



Université de Lille

Faculté D'Ingénierie et Management de la Santé - ILIS

WEPPE Hélène

Master Management Sectoriel

Parcours management des établissements sanitaires et médico-sociaux

Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master

Année universitaire 2018-2019

LES MANAGERS INTERMÉDIAIRES FACE À L'ABSENTÉISME À L'HÔPITAL

En quoi les managers intermédiaires contribuent-ils à la lutte contre
l'absentéisme du personnel soignant ?

Sous la direction de Madame Dominique PICAULT-GOLDSTEIN

Directrice de la stratégie, CHU de LILLE

Composition des membres du jury :

- Président du jury : Monsieur Stanislas WOCH, Maitre de Conférences associé
- Directrice de mémoire : Madame Dominique PICAULT-GOLDSTEIN
- Membre du jury : Madame Laurence GOUGEON, Cadre Supérieur de Santé de Pôle, Institut Cœur Poumon-CHU LILLE

Date de soutenance : le 27 septembre 2019 à 11h00

Faculté d'ingénierie et Management de la Santé-ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier Monsieur Stanislas WOCH, président du jury et responsable de la filière MES de L'ILIS, pour sa disponibilité et ses recommandations.

Ensuite, je tiens à exprimer toute ma gratitude auprès de ma directrice de mémoire, Madame Dominique PICAULT-GOLDSTEIN, pour son écoute, ses compétences, et ses conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion. Aussi je la remercie pour son soutien et ses encouragements durant la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également Madame Laurence GOUGEON, cadre supérieur de santé de pôle. Pôle Cardio-Vasculaire et Pulmonaire de l'Institut Cœur Poumon du CHU de Lille, pour le temps précieux qu'elle m'a consacré et pour avoir accepté d'être jury du mémoire.

Puis, mes remerciements vont aux différents acteurs et professionnels de terrain, avec qui je me suis entretenue et qui ont apporté des réponses à mes questions en partageant leurs expériences, sur lesquelles s'est enrichie ma réflexion. Ce mémoire m'a donné l'occasion de rencontrer nombre de personnes intéressantes, aussi bien humainement que professionnellement.

Enfin, ma reconnaissance va à Xavier et à Eliott, pour leur soutien quotidien, leurs encouragements et leur amour tout au long de cette année. Ce travail n'aurait pas pu être accompli sans eux.

Le travail du mémoire est un long travail individuel. Néanmoins, ce sont toutes les personnes évoquées ci dessus qui ont contribué, à leur manière à l'achèvement de ce projet.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION.....	4
PARTIE I : REVUE DE LITTÉRATURE	7
1. L'ABSENTÉISME À L'HÔPITAL : UNE PROBLÉMATIQUE COMPLEXE AUX CAUSES MULTIPLES.....	7
2. LES MANAGERS INTERMEDIAIRES : LES ACTEURS CLES DES ORGANISATIONS ..	22
PARTIE II : METHODOLOGIE	34
1. ETUDE DE TERRAIN ET METHODOLOGIE.....	34
1.1. LE CONTEXTE ET L'OBJECTIF DE L'ÉTUDE	34
1.2. LES TERRAINS D'ÉTUDE	34
1.3. L'ÉCHANTILLONNAGE	35
1.4. L'ÉLABORATION DES GUIDES D'ENTRETIEN ET LES CONDITIONS DE RÉALISATION DES ENTRETIENS	37
1.5. LA MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES	38
PARTIE III. ANALYSE ET RECOMMANDATIONS	39
1. REGARDS CROISÉS SUR LE PHÉNOMÈNE DE L'ABSENTÉISME	39
2. LA CONTRIBUTION DU CADRE DE SANTÉ FACE À L'ABSENTÉISME : UN PIVOT INDISPENSABLE.....	50
3. LES PRECONISATIONS.....	58
CONCLUSION.....	64
BIBLIOGRAPHIE.....	66
GLOSSAIRE.....	69
TABLE DES MATIÈRES	70
TABLE DES ANNEXES	73

INTRODUCTION

L'absentéisme est devenu depuis plusieurs années un des facteurs importants à maîtriser pour les organisations privées ou publiques, peu importe leur secteur d'appartenance. Si l'absentéisme peut a priori être une notion assez simple à saisir puisqu'il renvoie aux absences des salariés sur leur lieu de travail, il est en réalité un phénomène difficile à étudier aussi bien du fait de sa genèse, de la diversité des causes qui en sont à l'origine, que des variations dans la manière de le définir et le mesurer. S'il n'est pas simple à appréhender, l'absentéisme présente des enjeux importants pour toute organisation, de par les coûts directs et indirects qu'il produit mais également par les conséquences qu'il peut engendrer sur le climat social dans une équipe ou dans une organisation. Dans un contexte socio-économique où l'efficacité et l'efficacités sont devenues des leitmotivs et où les conditions de travail sont une variable de plus en plus prégnante, il est important d'identifier les bonnes pratiques capables de lutter contre ce phénomène.

Le constat que nous venons de dresser est encore plus significatif dans le secteur de la santé. Dans ce secteur où les attentes des différentes parties prenantes (patients, état, etc.) sont de plus en plus fortes, les organisations doivent faire face à un absentéisme dont le taux semble particulièrement alarmant. Le rapport de la DREES de 2017 sur les conditions de travail montre qu'en France les établissements de santé publics comme privés sont l'un des secteurs d'activité où les salariés ont le plus recours aux arrêts maladies, avec 10 jours d'absence déclarés pour maladie par an en moyenne, contre 7,9 dans l'ensemble des autres secteurs.

Dans le secteur de la santé, l'absentéisme peut s'expliquer en partie par les conditions de travail difficiles inhérentes au métier de soignants, tant dans des dimensions physiques que psycho-sociales. De plus, au-delà de la pénibilité liée aux conditions de travail historiques, l'ensemble du personnel soignant travaille dans des établissements de santé qui ont connu ces dernières années plusieurs réformes transformant en profondeur l'organisation du travail au sein des services et entre services. Les réformes successives du système de santé, au delà de leur finalité propre, ont apporté leur lot d'exigences supplémentaires à la fois pour l'ensemble de la ligne managériale et pour le personnel soignant.

Pour piloter la transformation nécessaire des établissements de santé, il est nécessaire de disposer d'indicateurs permettant de s'assurer que le changement se réalise dans de bonnes conditions. Si chaque réforme a son lot d'indicateurs qui lui est propre et si les indicateurs financiers sont de plus en plus prégnants dans nos établissements de soins, les indicateurs RH et notamment le taux d'absentéisme constituent un baromètre social qui doivent permettre de mettre en lumière le bon fonctionnement ou au contraire un potentiel dysfonctionnement au sein de l'organisation. En effet, loin de n'être qu'un indicateur de l'état de santé des salariés, l'absentéisme révèle les problématiques centrales de l'organisation : perte des repères identitaires dans des organisations de santé en mutation, difficulté à saisir les nouvelles formes de reconnaissance, mal-être et épuisement professionnel. Si un taux d'absentéisme ne dit explicitement rien sur les facteurs et les causes expliquant son origine, il doit être analysé avec soin, toute hausse pouvant être le signal de dégradations des conditions de travail, d'un mal-être au travail ou d'une forme de désengagement organisationnel.

Pendant longtemps, l'absentéisme a été perçu comme une « problématique RH » qui devait donc être gérée par le service RH en discussion avec les représentants du personnel. Cependant, cette image est erronée et depuis plusieurs années les recherches académiques et les bonnes pratiques développées dans les établissements de santé témoignent que seule une analyse et un management systémique de l'absentéisme peuvent conduire à sa maîtrise. Ainsi, dans un contexte plus global de partage de la fonction Ressources Humaines avec la ligne managériale, manager l'absentéisme passe par la mise en place d'un système où chaque acteur doit jouer son rôle : la direction des ressources humaines experte de la gestion du personnel et des relations sociales, la direction générale en montrant que cette problématique est au centre des préoccupations de l'établissement, le personnel soignant dont les expériences concrètes du terrain peuvent être utiles, et enfin les managers intermédiaires, courroies essentielles au bon fonctionnement de l'organisation, à qui on demande une proximité avec le terrain afin de piloter au plus près les équipes, tout en développant une prise de recul pour mettre en œuvre au niveau local les politiques décidées au niveau global. Notre problématique porte plus particulièrement sur cette dernière catégorie d'acteurs, les managers intermédiaires dans les établissements de santé. Elle se formule ainsi : **En quoi les managers intermédiaires contribuent-ils à la lutte contre l'absentéisme du personnel soignant ?**

Ce travail de recherche s'articule en trois parties. La première constitue une revue de littérature sur les thématiques de l'absentéisme et des rôles du manager intermédiaire. La seconde présente la méthodologie mise en place dans le cadre de ce travail de recherche et les caractéristiques du panel des personnes interrogées dans le cadre de notre « enquête terrain ». Enfin, dans la dernière partie nous aborderons les résultats et la discussion autour des actions envisageables pour contribuer à une meilleure maîtrise de l'absentéisme du personnel soignant.

PARTIE I : REVUE DE LITTÉRATURE

1. L'ABSENTÉISME À L'HÔPITAL : UNE PROBLÉMATIQUE COMPLEXE AUX CAUSES MULTIPLES

Depuis de nombreuses années, l'absentéisme au travail est une préoccupation majeure pour toutes les entreprises, aussi bien dans le secteur privé que le public. En France, le coût des arrêts de travail a grimpé de 15 % entre 2010 et 2017, pour atteindre 7,4 milliards d'Euros¹. Les établissements de santé sont l'un des secteurs d'activité où les salariés ont le plus recours aux arrêts maladies, avec 10 jours d'absence déclarés pour maladie par an en moyenne, contre 7,9 dans l'ensemble des secteurs. L'absentéisme à l'hôpital² touche particulièrement le personnel soignant³.

Les recherches menées sur l'absentéisme se sont développées ces dernières années mais les définitions restent hétérogènes et les causes multiples. Il n'existe pas aujourd'hui un « one best way » pour gérer l'absentéisme. Comme nous le verrons, la littérature identifie plusieurs mécanismes à l'origine de ce phénomène et différents rôles pour les différents acteurs impliqués dans sa gestion. Dans cette revue de littérature, nous ne chercherons pas à être exhaustif et à énumérer l'ensemble des études sur le sujet mais plutôt à tenter d'appréhender la problématique de l'absentéisme à partir de plusieurs questions qui structureront cette première partie : Qu'est ce que l'absentéisme ? Quelles sont les causes ? Quelles sont les conséquences et comment les réduire ? En d'autres termes, nous nous intéresserons aux différents facteurs racines et aux impacts de ce problème sur l'hôpital avant d'étudier les leviers possibles. Nous verrons ainsi que la recherche sur l'absentéisme amène à s'intéresser à l'interaction entre plusieurs acteurs clés du management hospitalier.

¹ Rapport fait à la demande du Premier ministre établi par Jean Luc BERARD (Directeur des ressources humaines, groupe SAFRAN),

² Nous qualifierons « hôpital » tout établissement de soins du secteur sanitaire. Ce terme est désormais usité à la fois par les hôpitaux publics mais aussi par les cliniques qui utilisent désormais le terme d'hôpital privé.

³ Nous qualifierons de « personnel soignant », le personnel soignant non médical de l'hôpital, il s'agit donc exclusivement des infirmiers et aides soignants.

1.1. L'ABSENTÉISME : UN CONCEPT AUX MULTIPLES DÉFINITIONS

L'absentéisme est un phénomène que connaît tout établissement de santé. Le définir et connaître ses spécificités est la première étape pour saisir l'ampleur et la complexité de ce problème. L'absentéisme est défini dans le dictionnaire Larousse comme étant le « *fait d'être absent du lieu de travail, de l'école, d'une réunion, d'une assemblée, de tout lieu où, pour des raisons de travail, de participation à une action, etc., la présence est obligatoire* ».

Quant à L'ANACT (**A**gence **N**ationale pour l'**A**mélioration des **C**onditions de **T**ravail), elle décrit : « *l'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradations des conditions de qualité de travail entendus au sens large : les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnels et privés, etc.* » (ANACT 2009). Selon cette description de l'ANACT, l'absentéisme peut s'apparenter à un phénomène évitable, et pouvant être réduit par la prévention. Il n'est pas étonnant que l'ANACT retienne cette définition faisant le lien entre absentéisme et conditions de travail puisque cette organisation a notamment pour but d'améliorer les conditions de travail en agissant notamment sur l'organisation du travail afin de réduire les effets néfastes comme l'absentéisme.

Henri Leteurtre (1991) définit l'absentéisme comme le fait de ne pas se présenter au travail lorsqu'on est censé le faire. Cette définition généraliste traduit le fait qu'une personne inscrite à l'effectif et au planning n'est pas physiquement présente à son travail, sans réellement définir le contour du phénomène. Pour finir, les auteurs Bрами et al, (2014 p141) à l'origine de l'étude PHARES sur l'absentéisme du personnel soignant, définissent l'absentéisme comme « *une non présence sur le lieu de travail, en dehors des congés annuels, RTT, repos hebdomadaires et journée de récupération, d'une partie des personnels soignants au cours d'une période donnée* ». Ces définitions sont nettement plus larges que celles proposées par l'ANACT, elles permettent d'inclure une diversité d'absences et sont relativement ouvertes puisqu'elles ne circonscrivent pas le phénomène à ce qui pourrait s'apparenter à un seul type d'absentéisme : celui lié aux conditions de travail. Si la thématique des conditions de travail est importante lorsqu'on s'intéresse à l'absentéisme, il ne nous semble pas que la définition doive inclure formellement cette relation « absentéisme-conditions de travail », c'est pourquoi il paraît tout à fait pertinent

pour notre étude de retenir la définition de Bрами et al (2014), car elle est large et non orientée vers un facteur unique expliquant l'absentéisme.

A travers nos lectures, nous constatons que définir l'absentéisme n'est pas chose facile, l'aspect multifactoriel et la variété des situations d'absence amènent à des définitions très hétérogènes. A cet égard, il est nécessaire pour notre étude de circonscrire la notion d'absentéisme et nous faisons le choix de nous focaliser uniquement sur les absences inopinées. En effet, les absences prévisibles sont des absences que les hôpitaux peuvent identifier et par conséquent les anticiper pour les pallier. Aussi les absences inopinées sont celles qui désorganisent le plus les services de soins, et nécessitent donc la recherche de solutions pour les réduire.

1.2. L'ÉVALUATION DE L'ABSENTÉISME

Dans certains cas, les services de ressources humaines expriment l'absentéisme sous la forme du nombre de jours d'absences par salarié. Toutefois, il est recommandé de conserver, le plus possible, au cours du temps, la même façon de calculer et de définir l'absentéisme afin d'en évaluer la progression. Le plus souvent, le taux d'absentéisme (**TA**) résulte d'un calcul de ratio entre les effectifs théoriques et ceux réellement présents, comme indique ci dessous un modèle de calcul proposé par l'ANACT.

TA= $\frac{\text{Le nombre de jours d'absences (ou d'heures) pendant une période X}}{\text{Nombre de jours théoriques ou heures pendant la même période}}$

S'il est important d'avoir un calcul du taux d'absentéisme fiable et régulier pour faciliter son pilotage, celui-ci ne donne pas accès directement à la compréhension du phénomène. Il doit être interprété par les différents acteurs impliqués (direction, direction des ressources humaines, direction des soins infirmiers, cadres de santé, etc.). Si le calcul peut paraître simple et la comparaison facile, ce taux est difficilement comparable avec justesse puisque d'un hôpital à un autre, les éléments inclus dans le calcul ne sont pas identiques. Par exemple, dans certains hôpitaux, l'absence pour formation est incluse dans leur mode de calcul alors que d'autres ne prennent pas en considération ce type d'absence.

1.3. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ABSENTÉISME À L'HÔPITAL

Il est difficile d'aborder le phénomène de l'absentéisme à l'hôpital de la même manière que dans les autres entreprises du secteur tertiaire. Les hôpitaux, aussi bien publics que privés ont des organisations spécifiques, d'une part par leurs contraintes de continuité de service et de missions publiques, et d'autre part par les transformations profondes du système de santé de ces dernières années auxquelles ils sont confrontés. L'absentéisme à l'hôpital est en croissance depuis quelques années. La 12^{ème} édition du Panorama du Risque de la société d'assurance SHAM⁴ (2017) montre qu'un hôpital sur trois enregistre une hausse conséquente des arrêts de travail. Cette augmentation générale confirme la tendance observée ces dernières années : les absences progressent depuis 2007 dans l'ensemble de leurs caractéristiques. Elles durent plus longtemps (gravité : + 20%), sont plus nombreuses (fréquence : + 10 %) et concernent davantage de personnel (exposition : + 9%). L'étude réalisée en 2016 par la fondation IFRAP⁵, « *Hôpitaux : le palmarès de l'absentéisme* » attribue le podium des mauvais élèves en matière d'absentéisme au CHU de Lille (30,99 jours toutes causes), au CHU de Rouen (30,94 jours toutes causes) et au CHU d'Amiens (29,37 jours toutes causes). Et en ce qui concerne le secteur hospitalier privé, les absences en jours des salariés en CDI sont de 24,4 jours d'absence par salarié et par an, soit un taux d'absentéisme de 6,7% (chiffres de 2014).

L'absentéisme à l'hôpital révèle des variables spécifiques. Au delà des caractéristiques générales de toute organisation, tels que la démographie et l'attitude à l'égard du travail, les styles de management, les modalités de gestion des ressources humaines, la littérature relève des variables spécifiques. (Brami et al, 2014).

1.4. UNE VISION PLUS FINE DE L'ABSENTÉISME À TRAVERS LES TYPOLOGIES D'ABSENCE

Nous avons vu précédemment que les définitions de l'absentéisme sont nombreuses. Ces définitions perdent leur généralité et simplicité dès lors qu'on aborde les raisons précises de l'absence. L'absentéisme étant une notion protéiforme, englobant des absences diverses et variées, les recherches sur cette thématique ont essayé de gérer la complexité du phénomène en identifiant des types d'absences.

⁴ SHAM est une société d'assurance pour les acteurs de la santé.

⁵ Fondation pour la recherche sur les administrations et les politiques publiques

Leteurtre (1991), dans son audit sur l'absentéisme du personnel hospitalier, a par exemple établi une liste exhaustive des différents types d'absence (1991, p.7 et 8) : « *abandon de poste, absence non autorisée, retards, absence autorisée, soins à enfant malade, maladie courte durée, formation courte durée, accident du travail courte durée, heure de représentant du personnel, congé naissance, maladie longue durée, mi-temps thérapeutique, formation longue durée, accident du travail longue durée, disponibilité, congé parental...* ».

Le tableau ci dessous reprend les spécificités de chaque type de congé :

CONGES POUR RAISONS MEDICALES
CMO : Congé pour maladie ordinaire.
CLM : Congé Longue Maladie, concerne les absences pour maladie qui nécessitent un traitement et des soins prolongés, présentant un caractère invalidant. Il peut s'étendre sur une durée de 3 ans.
CLD : Congé Longue Durée concerne les agents de la fonction publique non titulaires. Le congé peut s'étendre sur une durée de 5 ans, et est délivré après avis du comité médical.
AT : Congé pour accident de travail, concerne les accidents survenus sur le lieu de travail et sur le trajet domicile-travail.
MP : Congé pour Maladie Professionnelle, concerne une maladie contractée ou aggravée dans l'exercice de ses fonctions.
CONGES POUR RAISONS NON MEDICALES
Congé de maternité : Le congé de maternité comprend un congé prénatal, avant la date présumée de l'accouchement.
Congé pour paternité : Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est d'une durée maximale variable de 11 à 18 jours selon le caractère unique ou multiple de la naissance. Ces jours de congés s'ajoutent aux 3 jours réglementaires

Source : Portail de la Fonction Publique.

Les congés maladie constituent la part de l'absentéisme dit «compressible». En d'autres termes, une action peut être envisagée pour l'éviter. Il regroupe les motifs d'absences pour raisons médicales. Dans une logique de management de l'absentéisme, il est important de différencier les formes d'absences sur lesquelles il est possible de mettre en place une action de prévention, et celles sur lesquelles il est très difficile d'agir, notamment les absences liées à des facteurs démographiques, où il existe peu de possibilité de manœuvre.

1.5. LA DIVERSITÉ DES FACTEURS À L'ORIGINE DE L'ABSENTÉISME À L'HÔPITAL

Pour éviter de fabriquer une liste de facteurs potentiels exhaustifs mais peu utilisables, il convient de les regrouper en grandes catégories. C'est ce que suggèrent notamment Randon et al. (2011) en proposant 4 grandes catégories :

- **Les facteurs personnels** : grossesse, dépression, état de santé
- **Les facteurs attitudeux** : satisfaction au travail, engagement au travail, Burn-out
- **Les facteurs médicaux**: les conditions de travail, la charge de travail, postures inadaptées
- **Les facteurs organisationnels** : caractéristiques générales de l'organisation, ambiance de travail, organisation et environnement de travail

Nous allons largement nous en inspirer pour traiter les facteurs de l'absentéisme.

1.5.1 Les facteurs personnels

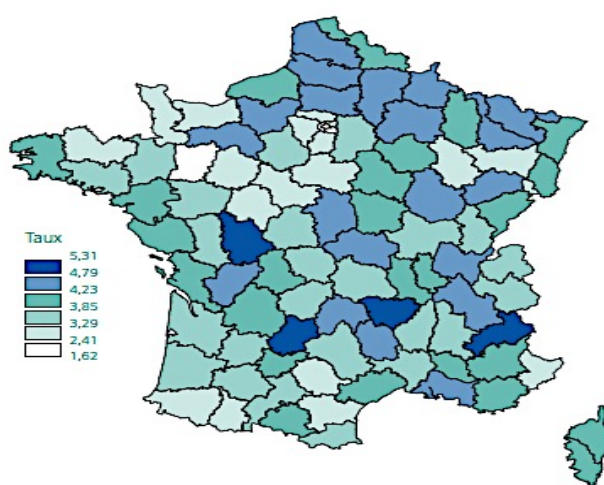
Dans la littérature, les caractéristiques de la population dont par exemple son état de santé global (considéré ici indépendamment des conditions de travail) est une variable à prendre en compte dans l'analyse de l'absentéisme. Par exemple, la région Hauts de France est particulièrement touchée par les maladies chroniques et de longues durées, comme illustre la *Carte 1* ci dessous. Le personnel soignant ne déroge pas à cette règle, et il est de la même manière que les patients, touché par les pathologies chroniques et graves, ce qui peut avoir un impact certain sur l'absentéisme.

Il est par ailleurs assez courant d'évoquer l'âge des salariés comme variable modératrice de l'absentéisme. On entend parfois dans les organisations des discours très différents suivant les personnes qui les portent. Entre « les jeunes désengagés qui s'arrêtent plus souvent » et « un personnel vieillissant qui s'arrête plus souvent », les discours sont souvent caricaturaux et simplistes. L'apport des recherches amène davantage de nuances sur ce point. Selon les dernières études de la DARES (2013), les "jeunes" (moins de 25 ans) ne se mettent pas plus en arrêt en fréquence que les plus de 55 ans. (Cf *Carte 2*). En revanche, la durée moyenne d'un arrêt pour les plus de 55 ans est plus élevée, environ d'un rapport de 1 à 3. Inversement une population plus jeune, peut avoir des absences pour une durée plus courte avec une proportion féminine plus importante, donc des absences pour congés maternité plus conséquentes.

