

L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir, Paris : Presses des Mines, collection Économie et Gestion, 2014.

© Presses des MINES - TRANSVALOR,
60, boulevard Saint-Michel - 75272 Paris Cedex 06 - France

presses@mines-paristech.fr
www.pressesdesmines.com

Dessin de couverture : Corentin Echivard

ISBN : 978-2-35671-078-9

Dépôt légal 2014

Achevé d'imprimer en 2014 (Paris)

Tous droits de reproduction, de traduction, d'adaptation et d'exécution réservés pour tous les pays.

L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital

Comprendre et agir



Collection Économie et Gestion
Dans la même collection

- Yves Barlette, Daniel Bonnet Daniel, Michel Plantié Michel, Pierre-Michel Riccio, *Impact des réseaux numériques dans les organisations*
- Marine Agogué, *L'innovation orpheline*
- Albert David, Armand Hatchuel, Romain Laufer (coord.), *New Foundations of Management Research.*
- Marine Agogué, Frédéric Arnoux, Ingi Brown, Sophie Hooge, *Introduction à la conception innovante. Éléments théoriques et pratiques de la théorie C-K,*
- Albert David, Armand Hatchuel, Romain Laufer (coord.), *Les Nouvelles fondations des sciences de gestion.*
- Pierre-Michel Riccio, Daniel Bonnet, *TIC et innovation organisationnelle.*
- Serge Agostinelli, Dominique Augey, Frédéric Laurie (Coord.), *Entre communautés et mobilité: un approche interdisciplinaire des médias.*
- Sophie Brétécher, Cathy Krohmer, *Fragiles compétences.*
- Julie Labatut, *Construire la biodiversité.*
- Armand Hatchuel, Olivier Favereau, Franck Aggeri (sous la direction de), *L'activité marchande sans le marché.*
- Pierre-Michel Riccio, Daniel Bonnet, *Management des technologies organisationnelles.*
- Daniel Fixari, Jean-Claude Moisdon, Frédérique Pallez, *L'évaluation des chercheurs en questions.*
- Grégory Rolina, *Sûreté nucléaire et facteurs humains.*
- Erik Hollnagel, François Pieri, Eric Rigaud (editors), *Proceedings of the third resilience engineering symposium.*
- Erik Hollnagel, Eric Rigaud (editors), *Proceedings of the second resilience engineering symposium.*
- Olivier Bomsel, Anne-Gaëlle Geffroy, Gilles Le Blanc, *Modem le maudit.*
- Claude Riveline, *Evaluation des coûts.*
- Olivier Bomsel, Gilles Le Blanc, *Dernier tango argentinique.*
- François Huwart, Bertrand Collomb, *Les nouveaux circuits du commerce mondial.*
- Thierry Weil, *Invitation à la lecture de James March.*
- Economic and Industrial Reform in Lithuania, Latvia and Estonia, *New Neighbours in Eastern Europe.*

L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital

Comprendre et agir

Laurent BRAMI

Sébastien DAMART

Mathieu DETCHESSAHAR

Michel DEVIGNE

Johanna HABIB

Frédéric KLETZ

Cathy KROHMER

Avant-propos

L'absentéisme est un phénomène complexe et multidimensionnel dont les fondements organisationnels sont assez mal connus.

Conscients de l'ampleur du phénomène et des enjeux qui en découlent, nous avons conjointement souhaité travailler sur cette problématique en lançant un projet de recherche, le projet PHARES, confié à l'École des Mines avec la participation de la cellule ACORT.

Notre ambition commune fut clairement de parvenir à comprendre un phénomène, qui touche l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux, mais également de pouvoir agir sur l'absentéisme en identifiant des leviers d'action possibles. Il s'est agi ainsi de concevoir des méthodes de diagnostic et des actions, permettant aux établissements hospitaliers de reprendre la maîtrise du phénomène.

Notre implication, en tant que financeurs de cette étude, a été importante et témoigne de notre volonté partagée de mettre en place des organisations alliant performances économiques et sociales, dans un environnement complexe.

En effet, les établissements de santé relèvent aujourd'hui un défi majeur : mettre en place des organisations du travail qui soient plus respectueuses des soignants en garantissant la prise en charge des patients la meilleure possible dans un environnement où les ressources sont de plus en plus limitées.

Nous sommes persuadés qu'avec un engagement institutionnel collectif comme celui que nous avons réussi à formaliser à travers le projet de recherche PHARES, il est possible de contribuer à l'amélioration des organisations de travail et donc au meilleur service rendu au patient.



Le Fonds National de Prévention de la Caisse des Dépôts
L'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire
La Fédération Hospitalière de France
La Fédération Hospitalière Régionale des Pays de la Loire

Remerciements

Ce livre présente les résultats d'un projet de recherche soutenu par le Fonds National de Prévention de la Caisse National des Retraite des Agents des Collectivités Locales, l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, la Fédération Hospitalière de France (nationale et régionale Pays de la Loire). Nous les remercions pour leur soutien et la confiance qu'ils nous ont témoignés tout au long du projet.

Le projet a mobilisé dix établissements de santé avec lesquels les chercheurs impliqués ont mis en place des collaborations étroites. Nous remercions les directions des établissements pour leur accueil et pour la qualité des travaux réalisés pour et grâce à elles. Nous adressons également nos remerciements aux équipes administratives, soignantes et médicales avec qui nous avons travaillé. Le projet a d'abord été conçu pour elles.

Les auteurs

Introduction

Si l'absentéisme est une préoccupation ancienne du monde des entreprises, le phénomène revêt aujourd'hui une importance particulière dans le secteur hospitalier. Les statistiques nationales montrent que non seulement les taux d'absentéisme sont deux à trois fois supérieurs dans la fonction publique hospitalière que dans les autres secteurs de l'économie, mais que l'écart continue à se creuser (8% d'augmentation pour les hôpitaux en 2010, par exemple¹, contre 1% de diminution en moyenne ailleurs²). Ainsi, la durée moyenne des arrêts maladie à l'hôpital a atteint 24 jours en 2010 et le taux d'absentéisme se situe, selon les établissements, entre 9% et 14%. Ce qui veut dire que chaque jour, pour un établissement de 5 000 agents par exemple, de 500 à 700 d'entre eux sont absents, en sus des congés annuels, RTT, etc. À titre de comparaison, le taux d'absentéisme des cliniques et hôpitaux privés est inférieur à 5%.

