettant de cibler les « catégories à risques ».

Bien que touchant potentiellement l'ensemble du personnel, des critères discriminants permettent d'établir, à l'aide d'une analyse purement quantitative, un profil des personnels les plus sujets à l'absentéisme de courte durée. Si ce profilage valide certaines intuitions, comme la plus grande vulnérabilité des personnels soignants, d'autres sont écornées, notamment celle selon laquelle l'absentéisme est un phénomène s'accroissant avec l'âge.

- **Un comportement stable dans le temps mais restant important.**

Avant d'étudier l'absentéisme de courte durée des agents, il convient de présenter les grandes données du personnel de l'hôpital Necker – Enfants Malades. Concernant le

personnel non médical qui nous intéresse plus particulièrement, cet établissement compte plus de 2800 agents selon les données fournies par le bilan social 2008⁷.

Comme nous le verrons plus loin, la catégorie socioprofessionnelle de l'agent constitue une donnée intéressante pour expliquer l'absentéisme. Aussi, il est à noter que l'hôpital Necker – Enfants Malades comprend logiquement 71% de personnel soignant, auquel il convient de rapprocher les 9% de personnel médico-technique, tandis que le personnel administratif représente 13% de l'ensemble, suivi par le personnel technique (5%) et enfin le personnel socio-éducatif (2%). De même, la répartition par catégories hiérarchiques est une donnée nécessaire à connaître. Sur ce point, les personnels de catégorie A sont les plus faibles en effectif, suivis par les agents de catégorie C. Effectivement, les agents de catégorie B sont les plus nombreux parmi le personnel non médical car cet ensemble inclut les infirmières.

<i>Effectif PNM</i>	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Total	%
Personnel administratif	26,8	175,1	174,75	376,65	13
Personnel hospitalier	307,6	886,48	832,6	2026,38	71
Personnel socio-éducatif	3	40,5	0	43,5	2
Personnel médico-technique	18	247,8	4,9	270,7	9
Personnel technique	32,9	28	90,8	151,7	5
Total	388,3	1377,88	1102,75	2868,93	100

Source : Bilan social 2008.

De même, l'évolution de l'effectif global de l'établissement est à surveiller car les réductions d'effectifs sont souvent mises en avant par les partenaires sociaux afin d'expliquer un absentéisme dû à des charges de travail trop importantes. Mais, nous pouvons constater que si l'effectif global diminue, il reste à un niveau quasiment identique sur les cinq dernières années et surtout est plus important qu'en 2006 et 2007. L'évolution plus précisément du personnel soignant suit cette même tendance.

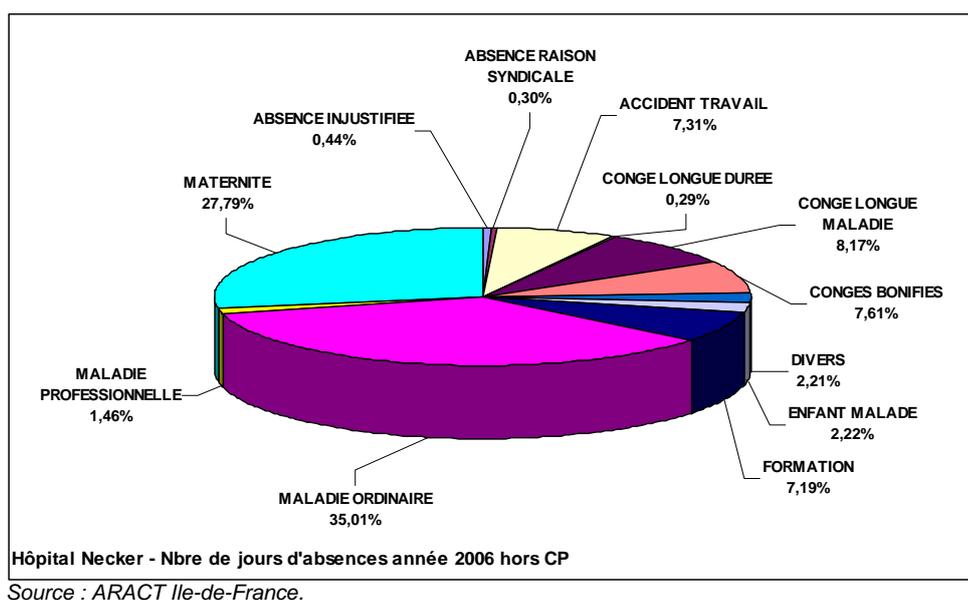
	2004	2005	2006	2007	2008	2004 / 2008
Total PNM	2938,71	2896,94	2853,18	2839,2	2868,93	97,63%
Total PS	2071,05	2043,2	1997,64	1983,15	2026,38	97,84%

Source : Bilan social 2008.

⁷ Le bilan social a été rendu obligatoire par le décret du 7 octobre 1988 pour les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986

Une fois les grands agrégats du personnel rappelés, nous pouvons étudier les causes essentielles des absences à l'hôpital Necker- Enfants Malades. Le mode de calcul de l'absentéisme global est le suivant : nombre de jours d'absence / jours théoriques travaillés. Le taux global de l'établissement est de 11,71%. Mais, les congés annuels sont prévisibles et doivent être mis à part. Après avoir exclus les congés annuels, le taux d'absentéisme dans l'établissement s'élève à 6,46% pour tous les motifs d'absence. Si l'on ne considère que la maladie et les accidents du travail⁸, ce taux reste à 5,85% contre une moyenne de 4,5% en France. Il existe bien un « sur absentéisme » à l'hôpital Necker – Enfants Malades

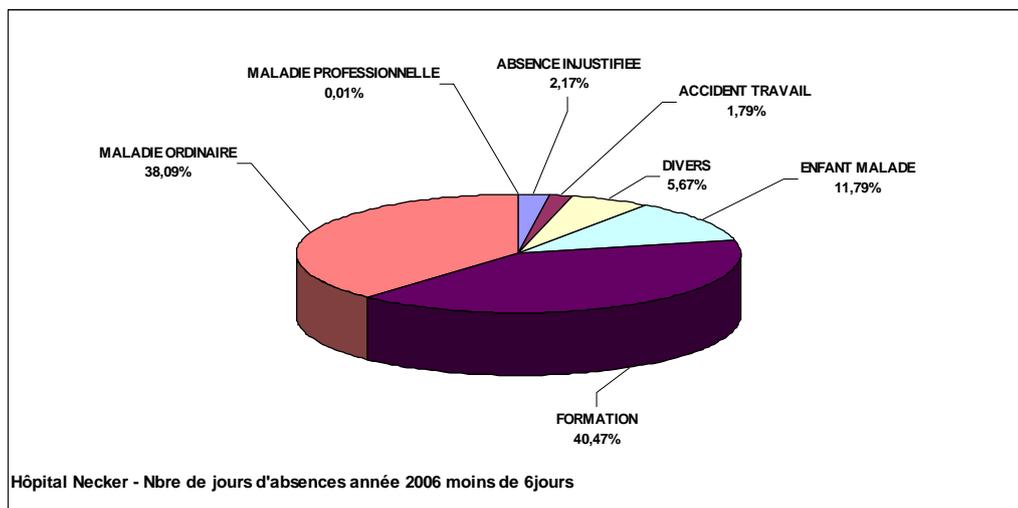
Si nous revenons à l'ensemble des motifs d'absence, hors congés annuels, nous constatons que la maladie ordinaire⁹ est la cause de plus d'un tiers des absences, suivi avec 27,79% par le congé maternité compte tenu de la forte féminisation des professions de santé. Nous pouvons constater que les absences de longue durée sont peu nombreuses : 0,29% de CLD, 8,17% de CLM, 1,46% de maladies professionnelles et 7,31% d'accidents du travail. L'essentiel des absences sont donc bien des absences de courte durée.



⁸ Il s'agit de l'indicateur le plus communément utilisé dans les entreprises pour comparer des niveaux d'absentéisme.

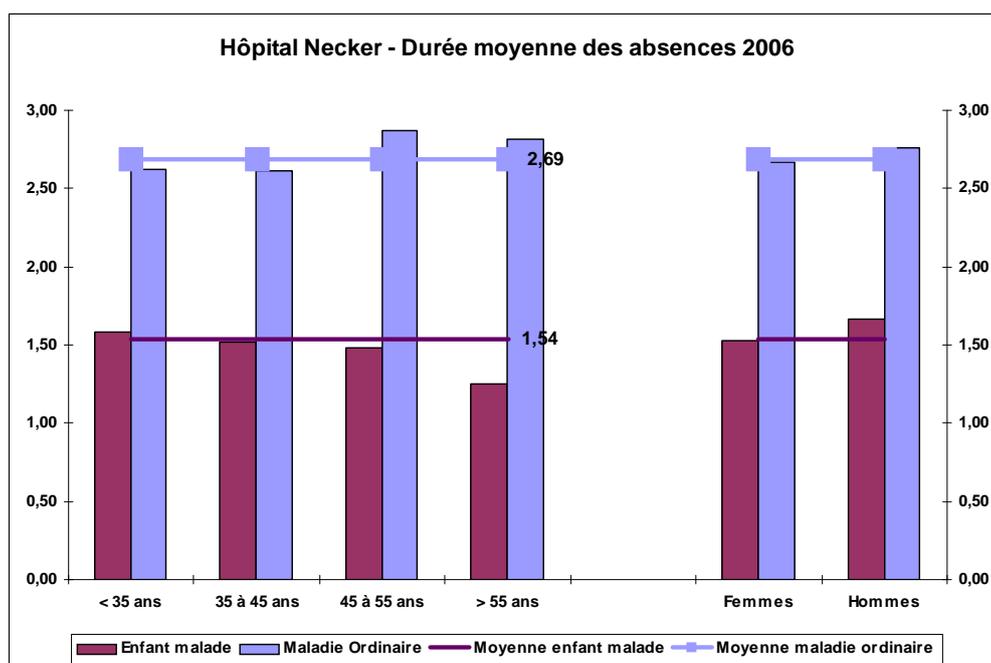
⁹ Le fonctionnaire placé en CMO reste en position d'activité. (...) Il percevra l'intégralité de son traitement statutaire pendant 3 mois, puis un demi-traitement pendant 9 mois. (...) Il percevra également l'intégralité du supplément familial et de l'indemnité de résidence pendant toute la durée du congé. (...) Si l'agent a déjà bénéficié au cours des 12 mois précédents ce jour d'arrêt, de 90 jours d'arrêts rémunérés à plein traitement, il sera rémunéré à plein traitement (système de l'année de référence).»

Néanmoins, il est impossible d'agir sur certaines d'entre elles. Il en est ainsi des congés formation ou des absences pour raison syndicale. C'est pourquoi, la suite de ce travail se focalisera essentiellement sur les absences pour maladie ordinaire et pour enfants malades qui constituent la moitié des absences de moins de 6 jours.



Source : ARACT Ile-de-France.

Ces deux catégories d'absence sont celles qui créent l'absentéisme de moins de 6 jours. Mais, en réalité, ces absences de moins de 6 jours sont beaucoup plus courtes comme nous pouvons le constater sur le graphique ci-dessous. Les absences pour maladie ordinaire sont en moyenne de 2,69 jours, alors que les absences pour enfants malades sont de 1,54 jours. Or, plus l'absence est courte et plus elle est désorganisante pour le service.



Source : ARACT Ile-de-France.

Après avoir réalisé ce premier constat sur l'absentéisme de courte durée, il est nécessaire de situer l'hôpital Necker – Enfants Malades par rapport aux données nationales et internes à l'AP-HP. En ce qui concerne l'AP-HP, l'établissement connaît un nombre de journées d'absence croissant ce qui reflète le même trend que l'institution dans son ensemble. Mais à l'inverse de la tendance parisienne, le nombre d'arrêts tend quant à lui à diminuer et le nombre des agents concernés à rester stable. Cette situation s'explique par un accroissement de la durée des absences. Ce constat peut refléter une diminution d'un absentéisme dit de confort et une augmentation des absences avec une raison médicale véridique.

Globalement, lorsque l'on regarde des indicateurs tels que le nombre de jours d'arrêts par agent absent, le nombre de jours d'arrêt par agent, le taux d'absence et le taux de fréquence, force est de constater que l'hôpital Necker – Enfants Malades est un établissement se situant bien par rapport au reste de l'AP-HP. Ce constat encourageant ne doit pas limiter l'incitation à lutter contre l'absentéisme étant donné qu'historiquement l'AP-HP a toujours connu un absentéisme plus important que les autres établissements de santé.

Maladie Ordinaire	Necker 2006	Necker 2007	Necker 2008	AP 2006	AP 2007	AP 2008
<i>Nombre de journées d'absence</i>	26109	26400	27256	689091	706273	759320
<i>Nombre d'arrêts</i>	2801	2785	2724	76817	78672	80464
<i>Nombre d'agents absents au moins une fois</i>	1361	1373	1386	34949	36706	36658
<i>Nombre de jours d'arrêts par agent absent</i>	19,2	19,2	19,7	19,7	19,2	20,7
<i>Nombre de jours d'arrêts par agent</i>	9,1	9,3	9,7	10	10,2	11
<i>Taux d'absence</i>	2,499	2,56	2,638	2,729	2,796	2,998
<i>Fréquence</i>	0,979	0,986	0,965	1,11	1,137	1,163

Source : Donnés DRH AP-HP.

En effet, lorsque nous comparons maintenant l'absentéisme de l'établissement aux données nationales issues des remontées des bilans sociaux à la direction de

l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), la situation ne semble pas si favorable. Compte tenu du temps de remontée, les seules données nationales disponibles à l'heure actuelle sont celles de 2006. Selon ces dernières, les absences pour motifs médicaux s'élèvent à 19,2 jours par agent et par an au niveau national. L'hôpital Necker – Enfants Malades est donc au-dessus de cette moyenne et loin derrière les établissements les plus performants.

- **Un phénomène en « U » invalidant partiellement la thèse du vieillissement de la population hospitalière.**

Une fois établi que l'absentéisme de courte durée est important à l'hôpital Necker – Enfants Malades, la suite de l'analyse quantitative doit s'attacher à effectuer un profilage des catégories d'agents les plus touchées. Un des critères discriminants avancé en priorité est celui de l'âge. Selon toute logique, l'absentéisme devrait croître avec l'âge de l'agent. Cette situation pourrait s'expliquer par l'usure physique et psychologique du travail ou, entre autres, l'absence de perspectives d'évolution de carrière lorsque l'on est arrivé au sommet de sa grille indiciaire. A l'inverse, un agent jeune devrait être rarement absent car nouveau dans le monde du travail et souhaitant évoluer dans la pyramide hiérarchique.

Mais, les études quantitatives nous démontrent que cette intuition n'est pas exactement vérifiée. En effet, les absences sont plus nombreuses pour le personnel de plus de 50 ans. L'accroissement général de l'absence du personnel hospitalier s'expliquant ainsi par le vieillissement des agents hospitaliers. Mais s'ils sont absents, les agents de plus de 50 ans ne tombent pas forcément dans la catégorie de l'absentéisme de courte durée. En effet, leurs absences sont fréquentes, mais essentiellement de longue durée en raison de leur état de santé plus fragile.

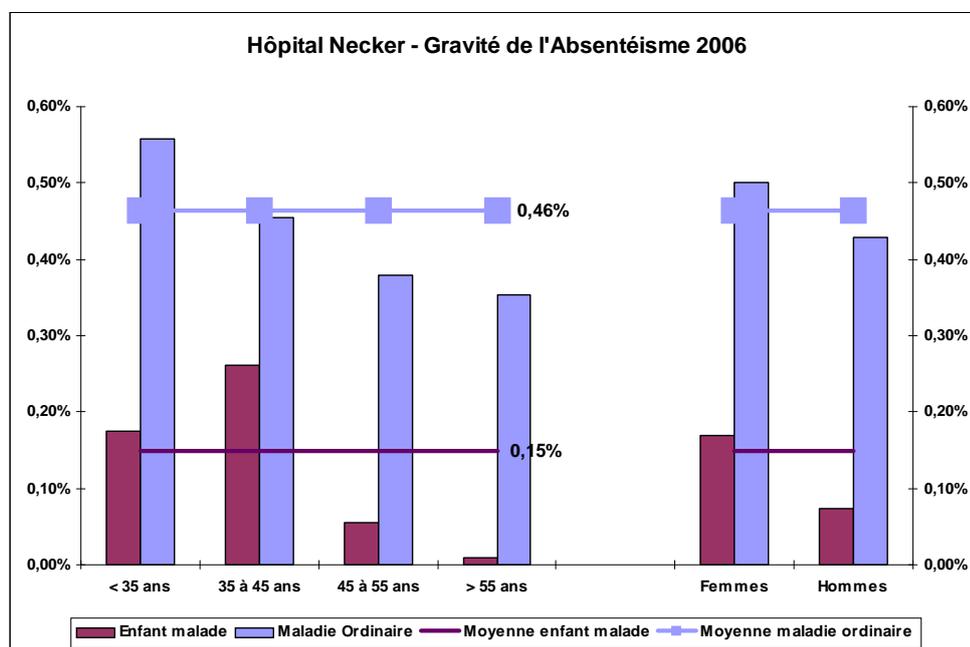
A l'inverse, l'absentéisme semble important chez les agents entre 25 et 35 ans. Cela peut s'expliquer par deux phénomènes. Tout d'abord, par la forte féminisation du personnel hospitalier qui dans cette tranche d'âge est potentiellement concerné par le congé maternité. Le critère discriminant du sexe est alors intéressant. Néanmoins, là encore, ce phénomène ne serait rentrer dans le champ de l'absentéisme de courte durée. En fait, l'absentéisme de courte durée pour cette tranche d'âge constitue davantage un phénomène de décompensation suite à la titularisation de l'agent. Ce dernier est soumis à un stress conséquent lors de sa période de stage, puis décompense de ce stress en ayant recours à l'absentéisme ensuite. De cette façon, le critère discriminant de

l'absentéisme ne serait peut-être pas celui de l'âge réel de l'agent mais plutôt de son ancienneté.