Pour conclure, il apparaît que les éléments de la vie personnelle du salarié peuvent participer également au déclenchement de l'absence. Lorsque l'équilibre entre la vie au travail et hors travail a pu être rompu, les absences peuvent s'accroître. On devine ici le

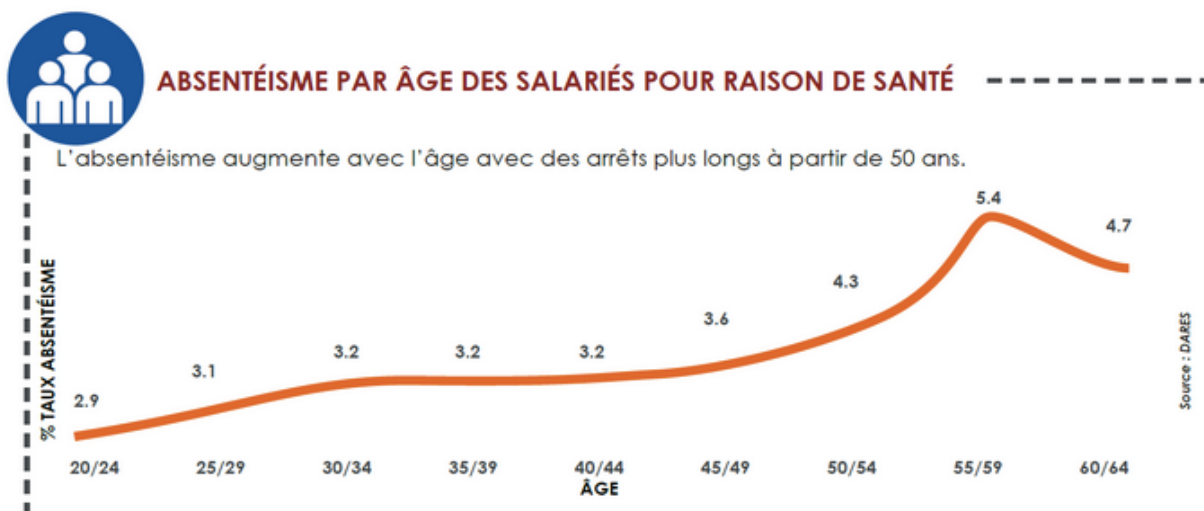
rôle important que peut jouer le manager intermédiaire, profitant de sa connaissance fine de chaque salarié, pour anticiper ces ruptures d'équilibre vie personnelle - vie professionnelle. Pour synthétiser, la personnalité et les caractéristiques démographiques comme le genre, l'âge, la dépression, le tabagisme, l'alcoolisme, la drogue et le manque d'exercice sont souvent associés à un risque d'absentéisme. Afin de réduire les risques liés à ces caractéristiques démographiques, les établissements de santé peuvent développer des actions de prévention adaptées aux spécificités de leur personnel soignant.

Carte 1 • Absentéisme pour raisons de santé : les écarts bruts entre départements



Champ : salariés résidant en France métropolitaine (sont exclus les apprentis-stagiaires, les salariés des particuliers employeurs et les salariés travaillant à leur domicile).

Carte 1. Étude de la DARES en 2013. Source : Insee, enquête Emploi en continu, 2003-2011. *L'absentéisme par région et département en France,*



Carte 2. Absentéisme par âge des salariés pour raison de santé.

1.5.2. Les facteurs attitudeux

Nous abordons dans cette sous-partie les facteurs attitudeux, en d'autres termes des facteurs qui se focalisent sur la modification de certains comportements, notamment l'attitude des salariés vis à vis de leur travail ou de leur établissement. Dans la littérature, les concepts évoqués pour décrire ces facteurs attitudeux sont notamment la satisfaction au travail, l'engagement organisationnel qui lie le salarié à l'organisation et le sens donné au travail. Concernant ce dernier point, on évoque souvent dans la littérature une perte de sens des soignants vis à vis de leur métier, de leur travail alors que paradoxalement le personnel soignant était souvent pris comme exemple pour illustrer le choix de métier par vocation, autrement dit un choix de métier pour le sens qu'il dégage et pour les valeurs qu'il inspire. Comment expliquer ce changement et la perte de sens évoqués dans la littérature ? Les personnels soignant (infirmiers et aides-soignants) et médical (médecins et pharmaciens) sont fortement soumis à des contraintes temporelles et organisationnelles de travail (dimanche, travail de nuit). S'ajoutent à cela de fortes contraintes liées au travail en équipe et à une constante collaboration avec leurs collègues. La perte de sens progressive chez le personnel soignant est amplifiée par les réorganisations récurrentes des services, qui donne aux soignants l'impression d'être des éléments interchangeables, passant d'un service à un autre. (Damart 2013). Le rapport de HAS (2016) sur les conditions de travail affirme que lorsque les salariés sont plus satisfaits de leur condition de travail, cela réduit le stress, le turn-over et le niveau d'absence. A l'inverse, le manque de reconnaissance a un impact négatif sur l'absentéisme. Un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance perçue entraîne notamment une augmentation de l'absentéisme de courte durée.

1.5.3. Les facteurs de santé

L'hôpital se caractérise par des conditions de travail difficiles avec une charge mentale importante. Par ailleurs, ces personnes sont soumises, à des niveaux divers, à des contraintes de travail physique, occasionnant notamment des troubles musculo-squelettiques (TMS). La responsabilité des TMS sur les absences des infirmiers est notamment évoquée dans l'élaboration des projets de réduction de l'absentéisme (Randon et al, 2011). Par ailleurs, les infirmiers et les aides-soignants sont plus exposés que les autres salariés à certains produits chimiques et aux radiations. Les risques biologiques au

contact des patients et les risques d'accidents d'exposition au sang sont aussi caractéristiques de ces métiers. Enfin, les personnels hospitaliers ont la caractéristique d'être particulièrement exposés au contact direct avec le public extérieur, ce qui est globalement associé à des conditions de travail plus difficiles. Ceux exerçant en service d'urgence et, davantage encore, en psychiatrie sont les plus exposés aux agressions du public.

Le rapport de l'HAS (2016) sur la Qualité de vie au travail et la qualité des soins ainsi que l'étude SUMER de la DARES montrent que parmi les premières raisons médicales des arrêts, les troubles musculo-squelettiques (TMS) prédominent les problèmes cutanés et les troubles digestifs, suivis par les troubles neurologiques et les troubles de santé mentale. (Cf Carte 3). Le nombre de jours d'arrêt de travail double lorsque les soignants ont une forte charge physique, et double, voire triple lorsque la pression temporelle augmente et lorsque le travail d'équipe est jugé très insuffisant.

Expositions		
Grands types de contraintes physiques	Proportion de salariés exposés	
	Dans le secteur	Ensemble des secteurs
7. Contraintes posturales et articulaires.....	77.8	74.3
5. Situations avec contraintes visuelles.....	55.1	59.8
6. Manutention manuelle de charges (définition européenne).....	49.3	37.2
1. Nuisances sonores.....	23.8	32.5
4. Travail en air et espace contrôlés.....	19.4	17.8
9. Conduite (machine mobile, automobile, camion...).....	15.8	32.5
2. Nuisances thermiques.....	9.3	20.0
3. Radiations, rayonnements.....	8.1	3.3
8. Travail avec machines et outils vibrants.....	3.6	12.1

Carte 3. Les risques professionnels par secteurs d'activité enquête SUMER 2010 Activité pour la santé humaine, DARES.

1.5.4. Les facteurs organisationnels

Comprendre les relations complexes entre l'organisation du travail et l'absentéisme est central pour mieux saisir les causes de l'absentéisme. Pour Bami et al. (2014, p20) « *L'absentéisme et organisations ont toujours été des objets d'étude liés* », l'absentéisme reste également révélateur d'un dysfonctionnement au sein d'une organisation. « *Il est l'expression d'une incompréhension de la part des personnes face à une transformation du métier et du rapport au travail, et plus précisément la diminution du sens au travail, et*

des difficultés à retrouver des formes de reconnaissance et de repère identitaire au sein des organisations ».

Le paysage hospitalier a été marqué par les réformes hospitalières successives au cours de cette dernière décennie qui ont profondément fait évoluer l'organisation des établissements de soins. Bami et al. (2012) font un état des lieux des recherches tentant d'établir des liens entre réformes hospitalières et absentéisme. Dans cette littérature embryonnaire plusieurs études menées dans des pays étrangers sont intéressantes. Bami et al. (2014) citent notamment les travaux de Buchan (2000) et de Garcia-Prado & Chwala (2006) qui tentent à démontrer que la succession de réformes hospitalières a conclu à un accroissement significatif de l'absentéisme. En France, les résultats de l'étude PHARES (2014) montre qu'il existe bien une corrélation entre absentéisme du personnel soignant et la succession de réformes hospitalières avec l'introduction de nouveaux concepts tels le management, les performances hospitalières, les processus qualité, les nouveaux modes de financement comme la T2A (Tarification à l'Activité).

La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé, publics et privés. Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses. Les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes.

Source : Ministère de la solidarité et de la Santé

Tout d'abord, les organisations hospitalières ont connu de grands changements ces dernières années. Citons en premier lieu, la réforme de la T2A, issue du plan « Hôpital 2007 ». Ces réformes visent à maîtriser les dépenses et à adapter les établissements aux évolutions de la demande de soins dans un contexte de vieillissement de la population. Jusqu'en 2003, les établissements de santé connaissaient des modes de financements différents selon leur nature juridique. Les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) étaient dotés depuis 1983 d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative, appelée dotation globale. Celle-ci était calculée en fonction du nombre de journées et reconduite, chaque année, sur la base de l'exercice précédent, modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières. Tandis que les établissements de santé privés à but lucratif, quant à eux, facturaient directement à l'assurance maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunérations des professionnels de santé libéraux), sur la base de tarifs historiques, variables géographiquement et négociés avec les agences

régionales de l'hospitalisation (ARH). Ces établissements bénéficiaient, donc, d'ores et déjà de paiements à l'activité, sur la base de tarifs régionaux variables et non sur celle d'un tarif national unique. De manière quasi mécanique, les hôpitaux ont cherché à développer leur activité, espérant voir leur budget augmenter.

Cette nouvelle tarification à l'activité est perçue par le personnel soignant comme une course à l'activité, et à la rentabilité. Ce système incite donc à produire davantage de soins. (Damart et Kletz, 2012). En ce sens, cette accélération de cadence de soins éloigne également le soignant du cœur de métier : prendre soin du patient. En effet, les temps consacrés à la coordination, aux tâches administratives, et de transmissions sont bien supérieurs au temps consacré au patient. Le temps relationnel avec le patient est considéré par le personnel soignant comme un baromètre de la qualité des soins, et de valorisation de leur travail. Cet éloignement participe certainement à la perte de sens au travail et la dégradation de l'estime de leur travail. Dans un contexte de réformes, une détérioration des conditions de travail serait particulièrement porteuse de risques pour la santé des soignants, compte tenu de l'importance des exigences du travail des salariés de ce secteur.

En second lieu, il y a eu la nouvelle gouvernance hospitalière avec la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) en 2009. Elle repose sur l'évolution du rôle des instances et sur la mise en place des pôles d'activité. La loi HPST va renforcer certaines évolutions organisationnelles engagées avec l'ancrage territorial des décisions et l'organisation en pôles. Introduire ainsi de nouveaux paradigmes comme le passage d'une tutelle orientée sur l'hôpital (Agence Régionale de l'Hospitalisation) à une tutelle au périmètre plus large intégrant l'ensemble du secteur de la santé (Agence Régionale de Santé ou ARS). Tout ceci accentue encore le décalage par rapport aux repères traditionnels, et oblige à porter un autre regard sur l'hôpital. (Brami et al. 2012)

Enfin, le fonctionnement hiérarchique de l'hôpital est aussi un facteur d'absentéisme. L'étude d'ISEOR⁶ affirme que les dysfonctionnements managériaux sont sources d'absentéisme et s'enracinent dans des domaines qui sont des leviers de la qualité de vie au travail comme les conditions et l'organisation du travail, la communication et la concertation, la gestion du temps, la formation intégrée et la mise en œuvre de politique de rémunération.

⁶ Institut de Socio-Économie des Entreprise et des Organisations

1.6. LES CONSÉQUENCES PLURIELLES DE L'ABSENTÉISME POUR L'HÔPITAL

1.6.1. L'impact financier

Chaque absence a un coût pour l'hôpital. Ce coût se divise en deux parties, les coûts directs et les coûts indirects. Les dépenses en personnel sont les postes de dépense les plus importantes. En ce sens, l'absentéisme représente un coût financier important pour l'établissement, lié aux remplacements du salarié absent. La maîtrise des effectifs est au cœur des préoccupations des directeurs d'établissement de santé.

Pour Randon et al (2011), l'absentéisme du personnel soignant non médical a des conséquences financières très élevées puisqu'environ 70% du budget de l'hôpital est dédié à la masse salariale et que les exigences de permanence des soins contraignent les établissements à remplacer, au moins en partie, le personnel absent. La réduction des conséquences financières, humaines et organisationnelles de l'absentéisme est donc un enjeu majeur pour la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé.

A l'hôpital public, pour l'exemple d'un arrêt maladie de courte durée pour maladie ordinaire, l'agent titulaire absent se voit rétribuer son salaire durant sa durée d'absence avec un jour de carence, tandis qu'à l'hôpital privé, ce sera l'Assurance Maladie qui assure le paiement des indemnités journalières après une carence de 3 jours. Cela engendre un coût supplémentaire pour l'établissement de suppléer à l'absence du salarié.

1.6.2. L'impact humain

Un taux d'absentéisme important à l'hôpital peut mettre en péril aussi son équilibre social puisqu'il bouleverse les relations au travail. Au sein des services, il est fréquent lorsque le personnel du POOL de remplacement est pourvu, de rappeler les salariés sur leur jour de repos, particulièrement lorsqu'il s'agit d'absence inopinée. Cette gestion repose sur de l'auto remplacement, privilégiée par les managers de proximité, car le personnel rappelé a la connaissance des spécificités du service, et connaît bien son fonctionnement, et peut ainsi prendre en charge rapidement les patients. Toutefois, cette politique d'auto-remplacement peut engendrer un sentiment d'iniquité au sein de l'équipe, car elle est parfois perçue comme un abandon de la Direction à la problématique de terrain.

De même le personnel soignant peut se sentir lésé dans le mécanisme du « donnant-donnant », car cela l'interroge sur le ratio contribution-rétribution. Cette situation accentue le sentiment de lassitude au travail associé à une fatigue physique et psychologique réelle. Le risque principal à terme est l'alimentation de l'absentéisme par de l'absentéisme,

ce que Brami qualifie de « surchauffe ». Les personnes les plus engagées acceptent de revenir sur leur repos et potentiellement vont s'épuiser à leur tour et donc être absentes. Par ailleurs, la pénurie des personnels soignants, les contraintes budgétaires, les difficultés de recrutement associées à une faible fidélisation du personnel soignant tendent à perpétuer dans cette pratique de l'auto remplacement que nous venons de le voir peut avoir des répercussions sur le climat social.

1.6.3. L'impact organisationnel et effets sur la qualité des soins

L'absentéisme induit d'importants effets négatifs pour l'hôpital, cela concerne à la fois le fonctionnement mais aussi la qualité et la sécurité des soins. L'étude PHARES montre que l'absentéisme est fortement lié aux problématiques organisationnelles et managériales.

En matière de charge de travail, l'absentéisme affecte le travail quotidien des managers du terrain, de la direction des soins, et des ressources humaines. La lourde charge des managers de proximité est de trouver au quotidien des solutions de remplacement, de revoir l'organisation de leur service, particulièrement lorsque les absences sont inopinées. Cette tâche se révèle chronophage et éloigne le manager de son équipe. (Brami et al., 2014). Cependant, ce travail du manager (réorganisation du planning, identification de solutions dans l'urgence) est relativement invisible, puisque les temps humains passés à réguler des dysfonctionnements ne sont pas évalués, puisqu'il n'existe pas d'indicateurs factuels pour les mesurer. Ces activités de gestion dans l'urgence du planning constituent des sources de coûts cachés puisqu'elles occupent les managers à des activités moins productrices de valeurs que celles qu'ils pourraient avoir dans le développement de projets transverses ou l'amélioration de l'organisation de leur service dans le long terme.

Les coûts sont plus importants lorsque l'effectif est extrêmement réduit, à l'approche des périodes de congés prévus, et quand le personnel de pool de remplacement est déjà attribué à des remplacements de longues durées. A partir de là, les services font appel à des remplaçants intérimaires, ou à des soignants d'autres services qui n'ont pas la connaissance du fonctionnement, ni de la spécificité des pathologies traitées. Par conséquent, ce type de remplacement demande à l'équipe en place de se réorganiser pour dédier un temps d'explication du fonctionnement du service à des soignants remplaçants. Leteurtre (1991) montre dans son audit de l'absentéisme qu'il existe un écart

de productivité de 15% entre le personnel absent et le personnel remplaçant. L'absentéisme empêche donc la réalisation optimale des soins et concourt à la détérioration tant en ce qui concerne la qualité des soins que de l'accueil de l'utilisateur et de sa famille, qui se traduira par une augmentation des délais d'attente. Si le remplacement du personnel absent n'est pas assuré, les soignants sont amenés, quant à eux à produire autant de soins qu'à effectif normal. Cela demande alors une plus grande rapidité d'exécution, ce qui peut entraîner des erreurs d'administration ou de mauvaise identification du traitement au bon patient. Le non remplacement entraîne inlassablement une altération de la prise en charge des patients, aussi bien sur les actes techniques que relationnels. Or la prise en charge globale du patient requiert des éléments tels que l'écoute, l'empathie et l'information du patient. La mise en œuvre d'une prise en charge de qualité nécessite des ressources humaines et du temps. Cependant, il n'existe pas à ce jour de mesure objective pour indiquer l'effet de l'absentéisme sur la qualité de la prise en charge.

1.7. LES MÉTHODES DE GESTION

1.7.1. Mesurer et quantifier l'absentéisme

Le taux d'absentéisme est une variable qui fait l'objet d'analyses statistiques. Nous avons vu précédemment le mode de calcul proposé par ANACT. Toutefois, les éléments pris en compte pour le calcul diffèrent d'un établissement à un autre. C'est pourquoi, il est difficile de dégager des comparaisons exactes des causes de l'absentéisme d'un établissement à un autre. Se situer par rapport à un taux d'absentéisme moyen en France est difficile, tout simplement parce que ce taux moyen n'existe pas.

Face au phénomène de l'absentéisme, il est rassurant d'avoir des points de comparaison en regardant l'absentéisme dans les autres structures ou dans les autres secteurs afin de pouvoir établir ce qui correspondrait à un taux normal (5, 6, 7 ou 8 % par exemple). Lorsqu'on analyse les documents de l'ANACT, il apparaît qu'en pratique, un taux en dessous de 4% peut être considéré comme faible et que le taux de 8% constituerait un seuil d'alerte. Mais comme le précisent différents auteurs, ces taux ne sont pas absolus et il faut les prendre avec précaution puisque de nombreuses variables peuvent impacter le taux de d'absentéisme et les situations de chaque établissement et de chaque service sont particulières. Comme le souligne l'ANACT, « *deux entreprises en apparence similaires par la taille et le secteur d'activité peuvent connaître des dissemblances fortes de leur taux d'absentéisme du fait des variables socio-démographiques propres à chacune*

d'elles. Une entreprise qui a peu embauché et qui voit sa pyramide des âges vieillir peut subir un absentéisme croissant avec des absences de plus en plus longues ».

La difficulté de comparer les situations réside aussi dans l'existence de plusieurs façons de mesurer l'absentéisme. Il existe presque autant de manières pour les entreprises de calculer leur taux d'absentéisme que d'entreprises elles-mêmes⁷. Toutefois, dans les bonnes pratiques, l'approche chiffrée est systématiquement associée à une approche qualitative, via les observations de terrain et des actions entreprises par les salariés, les managers ou directeurs eux-mêmes. Plus qu'une discussion sur l'évaluation quantitative du taux, c'est d'une exploration des causes dont l'organisation a véritablement besoin pour traiter de l'absentéisme.

Nous avons vu que l'absence résulte de facteurs influencés par l'histoire personnelle et professionnelle, par l'environnement familial, social et professionnel, mais également par la relation de la personne avec sa situation au travail et sa capacité à s'adapter à un ensemble de contraintes. Il semble alors difficile de restituer la variété de ces variables par une seule approche chiffrée. Établir des données chiffrées n'est pas un objectif ultime, mais un moyen d'éclairer l'absentéisme. L'écueil serait de ne prendre en compte que l'analyse des données et non ses raisons.

Pour l'ANACT, l'absentéisme peut être le résultat d'un processus de démotivation et de l'incapacité du management et du salarié à en parler et tenter de le résoudre avant que la situation n'empire. Dans certains cas, des problèmes de santé latents ou chroniques peuvent affecter une personne, la forçant à s'absenter, d'où l'importance de s'intéresser à la fois aux causes organisationnelles de l'absentéisme tout en conservant une approche individuelle. Les recherches académiques font le même constat : les managers sont les acteurs qui peuvent avoir un impact considérable sur la réduction de ce problème.

⁷ 12 idées reçues sur l'absentéisme.2017 Éditions Législatives.

2. LES MANAGERS INTERMEDIAIRES : LES ACTEURS CLES DES ORGANISATIONS

Comprendre les théories du management c'est avant tout comprendre le fonctionnement des organisations. Fayol (1916) estime que les activités d'une entreprise se divisent en catégories : technique, financière, sécurité, comptable et administrative. Ces catégories permettent de structurer les organisations.

La notion de « management » provient du monde anglo-saxon, elle est également acceptée par l'Académie française depuis l'arrêté du 12 janvier 1973⁸ à laquelle est associé un ensemble de méthodes d'organisation et de gestion. Les managers intermédiaires apparaissent, quant à eux, dans les entreprises à partir du XXe siècle. La forte croissance des entreprises conduit ces dernières à instaurer des niveaux hiérarchiques entre le dirigeant et les employés pour gérer les organisations de plus en plus complexes.⁹

Pour aborder cette figure étudiée dans la littérature académique en sciences de gestion, il nous a semblé pertinent de revenir rapidement sur les rôles du manager au sein des organisations. Puis, nous proposons d'approfondir la compréhension de la figure du manager intermédiaire et ses spécificités dans l'organisation hospitalière. Enfin, nous rendrons compte du rôle que peut jouer le manager intermédiaire dans le management de l'absentéisme selon différents travaux consacrés à ce sujet.

2.1. LE MÉTIER DE MANAGER

2.1.1. Le concept du management

Mintzberg cite ceci à propos du management : « *Le management n'est ni une science ni une profession : c'est une pratique qui se maîtrise principalement par l'expérience et est ancrée dans un contexte* ». Selon lui, le but du management consiste à faire en sorte que les choses s'accomplissent au sein des organisations. L'histoire du management des organisations suit celle des organisations, depuis les fondateurs comme Fayol (1916), orientés vers la rationalisation, qui favorisent plus la responsabilisation et l'implication de

⁸ WIKIPÉDIA

⁹ MANAGEOR

tous les membres. De manière générale, le management d'une organisation peut être défini comme la manière de conduire cette organisation.