Les raisons souvent avancées pour expliquer l'ampleur du phénomène font référence aux difficultés des conditions de travail du personnel: «*Pénibilité élevée, vieillissement des personnels, recul de l'âge légal de départ en retraite: tout se conjugue (...) pour que l'absentéisme poursuive son développement à l'hôpital au cours des prochaines années*» (Quotidien du médecin, 2011³). Une autre raison avancée est que «*les arrêts maladies sont peu risqués puisque, à la différence du secteur privé, le salaire en cas de maladie des fonctionnaires publics ne baisse pas d'un centime*». (J.F. Pecresse, les Échos).

Les raisons liées à l'organisation de l'hôpital (procédures, outils de gestion, modes de coordination, etc.) sont rarement évoquées; pourtant, elles sont essentielles.

Loin de n'être qu'un indicateur de l'état de santé des salariés (épidémies, longues maladies, etc.) ou de leurs problèmes personnels, l'absentéisme est au centre de problématiques profondément ancrées dans les organisations; il questionne la place que le travail occupe dans nos sociétés, et en interroge ses «désordres»⁴ (Askénazy, 2004). Il révèle les difficultés des salariés à retrouver de nouvelles formes de reconnaissance et des repères identitaires au sein des organisations de travail, et plus généralement dans le paysage économique en recomposition. Il pose la question de la prise en compte du bien-être au travail.

1 Note conjoncturelle de mai 2011, Dexia Sofcap.

2 Baromètre AlmaConsultingGroup, Lettre perspectives sociales, Octobre 2012.

3 Quotidien du médecin, 18/5/2011.

4 Askénazy Ph., «*Les désordres du travail*», Edts Le Seuil, 2004.

L'absentéisme est un marqueur de la situation organisationnelle des établissements hospitaliers : il est la manifestation du rejet d'une organisation de travail (épuisement professionnel, souffrance au travail, burn-out, etc.), et révèle qu'un certain nombre des représentations et des repères qui avaient permis d'atteindre un compromis social pendant des décennies sont en train de se modifier (transformations des organisations du travail, perte de sens au travail, montée en puissance des logiques économiques, etc.). L'absentéisme révèle, en négatif, une manifestation des difficultés ... des organisations elles-mêmes.

LE CONTEXTE CONTEMPORAIN DU SYSTÈME HOSPITALIER

Les établissements sanitaires et médico-sociaux⁵ ont connu ces dernières décennies des transformations très importantes. Celles-ci ont pour l'essentiel été liées aux réformes de santé publique qui ont porté tour à tour ou simultanément sur : le financement de l'activité des établissements de santé (avec l'introduction de la tarification à l'activité ou T2A), l'organisation du travail (avec notamment la réforme portant sur le temps de travail et les 35 heures) ou encore la gouvernance des établissements (avec notamment la loi HPST - Hôpital, Patient, Santé et Territoire de 2009). La maîtrise des ressources utilisées par les établissements de santé est un enjeu qui a beaucoup guidé ces réformes et les transformations associées, dans un contexte plus général de contingentement fort des dépenses publiques et ce bien avant la crise de ces dernières années. Aujourd'hui, de nombreux établissements ont mis en place avec les autorités de tutelle des contrats de retour à l'équilibre financier.

En partie en raison de ces transformations (Brami *et al.*, 2012), mais pour d'autres également, les établissements de santé traversent actuellement des difficultés importantes. Parmi les multiples marqueurs de cette crise il en est un qui nous intéresse particulièrement ici et qui a présidé à la recherche dont cet ouvrage est la synthèse : il s'agit de l'absentéisme des personnels soignants. Avant d'en montrer les ressorts, il faut préciser en quoi réside l'intérêt d'une étude de l'absentéisme des soignants. En premier lieu, l'absentéisme des soignants va croissant depuis plusieurs années. Cette tendance est le signe d'un désengagement du travail (et donc la manifestation de profondes remises en question du sens du travail et d'une dégradation des facteurs de satisfaction au travail), ainsi que celui d'un accroissement des facteurs de perturbation de l'organisation. En second lieu, dans le contexte de raréfaction de la ressource publique, il est naturellement pertinent de s'intéresser à un levier qui potentiellement permet d'agir sur des dépenses (les charges de personnel) qui représentent, en moyenne, près des deux tiers des charges d'exploitation d'un établissement. En troisième lieu, l'absentéisme des

⁵ Par la suite, nous emploierons le terme «établissements de santé» pour désigner l'ensemble des «établissements sanitaires et médico-sociaux».

soignants a probablement une influence sur la qualité des prestations rendues par les établissements de santé. Se préoccuper de l'absentéisme, dans une logique de compréhension et d'action, c'est donc *in fine*, fournir des leviers pour une amélioration des politiques de santé publique. Cet ouvrage fait la synthèse d'une recherche qui a eu pour ambition d'y contribuer: le projet PHARES.

LE PROJET PHARES : SES OBJECTIFS, SA MÉTHODOLOGIE, SES RÉSULTATS

Notre équipe de recherche a en effet eu l'occasion de travailler sur la problématique de l'absentéisme dans ce contexte particulier qu'est celui du monde hospitalier.

Ce projet de recherche «PHARES» a été commandité conjointement par le Fonds National de prévention de la CNRACL, la Fédération Hospitalière de France/Fédération Hospitalière Régionale et une ARS (Agence Régionale de Santé).

Contexte et objectifs du projet

Le projet PHARES a porté plus précisément sur la question de l'absentéisme des personnels soignants. Il s'est inscrit dans une démarche de compréhension du phénomène, des éléments qui expliquent sa survenance et des facteurs qui en favorisent son accroissement. Il s'est également inscrit dans une démarche d'action, puisqu'une des finalités explicitement recherchées dans le projet était de mettre en évidence des leviers d'actions pertinents et des modalités de gestion de l'absentéisme les plus efficaces. Le projet a visé finalement à mieux concilier performance et santé au travail. L'idée était d'enclencher ainsi un cercle vertueux, menant non seulement à une amélioration de la qualité de vie au travail et à la diminution de l'absentéisme, mais également à une amélioration des performances économiques et sociales des hôpitaux.