Un tel constat ne constitue pas forcément une bonne nouvelle pour l'établissement. En effet, la moyenne d'âge par catégorie de personnel tourne autour de 40 ans ce qui aurait pu être considéré comme un signe encourageant car l'hôpital n'aurait pas été dans l'immédiat touché par le vieillissement de la population hospitalière. Mais, si l'absentéisme dessine une courbe en U, il convient de s'inquiéter du nombre élevé de personnel de moins de 25 ans et surtout appartenant à la tranche d'âge de 26 à 40 ans.

	PA	PS	PSE	PMT	PTO	Total
Moins de 25 ans	8	338	4	25	4	379
26-40 ans	165	880	19	94	67	1225
41-55 ans	165	773	18	132	74	1162
Plus de 55 ans	49	105	6	32	7	199
Moyenne d'âge	43 ans	38 ans	41 ans	42 ans	41 ans	39 ans

Source : Bilan social 2008.



Source : ARACT Ile-de-France.

De plus, si le critère essentiel est bien celui de l'ancienneté dans l'établissement, l'hôpital Necker – Enfants Malades est susceptible d'être touché. Connaissant un turn over important, l'ancienneté est relativement faible dans cet établissement. Ainsi, 573 agents n'ont pas deux ans d'ancienneté et la plus grande partie du personnel en compte moins de 10.

<i>Ancienneté</i>	PA	PS	PSE	PMT	PO	Total
Moins de 2 ans	59	440	10	40	24	573
2-5 ans	77	424	12	59	36	608
5-10 ans	90	477	7	48	36	658
10-15 ans	43	153	8	24	15	243
15-20 ans	28	204	7	27	15	281
20-30 ans	46	270	1	46	18	381
Plus de 30 ans	44	128	2	39	8	221

Source : *Bilan social 2008*.

- **Un impact logique de la catégorie socioprofessionnelle et du type d'activités.**

A l'inverse du critère de l'âge, celui de la catégorie socioprofessionnelle est vérifié par l'étude quantitative. L'intuition voudrait que l'absentéisme soit lié avec l'intensité émotionnelle et physique du métier, ainsi qu'avec le niveau de reconnaissance symbolique ou matérielle.

Il apparaît réaliste de penser que les personnels soignants, confrontés à la souffrance et à des contraintes physiques importantes, soient plus concernés que les personnels techniques, qui ne sont pas au contact direct des patients, et encore plus que les personnels administratifs, n'ayant en général pas de contrainte physique à subir.

De même, nous pourrions attendre que les agents de catégorie C, ayant moins de rétributions symboliques et matérielles, soient plus absents que les agents de catégorie B et encore plus que les agents de catégorie A. En croisant les critères, le portrait socioprofessionnel de l'agent concerné par l'absence de courte durée serait celui de l'agent de catégorie C appartenant au personnel soignant, tandis que les agents administratifs de catégorie A seraient les moins absents.

Mais, l'appartenance à une même catégorie socioprofessionnelle ne veut pas dire que les agents soient égaux face à l'absentéisme. De fait, il existe une différence de pratique professionnelle entre une infirmière de nuit à temps plein et une infirmière de jour à temps partiel. De même, l'absentéisme peut varier selon que les horaires de l'agent sont fixes ou tournants. Enfin, la charge physique et mentale d'un agent n'est pas identique en service de chirurgie ou de maladies infectieuses qu'en maternité.

Les tableaux suivants démontrent la validité de ces hypothèses appliquées à l'hôpital Necker – Enfants Malades. En ce qui concerne l'appartenance à un certain corps de métier, il est à observer qu'effectivement le personnel soignant est le plus touché par les absences de courte durée retracées ici par les maladies ordinaires. Ce qui est plus surprenant est le fait que le personnel administratif semble connaître un absentéisme de courte durée plus important que le personnel médico-technique et que le personnel technique. Cela peut s'expliquer par une dotation en personnel important dans les services techniques et le plateau médico-technique, alors que le personnel administratif connaît des conditions de travail plus difficiles entraînant un turn over important dans certaines directions.

	Personnel administratif		Personnel soignant		Personnel médico-technique		Personnel technique		Total	
	Jours	Taux	Jours	Taux	Jours	Taux	Jours	Taux	Jours d'absence	Taux d'absence
Maladie ordinaire	3014	3,75	18968	4,29	1285	2,14	748	2,28	24016	3,9
Maternité et adoption	1116	1,39	11171	2,52	1167	1,94	44	0,13	13498	2,19
AT-MP	319	0,4	2864	0,65	339	0,56	163	0,5	3684	0,6
Autres	910	1,13	8068	1,82	750	1,25	647	1,97	10373	1,68
Total	5359	6,67	41071	9,28	3541	5,9	1602	4,88	51571	8,37

Source : Données DRH AP-HP.

A l'inverse, l'hypothèse d'une décroissance de l'absentéisme avec une élévation dans l'échelle hiérarchique se vérifie totalement à l'hôpital Necker – Enfants Malades. Les agents de catégories A ont en moyenne 10,93 jours d'absence par an et par agent contre 16,5 pour les personnels de catégorie B et 21,41 pour les agents de catégorie C. Ces données se vérifient au niveau national, les données sociales hospitalières 2006 indiquent que les agents de catégories A ont en moyenne 11 jours d'absence par an contre 22,9 jours pour les personnels de catégorie C. Finalement, il est intéressant de croiser ces deux données pour s'apercevoir que les personnels soignants de catégorie C sont effectivement les plus touchés par l'absentéisme.

<i>Jours d'absences pour raisons médicales</i>	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Total	Moyenne / agent
Personnel administratif	7377	59946	90354	157677	16,43
Personnel soignant	67627	349652	587080	1004359	19,89
Personnel socioéducatif	437	15821	0	16258	15,91
Personnel médicotechnique	4185	54029	655	58869	11,33
Personnel ouvrier	4044	5113	70134	79291	13,99
Total	83670	484561	748223	1316454	18,29
Moyenne / agent	10,93	16,5	21,41		

Sources : Bilan social AP-HP 2007.

Ce constat n'est pas forcément des plus optimistes pour l'établissement. En effet, les aides soignantes constituent justement une catégorie de professionnels pour laquelle la tendance actuelle semble mauvaise. Ainsi, le nombre de journées d'absence, ainsi que le nombre d'arrêts, se sont accrus. Le nombre d'agents concernés étant restés stable, cela signifie que l'absentéisme de ces personnels devient de moins en moins contrôlé d'où un accroissement du taux de fréquence. Malgré une tendance similaire, les indicateurs de fréquence et de jours d'arrêt par agent reste plus faible à l'hôpital Robert Debré qu'à l'hôpital Necker – Enfants Malades.

Maladie Ordinaire AS	Necker 2006	Necker 2007	Necker 2008	Debré 2006	Debré 2007	Debré 2008
<i>Nombre de journées d'absence</i>	7117	7246	7694	2734	3356	3281
<i>Nombre d'arrêts</i>	771	801	801	298	370	367
<i>Nombre d'agents absents au moins une fois</i>	360	360	360	143	158	162
<i>Nombre de jours d'arrêts par agent absent</i>	19,8	20,1	21,4	19,1	21,2	20,3
<i>Nombre de jours d'arrêts par agent</i>	12,1	12,8	13,7	10,2	12,4	11,7
<i>Taux d'absence</i>	3,309	3,51	3,745	2,796	3,387	3,209
<i>Fréquence</i>	1,308	1,416	1,427	1,112	1,363	1,314

Source : Données DRH AP-HP.

Il convient enfin de comparer le niveau d'absentéisme selon les pôles d'activités afin de vérifier si ce critère de la pathologie rentre en compte dans le cas de l'hôpital Necker – Enfants Malades. Conformément à l'intuition, le pôle de chirurgie connaît, comparativement à son effectif, un absentéisme plus important que celui de pédiatrie qui est lui-même plus impacté que l'obstétrique. Mais, un étonnement survient à la vue de l'important absentéisme du pôle d'imagerie. Cela peut s'expliquer par des problèmes d'interface entre l'imagerie et les services cliniques entraînant du stress professionnel chez les agents.

	2007	2008	<i>Ecart</i>	2007	2008	<i>Ecart</i>
	Absences			Effectif		
Pôle Médecine pédiatrique	608	556	-52	353,6	360,8	7,16
Pôle Chirurgie pédiatrique	852	801	-51	470,2	469,4	-0,79
Pôle Périnatalité et cardiologie	321	395	74	278,8	285,5	6,74
Pôle Imagerie	137	165	28	73,45	70,23	-3,22
Pôle Biologie	380	429	49	306,7	307,9	1,23
Pôle Adultes	590	677	87	416,8	411,2	-5,62
Pôle Réanimation et urgences	293	348	55	259,3	265,1	5,86

Source : DRH Necker 2008.

- **Une comparaison locale ne démontrant pas d'effet-taille ou de particularité d'une activité pédiatrique sur l'absentéisme.**

Le poids de l'absentéisme de courte durée à l'hôpital Necker – Enfants Malades pourrait trouver des explications limitant l'attrait d'une politique volontariste dans ce domaine. Ainsi, certains pourraient arguer que l'absentéisme dans un établissement à dominante pédiatrique est nécessairement plus élevé en raison de la spécificité de la prise en charge des enfants. Une telle interprétation serait également acceptable concernant les services de gériatrie, de rééducation ou de long séjour.

De même, le niveau actuel de l'absentéisme pourrait être justifié par la taille de la structure, nécessairement plus déshumanisante et moins sujette au présentéisme, que de plus petites structures. Afin de vérifier ces deux hypothèses souvent avancées, les données fournies par la direction des ressources humaines du siège de l'AP-HP ont permis d'effectuer une comparaison locale avec d'autres établissements.

Ainsi, pour vérifier l'hypothèse de la particularité pédiatrique, il est nécessaire de comparer l'hôpital Necker – Enfants Malades avec un établissement accueillant majoritairement des adultes et étant de taille comparable en lits et personnels. Afin de limiter les biais de sélection liés aux catégories socioprofessionnelles des patients accueillis ou aux contraintes de transport des personnels, il convient d'effectuer cette comparaison avec un établissement appartenant au même groupement hospitalo-universitaire (GHU). Le choix fut celui de l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) avec lequel des filières de prise en charge existent déjà. Cette étude permet d'écarter une justification pédiatrique à l'absentéisme de l'hôpital Necker – Enfants Malades.

En effet, alors que l'effet taille ne saurait jouer entre ces deux structures, tous les indicateurs démontrent un absentéisme de courte durée plus important à l'HEGP. Aussi, la prise en charge pédiatrique ne constitue pas un argument recevable. Les absences sont plus nombreuses en jours et en nombre à l'HEGP. De même, les agents concernés sont plus importants. Ceci aboutit au fait que l'HEGP se caractérise par un taux d'absence, un taux de fréquence et un nombre moyen de jours d'absence par agent plus important que l'hôpital Necker – Enfants Malades.

Maladie Ordinaire	Necker 2006	Necker 2007	Necker 2008	HEGP 2006	HEGP 2007	HEGP 2008
<i>Nombre de journées d'absence</i>	26109	26400	27256	27392	26345	28545
<i>Nombre d'arrêts</i>	2801	2785	2724	3139	3046	3001
<i>Nombre d'agents absents au moins une fois</i>	1361	1373	1386	1466	1444	1424
<i>Nombre de jours d'arrêts par agent absent</i>	19,2	19,2	19,7	18,7	18,2	20
<i>Nombre de jours d'arrêts par agent</i>	9,1	9,3	9,7	9,7	9,5	10,5
<i>Taux d'absence</i>	2,499	2,56	2,638	2,645	2,603	2,874
<i>Fréquence</i>	0,979	0,986	0,965	1,106	1,098	1,106

Source : Données DRH AP-HP.

De la même façon, pour tester l'hypothèse d'un effet taille à l'absentéisme, il convient d'effectuer une comparaison avec un établissement de plus faible taille. Afin encore d'éviter des biais de sélection, cet établissement doit accueillir le même type de patientèle, c'est-à-dire majoritairement ou exclusivement pédiatrique. Le choix fut porté sur l'hôpital Robert Debré. Une fois encore, cette comparaison statistique conduit à écarter la piste d'un effet taille justifiant le niveau d'absentéisme.

La taille de l'hôpital Necker – Enfants Malades étant plus important, il apparaît normal que le nombre de jours d'absence, le nombre d'arrêts et le nombre d'agents concernés soient plus élevés. Malgré tout, lorsque l'on regarde le taux d'absence, la fréquence et le nombre moyen de jour d'absence par agent, l'hôpital Necker – Enfants Malades se situe plus favorablement que l'hôpital Robert Debré.

Maladie Ordinaire	Necker 2006	Necker 2007	Necker 2008	Debré 2006	Debré 2007	Debré 2008
<i>Nombre de journées d'absence</i>	26109	26400	27256	16627	16978	17928
<i>Nombre d'arrêts</i>	2801	2785	2724	1548	1594	1734
<i>Nombre d'agents absents au moins une fois</i>	1361	1373	1386	797	811	858
<i>Nombre de jours d'arrêts par agent absent</i>	19,2	19,2	19,7	20,9	20,9	20,9
<i>Nombre de jours d'arrêts par agent</i>	9,1	9,3	9,7	9,8	10	10,5
<i>Taux d'absence</i>	2,499	2,56	2,638	2,698	2,728	2,859
<i>Fréquence</i>	0,979	0,986	0,965	0,917	0,935	1,012

Source : Données DRH AP-HP.

1.2) Une analyse systémique dévoilant les multiples causes de l'absentéisme.

L'analyse quantitative nous a permis d'établir un « portrait robot » des catégories de personnel concernées par l'absentéisme de courte durée. Elle nous permet également de

mettre en place des indicateurs afin de suivre ce phénomène. Mais pour bâtir un plan d'action de réduction de l'absentéisme, il est nécessaire d'effectuer une analyse qualitative visant à en comprendre les causes. Du fait de la complexité de ce phénomène, cette analyse ne peut être que systémique afin de n'oublier aucun aspect possible.

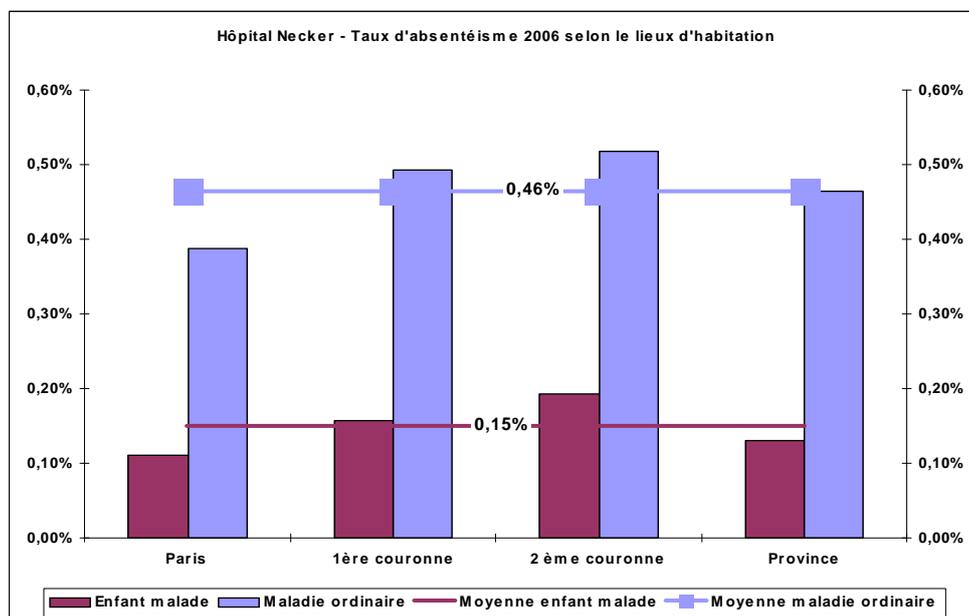
- **Une habitude de culpabilisation liée à une explication longtemps basée exclusivement sur un comportement individuel.**

Nous avons vu que l'absentéisme est longtemps resté un sujet tabou, notamment à cause de la réticence des partenaires sociaux y voyant une forme de culpabilisation des agents. En effet, ce phénomène fut pendant de nombreuses années assimilé à un comportement individuel déviant de la norme. Pour reprendre un schéma d'économie expliquant, dans la théorie néoclassique, le phénomène du chômage, il existerait un arbitrage réalisé par l'agent supposé rationnel entre son travail et l'absentéisme signifiant du temps libre à consacrer aux loisirs. Mais, ce modèle n'explique pas la hausse de l'absentéisme ces dernières années qui devrait découler d'un plus grand intérêt actuellement à l'absence.