Toutefois, certains auteurs y voient plusieurs approches, celle dite classique de Weber (1964) et Fayol (1916), qui considère qu'il existe une manière idéale d'organiser le travail dans une organisation, puisque les choses obéissent à des lois universelles permettant l'uniformisation des procédures et la standardisation des opérations. Dans un tel contexte, il n'y a pas de marge d'incertitude, tout est organisé de manière scientifique et rationnelle. Ensuite, l'approche humaniste caractérisée notamment par l'école des relations humaines (Elton Mayo) a souligné davantage la nature sociale des employés, leur sensibilité à la considération qui leur est accordée. Cela a conduit à prendre en considération dans le management la question des relations humaines, de la reconnaissance au travail. Prenant conscience également de l'existence d'une organisation informelle au sein des groupes d'employés, le mouvement ouvre la voie à des études s'intéressant au comportement des gens en groupe, à leur réaction face au changement. (Lewin, 1947). On définit alors le modèle de développement d'organisation, axé sur la participation des employés à la décision, participation qui s'avère susciter un engagement favorable à la mise en œuvre des décisions. Cette vision humaniste est alimentée également par les théories motivationnelles incitant l'organisation à se soucier non seulement de l'enchaînement des activités, mais aussi du désir des travailleurs de vivre comme des humains dans l'entreprise (Maslow, Herzberg, Mc Gregor).

2.1.2. Les rôles du Manager

Mintzberg (1984) reconnaît la difficulté de définir précisément le rôle du manager, selon lui manager c'est « *tout cela à la fois : contrôler, agir, négocier, réfléchir, diriger, décider, et bien plus encore, tous ces rôles n'étant pas additionnés mais incorporés dans un tout* ». Il propose ainsi un descriptif de 10 rôles, quelle que soit sa position dans la lignée hiérarchique, et les classifie en 3 catégories que nous allons développer dans cette partie.

- **les rôles interpersonnels**
- **les rôles liés à l'information**
- **les rôles décisionnels**

Le rôle se définit comme un ensemble de comportement appartenant à un poste de travail ou à une position identifiable. Cependant la personnalité de l'individu peut avoir une influence sur la façon dont le rôle est tenu.

Les rôles interpersonnels :

1 - Chef symbolique. Il représente l'entreprise à l'extérieur

Le manager ne représente pas uniquement un métier, une équipe, mais représente aussi l'établissement dans lequel il exerce et il est important d'avoir conscience de ce rôle notamment lors des relations avec les partenaires extérieurs

2 – Leader. Il guide et motive ses collaborateurs

Chaque manager doit essayer de trouver les leviers à sa disposition (communication, incitation, dynamique d'équipe) pour rassurer, guider, orienter son équipe.

3 - Agent de liaison. Il assure les liens entre les collaborateurs

Les liens sont multiples: créer de la cohésion dans son équipe, créer du lien entre les collaborateurs et créer du lien entre les services. Ce lien peut passer par des valeurs partagées, par une organisation du travail fluide, par des processus et des protocoles efficaces, et par une communication régulière.

Les rôles liés à l'information :

4 - Guide, observateur actif.

Le manager observe et recherche l'information sur ce qui se passe dans et autour de son organisation. Il peut être amené à faire du benchmarking pour s'inspirer de ce qui se fait dans d'autres établissements. La finalité n'est pas de comparer mais de trouver des sources d'inspiration pour innover, pour améliorer le fonctionnement existant.

Au niveau interne, le manager doit veiller à ne pas se « couper du terrain » et réussir à gérer cette tension.

5 - Diffuseur d'informations

La liaison est ici double. Dans un mouvement descendant, le manager transmet un certain nombre d'informations afin que les équipes comprennent mieux les contraintes et les changements nécessaires. Dans un mouvement ascendant, le manager remonte les informations à sa hiérarchie.

Dans un mouvement transversal, chacun d'entre eux doit tenter de partager les informations avec les autres services afin de servir au mieux le résident.

6 - Porte-parole.

Il a parfois un rôle de communication à l'extérieur de l'entreprise

Les rôles décisionnels :

7 – Entrepreneur.

Le manager propose de nouveaux projets, cherche à innover, à faire preuve d'initiatives.

8 – Régulateur.

Il décide, gère les troubles et les dysfonctionnements.

Il est garant du respect des règles, des protocoles, des processus.

Il est garant d'une bonne entente dans son équipe et à ce titre, peut être amené à gérer des conflits.

9 - Répartiteur de ressources.

Il alloue les moyens et les ressources sur son périmètre de responsabilité.

Il organise le travail, gère le planning, et attribue les missions à chacun des membres de son équipe.

10 – Négociateur.

Il communique et discute avec les parties prenantes pour arriver à un accord accepté par tous.

La négociation peut se faire avec son équipe pour rechercher un consensus, elle peut se faire avec la hiérarchie pour négocier des aménagements jugés justes ou pour négocier des moyens nécessaires.

Les travaux de Guilmot et Vas (2012) à propos du rôle des managers en contexte de changement présentent une similitude avec ceux de Mintzberg, avec en complément la notion de contrôle. Leur étude se focalise davantage sur une catégorie de manager, celle des managers intermédiaires. Ces managers intermédiaires sont des acteurs qui incarnent des rôles stratégiques, fonctionnels ou opératoires sur le terrain. Au niveau fonctionnel, les auteurs font référence aux fonctions d'évaluation, d'intervenant, d'agent de liaison et de médiateur. Ces fonctions s'opèrent dans les relations du manager intermédiaire avec les collaborateurs qu'il a sous sa responsabilité.

Rôles liés à l'information	Rôles interpersonnels
Observateur actif Diffuseur Informateur cohérent	Agent de liaison Leader / Coach Médiateur
Rôles de contrôle	Rôles décisionnels
Superviseur du projet Évaluateur des progrès réalisés Maintien d'un climat de travail stable	Négociateur Entrepreneur Allocateur de ressources Régulateur

Tableau 1 –Classification des rôles des cadres intermédiaires (Guilmot et Vas, 2012)

La classification des rôles des managers intermédiaires de Guilmot et Vas nous semble particulièrement appropriée pour notre étude.

2.2. LE MANAGER INTERMÉDIAIRE : UNE ACTIVITÉ DÉFINIE PAR SA POSITION

De nombreux travaux académiques se sont intéressés à la fonction de managers intermédiaires. Tout d'abord, la particularité des managers intermédiaires réside dans la polyvalence des activités dont ils ont la charge, aussi bien techniques, économiques que relationnelles. (Dietrich, 2009).

Les managers intermédiaires sont considérés comme des ressources clés de l'organisation opérationnelle étant donné qu'ils sont les pivots entre le management exécutif et les équipes qu'ils encadrent. Selon Guilmot et Vas (2012) « *Le manager intermédiaire est un acteur situé hiérarchiquement en dessous du top management et au dessus des managers opérationnels et ayant une équipe sous sa responsabilité* ». Le manager intermédiaire se définit donc par sa position dans la ligne managériale, il apparaît comme un maillon dans la chaîne de décision. D'ailleurs, Balogun (2003) voit le manager intermédiaire comme un acteur « *chargé de faire le lien entre les niveaux stratégiques et opérationnels* ». Pour faire le lien entre les différents niveaux hiérarchiques, on demande aux managers intermédiaires de développer des capacités de « sensemaking », ou de devenir « sensemaker » c'est à dire de donner du sens aux situations vécues par ses subordonnés. (Dietrich, 2009). Cette capacité est d'autant plus importante que de nombreuses organisations, à l'image des hôpitaux, vivent aujourd'hui des changements importants et de profondes transformations dont la finalité n'est pas toujours partagée par l'ensemble des salariés.

La complexité des nouvelles organisations caractérisées par un besoin de flexibilité et de transversalité avec une exigence d'efficacité conduit les managers intermédiaires à jouer le rôle « d'acteur frontière », capable d'être un médiateur entre les différents services facilitant ainsi l'enrôlement des différents acteurs à un projet dépassant le cadre de leur service. A l'hôpital, le développement du parcours patient dont la finalité est l'amélioration de la prise en charge de ce dernier, nécessite certes une mise en place de processus favorisant la coordination entre services mais également des pratiques de collaboration portées notamment par les managers intermédiaires. Il doit à la fois décliner la stratégie de l'hôpital, lui donner du sens, mais également prendre en considération les spécificités de chaque service.

2.3. LES COMPÉTENCES DU MANAGER INTERMÉDIAIRE

Les managers intermédiaires sont un maillon essentiel pour assurer la cohérence entre les décisions prises en haut de la hiérarchie et leur exécution. Selon la classification de Guilmot et Vas (2012) et celle de Mintzberg, le rôle interpersonnel du manager consiste à incarner un leader, un médiateur et un agent de liaison. Il doit non seulement être capable de comprendre les besoins et les attentes de chacun de ses nombreux et variés interlocuteurs, mais il doit faire preuve de savoir-faire et de savoir-être pour demander aux partis de faire des concessions pour débloquer les situations afin d'atteindre des objectifs individuels et collectifs, et être doté d'une capacité émotionnelle suffisante pour gérer les éventuelles situations conflictuelles. Tant de compétences sont nécessaires à cette fonction et les compétences demandées au niveau relationnel sont plus élevées que la moyenne puisqu'il doit prendre en compte des points particuliers tels que l'individualisation du management en fonction des profils des collaborateurs, la gestion de la démotivation des équipes, ou de la gestion du stress.

Mayfield et Mayfield (2006) se sont intéressés aux impacts du style de langage des managers sur leurs collaborateurs. Leur étude sur la théorie du LMX « Leader Member Exchange », concept de la qualité de la relation montre une meilleure contribution du salarié lorsque le manager utilise un langage managérial bientraitant, comme le langage empathique et le langage motivationnel. Ces langages sont utilisés pour développer des liens plus forts en milieu de travail avec un collaborateur. Ils sont également utilisés pour valoriser le salarié sur ses capacités de performance, en tant qu'être humain et non pas simplement un atout organisationnel. Ce qui amène à dire que le manager doit être doté d'un sens aigu de la communication. Cette compétence est à vrai dire nécessaire dans l'ensemble des rôles qu'incarne le manager dans cette classification. Sans oublier les compétences gestionnaires, le manager est confronté à des contraintes de restriction budgétaire et à l'optimisation de la masse salariale dans un souci constant de rationalisation des dépenses.

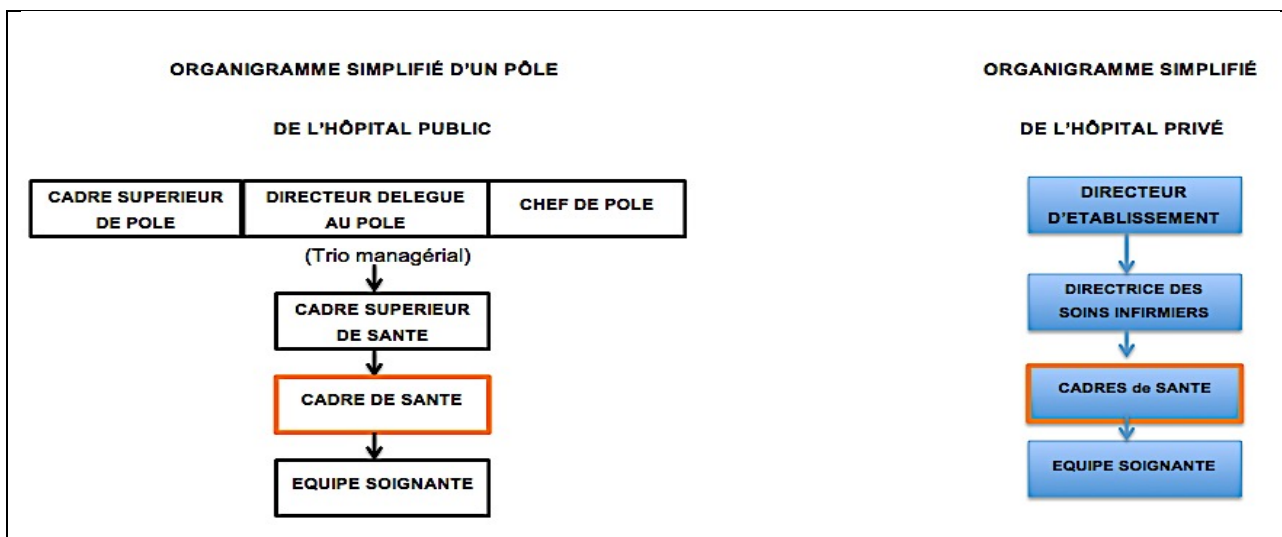
Et enfin, parmi les autres compétences, il y a celle du « chef d'orchestre », qui coordonne l'exécution et l'interprétation d'une « œuvre » en fonction des personnalités de son équipe. Plus qu'une compétence, il s'agit d'un état d'esprit et d'une sensibilité, à un caractère personnel autant qu'au talent de l'exercice, qui requiert des compétences à la fois, de compositeur et de facilitateur. Le manager est amené à composer avec une équipe où se

côtoient parfois plusieurs générations, il est alors nécessaire de concilier les attentes divergentes. Cela demande au manager de faire preuve de flexibilité et d'adaptabilité, et adopter ainsi un style de management individualisé afin d'éviter les conflits de valeurs et intergénérationnels. L'ANACT souligne sur sa plate-forme consacrée à la gestion des âges que « *l'importance des questions de coopération entre les générations est généralement sous-estimée par les entreprises* ». Alors que les enjeux sont positifs pour l'ensemble des parties prenantes, l'ANACT note par ailleurs que « *Le plus souvent, aucune politique explicite ne vient favoriser les échanges de savoir-faire entre les générations.* ». Pourtant les échanges de savoir-faire entre générations et la transmission de compétences facilitent l'apprentissage des métiers, des règles de fonctionnement et de culture d'entreprise. Le dialogue intergénérationnel contribue à renouveler la culture organisationnelle et favorise le partage de valeurs communes.

Le management requiert donc des capacités parfois multiples et complexes. Pour Genelot (2017, p356), lorsque qu'on doit manager dans la complexité, il est nécessaire de donner sens, et de construire dans la culture. Selon l'auteur, le rôle essentiel d'un manager n'est pas de traiter ce qui est prévisible, mais il lui appartient d'éclairer les activités des collaborateurs pour que ceux-ci puissent trouver « *les raisons d'agir, de dépasser les difficultés, de dénouer les impossibilités, de trouver leur chemin dans l'incertain et le chaotique* ».

2.4 LA SINGULARITÉ DU MANAGER INTERMÉDIAIRE À L'HÔPITAL

« *Le manager intermédiaire est le premier encadrant, il n'encadre que des non managers, mais constitue un point incontournable pour atteindre les salariés car le management est avant tout une affaire de proximité* » (Dietrich, 2009). Pour éclairer notre étude et statuer sur la fonction du manager intermédiaire à l'hôpital nous avons repris la définition du manager intermédiaire de Weick, et par conséquent nous l'identifions dans l'organigramme ci dessous comme étant le cadre de santé. Nous proposons de retenir l'appellation cadre de santé pour qualifier les managers intermédiaires pour la suite de notre travail. Cette catégorie professionnelle pour laquelle nous nous intéressons particulièrement quant à leur contribution au sein de cette organisation et à la prévention de l'absentéisme.



Source : Auteur

Le statut de cadre de santé constitue une évolution de carrière. Cadre de santé est donc un tout autre métier que celui d'infirmier mais prend origine dans ce dernier. On ne peut pas être cadre sans avoir été infirmier. Le métier de cadre de santé évolue constamment au regard des nouvelles exigences réglementaires. Le cadre de santé est responsable de l'unité de soins, conjointement avec le chef de service, il est garant de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients, en référence au décret de compétence n°2012-1466 du 26 décembre 2012.

L'hôpital fait face à des évolutions constantes, structurelles, économiques et politiques. Ces exigences demandent aux cadres de santé de s'adapter et d'évoluer. Ils doivent actuellement faire le grand écart entre leurs métiers d'origine de soignants vers une nouvelle culture de manager. Ses fonctions consistent à « *Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens de services de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations. Développer la culture du signalement et gérer les risques. Développer les compétences individuelles et collectives. Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle* »¹⁰. Par « fonction d'encadrement » nous désignons l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer, puis contrôler le travail des personnels ainsi encadrés. Ces activités contribuent d'une manière décisive à définir au quotidien les critères du travail à accomplir. La forme la plus explicite de ces activités est l'encadrement dit de proximité, qui consiste à encadrer des personnels au quotidien et de manière directe.

¹⁰ Répertoire des métiers de la fonction hospitalière publique.

Le cadre de santé, est avant tout un soignant, ce qui constitue un lien fort auprès des équipes qui perçoivent une certaine légitimité du manager. Les auteurs de l'étude PHARES (2014), rappellent que les cadres de santé sont des ressources plus que essentielles dans l'ajustement auprès des équipes permettant de faire face à des contraintes grandissantes. Les cadres de santé sont donc au cœur des transformations et du changement. Aussi, les cadres de santé ont une place fondamentale dans les réponses à apporter aux différents enjeux. Les exigences de la qualité des soins, la performance des organisations, et la conduite de changement font de cette fonction un pivot au cœur d'une situation complexe au quotidien. Selon Ceccato (2019), les réformes dans les organisations hospitalières déstabilisent les cadres de santé qui sont confrontés aux principes de service continu et à des logiques économiques de performance. La maîtrise des dépenses les amène à l'optimisation des ressources au quotidien, or les dépenses en personnel sont les plus importantes dans un hôpital. Dans ce contexte, le cadre de santé doit trouver un équilibre pour satisfaire toutes les parties prenantes, il est au cœur de l'organisation entre la Direction, le corps médical, les équipes, les patients et de leur famille. Il s'adapte constamment pour permettre à l'organisation de fonctionner de manière satisfaisante et accompagne leurs équipes de manière collective ou individuelle au changement des organisations. Ces nouvelles missions viennent se compléter et complexifient leur tâche quotidienne et chronophage de gestion de planning. L'organisation de l'emploi du temps occupe une place primordiale dans le travail de tout manager. Cette planification que Mintzberg qualifie d'essentielle et constitue « *comme un moyen au service d'un autre but : la performance des autres métiers, et du travail de l'équipe qu'il encadre* ».

Par ailleurs, les réformes hospitalières et les transformations continues des organisations demandent de la part des cadres de santé une adaptation permanente de leur positionnement, afin d'accompagner les équipes dans la réalisation des projets de soins et de processus de démarche de qualité. La notion de proximité avec les équipes, les place dans une position d'interface, à la fois entre l'exécution, la hiérarchie et les problématiques de terrain. Le plan Hôpital 2007 et la loi HPST de 2009 sont les réformes qui ont le plus bouleversé le pilotage des organisations hospitalières. Pour rappel le plan HPST a introduit le concept d'organisation polaire avec le regroupement de plusieurs services de soins et sont gérés à l'hôpital public par un trio managérial (un chef de pôle, un cadre administratif de pôle et un cadre supérieur de santé de pôle), tandis que dans le secteur privé, on s'efforce de regrouper plusieurs services de soins pour une gestion commune

par un cadre de santé, qui a pour hiérarchie l'équipe managériale stratégique composée du Directeur, du Directeur des soins infirmiers, et du Directeur des opérations.

Ces différentes réformes hospitalières ont modifié les missions du cadre de santé. Au delà des décrets de compétence, les établissements de santé ont des exigences de plus en plus importantes vis à vis des cadres de santé au sein de leur service ou de l'organisation. Les cadres de santé, sont sollicités à participer à des projets transverses et des activités en lien avec la démarche qualité. Parmi leurs tâches, il y a la gestion des risques, les entretiens d'évaluation annuelle, les entretiens professionnels, la prévention des risques psycho-sociaux et surtout la majorité de leur temps, les cadres de santé se consacrent à l'élaboration des plannings.

2.5. LA DIFFICULTÉ DE MANAGER LES CONTRADICTIONS

D'origine soignante, centrée sur le soin, les cadres de santé voient l'émergence dans leur métier de nouveaux concepts qui s'imposent à la fonction d'encadrement : le management et la gestion. L'hôpital n'est pas épargné par la montée en puissance gestionnaire, et nous l'avons vu précédemment via les réformes successives. Selon Ceccato (2019), cette logique gestionnaire demande aux cadres de nouvelles compétences gestionnaires et pratiques managériales, et les met dans une ambiguïté de positionnement voire dans des conflits de valeurs entre leurs valeurs institutionnelles et celles de soignantes bien ancrées s'opposant aux valeurs « marchandes » de la nouvelle gestion budgétaire.

L'éloignement des cadres du terrain impactent la manière dont les cadres de santé assimilent le volet gestionnaire lié à la fonction cadre. Reinhardt (2011) aborde la contradiction du rôle de cadre marquée par sa position oscillant entre le contrôle de l'activité et la position d'interface entre les logiques médicales, soignantes et économiques. L'analyse des transformations en cours de cette catégorie met en évidence les tensions entre les logiques de contrôle corporatiste de l'activité et des personnels, et les nouvelles rationalités d'aspirations managériales.

Autre figure particulière étudiée par Reinhardt (2011), il s'agit du statut de cadre « faisant fonction ». Dans la plupart des hôpitaux, « faire fonction » est devenu une pratique courante pour les infirmiers ayant, ou non, comme projet professionnel de devenir cadre de santé. Par manque de cadre de santé ou dans un souci d'optimisation des ressources,

on sollicite un infirmier ayant de l'ancienneté et de l'expérience à prendre le relais et à remplacer un cadre de santé. La difficulté de recrutement du personnel soignant contraint les hôpitaux à trouver des solutions pour permettre son remplacement. La complexité du faisant fonction, réside dans la rapidité avec laquelle il est propulsé d'un jour à l'autre au poste de cadre de son service, parfois sans aucun apprentissage. Nous avons vu la complexité du rôle de cadre de santé, à la croisée entre la Direction et les problématiques de terrain, entre le « marteau et l'enclume ». On peut légitimement se demander comment les cadres « faisant fonction » peuvent appréhender l'ensemble des logiques de management sans difficulté ? Selon la littérature, la limite de ce rôle réside dans l'alternance de statut qui ne favorise pas le positionnement du faisant fonction et sa reconnaissance par l'équipe qu'il anime, oscillant entre un poste d'infirmier et un poste de cadre qui instaure une fragilité entre l'être et le devenir.

2.6. LA GESTION DE L'ABSENTÉISME ET LEUR CONTRIBUTION

Nous avons abordé précédemment les racines multifactorielles de l'absentéisme. Le management de proximité est parfois démuni face aux enjeux de l'absentéisme. L'étude PHARES montre que les cadres manquent d'outils de gestion de ressources humaines et de marges de manœuvre liées à l'optimisation des ressources. De même les cadres de santé sont quelque peu dépendants du positionnement des directions hospitalières dans la gestion de l'absentéisme. En effet, les acteurs de la lignée hiérarchique ont des visions parfois divergentes dans la gestion de la problématique de l'absentéisme. Pour les auteurs à l'origine de la recherche, il ne suffit pas de s'approprier le problème pour considérer qu'il soit pris en charge. Le traitement de l'absentéisme nécessite des engagements forts autour de l'organisation du travail, et non simplement un pansement sur une plaie béante. Seule la Direction peut se prononcer sur des engagements en amont sur des projets en faveur de la lutte contre l'absentéisme. Le problème fondamental à traiter est avant tout de connaître les racines de l'absentéisme plutôt que celui du remplacement du personnel.