Le contexte que connaissent les établissements hospitaliers n'est pas étranger au lancement de la recherche. Plongés concomitamment dans de nouveaux paradigmes évoqués plus haut (T2A, loi HPST, etc.) et connaissant des niveaux parfois inquiétants d'absentéisme, plusieurs établissements se trouvent désormais dans l'obligation de réformer leurs pratiques de gestion de leurs effectifs et notamment de remplacement des absences.

L'ARS de la région partenaire de la recherche s'est dotée d'une cellule de conseil en ergonomie et facteur humain et plus récemment d'une mission d'appui et d'accompagnement des établissements sur les thématiques de gestion des ressources humaines. Une réflexion collective des acteurs hospitaliers s'est mobilisée sur cette importante problématique de l'impact des contraintes économiques et des réformes hospitalières sur la gestion des ressources humaines. Les partenaires ont

convenu de la nécessité de construire des ressources méthodologiques innovantes à disposition des établissements pour les accompagner dans la conduite de démarches d'amélioration de leur gestion des absences, notamment pour ceux qui sont engagés dans une démarche de retour à l'équilibre financier. En cela, ils témoignent de la prise de conscience du besoin d'améliorer la connaissance des mécanismes de l'absentéisme pour mieux agir dessus, et de créer une dynamique de recherche sur ce thème. Il s'agit, comme nous allons le voir, de démarches très sensibles qui subordonnent des objectifs économiques à la maîtrise des enjeux de la santé au travail.

Le projet a ainsi clairement été positionné sur trois types d'objectifs :

- un objectif de santé au travail,
- un objectif d'amélioration des pratiques de gestion des établissements,
- un objectif d'efficience

Cadre méthodologique du projet

Le projet de recherche a mobilisé une équipe de six chercheurs provenant de l'École des Mines de Paris (Centre de Gestion Scientifique), de l'Université de Nantes (Lemna), de l'Université de Rouen, de l'École des Mines de Nantes, et d'un ergonome de l'ARS.

Les options méthodologiques qui ont été retenues dès le début du projet sont cohérentes avec le double objectif de compréhension et d'action. Elles ont conduit à :

- appuyer la recherche sur une collaboration étroite avec des terrains d'étude : plusieurs établissements de santé de la région ont participé à l'étude,
- déployer dans ces établissements une démarche de recherche-intervention visant une production de connaissance sur l'absentéisme autant qu'une transformation des organisations (*cf.* encadré suivant sur les postulats de la recherche intervention mobilisés dans le projet),
- privilégier un recueil de données qualitatives au travers d'entretiens individuels et collectifs approfondis nombreux (ne se substituant pas complètement à un recueil de données quantitatives et statistiques),
- retenir une durée d'intervention longue pour pouvoir initier des actions visant des transformations profondes et pour pouvoir en observer certains de leurs effets.

La démarche de recherche intervention s'est fondée sur plusieurs postulats :

- La présence des chercheurs sur le terrain, auprès des équipes de soins notamment, permet de produire de la connaissance sur l'absentéisme, et sur les perceptions que les acteurs en ont ;
- La triangulation de ces perceptions avec d'autres données permet de modéliser le phénomène et de proposer des projets à visée transformationnelle ;
- Ces projets sont mis en place selon un processus participatif, plus performant qu'un processus top down ;
- La présence sur le terrain des chercheurs et le respect de certaines précautions (confidentialité des entretiens individuels) permettent de mettre en place un climat de confiance nécessaire à l'étude ;
- L'absentéisme relève moins de problématiques individuelles que de questions organisationnelles et systémiques ;
- Il est pertinent d'agir non seulement sur les conséquences de l'absentéisme, mais sur ses fondements également ;
- La démarche du projet PHARES permet de satisfaire un objectif de triple capitalisation : capitalisation locale (par les équipes de terrain de l'établissement), régionale (par les deux échantillons et les partenaires de l'étude) et nationale.

Encadré 1 : Postulats de la recherche PHARES

Les établissements partenaires, au nombre de 10 ont été sélectionnés en deux vagues distinctes sur la base de deux appels à candidature. Un premier appel a conduit à retenir, parmi les nombreux candidats, 5 premiers établissements à partir du début de l'étude, en juillet 2009, puis un second échantillon de 5 établissements les a rejoints courant 2011.

L'étude aura finalement duré 3 ans et demi, selon un calendrier qui a fait succéder sur chaque terrain une phase exploratoire et une phase d'intervention ou d'action (découpée en une phase de conception et une phase de mise en œuvre). Ces phases ont été de durées variables, et évidemment plus courtes pour les établissements du second échantillon. L'ensemble du travail dans les établissements a été suivi d'une phase de capitalisation⁶.

⁶ Au cours de l'étude, un travail spécifique sur les indicateurs d'évaluation de l'absentéisme a été réalisé, correspondant au « chantier indicateurs » figurant sur la figure 1.

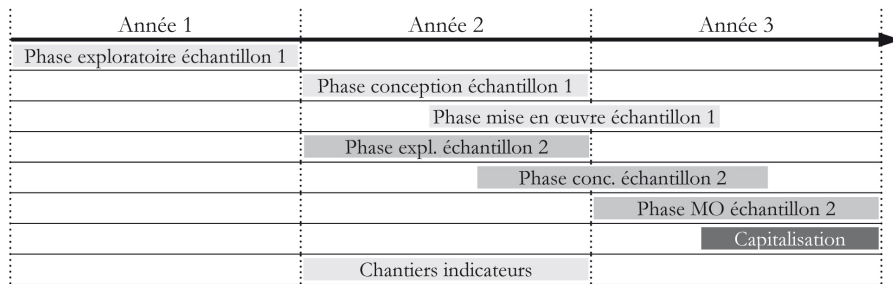


Figure 1 : Calendrier du projet PHARES

Notons que pour chaque établissement, le pilotage de la recherche a été assuré grâce à la constitution de comités de pilotage internes réunissant : directions, directions des ressources humaines, cadres de santé, direction des soins, représentants des personnels, médecin du travail. Notons également que les périmètres de la recherche au sein de chaque établissement ont été calibrés par ces comités de pilotage, comme le montre le tableau suivant :

Établissements	Périmètre d'étude
Hôpital local	EHPAD
Centre hospitalier universitaire	Un pôle
Centre hospitalier spécialisé	Un pôle, puis élargissement à l'ensemble de l'établissement
Hôpital local	Services d'EHPAD
Hôpital local	Urgences et EHPAD
Centre hospitalier universitaire	Un pôle
Centre hospitalier spécialisé	Un pôle
Hôpital local	Services d'EHPAD
Hôpital local	2 sites EHPAD de l'établissement
Hôpital local	2 EHPAD de l'établissement

Tableau 1 : Périmètres de la recherche dans les 10 établissements

La phase exploratoire a porté sur la compréhension des représentations des acteurs (soignants, cadres, médecins, etc.) sur l'organisation et l'absentéisme, à partir d'une première série d'entretiens (entre 20 et 50 par établissement). Le diagnostic que cette phase a permis de dégager a systématiquement donné lieu à présentation et discussion en comité de pilotage et en réunions de restitution auprès des équipes soignantes. Ce diagnostic a été assorti d'un certain nombre de pistes d'actions, soumises à validation par les comités de pilotage des établissements.