Des sociologues ont alors tenté de combler cette lacune du modèle néoclassique en pondérant le travail et l'absence afin de pouvoir les comparer. Le travail amène des rétributions matérielles et parfois symboliques, alors que l'absence apporte du temps libre et une rétribution psychologique. La hausse de l'absentéisme s'explique par un changement de paradigme dans nos sociétés contemporaines. Ces dernières ont été fondé sur la valeur travail, que cela soit pour le courant classique ou pour le courant marxiste. Or, nous serions arrivés à la fin du travail et à la désacralisation de cette valeur. L'individu moderne s'identifie de moins en moins par son travail, mais plutôt par son développement personnel à travers sa famille ou ses loisirs. L'absentéisme reste, comme pour les économistes, un phénomène rationnel.

Si de telles considérations moralisatrices sont exclues des plans d'actions réalisés par les directions des établissements de santé, il n'en reste pas moins que l'absentéisme peut conserver une part de rationalité individuelle. Mais, celle-ci s'avère moins oisive que ce que sous-tend les modèles ci-dessus. En effet, l'absentéisme peut être un choix individuel en raison de contraintes personnelles et non pas d'une soif de loisirs. Ces raisons sont multiples et peuvent être par exemple la difficulté à faire garder un enfant malade ou la durée trop longue, et trop épuisante, des trajets entre le domicile et le travail. Cette dernière problématique est d'ailleurs particulièrement poignante en région parisienne. Nous voyons clairement sur le schéma ci-dessous que les agents habitant la deuxième couronne parisienne sont davantage touchés que ceux habitant intra-muros. Le résultat

plus surprenant pour les agents se situant en province s'explique par le fait qu'il s'agit souvent de personnel soignant négociant un planning plus concentré et les obligeant ainsi à faire moins de fois le trajet domicile – travail.



L'absentéisme peut donc résulter d'un comportement rationnel de l'individu, mais contrairement à l'oisiveté prétendue de l'agent, les véritables contraintes personnelles sous-jacentes peuvent être traitées par un plan d'actions en matière d'organisation du travail.

- **Une conséquence de la trop lente acculturation de l'hôpital aux nouvelles techniques de gestion des ressources humaines.**

Le statut de la fonction publique exigeant de l'agent public un service fait, la lutte contre l'absentéisme ne fut pas la priorité des directions des ressources humaines. De ce fait, les établissements de santé ont peut être mis plus de temps à mettre en place des techniques de gestion de ressources humaines basées sur l'incitation et à prendre conscience de la nécessité de telles actions dans le domaine hospitalier.

Les carrières hospitalières sont considérées par beaucoup comme étant, ou devant être, des vocations. Aussi, il ne saurait avoir de frustration chez le personnel concerné. Or, de nombreux éléments démontrent l'importance de ce phénomène. Tout d'abord, même si la carrière hospitalière peut être une vocation, le manque d'opérationnalité des écoles de formation aux métiers de la santé préparent mal les agents à la réalité du terrain. Ceci peut conduire à une frustration ou à un trop grand stress débouchant sur l'absentéisme de courte durée. Cette tendance pourrait être renversée avec la réforme des études en

institut de formation des soins infirmiers (IFSI) dans le cadre du passage au schéma licence-master-doctorat (LMD). Cette réforme des études renforce les périodes de stages, l'implication des terrains de stage et base la formation sur un référentiel de compétences pratiques et moins sur l'acquisition de connaissances théoriques.

De plus, la frustration du personnel engendrant de l'absentéisme peut provenir de problèmes organisationnels ou culturels. Une tendance actuelle est en effet à la surqualification des agents hospitaliers ce qui fait que ces derniers possèdent des diplômes, et donc des connaissances, non valorisés dans leur travail quotidien et n'entrant pas en compte dans leur salaire. Les problèmes organisationnels peuvent quant à eux être multiples. Il peut s'agir du glissement de tâches, par exemple de médecins à infirmières, ou d'infirmières à aides-soignantes. Ce glissement, en plus de ne pas être réglementaire, conduit à une plus grande responsabilité, sans forcément la formation préalable appropriée, accroissant le stress professionnel. Mais, ce glissement de tâches peut être inverse et entraîner une frustration chez l'agent. Dans le service d'hématologie adulte, l'absentéisme des aides-soignantes provient sans doute d'un sentiment de manque de reconnaissance alors qu'elles effectuent des tâches d'agents des services hospitaliers comme le nettoyage.

D'autres dysfonctionnements fréquemment mis en avant sont le manque de personnel, notamment en raison d'une charge de travail s'accroissant avec la spécialisation accrue du nursing, la faible place de l'encadrement intermédiaire, ou encore la part de plus en plus importante des tâches administratives demandées aux personnels soignants à des fins de traçabilité. De tels mécontentements ont pu être exposés dans le rapport PIQUEMAL de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la réduction du temps de travail dans les établissements publics de santé. La mise en place de l'ARTT a pu conduire notamment à une intensification du travail.

L'ensemble de ces phénomènes ont conduit le sénateur COUANAU dans son rapport sur l'hôpital public à évoquer un « désenchantement » du personnel hospitalier. Cet état d'esprit provient également selon ce rapport de l'enchaînement sans pause des réformes hospitalières créant un sentiment de perte de repères pour les agents. Cette situation est bien entendue génératrice d'absentéisme de courte durée comme échappatoire. Or, le contexte actuel à l'AP-HP expose l'hôpital Necker – Enfants Malades étant donné que le personnel est préoccupé par la réforme des groupes hospitaliers ou le lancement du plan efficacité.

Pourtant, des théories de gestion des ressources humaines ont depuis longtemps mis en avant le poids de l'incitation dans la performance et la présence des agents. La pyramide de MASLOW constitue l'une des théories de la motivation les plus connues. Cette pyramide comprend les cinq étages des besoins des salariés. Selon MASLOW, le salarié passe d'un besoin à un autre d'ordre supérieur seulement quand le besoin inférieur est pleinement satisfait. L'objectif pour motiver les agents est de s'approcher le plus possible du sommet de la pyramide. Le premier besoin est celui de l'emploi et de la rémunération. Il s'agit de l'outil de motivation classique : emploi intéressant ou purement alimentaire, rémunération importante ou faible. Si, le salarié est satisfait de son emploi et de son salaire, il va développer un besoin de sécurité. C'est ici qu'intervient le statut et le cadre de travail : contrat court ou long, bonnes conditions de travail ou mauvaises. Sur ce point, l'existence du statut général de la fonction publique est un bon point pour la motivation des agents, les conditions de travail le plus souvent le sont moins. Le troisième étage est le besoin d'appartenance. Le monde hospitalier et le collectif du service répondent souvent à ce besoin. Le quatrième besoin est celui d'estime. C'est vraiment là que le management va commencer à revêtir toute son importance. Enfin, le dernier étage revient au besoin de s'accomplir. La direction peut utiliser la communication et les perspectives de carrière à cette fin.

La théorie de KARAZEK met, quant à elle, en avant le fait que la motivation des agents provient de trois éléments principaux : la charge mentale et le niveau d'exigence ; la capacité d'autonomie dont dispose l'agent ; le soutien des collègues et de la hiérarchie, ainsi que la reconnaissance. HERZBERG met l'accent sur deux éléments de motivation : le contenu de la tâche, c'est-à-dire l'intérêt que l'agent lui porte, et le contexte dans lequel cette tâche est effectuée. Si les conditions de travail sont optimales, nous arrivons à un « point neutre » où l'agent ne se plaint pas sans se sentir épanoui et motivé. Ainsi, l'amélioration des conditions de travail ne suffit pas à régler le problème de l'absentéisme, il est nécessaire de mettre en place des outils de gestion des ressources humaines qui soient incitatifs.

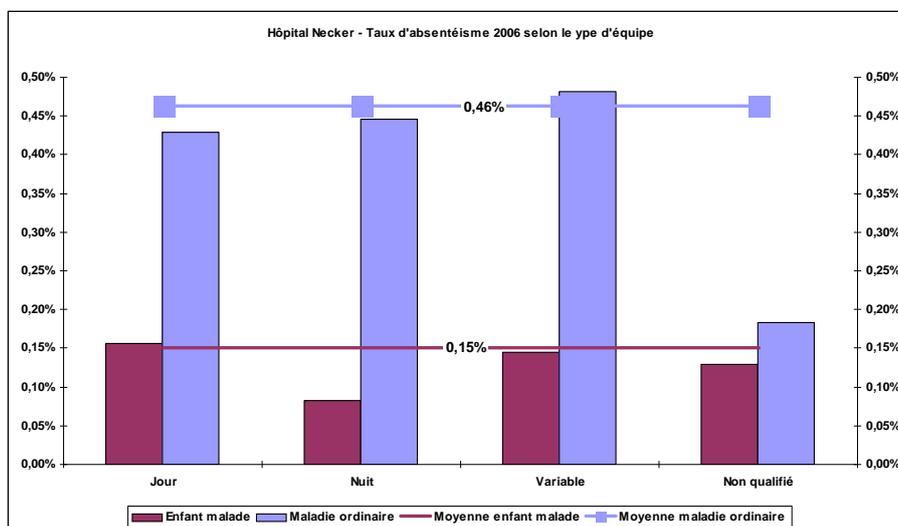
- **Un impact environnemental en faisant un véritable problème de santé publique.**

Au-delà des explications individuelles et organisationnelles, l'absentéisme de courte durée est de plus en plus appréhendé comme ayant des causes environnementales et psychosociales. Les causes environnementales sont de deux ordres : non matérielles et matérielles. De cette façon, l'environnement impacte sur l'absentéisme principalement à travers la culture de l'établissement. Celle-ci se construit à deux niveaux. Tout d'abord, le

niveau global de l'hôpital. Ainsi, l'absentéisme sera plus ou moins important selon que traditionnellement la direction a été sensibilisée et a agi concernant cette thématique. De même, la culture globale sera le miroir du degré d'opposition des partenaires sociaux à évoquer la question.

Mais, la culture d'établissement se construit aussi service par service. L'absentéisme dans une entité aussi réduite passe par le délitement des liens entre collègues, notamment à cause d'un trop fort cloisonnement des tâches et de la perte du sens du collectif. L'impact de l'absentéisme se fera ressentir sur les autres, par exemple en terme de planning, sans que l'agent ne se sente concerné car il ne se percevra pas comme faisant partie intégrante d'un collectif solidaire.

Les causes environnementales de l'absentéisme sont pourtant essentiellement matérielles. Il s'agit des conditions de travail. Cette question devient de plus en plus prégnante en raison de l'attention croissante portée à l'ergonomie et aux troubles musculo-squelettiques (TMS). La pénibilité du travail peut en effet être considérable dans certains services où l'aménagement spatial conduit à des déplacements nombreux. De même, l'absence de lève malades conduit les personnels à le faire manuellement ce qui peut entraîner des absences pour cause de mal de dos par exemple. Dans le cas de l'hôpital Necker – Enfants Malades, la problématique de la pénibilité du travail a été particulièrement évoquée dans le service d'hématologie adulte. Les horaires, fixes ou tournants, de jour ou de nuit, des agents peuvent aussi être source d'absentéisme à cause de la pénibilité du changement ou de la charge de travail plus importante le jour. C'est pourquoi, le projet social et professionnel 2010-2014 de l'AP-HP comprend comme action, la mise en place d'une étude sur l'impact physique et mental du travail de nuit ou du travail en 12 heures. L'audit de l'ARACT met en exergue le fait que les populations les plus touchées par l'absentéisme sont les agents travaillant en horaires tournants.



Source : ARACT Ile-de-France.

Ces causes environnementales de l'absentéisme peuvent interagir avec des causes psychosociales. Ainsi, l'ensemble des explications que nous avons exposées précédemment, comme les conditions de travail ou les dysfonctionnements organisationnels, peuvent générer du stress professionnel. Tous les métiers sont soumis à une certaine dose de stress, pouvant même par certains être recherchée pour elle-même en faisant une source de performance. Mais, il est certain que les métiers de la santé sont plus particulièrement exposés en raison de la charge émotionnelle de la relation avec le patient, parfois même son agressivité, le ressenti au quotidien de la souffrance, l'imprévisibilité de la charge de travail ou la multiplication des interruptions inopinées. Les individus ne sont pas égaux face à ce stress professionnel. Alors que certains vont s'en accommoder en trouvant des dérivatifs comme le sport. D'autres vont emmagasiner le stress jusqu'à déboucher sur le phénomène de plus en plus décrit de burn out. Cet état va commencer par de l'absentéisme de courte durée avant d'engendrer une absence de plus longue durée¹⁰.

1.3) Les coûts, directs et indirects, de l'absentéisme rendent nécessaires un plan d'action visant sa réduction.

La quantification d'un phénomène et l'explication de ses causes ne suffisent pas pour justifier la mise en place d'un plan d'action au sein d'un établissement de santé. Mais, il s'agit de quelque chose de pertinent, voire d'indispensable, en ce qui concerne l'absentéisme de courte durée en raison des coûts directs et indirects de ce phénomène.

- **L'absence constitue un coût direct, non pris en charge par l'Assurance maladie, pour l'hôpital.**

L'absentéisme de courte durée, comme toute absence, entraîne un coût financier direct pour un établissement de santé. Contrairement aux entreprises privées cotisant à cet effet, l'hôpital n'est pas couvert pour ce risque par l'assurance-maladie¹¹. Cette dernière

¹⁰ Voir annexe sur le stress professionnel et le burn out à l'hôpital.

¹¹ « Les fonctionnaires hospitaliers bénéficient d'un régime spécial de sécurité sociale, institué par le décret du 11 janvier 1960, concernant l'ensemble des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel et commercial. (...) En cas d'interruption de travail justifiée par un certificat médical, l'hôpital employeur joue le rôle de la sécurité sociale à l'égard des agents titulaires et stagiaires, il a la charge du versement des prestations en espèces. (...) Cependant, la CPAM du régime général se charge du versement des prestations en nature. » in *Les 12 points clés de la carrière*.

ne verse donc pas d'indemnités journalières à l'agent absent¹². Celles-ci sont prises en charge directement par l'établissement. Il est son propre assureur, à moins d'avoir fait le choix de souscrire un contrat particulier auprès d'une société d'assurance. Cette solution s'avère coûteuse et n'est pratiquée que par une minorité d'établissements.

- **L'obligation de continuité du service public hospitalier engendre des coûts financiers supplémentaires pour pallier l'absence.**

Pour une structure comme un hôpital, le coût financier est double. Une entreprise privée pourrait dans l'absolu décider de ne pas remplacer la personne absente et de réduire à due proportion sa production. Mais, la production de soins de l'hôpital, en plus d'être plus ou moins prévisible, est surtout incompressible. Cette exigence morale est rappelée par la règle de la continuité du service public. De ce fait, en plus de payer les indemnités journalières de l'agent absent, l'établissement devra mandater des dépenses de personnel supplémentaires. Plusieurs solutions sont envisageables. L'établissement peut payer des heures supplémentaires aux personnels présents dans le service¹³. Il peut également constituer de façon permanente une équipe de remplacement. Enfin, il lui est possible de recourir à des personnels intérimaires dont le coût s'avère très élevé.

En agrégeant l'ensemble de ces dépenses, le coût financier indirect de l'absentéisme à l'hôpital Necker – Enfants Malades s'élève à plus de 4,6 millions d'euros.

Dépenses d'intérim	709 553
Heures supplémentaires	1 245 252,14
Dépenses de remplacement	2 694 032,00
Total	4 648 837,14

Source : Bilan social 2008.

En plus de ce premier coût financier indirect, le temps payé aux cadres de santé pour refaire les plannings programmés afin de faire face à une absence non prévisible constitue là encore une dépense inefficace. Plus globalement, l'AP-HP a chiffré à 2,55% de sa masse salariale de 2007 le coût des absences pour raisons médicales.

¹² Même si la sécurité sociale ne finance pas ces indemnités, le ministre de la fonction publique entend permettre aux médecins conseils de l'assurance maladie d'effectuer désormais des contrôles sur les arrêts de travail des fonctionnaires. Cette mesure pourrait être incluse dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010. Cette même loi permettrait, pour le secteur privé, d'avoir recours à des médecins de ville.

¹³ Dans la limite de 120 heures par an et par agent. Elles font l'objet d'une compensation horaire ou d'une indemnisation. La liste des corps éligibles à l'indemnité horaire pour travaux supplémentaires est fixée par arrêté.