A son niveau, le cadre de santé se concentre sur la gestion au quotidien des absences. Lorsqu'une absence inopinée se présente, le cadre de santé doit trouver une solution. Au cours de ces dernières années, on voit surgir des « pools » de remplacement ou des équipes de suppléance pour pallier le problème de l'absentéisme. La stratégie de remplacement n'est pas clairement définie dans tous les établissements de santé. Le

cadre de santé dispose de peu de solutions, soit il sollicite du personnel d'autres services, c'est à dire une « mobilité inter-service », ou il rappelle un salarié au repos et fait de l'auto-ajustement en réaménageant des horaires de travail, ou il décide de ne pas remplacer. Toutes ces décisions ont des conséquences que nous avons vues dans cette première partie.

Nous avons tenté de comprendre les facettes des différents rôles qu'incarne le manager intermédiaire qu'est le cadre de santé, une figure essentielle dans l'organisation, et clé du changement. Il doit être à la fois, leader, médiateur, observateur, décideur, et gestionnaire mais comment le manager intermédiaire contribue-t-il à la réduction de l'absentéisme ? Nous allons tenter de répondre à cette question dans la suite de ce mémoire.

PARTIE II : METHODOLOGIE

1. ETUDE DE TERRAIN ET METHODOLOGIE

1.1. LE CONTEXTE ET L'OBJECTIF DE L'ÉTUDE

La revue de littérature montre qu'aujourd'hui, le phénomène de l'absentéisme est une préoccupation majeure aussi bien pour l'hôpital public que pour l'hôpital privé. A cet égard, les managers intermédiaires sont les acteurs incontournables dans la gestion de l'absentéisme. L'objectif de notre étude est de recueillir les points de vue des managers et des managés, c'est-à-dire les personnes les plus concernées par l'absentéisme.

Pour notre travail, nous avons mené une étude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs. Cette stratégie nous est apparue adaptée car elle permet d'approfondir le sujet et de mieux comprendre la perception des acteurs de terrains sur l'absentéisme. Elle permet également d'explorer les situations racontées par les interviewés afin d'appréhender les causes et les impacts perçus de l'absentéisme. Plus globalement, cette méthodologie de recherche nous permettra de comprendre comment les cadres de santé font face à cette thématique et en quoi leur rôle puisse contribuer à la réduction de l'absentéisme,.

Dans l'optique de réaliser une étude qualitative, un guide d'entretien spécifique a été construit, structuré autour de quatre thèmes : leur conception de l'absentéisme, leur compréhension des causes, leurs identifications des conséquences et enfin les leviers perçus de lutte contre l'absentéisme.

Dans ce type d'entretien, il est important de laisser la personne interrogée s'exprimer librement et d'adopter une écoute particulièrement attentive. Nous avons veillé à effectuer des reformulations afin de s'assurer de la compréhension de l'idée et de permettre à l'interviewé de préciser ses propos. La synthèse de ces entretiens est disponible dans la partie annexe de ce mémoire.

1.2. LES TERRAINS D'ÉTUDE

Pour notre étude sur le thème de l'absentéisme et le rôle des managers intermédiaires dans la réduction de ce phénomène, nous avons souhaité réaliser une étude croisée de deux hôpitaux dont les statuts juridiques sont différents. Comme le monde hospitalier public et le monde hospitalier privé sont confrontés à la même problématique de

l'absentéisme, il nous semble donc pertinent de réaliser cette étude dans ces deux secteurs, dans l'objectif de déterminer si le statut juridique de l'hôpital a une influence sur le phénomène.

Le premier terrain d'étude est le secteur hospitalier privé. Les entretiens ont été réalisés dans les hôpitaux privés du Groupe Ramsay Générale de santé. Ramsay Générale de Santé compte 11 établissements (dont 10 établissements de soins et 1 établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sur la métropole lilloise.

L'autre secteur d'étude, est le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille. Le CHU de Lille appartient au plus grand campus hospitalo-universitaire d'Europe, s'étalant sur 350 hectares répartis sur les villes de Lille et Loos, dans la Métropole Européenne de Lille. Le centre hospitalier régional universitaire de Lille regroupe 14 hôpitaux spécialisés ainsi que le SAMU du Nord, et est organisé en 16 pôles d'activités médicales.

1.3. L'ÉCHANTILLONNAGE

1.3.1. Le trio managérial

Dans l'intention de recueillir la vision de l'ensemble des acteurs de management des organisations, il nous a semblé adéquat de nous entretenir avec les cadres de l'équipe de direction afin de comparer leurs analyses à celles des cadres de santé. Dans le secteur public, nous avons ciblé le trio managérial, c'est à dire le chef de pôle, le cadre supérieur de santé de pôle et pour le sujet de l'absentéisme, la direction des ressources humaines. Dans le secteur privé, ce trio managérial n'existe pas. Il a une organisation hiérarchique quelque peu différente, nous avons donc ciblé 3 DSI du Groupe avec des parcours professionnels différents ainsi qu'une responsable des ressources humaines.

1.3.2. Les cadres de santé

Afin d'obtenir une vision la plus proche du terrain et la plus factuelle possible, il est intéressant d'interviewer les cadres de santé. Dans le but d'enrichir les échanges, j'ai ciblé des cadres de santé ayant des profils hétérogènes, encadrant des services différents, et d'ancienneté différente dans leur fonction d'encadrement, et qui vont nous faire part de leur points de vue et leurs expériences. Les rencontrer n'a pas été chose facile du fait de leur emploi du temps très chargé et des aléas de fonctionnement de leur service. Il a fallu

parfois reporter l'entretien et convenir d'un autre RDV. Je les remercie encore plus d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

1.3.3. Le personnel soignant

Enfin la 3ème catégorie concerne le personnel soignant, plus précisément les infirmiers et aides soignants. Les entretiens de cette dernière catégorie n'a pas été chose facile, du fait de leurs horaires de travail et la difficulté de dégager du temps pendant leur poste de travail. Compte tenu de la difficulté à les rencontrer sur leur poste de travail ou en dehors de leur temps de travail, nous avons transposé le guide entretien en questionnaire en ligne. Le personnel disposait donc d'un lien afin de pouvoir répondre en ligne. Ce lien a été affiché dans le service par les cadres de santé que nous avons rencontrés lors des entretiens.

Nous sommes tout à fait conscients de la limite des formulaires en ligne, il n'y a en effet pas le même échange qu'un entretien en face à face et pas la même richesse des analyses. A l'écrit, les choses sont plus pesées, on perd certainement en spontanéité puisque les acteurs peuvent réfléchir davantage à leurs réponses. Conscients des limites de cette approche, nous pensons qu'elle a tout de même le mérite de donner accès aux représentations du personnel soignant et de laisser la comparaison possible avec le point de vue des cadres de santé et des cadres de l'équipe de direction.

Pour être le plus représentatif possible et pour une image la plus complète des différents points de vue sur le sujet, nous avons constitué l'échantillon suivant :

Statut de l'établissement	Fonction	Temps de l'entretien ou nombre de formulaires récupérés.	
Établissement public	DRH	51mn	Vis à vis
Établissement public	Cadre supérieur de pôle	46mn	Vis à vis
Établissement public	Chef de pôle	49mn	Vis à vis
Établissement public	Manager intermédiaire 4 cadres de santé	Moyenne 30mn	Vis à vis
Établissement public	Soignants : 8 IDE	8 formulaires	
Établissement privé	DSI A	42mn	Vis à vis
Établissement privé	DSI B	25mn	Vis à vis
Établissement privé	DSI C	35mn	Vis à vis
Établissement privé	DRH	35mn	Vis à vis
Établissement privé	Manager A	25mn	Vis à vis
Établissement privé	Manager intermédiaire 4 cadres de santé	Moyenne 30mn	Vis à vis
Établissement privé	Soignants: 2 AS et 4 IDE	6 formulaires	

1.4. L'ÉLABORATION DES GUIDES D'ENTRETIEN ET LES CONDITIONS DE RÉALISATION DES ENTRETIENS

L'objectif des entretiens semi-directifs est de recueillir, par un retour d'expérience, la perception et le point de vue de différents niveaux de management. Pour réaliser ces guides, nous avons repris les différentes thématiques de l'absentéisme, à savoir la perception générale, les causes, les conséquences et les leviers. Ces guides d'entretien ont été des supports utiles, qui ont permis de rebondir sur les propos de la personne interrogée tout en gardant la structure initiale. La difficulté majeure lors de l'élaboration des guides d'entretien étaient de ne pas proposer des questions susceptibles d'orienter la réponse, et laisser développer l'expression libre de la personne.

Les entretiens ont été réalisés en face à face, de manière individuelle, dans des endroits calmes et propices aux échanges. Le lieu a été laissé au choix de l'interviewé, il s'agissait principalement de leur lieu de travail. Les entretiens ont duré dans l'ensemble entre 30 minutes et une heure. Lors de la proposition de rencontre, la durée d'entretien était estimée entre 30 à 45 mn, ceci étant, certains entretiens ont duré plus longtemps. Les questions n'ont pas été posées forcément dans l'ordre choisi sur la grille ni sous la formulation exacte. L'interviewé a donc la possibilité de parler ouvertement et librement, ce qui permettait d'obtenir plus d'informations. Ces entretiens ont été propices à des échanges moins formels.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin notamment de permettre de se détacher des notes et de pouvoir me consacrer à la personne et privilégier ainsi une écoute active. Au début de chaque entretien, le choix d'enregistrer ou non la conversation était laissé à la personne.

Pour les entretiens dans les hôpitaux privés, le statut de stagiaire de Direction a été propice aux échanges avec les différentes personnes à interviewer. Cette appartenance au Groupe Ramsay Générale de Santé m'a permis aussi d'obtenir plus facilement des réponses à mes sollicitations dans d'autres hôpitaux du Groupe, notamment pour les entretiens avec les DSI. Ceci étant, mon appréhension était liée à mon statut de stagiaire de Direction, ce qui pouvait être une position plus délicate auprès des cadres intermédiaires et du personnel soignant. Ainsi, il était important de rappeler aux interviewés que ce travail était à destination d'études universitaires et non dans le but de

transmettre les informations à la Direction, c'est pourquoi les entretiens sont totalement anonymisés. La retranscription a consisté à synthétiser les propos et les mettre sous forme de verbatims.

1.5. LA MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

Les entretiens ont permis de connaître le point de vue de professionnels de terrain qui, par leurs expériences, sont confrontés à la thématique de l'absentéisme et de son management.

Pour analyser ces entretiens, une étude par thématique semble la plus appropriée, ce qui permet de mettre en exergue les idées principales tout en structurant davantage les propos qui ont pu être échangés. Cette analyse prendra donc en compte plusieurs thématiques :

- Le regard croisé sur la thématique dans le secteur public et privé
- Les causes et les impacts
- Les cadres de santé face à l'absentéisme
- Les leviers possibles et ses limites.

Ces thématiques permettent d'apprécier l'aspect évolutif des situations vécues par les professionnels, qui eux-mêmes lors des entretiens exposent les obstacles rencontrés.

PARTIE III. ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

La finalité de ce travail de recherche est de déterminer les perspectives de lutte contre le phénomène de l'absentéisme du personnel soignant, après avoir analysé ce dernier en détails et d'établir le lien entre le rôle des cadres de santé, la relation de ces derniers avec leur équipe et l'impact sur la réduction de l'absentéisme. Il est donc nécessaire de chercher à le comprendre dans un premier temps en confrontant les points de vue des différents professionnels de niveaux hiérarchiques distincts et évoquer ensuite quelques propositions d'actions. En d'autres termes, il nous semble intéressant d'entrevoir à la fois les champs d'actions du management intermédiaire sur la réduction de l'absentéisme mais aussi ses limites au vue de la complexité des causes, et de la nature systémique des réponses à apporter. Afin de répondre à notre problématique initiale, 15 entretiens en face à face ont été réalisés auprès de différents acteurs du monde hospitalier public et privé, et 14 réponses ont été obtenues via les questionnaires en ligne.

1. REGARDS CROISÉS SUR LE PHÉNOMÈNE DE L'ABSENTÉISME

1.1. UN RECOURS COMPARABLE AUX ARRÊTS MALADIES

Le recours aux arrêts maladies est similaire dans le secteur public comme dans le secteur privé, avec une progression croissante depuis quelques années.

	Novembre 2016	Novembre 2017
Secteur public ¹¹	9,2%	9,9%
Secteur privé ¹²	8,88%	9,25%

En 2017, l'hôpital public avait un taux moyen d'absentéisme de 9,25% et l'hôpital privé un taux de 8,93%. La comparaison entre ces deux secteurs semble aboutir à un constat similaire : l'hôpital public ne se démarque pas de l'hôpital privé à but lucratif. L'enjeu de l'absentéisme dans les établissements de santé n'est donc pas spécifique au secteur public, et ce résultat peut s'expliquer par des conditions de travail difficiles et aux contraintes inhérentes au métier de soignants.

¹¹ Chiffre du CHU Lille

¹² Chiffre de l'absentéisme de l'hôpital privé La Louvière-Lille. Ramsay Générale de santé

La différence réside uniquement dans les modes d'indemnisation des arrêts maladies. Lorsqu'un agent public, qu'il soit fonctionnaire ou contractuel, est en maladie, un jour de carence s'applique, tandis que dans le secteur privé il s'agit de 3 jours. Le jour de carence est le délai pendant lequel un salarié en arrêt maladie ne reçoit ni indemnité journalière ni salaire. Pourtant, ce jour de carence instauré depuis 2018 dans le secteur public a eu peu d'effet sur l'absentéisme, et favoriserait au contraire des arrêts de plus longues durées. La DRH du secteur public confirme ce postulat : « *le jour de carence favorise les longs arrêts. La tendance est la transformation des arrêts de maladies ordinaires en Accident de Travail, comme ça, il n'y a pas de carence. Cela a engendré des comportements biaisés* ». Selon le cadre supérieur de santé de pôle : « *Il y a eu des bénéfiques au départ. Maintenant on a vu augmenter les arrêts longs et les Accidents de Travail car il n'y a pas de jour de carence. Ça n'a rien changé au final* ».

1.2. DES REPRESENTATIONS PARTAGÉES DE L'ABSENTÉISME

L'absentéisme est perçu par l'ensemble des acteurs comme une problématique importante aux causes multiples. Les cadres stratégiques ont conscience que le prisme de l'absentéisme est perçu de manière différente selon la fonction qu'on occupe. « *L'absentéisme est une épine au pied pour les cadres de santé* » commente la DRH du secteur public, tandis le personnel soignant évalue l'impact par la fréquence des absences inopinées qui pèsent sur ceux qui sont présents. Cet absentéisme répété génère un sentiment d'iniquité au sein du service car le personnel a le sentiment qu'il s'agit toujours des mêmes personnes qui sont absentes, et toujours des mêmes qui sont rappelées sur leur jour de repos. Comme le témoigne cette infirmière du secteur public : « *J'ai une mauvaise opinion des arrêts maladies car ce sont toujours les mêmes personnes* », des propos repris par cette aide soignante du secteur privé : « *Oui, je vois une évolution qui devient de plus en plus séquentielle, avant la notion d'absentéisme était liée à une pathologie ou un accident puisqu'on parle de travail avec une population féminine souvent enceinte. De nos jours il est fréquent d'informer leur absence le matin à 5h pour une prise de poste à 6h30. Le côté « service et difficulté équipe » est occulté* ». Cet aspect devient à terme un facteur d'épuisement pour les présents.

Chacune des catégories professionnelles est enfermée dans une définition de l'absentéisme qui correspond à ce qu'il vit au quotidien. Nous retrouvons dans le recueil des entretiens le caractère « inopiné » et « désorganisant » de l'absentéisme de courte durée et des délais de prévenance de plus en plus courts. L'aspect inattendu de

l'absentéisme est synonyme de stress, d'agacement, de fatigue et de temps de gestion chronophage. Un cadre de santé du secteur public déclare à propos des absences inopinées : *« celles qui impactent le plus ce sont les absences de courte durée car il faut s'adapter très vite pour faire face à l'imprévu. Les arrêts de longue durée sont invisibles et sont gérés en amont »*. Un point de vue que partagent les cadres du secteur privé : *« Les absences de courte durée impactent le plus car on doit trouver la solution à la dernière minute, quand on parvient à la trouver! Ce n'est pas évident »* ; *« Je suis impactée par les absences de courte durée parce que j'ai une petite équipe. D'abord je fais appel au pool ou IDE de l'établissement. Au dernier recours à mon équipe, car elles sont déjà fatiguées. Il y a forcément des répercussions sur mon équipe, ça plombe une organisation et un esprit d'équipe, surtout si c'est injustifié »*.

Selon les acteurs, l'absentéisme se structure en deux catégories: « justifié » et « injustifié ». Dans celui qu'on qualifierait de « justifié » ce sont les « vraies maladies » et « les enfants malades », et les arrêts maladies en rapport avec une grossesse en opposition avec les absences injustifiées qu'un cadre de santé qualifie de « bobologie ».

De manière générale, l'ensemble des acteurs interviewés perçoit l'absentéisme comme un phénomène néfaste et générateur de tension au sein des services, même si ils ne souhaitent pas stigmatiser les personnes absentes avant d'en connaître les causes réelles. De manière plus spécifique, les professionnels constatent un absentéisme de plus en plus « social » ou « individualiste » et font part de leur étonnement quant à la facilité avec laquelle certaines personnes obtiennent des arrêts maladies de « confort », voire pour d'autres, l'arrêt maladie est utilisé comme un moyen de protestation et de mécontentement vis à vis de leur hiérarchie. Voici les propos d'une infirmière du secteur public : *« Oui, les arrêts maladies croissent car aucune menace (ni financière, ni professionnelle) ne pèse sur l'agent qui en abuse. A croire que c'est facile de demander un arrêt »*. D'un point de vue éthique, l'ensemble des interviewés jugent les arrêts maladies sans raisons médicales inacceptables et souligne le manque de cohésion d'équipe, et de professionnalisme, comme le déclare cette soignante : *« Toute personne peut être malade. Cependant la notion individuelle priorise plus que la notion sociétale. La non appartenance à un établissement rend le salarié individualiste, il ne se soucie pas de l'organisation de l'établissement »*.

De manière plus étonnante, seul le personnel soignant évoque le manque de sanction à cet égard, et souhaiterait qu'il y ait plus de contrôles et de sanctions, car cela pénalise les soignants toujours présents, et qui voit en cette absence de contrôle un abandon de la hiérarchie. L'absence de sanction entraîne paradoxalement une démotivation de la part des soignants présents, puisqu'il n'y a pas de distinction entre les absents et les présents. Par ailleurs la valorisation financière paraît peu suffisante comme nous relate cette infirmière : « *Il nous faut de la reconnaissance du travail effectué, la prime d'assiduité est dérisoire. Mise en place de matériels pour aider aux manipulations de charges lourdes avec une meilleure gestion technique // matériel défectueux non réparé ou tardivement. Formation du personnel (lutte contre les TMS, ou problèmes ostéo articulaires liés aux mauvaises postures), sensibilisation du personnel à l'intérêt de la vaccination pour les soignants* ». Dans ce même sens, certains soignants réclament des données chiffrées : « *Il serait intéressant de réaliser un rapport annuel sur l'état des lieux de l'absentéisme. Il n'y a pas de travail de fond, ils nous demandent de venir travailler en heures supplémentaires, c'est un plus, il faudrait aussi avoir une liste pour savoir quels sont les agents les plus sollicités* ».

Enfin, les discours des DRH et du Chef de pôle retiennent notre attention car à contre courant des propos des cadres de santé et du personnel soignant. Ne pas stigmatiser l'absentéisme permet davantage de porter l'attention sur les marges de manœuvre possibles pour diagnostiquer les causes racines et laisser place aux actions de prévention. Le Chef de pôle déclare : « *L'absentéisme ne peut pas être considéré comme quelque chose de normal. Avant de juger les personnes absentes, on doit se poser les questions, pourquoi elles sont absentes ? Est ce lié aux conditions de travail ? C'est une fois qu'une analyse sera faite, qu'on pourra tirer des conclusions, et on pourra juger si certains exagèrent* ». La DRH quant à elle, préfère centrer son point de vue sur une note positive : « *Je retiens surtout que j'ai 90% de présentéisme sur 16 000 salariés. L'absentéisme à 0% ce n'est pas un but en soi, en revanche, le limiter est un objectif* ».

1.3. UNE DIVERSITÉ DE POINTS DE VUE SUR L'IMPACT DES RÉFORMES

Nous avons voulu confronter les éléments de la revue de littérature et l'étude du terrain à propos de la transformation des organisations hospitalières. Nous avons donc cherché à comprendre quels effets les réformes ont eu sur le quotidien des différents acteurs de terrain, et si ces dernières ont alimenté l'absentéisme.

Le personnel soignant associe automatiquement les réformes hospitalières à la restriction budgétaire, en d'autres termes à la réduction des effectifs. Il évoque ainsi la naissance de nouvelles contraintes, même si il associe peu ces nouvelles contraintes à telle ou telle réforme en particulier. Selon la majorité du personnel soignant, les réformes ont alimenté la détérioration des conditions de travail. Selon les acteurs interrogés, les réformes visant à réduire les coûts semblent avoir produit des effets délétères sur les rythmes de travail du personnel et sur leur perception de la qualité du travail. Une infirmière du secteur privé dit à ce sujet : *« les réformes ont provoqué des effets pervers, augmentation de rendement avec un effectif réduit, une réduction des coûts, les salariés sont « pressés », ils sont interchangeables, et déshumanisés, on les robotise »*. Ce point de vue se retrouve dans les discours d'un cadre de santé et d'une infirmière du secteur public : *« Les réformes ne valorisent pas assez les professionnels qui se sentent incompris et malmenés »*. *Les réformes auraient conduit à « une diminution de personnel, plus de missions avec moins de moyens »*.

L'équipe de direction considère que les réformes hospitalières sont *« loin des préoccupations quotidiennes »* des soignants et de leurs attentes. A ce sujet, le Chef de pôle se distingue par son analyse. Selon lui, les réformes hospitalières dans le secteur public ont non seulement aggravé l'absentéisme, mais elles ont aussi contribué à donner une image de dégradation des conditions de travail. Il reconnaît volontiers que le système de santé avait besoin d'être réformé pour retrouver un équilibre financier. S'il est évident que des adaptations sont nécessaires, n'en concluons pas pour autant que tout le travail accompli jusqu'ici doit être rejeté. Les réformes ne peuvent être *« salutaires »* et bien vécues par tous, uniquement que s'il y a une logique médico économique : *« La maîtrise économique des dépenses hospitalières nous conduit à des déséquilibres instables ou dangereux. On n'est pas en pleine santé financière. Et la ressource humaine en soi est donc mesurée. La réforme hospitalière a été trop économique et pas assez axée sur le soin, et il va falloir corriger car le système de santé en France n'est pas en pleine forme. La T2A est responsable de la dégradation de la qualité des soins dans les hôpitaux. Par contre le budget global avait aussi connu ses limites. La course à l'activité n'est pas une bonne chose, car à un moment donné l'activité diminue, et s'arrête dans plein de secteurs hospitaliers privé et public. Il y a deux logiques qui s'affrontent, une logique économique contre une logique médicale, il faut trouver une logique médico-économique, c'est pourquoi il faut s'affranchir d'une partie de la T2A, en garder un pourcentage raisonnable et revenir à un mode de financement de l'hôpital, on parle de mode de financement*

partagé, financement par parcours de soins, la T2A nous a conduit dans le mur, car c'est une course effrénée à l'activité, et une activité qui n'est pas toujours au RDV, et qui peut même culpabiliser les équipes ». Pour aller plus loin dans cette argumentation, le Chef de pôle ajoute : « *le virage ambulatoire a engendré une diminution de lits d'hospitalisation, et a considérablement généré des délais d'attente inacceptables pour les patients des Urgences, qui nécessitent une hospitalisation* ». Cet exemple aux Urgences illustre la transformation de l'image qu'un soignant peut concevoir de son métier et les situations récurrentes de mécontentement de la part des familles et des patients qu'il doit gérer au quotidien. Les soignants ne perçoivent plus leur travail (compétences, organisation du travail, rapport au patient) comme dans le passé. Ils ont basculé dans un autre rapport au travail et à l'organisation.