La seconde phase a, dans chaque établissement, porté sur l'approfondissement de ces pistes d'actions et l'accompagnement de leur mise en place concrète. Deux types d'actions ont été mises en place : des actions sur les modalités de gestion de l'absentéisme (l'aval), visant à absorber la surchauffe provoquée par l'absence d'un agent (quand remplacer ? par qui ? pour quelles tâches ?), et des actions sur l'organisation du travail (l'amont), visant cette fois à mettre en place des conditions de travail plus favorables (modes de coordination soignants/soignants, médecins/soignants, évaluation de la charge de travail, réflexions sur les tâches et activités, etc.).

Sur chacune de ces deux phases, la méthodologie d'intervention a été celle décrite dans l'encadré ci-dessous.

La méthodologie d'intervention sur le terrain s'est appuyée sur les principes et règles suivantes :

- Une coordination permanente avec un responsable local (cadre supérieur, DRH, directeur, etc.) et la mise en place dans l'établissement d'un comité de pilotage local ;
- Une première phase consacrée à l'établissement d'un diagnostic partagé avec les acteurs des établissements ;
- Des rencontres fréquentes avec les acteurs représentant de la direction ;
- La mise en place d'une stratégie d'intervention et de communication aux équipes ;
- Des entretiens avec les soignants et cadres (entretiens individuels réalisés sur une durée d'une heure à deux, confidentiels et sur la base du volontariat) ;
- La collecte et l'étude de documents internes portant sur l'absentéisme, et analyse des données quantitatives disponibles ;
- La réunion régulière et programmée du comité de pilotage ;
- Plusieurs réunions de restitution de la première phase (diagnostic) ;
- Une seconde phase consacrée à l'élaboration et à la mise en place d'un plan d'actions ;
- La poursuite, dans la seconde phase des entretiens auprès des équipes soignantes, pour explorer les pistes d'action ;
- L'organisation d'entretiens complémentaires avec d'autres acteurs (médecins du travail, médecins notamment) ;
- La mise en place de dispositifs d'analyse ou de pilotage adaptés (ex : *focus-group* « cadres de santé », etc.).

L'ensemble des interventions sur le terrain a été coordonné à partir d'un comité de pilotage global de la recherche décrit dans l'encadré ci-dessous.

Le pilotage global de la recherche a consisté en la coordination des actions sur les différents établissements à partir d'éléments de diagnostic globaux (ne se substituant pas aux diagnostics locaux et aux analyses des problématiques et nécessités locales). C'est le comité de pilotage de la recherche PHARES qui a été l'instance de pilotage globale de la recherche. Il a été constitué autour des missions suivantes :

- Réunir et impliquer dans la recherche tous les partenaires de l'étude (ARS, FHF, FHR, FNP), ainsi que quelques personnalités qualifiées (médecins du travail, chercheurs, etc.);
- Valider la méthodologie générale et de la stratégie d'intervention;
- Valider les remontées terrain des chercheurs.

Une équipe pluri-disciplinaire de recherche a été constituée. Elle a produit au cours de la recherche plusieurs rapports intermédiaires, participé à plusieurs manifestations régionales et rencontré plusieurs instances régionales ou nationales (DGOS, ANAP).

Encadré 3 : Pilotage global de la recherche PHARES

QUELQUES GÉNÉRALITÉS SUR LE PHÉNOMÈNE DE L'ABSENTÉISME ET DE SON ÉTUDE

Depuis quelques années, la question de l'absentéisme des salariés apparaît au devant de la scène dans le monde des organisations, et le secteur public en particulier, comme l'ont montré les récents débats sur le jour de carence. La question porte aussi bien sur l'origine du phénomène (pourquoi un salarié s'absente?) que sur son impact (comment l'organisation peut-elle faire face à cette absence?).

L'absentéisme est un phénomène extrêmement compliqué à bien appréhender, la chaîne de causalité à la base de son occurrence n'étant évidemment pas facile à modéliser; il existe une demande forte de la part des hommes d'entreprise pour les aider à maîtriser et à juguler l'absentéisme.

Quelques chiffres

L'absentéisme est un phénomène de forte ampleur, mais à la situation contrastée selon les secteurs. Une enquête récente du Ministère du travail (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques), sur la dernière décennie (période 2003-2011), a montré que 3,6% des salariés ont connu une absence au travail d'au moins une heure sur une semaine de référence, pour des raisons de santé ou pour la garde d'un enfant malade. Elle a également montré que la probabilité qu'un salarié s'absente pour maladie dépend de variables socio-

démographiques comme l'âge, le sexe, la composition du foyer, la catégorie socio-professionnelle et le secteur d'activité dans lequel il est employé.

Si les statistiques montrent une diminution du taux d'absentéisme dans les entreprises, notamment en période de crise (3,8%⁷, en 2011, soit 14 jours d'absence par an et par salarié), ce même taux est en croissance depuis plusieurs années dans le secteur public (6,6%, soit 24 jours en 2011), et notamment dans la fonction publique hospitalière (10% pour les structures de plus de 100 agents, allant jusqu'à 14% pour les établissements de moins de 50 agents⁸). De même, les salariés en CDI avec plus d'un an d'ancienneté sont relativement plus souvent absents que les personnes en contrat précaire (CDD ou récemment embauchées en CDI) (3,7 contre 2,6%).

D'après une étude de la Cour des Comptes de Juillet 2012, les dépenses d'indemnités journalières maladie ont progressé, pour le seul régime général, de près de 50% entre 2000 et 2011 pour atteindre 6,4Md€, correspondant à la prise en charge de 204 millions de journées.