- **L'existence à terme d'un coût social élevé.**

Le coût financier est le premier mis en avant car il s'agit d'une préoccupation forte des établissements actuellement et de la conséquence la plus visible de l'absentéisme de courte durée. Mais, la conséquence peut aussi être à terme non pas financière mais sociale. Ce coût social passe par deux canaux principaux. Tout d'abord, l'absence répétée d'un agent peut entraîner un report de charge de travail sur ses collègues. Ce report sera soit total si l'absence n'est pas palliée par un remplacement, soit partiel car même si un personnel de remplacement ou intérimaire est dépêché, ce dernier ne sera pas aussi efficace qu'un agent aguerri aux soins prodigués dans un service spécialisé. Ce report de charge de travail, s'il est fréquent, peut engendrer un stress professionnel qui s'accumule et débouchera sur l'absentéisme d'autres agents pour raisons psychosociales.

Le coût social peut également prendre une forme plus insidieuse. Il s'agit de la mise en place d'un véritable cercle vicieux de l'absentéisme au sein d'un établissement. En effet, l'absentéisme d'un agent peut conduire à l'absentéisme des autres agents non pas à cause du report de charge de travail, mais simplement en signe de découragement face à l'absence de politique de la direction pour la lutte contre l'absentéisme injustifiée de certains agents minoritaires. Il s'agit du modèle de FOUCHER qui développe une « boucle de rétro information ». Par conséquent, un plan d'action contre l'absentéisme de courte durée est, à moyen terme, une impérieuse nécessité.

- **Une conséquence sur l'image de l'établissement et la qualité des soins prodigués.**

Si les conséquences de l'absentéisme de courte durée n'étaient que financières ou sociales, la situation serait déjà délicate mais pas insurmontable car l'hôpital continuerait d'assurer sa mission même si cela s'effectuerait à un coût plus important et dans un climat plus délétère. Mais, l'absentéisme de courte durée a malheureusement également des coûts en terme de qualité des soins ce qui est bien évidemment encore plus grave.

Cette dégradation de la qualité des soins passe à un premier stade par l'accroissement des délais d'attente, par exemple aux consultations externes ou en radiologie, s'il n'y a pas de remplacement ou que le remplaçant n'est pas spécifiquement formé au poste. Mais, le stade de risques liés aux soins est encore plus important en cas de non remplacement. Dans cette situation, les agents présents vont accélérer la rapidité des

soins prodigués et augmentent le risque de commettre un erreur, comme l'administration d'un mauvais médicament ou selon une posologie inadaptée. Il en va de même si l'agent remplaçant n'est pas bien formé ou n'a pas l'habitude de réaliser certains gestes techniques.

Mais les soins ne sont pas seulement constitués des gestes techniques réalisés par le personnel soignant. Il s'agit également de la qualité globale de la prise en charge qui englobe plus largement la considération envers le patient ou son écoute. Or, l'absence d'un agent accélérant les cadences, ces soins non techniques sont les premiers à être délaissés.

C'est pourquoi, l'hôpital Necker – Enfants Malades dispose de trois outils principaux afin d'éviter de telles situations. Tout d'abord, l'établissement base sa politique de prise en charge sur les résultats de l'étude téléphonique SAPHORA commune à l'ensemble de l'AP-HP et qui détaille le degré de satisfaction des patients. Ainsi, l'hôpital sait dans quel domaine il doit accentuer ces efforts. Il s'agit particulièrement de la prise en charge hôtelière et de la disponibilité des personnels, plus que de la qualité des gestes techniques.

De plus, pour réagir le plus rapidement possible aux accidents médicaux, potentiellement liés indirectement à l'absentéisme, l'établissement a instauré une cellule d'analyse rapide constitué d'un médecin, de la responsable de la gestion des risques et d'un cadre supérieur de la direction des soins qui sont chargés d'effectuer une étude systémique sur un incident, de restituer leurs résultats au service et de mettre en place un plan d'action correctif, par exemple en incitant à la création d'une revue de mortalité-morbidité (RMM).

Enfin, afin de traiter la dégradation de la prise en charge lié aux soins non techniques, l'établissement s'appuie sur la cellule de médiation, formation restreinte de la commission de relations avec les usagers et de qualité de la prise en charge (CRUQPC) se réunissant de façon hebdomadaire. Bien qu'en limitant les conséquences, ces trois outils ne traite pas la cause de l'absentéisme d'où la nécessité d'un plan d'action.

Agir contre l'absentéisme de courte durée est donc possible car le phénomène est quantifiable et explicable. De plus, le ratio coûts / avantages incite à l'instauration d'un plan d'action en raison des coûts financiers, sociaux et médicaux en jeu. Ce dernier coût est d'ailleurs le plus important pour l'établissement car en plus de faillir à sa mission existentielle, l'image médiatique de l'hôpital considéré est peu à peu détériorée au sein de son bassin de population. Le recrutement de sa patientèle est alors compromis de façon

durable car les a priori des patients seront particulièrement tenaces malgré des politiques d'amélioration continue de la qualité.

PARTIE 2 : Les moyens de lutte contre l'absentéisme existent même s'ils doivent prendre en compte son aspect protéiforme.

L'action contre l'absentéisme de courte durée est nécessaire. Mais, elle est également réalisable si le plan d'action mis en œuvre tient compte de l'aspect protéiforme du phénomène. Pour se faire, l'action doit être à la fois globale et individualisée. Afin d'accroître les chances de réussite d'une telle démarche, et ceci malgré des manques inévitables, l'hôpital Necker – Enfants Malades a basé cette lutte contre l'absentéisme de courte durée sur une démarche expérimentale visant à accroître progressivement l'adhésion au projet en démontrant son efficacité.

2.1) Un phénomène aux causes structurelles imposant une action globale de l'établissement.

Comme nous l'avons vu précédemment, les causes de l'absentéisme peuvent être structurelles au sein d'un établissement, qu'il s'agisse d'une culture de tolérance face à ce phénomène ou d'organisations inefficaces générant un « absentéisme de soupape ». C'est dans ce domaine que l'action de la direction de l'établissement peut être la plus facile. En effet, elle implique des méthodes de travail qui lui sont traditionnelles puisque basées sur des processus de gestion des ressources humaines ou d'organisation des soins. La collaboration entre la direction des ressources humaines et de la direction des soins est essentielle sur ce sujet, tout comme l'appui du directeur général en terme de communication.

- Une implication forte de la direction entre répression et incitation.

L'aspect culturel de cette action globale contre l'absentéisme de courte durée a comme objectif d'afficher un signal clair pouvant rompre avec les habitudes du passé : « l'absentéisme de confort » ne constitue plus une attitude tolérée. Cet affichage fort vise justement à éviter le cercle vicieux de l'absentéisme que nous avons évoqué plus haut. Dans ce sens, la mesure la plus fréquente et peut être la plus emblématique est la mise en place de contre visites médicales, ce qui est possible pour l'employeur depuis 1978 et est inscrit dans le Code du travail. Celles-ci doivent être réalisées par des médecins

agrées¹⁴, sur une liste arrêtée par le préfet, et non pas par le médecin du travail. Mais, cette démarche répressive, en plus d'être très coûteuse, a souvent des effets limités sur l'absentéisme tout en instaurant un climat social délétère. Toutefois, dans le cas spécifique de l'AP-HP, cette institution dispose de son propre service de médecine de contrôle. Mais celui-ci revient rarement sur la justification des arrêts. Le défaut de présence de l'agent au contrôle autorise par contre la direction à suspendre son traitement. L'utilisation de ce service est aujourd'hui en réduction car 4038 contrôles avaient été effectués en 2006 contre seulement 2133 en 2007. Enfin, il est à noter que les contrôles administratifs à domicile ont été abandonnés par les établissements faisant partie de l'AP-HP.

Les mêmes conséquences sont à attendre de la seconde solution fréquemment utilisée qui consiste à communiquer sur les sanctions encourues par l'agent en cas d'absences injustifiées. De plus, les absences injustifiées sont minoritaires et ne constituent donc pas le cœur de cible d'un plan de lutte contre l'absentéisme de courte durée.

C'est pourquoi, il faut plutôt s'axer sur une politique d'incitation des agents. Cette transformation culturelle est possible à travers plusieurs canaux. Tout d'abord, il convient de sensibiliser les cadres de santé et les chefs de services. Pour se faire, l'hôpital Necker – Enfants Malades extrait des indicateurs de sa base de données Pilot RH pour que chaque service soit en mesure de quantifier son absentéisme et de voir son évolution.

Cette sensibilisation constitue un préalable indispensable. Néanmoins, il n'est certainement pas suffisant si d'autres processus de gestion des ressources humaines ne sont pas modifiés. La politique de ressources humaines doit être recentrée sur un objectif considérable : donner du sens au travail. Cet objectif nécessite le passage à un mode de management par objectif. En effet, il n'y a rien de plus démotivant que de ne pas savoir ce que l'on attend de nous. Un management par objectifs, avec comme corolaire indispensable des entretiens d'évaluation annuels, permet d'expliquer à l'agent ce que l'institution hospitalière attend de lui. Mais, le personnel est d'autant plus à même de comprendre les objectifs que la direction lui assigne s'il est justement davantage informé des grands enjeux institutionnels. A ce niveau, la communication interne est un relais considérable et encore insuffisamment utilisé pour informer le personnel. Ce dernier peut également s'investir par le biais de sa participation à des groupes de travail si ces derniers ne deviennent pas chronophages et débouchent sur des résultats tangibles.

¹⁴ Les médecins agréés exercent un avis sur l'aptitude physique du candidat à un emploi et sur les congés de maladie des agents. Cette liste est établie pour 3 ans.

L'une des autres facettes de cette incitation du personnel est le passage à une politique dite du présentéisme. Actuellement, le traitement d'un agent est celui du service fait, c'est-à-dire un salaire plein diminué des absences injustifiées. Une politique du présentéisme renverse cette logique en appliquant un système de surprime¹⁵ ou en communiquant massivement sur le mode de calcul de la prime de service basé sur la présence de l'agent. En effet, l'absence entraîne un abattement sur la prime de service de l'agent¹⁶.

Enfin, pour permettre une politique de présentéisme, la direction des ressources humaines doit devenir une entité facilitatrice en revoyant parfois ces propres processus. Deux initiatives sont envisageables rapidement. Tout d'abord, la direction peut communiquer sur la procédure à suivre en cas d'absence comme les pièces justificatives à envoyer, le destinataire et le délai réglementaire à respecter. En effet, la gestion de l'absentéisme pourrait être améliorée si la direction des ressources humaines et les cadres de santé étaient en lien lorsqu'ils sont au courant d'une absence. Souvent, les agents envoient les justificatifs à la DRH sans informer leur cadre de leur absence ou bien contactent leur cadre mais s'en respectent l'obligation de fournir les pièces justificatives à la DRH.

De même, la DRH peut devenir facilitatrice pour les agents et la gestion par les cadres de l'absentéisme en mettant en place des entretiens de retour d'absence. Cet entretien succinct entre le cadre de proximité et l'agent permet une meilleure réintégration de l'agent en identifiant les problèmes potentiels que celui-ci peut rencontrer. Cet entretien peut servir ainsi à établir une prévention des risques et ne doit surtout pas devenir culpabilisant pour l'agent ni lui demander de justifier son absence. Les entretiens de retour d'absence prennent un temps considérable pour les cadres. Mais le retour sur investissement est important car cela permet de détecter une éventuelle démotivation de l'agent et d'y remédier. Afin d'éviter les critiques des partenaires sociaux concernant cette mesure, la DRH de l'hôpital Necker – Enfants Malades est en train de finaliser un guide d'entretien à destination des cadres et travaille avec l'hôpital Vaugirard sur ce thème.

¹⁵ Il s'agit d'une pratique critiquable sur le plan juridique mais qui se développe dans de nombreux établissements. Elle consiste à accorder une prime supplémentaire aux agents n'ayant pas eu de jours d'absence dans l'année.

¹⁶ Chaque jour d'absence entraîne un abattement de 1/140^{ème} de la prime de service. Cet abattement est pro raté selon la date d'embauche de l'agent si celui-ci est arrivé en cours d'année.

L'hôpital Necker – Enfants Malades doit adopter la même stratégie que celle de l'hôpital Vaugirard qui a consisté à exposer pendant environ 30 minutes l'objectif de cet entretien à chaque service afin d'éviter les confusions quant à sa finalité. Les recommandations découlant de ce travail entre les deux établissements préconise que le cadre de proximité rencontre l'agent dans les deux premières heures de sa reprise de travail afin que l'entretien puisse aussi avoir une fonction de transmission. De plus, l'entretien ne doit pas dépasser 15 minutes et être systématique pour tous les agents, et non pas seulement ceux les plus absents, sous peine de stigmatisation. Il appartiendra toujours à la DRH de recevoir de façon ciblée certains agents ayant des difficultés. Ensuite, même si beaucoup de cadres réalisent déjà de façon informelle ce genre d'entretiens, il est nécessaire que tous soient correctement formés à cet exercice afin d'éviter tout débordement ou non respect du secret médical quant au motif de l'absence.

Lancée depuis mai, cette action a été relativement bien accueillie par le personnel de l'établissement hormis à la crèche du personnel où cette initiative a dû être arrêtée en juillet. Mais, cette situation spécifique de la crèche s'explique non pas par une réticence face à l'instauration des entretiens de retour. En effet, ce rejet prend racine dans un climat social dégradé dans cette entité à cause d'un profond projet de restructuration qui impactera fortement les horaires des agents.

Un entretien peut aussi être mis en place pour prévoir les retours de CLD et CLM afin d'éviter un absentéisme de courte durée du à une réintégration inadaptée. Cet entretien peut déboucher sur un véritable contrat entre l'agent, la direction et le service d'accueil quant aux tâches précises que l'agent peut réaliser.

- **Une organisation des soins plus rassurante pour le personnel.**

La deuxième action globale pour lutter contre l'absentéisme de courte durée est de repenser l'organisation des soins au niveau des unités fonctionnelles et des services cliniques. A nouveau, de nombreuses initiatives sont possibles.

L'action la plus avancée par les partenaires sociaux est celle de l'évaluation de la charge de travail des agents hospitaliers. Cela est possible à travers plusieurs indicateurs utilisés par les directions des soins (SIIPS : soins infirmiers individualisés à la personne soignée, PRN : projet de recherche en nursing, RSI : résumé de soins infirmiers, PENDISKAN, EXCHAQUET ou encore KARNOFSKY). L'objectif de cette évaluation est de parvenir à une adéquation entre l'effectif nécessaire à la vue de la charge de travail, l'effectif théorique autorisé par le tableau des emplois rémunérés, et l'emploi réel embauché par

l'établissement et présent au travail. Ce travail est en cours par la direction des soins de l'hôpital Necker – Enfants Malades. Néanmoins, ses conclusions intermédiaires démontrent au contraire des ratios de personnel très élevés par rapport à la charge de travail. De plus, il faut noter que paradoxalement il a été observé que parfois un accroissement de l'effectif ne réduit pas l'absentéisme mais au contraire l'accroît car l'absence a alors moins de répercussions sur les collègues.

Si l'effectif théorique et l'effectif réel ne correspondent pas en raison de l'absentéisme, une seconde action globale à mener sur l'organisation des soins est la constitution d'une équipe de remplacement. Ce pool permet de réagir rapidement à une absence non prévue. Mais, il est nécessaire au préalable de mettre en balance le coût de ce pool constitué de personnels permanents supplémentaires et le coût annuel des heures supplémentaires et des dépenses d'intérim liées au phénomène de l'absentéisme de courte durée. La constitution de ce pool de remplacement ne doit pas conduire à la dérive qui consisterait à remplacer toutes les absences. Cela entraînerait un signal négatif selon lequel l'absentéisme n'emporterait pas de conséquence sur l'organisation du service et de transfert de charge de travail sur les collègues. De plus, la création de ce pool règle les effets néfastes de l'absentéisme mais n'en éradique pas les causes. Par ailleurs, il est difficile de créer ce genre de pool dans la mesure où il ne s'agit pas de postes très attractifs compte tenu de la forte mobilité exigée.

La troisième action sur l'organisation des soins est de restaurer toute la place de l'encadrement intermédiaire. Celui-ci est trop souvent occupé par des tâches non managériales. La réforme du métier de cadre de proximité est l'enjeu de la mission confiée à Chantal DE SINGLY par la ministre de la santé¹⁷. Plusieurs solutions peuvent être mises en avant. Par exemple, il convient de limiter au maximum les vacances de postes de cadres de santé, même si toutes les catégories de personnel doivent participer à l'effort d'efficience.

De même, il conviendrait de créer un parcours de professionnalisation pour les cadres. Cela implique d'abord de repenser la formation dispensée à l'école des cadres. Mais surtout, il s'agit pour la direction de l'établissement d'accompagner la prise de poste des cadres et surtout d'accompagner les personnes faisant fonction de cadres. Ceci passe bien évidemment par des réunions d'encadrement avec la direction, ce qui permet également de revaloriser symboliquement le rôle joué par le cadre de santé. Des tutorats ou des actions de coaching individuel peuvent être mis en place.

La revalorisation de l'encadrement de proximité revient à lui redonner son rôle d'écoute au plus près du terrain. C'est pourquoi, il est nécessaire d'organiser systématiquement des réunions entre les équipes et leurs cadres afin de partager l'information, de voir émerger les problèmes et de créer un sens d'équipe.