Le secteur public semble avoir été davantage impacté par les changements liés aux réformes hospitalières que le secteur privé. Selon une DSI du secteur privé, « *pour le secteur privé, les changements ont toujours existé, nous sommes moins impactés par ces réformes car nous avons anticipé, et nous anticipons constamment, nous avons toujours travaillé dans un but d'optimisation c'est à dire adapter de manière efficiente les ressources avec l'activité, en flux tendu* ».

1.4. LES CAUSES

Hormis les arrêts liés aux maladies ordinaires, congés maternité, ou enfant malade, les causes de l'absentéisme sont réparties en trois grandes représentations qui apparaissent dans les entretiens, dont certaines ont été identifiées dans la revue de littérature en première partie : celles liées aux conditions de travail et la reconnaissance au travail ; les causes liées à l'organisation; et enfin celles liées aux facteurs attitudinaux. Selon leur position hiérarchique, leur fonction, ou le service dans lequel ils exercent, les professionnels présentent des visions plus ou moins hétérogènes de l'absentéisme. Ces visions s'accompagnent d'une explication des causes également différente et des propositions de solutions spécifiques.

1.4.1. Les conditions de travail

Les conditions de travail et le manque de reconnaissance apparaissent surtout dans les discours des personnels soignants, comme le témoigne cette infirmière du secteur privé :

« Il me semble que l'absentéisme est en hausse ces dernières années. Les raisons sont multiples : dégradation des conditions de travail, accidents de travail, mauvais management, Burn out, démotivation, population vieillissante ».

Les conditions de travail regroupent un ensemble varié de causes : le rythme et la charge de travail essentiellement, mais également la pénibilité perçue du travail. Cette dernière thématique correspond directement à une mise en cause des institutions et des contraintes imposées par celles-ci sur le fonctionnement de l'organisation, avec un effectif réduit. Aussi, sur la question du manque d'effectifs et des organisations de travail, les points de vue des soignants des 2 secteurs se rejoignent : *« On travaille toujours à flux tendu, on n'a pas le temps pour d'autres projets » ; « De plus en plus difficile. Sentiment d'abandon. L'IDE est omniprésente et pourtant considérée comme une petite main exécutante. Salaire déplorables pour les responsabilités intrinsèques au métier ».*

Selon le cadre supérieur de santé de pôle, la sensibilisation aux contraintes du métier doit se faire bien en amont : *« La pénibilité est inhérente à notre métier (on travaille le week end, on travaille la nuit...). Lors des recrutements, les jeunes IDE demandent à ne pas travailler le week end ni la nuit, or c'est notre métier. Il serait intéressant de sensibiliser sur les contraintes de notre métier dans les écoles infirmières. Idem pour les écoles aide soignant. Il y a de nombreuses reconversions professionnelles qui ne sont pas destinées à ce métier, mais par soucis de trouver du travail, vont s'orienter vers les soins. Quand ils sortent de leur formation, ils sont confrontés à cette cadence de travail ».*

Tous s'accordent à dire que l'absentéisme chronique dégrade intrinsèquement la qualité de vie au travail des professionnels et dégradent les prises en charge des patients. Les entretiens montrent que les structures manquent d'opportunité de discussion à propos de l'absentéisme et des conditions de travail. *« Les conditions de travail se détériorent depuis quelques années. Les demandes d'implication, de dévotion, de mobilité et de disponibilité de la part de la hiérarchie sont de plus en plus fréquentes. Charge de travail, avec des tâches variées, et les interruptions incessantes dans les tâches à accomplir. Sentiment de se sentir en insécurité et d'être livrés à nous même. »*, évoque cette infirmière. Or une évaluation des conditions de travail est indispensable pour comprendre les causes profondes d'arrêt maladie. C'est cette dimension qui ressort de l'entretien avec le Chef de pôle : *« L'absentéisme lié aux conditions de travail ne peut pas être considéré comme normal ».*

1.4.2. Le manque de reconnaissance

La reconnaissance et la valorisation des compétences sont des éléments primordiaux très souvent cités par le personnel soignant, avant même l'évocation de la valorisation financière. Les verbatims suivants mettent en avant l'importance de la reconnaissance ou à l'inverse l'impact négatif de l'absence de reconnaissance du manager :

1. « *Quand on est valorisé, on fait progresser le service, on le fait grandir, et le met en valeur, on se sent utile et on fait tout pour le faire vivre* » ;
2. « *Si vous ne vous sentez pas reconnu, valorisé ou encouragé par la hiérarchie, le personnel s'investira moins, voire sera démissionnaire par rapport aux capacités personnelles ou collectives qu'il pourra apporter à l'entreprise* » ;
3. « *Reconnaître c'est compatir et aider dans la difficulté. C'est faire un constat et trouver des solutions d'amélioration* ».

La reconnaissance et notamment les capacités d'écoute du manager permettent non seulement d'accroître la motivation individuelle, d'après les dires de cette aide soignante et cette DSI, mais aussi de renforcer la cohésion d'équipe:

1. « *Le dialogue est indispensable, pour remercier le salarié de sa mobilité, de ses efforts parce que c'est lui qui les fait. Cela lui renvoie la notion d'équipe et de soutien* » ;
2. « *L'autre facteur est l'ambiance sociale. Quand on prend en compte les problématiques du collaborateur, il se sent écouté, se sent compris, et travailler ce qui est possible de faire. Quand il y a de la considération sur ce que le collaborateur dit et vit, il y a moins d'arrêt* ».

La complexité pour le manager est de comprendre les attentes spécifiques des différents membres de son équipe car chaque soignant peut avoir sa propre représentation de ce qu'est la reconnaissance. Les verbatims suivants : « *Le donnant-donnant est déjà un symbole de reconnaissance* », « *On a besoin d'un moment de gratitude même si on aime notre métier* », montrent l'interprétation que doit faire le manager en situation de travail : qu'est ce que le donnant-donnant pour le soignant? Parle-t-on de valorisation salariale ? d'accès à une formation, d'évolution de carrière ou de choix dans la période de congés ?

1.4.3. Les facteurs attitudeux

Une autre cause soulignée par l'ensemble des interrogés est la notion d'individualisme, qui parfois pour certains professionnels peut être lié à l'aspect générationnel. Selon la DRH de l'hôpital privé, cet écart de perception peut prêter à des interprétations erronées :

« Un jeune arrivant qui cherche à partir, ce n'est pas forcément lié à un mal être au travail. Tout simplement parce qu'il va privilégier sa vie personnelle ou tester un autre poste avant de déterminer celui qui lui plait le plus. Les plus anciens interprètent cela comme un turn over lié aux conditions de travail. Étonnamment aujourd'hui le profil des salariés change. Auparavant, tout le monde souhaitait un CDI, maintenant certains jeunes préfèrent un CDD pour ne pas avoir d'attache définitive. C'est une différence de perception du rapport au travail ». La société change, les vocations se font moins nombreuses et les besoins individuels prennent le pas sur le don de soi au collectif. Ce contexte général montre les évolutions de notre société qui peuvent être sources d'absentéisme. Si ce contexte est le même partout, l'absentéisme ne doit toutefois pas être banalisé.

1.5. LES IMPACTS : RISQUE DE SURCHAUFFE ET BAISSSE DE LA QUALITÉ DES SOINS

De manière globale, tous les professionnels considèrent l'absentéisme comme une préoccupation, ayant des répercussions à différents niveaux.

Tout d'abord, l'absentéisme est générateur de stress, et provoque de la lassitude pouvant entraîner un sur-absentéisme dû à l'épuisement des équipes. L'ensemble du personnel soignant a évoqué des sentiments de colère, de lassitude et d'injustice, face aux absences répétées. Les effectifs réduits et le travail avec des soignants ne connaissant pas le service, obligent les équipes à des réajustements permanents de leur organisation de travail et induisent une charge de travail supplémentaire.

Ensuite, pour les cadres de santé, il s'agit d'un travail au quotidien de réajustement afin de trouver des remplaçants. Cela génère du stress pour certains d'entre eux, par la crainte de ne pas parvenir à remplacer, et par la pression des équipes. Aussi ce temps consacré à la gestion du planning et des ressources humaines, ne leur permet pas de participer pleinement à la vie du service, être sur le terrain, participer à l'accompagnement des nouveaux arrivants, et soutenir les soignants qui en ont le besoin.

Enfin, l'accompagnement des patients et la qualité de soins peuvent aussi être impactés. Le risque mis en avant est la détérioration de la qualité du soin, aussi bien technique que relationnel. Une ASQ nous confie : « On n'a plus le temps de passer du temps avec le patient, on n'a plus le sentiment d'un travail bien accompli ». En comparaison, l'accompagnement et la guidance des étudiants infirmiers ou des nouveaux arrivants se trouvent aussi impactés, ces derniers ne peuvent bénéficier d'encadrement faute d'effectif.

Le cadre supérieur de santé de pôle rappelle que l'absentéisme « facile » peut être perçu comme une normalité par les étudiants qui sont des professionnels en devenir, et reproduire ainsi le même comportement par effet de mimétisme.

1.6. LES ACTIONS ENTREPRISES EN RÉPONSE À L'ABSENTÉISME

Les établissements de notre terrain d'étude ont engagé une démarche de qualité de vie au travail, qui a pour objectif la mise en place d'une démarche qui s'adresse à tous au travers de dimensions comme la prévention, le diagnostic et le management.

1.6.1. La prévention des accidents de travail

Nous commencerons par aborder les accidents de travail car les DRH et cadre supérieur de santé de pôle indiquent que les accidents de travail tendent à croître. Aujourd'hui, la majeure partie des accidents de travail est liée à des problèmes de manutention.

Les accidents de travail sont une thématique bien connue des services RH et de la médecine du travail. Aussi ce sont des sujets largement abordés avec les instances des entreprises telles que le CSSCT (**C**ommission **S**anté **S**écurité et **C**onditions de **T**ravail), anciennement appelé CHSCT. Des actions sont menées pour suivre les accidents de travail en collaboration avec la médecine du travail, afin d'analyser les causes et mettre en place des actions de prévention. Elle a pour mission générale de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

Les établissements de notre étude mettent en œuvre aussi des mesures de prévention qui concernent les Troubles Musculo Squelettiques (TMS). Des formations sur les bonnes pratiques de «manutention» sont organisées et les visites médicales de retour avec le médecin du travail sont organisées de manière systématique pour les salariés ayant eu un accident du travail.

A l'hôpital privé, des professionnels en interne sont formés pour qu'ils deviennent à leur tour des formateurs à la Prévention des Risques liés à l'Activité Physique (PRAP) afin qu'ils puissent mettre en place des actions de prévention faisant suite à une analyse de poste.

Le Médecin du Travail a un rôle majeur en matière de santé au travail et est le partenaire privilégié de la Directrice des Ressources Humaines dans la coordination de projets en faveur de la qualité de vie au travail.

1.6.2. Cibler les sujets à risque

Le bilan social permet d'établir une cartographie de l'absentéisme. A l'hôpital, la population est majoritairement féminine, la maternité est un moment où les arrêts sont particulièrement importants, notamment les arrêts précédant le congé maternité. Pour les DRH des 2 secteurs il est essentiel de comprendre les inquiétudes des futures mamans et d'examiner comment peut on favoriser une prévention précoce de l'absentéisme.

Au CHU de Lille, il a été décidé de mener une enquête au moyen d'un questionnaire anonyme, auprès des femmes ayant déjà eu un enfant. Les résultats de cette enquête contribueront à déterminer les causes des arrêts maladies avant le congé de maternité qui représentent une part importante de l'absentéisme. Il s'agit surtout d'une démarche de compréhension pour mettre en œuvre des actions ciblées en faveur des futures mamans. Au delà des actions de prévention, il s'agit aussi d'une action managériale symbolique de la Direction en faveur de ses salariées.

A l'hôpital privé, des « tables rondes » de discussions sont organisées par la DRH et la DSI avec l'ensemble du personnel, sur la base du volontariat. Cela permet d'échanger sur les problématiques de l'absentéisme et identifier les situations à risque avec une approche participative.

1.6.3. Favoriser le présentéisme: la fausse solution ?

Le mot « présentéisme » est abordé ici comme le contraire de l'absentéisme. Dans les 2 secteurs, un plan de présentéisme existe sous la forme d'une valorisation financière qu'on appelle prime au « pied levé » ou « heures supplémentaires » pour les personnes qui acceptent de revenir sur un jour de repos, ou encore une prime d'assiduité versée en fin d'année, une prime inversement proportionnelle à leurs jours d'absence.

Cette mesure a pour objectif, à court terme, de valoriser le personnel qui accepte de faire un effort de remplacement, et à long terme, de faire baisser le taux d'absentéisme par le biais d'une prime pour récompenser la présence effective au travail.

A cet égard, le personnel soignant juge cette mesure peu efficace car estime le montant dérisoire par rapport à la contribution réalisée au détriment de leur vie personnelle comme le décrivent ces infirmières du secteur public : « *des heures supplémentaires payées mais au final on est tout le temps dans le service et l'impact est important sur la vie personnelle* » ; « [...] *il n'y aucune reconnaissance autre que financière pour les soignants qui pallient aux absences répétées des autres, et elle est dérisoire au vue des efforts réalisés* ».

De plus, cette mesure présente quelques controverses discutables. En effet, la présence régulière et assidue au travail peut devenir un « choix ». Les salariés estiment tacitement avoir le droit de choisir de bénéficier ou non de la prime. Certains pourront alors décider de renoncer à cette prime et ne plus hésiter à s'absenter. A l'inverse, d'autres soignants ayant réellement besoin d'un arrêt de travail mais comptant beaucoup sur cette prime viendront travailler au risque d'une aggravation de leur état de santé, comme le témoigne cette cadre de santé : « [...] *Les contraintes physiques importantes et la notion de salaire, les petits salaires. Les IDE perdent beaucoup quand elles s'arrêtent alors parfois elles viennent même quand elles sont pas bien* ».

Le plan de présentéisme paraît ici davantage comme un outil de sollicitation pour favoriser le retour du personnel. Toutefois cette mesure peut paraître injuste au regard des salariés qui s'absentent pour de longue maladie.

2. LA CONTRIBUTION DU CADRE DE SANTÉ FACE À L'ABSENTÉISME : UN PIVOT INDISPENSABLE

Les cadres de santé se retrouvent au cœur des mutations car ils sont à la fois acteurs du changement et également représentants des équipes soignantes. Leur rôle de liaison est important, car ils sont les bases qui permettent la jonction entre les perspectives opérationnelles et stratégiques. Les éléments de revue de littérature concordent avec les résultats de terrain quant aux rôles des managers intermédiaires. Il y a une attente forte de la part du personnel soignant vis à vis de leur manager intermédiaire, considéré comme un personnage central qui incarne à la fois le leader, le chef symbolique et de soutien pour l'équipe soignante, et perçoit en lui un pivot indispensable.

2.1. L'INFLUENCE DU CADRE DE SANTÉ SUR SON ÉQUIPE

Tous les répondants sont unanimes quant à l'influence du cadre de santé sur l'absentéisme. Cette influence est confirmée à plusieurs égards : d'une part le cadre de santé joue un rôle clé dans la prévention et la détection d'un mal être au travail d'un membre de leur équipe, d'autre part, il a pour mission de valoriser le travail, et donner du sens de manière individuelle ou collective par l'animation de projet ou d'objectifs. « *L'esprit d'équipe est impulsé par la personnalité de la cadre de santé. L'ambiance sociale est un levier contre l'absentéisme* ». comme le souligne le cadre supérieur de pôle.

Au delà de ces deux activités citées ci dessus, il est également attendu dans la gestion efficiente de l'absentéisme au quotidien. Voici la perception d'une des DSI: « *Le cadre est un pivot, la clé de voute, le socle. C'est fondamental !* », et celle du Chef de pôle : « *Ceux qui sont essentiels sont les cadres de proximité. Le management de proximité est majeur, il faut être proche du personnel il faut discuter avec lui, être avec lui, Il y a quelque chose qui est complexe c'est trouver le temps de se réunir, parce que tout cela ne peut marcher que si il y a un projet partagé. Projet d'établissement, projet médical, projet soignant* ».

Le cadre de santé est le transmetteur entre les interfaces, d'un côté, au titre de représentant des équipes soignantes, les cadres relayent les positions des équipes et sont conscients des conséquences liées aux restrictions d'effectif. De l'autre côté, les cadres sont les acteurs par qui les évolutions des organisations du travail sont opérées. Ce sont en effet les cadres qui mettent en place et gèrent les plannings des équipes et résolvent au quotidien les difficultés et gère l'intendance de leur service.

Cependant, certaines approches peuvent être d'ordre plus systémique et permettent de fédérer l'ensemble du personnel, comme par exemple l'amélioration des conditions de travail et les méthodes de management. « *De les considérer individuellement, de créer des occasions pour renforcer la cohésion de groupe, comme les repas de service, ou les projets de service. Cela crée une dynamique d'équipe* » souligne ce cadre de santé. Ces éléments ne sont pas nouveaux mais ont le mérite de fédérer l'ensemble du personnel et d'améliorer la satisfaction au travail.

Le fait que les cadres de santé aient été soignants dans le passé et qu'ils connaissent le fonctionnement d'un service de soins permet de manifester une empathie pour leur équipe. Pour autant, ils éprouvent des difficultés à « manager » des soignants qui n'ont pas le même point de vue qu'eux concernant les organisations de travail. Ils mettent ceci sur le compte de l'individualisme et l'aspect générationnel. Ils reconnaissent volontiers que

les causes d'absences peuvent être complexes et le seul motif de l'individualisme ne peut pas être retenu.

Par ailleurs, les équipes montrent également un certain enthousiasme pour le rôle protecteur de leur cadre de santé. Elles se sentent ainsi en sécurité avec une Direction et des cadres de santé qui sont en capacité de les soutenir, les guider voire même les protéger en cas de difficulté. Comme le confirme les propos d'une infirmière « [...] *que la cadre sache nous défendre* ». Le cadre de santé représente pour le personnel une figure d'autorité tout en étant à l'écoute de son équipe, avec pour objectif de la faire monter en compétences. « *L'observation, la prévention, les formations. Rassurer, montrer qu'on comprend les difficultés, fédérer l'équipe, animer* » déclare cette infirmière du secteur public à propos de ses attentes vis à vis de sa hiérarchie directe.

Pour les encadrants, la proximité avec les équipes permet d'établir à la fois des relations de confiance, d'être un soutien, d'être dans des relations de « donnant-donnant », et pouvoir être témoin de leurs difficultés : « *J'essaye d'être sur le terrain dès que possible pour les soutenir. Mais entre les réunions, et les tâches administratives, c'est pas évident. Il faut bien s'organiser* » affirme ce cadre de santé.

2.2. RÔLE D'OBSERVATEUR

Tout d'abord, de par la proximité avec l'équipe qu'il encadre, le cadre de santé à l'écoute est un manager qui apprend beaucoup sur la motivation de ses collaborateurs. Bien connaître son équipe, les habitudes de celle-ci permet de recueillir des informations sans avoir besoin d'en demander, ce qui est un bon moyen de déceler les signes avant coureurs d'absentéisme comme nous le confie ce cadre de santé : « *les bonnes pratiques pour lutter l'absentéisme sont l'écoute des besoins individuels, équité et règles de fonctionnement simples et claires* ».

Ensuite des entretiens réguliers, du dialogue et de la présence sur le terrain, prendre connaissance de ce qui interpelle l'équipe dans leur quotidien, sont des éléments que disposent le cadre de santé pour anticiper des risques d'absence, comme nous le confie ce cadre : « *Avec l'expérience, on ressent quand il y a un malaise chez un agent, on essaye de dialoguer et de discuter sur ce qui ne va pas, pour pouvoir trouver un compromis si cela est possible* ». En effet, le dialogue peut non seulement déceler des

risques d'absences mais peut les éviter comme nous le confirme ce soignant : « *Le dialogue du lundi matin, est un moment convivial qui rassemble et qui fédère, c'est aussi être vigilant aux difficultés de chaque membre de l'équipe, avoir de la bienveillance vis à vis de sa collègue. Car oui notre hiérarchie est aussi notre collègue* ».

Par ailleurs, le cadre de santé doit éliminer les risques pour réduire l'absentéisme. Le cadre de santé par sa connaissance du terrain fera le relais auprès de la Direction pour informer des besoins en matériel afin de prévenir des risques d'accidents de travail liés à des problèmes de manutention ou à un matériel défectueux.

2.3. RÔLE DE NÉGOCIATEUR : LA RELATION DU DONNANT-DONNANT

Dans une volonté de ne pas se focaliser uniquement sur les problématiques et rechercher un nouveau modèle socio-organisationnel qui combine le bien-être au travail et performance économique, les cadres de santé utilisent ce concept de « donnant-donnant ». Le concept du « donnant-donnant » est clairement considéré comme levier de motivation et de performance aussi bien par les managers que les managés. Cette relation implicite permet de refonder d'autres relations entre le personnel soignant et le cadre de santé pour prendre en compte de manière personnalisée les individus et pas seulement un salarié dans l'hôpital. Elle est « *donnant-donnant* » dans la relation individuelle de personne à personne, comme nous le confirme cette IDE : « *la communication est importante, aussi bien dans les services qu'avec le cadre [...] c'est le « donnant-donnant » : le soignant a tendance à vouloir s'impliquer davantage quand il y a une reconnaissance* ». Cette DSI évoque également l'usage de cette relation avec ses collaborateurs : « *c'est une politique de fidélisation, par le « donnant-donnant », je prolonge des CDD ou je leur donne des jours de récupération et j'accède à leur demande, et en contre partie ils restent pour l'été* ».

La relation est aussi « donnant-donnant » dans le collectif afin de créer une plus forte cohésion d'équipe et le sentiment d'appartenance, nécessaire à la motivation. Le point de vue d'un cadre de santé à ce sujet : « *L'équipe est le reflet de ce que le manager donne, on récolte ce qu'on sème. Quand on donne, on reçoit plus que quand on est fermé et on n'accorde jamais rien* », cette perception est confirmée par un cadre de santé d'un autre service : « *Valorisation des agents qui s'investissent, le « donnant-donnant », l'agent qui accepte de dépanner, je faciliterai davantage ses demandes de récupération par exemple*

ou d'arrangement pour les horaires ».

La qualité de la relation entre un cadre de santé et ses collaborateurs se base sur une symétrie comme nous l'explique cette infirmière : *« Une cadre qui n'est pas proche de son personnel donnera un personnel moins investi pour le service et donc un taux d'absentéisme plus fort, on ne peut pas appliquer à son service ce qu'on ne s'applique pas à soi même ! Manque de bienveillance envers le personnel du service ».*

L'influence du manager peut être liée à des aptitudes et compétences lui donnant une maîtrise personnelle reconnue des autres, associée à sa capacité à construire et à faire vivre des relations de coopération gagnant-gagnant.