Toutes ces sources montrent que l'absentéisme devient une préoccupation sociétale, tant l'impact financier et humain est important. Mais l'absentéisme est peut-être avant tout une problématique d'entreprise ; il constitue une cause de perturbation du fonctionnement des organisations, et rend complexe la prise en charge de l'activité. Il apparaît également comme une forte préoccupation pour le concepteur de l'organisation du travail, car le phénomène induit des variations non anticipées des effectifs et donc des ressources sur lesquelles compter pour faire fonctionner l'activité. Enfin, l'absentéisme a des effets dans toute l'organisation, perceptibles parfois jusqu'aux clients mêmes (notamment dans les organisations publiques).

Dans un contexte caractérisé par la recherche d'une efficacité économique accrue, la réduction de l'absentéisme est devenue un enjeu majeur de gestion des ressources humaines.

Définition de l'absentéisme

Les définitions de l'absentéisme sont multiples. La variété des situations d'absence et la complexité des facteurs qui les produisent amènent à construire des définitions de l'absentéisme révélant des modélisations du phénomène très hétérogènes et s'appuyant sur des corps d'hypothèses variés. Certains chercheurs et statisticiens retiennent une définition très administrative, l'absentéisme étant vu comme le cumul des différentes catégories d'absences (maladie, maternité, accidents du travail, congés longue durée, etc.).

⁷ Source: baromètre de l'absentéisme d'Alma Consulting Group, publié le 4 septembre 2012.

⁸ Source: Enquête SOFCAH, «Regards sur», Mai, 2012.

1. Le Congé pour Maladie Ordinaire (CMO) : l'agent perçoit l'intégralité de son traitement pendant 3 mois, puis, si l'absence se prolonge, ne perçoit plus que la moitié pendant les 9 mois suivants. Il doit adresser un certificat médical à son employeur, sous 48h, pour justifier de son absence.
2. Le Congé Longue Maladie (CLM), qui concerne les absences pour maladie nécessitant un traitement et des soins prolongés, et présentant un caractère invalidant. Il peut s'étendre sur une durée de 3 ans, et est octroyé par périodes de 3 ou 6 mois.
3. Le Congé Longue Durée (CLD), ou Congé pour Grave Maladie (CGM) pour les non titulaires, concerne les cas «de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis». Le congé peut s'étendre sur une durée de 5 ans, et est accordé après avis d'un comité médical.
4. Le Congé pour Accident du Travail (AT), incluant les accidents de service et les accidents sur le trajet domicile-travail.
5. Le Congé pour Maladie Professionnelle (MP), qui concerne une *maladie contractée ou aggravée dans l'exercice de ses fonctions, ou à l'occasion d'un acte de dévouement (ex: don du sang) ou de bravoure*. Il doit être établi un lien de causalité entre la maladie et le service, la maladie devant apparaître comme la conséquence de l'exposition à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession (risque chimique, physique ou biologique).

Encadré 4 : Classification usuelle des motifs d'absence

D'autres classifications mettent davantage l'accent sur les aspects comptables et budgétaires, d'autres encore le définissent à l'aide d'une typologie essentiellement médicale.

Pourtant, à l'instar de celle choisie par l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) dans un guide méthodologique consacré à cette problématique, on peut retenir une définition qui renvoie au lien avec l'organisation et le travail : *«l'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail entendues au sens large (les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc.)»*. (ANACT, 2009). L'absentéisme peut être associé à un comportement de «rejet» du travail et/ou de son organisation.

Ce qu'en dit la littérature académique

Une étude de la littérature académique portant sur l'absentéisme montre qu'absentéisme et organisation ont toujours été des objets d'étude liés. Si l'on date grossièrement la naissance de la théorie des organisations et des sciences

de gestion à la fin du XIX^e siècle, on peut noter la concomitance des premières études sur l'absentéisme, qui remontent aux grandes enquêtes lancées dans l'industrie anglaise pour analyser les conditions de travail des ouvriers, et dans lesquelles sont abordées les questions d'absentéisme.

Parmi les études pionnières importantes, citons celles de Mayo, psycho-sociologue de renom qui, dès le début des années 20, fait entrer l'absentéisme dans l'ensemble des descripteurs des problématiques d'engagement au travail. Son intervention à la Western Electric concerne un site de l'entreprise particulièrement richement doté en infrastructures pour le personnel mais au sein duquel l'absentéisme est très fort et la productivité très faible. En 1931, Heinrich tente une modélisation des coûts liés à l'absentéisme et aux accidents du travail. Dans une étude consacrée à l'absentéisme dans l'industrie suédoise, Forssman en 1955 introduit l'utilisation des catégories 'maladie', 'accidents', 'congés', 'absences sans autorisation préalable', 'absence non motivée', pour mettre en évidence des liens entre l'âge et le sexe d'une part, et les causes et la durée des absences d'autre part.

Depuis, la littérature sur le sujet foisonne. Il ne s'agit pas ici de faire une revue de littérature exhaustive mais simplement de relever les grandes caractéristiques de ce que l'académie observe et dit du phénomène d'absentéisme. Nous insistons sur les points suivants.

Un phénomène complexe mais des modélisations souvent univariées

L'étude des causes de l'absentéisme est complexe. Léonard *et al.* (1987) rappellent ainsi que deux difficultés au moins doivent être prises en compte. En premier lieu, l'absence est une variable multidimensionnelle et la mesure du phénomène pose problème. Il existe plusieurs évaluations possibles de l'absentéisme et les auteurs notent que certaines observations conduisent à des évaluations différentes et totalement discordantes les unes des autres. Au passage, cela conduit à remettre sérieusement en cause la fiabilité des inférences statistiques qu'il est possible de réaliser et par la suite la robustesse des liens causaux entre absentéisme et différents facteurs. En second lieu, les auteurs notent la variété des facteurs que la littérature met en évidence. Il semble nécessaire d'utiliser des modélisations qui ne soient pas uniquement bi-dimensionnelles, d'où un degré de complexité supérieur. Les études portant sur des explications unidimensionnelles de l'absentéisme sont pourtant très nombreuses dans la littérature en gestion. Quelques exemples nous en convainquent. Citons, par exemple, la recherche de Venne (1997) qui montre, dans le cadre d'une étude portant sur les gardiens de prison au Canada, un lien fort entre la durée de travail et l'absentéisme. La recherche montre que lorsque la journée de travail est allongée de 8 heures à 12 heures pour un nombre de jours travaillés moindre (horaires dits « compressées »), l'absentéisme est plus