En effet, le dernier axe d'amélioration de l'organisation des soins est d'instaurer une culture d'équipe au sein du personnel non médical du service. Cette cohésion était jusqu'alors traditionnelle dans le monde hospitalier. Mais, une individualisation des comportements est observée, notamment avec l'arrivée de plus jeunes recrues entraînant un changement générationnel. Cette culture du collectif doit être véhiculée par les transmissions entre les équipes. Bien que l'objet premier de ces réunions soit de transmettre les informations relatives aux patients, il s'agit aussi d'un moment de convivialité créant des liens entre le personnel. Pourtant, ces temps de transmission sont menacés, et parfois pour de bonnes raisons. Ainsi, les économies demandées sur les dépenses de personnel incitent à limiter les temps de chevauchement des équipes. De même, l'oralité des transmissions est critiquée pour son manque de fiabilité pouvant entraîner des erreurs lors de soins. C'est pourquoi, l'informatisation du dossier patient est perçue comme l'occasion de mettre fin aux transmissions.

Deux autres mesures permettraient de créer cette culture d'équipe. Il s'agirait déjà de décroiser les équipes paramédicales. Il existe parfois une étanchéité entre les infirmières et les aides-soignantes ou entre les soignants et les agents des services hospitaliers. Il est nécessaire que le cadre de proximité communique sur l'interdépendance de ces fonctions. Enfin, une façon plus brutale de démontrer la cohésion nécessaire dans une équipe est de mettre en avant les difficultés engendrées par une absence à travers le report de tâches sur les autres personnels. Cette dernière action se fait généralement de façon automatique au sein du service entre les agents. Néanmoins, le rôle du cadre est là encore primordial afin de canaliser de telles discussions pouvant stigmatiser un agent.

Pour conclure sur la nécessité d'une organisation des soins plus rassurante, nous pouvons rappeler qu'une mesure simple est la rédaction par la direction de la qualité, en partenariat avec les équipes de soins, de protocoles de prise en charge. Cela évite les glissements de tâches en identifiant clairement quel est le rôle de chaque professionnel.

¹⁷ Voir annexe consacrée aux propositions de la Mission Cadres Hospitaliers.

Un protocole formalisé, en plus d'améliorer la qualité des soins en étant actualisé, rassure l'agent quant aux gestes qu'il est en train de réaliser et limite ainsi le stress professionnel.

2.2) Une attitude individuelle nécessitant un accompagnement personnalisé.

L'action globale contre l'absentéisme de courte durée est nécessaire, mais elle ne saurait régler le problème. Une action plus individualisée reste indispensable. Cette démarche personnalisée comprend un volet classique de gestion des ressources humaines et un volet de plus en plus émergent de prévention des risques.

- Une gestion des ressources humaines plus individualisée.

Longtemps, la gestion des ressources humaines fut globale et ne ciblait pas les agents. La main d'œuvre était considérée comme interchangeable car peu spécialisée. Aujourd'hui, le monde hospitalier, y compris non médical, nécessite des compétences techniques très pointues. De plus, la démographie des personnels de santé est actuellement des plus tendus. Aussi, la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé, comme dans les autres secteurs d'activités, s'est individualisée. Ce changement permet de mettre en place des processus pouvant réduire l'absentéisme de courte durée.

Cette gestion individualisée doit suivre toute la carrière de l'agent et à commencer par son intégration dans l'établissement. Ce moment est important pour lui inculquer la culture de l'établissement et le motiver, ce qui pourra limiter un « absentéisme de soupape ». Deux mesures doivent être mises en œuvre.

Premièrement, formaliser une journée d'accueil des nouveaux arrivants. Celle-ci doit regrouper un certain nombre d'agents tout en évitant que cette réunion n'arrive plusieurs mois après la prise de poste. C'est pourquoi, les deux moments privilégiés sont les recrutements de sortie d'IFSI. La journée d'accueil ne doit pas être une succession de présentations sur la sécurité incendie ou la sécurité des personnes, bien que ces thématiques soient importantes et doivent être abordées par un autre canal. L'enjeu est davantage que le professionnel se repère dans les enjeux et le projet de l'établissement. Dans ce sens, l'hôpital Necker – Enfants Malades a réformé en 2008 cette journée qui est introduite pendant 1h30 par le directeur lui-même. Le but est de faire partager aux agents des valeurs communes ce qui leur permet d'avoir un point d'ancrage dans un monde hospitalier particulièrement mouvant.

La seconde action lors de l'intégration de l'agent est justement de lui fixer une date d'échéance. Beaucoup d'établissements utilisent des contrats à durée déterminée de façon successive. Cette solution évite une titularisation et permet une plus grande flexibilité de la masse salariale. A l'inverse, il s'agit d'une grande source de stress pour le personnel n'étant jamais fixé sur son avenir. L'allongement de cette période de précarité favorisera d'autant plus la décompensation à travers un absentéisme de courte durée une fois la titularisation obtenue. Ainsi, l'établissement peut se fixer en interne des limites sur la durée et le nombre de contrat à durée déterminée avant une mise en stage ou le passage en contrat à durée indéterminée.

Ceci nous permet de mettre en exergue l'importance dans une gestion des ressources humaines personnalisée de la création de perspectives de carrière. L'absentéisme de fin de carrière peut venir d'une absence de perspectives. Le phénomène est le même pour les jeunes agents si leur carrière est monotone ou linéaire. Cette thématique rend nécessaire la mise en place d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences afin de créer des filières de carrière.

La création de ces perspectives peut être diverse. Il peut tout d'abord s'agir d'une offre intéressante de formation continue dispensée par l'établissement ou en partenariats avec des structures d'enseignement supérieur. Cela motivera l'agent qui sentira qu'il évolue dans son métier en acquérant de nouvelles compétences. Mais, cette solution arrive vite à une impasse. Ces nouvelles connaissances mises en pratique ne seront pas forcément valorisées. La direction peut repérer un cadre de proximité et le nommer faisant fonction de cadre supérieur, voire de cadre paramédical de pôle. Par contre, la valorisation financière ne sera pas là faute de changement de catégorie d'emploi. De ce fait, la direction peut inciter les agents à se lancer dans des études promotionnelles, malgré le coût financier et la perte temporaire de personnes compétentes que cela représente pour l'établissement.

Enfin, si les agents ne souhaitent pas recevoir une nouvelle formation théorique, des perspectives de carrière peuvent leur être proposées à travers une mobilité au sein du pôle clinique. Cette dernière solution présente aujourd'hui un intérêt certain en terme de gestion des ressources humaines. Néanmoins, elle est parfois difficile à mettre en place car une tension arrive rapidement entre polyvalence du personnel non médical et hyperspécialisation des personnels médicaux et des gestes techniques à réaliser.

En plus de créer des perspectives de carrière, d'autres techniques de motivation et de fidélisation du personnel sont à intégrer afin de lutter contre l'absentéisme de courte durée. Il peut s'agir d'une approche donnant-donnant dans la gestion des plannings et des tâches. Par exemple, une infirmière acceptera d'aller dans une unité où les soins sont réputés plus difficiles si le cadre de proximité prend en compte ses contraintes personnelles, comme la distance de son trajet domicile-travail ou des problèmes de crèche, en fixant ses horaires de travail. Une possibilité pour les établissements en ayant financièrement la possibilité est de limiter ces contraintes personnelles en créant ou agrandissant une crèche hospitalière et en ouvrant à davantage de personnels son parc immobilier.

Finalement, la réduction du turn over du personnel constitue également un outil permettant de limiter l'absentéisme de courte durée et pouvant engendrer une démarche personnalisée. Ceci commence par le processus de recrutement qui doit veiller à ne pas aboutir à une surqualification du personnel qui accroîtrait sa frustration. De même, la rédaction de fiches de postes doit être systématique et très claire afin de limiter au maximum le risque de glissement de tâches. Enfin, la motivation de l'agent doit être une priorité lors des entretiens d'évaluation. Ce sont ces mesures de gestion personnalisée des ressources humaines qui motivent et fidélisent le personnel réduisant par la même l'absentéisme de courte durée. C'est pourquoi, elles ont été adoptées par les « magnets hospitals » aux Etats-Unis, c'est-à-dire les établissements les plus attractifs pour les agents.

- **Une prévention des risques physiques et psychologiques auxquels les agents sont exposés.**

Au-delà de ces outils personnalisés mais assez classiques, la gestion des ressources humaines s'est tournée vers la prévention des risques professionnels. Il s'agit toujours d'une approche individualisée car l'évaluation des risques professionnels est réalisée au niveau du poste de travail de chaque agent et prend en compte sa situation spécifique. Ce nouvel intérêt a deux raisons principales. Une raison éthique pour l'employeur qui ne saurait mettre en danger son personnel sur son lieu de travail. C'est pourquoi l'article L 230-2 du code du travail rappelle que « le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique » de ses agents. Il s'agit d'une manière de réduire les absences dues aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. Mais, cette politique permet d'éviter aussi de courts arrêts liés à des accidents du travail mineurs ou à une fragilisation du personnel revenant d'une absence de longue durée. La prévention des risques professionnels recouvrent deux

volets : la lutte contre les risques physiques qui est déjà largement intégrée dans la réglementation, et l'attention face aux risques psychologiques.

En ce qui concerne la prévention des risques professionnels, les interlocuteurs, documents réglementaires et initiatives ne manquent pas. Deux interlocuteurs privilégiés existent en la matière. Il s'agit du service de santé au travail, régi par le décret du 16 août 1985 dans la fonction publique hospitalière, et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) créé par la loi du 23 décembre 1982. Le premier doit prévenir les risques physiques à travers l'osculation des agents et l'adéquation de leur santé avec leur poste ou leurs horaires de travail, ce qui peut aboutir à une proposition d'aménagement de poste. Il établit aussi un rapport annuel d'activité, une fiche d'entreprise et un plan annuel d'activité en milieu de travail. Le CHSCT est quant à lui informé de toutes les actions menées, fait l'analyse des conditions de travail et des risques professionnels, doit développer la prévention par des actions de sensibilisation et d'information et peut demander des visites d'inspection pour vérifier le respect des règles réglementaires et législatives ou des mesures de prévention préconisées. Enfin, certains établissements, lorsqu'ils en ont l'opportunité, ont embauché un ingénieur spécialisé en prévention des risques professionnels. Cela est notamment le cas de l'hôpital Necker – Enfants Malades.

Au niveau des documents exigés par la réglementation, bien que le Plan santé au travail 2005-2009 ait mis cette question en exergue, de nombreuses exigences étaient déjà mises en place. Tout d'abord, l'établissement a l'obligation de créer un document unique des risques professionnels (DU) depuis un décret du 5 novembre 2001. Ce décret est l'application de la loi du 31 décembre 1991 transposant en droit français la directive du Conseil des Communautés européennes du 12 juin 1989 visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail des travailleurs. Ce DU doit recenser l'ensemble des risques en les classant selon la fréquence de survenue des situations dangereuses, le degré de gravité des conséquences et une échelle de criticité prenant en compte les moyens de protection mis à disposition des personnels. Cette analyse a priori des risques doit être réalisée pour chaque « unité de travail » mais exclu le risque amiante traité à part dans le Dossier Technique Amiante (DTA). Sur la base de ce document exhaustif, les points les plus sensibles sont identifiés.

Conformément à la réglementation, le DU de l'hôpital Necker – Enfants Malades a été réactualisé en juin 2009. Les risques élevés signalés dans le DU 2009 sont par exemple la nécessité d'opération de mise en conformité incendie dans un bâtiment, la nécessité de respecter les bonnes pratiques de manipulation des substances dangereuses dans les

laboratoires ou de reconfigurer de façon ergonomique les postes de travail dans le magasin médical. Nous voyons bien que nous sommes dans une action individualisée, et non plus seulement globale, pour réduire l'absentéisme de courte durée.

Les points sensibles font ensuite l'objet d'un plan correctif à travers le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT). Il est à noter que dans le PAPRIPACT 2008/2009 de l'AP-HP, il a été retenu de « définir une méthodologie d'analyse standard de l'absentéisme et rechercher les pistes d'actions mutualisables, notamment à partir des travaux mis en œuvre dans plusieurs hôpitaux ». Concernant des actions concrètes, le PAPRIPACT de l'hôpital Necker – Enfants Malades retient comme action, par exemple, de « renforcer la prévention des risques infectieux » en améliorant la « sensibilisation des personnels sur l'importance du port de la tenue et des protections individuelles adaptées à l'activité ».

A partir de ces exigences réglementaires, l'établissement peut localement décider de s'engager plus fortement dans cette démarche en concluant un contrat local d'amélioration de la santé et de la sécurité au travail (CLASS) ou un contrat local d'amélioration des conditions et des relations de travail (CLACT). Il s'agit de sommes allouées par l'agence régional d'hospitalisation (ARH), sur les crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), pour des actions précises comme la lutte contre les lombalgies devant, selon la circulaire DHOS/P1/DGAS/5C/2007/123 du 26 mars 2007, être en lien avec le projet social de l'établissement, le volet social du contrat d'objectifs et de moyens ainsi qu'avec les documents spécifiques cités ci-dessus.

Les actions prioritaires sont : la réduction de la pénibilité du travail, la santé au travail et la prévention des risques professionnels, l'accompagnement et le soutien des mobilités fonctionnelles et professionnelles des agents, la mise en place de processus expérimentaux d'organisation susceptibles d'améliorer les rythmes de travail pour faciliter l'exercice professionnel, l'amélioration de l'organisation et des relations dans les unités et les pôles de travail, l'amélioration de l'articulation entre vie professionnelle et vie familiale, la prévention de la violence. En ce qui concerne les CLASS, l'hôpital Necker – Enfants Malades a reçu une aide en 2007 pour aménager les réserves, lingerie et buanderies de service afin d'améliorer les conditions de travail. Le CLACT 2008 prévoit quant à lui l'optimisation des horaires de la crèche du personnel pour permettre une meilleure articulation vie professionnelle – vie familiale.

A travers ces nombreux documents et les échanges entre les différents interlocuteurs concernés, des initiatives innovantes peuvent émerger. La plupart de ces actions ont clairement comme conséquence de limiter l'absentéisme de courte durée en se préoccupant de l'individu. Par exemple, un ergonome peut être embauché afin de travailler à l'adéquation des postes de travail et de former les agents aux bonnes postures à adopter. Dans ce sens, des « écoles du dos » sont parfois créées. Il s'agit d'une initiative souvent prisée par les personnels et les partenaires sociaux. Une autre solution pour réduire les troubles musculo-squelettiques (TMS) consiste à se doter d'un lève malade. De même, une étude peut être lancée sur l'optimisation des déplacements des personnels soignants lors des soins. Enfin, il peut être envisagé de proposer une vaccination antigrippale, y compris aux personnels administratifs et techniques, puisque cette maladie est une grande source d'absentéisme en période hivernale.

En ce qui concerne l'hôpital Necker – Enfants Malades, une réflexion est en cours sur la création d'une formation à la manutention des charges et à l'ergonomie car il est ressortit du document unique que les agents ne connaissent pas suffisamment les règles de protection ou que leurs pratiques sont obsolètes. Un autre aspect de prévention des risques physiques très développé dans cet établissement est la lutte contre les produits cancérigènes de la classe CMR. Une importante réduction de leur utilisation a pu être obtenue grâce à l'action d'un chargé de mission sur les risques chimiques et l'écologie hospitalière et la centralisation des cytostatiques à la pharmacie à usage intérieure (PUI). De même, une unité de radioprotection veille scrupuleusement au suivi de la dosimétrie et au zonage précis des zones réglementées ou des zones contrôlées à travers l'action d'une personne compétente en radioprotection (PCR) et d'un radiophysicien. Toutefois, il est certain que si cette gestion des risques vise à limiter la fréquence et la gravité du risque, elle ne saurait l'éliminer complètement.

Mais, la prévention des risques ne doit pas se limiter à son aspect physique. L'absentéisme de courte durée peut également être réduit en s'intéressant au risque psychologique subi par les agents. Cette action est même devenue une obligation légale depuis la loi du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale. Ce risque fait appel à la notion de charge mentale emmagasiné par le personnel et pouvant aboutir à une souffrance au travail. Ce phénomène peut déboucher sur de l'absentéisme de courte durée qui devient de longue durée lors de l'apparition d'un burn out. Il est à étudier avec attention en milieu hospitalier car paradoxalement, les personnels hospitaliers sont souvent moins attentifs à leur propre santé que la moyenne. Afin de juguler ce problème, l'hôpital Necker – Enfants Malades a mis en place en 2005 un Groupe de travail appelé « Press Next » relatif à la lutte contre la souffrance au travail et qui a élaboré en 2009 un

plan d'action. Par exemple, un des objectifs fixés est de « soutenir et aider les cadres à faire face aux difficultés liées à leur fonction ». Pour se faire, la direction des soins a créé un dispositif d'analyse des pratiques et un coaching individuel des cadres.