2.4. RÔLE DE GESTIONNAIRE

« Le rôle de la cadre de santé c'est de gérer le quotidien, et d'anticiper tous les jours » affirme une DSI du secteur privé. Tout le personnel reconnaît le rôle des cadres de santé dans le management opérationnel, tel que l'intendance, la logistique ou la gestion du planning. De manière unanime, l'équipe de Direction et le personnel soignant reconnaissent la qualité gestionnaire de leur cadre de santé. Ils admettent la difficulté à laquelle les cadres de santé sont confrontés à la gestion de l'absentéisme dans des délais très brefs. *« Manager est un des métiers les plus difficiles car il faut s'adapter en permanence. Pour moi, un bon manager est celui qui s'adapte le mieux »* souligne une autre DSI. La décision du remplacement relève d'un arbitrage parfois solitaire, entre un raisonnement quantitatif et l'adéquation avec la charge de travail. Il n'existe pas de stratégie formalisée de remplacement dite de « 1 pour 1 ».

2.5. UNE ATTENTE FORTE DE LA PART DU PERSONNEL SOIGNANT DU RÔLE DU CADRE DE SANTÉ

Les personnes interrogées s'accordent à dire que le rôle du cadre de santé est essentiel au bon fonctionnement des organisations, et participe pleinement à la bonne entente sociale du service. Le personnel soignant a conscience pour la plupart de la charge de travail de leur cadre de santé et des difficultés au quotidien dans la gestion des plannings. Il souligne l'importance du rôle de soutien qu'exerce un cadre de santé pour son équipe, son rôle pour défendre les intérêts du service. Cette IDE estime que le rôle du cadre est de *« se battre contre la Direction et les médecins ».*

Le rôle de soutien du cadre s'exerce aussi bien de manière collective qu'individuelle. Pour le personnel, avoir un cadre de santé proche des équipes lui permet de déléguer les problèmes d'ordre logistique, de soins, administratif, et donc se focaliser uniquement sur les soins. Les soignants notent également l'importance de la réactivité dont le cadre doit faire preuve face à un problème grave. Un cadre présent sur le terrain peut évaluer en direct la charge du travail, et se rendre compte des efforts contribués par l'ensemble de l'équipe.

Ainsi le cadre de santé est perçu par le personnel soignant comme le garant d'une organisation efficace du service et de la qualité des soins. Néanmoins, le personnel a conscience du statut « *coincé entre l'équipe et la Direction* » de leur cadre de santé et comprend que « *les cadres de santé ne peuvent pas être la solution à tout* ».

2.6. LES DIFFICULTES DU RÔLE DE CADRE DE SANTÉ

2.6.1. L' éloignement du terrain par la force des choses

Les entretiens montrent que les encadrants étaient perçus par les équipes comme éloignés du terrain, ce que les intéressés ont eux-mêmes reconnu. Un cadre de santé nous confie : « *j'étais un manager de proximité, je connaissais davantage les patients même si je ne prenais pas un secteur en charge, aujourd'hui on est plus dans la gestion du planning, gestion de projets, et l'administratif [...], je perds dans mes compétences le fait d'être moins sur le terrain* ». La partie administrative, la gestion des absences, les réunions occupent une partie importante de leur temps et les éloignent du terrain. Tous les cadres de santé approuvent l'importance de leur présence sur le terrain, et auprès des équipes.

La présence du cadre de santé est importante à plusieurs titres : cela lui permet de connaître les problématiques d'organisation des soins, et la charge de travail. Cela lui permet aussi d'avoir toutes les informations en temps réel. Par sa présence sur le terrain, il peut régler les problèmes organisationnels et logistiques, mais aussi « prendre la température ambiante » et elle est synonyme de soutien. Aussi, l'éloignement du cadre de son terrain et de ses équipes, ne favorise pas les échanges et la valorisation des compétences. Les soignants interrogés se disent livrés à eux même, comme souligne de cette infirmière : « *Si le cadre est absent, lorsqu'il y a des problèmes, vous avez peur d'être livrés à vous même. Nous sommes des anciennes, nous faisons face mais les*

nouvelles infirmières ont besoin d'être guidées et accompagnées ». Les cadres de santé essaient d'être présents « physiquement » dans les services de manière régulière et d'assister aux transmissions. Simplement par leur présence, et prendre en considération les dysfonctionnements liés à l'organisation des soins, le personnel se sent considéré.

Enfin, la présence sur le terrain permet de mesurer si les ressources allouées sont suffisantes. Le personnel soignant estime que leur hiérarchie manque de visibilité ou de réalité sur leur travail dont ils ont besoin pour se sentir valorisé. Les équipes acquièrent de l'autonomie pour pallier un encadrement trop éloigné du terrain, et sont amenées à trouver des solutions pour les absences inopinées. Les cadres de santé s'accordent à dire que ce temps de gestion de l'absentéisme n'est de ce fait pas consacré à des projets plus stimulants comme le projet de service, projet d'établissement ou l'amélioration des conditions de travail. Selon le Chef de pôle : « *Le management de proximité est majeur, il faut être proche du personnel, il faut discuter avec lui, être avec lui. Il y a quelque chose qui est complexe c'est trouver le temps de se réunir, parce que tout cela ne peut marcher que si il y a un projet partagé. Projet d'établissement, projet médical, projet soignant. [...] groupe de travail, amélioration des conditions de travail, groupe de projet, on se pose et on se demande « Qu'est ce qu'on peut faire pour améliorer nos conditions de travail? ».*

2.6.2. Un rôle entre « le marteau et l'enclume »

Tous s'accordent à dire que les encadrants et les directeurs devraient avoir une vision partagée et des objectifs communs, dont le principal est le bien être au travail des salariés.

A leur niveau, les cadres de santé partagent les mêmes perceptions que les équipes qu'ils encadrent, c'est à dire, l'éloignement du terrain, le manque de reconnaissance de la part de leur hiérarchie, même si à leur niveau, l'équipe de Direction, DSI, cadre supérieur de pôle et DRH reconnaissent ce besoin de valorisation : « *Les impliquer dans les projets, au quotidien, montrer qu'on leur porte de l'attention, la reconnaissance c'est aussi de la part de la N+1, et N+2. Le fait de passer les voir, cela amène une sorte de reconnaissance, leur accorder une importance individuelle. Les cadres ont aussi besoin de ça* ».

Pour certains cadres de santé, il est clairement évident qu'ils ne peuvent pas être la solution à tous les problèmes comme illustre la déclaration de ce cadre : « *Attention, le*

cadre n'est pas la solution à tout. Il faut que toute la hiérarchie soit impliquée ». Leurs champs d'action se limitent à la frontière de leurs capacités d'actions : c'est à dire les limites du rôle d'observateur, rôle de soutien, de guidance, et de gestionnaire opérationnel. Pourtant c'est bien à leur échelon que peut être créer un ajustement entre les modalités d'organisation et la satisfaction des soignants. L'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants et la qualité de la prise en charge des patients passe inévitablement par des actions de fond sur lesquelles une coordination d'acteurs pluridisciplinaires est indispensable.

Le témoignage de ce cadre de santé montre l'ambivalence de sa fonction : *« Être manager c'est être pivot, c'est ce qu'il y a de plus important dans le rôle. Répondre à la fois aux exigences de la direction et être avec l'équipe. On est un peu entre le marteau et l'enclume . Je vais tenter de penser à l'équipe, je privilégie ma relation avec l'équipe, et en parallèle, je vais aussi répondre aux directives, je vais essayer de trouver un équilibre entre les 2. Réussir à répondre à ces exigences c'est le plus difficile ».*

2.6.3. Une absence de formalisation des dispositifs de gestion de l'absentéisme

La gestion de l'absentéisme relève d'une question de coordination entre les différents acteurs, puisque l'absentéisme est une problématique globale demandant de l'organisation. Les cadres de santé déclarent avoir suffisamment d'autonomie pour gérer l'absentéisme mais disposent de peu d'outils formalisés de gestion et de procédure pour le retour des absents. Il n'existe pas de document écrit de référence consignait clairement et formellement les directives. Seul l'hôpital privé dispose d'un outil de mutualisation des ressources. Tous les jours, les cadres de santé se réunissent pour répertorier l'effectif présent et disponible pour établir ensuite l'adéquation des ressources humaines avec le nombre de patients présents. Et par la même façon, cela permet de mutualiser les ressources disponibles en cas d'absence inopinée.

L'auto-ajustement semble l'option privilégiée, il peut paraître comme une solution simple, mais les équipes l'ont bien souligné, le risque de cette solution est l'épuisement des présents, son apparition se faisant en parallèle à l'accroissement de la charge de travail. Les encadrants interrogés reconnaissent ce risque, mais pour des raisons budgétaires et du fait des délais de prévenance trop courts, seuls les remplacements d'arrêts longs bénéficient d'une demande de remplacement par contrat de courte durée. Quant aux cadres de santé, même si ils estiment avoir suffisamment d'autonomie pour gérer

l'absentéisme, ils ont conscience également que « l'hyper sollicitation » de l'équipe est contre productive et produit à terme un effet de lassitude.

Les dispositifs de gestion de l'absentéisme les plus utilisés par les cadres de santé sont :

- L'appel au pool de remplacement
- Le rappel du personnel soignant en repos
- La sollicitation des soignants d'autres unités pour renforcer les équipes en difficulté
- Le non remplacement

Ces dispositifs visent davantage à gérer qu'à prévenir l'absentéisme, et sont choisis dans l'ordre de préférence de manière arbitraire par le cadre de santé.

Les entretiens de retour sont rares car il n'existe pas de procédure formalisée. L'équipe de direction déclare qu'il serait trop difficile d'effectuer des entretiens systématiques. En revanche, lorsqu'ils ont lieu, ils concernent les arrêts longs, fréquents ou injustifiés.

Une cadre de santé admet ne pas voir l'utilité de ces entretiens : « *Entretien de retour d'absence ? Oui pour les absences de longue durée, oui parce qu'on nous le demande. Mais je n'y vois pas vraiment d'intérêt. C'est peut être bien dans le cadre d'une longue maladie ou quand il y a la présence d'un handicap. Après un arrêt maternité, ou après une absence de 5 à 6 mois, je ne vois pas l'intérêt. Car l'objectif de l'IDE qui revient c'est de revenir et prendre son poste* ».

Le droit du travail préconise pourtant un entretien professionnel du salarié pour tout retour d'arrêt maladie de plus de 6 mois et au retour de congé de maternité, congé parental, congé d'adoption ou d'un congé sabbatique.

Ainsi, le manque d'uniformisation des pratiques favorise le cloisonnement du travail et de l'information et ne facilite pas la résolution des problèmes de manière efficiente.

3. LES PRECONISATIONS

La revue de littérature et les résultats des différents entretiens de notre étude ont montré que l'absentéisme présente un intérêt certain pour tous les acteurs du secteur hospitalier et à tous les niveaux hiérarchiques. Il peut être à la fois la cause et la conséquence d'un épuisement professionnel. Il n'existe pas de solution parfaite, il convient donc d'adapter

les actions à la situation et à l'individu. Nous avons également étudié le rôle majeur du manager intermédiaire hospitalier qui est le cadre de santé. Il est au cœur de la stratégie opérationnelle et de par sa proximité avec les équipes, il favorise la prévention contre l'absentéisme sans la possibilité d'affirmer pour autant être la solution unique et miracle, puisque ses actions sont limitées. Dans cette partie, l'ambition n'est pas d'émettre une liste de préconisations exhaustives mais de développer quelques axes d'actions envisageables grâce à des réflexions issues des lectures bibliographiques et des échanges avec les professionnels de terrain.

3.1. ÉTABLIR UNE DÉMARCHE DE LUTTE CONTRE L'ABSENTÉISME ET UNE COMMUNICATION TRANSPARENTE

L'absentéisme résulte de facteurs multiples et complexes, il peut être le résultat d'un long processus de démotivation. Il est nécessaire pour l'encadrement de pouvoir l'identifier afin de le circonscrire. Faire en sorte que ce phénomène trouve une expression explicite comme sujet de débat et de réflexion par l'ensemble des protagonistes.

La première étape avant d'entreprendre un plan d'action est d'analyser les données de l'absentéisme, de les rendre transparentes et accessibles par tous. Peu de managers communiquent sur le sujet de l'absentéisme auprès de leurs équipes, qui sont pourtant en première ligne face à ce problème et qui fait habituellement l'objet de discussion informelle en se basant elles aussi sur leurs représentations. Les représentations sont l'élément principal sur lequel se basent tant les encadrants que les professionnels soignants. Un diagnostic fin permettrait d'identifier les principales causes de l'absentéisme et d'y répondre de manière adaptée sur des périmètres restreints.

Nous avons vu au cours des entretiens que peu de cadres de santé avaient connaissance des taux d'absentéisme de leur service, ni de la répartition, et ni des causes exactes. Ces données sont pourtant disponibles au service RH et communiquées. Ces données peuvent être relayées par les cadres de santé lors des réunions de service et faire l'objet de discussion. Limiter l'absentéisme est utile, mettre en place des actions tout autant, mais rendre « visible » la problématique, la qualifier, la préciser auprès des équipes permet une prise de conscience partagée. Ainsi les actions mises en œuvre en corrélation avec des données chiffrées auront une meilleure résonance auprès de l'ensemble des acteurs.

3.2. COOPÉRER ENSEMBLE POUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL

L'étude de terrain confirme l'image de dégradation des conditions de travail qu'ont les acteurs de terrain. Or s'il est difficile d'agir sur les évolutions sociales et les changements de rapports au travail liés à une plus grande part d'individualisme, il est possible à leur échelle pour les établissements de santé d'agir pour l'amélioration des conditions de travail. A cet égard, les établissements de notre étude ont d'ores et déjà mis en œuvre des actions dans cette perspective.

Cependant, prévoir un plan d'actions d'amélioration des conditions de travail est fastidieux tant le domaine est vaste. Dans une maîtrise de l'absentéisme, il y a des aspects particuliers de la politique d'amélioration de travail qui ne peuvent être négligés, c'est pourquoi il semble important pour cet enjeu, d'œuvrer pour une démarche pluridisciplinaire impliquant la collaboration d'acteurs aussi divers que les médecins du travail, le CSSCT, la Direction, les managers et bien entendu tous les acteurs concernés. A partir de là, pourront être réalisés à l'échelle de chaque secteur et chaque poste, les axes de travail qui puissent favoriser de meilleures conditions de travail.

3.3. RENFORCER LA FONCTION D'ENCADREMENT : FAVORISER LA RECONNAISSANCE POUR DONNER DU SENS

Cette perspective repose sur une relation de confiance bilatérale. Nous avons vu que la rétribution financière passe au second plan. Il importe donc de s'attacher à prendre le temps de créer des liens et donner du sens aux actions et compétences des soignants, notamment par la reconnaissance.

Le fait d'avoir un sentiment d'un travail non accompli, le non aboutissement ou le report des projets, le sentiment d'inutilité ou d'échec sont d'autant d'éléments qui nourrissent la perte progressive de sens au travail, et qui par conséquent, va engendrer un épuisement psychologique.

La reconnaissance est un vecteur d'appartenance, et est source de motivation, elle constitue le sens au travail. La reconnaissance du travail est une notion dans laquelle le salarié se sent respecté et reconnu pour ses compétences. Elle représente la valeur et le reflet que nous renvoyons de notre travail. Lorsque nous interrogeons le personnel soignant, qui par définition les personnes les plus concernées par ce problème, sur les pratiques de lutte contre l'absentéisme, leur avis est unanime quant à ce besoin de

reconnaissance. Il reconnaît en elle la source principale de motivation. Aussi ce besoin de reconnaissance est identique à tous les niveaux hiérarchiques. Il s'agit d'un levier puissant de motivation et d'efficacité. Valoriser les mérites d'une équipe ne peut être limité qu'au seul rôle des managers intermédiaires, et s'applique à tous les niveaux hiérarchiques.

La reconnaissance passe de manière incontournable par la communication et par la personnalisation de la relation. Prendre connaissance de ce qui les interpelle dans leur quotidien professionnel est un bon moyen de déceler les signes d'un absentéisme latent chez les soignants. Du dialogue régulier à la présence sur le terrain, ces deux éléments sont indissociables pour une prévention efficace. De manière globale, cela peut se traduire par une personnalisation de l'intégration des nouveaux arrivants, ou sous la forme d'un moment bref et informel autour d'un café avec l'ensemble de l'équipe pour discuter de la vie du service, pour échanger sur les difficultés et les axes positifs de la semaine écoulée. De manière plus spécifique, cela peut prendre la forme d'un entretien individuel, de tables rondes de discussion, avec différents acteurs intervenant dans la vie de l'hôpital, voire avec des patients et leurs familles.

Connaître son rôle dans une organisation et être reconnu, constitue la base du positionnement professionnel où chacun peut identifier sa contribution. Cela permet d'offrir aux professionnels un cadre de travail structurant, qui évite de se perdre, de voir son action diluée, ou de se sentir inexistant. Dès lors, il relève de la responsabilité de l'encadrement de s'engager dans la construction d'une organisation de travail claire. Le projet d'établissement ou le projet de service peut être un point de départ dans cette approche inclusive et participative. Les professionnels se positionnent en faveur de la présence de la Direction et des médecins lors des réunions d'équipe. Cette réflexion résulte d'un désir de reconnaissance de la part de leur hiérarchie.

3.4.FAVORISER LA PARTICIPATION DU PERSONNEL AUTOUR DE PROJETS STRATÉGIQUES

Il est important que chacun ait le sentiment que sa parole soit entendue. Ainsi, une solution éventuelle serait de concevoir des espaces de communication permettant de récolter les idées et les projets de l'ensemble des salariés. Un dispositif tel que les boîtes à idées peut alors être mis en place. Dans une recherche de participation des salariés à la vie de l'établissement, il peut également être possible d'utiliser ponctuellement des appels à projet pour que les salariés se sentent impliqués dans la prise de décision. En d'autres

termes, il est important que tout le monde soit acteur du management, autant les cadres de santé, les médecins, l'équipe de Direction que les professionnels de terrain. Pourquoi ne pas proposer une immersion périodique du personnel au sein des services de soins, car rien ne vaut l'expérience pour connaître un métier.

Cette méthode a le bénéfice d'impliquer tous les acteurs de l'organisation et permet des échanges réguliers, et in fine permettra à chacun d'être pris en considération. On peut aussi noter que les équipes sont forces de propositions pour les réorganisations de plannings. Les équipes, comme la plupart des encadrants, ont évoqué le fait que face à des absences inopinées, les soignants eux mêmes, proposent de modifier leurs horaires, d'intervertir les postes ou de revenir sur des repos.

Proposer des leviers forts pour valoriser l'implication des équipes est gage de réussite, cette méthode a le bénéfice de redonner de la cohérence à l'organisation par le biais d'un projet commun et aux cadres de santé de s'épanouir pleinement dans leur rôle de coordinateur et de leader. Les moyens mis en œuvre pour ce faire sont l'implication et la participation des équipes à différents groupes de travail qui peuvent avoir lieu dans la structure.

3.5. UNIFORMISER LE CADRE DE GESTION DE L'ABSENTÉISME

Les procédures de remplacement varient d'une structure à l'autre, et peu d'établissements ont établi des règles de remplacements formelles et écrites. Pourtant des outils clairs, centralisés et institutionnalisés permettent de faciliter une gestion quotidienne par des pratiques uniformisées.

Ensuite, l'étude de terrain montre qu'il n'existe pas de procédure formalisée pour le retour des salariés absents. Or il s'agit d'une approche managériale de l'absentéisme dont l'objectif est de favoriser le retour et le maintien dans l'emploi. L'optique de l'entretien de retour n'est pas d'interroger le salarié sur les raisons de son absence mais de favoriser un climat serein pour sa réintégration au sein de l'équipe et rassurer le salarié en le remettant à niveau d'informations, et identifier les éventuels besoins. Ce temps d'échange privilégié permet au salarié de prendre connaissance des événements et actions intervenus durant son absence et au cadre de santé d'entendre les aspirations de son collaborateur. Cet

échange pourrait ensuite alimenter les concepts quant à l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Le principe fondamental dans cette démarche est de donner un cadre de gestion uniformisé pour tous les managers. Cela limitera le sentiment d'iniquité que perçoivent certains soignants à l'égard des absents et le sentiment d'abandon par l'absence d'actions concrètes de la part de leur hiérarchie.

CONCLUSION

Aujourd'hui les pratiques managériales et des ressources humaines font face à un nouveau paradigme, sur lequel on a des nouvelles règles du jeu, et peut-être le besoin de construire un nouveau pacte social, et personnaliser une approche innovante du management selon d'autres paramètres sociaux. L'absentéisme tend à constituer un enjeu majeur pour les hôpitaux publics et privés. Il ne s'agit pas uniquement de développer des outils de gestions mais de déployer des leviers de lutte contre l'absentéisme, et d'une prévention en l'inscrivant dans un cadre global d'amélioration des conditions de travail et de promotion de la qualité de vie au travail.

La revue de littérature nous a permis d'une part de mieux appréhender le phénomène de l'absentéisme, ses causes, ses conséquences et les difficultés de l'évaluer précisément, et d'autre part de mieux comprendre la figure du manager intermédiaire, ses rôles ainsi que les tensions inhérentes à la diversité des rôles.

Pour répondre à notre problématique, nous avons mené une étude qualitative sur le terrain qui a permis de discuter des rôles du manager intermédiaire dans la prévention de l'absentéisme. Le manager intermédiaire joue notamment un rôle d'observateur clé grâce à sa proximité avec le terrain et les équipes. Si ces conditions de travail le permettent, il est souvent l'un des mieux placés pour identifier les causes de l'absentéisme de par la confiance que son équipe lui accorde. Nous avons montré qu'il est également en mesure de proposer des actions sur son domaine d'activité et d'activer certains leviers managériaux (reconnaissance avec la logique donnant-donnant, communication pour donner du sens, etc.). Toutefois, la nature systémique de l'absentéisme nous a conduit à comprendre que les leviers du manager s'ils sont importants ne sont qu'une réponse limitée. Face à la complexité d'un tel phénomène, l'ensemble des acteurs doit être impliqué et une bonne prise en charge de l'absentéisme passe par une coordination des différents acteurs (Directeur, DRH, Responsables de pôles, DSI, Cadres de santé, le personnel, etc.), autrement dit par l'établissement d'un dispositif de management multi-acteurs.

Pour mieux prendre en compte les interactions entre ces différentes parties, il aurait été intéressant de réaliser une immersion dans la fonction de cadre de santé sur une période plus longue afin de visualiser comment sont gérées les tensions inhérentes à leur métier et comment sont gérées les interactions avec les autres parties prenantes. En effet,

l'absentéisme est un concept vaste avec des causes multiples. La lutte contre l'absentéisme requiert une coordination et l'implication de nombreux acteurs. La situation n'est pas simple pour les cadres de santé car ces derniers sont confrontés de la même manière à l'absentéisme. Comment réduire l'absentéisme du personnel soignant lorsque sa catégorie de métier commence elle aussi à être touchée par le phénomène ? Cette question pourrait être traitée dans une prochaine étude.