fort (l'analyse est réalisée longitudinalement sur un même groupe de gardiens mais également transversalement entre un groupe de gardiens test et un groupe témoin). Citons également Schalk *et al.* (2007) qui montrent l'influence des caractéristiques d'un métier (autonomie, variété des compétences, feedback, etc.) sur l'absentéisme dans un centre d'appel téléphonique. Evoquons ensuite Sanders et Nauta (2004) qui mettent en évidence l'effet de la cohésion de groupe sur l'absentéisme. Lorsque la cohésion est présumée forte, c'est-à-dire, dans le modèle des auteurs, lorsque la part d'employés à plein temps est importante et lorsque la mixité de sexe est faible, alors les taux d'absentéisme sont plus faibles. Mayfield et Mayfield (2009) se sont intéressés aux impacts du style de langage des managers sur l'absentéisme, les auteurs montrant ainsi l'influence de la dimension motivationnelle du langage managérial sur les taux d'absentéisme.

Ces exemples illustrent la grande variété des facteurs expliquant les variations de l'absentéisme. Ils illustrent également qu'en dépit de sa caractéristique systémique et multidimensionnelle, l'absentéisme a de nombreuses fois été exploré par l'académie sur un plan uniquement unidimensionnel.

Un phénomène organisationnel

La complexité des causes de l'absentéisme est donc forte et différentes recherches (Farrell et Stamm, (1988) par exemple) insistent sur la vacuité des modèles et des théories tentant de mettre en évidence des liens entre absentéisme et facteurs individuels tels que l'âge, le sexe ou la satisfaction au travail. De nombreuses recherches placent ainsi l'absentéisme au cœur de problématiques organisationnelles, introduisant des variables liées à l'organisation du travail, les politiques de gestion des ressources humaines, etc.

L'étude de Krausz et Freibach (1983) par exemple, montre qu'il y a un lien significatif entre le taux d'absentéisme féminin et la flexibilité du temps de travail mais qu'en revanche, il n'y a aucun lien significatif entre la flexibilité du temps de travail et la satisfaction au travail ou d'autres variables psychologiques individuelles. Un tel résultat conduit donc à un programme de recherche sur l'absentéisme centré sur l'organisation et non sur l'individu, sans pour autant, naturellement, exclure les causes individuelles du champ d'analyse (notons par exemple, que Hendrix *et al.* (1994) ont montré que le sexe pouvait être une variable modératrice du lien entre différentes sources de stress d'une part et le stress, le bien-être au travail et l'absentéisme d'autre part).

Dalton et Todor (1993) proposent une modélisation dans laquelle les auteurs lient les politiques de mobilité, les taux de mobilité, les politiques de réduction de l'absentéisme, le taux d'absentéisme et le taux de turn-over. Les auteurs montrent

qu'il existe des leviers managériaux ayant une influence sur le turn-over et que ces leviers sont de deux types : ceux portant sur la mobilité et ceux portant sur l'absentéisme. Deux catégories de politiques de réduction de l'absentéisme sont envisagées selon qu'elles sont d'inspiration libérale (et permissives : Dilts *et al.* (1985) ont montré que dans certains cas, la « permissivité organisationnelle » pouvait conduire à diminuer l'absentéisme) ou d'inspiration conservatrice (systèmes de sanction forts).

Des démarches de recherche essentiellement compréhensives

Nous n'avons pas réussi à trouver de travaux sur l'étude des dispositifs de réduction de l'absentéisme. Autrement dit, la littérature académique focalise son attention sur les causes d'absentéisme, ses effets, mais très peu sur les moyens de réduire les facteurs qui favorisent l'absentéisme.

Cela correspond à une posture de recherche en sciences de gestion fréquemment répandue, plus proche de la démarche de compréhension des phénomènes que de celle d'invention et d'intervention.

L'absentéisme hospitalier, un champ qui s'autonomise

La littérature tentant d'appréhender de façon spécifique la question de l'absentéisme hospitalier est moins nombreuse contrairement à celle portant plus particulièrement sur la satisfaction au travail à l'hôpital pour laquelle de nombreuses recherches ont été publiées. Rad et De Moraes (2009) indiquent que la satisfaction au travail est un facteur clef pour retenir la main d'œuvre très qualifiée dans les organisations de santé. Kaldenberg et Regrut (1999) modélisent, eux, des liens entre la satisfaction au travail et la satisfaction des patients, ce qui est de nature à expliquer la foison de travaux portant sur le thème de la satisfaction des employés à l'hôpital, dont certains traitent spécifiquement de l'absentéisme à l'hôpital (voir l'analyse de Matrunola (1996) par exemple).

Une littérature cependant retient notre attention tentant de mettre en évidence un lien entre l'absentéisme des soignants et les contextes de réformes institutionnelles. Brami *et al.* (2012) font un recensement de cette littérature, encore embryonnaire. Ils relèvent le travail de Buchan (2000) qui étudie ainsi l'impact des réformes hospitalières en Grande-Bretagne au cours des années 1990 sur la gestion des ressources humaines dans les établissements hospitaliers ; le travail de Garcia-Prado et Chawla (2006) qui montre comment les réformes hospitalières au Costa Rica ont amené à un accroissement très significatif de l'absentéisme des soignants. D'autres travaux enfin, en France font un lien indirect entre réformes

et absentéisme: sont ainsi relevées les influences de la tarification à l'activité, du passage aux 35 heures (Tonneau *et al.*, 2003), de l'organisation par pôles, etc.

PRINCIPAUX RÉSULTATS DU PROJET PHARES

Au-delà des enseignements généraux que la recherche a permis de dégager sur le fonctionnement des établissements de santé et sur la gestion du changement dans ces organisations (*cf.* encadré ci-dessous), la recherche a mis en évidence un faisceau d'explications de l'absentéisme.

Les enseignements généraux (non spécifiquement liés à l'absentéisme des soignants dans les établissements de santé) dégagés de la recherche, peuvent être résumés ainsi :

- Une période de profonde transformation des établissements (effets de la T2A, montée en puissance des pôles, etc.),
- Une difficulté à gérer le changement nécessitant un nouveau savoir organisationnel;
- Une transformation des positionnements pour les acteurs: cadres de santé (accompagner la mise en place de nouvelles organisations du travail), médecins (implication dans organisation du travail), émergence de nouveaux acteurs (experts en organisation);
- Une grande inertie et une lente progression dans le développement des projets et des actions;
- De grandes difficultés de pilotage par le management, et une gestion du changement complexe (notons que la recherche PHARES a contribué dans certains cas à faire naître cette fonction de pilotage et à faire émerger de nouveaux savoirs et expertises en la matière);
- Une multitude d'acteurs aux enjeux très variés.