D'autres actions concrètes peuvent en effet être mises en œuvre. Par exemple, la consultation obligatoire à la médecine du travail peut davantage s'axer sur la prévention du risque psychologique si le médecin du travail est engagé dans cette concertation. De même, si l'établissement le peut, un poste de psychologue du travail permet de structurer la réponse à ce risque. Celui-ci peut par exemple mettre en place et animer dans les services des groupes de parole collectifs ou bien recevoir individuellement les agents nécessitant un suivi plus rapproché.

Enfin, il est à noter que le risque psychologique est particulièrement important dans le milieu hospitalier à cause du stress suscité par la peur de l'erreur. C'est pourquoi, une action que la direction de la qualité peut mettre en œuvre est justement d'instaurer une culture du droit à l'erreur dans la gestion des événements indésirables. La non stigmatisation d'un agent et la réflexion systémique sur les causes d'une erreur sont à la fois plus efficace en terme de politique qualité et plus sain vis-à-vis du risque psychologique subi par les agents.

2.3) Malgré des difficultés classiques, l'hôpital Necker s'est doté des moyens de réussir sa politique de réduction de l'absentéisme de courte durée.

Même si elles méritent d'être rappelées, et que de nouvelles émergent régulièrement, les grandes lignes de la lutte contre l'absentéisme de courte durée sont connues depuis longtemps. Aussi, nous pouvons nous demander pourquoi ce phénomène perdure. Forte de ce constat, la direction des ressources humaines de l'hôpital Necker – Enfants Malades a fait l'hypothèse que cet échec vient en partie d'un problème de méthode. Traiter de front et exhaustivement l'absentéisme, même par des actions non répressives comme la prévention des risques, ne semble pas la bonne option. L'établissement a donc mis en place une méthode expérimentale intéressante basée sur la persuasion. Le déploiement du plan d'action étant en cours, nous ne saurions faire ici une évaluation de l'impact de cette méthode. Néanmoins, nous pouvons déjà pointer certaines limites propres au site, mais qui ne paraissent pas insurmontables.

- **Expérimentation et persuasion, la stratégie originale de l'hôpital Necker.**

L'absentéisme de courte durée étant un sujet particulièrement sensible, il est apparu nécessaire à la direction de l'établissement de faire objectiver la situation par un organisme extérieur gage de sa neutralité. Dans le cadre de la réflexion plus large menée par l'AP-HP, une collaboration est ainsi née avec l'ARACT Ile-de-France. Cette dernière a rendu fin 2007 une étude quantitative assortie d'un plan d'action. Ce recours à l'audit externe est des plus communs pour ce type de problématique. Néanmoins, l'utilisation qui en est faite par la direction des ressources humaines est pour le moins originale au regard des expériences des autres établissements approchés.

L'objectif premier a été de scinder le plan d'action en deux parties : un plan d'action global comprenant des mesures que la DRH peut mettre en œuvre seule et de façon identique sur tout le site, et un plan d'action spécifique pour certains services pilotes. L'intérêt d'une telle approche est double. Elle permet tout d'abord de prendre en compte les problématiques très particulières de certains services, comme l'hématologie où le temps de formation est très long ce qui rend l'absence difficile à gérer ou bien la crèche du personnel qui connaît un fonctionnement particulier à la fois partie de l'hôpital mais se ressentant comme une entité déconsidérée. Mais, cette approche duale met aussi en exergue que les problèmes n'émergent pas seulement de l'encadrement de proximité et que la DRH reconnaît sa part de responsabilité et est consciente que des marges de manœuvre ou de réforme sont aussi possibles à son niveau.

La deuxième originalité du plan d'action proposé par l'ARACT Ile-de-France est de pallier au défaut principal des plans de lutte contre l'absentéisme : le catalogue à la Prévert. En effet, nous avons vu ci-dessus la complexité du phénomène de l'absentéisme de courte durée et la multitude d'outils actuellement à la disposition des directions. Or, toutes les mesures n'ont pas la même valeur et ne sont pas aussi facilement acceptables par le personnel ou faisables techniquement. C'est pourquoi, bien que retraçant toutes les actions nécessaires, ce plan d'action les classe selon deux critères : l'échéance et la priorité. La priorité 1 est accordée à une action qui produit en elle-même des effets ou qui représente un point d'appui fort pour faciliter le déclenchement d'autres actions. Il s'agit par exemple de l'action visant à instaurer un management par objectifs. La priorité 2 est réservée aux actions à mettre en œuvre dans un second temps car leur effet sur l'absentéisme est moins direct, comme l'instauration de contre-visites médicales. L'échéance 1 correspond à une action devant être mise en place dans les 6 premiers mois du lancement du plan d'action, par exemple les entretiens de retour d'absence. Alors que l'échéance 2 laisse un délai de 12 à 18 mois, comme la création d'espaces de dialogue interservices sur l'absentéisme.

Nous voyons bien que déjà l'approche théorique de l'hôpital Necker – Enfants Malades est originale. Mais, l'originalité est plus remarquable encore sur le plan de son pilotage opérationnel. Tout d'abord, afin de tenter d'obtenir l'adhésion de tous, un comité de pilotage (COPIL) élargi a été mis en place réunissant le directeur des ressources humaines, le coordonnateur général des soins, les représentants du personnel, des services de soins, les médecins du travail et des gestionnaires de la DRH. De plus, la mise en œuvre concrète du plan d'action a été confiée à la conseillère en ressources humaines. Ce choix s'avère intéressant dans la mesure où le rôle de cette conseillère n'est pas d'être dans la gestion administrative des ressources humaines mais davantage dans l'accompagnement de projet, l'application du répertoire des métiers et de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Nous voyons donc qu'un tel projet a été confié à une personne ayant plutôt une approche managériale des ressources humaines.

Or, ce point est important puisque l'originalité majeure de l'expérience de l'hôpital Necker – Enfants Malades est justement d'aborder l'application de ce plan d'action sous l'angle de l'expérimentation et de la persuasion. Ainsi, il a été décidé de ne pas appliquer unilatéralement et de façon globale le plan d'action à l'ensemble du site. Certaines actions sont bien entendues générales comme la revue de certaines procédures internes à la DRH quant au traitement des absences. Mais, le plan d'action est surtout expérimenté dans quatre services très différents de l'établissement : la crèche du personnel, le service d'hématologie adulte, le service d'imagerie adulte et le service de chirurgie viscérale pédiatrique. L'objectif est de démontrer l'efficacité pratique des mesures proposées afin que les cadres des autres services fassent la démarche volontariste de rentrer peu à peu dans ce dispositif. La contrepartie est une attention accrue nécessaire aux débuts des actions car la moindre erreur discréditerait le projet.

Mais, en plus d'avoir fait le choix de l'expérimentation et de la persuasion, la DRH de l'établissement a décidé de faire le choix de l'autonomie des acteurs. De cette façon, ce sont les services eux-mêmes qui sélectionnent une ou deux actions à la fois pour les mettre en œuvre. Ensuite, le service doit constituer un groupe de travail intégrant nécessairement des personnels médicaux. La DRH, notamment la conseillère en ressources humaines, n'agit qu'en accompagnement et n'est surtout pas là pour juger l'action du service ou tenter d'imposer une stratégie. Le rôle de la DRH est bien de travailler selon une méthode de conduite de projet en réunissant les personnes compétentes et en les coordonnant. Le relais entre les quatre services et la DRH est assuré par la mise en place d'une fiche de suivi standard des actions et par un reporting

régulier devant le COPIL. De plus, pour les actions relatives aux conditions de travail, les services peuvent s'appuyer sur l'ingénieure en risques professionnels de la DRH.

Ainsi, les services ont choisi des thèmes très différents. Le service d'imagerie adulte a décidé d'attaquer le problème de l'absentéisme par l'angle de la qualité des soins en choisissant une action de prévention des risques liés au manque d'hygiène, mais aussi sous l'angle des conditions de travail en travaillant sur l'amélioration de la prise de rendez-vous qui entraîne beaucoup de stress chez les agents administratifs du service. En contrepartie de ce travail, le bureau dédié à la prise de rendez-vous a été reconfiguré avec l'aide d'un ergonome. La crèche du personnel a choisi d'axer sa réflexion sur la gestion des plannings des agents afin de mieux lisser la charge de travail. La chirurgie viscérale pédiatrique a mis en place une fois par semaine un moment d'écoute avec une psychologue et instauré des réunions périodiques entre le cadre et l'équipe paramédicale. Par contre, en raison du départ de la cadre de santé, la démarche a du mal à démarrer dans le service d'hématologie adulte. L'objectif est d'évaluer à trois et six mois l'impact de ces mesures, d'en choisir de nouvelles, de faire entrer d'autres services dans le processus et de globaliser les actions qu'il est possible de généraliser.

Grâce à cette expérience, l'hôpital Necker – Enfants Malades est un des établissements pilotes participant à un groupe de travail du siège de l'AP-HP consacré à l'absentéisme de courte durée. Le but de ce groupe de travail est de faire un état des lieux des mesures efficaces prises dans les établissements et qui pourraient être généralisées et de définir des indicateurs standardisés en matière d'absentéisme de courte durée, ce qui suppose au préalable de s'entendre sur une définition temporelle puisque nous avons vu que cela pose un problème actuellement, y compris entre centres hospitaliers universitaires. Ce groupe est issu d'un point du PAPRIACT central de l'AP-HP. Les réflexions de ce groupe de travail doivent faire l'objet d'un point d'étape en novembre prochain lors d'un CHSCT central et des conclusions devront être ensuite rapidement remises.

- **Des difficultés classiques mais pas insurmontables.**

Compte tenues de l'originalité de la démarche et de la volonté affichée par la DRH, nous pourrions penser que pour ce plan d'action sur l'absentéisme de courte durée réunit toutes les conditions nécessaires à sa réussite. Malgré tout, nous pouvons d'ores et déjà identifier des difficultés, certaines classiques d'autres plus spécifiques à l'établissement, freinant cette démarche. Néanmoins, nous pouvons affirmer qu'à l'heure actuelle, ces écueils ne menacent en rien le résultat du projet et peuvent être réglés.

Les difficultés classiques lors de ce genre de projet se rapportent globalement au positionnement plus ou moins facilitateur des partenaires sociaux. En l'espèce, ces derniers ne semblent pas particulièrement bloquants. Le plan d'action a été présenté au CHSCT local au mois de juin dernier. Cela n'a pas entraîné de revendications particulières malgré quelques craintes quant à certaines mesures comme l'entretien de retour d'absence. Mais, les partenaires sociaux n'ont pas pour autant endossé le rôle de facilitateur. Ici, la situation est assez contradictoire avec celle du groupe de travail du siège de l'AP-HP.

En effet, les représentants du personnel de l'hôpital Necker – Enfants Malades refusent de participer au COPIL suivant la mise en œuvre du plan d'action. De plus, ils se sont montrés très réticents au recours à un prestataire extérieur pour objectiver la situation. De même, de façon assez attendue, les représentants syndicaux réfutent la priorisation des actions effectuée par la DRH et l'ARACT Ile-de-France. Cette proposition mélange des actions très diverses comme le rappel des règles pour justifier de son absence ou des actions ergonomiques. Or, les syndicats de l'établissement ont tendance à réduire l'absentéisme de courte durée au seul reflet des conditions de travail et du manque d'effectif.

Cette position du « ni-ni », ni opposition ni participation, des syndicats se révèle paradoxale avec les méthodes au sein du groupe de travail du siège de l'AP-HP. Lors des réunions de ce dernier, les partenaires sociaux sont systématiquement présents et se trouvent dans une position clairement constructive.

Au-delà de cette difficulté somme toute assez classique, des difficultés plus spécifiques à l'établissement peuvent se faire ressentir et limiter l'efficacité du plan d'action. Tout d'abord, une contrainte partagée par la plupart des établissements publics de santé mais très prégnante actuellement à l'AP-HP : la contrainte financière. Le Directeur Général de l'AP-HP a mis en place une Mission Efficience afin de répondre à l'impératif de retour à l'équilibre financier de l'institution pour 2012.

Cette mission calcule le potentiel théorique d'économies réalisables par établissement si celui-ci se comportait comme le premier quartile des établissements les plus performants dans tous les domaines (cliniques avec les taux d'occupation, logistique avec le budget de nettoyage, ou de ressources humaines avec les ratios de personnel). Ensuite, s'engage un dialogue entre l'établissement et la Mission Efficience lors des conférences stratégiques et doit aboutir à une trajectoire financière 2010-2014 de retour à l'équilibre

pour chaque site grâce à des actions structurantes et des actions plus ponctuelles visant essentiellement des économies d'exploitation courante.

Or, la mise en œuvre du plan d'action sur l'absentéisme de courte durée entre dans cette contrainte. Nous avons vu qu'il existe un intérêt financier à réduire l'absentéisme. Néanmoins, certaines des actions les plus importantes sont également sources de dépenses conséquentes. Il en est ainsi de la mise en place de perspectives de carrière qui doit entraîner un budget de formation continue à la hauteur de ses ambitions. Le service de formation continue a en effet une activité très variable. Ainsi, si en 2008, les journées de formation ont cru de 20% par rapport à 2007, elles étaient passées de 7144 journées en 2006 à 6462 jours en 2007. Par contre, un point positif est l'accroissement (+86%) des jours d'adaptation à l'emploi.

De même, l'amélioration des conditions matérielles de travail a un coût en personnel des services techniques ou en équipements comme des lèves-malades. Il faut donc valoriser ces dépenses et normalement effectuer un raisonnement coûts-avantages. Or, si le coût de ces actions est certain et quantifiable, les avantages de chaque mesure en terme d'impact sur l'absentéisme est aléatoire. Aussi, le risque existe de ne pas mettre en œuvre de telles mesures et de se contenter des actions de management ou de revue des processus de la DRH.

L'autre difficulté, cette fois-ci extrêmement liée au site, est la difficulté de l'acceptation par le personnel de ce plan d'action dans des conditions de travail dégradées. En effet, après des accidents médicaux médiatisés, le Directeur Général de l'AP-HP a pris la décision de fermer par anticipation l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Sa partie pédiatrique doit être reprise par l'hôpital Necker – Enfants Malades. L'établissement doit aussi gérer la reprise partielle de l'activité de l'Institut de puériculture de Paris en ce qui concerne ses activités obstétricales et de néonatalogie.

Le choc de cultures très différentes selon l'origine des personnels et la nécessité d'accueillir de nouvelles activités dans un espace limité peut s'avérer difficile au quotidien pour le personnel. Celui-ci peut donc percevoir comme mal venu l'application d'un plan d'action visant à réduire l'absentéisme. En effet, dans l'imaginaire du personnel, cette action sera vite comprise comme une tentative de lutter contre ce qui est perçu par la direction comme de l'absentéisme de confort ou de la paresse. Cette situation sera d'autant plus difficile que cet accueil doit se faire sur un site en pleins travaux de construction du nouveau bâtiment Laennec qui accueillera en 2012 la maternité, les urgences et une grande partie de la pédiatrie.

Aussi, si le problème des conditions matérielles de travail sera en grande partie réglé fin 2012, d'ici là les tensions risquent d'être très vives car cet accueil sur un site en chantier va entraîner de nombreuses roades, y compris sur d'autres sites de l'AP-HP pour 2 ans. Ce climat semble guère encourageant. Aussi, il semble nécessaire de mettre en œuvre rapidement ce plan pour que certaines mesures structurelles, comme l'entretien de retour d'absence, soient effectives et entrées dans les habitudes avant l'arrivée des équipes de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

Finalement, si nous devons revoir la conduite du projet en fonction des difficultés exposées ci-dessus, nous pourrions proposer :

- de finaliser et de généraliser le plus rapidement possible les tableaux de bord par pôles et services faisant état des principaux indicateurs sur l'absentéisme. En effet, pour motiver les services de soins, il est nécessaire de leur faire comprendre tout de suite l'état de la situation. De plus, la mise en place des indicateurs permettrait de quantifier l'impact des actions coûteuses afin de les préserver malgré les nécessités de la contrainte financière.
- de généraliser et de communiquer fortement sur les entretiens de retour d'absence. Cette accélération du planning paraît nécessaire compte tenu de l'impact sur le moral du personnel de l'arrivée des équipes de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul et des roades nécessaires à cette opération.
- de travailler dès à présent (malgré la priorisation en échéance 2) sur certaines actions propres à la DRH, comme le rappel des règles de procédure en cas d'absence. Compte tenu du fait que certains services ont du mal à avancer sur le thème de l'absentéisme, il est nécessaire que la DRH montre l'exemple en la matière.

Conclusion

« La volonté est deux fois raison : raison d’agir et rationalité du moyen d’agir » (Maurice PRADINES, 1874-1958, Traité de psychologie générale). Cette citation du philosophe français Maurice PRADINES traduit parfaitement la démarche de l’hôpital Necker – Enfants Malades. Alors que la lutte contre l’absentéisme de courte durée est parfois vue comme un puits sans fond, l’établissement s’est doté de la volonté de réagir. Raison d’agir d’abord avec une analyse fine de la situation. Mais aussi, rationalité du moyen d’agir en développant un plan d’action à la méthodologie originale. Cet exemple remet en cause la fatalité face à l’absentéisme de courte durée du PNM.