Ce travail de mémoire nous a permis de répondre à notre problématique mais nous a surtout donné l'occasion d'identifier des phénomènes à explorer. Une des pistes prometteuses pour réduire l'absentéisme du personnel soignant passe par une meilleure coordination avec les organismes de formation, écoles d'infirmières ou écoles de formation des cadres de santé, car comme l'ont souligné plusieurs personnes interrogées dans notre étude, il y a parfois un décalage entre ce qu'attendent les aspirations des étudiants sortant de leur cursus de formation et ce que les établissements de soins peuvent leur proposer en termes de conditions de travail et de contenu des missions. Cela ouvre donc la question de la coordination au delà des acteurs des établissements de santé, avec les acteurs plus globalement faisant partie du système de soins.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES ET MANUELS

- **BARABEL M et MEIER O** (2015) « *MANAGEOR 3^e édition-Tout le management à l'ère digitale* », Éditions Broché.
- **BRAMI L, DAMART S, DETCHESSAHAR M, DEVIGNE M, HABIB J, KLETZ F, KROHMER C.** (2014). « *L'absentéisme des personnes soignants à l'hôpital. Comprendre et Agir.* », Éditions Presses des Mines.
- **DAMART S.** (2013). « *Innovations managériales en établissements de santé* », Ems Management et Société.
- **DESSERPRIT G** (2016) « *Aide-mémoire - Cadre de santé* », Éditions Dunnod.
- **GENELOT D.** (2017). « *Manager dans et avec la Complexité* », Éditions Eyrolles.
- **LETEURTRE H** (1991). « *Audit de l'absentéisme du personnel soignant* » Éditions Berger-Levrault.
- **MINTZBERG H** (2006) « *Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre* », Éditions Eyrolles.
- **MINTZBERG H** (2011) « *MANAGER - Ce Que Font Vraiment Les Managers* » Éditions Broché.

THÈSES ET MÉMOIRES :

- **REINHARDT S** (2011) Thèse de doctorat en Sociologie « *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?* »

ARTICLES UNIVERSITAIRES:

- **BALOGUN J et ROULEAU** (2011) « Middle Managers, Strategic Sensemaking and discursive competence ». Journal of Management Studies.
- **BRAMI L, DAMART S et KLETZ F** (2012) « *Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants* », Politiques et management public Vol 29/3
- **BRAMI et al** (2014) « Outils absentéisme PHARES Projet établissements Pays de la Loire. » Disponible sur <https://www.cnracl.retraites.fr/employeur/prevention-risques-professionnels/secteurs-dactivite/soignants/outils-absenteisme-phares-projet-etablissements-pays-de-la-loire-2015>
- **CECCATO M** (2019) « *Le cadre de santé dans les hôpitaux face à la logique gestionnaire : entre malaise et assimilation* » Conférence AIMS Dakar.

- **DIETRICH A** (2009) « *Le manager intermédiaire ou la GRH mise en scène* ». Management et avenir.
- **GUILMOT N et VAS A** (2012) « *Les cadres intermédiaires au cœur du sensemaking, le processus de création de sens en contexte de changement organisationnel* ». Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels.
- **LEWIN K** (1947) « *Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change* ». Human Relations.
- **MAYFIELD M et MAYFIELD J** (2009) « *The role of leader follower relationship in leader communication : A test using the LMX and motivating language models.* ». The Journal of Business Inquiry.
- **RANDON S** et al (2011) « *La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale* » Management & Avenir (N° 49)

ÉTUDES ET RAPPORTS :

- **ANACT.** (2015). « *Dix questions sur l'absentéisme* ». <https://www.anact.fr/10-question-sur-l-absenteisme>
- **DARES** (2013) Étude SUMER « *Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail* » N°009. <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-009.pdf>
- **DREES** (2017) « *Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions* » N°1038. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1038.pdf
- **EHESP** (2013) Dossier documentaire « *Risques professionnels à l'hôpital* » https://documentation.ehesp.fr/wpcontent/uploads/2013/02/DO_RisquePro_Hopital_20130226.pdf
- **GOVERNEMENT** (2019) Rapport à la demande du Premier Ministre « *Rapport relatif à la prévention, l'efficacité, l'équité et la maîtrise des arrêts de travail* » <https://www.gouvernement.fr/partage/10899-rapport-relatif-a-la-prevention-l-efficacite-l-equite-et-la-maitrise-des-arrets-de-travail>
- **GURVAN C** (2017) « *12 idées reçues de l'absentéisme.* » Éditions Législatives. <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/12-idees-recues-sur-l-absenteisme>
- **HAS** (2016) « *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité de soins* » https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201602/revue_de_litterature_qualite_d_e_vie_au_travail.pdf
- **IFRAP** (2016) « *Hôpitaux : le palmarès de l'absentéisme* ». <https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/hopitaux-le-palmares-de-labsenteisme>

- **ISEOR** (2018) Étude « *Le coût caché de l'absentéisme* »
http://ns3040652.ip-164-132-163.eu/Sitelseor/resultats_recherches.asp

LÉGISLATION:

- **Décret de compétence des cadres de santé** « Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière »
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026843750&categorieLien=id>

GLOSSAIRE

- ANACT** : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
- ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- ASQ** : Aide soignant Qualifié
- AT** : Accident de Travail
- CHSCT** : Comité Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail.
- CDD** : Contrat à Durée Déterminée
- CDI** : Contrat à Durée Indéterminée
- CLD** : Congé Longue Durée
- CLM** : Congé Longue Maladie
- CMO** : Congé pour Maladie Ordinaire
- CS** : Cadre de santé
- CSSCT** : Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail
- DARES** : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
- DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- DRH** : Directrice des ressources humaines
- DSI** : Directrice des Soins Infirmiers
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire
- IDE** : Infirmier Diplômé d'État
- IFRAP** : Fondation pour la Recherche Sur les Administrations et les Politiques Publiques
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- MP** : Maladie Professionnelle
- PRAP** : Prévention des Risques liés l'Activité Physique
- QVT** : Qualité de Vie au Travail
- RH** : Ressources Humaines
- TA** : Taux d'Absentéisme
- T2A** : Tarification à l'Activité

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
PARTIE I : REVUE DE LITTÉRATURE	7
1. L'ABSENTÉISME À L'HÔPITAL : UNE PROBLÉMATIQUE COMPLEXE AUX CAUSES MULTIPLES.	7
1.1. L'ABSENTÉISME : UN CONCEPT AUX MULTIPLES DÉFINITIONS.....	8
1.2. L'ÉVALUATION DE L'ABSENTÉISME	9
1.3. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ABSENTÉISME À L'HÔPITAL.....	10
1.4. UNE VISION PLUS FINE DE L'ABSENTÉISME À TRAVERS LES TYPOLOGIES D'ABSENCE....	10
1.5. LA DIVERSITÉ DES FACTEURS À L'ORIGINE DE L'ABSENTÉISME À L'HÔPITAL	12
1.5.1. Les facteurs personnels	12
1.5.2. Les facteurs attitudinaux.....	14
1.5.3. Les facteurs de santé.....	14
1.6. LES CONSÉQUENCES PLURIELLES DE L'ABSENTÉISME POUR L'HÔPITAL.....	18
1.6.1. L'impact financier	18
1.6.2. L'impact humain	18
1.6.3. L'impact organisationnel et effets sur la qualité des soins.....	19
1.7. LES MÉTHODES DE GESTION	20
1.7.1. Mesurer et quantifier l'absentéisme	20
2. LES MANAGERS INTERMÉDIAIRES : LES ACTEURS CLES DES ORGANISATIONS	22
2.1. LE MÉTIER DE MANAGER	22
2.1.1. Le concept du management.....	22
2.1.2. Les rôles du Manager.....	23
2.2. LE MANAGER INTERMÉDIAIRE : UNE ACTIVITÉ DÉFINIE PAR SA POSITION	26
2.3. LES COMPÉTENCES DU MANAGER INTERMÉDIAIRE	27
2.4. LA SINGULARITÉ DU MANAGER INTERMÉDIAIRE À L'HÔPITAL	28
2.5. LA DIFFICULTÉ DE MANAGER LES CONTRADICTIONS	31
2.6. LA GESTION DE L'ABSENTÉISME ET LEUR CONTRIBUTION	32
PARTIE II : METHODOLOGIE	34
1. ETUDE DE TERRAIN ET METHODOLOGIE	34
1.1. LE CONTEXTE ET L'OBJECTIF DE L'ÉTUDE.....	34
1.2. LES TERRAINS D'ÉTUDE.....	34
1.3. L'ÉCHANTILLONNAGE.....	35

1.3.1. Le trio managérial.....	35
1.3.2. Les cadres de santé.....	35
1.3.3. Le personnel soignant	36
1.4. L'ÉLABORATION DES GUIDES D'ENTRETIEN ET LES CONDITIONS DE RÉALISATION DES ENTRETIENS	37
1.5. LA MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES	38
PARTIE III. ANALYSE ET RECOMMANDATIONS	39
1. REGARDS CROISÉS SUR LE PHÉNOMÈNE DE L'ABSENTÉISME.....	39
1.1. UN RECOURS COMPARABLE AUX ARRÊTS MALADIES.....	39
1.2. DES REPRESENTATIONS PARTAGÉES DE L'ABSENTÉISME.....	40
1.3. UNE DIVERSITÉ DE POINTS DE VUE SUR L'IMPACT DES RÉFORMES	42
1.4. LES CAUSES.....	44
1.4.1. Les conditions de travail	44
1.4.2. Le manque de reconnaissance.....	46
1.4.3. Les facteurs attitudinaux.....	46
1.5. LES IMPACTS : RISQUE DE SURCHAUFFE ET BAISSSE DE LA QUALITÉ DES SOINS.....	47
1.6. LES ACTIONS ENTREPRISES EN RÉPONSE À L'ABSENTÉISME.....	48
1.6.1. La prévention des accidents de travail	48
1.6.2. Cibler les sujets à risque	49
1.6.3. Favoriser le présentéisme: la fausse solution ?.....	49
2. LA CONTRIBUTION DU CADRE DE SANTÉ FACE À L'ABSENTÉISME : UN PIVOT INDISPENSABLE	50
2.1. L'INFLUENCE DU CADRE DE SANTÉ SUR SON ÉQUIPE.....	51
2.2. RÔLE D'OBSERVATEUR.....	52
2.3. RÔLE DE NÉGOCIATEUR : LA RELATION DU DONNANT-DONNANT.....	53
2.4. RÔLE DE GESTIONNAIRE.....	54
2.5. UNE ATTENTE FORTE DE LA PART DU PERSONNEL SOIGNANT DU RÔLE DU CADRE DE SANTÉ.....	54
2.6. LES DIFFICULTES DU RÔLE DE CADRE DE SANTÉ	55
2.6.1. L'éloignement du terrain par la force des choses.....	55
2.6.2. Un rôle entre « le marteau et l'enclume »	56
2.6.3. Une absence de formalisation des dispositifs de gestion de l'absentéisme.....	57
3. LES PRECONISATIONS.....	58
3.1. ÉTABLIR UNE DÉMARCHE DE LUTTE CONTRE L'ABSENTÉISME ET UNE COMMUNICATION TRANSPARENTE.....	59
3.2. COOPÉRER ENSEMBLE POUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL	60
3.3. RENFORCER LA FONCTION D'ENCADREMENT : FAVORISER LA RECONNAISSANCE POUR DONNER DU SENS.....	60

3.4. FAVORISER LA PARTICIPATION DU PERSONNEL AUTOUR DE PROJETS STRATÉGIQUES	61
3.5. UNIFORMISER LE CADRE DE GESTION DE L'ABSENTÉISME	62
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	66
GLOSSAIRE	69
TABLE DES MATIÈRES	70
TABLE DES ANNEXES	73

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretien de l'équipe de Direction (Trio managérial, DRH, DSI)

ANNEXE II : Guide d'entretien des managers intermédiaires

ANNEXE III : Questionnaire en ligne pour le personnel soignant

ANNEXE IV : Entretien du Chef de Pôle des Urgences et SAMU de LILLE

ANNEXE V : Entretien du Cadre Supérieur de Santé de Pôle. Institut Cœur Poumon. CHU LILLE

ANNEXE VI : Synthèse des entretiens des DSI du Groupe RAMSAY Générale de Santé.

ANNEXE VII: Entretien du DRH du CHU de LILLE

ANNEXE VIII : Entretien du DRH de l'hôpital privé RAMSAY Générale de Santé.

ANNEXE IX : Synthèse des entretiens des cadres de santé du CHU de LILLE

ANNEXE X : Synthèse des entretiens des cadres de santé du Groupe RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ.

ANNEXE XI : Synthèse des réponses du formulaire en ligne du personnel soignant du CHU de LILLE (SECTEUR PUBLIC)

ANNEXE XII : Synthèse des réponses du formulaire en ligne du personnel soignant du Groupe RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ. (SECTEUR PRIVÉ)

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN DE L'EQUIPE DE DIRECTION (TRIO MANAGÉRIAL, DRH, DSI)

CADRE ET OBJECTIF DE L'ENTRETIEN :

Dans le cadre de mon Master 2 en Management Sectoriel des établissements de santé à ILIS (Institut Lillois D'Ingénierie de la Santé), je réalise un travail de fin d'étude sur la thématique du management intermédiaire face à l'absentéisme du personnel soignant avec pour problématique « En quoi le management intermédiaire peut-il contribuer à la diminution de l'absentéisme ? ». L'objectif de cette rencontre est donc de recueillir le regard d'un acteur de terrain sur cette problématique.

CONDITION DE DIFFUSION : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire.

L'entretien sera rendu anonyme et associé uniquement à une fonction et à un établissement

THEME : PERCEPTION DE L'ABSENTÉISME

1. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion d'absentéisme ?

2. Voyez-vous une évolution de l'absentéisme depuis 10 ans, si oui, quelles sont les raisons ?

3. Existe-t-il des métiers dans la structure qui vous semblent davantage concernés par la problématique de l'absentéisme ?

THEME : CAUSES ET CONSÉQUENCES DE L'ABSENTÉISME

4. Quelles sont selon vous les causes et les conséquences de l'absentéisme dans votre structure ?

5. Les causes évoquées se retrouvent-elles dans toute la structure ou est-ce que vous voyez des spécificités liées à certains services ?

6. Selon vous, les réformes hospitalières ont-elles eu un effet sur l'absentéisme ?

7. Pensez-vous que le style de management peut avoir un effet sur ce phénomène ? Si oui, comment ?

THÈME : LES LEVIERS POUR LUTTER CONTRE L'ABSENTEISME

8. Quels sont les leviers mobilisés par votre service pour lutter contre l'absentéisme ?

9. Quelle est votre vision sur le rôle des managers intermédiaires ?

10. Nos structures de soin sont caractérisées par des conditions de travail difficiles inhérentes au métier, or de nombreuses recherches établissent un lien entre conditions de travail et absentéisme, quel est votre regard ? Est-ce que vous avez un plan d'action spécifique sur les conditions de travail ?

11. Avez vous une stratégie différenciée suivant le type de personnel ?

ANNEXE II : GUIDE D' ENTRETIEN DES MANAGERS INTÉRMDIARES

CADRE ET OBJECTIF:

Dans le cadre de mon Master 2 en Management Sectoriel des établissements de santé à ILIS (Institut Lillois D'Ingénierie de la Santé), je réalise un travail de fin d'études sur la thématique du management intermédiaire face à l'absentéisme du personnel soignant avec pour problématique « En quoi le management intermédiaire peut il contribuer à la diminution de l'absentéisme ? ».

L'objectif de ce questionnaire est recueillir le regard des acteurs de terrain sur cette problématique.

CONDITION DE DIFFUSION : Les réponses seront retranscrites dans le mémoire.

Elles sont anonymes et associées uniquement à une fonction..

THÈME : PERCEPTION DE L'ABSENTÉISME

1. Qu'est ce qu'évoque pour vous la notion d'absentéisme ?

2. Voyez vous une évolution de l'absentéisme depuis 10 ans ? Si oui quelles sont les raisons ?

3. Est ce qu'il y a des types de métiers dans le service qui semblent davantage concernés par la problématique de l'absentéisme

4. Quelle est la répartition de l'absentéisme ? âge ? sexe ?

5. Quel absentéisme impacte le plus vos organisations ?

6. Pensez vous avoir l'autonomie nécessaire pour gérer ce problème ?

THÈME : LES CAUSES

7. Quelles sont les causes principales de l'absentéisme dans votre service

8. Selon vous, les réformes hospitalières ont elles eu un effet sur l'absentéisme ?

9. Pensez vous que le cadre de santé peut avoir une influence sur le phénomène ? Si oui comment ?

THÈME : LES CONSEQUENCES

10. Quelles sont les conséquences de l'absentéisme sur l'organisation de votre service ?

--

11. Comment gérez vous ces impacts ? ces conséquences ?

--

THÈME : LES LEVIERS DE LUTTE CONTRE L'ABSENTEISME

12. Quels sont les outils, ou les bonnes pratiques que vous mobilisez dans la lutte de l'absentéisme ?

--

13. Avez vous une stratégie différenciée selon le personnel ?

--

14. En quoi votre rôle puisse contribuer à la prévention de l'absentéisme selon vous ?

--

Questionnaire pour le personnel soignant

Dans le cadre de mon travail de fin étude du Master 2 Management sectoriel des établissements sanitaires et médico-sociaux à ILIS, je réalise mon mémoire sur le thème de l'absentéisme du personnel et le rôle des managers intermédiaires dans la prévention de absentéisme. Je vous remercie du temps que vous consacrez à ces quelques questions.

Les réponses seront retranscrites de manière anonyme, et uniquement associées à une fonction.

Hélène WEPPE

***Obligatoire**

Fonction : *

IDE

ASQ

Secteur *

public

privé

ancienneté dans la fonction *

Votre réponse

Le service où vous travaillez

Votre réponse

LA PERCEPTION DE ABSENTÉISME

1. Qu'est ce que pour vous la notion d'absentéisme?

Votre réponse

2. Voyez vous une évolution de l'absentéisme depuis 10 ans ? Si oui, quelles sont les raisons?

Votre réponse

LES CAUSES DE L' ABSENTÉISME

3. Quelles sont selon vous les causes principales de l'absentéisme dans votre service ?

Votre réponse

4. Les réformes hospitalières ont-elles eu un effet sur ce phénomène? Si oui, comment?

Votre réponse

5. Quel regard portez-vous sur vos conditions de travail ?

Votre réponse

6. Quelles sont selon vous, les causes de motivation et de démotivation ?

Votre réponse

LES CONSÉQUENCES DE L'ABSENTÉISME

7. Comment percevez vous les conséquences de l'absentéisme sur votre situation individuelle, sur votre service, sur l'hôpital?

Votre réponse

8. Pensez vous que la relation avec le cadre de santé peut avoir un effet sur ce phénomène? En quoi les pratiques managériales influencent elles l'absentéisme?

Votre réponse

LES LEVIERS DE LUTTE CONTRE L'ABSENTÉISME

9. Existe-il des bonnes pratiques pour lutter contre l'absentéisme? Lesquelles?

Votre réponse

10. En quoi la reconnaissance du travail des soignants est quelque chose qui impacte sur l'absentéisme ?

Votre réponse

Merci beaucoup pour votre implication

ENVOYER

Page 1 sur 1

ANNEXE IV : ENTRETIEN AVEC LE CHEF DE PÔLE DES URGENCES ET DU SAMU RÉGIONAL CHU LILLE

CHEF DE PÔLE DES URGENCES ET DU SAMU RÉGIONAL DE LILLE

Entretien réalisé le 26 juin 2019

Durée : 45mn

Cadre et objectif de l'entretien :

Dans le cadre de mon Master 2 en Management Sectoriel des établissements de santé à ILIS (Institut Lillois D'Ingénierie de la Santé), je réalise un travail de fin d'étude sur la thématique du management intermédiaire face à l'absentéisme du personnel soignant avec pour problématique « En quoi le management intermédiaire peut-il contribuer à la diminution de l'absentéisme ? ». L'objectif de cette rencontre est donc de recueillir le regard d'un acteur de terrain sur cette problématique.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire.

L'entretien sera rendu anonyme et associé uniquement à une fonction et à un établissement

THEME : PERCEPTION DE L'ABSENTÉISME

1. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion d'absentéisme ?

« Il y a 2 manières d'aborder ça. L'absentéisme à l'hôpital est majeur, et il y a un impact différent selon la structure où on travaille.

- Absentéisme de courte durée, imprévisible, il serait intéressant d'avoir une marge de sécurité pour faire face, surtout dans les services à haute tension comme les urgences pour continuer à fonctionner 24h/24.*
- L'absentéisme de longue durée lié aussi à des maladies, ce qui nous pose des problèmes d'organisation. Les collaborateurs ne sont pas remplacés tout de suite. On sait que les personnes ne reviendront pas, suite à des arrêts répétitifs, ou alors on leur proposera des postes différents de ceux qu'ils occupaient auparavant. La Direction RH n'anticipe pas suffisamment, il suffit de recruter.*

Il est probablement nécessaire d'avoir une politique notamment pour les services à haute tension., cela se traduit par exemple par une marge de sécurité. Il y a un sous groupe, c'est à dire des personnels qui ne peuvent pas être remplacés. Il n'existe pas de pool de suppléance chez les médecins. Les médecins se remplacent eux même, avec une charge de travail supplémentaire. L'organisation médicale quoi qu'il advienne sera assurée, les médecins travaillent environ 60h par semaine voire un 70h /semaine. Ils sont remplacés par ses collègues. Il y a certains métiers qui ne peuvent pas être remplacés. Les assistants de régulation médicales, ne peuvent pas être remplacés, personne ne connaît leur métier.

2. Voyez vous une évolution de l'absentéisme depuis 10 ans, si oui quelles sont les raisons ?

« Oui, bien sûr. Notamment ce que je qualifierai d'absentéisme social, c'est à dire l'absentéisme présenté comme un outil de négociation ou comme une arme syndicale de manifestation de mécontentement au travail, sur lequel il faut s'intéresser. Les agents qui n'acceptent pas les périodes de vacances imposées par l'encadrement, et qui protestent par un arrêt maladie, c'est à la fois, peu professionnel et une forme de mépris pour le reste de leur collègue.

Cet absentéisme social s'est effectivement majoré, il est une source de dysharmonie sociale, dans un groupe fermé quand il y a des absents, la pression pèse sur les autres, il y a des moments, c'est très tendu. Il peut y avoir des tensions à terme au sein de ce groupe, entre ceux

qui s'absentent pour des raisons autres que médicales et ceux qui assurent leur poste et qui se fatiguent. »

3. Existe t-il qu'il des métiers dans la structure qui vous semblent davantage concernés par la problématique de l'absentéisme

« L'absentéisme médical est inexistant. Il n'est même pas correctement mesuré, car on s'arrête quelques jours, on ne le signale même pas. Ce qui est mesuré chez les médecins, ce sont les absences de longues durées, et les congés de maternité.

Si on prend l'absentéisme paramédical, il s'est majoré comme dans le privé, en particulier les AS et les IDE, lié aux conditions de travail. Il y a aussi une fuite vers le public.

Au SAMU, l'absentéisme concerne principalement les ARM (Assistants de Régulation Médicale) »

THEME : CAUSES ET CONSEQUENCES DE L'ABSENTÉISME

4. Quelles sont selon vous les causes et les conséquences de l'absentéisme dans votre structure ?

« Cela touche tout le monde dans tous les métiers. Aujourd'hui, il y a une véritable volonté d'avoir une QVT mais aussi une qualité de vie en dehors du travail.

Maintenant dire que l'absentéisme social, visiblement accentué dans les grandes institutions, n'est pas vraiment générationnel car cela touche aussi les collaborateurs qui sont là depuis très longtemps. C'est quasi des problèmes qui touchent la personne, il y a des gens malades, ceux qui vont avoir des bébés, des absentéismes de courte durée inévitable. En revanche, si on a des absentéismes pour les motifs similaires, on doit se poser des questions sur l'ergonomie par exemple. (exemple 5 lumbago dans une équipe).