L'absentéisme apparaît comme un sujet non pas périphérique, mais qui touche au cœur des problématiques hospitalières.

Encadré 5: Enseignements généraux dégagés de la recherche

Deux grandes familles de résultats peuvent ainsi être distinguées: d'une part des résultats portant sur la mise en lumière du poids de déterminants macroscopiques sur l'absentéisme, nous en soulignons ici l'existence et l'importance mais ils ne constituent pas le cœur des résultats; d'autre part, des résultats portant sur l'explicitation du poids de déterminants organisationnels sur le phénomène de l'absentéisme. Ces derniers, principal apport de notre recherche, sont ici rapidement présentés avant d'être amplement développés dans la suite de l'ouvrage.

Les déterminants macroscopiques et généraux

Les causes sociétales et le rapport au travail

L'absentéisme peut sans doute s'expliquer à partir des évolutions sociétales qui échappent aux établissements: modification du rapport au travail, évolutions des rapports sociaux, transformations de la perception des métiers liés à la santé dans nos sociétés actuelles, etc. Ces raisons souvent évoquées dans les entretiens ne sont pas développées dans ces pages, car elles auraient supposé un tout autre dispositif de recherche. En outre, l'objet est bien de réfléchir sur ce qui est à la portée des établissements.

Le contexte et le poids des exigences institutionnelles

Le secteur hospitalier a connu ces dernières années de multiples réformes qui visaient à le transformer en profondeur. Dans ce contexte, les établissements ont modifié leurs organisations du travail et ont conçu de nouveaux leviers pour gérer les ressources hospitalières. Les logiques comptables qui marquent l'appréhension du phénomène de l'absentéisme sont héritées de ces transformations. L'absentéisme des personnels soignants est pour partie une conséquence des transformations liées aux réformes hospitalières de ces dernières décennies. N'ayant cependant pas spécifiquement construit la recherche autour de cette problématique, nous n'irons pas plus avant dans son exploration.

Les caractéristiques des métiers et de la pratique du soin

Paradoxalement, et comme nous le développons par la suite de l'ouvrage, les caractéristiques physiques de l'activité des soignants sont faiblement évoquées pour expliquer l'absentéisme. C'est ainsi que les évocations des TMS, des contraintes physiques liées aux métiers du soin sont marginales et rares. Cela alimente notamment ce que nous appelons les paradoxes de l'absentéisme. Cela renforce en même temps les explications relevant du champ organisationnel.

L'absence de conceptualisation du lien entre le travail et la santé

L'implication forte de l'ARS dans le projet ainsi que d'autres initiatives institutionnelles montrent une vraie prise de conscience des tutelles de la question de l'absentéisme et plus largement de la santé au travail dans les établissements de santé. Cette prise de conscience n'est cependant pas très ancienne elle n'a pas encore réussi à embrayer sur la constitution d'une culture de santé au travail dans les établissements de santé.

Les déterminants spécifiquement mis au jour par la recherche PHARES

Notre recherche a certes mis en évidence que les facteurs favorisant l'absentéisme des soignants ont des contingences locales fortes, mais un certain nombre d'enseignements généraux ont pu être dégagés, que nous développons dans le chapitre 2 de cet ouvrage. Nous les présentons ici brièvement.

Les paradoxes de l'absentéisme

L'absentéisme des soignants est un phénomène de forte ampleur et il est reconnu comme tel par les institutions et dans les établissements. Pourtant, nous constatons – c'est un paradoxe – que les outils qui permettent de l'évaluer sont frustes, mal maîtrisés et fabriqués dans des logiques quantitatives mal adaptées à la prise en charge du phénomène.

L'absentéisme auto-alimenté

Les dispositifs mis en place pour compenser les effets de l'absentéisme sont pour partie des facteurs favorisant non pas la réduction de l'absentéisme, mais son aggravation. La recherche montre également que les dispositifs sont auto-légitimants : plus ils sont utilisés et plus leur recours est perçu comme légitime empêchant de fait toute possibilité de changement pour réduire l'absentéisme. L'absentéisme est donc pour partie auto-alimenté.

L'éloignement des cadres du travail opérationnel

Le management (l'encadrement de proximité, les directions) est parfois démuné face aux enjeux de l'absentéisme (et peut-être plus largement face aux enjeux de GRH et de santé au travail). Il manque aux cadres des outils de pilotage de la GRH, quelques compétences et surtout, des marges de manœuvre. Au-delà, les cadres se voient empêchés dans certains de leurs rôles. Ils s'éloignent du quotidien des soignants.

La fragile articulation entre encadrement et personnel médical

L'absentéisme des soignants n'est pas uniquement l'affaire des personnes qui sont en responsabilité de ces collectifs, les cadres de santé. L'absentéisme est une problématique organisationnelle et l'organisation du travail concerne tout autant les cadres de santé, les soignants que les personnels médicaux pour partie absents des débats autour des questions liées à la façon d'organiser le travail des soignants.

Table des matières

AVANT-PROPOS	7
REMERCIEMENTS	9
INTRODUCTION	11
Le contexte contemporain du système hospitalier.....	12
Le projet PHARES : ses objectifs, sa méthodologie, ses résultats.....	13
<i>Contexte et objectifs du projet</i>	13
<i>Cadre méthodologique du projet</i>	14
Quelques généralités sur le phénomène de l'absentéisme et de son étude.....	18
<i>Quelques chiffres</i>	18
<i>Définition de l'absentéisme</i>	19
<i>Ce qu'en dit la littérature académique</i>	20
Principaux résultats du projet phares.....	24
<i>Les déterminants macroscopiques et généraux</i>	25
<i>Les déterminants spécifiquement mis au jour par la recherche PHARES</i>	26
CHAPITRE 1 - HISTOIRES D'ABSENTÉISME.....	29
1. Absentéisme et auto-organisation.....	30
1.1. <i>L'absentéisme comme non problème apparent</i>	31
1.2. <i>Des équipes à la recherche d'encadrement</i>	32
1.3. <i>Une organisation du travail à discrétion</i>	33
1.4. <i>Des réorganisations questionnées</i>	34
2. Absentéisme et délitement de l'organisation et du sens au travail.....	35
2.1. <i>L'évaluation de l'absentéisme et des outils RH lacunaires</i>	36
2.2. <i>Les écarts générationnels et les évolutions de l'activité de psychiatrie</i>	37
2.3. <i>La mobilité (voulue ou forcée)</i>	38
2.4. <i>Une organisation du travail reposant sur de petites unités</i>	39
2.5. <i>Une organisation du travail peu proactive</i>	39
2.6. <i>La coordination de plus en plus limitée entre médecins et soignants</i>	40