Néanmoins, si l’optimisme est de vigueur, il convient de ne pas tomber non plus dans l’illusion. L’absentéisme zéro n’existera jamais. La suspicion étant reine, il sera toujours délicat de distinguer absence justifiable, comme cela est actuellement prévisible dans le cadre de l’épidémie de grippe A / H1N1¹⁸, et absentéisme. Il est également impossible que les actions mises en place résolvent l’ensemble des situations individuelles, parfois très complexes.

En tout cas, le travail effectué par la DRH de l’hôpital Necker – Enfants Malades part sur des bases méthodologiques solides et démontre à nouveau que l’absentéisme du PNM ne constitue plus un tabou. La situation n’est pas pour autant similaire en ce qui concerne le PM. Bien que le phénomène de l’absentéisme de courte durée concerne moins cette catégorie de personnel, il existe tout de même.

Mais, pour l’instant, les premiers travaux dans ce domaine s’attèlent essentiellement aux causes psychologiques en se concentrant sur l’accroissement du stress professionnel et des burn out parmi le PM. Si cette situation est en effet préoccupante, ces travaux, contrairement à ceux relatifs au PNM, occultent le plus souvent la dimension de gestion des ressources humaines.

¹⁸ Afin d’anticiper cette situation et de préserver la continuité des soins, les établissements doivent rédiger un plan de continuité d’activité (PCA).

Bibliographie

Mémoires EHESP

BRIZON Jean, *83 597 jours tous comptes faits : l'absentéisme du personnel non-médical du CHU de Nîmes*, promotion EDH 2002-2004.

CARIVEN Laurence, *Un enjeu important : la gestion de l'absentéisme au CHU de Clermont-Ferrand*, promotion EDH 2002-2004.

COURTAIS Anne, *De la maîtrise de l'absentéisme au développement du présentéisme*, promotion DESMS 2006-2007.

Dir. DUMOND et CHEROUTRE, *L'absentéisme, un enjeu de santé publique et de gestion*, Rapport MIP 2005.

LE HENANFF Guillaume, *A la recherche du temps perdu : opportunité et priorités d'une politique de prévention de l'absentéisme*, promotion EDH 2002-2004.

PIQUES Cécile, *Vers la mise en place d'une stratégie de maîtrise de l'absentéisme au centre hospitalier de Montauban*, promotion EDH 2002-2004.

Revue et articles de presse

BOYER Hélène, Absentéisme des personnels hospitaliers, *Revue hospitalière de France*, n°511, juillet-août 2006.

Caisse nationale d'assurance maladie, *Points de repère n°11 « Indemnités journalières »*, novembre 2007.

Collectif, Stress, burnout, risques psychosociaux à l'hôpital, in *La maîtrise des risques et la sécurité sanitaire au quotidien*, éditions Weka, Juin 2009.

DUTITRE Emilie et VANTELON Justyna, Evaluation des risques professionnels : expérience du GCSMS du centre de Picardie, *Revue hospitalière de France*, n°527, mars-avril 2009.

Les Echos du 14/09/2009, L'Etat va renforcer le contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires.

LOUBAT Jean-René, Usure professionnelle et mobilisation des personnels, *Gestions hospitalières*, mars 2009.

MARCOUX Brigitte, Gérer l'absentéisme, *Avantages*, février 2004.

Travail et changement n°300, janvier-février 2005 (magazine bimestriel de l'ANACT).

Ouvrages

CANOUI Pierre, MAURANGES Aline, *Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*, éd. Masson, 4^e édition, 2008.

DERENNE Odile, LAMY Yves, *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*, éd. EHESP, 9^{ème} édition, 2007.

Rapports et autres documents

ARACT Ile-de-France : *Etude-action sur les causes de l'absentéisme de courte durée à l'hôpital Necker – Enfants Malades et à l'hôpital européen Georges Pompidou*, septembre 2008.

Bilan social 2008 de l'hôpital Necker – Enfants Malades (AP-HP).

Bilan social 2007 de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Circulaire n°DHOS/P1/DGAS/5C/2007/123 du 26 mars 2007 relative à la mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les établissements publics de santé.

COUANAU René, *Rapport sur l'organisation interne de l'hôpital*, mars 2003.

Document unique des risques professionnels 2009 de l'hôpital Necker – Enfants Malades (AP-HP).

Ministère de la santé, *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières 2006*.

NASSE Philippe, LEGERON Patrick, *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, mars 2008.

Note du 18 mai 2009 de la DRH de l'AP-HP : Projet RH du Plan stratégique 2010-2014.

PAPRIPACT 2007-2008 et 2008-2009 de l'hôpital Necker – Enfants Malades (AP-HP).

Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers présidée par Chantal de Singly, septembre 2009.

Liste des annexes

- Tableau des absences autorisées par le statut de la FPH
- Exemple de fiche de suivi des actions
- Fiche de suivi de l'action « entretien de retour d'absence »
- Propositions de la Mission De Singly sur les cadres hospitaliers
- Plan d'action de l'hôpital Necker – Enfants Malades
- Stress professionnel et burn out à l'hôpital

TABLEAU RECAPITULATIF DES ABSENCES AUTORISEES

Congés annuels et autres	25 jours ouvrables auxquels s'ajoutent les RTT. Impossibilité de prendre plus de 31 jours consécutifs. Bonus pour congés hors saison ou congés fractionnés. Cong2 bonifié pour les personnes originaires des DOM-TOM. Autres : RTT, jours fériés, CET,...
Autorisations spéciales d'absence	5 jours pour mariage ou PACS, 3 jours pour naissance ou décès d'un conjoint-parent-enfant, état de grossesse (séances préparatoires à l'accouchement, congés d'allaitement,...), autorisation d'absence pour fêtes religieuses autres que catholiques, pour servir dans le corps des sapeurs-pompiers volontaires, pour les candidats à une fonction publique élective, pour l'exercice des fonctions publiques électives, pour formation, pour les parents d'élèves.
Congé parental	De droit par périodes de 6 mois renouvelables jusqu'aux trois ans de l'enfant.
Congé de maladie ordinaire	Certificat médical à fournir sous 48 heures, intégralité du traitement pour 3 mois puis demi-traitement pendant 9 mois (2/3 si l'agent a 3 enfants à charge), système de l'année de référence.
Congé de longue maladie	Durée maximale de 3 ans si la pathologie est fixée par arrêté ministériel. Accordé ou renouvelé sur avis du comité médical pour une période de 3 à 6 mois. Intégralité du traitement pendant 1 an puis demi-traitement pendant 2 ans.
Congé de longue durée	Droits ouverts qu'une seule fois dans la carrière pour des pathologies listées. Accordé ou renouvelé sur avis du comité

	médical pour une période de 3 à 6 mois. Plein traitement pendant 3 ans puis demi-traitement pendant 2 ans.
Congé de maternité	6 semaines avant et 10 semaines après l'accouchement pour les deux premiers enfants. 8 semaines avant et 18 semaines après pour le 3 ^{ème} enfant.
Congé d'adoption	10 semaines pour les 2 premiers enfants, 18 semaines pour les suivants.
Congé de paternité	11 jours consécutifs au plus, ou 18 jours si naissances multiples.
Accident du travail – Maladie professionnelle	AT doit être déclaré dans les 48 heures, commission de réforme juge de l'imputabilité au service, intégralité du traitement jusqu'à la reprise du travail. Cette rubrique inclut les accidents de trajet.

FICHE DE SUIVI

Plan d'action sur la réduction de l'absentéisme de courte durée

Nom du Pôle et du Service :

Chef de projet :

Groupe projet :

Action retenue par le groupe projet :

Objectif:

Professionnels du service participant à la mise en œuvre de l'action :

Actions à réaliser :

Dates :

-
-
-

Actions réalisées :

Dates :

-
-
-

Moyens de suivi et indicateurs :

FICHE DE SUIVI

Plan d'action sur la réduction de l'absentéisme de courte durée

Nom du Pôle et du Service : action transversale

Chef de projet : X

Groupe projet :

Membres du Comité de Pilotage

Action retenue par le groupe projet :

Organiser des entretiens de retour d'absence cf. Plan d'action global Necker - axe 1 action 2

Objectif:

- Faciliter la réintégration
- Décrypter certains facteurs d'absentéisme

Professionnels du service participant à la mise en œuvre de l'action :

X
X
X

Actions à réaliser :

Dates :

- Conduite des entretiens dans les 3 services de juillet à fin septembre 09
- Présentation des préconisations au groupe de travail « Absentéisme » DRH - AP HP et à l'ensemble des cadres de Necker en septembre 09

Actions réalisées :

Dates :

- 1^{ère} Formalisation du cadre de l'entretien de retour 11/05/09
- Présentation en Copil du cadre de l'entretien et enrichissement 22/06/09 -

Moyens de suivi et indicateurs :

Indicateurs quantitatifs : - évolution du nombre d'agents qui préviennent directement le cadre de leur absence / nombre d'agents absents.

- évolution des indicateurs d'absentéisme.

Indicateurs qualitatifs :

- réactions des agents à ces entretiens.

- réactions des cadres à ces entretiens.

Plan d'action sur la réduction de l'absentéisme de courte durée

Entretien de retour d'absence

Il s'agit de l'entretien de retour après arrêt maladie ou arrêt pour enfant malade.

Les retours après congés maternité, CLM/CLD, AT ou encore absences injustifiées avérées sont abordés dans un cadre différent.

Objectif de l'entretien :

- montrer à son collaborateur qu'on est attentif à sa reprise,

- être à l'écoute et identifier d'éventuelles difficultés afin d'apporter de l'aide ou d'orienter vers des personnes ressources,

- informer si besoin des démarches administratives,

- affiner l'analyse des causes de l'absentéisme au niveau collectif par une exploitation anonyme de ces entretiens.

Conditions de mise en œuvre de l'entretien de retour :

- quand : - le jour de la reprise (nécessité d'anticiper la reprise)

- par qui : - le cadre, le responsable hiérarchique

- où : - dans le bureau du cadre, dans tous les cas dans un lieu permettant une confidentialité.

- quelle durée : une dizaine de minutes maximum

Ce qui est abordé :

- tout d'abord et tout simplement, prendre des nouvelles du professionnel «comment allez-vous ? »
- si l'arrêt n'est pas saisi dans gestime, demander au professionnel s'il a fait toutes les démarches administratives (envoi de l'arrêt maladie...),
- s'il n'a pas prévenu le cadre de son absence, lui rappeler l'importance de le faire dès que possible (cela rassure, permet d'organiser les relais...),
- si besoin, le professionnel connaît-il les personnes ressources (médecin du travail, assistante sociale, psychologue du personnel...),
- si le cadre perçoit des signes majeurs d'incapacité à la reprise, l'orienter vers le médecin du travail,
- si les arrêts se répètent de façon objective (édition de gestime), question ouverte sur les difficultés particulières qui pourraient expliquer ces arrêts répétés

Ce qui n'est pas abordé :

- ce qui pourrait culpabiliser le professionnel ou banaliser son absence, par exemple, l'organisation du travail pendant son absence,
- demander à justifier un arrêt maladie,
- une évaluation professionnelle ou le projet professionnel : si cela est nécessaire, cela se fera lors d'un entretien autre dont l'objectif sera clairement énoncé.

Les propositions de la mission Cadres Hospitaliers

Pendant quatre mois, la mission a auditionné 133 personnes, réuni plus de 4000 cadres dans douze forum inter régionaux, discuté avec des groupes de cadres dans les hôpitaux; elle a ouvert un site internet pour les cadres hospitaliers qui a enregistré 23000 visiteurs 1100 inscrits et mobilisé plus de 500 contributeurs actifs. Elle a analysé les écrits de chercheurs, entendu des représentants des cadres, des directeurs, des médecins, des témoins.

De cette vaste consultation ressortent de nombreuses pistes pour répondre aux questions posées par la ministre, Roselyne Bachelot-Narquin sur le rôle, le positionnement, la formation et la valorisation des cadres hospitaliers. Les attentes sont grandes et les idées le sont aussi pour penser un nouveau modèle de « gestion » de l'hôpital et des cadres, où ceux-ci seraient pleinement reconnus, avec des champs de responsabilité élargis et se sentiraient en confiance pour conduire des projets et soutenir leurs équipes.

Le rapport de la mission explicite ces pistes en partant de l'évolution de l'hôpital et du rôle des cadres pour mettre en évidence le très fort besoin de nouvelles compétences et la manière d'y répondre. Les cadres, ainsi mieux recrutés et encore mieux formés, seraient plus écoutés dans les décisions stratégiques et disposeraient de marges plus grandes pour agir. Ces cadres devraient aussi bénéficier de carrières plus adaptées à ces responsabilités élargies.

En synthèse nous présentons ici trente six propositions concrètes qui nous semblent permettre d'engager une véritable politique de l'encadrement et donner aux cadres hospitaliers un signal fort. Si toutes les actions relèvent d'une impulsion nationale, elles s'adressent à différents niveaux, celui des établissements, le niveau régional et le niveau national. Certaines intéressent les cadres hospitaliers en général et d'autres concernent une partie d'entre eux ; tout en cherchant les dimensions communes à tous les cadres hospitaliers, la mission n'a jamais cherché à gommer les écarts de niveau de responsabilité ou de champ d'action des différents cadres. Comme nous l'avons toujours dit en conclusion des rencontres interrégionales, les propositions s'adressent aussi aux cadres eux-mêmes. Ce sont eux qui avec la clairvoyance et le sens des négociations qu'ils manifestent savent comment faire bouger les organisations. Ce sont eux aussi qui les feront évoluer pour qu'ils s'y retrouvent mieux.

1 - Pour une réelle politique managériale au sein de chaque établissement.

Les rôles et missions :

Proposition n°1 : définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement à savoir, les rôles et positionnements de l'ensemble de l'encadrement (y compris médical) et les circuits de décision.

Proposition n°2 : rendre effective la participation des cadres aux décisions qui concernent leurs domaines de responsabilité.

Proposition n°3 : revoir les organisations pour renforcer le rôle managérial des cadres en allégeant leurs tâches quotidiennes par une organisation des logistiques et du système d'information autour de leurs activités.

Le recrutement :

Proposition n°4 : prévoir pour la promotion interne, avant l'entrée en formation d'encadrement, une période de mise en situation organisée, accompagnée et évaluée.

Proposition n°5 : recruter les cadres de santé par concours sur titre circonscrit à un entretien professionnel après obtention du diplôme.

Proposition n°6 : recruter les attachés d'administration hospitalière sur liste d'aptitude à l'issue de leur formation à l'EHESP.

L'évaluation des pratiques managériales :

Proposition n°7 : supprimer la notation et fonder l'évaluation individuelle des cadres sur la mesure de l'atteinte des objectifs fixés chaque année.

Proposition n°8 : utiliser la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles pour développer les compétences managériales individuelles et collectives avec le soutien de la Haute Autorité en Santé.

Le projet managérial :

Proposition n°9: rendre obligatoire l'identification d'un projet managérial comme une des composantes du projet d'établissement afin de préciser les engagements de l'établissement en matière de politique de l'encadrement.

La représentation institutionnelle :

Proposition n°10 : créer un collège cadre au sein du Comité Technique d'Etablissement.

Proposition n°11 : établir une présence des représentants de ce collège cadre à la Commission Médicale d'Etablissement.

Proposition n°12 : favoriser la création d'espaces cadres.

L'évaluation de la politique managériale des établissements en matière de conduite d'une dynamique de l'encadrement :

Proposition n°13 : évaluer les chefs d'établissement sur leur politique managériale.

Proposition n°14 : inclure dans le référentiel de certification de la Haute Autorité en Santé un item sur l'implication des cadres hospitaliers dans les processus de décision.

2 - Pour une reconnaissance universitaire de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier.

Proposition n°15 : donner une dimension universitaire aux formations initiales des cadres, de santé, sages-femmes, techniques, administratifs et socio-éducatifs tout en garantissant leur dimension professionnelle.

Proposition n°16 : encourager des parcours universitaires pour les techniciens supérieurs hospitaliers et les adjoints des cadres hospitaliers ayant les responsabilités les plus lourdes.

Proposition n°17 : donner à la formation des cadres de santé une équivalence universitaire (60

ECTS au moins) permettant l'obtention d'un master dans un parcours de formation organisé incluant la validation des acquis de l'expérience.

Proposition n°18 : prévoir dès maintenant l'obtention d'un master pour les cadres de santé et les sages-femmes cadres en situation de cadre paramédical ou sage-femme de pôles.

Proposition n°19 : donner à la formation des attachés d'administration hospitalière une reconnaissance universitaire permettant l'obtention d'un master et prévoir pour eux un statut d'élève de l'EHESP.

Proposition n°20 : donner à la formation des cadres sages-femmes une reconnaissance universitaire niveau master.

3 - Pour une dynamique régionale du développement des compétences managériales et de soutien des cadres.

Les instituts supérieurs de management en santé :

Proposition n°21 : créer les Instituts supérieurs du management en santé, au niveau régional ou interrégional pour la formation initiale des cadres et le développement des compétences managériales de l'ensemble des managers hospitaliers (cadres, médecins managers et directeurs).

Une animation régionale des projets portés par les cadres :

Proposition n°22 : impliquer les institutions et acteurs régionaux concernés dans l'animation régionale des projets développés par les cadres des secteurs hospitalier, social et médico-social.

4 - Pour un accompagnement national des projets et des innovations conduits par les cadres.

Proposition n°23 : obtenir le soutien de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance à des projets de changements organisationnels conduits par les cadres.

Proposition n°24 : dédier des programmes hospitaliers de recherche clinique à la recherche en management impliquant des cadres.

Proposition n°25 : mobiliser la Haute Autorité en Santé sur le développement de la qualité du management et le soutien des évaluations des pratiques professionnelles en ce domaine.

Proposition n°26 : confier à l'EHESP une mission particulière sur l'animation du réseau des instituts supérieurs de management en santé (certification internationale, recherche, partage de l'information et de l'expertise) et conforter son rôle dans le développement des compétences des dirigeants hospitaliers.

5 - Pour valoriser les niveaux de responsabilités des cadres par les statuts et les rémunérations.

Proposition n°27 : s'appuyer sur la réforme des grilles indiciaires en cours dans les trois fonctions publiques pour revaloriser les statuts des cadres hospitaliers.

Proposition n°28 : renforcer l'indice de début de carrière des cadres de santé pour garantir un différentiel significatif de rémunération entre le cadre et les membres de son équipe.

Proposition n°29 : créer un statut d'emploi accessible aux cadres paramédicaux et cadres sages-femmes de pôles.

Proposition n°30 : instituer un statut d'emploi de conseiller d'administration hospitalière (accès à la hors échelle A) pour les AAH investis des fonctions d'encadrement les plus lourdes.

Proposition n°31 : réformer et améliorer le régime indemnitaire des cadres (intégrer l'atteinte des objectifs).

Proposition n°32 : mener une réflexion sur l'intéressement collectif dans les établissements.

Proposition n°33 : renforcer le niveau de NBI pour certains cadres hospitaliers.

6 - Pour porter et piloter les suites de la mission.

Proposition n° 34 : initier une série de recherches pour mieux situer les cadres hospitaliers et comprendre la spécificité des différents métiers de cadres hospitaliers.

Proposition n° 35 : créer un espace internet pour les cadres hospitaliers en prolongeant le site mis en place pour la mission.

Proposition n°36: mettre en place une démarche nationale de projet (avec un chef de projet) impliquant la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la Direction générale de l'action sociale, en lien avec les principaux acteurs institutionnels.

PLAN D'ACTION DE L'HOPITAL NECKER – ENFANTS MALADES

PLAN D'ACTION GLOBAL

AXE 1 : Management

	• Nature de l'action	• Objectifs	• Conditions de faisabilité	• Acteurs principaux	• Priorité, échéances
• Action 1	• Mettre en place un management par objectifs.	• Permettre aux professionnels de donner du sens à leur travail. • Permettre aux cadres de proximité d'évaluer et d'orienter le travail des collaborateurs.	• Volonté de la direction de redonner du sens à la contribution des différentes catégories de personnels.	• Direction. • Chefs de service. • Cadres.	• Priorité 1 • Echéance 2
• Action 2	• Organiser des entretiens de retour d'absence.	• Faciliter la réintégration ; • Décrypter certains facteurs d'absentéisme ; • Dans le cas des absences injustifiées, formuler un rappel à l'ordre.	• La mise en place d'entretiens de retour nécessite une réflexion préalable sur les conditions qui vont déclencher cet entretien : • nombre d'absences, • durée de l'absence, • anomalies de l'absence. • Par ailleurs, la mise en place de ce dispositif nécessite généralement un accompagnement formation au niveau des cadres.	• Le projet de mettre en place des entretiens de retour doit être géré au plus haut niveau par la ligne hiérarchique elle-même. • Cadres de proximité	• Priorité 1 • Echéance 1
• Action 3	• Instaurer des contre-visites médicales.	• Plus que de pénaliser les absences de confort, il s'agit de rassurer les présents sur le fait que l'organisation réagit aux abus. • Permettre d'avoir une évaluation solide des causes de l'absentéisme (prévenir les risques psycho-sociaux).		• DRH • Cadres.	• Priorité 2 • Echéance 2
• Action 4	• Encourager le présentéisme afin de donner à l'encadrement une première marge de manœuvre pour la gestion d'équipe. • Communiquer sur le mode de calcul de la prime de service.	• Permettre une reconnaissance du travail effectué par les collaborateurs présents, • Motiver les autres, • Permettre à l'encadrement d'avoir des marges de manœuvre pour une reconnaissance du travail bien fait et participatif.	• Associer organisations syndicales.	• DRH • Cadres • Organisations syndicales	• Priorité 2 • Echéance 2
• Action 5	• Recréer du « lien » entre les professionnels et l'encadrement de proximité par la mise en place de réunions ciblées sur la résolution de problèmes.	• Faciliter les échanges avec les cadres de proximité sur les préoccupations de leurs équipes.	• Rendre les professionnels disponibles pour aller aux réunions. • Les cadres doivent être également demandeurs. • Solliciter si nécessaire un intervenant extérieur au service.	• Personnel d'un même service. • Cadres de proximité.	• Priorité 1 • Echéance 1
• Action 6	• Produire des indicateurs sur l'absentéisme.	• Donner des points de repères réguliers sur l'absentéisme sur toutes ses formes. • Fournir des éléments pour mieux sensibiliser les collaborateurs aux conséquences des absences.	• Identification des besoins réels et des indicateurs pertinents. • Elaboration d'un système d'information, facilement mobilisable.	• DRH, • Direction de service, • Direction informatique. • Médecin du travail.	• Priorité 1 • Echéance 1
• Action 7	• Améliorer la communication entre les responsables des services et la DRH.	• Transmettre au plus vite les informations concernant les absences des membres du service.	• Réactivité des acteurs. • Qualité des outils de communication : afficher note d'information dans les services.	• Service RH, • Direction de service, • Encadrement de proximité, • Médecin du travail.	• Priorité 1 • Echéance 1
• Action 8	• Former l'encadrement de proximité à la prévention des risques professionnels et notamment des risques psychosociaux.	• Meilleure sensibilisation pour le développement d'une politique de prévention durable, au plus près des réalités de terrain.	• Volonté d'intégrer la prévention dans tous les projets et de développer une culture de la prévention au niveau de l'encadrement.	• Encadrement de proximité, médecine du travail, • direction du service, consultants externes.	• Priorité 1 • Echéance 2

<ul style="list-style-type: none"> Action 9 	<ul style="list-style-type: none"> Clarifier les sanctions encourues en cas d'absences « injustifiées » et les marges de manœuvre des responsables des services en la matière. 	<ul style="list-style-type: none"> Donner les moyens à l'encadrement de proximité d'influer sur les relations de travail, Sensibiliser chaque salarié aux conséquences de leur absence du point de vue de l'organisation du travail et de la qualité du service rendu. 	<ul style="list-style-type: none"> Effectivité des consignes. Respect par l'ensemble de la ligne hiérarchique. Evaluation régulière (commission de suivi). 	<ul style="list-style-type: none"> Direction, DRH, 	<ul style="list-style-type: none"> Priorité 1 Echéance 2
<ul style="list-style-type: none"> Action 10 	<ul style="list-style-type: none"> Responsabiliser les équipes, favoriser l'expression, « donner le droit à la parole » avec une méthodologie de suivi des résolutions de problème. 	<ul style="list-style-type: none"> Redonner du sens au travail. Renforcer l'implication. Valoriser les compétences du personnel. 	<ul style="list-style-type: none"> Développer l'écoute. Ne pas considérer le personnel comme simple exécutant. 	<ul style="list-style-type: none"> Direction de service. Encadrement. 	<ul style="list-style-type: none"> Priorité 1 Echéance 1

AXE 2 : Organisation

	Nature de l'action	Objectifs	Conditions de faisabilité	Acteurs principaux	Priorité, échéances
<ul style="list-style-type: none"> Action 1 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un tableau de bord absentéisme par pôle avec le détail des unités et des services. 	<ul style="list-style-type: none"> Développer une prise de conscience collective. Se donner des repères et des clés de lecture pour rechercher des solutions en matière de prévention de l'absentéisme. Fournir des éléments identiques à tous les acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier le besoin d'informations de chaque service, voire de chaque manager sur l'absentéisme. Elaborer le système d'information qui permettra de produire les indicateurs attendus. Pour garantir la transparence mais surtout pour veiller à une comparaison permanente, il est souhaitable que le tableau de bord soit diffusé à l'ensemble des services de l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> La DRH, en collaboration avec un groupe de managers et les responsables des systèmes d'information, doivent être le maître d'ouvrage d'un projet de tableau de bord. 	<ul style="list-style-type: none"> Priorité 1 Echéance 1
<ul style="list-style-type: none"> Action 2 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer la charge de travail du personnel soignant. 	<ul style="list-style-type: none"> Faire évoluer les critères déterminant le nombre de professionnels par service. 	<ul style="list-style-type: none"> Faire évoluer l'organisation et l'affectation des ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> DRH Médecin du travail Instances 	<ul style="list-style-type: none"> Priorité 1 Echéance 1
<ul style="list-style-type: none"> Action 3 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer et assurer l'adéquation effectif théorique/besoins/ effectif disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> Rationaliser le processus et les décisions d'embauche. Objectiver le débat sur les effectifs. Distinguer les éléments formels de gestion du service et la réalité du fonctionnement, mieux prendre en considération l'effectif réel de fonctionnement et les contraintes. 	<ul style="list-style-type: none"> Appropriation de cet enjeu par l'ensemble des acteurs (direction générale, direction des services, IRP). Accord de la Direction. Mise en place d'outils d'évaluation de la charge de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> Direction, DRH, Direction de service, Instances Direction des Soins. 	<ul style="list-style-type: none"> Priorité 1 Echéance 2
<ul style="list-style-type: none"> Action 4 	<ul style="list-style-type: none"> Faire participer toutes les catégories de personnel à la démarche qualité, à des groupes de travail et à des formations individuelles et collectives. 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer le fonctionnement et l'efficacité du service. Favoriser la concertation et lutter contre l'affaiblissement des collectifs. Développer les compétences. Fidéliser le personnel. 	<ul style="list-style-type: none"> Décision d'ajuster et de faire évoluer l'organisation du travail au niveau du service. Validation par DRH et service formation. 	<ul style="list-style-type: none"> Chef de service Cadres Direction des Soins DRH 	<ul style="list-style-type: none"> Priorité 1 Echéance 2
<ul style="list-style-type: none"> Action 5 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un médecin référent pour le personnel soignant. 	<ul style="list-style-type: none"> Permettre aux IDE de ne plus être seules dans les services face aux patients et aux familles. 	<ul style="list-style-type: none"> Accord chef de service et cadre de service. 	<ul style="list-style-type: none"> DRH Cadres Chef de service 	<ul style="list-style-type: none"> Priorité 1 Echéance 1
<ul style="list-style-type: none"> Action 6 	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer la réduction de l'absentéisme dans le plan global de prévention des risques : Document Unique des risques professionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'efficacité et la cohérence des politiques internes. 	<ul style="list-style-type: none"> Accord direction et Chsct. 	<ul style="list-style-type: none"> Direction DRH Direction qualité Chsct 	<ul style="list-style-type: none"> Priorité 1 Echéance 1
<ul style="list-style-type: none"> Action 7 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier, pour chaque pôle, un médecin du travail et une assistante sociale du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> Permettre un accompagnement individuel et un travail en commun avec l'équipe d'encadrement du pôle. 		<ul style="list-style-type: none"> Médecine du travail DRH 	

AXE 3 : Développement des compétences

	Nature de l'action	Objectifs	Conditions de faisabilité	Acteurs principaux	Priorité, échéances
Action 1	Faciliter les départs en formation des professionnels (soins palliatifs, douleurs...).	Développer les compétences. Fidéliser le personnel.		Cadres de Chefs service de DRH	Priorité 1 Echéance 2
Action 2	Améliorer la formation des remplaçants, par exemple, intégrer le niveau de formation et combiner avec de meilleures conditions d'apprentissage au sein des équipes.	Faciliter l'intégration dans le collectif de travail. Améliorer l'opérationnalité des remplaçants.	Validation DRH.	DRH Cadres	Priorité 1 Echéance 2

EXEMPLE DE PLAN D' ACTIONS SPECIFIQUE (Service d'hématologie adulte)

AXE 1 : Management

	Nature de l'action	Objectifs	Conditions de faisabilité	Acteurs principaux	Priorité, échéances
Action 1	Renforcer la communication avec les cadres. Faire une réunion de service avec tout le personnel.	Renforcer la communication et la cohésion au sein du service.	Validation des responsables de service.	Chef de service Cadres	Priorité 1 Echéance 1

AXE 2 : Organisation

	Nature de l'action	Objectifs	Conditions de faisabilité	Acteurs principaux	Priorité, échéances
Action 1	Evaluer et assurer l'adéquation effectif théorique/besoins/ effectif disponible.	Rationaliser le processus et les décisions d'embauche. Objectiver le débat sur les effectifs. Distinguer les éléments formels de gestion du service et la réalité du fonctionnement, mieux prendre en considération l'effectif réel de fonctionnement et les contraintes.	Appropriation de cet enjeu par l'ensemble des acteurs (direction générale, direction des services). Accord de la direction. Mise en place d'outils d'évaluation de la charge de travail.	DRH, direction de service,	Priorité 1 Echéance 2
Action 2	Revoir le contenu du dossier de soins Retravailler les protocoles, les communiquer à tous.	Renforcer la concertation avec les soignants. Réduire les coûts (utilisation du matériel) et améliorer l'efficacité du service.	Stabilité et validation des protocoles.	Cadres Chef de service	Priorité 1 Echéance 1
Action 3	Etudier la faisabilité de mettre un système de code couleur sur les transmissions ciblées plus rapide et efficace Développer le principe du cahier : questions réponses, suivi technique du matériel, des patients...	Renforcer la concertation avec les soignants. Réduire les coûts et améliorer l'efficacité du service.	Stabilité et validation des protocoles.	Direction des soins Cadres Chef de service	Priorité 1 Echéance 1
Action 4	Informatiser les transmissions.	Renforcer la concertation avec les soignants. Réduire les coûts et améliorer le rendement du service.	Stabilité et validation des protocoles.	Cadres Chef de service Service informatique	Priorité 1 Echéance 2

AXE 3: Gestion des ressources humaines

	Nature de l'action	Objectifs	Conditions de faisabilité	Acteurs principaux	Priorité, échéances
Action 1	Favoriser les départs en formation (soins palliatifs, douleurs...).	Développer les compétences. Fidéliser le personnel. Permettre aux professionnels de prendre du recul, lorsqu'ils sont trop absorbés par les urgences quotidiennes. Favoriser la réalisation de projets individuels.	Nécessité de remplacer les personnes pendant qu'elles sont en formation ou de réorganiser les tâches au sein du service (fermeture d'un lit ...).	Cadres de Chefs service de DRH	Priorité 1 Echéance 2

• Action 2	• Stabiliser les équipes pour améliorer la connaissance du service.	• Qualifier le personnel soignant (il faut des compétences spécifiques). • Limiter les risques liés aux soins.	• Accord DRH et Direction des Soins.	• Chefs de service • Cadres • DRH	• Priorité 1 • Echéance 2
• Action 3	• Développer la mobilité au niveau des différents services.	• Réduire l'exposition aux risques d'usure physique et psychologique. • « Ne pas faire toute sa carrière dans le service ».	• Accord DRH et Directions des soins.	• Chefs de service • Cadres • DRH	• Priorité 1 • Echéance 2

AXE 4 : Autres actions

	• Nature de l'action	• Objectifs	• Conditions de faisabilité	• Acteurs principaux	• Priorité, échéances
• Action 1	• Travailler sur la reconnaissance.	• Reconnaître le travail et les difficultés associées aux horaires, au transport, à l'éloignement du lieu de travail.	• Mise en place d'outils d'évaluation des contraintes propres à certains agents.	• DRH • Cadres service • IRP	• Priorité 1 • Echéance 2

Le stress professionnel et le burn out à l'hôpital

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) assimilé au Burnout syndrome apparaît aux Etats-Unis pendant les années 1970. En 1974, FREUDENBERGER le décrira comme « un état mental de professionnels qui s'étaient dépensés dans leurs activités et par voie de conséquence s'étaient consumés ». Les facteurs de stress professionnel conduisant au burn out semble en effet particulièrement présents en milieu hospitalier.

Les facteurs de stress in *Stress, burnout, risques psychosociaux à l'hôpital*:

Individu

Jeunes

Services difficiles

Caractéristiques psychologiques

Environnement de travail

Cadre de travail (bruit, distance)

Gants, produits, médicaments

Charges à soulever, protocoles

Contraintes budgétaires

Organisation

Hiérarchie

Répartition, interruption tâches

Pression de production

Conditions de travail

Relations interindividuelles

Relations avec les patients

Charge mentale

Cloisonnement