3. Absentéisme et opacité de l'organisation du travail et des rôles des cadres	40
3.1. Divergences autour du problème	42
3.2. Les trames et plannings, sujets de nombreuses interrogations	43
3.3. Un encadrement fortement remis en cause	46
3.4. Des équipes, autonomes par défaut	47
4. Absentéisme, sollicitations et réorganisations.....	48
4.1. Mécanismes de gestion des absences	48
4.2. Un cercle vicieux de l'absentéisme : de la sollicitation à la surchauffe de l'équipe.....	50
5. Absentéisme et échanges sur les pratiques professionnelles	52
5.1. Une perception erronée de l'absentéisme	53
5.2. La grande variété des parcours et une dimension vocationnelle forte.....	53
5.3. L'hétérogénéité du travail au sein du pôle.....	54
6. Innovations, difficultés de coordination et manque de pilotage	57
6.1. Les innovations et les lacunes de la gestion des absences.....	59
6.2. Les difficultés de coordination	60
6.3. La charge de travail des cadres et le manque de pilotage des organisations ...	63
Résumé du chapitre 1	64

CHAPITRE 2 - CONTINGENCE ET COMPLEXITÉ DE L'ABSENTÉISME

DES SOIGNANTS.....	65
1. Le paradoxe de l'absentéisme	66
1.1. Les marqueurs d'un phénomène de forte ampleur.....	66
1.2. La perception de l'absentéisme dans les établissements de santé	67
1.3. La vacuité des outils d'évaluation du phénomène.....	68
2. Un absentéisme auto-alimenté	70
2.1. Les modalités de gestion de l'absentéisme.....	70
2.2. Les modalités de gestion alimentant l'absentéisme	72
3. L'éloignement des cadres du travail opérationnel.....	74
3.1. Contexte de changement et de transformation du rôle des cadres.....	74
3.2. L'éloignement du terrain	74
3.3. L'instabilité des cadres.....	77
3.4. Des initiatives pour permettre un réinvestissement du terrain.....	78
3.5. Les cadres et le travail de planning	78

3.6. <i>Le problème de la formation des cadres</i>	78
4. <i>La fragile articulation entre encadrement et personnel médical</i>	80
4.1. <i>L'implication des médecins</i>	80
4.2. <i>Les occasions de coordination entre médecins et cadres</i>	80
5. <i>Le positionnement des directions hospitalières dans la gestion de l'absentéisme</i>	83
5.1. <i>Proposition d'une typologie du positionnement des directions</i>	83
5.2. <i>Des directions témoins, relais des règles externes : causes et conséquences</i>	85
6. <i>Les auto-régulations dangereuses</i>	87
6.1. <i>Les solutions d'organisation des équipes</i>	87
6.2. <i>Des réponses locales et variables</i>	89
Résumé du chapitre 2	92
CHAPITRE 3 - CINQ EXPÉRIMENTATIONS POUR RÉDUIRE L'ABSENTÉISME	93
1. <i>Gestion des compétences en situation de mobilité</i>	93
1.1. <i>Rappel sur le diagnostic dans le pôle N du CHU A</i>	94
1.2. <i>Les difficultés dans la mise en place du pool</i>	97
1.3. <i>Derrière le pool, la question de la gestion des compétences</i>	98
1.4. <i>Modalités pratiques</i>	100
1.5. <i>Modalités de suivi et d'évolution de la liste des compétences</i>	100
2. <i>Clarifier les règles de gestion de l'absentéisme</i>	100
2.1. <i>La charte de l'absentéisme</i>	102
2.2. <i>La procédure mise en place dans la charte de l'absentéisme</i>	103
2.3. <i>La capitalisation des expériences de gestion d'absences</i>	104
2.4. <i>Modalités de suivi et d'évolution de la charte</i>	105
3. <i>Rendre les agents acteurs de l'organisation du travail : l'entretien de retour</i>	105
3.1. <i>Principes et modalités pratiques</i>	106
3.2. <i>Enjeux fondamentaux de l'entretien de retour</i>	107
4. <i>Tableau de bord des remplacements</i>	107
4.1. <i>Nature de l'expérimentation</i>	108
4.2. <i>Description de l'outil déployé</i>	108
4.3. <i>Effets attendus à court et à long terme</i>	109
4.4. <i>Prérequis pour le déploiement de l'expérimentation</i>	110
4.5. <i>Modalités pratiques de déploiement de l'expérimentation</i>	110

5. Action sur le cœur de l'activité des soignants : le redéploiement de l'entretien infirmier dans un CHS	111
5.1. Régénération des entretiens infirmiers	111
5.2. Description de l'action.....	113
5.3. Déclenchement de l'entretien infirmier	114
5.4. Modalités de l'entretien infirmier	114
5.5. Conditions d'existence	114
5.6. Formation et construction commune	115
5.7. Capitalisation	115
5.8. Données relatives à l'expérimentation	115
Résumé du chapitre 3	116
CHAPITRE 4 - OUTILS POUR PILOTER L'ABSENTÉISME	117
1. Indicateurs d'absentéisme.....	118
1.1. Objectifs et philosophie des indicateurs proposés	118
1.2. Quelques précautions	119
1.3. Liste des indicateurs	121
2. Un outil d'aide au diagnostic de l'absentéisme	126
2.1. Remarques préalables importantes.....	126
2.2. Structure de l'outil.....	128
Résumé du chapitre 4	136
CONCLUSION - DÉVELOPPER UNE EXPERTISE ORGANISATIONNELLE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS.....	137
NOUVEAU GLOSSAIRE DE L'ABSENTÉISME	141
ABRÉVIATIONS UTILISÉES	145
REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES.....	147