Il faut être très prudent sur l'absentéisme social car il y a des gens qui sont vraiment très épuisés. L'épuisement au travail peut toucher des personnes qui sont présentes depuis 20 ou 30 ans. Surtout dans des conditions excessivement dures. Ici c'est 12h d'affilée, et c'est eux qui ont choisi. Ils peuvent être légitimement être très très fatigués. Et il n'y a pas suffisamment de personnel pour qu'ils se reposent. Il faut mesurer la densité de personnes qui sont présentes pour leur permettre de souffler. Il y a donc un problème d'effectif, on est en sous effectif, et ça pèse. Et à contrario il y a des gens qui ne sont pas épuisés, et considèrent l'absentéisme comme un droit. »

Ce qui a beaucoup perdu, c'est le sens du collectif, les valeurs collectives, et on est dans une société très individualiste. C'est le juste équilibre à trouver entre vie privée, et vie pro.

Il n'y a plus de sentiment d'appartenance, ils viennent travailler parce qu'il le faut. Se poser la question pourquoi ils n'ont plus le sentiment d'appartenance, et comment peut on faire pour le créer, et répondre à cette question ?

Les médecins d'aujourd'hui ne sont pas comme moi il y a 30 ans, ce sont des jeunes gens de 28 ou 30 ans qui ont une aspiration différente du travail. Ce n'est pas à eux de s'adapter à nous, C'est à nous de s'adapter à eux. La société a évolué, et nos organisations doivent évoluer. On doit offrir une bonne qualité de vie au travail.

5. Les causes évoquées se retrouvent elles dans toute la structure ou est-ce que vous voyez des spécificités liées à certains services

« C'est très variable sur certaines causes, on peut avoir un impact et d'autres on ne peut pas

avoir d'impact. L'hôpital est une ville, une société où les gens sont malades, à partir du moment, où ils sont malades, c'est logique qu'ils s'arrêtent. (exple : épidémie de grippe). Il y a plus de femmes qui travaillent dans le service avec les arrêts enfants. Sauf que ces absences, ça s'anticipe, et ça s'organise. L'impact sur les services à haute tension comme les nôtres peut être majeur. De la même manière, il y a plus de congés maternités puisque je recrute aujourd'hui 3 femmes pour un homme ; il y a plus de femmes en étude de médecine que d'homme. »

6. Selon vous, les réformes hospitalières ont elles eu un effet sur l'absentéisme ?

« Elles l'aggravent. L'hôpital c'est beaucoup de choses, aujourd'hui la maîtrise économiques des dépenses hospitalières nous conduit à des déséquilibres instables ou dangereux. On n'est pas en pleine santé financière. Et la ressource humaine en soi est donc mesurée. Dans certains services, les départs en retraites ne sont pas remplacées. Au CHU de Lille, Urgences et Réanimation, tout départ à la retraite est remplacée, il y a une attention particulière pour les services à haute technicité.

Par contre, pour certains services, ce sont certaines organisations qui pèsent sur d'autres, exemple : aujourd'hui, on favorise l'ambulatoire, on va diminuer des lits disponibles d'hospitalisation. Si il y a moins de lits, il y a moins de lits pour accueillir des urgences, il y aura donc plus de patients qui attendront au urgences dans l'attente d'un lit. Cette attente, cet inconfort pour les patients, et un climat de tension va être très pesant pour les soignants. Ils ont raison de manifester, parce qu'à un certain moment on est dans des situations d'indignité pour les prises en charge, et on les fait attendre très longtemps sur des brancards, et ils le vivent très mal, car ce sont les valeurs de soignantes qui sont remises en causes, et cela peut aller jusqu'à des troubles de santé.

La réforme hospitalière a été trop économique et pas assez axée sur le soin, et il va falloir corriger car le système de santé en France n'est pas en pleine forme. La T2A est responsable de la dégradation de la qualité des soins dans les hôpitaux. Par contre le budget global avait aussi connu ses limites, à donner de l'argent aux hôpitaux sans comprendre ce qu'ils faisaient. La course à l'activité c'est pas une bonne chose, car à un moment donné l'activité diminue, et s'arrête dans plein de secteurs hospitaliers privé et public.

Il y a 2 logiques qui sont en train de s'affronter, une logique économique dure et une logique médicale dure, il faut trouver une logique médico économique, c'est pourquoi il faut s'affranchir d'une partie de la T2A, en garder un pourcentage raisonnable et revenir un mode de financement de l'hôpital, on parle de mode de financement partagé, financement par parcours de soins, la T2A nous a conduit dans le mur, car c'est une course effrénée à l'activité, et une activité qui n'est pas toujours au RDV, et qui peut même culpabiliser les équipes »

7. Pensez vous que le style de management peut avoir un effet sur ce phénomène ? Si oui, comment ?

« Bien sûr. Ceux qui sont essentiels sont les cadres de proximité. Le management de proximité est majeur, il faut être proche du personnel il faut discuter avec lui, être avec lui, Il y a quelque chose qui est complexe c'est trouver le temps de se réunir, parce que tout cela ne peut marcher que si il y a un projet partagé. Projet d'établissement, projet médical, projet soignant.

THÈME : LES LEVIERS POUR LUTTER CONTRE L'ABSENTEISME

8. Quels sont les leviers mobilisés par votre service pour lutter contre l'absentéisme ?

« Je crois que de toute manière que l'hôpital ait une réflexion sur les conditions de travail et la

QVT et en faire un objectif national. Dès lors qu'on affichera une volonté clairement, une possibilité d'améliorer les conditions de vie au travail de nos collaborateurs, les choses vont changer. »

9. Quelle est votre vision sur le rôle des managers intermédiaires ?

«Le management de proximité est essentiel, mais encore faut il que nos cadres aient le temps. Quand vous avez des cadres qui passent 80% de leur temps à réaliser des plannings c'est absolument désolant. Les cadres de proximité vivent des choses très dures, ils perdent leur valeur, un cadre peut gagner moins qu'un soignant. J'ai des cadres qui gagnent moins que les IADE, et qui font plus d'heures qu'eux. Quand ils partent dans cette volonté de manager, avec des projets d'accompagnement, des progrès d'évolution parfois même des projets de recherche, ils font des planning, ils sont désabusés.

Ils sont dans des situations d'interface très complexe entre le personnel et le service RH, ou la coordination générale des soins. »

10. Nos structures de soin sont caractérisées par des conditions de travail difficiles inhérentes au métier, or de nombreuses recherches établissent un lien entre conditions de travail et absentéisme, en tant que Chef de Pôle, quel est votre regard ? Est-ce que vous avez un plan d'action spécifique sur les conditions de travail ?

« Les absentéismes liés aux conditions de travail, la charge de travail ? Les horaires inadaptés ? Organisation interne ? C'est une responsabilité organisationnelle.

Autant nous n'avons pas d'impact sur les absences liées aux maladies et au grossesse, mais on doit travailler sur les conditions de travail pour limiter l'absentéisme lié à ça. L'absentéisme lié aux conditions de travail, on ne peut pas considérer cela de normal. Avant de juger les personnes absentes, on doit se poser les questions, pourquoi elles sont absentes. C'est une fois qu'une analyse sera faite, et qu'on pourra tirer des conclusions qu'on pourra juger si certains exagèrent.

Les conditions se sont dégradées depuis ces 10 dernières années. Cela dépend des services, mais les urgences sont en tête de gondole. Il faut être claire, l'activité hospitalière a doublé en 10 ans, parce que notre environnement est totalement transformé. Il y a une plus grande exigence, une médecine de proximité moins présente, profils de patients ont changé, et les exigences ont changé. Les gens se rendent directement aux urgences, ou appellent le SAMU. Personne n'avait prévu cette évolution, ce doublement d'activité. Même si il y a eu des efforts, aujourd'hui toutes ces organisations de médecine sont en sous effectif par rapport à cette augmentation d'activité, et ce n'est pas que le personnel, mais aussi les locaux, quand le service d'urgence est prévu pour un certain volume de personnes, puis tout à coup, ils ont pris 30%, les conditions de travail ne peuvent pas être bonnes.

Pour les personnes qui sont en situation de responsabilité comme chef de pôle, ou les cadres supérieurs de santé. Il est hors de question de considérer que l'absentéisme soit normal. Donc on va se réunir entre nous, et comprendre ce qui s'est passé par rapport à ce taux d'absentéisme, et ne pas hésiter à demander un regard extérieur, moi ça ne me dérange pas. A un moment, on finit par ne plus voir ce qu'il s'y passe dedans. Peut être des psychologues spécialisés dans les conditions de travail, peut être des cadres de santé extérieurs au travail, avoir une analyse extérieure des risques psycho sociaux au travail. »

11. Avez vous une stratégie différenciée suivant le type de personnel ?

« Parfois les bonnes idées viennent du personnel lui même, et après on peut avoir des ressources extérieures. Comme par exemple des choses anodines....Les fauteuils ne sont pas changés depuis 20 ans, donc on dit qu'on doit avoir des fauteuils. C'est compliqué. J'ai la possibilité de changer 3 par an. Parfois on coince sur des équilibres budgétaires.

Mes problèmes RH ont toujours été entendus, par contre le délai de traitement de ma demande il peut se passer un délai assez long, parce qu'il va y avoir une analyse, des rapports. Entre le moment où on tire la sonnette d'alarme, il est déjà trop tard. Et la lourdeur de la machine hospitalière, ça peut durer 2 ans.

L'absentéisme n'est pas une fatalité, il ne sera jamais à 0, mais on pourra le réduire.

La DRH a une politique de lutte de l'absentéisme. Est ce qu'on peut séparer une réflexion le sujet de l'absentéisme avec celui du sujet sociétal ou global ?

On peut envisager une analyse externe, un audit psycho social auprès des personnes avec qui je travaille. Le simple fait de le faire, on est dans le même bateau, on est tous des acteurs de l'hôpital, il n'y a plus d'étiquette et ce qu'on veut c'est soigner les gens dans de bonnes conditions. Pour moi, ça a profondément changé dans ma façon d'être ou dans mon appréhension de ces difficultés, on n'a pas été éduqué comme ça dans notre gestion de l'hôpital ou de manager médical de grand pôle, c'est la compréhension de la qualité de vie au travail. Et aujourd'hui, il est inenvisageable de ne pas s'intéresser à la qualité de vie au travail. Et c'est vrai pour tout le monde, et c'est vrai pour les médecins.

Il y a quelques choses de très important, c'est la formation, il faut donner aux agents la possibilité de se former. L'intérêt c'est d'être content de venir travailler le matin, et ne pas venir avec des pieds de plomb, si on vient avec des pieds de plomb, à un moment donné, les pieds seront tellement lourds, qu'ils ne viendront plus, et seront absents. »

ANNEXE V: ENTRETIEN AVEC LE CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ INSTITUT CŒUR POUMON - CHU LILLE

CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ DE PÔLE
Entretien réalisé le 24 Mai 2019 Durée : 45mn

Cadre et objectif de l'entretien :

Dans le cadre de mon Master 2 en Management Sectoriel des établissements de santé à ILIS (Institut Lillois D'Ingénierie de la Santé), je réalise un travail de fin d'étude sur la thématique du management intermédiaire face à l'absentéisme du personnel soignant avec pour problématique « En quoi le management intermédiaire peut-il contribuer à la diminution de l'absentéisme ? ». L'objectif de cette rencontre est donc de recueillir le point de vue des acteurs de terrain sur cette problématique.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire.

L'entretien sera rendu anonyme et associé uniquement à une fonction et à un établissement

THEME : PERCEPTION DE L'ABSENTÉISME

1. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion d'absentéisme ?

« Le taux d'absentéisme est autour de 10,5%. Plusieurs choses sont à l'origine : l'équipe par elle-même, si la personne est ancienne dans le service, est-ce qu'elle est encore adaptée au poste ? Les absences inopinées sont les absences qui impactent le plus, notamment le vendredi. Et quand on creuse un peu, elles ont demandé leur week-end qu'elles n'ont pas eu. Le rapport avec l'absentéisme est particulier. On n'a pas à juger de l'absentéisme, puisque c'est une décision médicale. Maintenant, il y a des médecins plus conciliants, et en parallèle, les agents le savent »

2. Voyez-vous une évolution de l'absentéisme depuis 10 ans, si oui, quelles sont les raisons ?

« L'hôpital évolue, et les équipes ne sont pas préparées à cette évolution, et elles ont des difficultés, elles ne se retrouvent pas dans leur fonction d'IDE, ni de fonction d'AS, et du coup se retrouvent dans des situations de BURN OUT. Toutefois, il y a une phase de transition, où quand il y a un mal-être, ils demandent à passer de nuit. La nuit leur permet d'avoir une relation directe avec le patient, en revanche physiquement c'est tout de même difficile. La notion de travail a changé, on n'a plus la notion de l'importance de son rôle dans son organisation. La notion de ne plus faire le même métier toute sa vie, d'où une implication différente. »

3. Existe-t-il des métiers dans la structure qui vous semblent davantage concernés par la problématique de l'absentéisme ?

« Les agents hospitaliers avec un environnement et l'ambiance sociale mauvaise, il y a beaucoup d'absentéisme. »

THEME : CAUSES ET CONSÉQUENCES DE L'ABSENTÉISME

4. Quelles sont selon vous les causes et conséquences principales de l'absentéisme dans votre structure ?

« Le rapport au travail a changé. Si on prend nos étudiants infirmiers, quand ils viennent, et qu'ils voient la relation entre les soignants et la cadre, ils perçoivent que les agents s'arrêtent facilement après des tensions, et bien l'étudiant aura le même modèle dans sa vie future professionnelle, c'est un effet miroir. On s'arrête plus facilement. Même en étant étudiant, ils

s'arrêtent plus facilement. La notion d'arrêt de travail devient naturel, et est reproduit beaucoup plus facilement.

Ensuite, il y a des causes physiques. A l'époque il n'y avait pas beaucoup d'infirmières âgées, elles se mariaient, avaient des enfants et pouvaient arrêter de travailler du fait qu'elles bénéficiaient de bonification pour la retraite. Maintenant, il y a plus d'infirmières âgées, et c'est un métier fatigant. Enfin, quand on change l'organisation, l'absentéisme est plus important. Exemple : fusion d'équipe d'ASQ sur le pôle. Ou lorsqu'ils deviennent titulaires, il y a une plus grande part d'absentéisme. Chaque absence retarde la titularisation. Il y a donc moins d'absence chez les stagiaires.

L'absentéisme est devenu un outil de protestation ? Aussi ! Puis il y a la sécurité de l'emploi, avec le maintien de salaire. On les revoit après 3 ans.

Carence 1 journée. Dés bénéfiques de cette carence au départ. Maintenant on a vu augmenter les arrêts longs et les AT (pas de carences). Ça n'a rien changé au final cette carence. Et La prime d'assiduité ; les personnes absentes ne la touche pas.

Les congés non accordés, les agents peuvent se mettre en arrêt. Il y a aussi La rationalité. « On pense d'abord à soi », « ce que les autres peuvent m'apporter », le manque de cohésion de groupe. »

5. les causes évoquées se retrouvent elles dans toute la structure ou est-ce que vous voyez des spécificités liées à certains services

« L'absentéisme fluctue selon les services. Selon l'ambiance du secteur, si il y a conflit médical, paramédical. Les bloc opératoires, l'absentéisme y est plus faible, parce qu'il y a de l'intérêt, la réanimation, c'est pareil. Les services de réanimation CCV, les IDE se fatiguent vite et changent vite de service ou prennent des dispos pour exercer une activité libérale, »

6. Selon vous, les réformes hospitalières ont elles eu un effet sur l'absentéisme ?

« Non je ne pense pas, La cadre de santé au quotidien ne ressent pas la tarification à l'acte. Au CHU, on n'a pas ce mode de fonctionnement avec les cadres comparé au privé. »

7. Pensez vous que le style de management peut avoir un effet sur ce phénomène ? Si oui, comment ?

« La relation entre le manager et le managé est très importante. Réussir à faire équipe est très importante, on s'entraide. Un secteur d'anciennes soignantes, très famille, très experte, la cadre a des difficultés à s'intégrer. L'équipe est tolérante par rapport à l'absentéisme de l'une d'elle. L'autre équipe, mauvaise ambiance, pas d'entraide, énormément d'absence. Pas de solidarité. Mais aussi changement récurrent de manager. »

THÈME : LES LEVIERS POUR LUTTER CONTRE L'ABSENTEISME

8. Quels sont les leviers mobilisés par votre service pour lutter contre l'absentéisme ?

« REDONNER DU SENS, c'est une des actions de la cadre de santé. L'ambiance sociale est un levier contre l'absentéisme, comment peut on les développer la cohésion ? On parle de QVT (Qualité de Vie au Travail), par contre la pénibilité est inhérente à notre métier (on travaille le week end, on travaille la nuit...) »

9. Quelle est votre vision sur le rôle des managers intermédiaires ?

« Elles sont polluées par l'absentéisme au quotidien. »

Ont elles conscience de leur influence sur leur équipe ? C'est plus mon rôle de cadre supérieur de santé, de valoriser leur travail, et d'essayer de comprendre leurs difficultés. L'équipe est ce qu'on a fait, comment on la motive, chacun a sa place dans une équipe. Le manager ignore son influence. L'esprit d'équipe est impulsé par la personnalité de la cadre de santé. Il faut redonner du sens, que chacun se sente indispensable à l'autre.

La cadre ne fait pas tout. Réussir à faire équipe ça aide, on se soutient.

La suppression du concours à l'IFSI est inquiétante. Les nouvelles IDE sortent de l'école ne sont pas vraiment formées. On est obligé de les former à la sortie dans les services de réa. (au lieu de 6 semaines, on les forme pendant 8 semaines).

Les jeunes IDE ont des difficultés à s'organiser, à alerter les médecins. Ce n'est pas juste des gestes techniques.

On commence à voir de l'absentéisme chez les managers aussi. Les managers ne sont pas remplacés.

Les « Faisant Fonction », par exemple, ils partent en préparation au concours, puis ont une l'année de formation de cadres. Ils reviennent, et on les remet dans les secteurs à gérer des horaires, des plannings, à faire des commandes. Il y a un décalage entre ce qu'ils ont vu dans leur formation et la réalité du terrain. Car finalement le travail de manager n'a pas changé, les mettre dans les modes de projet, c'est compliqué.

Comment valoriser le travail des managers ? Redonner sens aux managers, je leur donne beaucoup d'autonomie, notamment sur la gestion. Par exemple : gestion des étudiants, gérer les mensualités, gérer des indicateurs de qualité. »

10. Nos structures de soin sont caractérisées par des conditions de travail difficiles inhérentes au métier, or de nombreuses recherches établissent un lien entre conditions de travail et absentéisme, en tant que cadre supérieur de santé de pôle, quel est votre regard ? Est-ce que vous avez un plan d'action spécifique sur les conditions de travail ?

« Lors des recrutements, les jeunes IDE demandent de ne pas travailler le week end ni de nuit, il serait intéressant de sensibiliser sur les contraintes de notre métier dans les écoles infirmières. Idem pour les écoles aide soignant. Il y a de nombreuses reconversions professionnelles qui ne sont pas destinées à ce métier, mais par soucis de trouver du travail, vont s'orienter vers les soins. Quand ils sortent de leur formation, ils sont confrontés à cette cadence de travail »

11. Est-ce que vous avez une stratégie différenciée suivant le type de personnel ?

« Les cadres ont suffisamment d'autonomie pour la gestion de l'absentéisme. On a un budget de remplacement : un certain nombre de mensualité de remplacement au prorata de l'effectif de l'équipe, et des normes éventuelles et du pourcentage d'absentéisme. Je leur apprend à travailler ensemble, comment je peux m'organiser pour adapter le remplacement.

Avant on demandait du remplacement ou on fermait des lits. Maintenant, on doit se réorganiser avec le budget alloué. »

ANNEXE VI : SYNTHÈSE DES ENTRETIENS AVEC LES DIRECTRICES DE SOINS INFIRMIERS DU GROUPE RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ

DIRECTRICE DES SOINS INFIRMIERS

Entretiens réalisés entre le 20 Mai et le 22 Mai 2019

Durée moyenne : 30mn

Cadre et objectif de l'entretien :

Dans le cadre de mon Master 2 en Management Sectoriel des établissements de santé à ILIS (Institut Lillois D'Ingénierie de la Santé), je réalise un travail de fin d'étude sur la thématique du management intermédiaire face à l'absentéisme du personnel soignant avec pour problématique « En quoi le management intermédiaire peut-il contribuer à la diminution de l'absentéisme ? ». L'objectif de cette rencontre est donc de recueillir le point de vue des acteurs de terrain sur cette problématique.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire.

L'entretien sera rendu anonyme et associé uniquement à une fonction et à un établissement

THEME : PERCEPTION DE L'ABSENTÉISME

1. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion d'absentéisme ?

DSI 1 : « Les absentéismes répétés ou chroniques chez un même collaborateur peut traduire une perte de motivation et un mal être. Nous avons 6% d'absentéisme chez nous. »

DSI 2 : « Depuis 2 ou 3 ans, un accroissement de l'absentéisme. Le taux chez nous est de 6,8%, ce n'est pas si élevé par rapport au taux national. Cela demande une énergie incroyable de trouver des solutions, et j'ai l'impression que cela occupe notre job entièrement, le fait de rechercher des remplacements. De plus en plus d'absence inopinée, on est de plus en plus confrontée aux absences inopinées ». L'absence inopinée est la plus désorganisant. Même si ce n'est pas la majorité des absences. Jamais de remplacement 1 pour 1, même pour l'anticipation. Par contre, il y a des services où il n'y a pas le choix de remplacement 1 pour 1 quand il s'agit d'une petite unité, comme l'oncologie, l'addictologie »

DSI 3 : « Difficulté du quotidien, absentéisme grandissant, par perte de vocation ? Nouvelle génération ? un absentéisme pas systématiquement lié à des pathologies ou maladie professionnelle. Dans le privé, il y a une carence de 3 jours. On a un absentéisme comparable dans le public privé, mais on a une gestion différente. L'absentéisme a un impact, toutefois, nous ne finançons pas l'absentéisme, puisque c'est la sécurité sociale qui paye les indemnités journalières »

2. Voyez vous une évolution de l'absentéisme depuis 10 ans, si oui quelles sont les raisons ?

DSI 1 : « Oui une évolution pour les postes à pénibilité, les agents de stérilisations, les ASH, et les AS, et les agents techniques. Moins d'absence chez les IDE. »

DSI 2 : « Il y a une évolution du métier, toutefois en étant sage femme, la traçabilité a toujours été au cœur de nos métiers. Les problèmes médico légaux ont toujours existé, donc il y a une évidence. »

DSI 3 : « Les gens ont moins de scrupules qu'avant à être absents, voire limite du chantage, si je n'ai pas ce que je veux, je m'absente. On a peu d'arrêt long. On a plus d'arrêts inopinés. Les arrêts de longues durées, ce sont les arrêts avant la maternité. Pour le long arrêt, on peut

prévoir un CDD, tandis que l'absentéisme perlé ne peut pas être prévu, d'où la création du pool de remplacement. Maintenant on est dans un management motivationnel, on se rend compte, on avait plus la vocation, et l'esprit d'équipe. Aujourd'hui, on est plus individualiste pour être collectif.

Un aspect générationnel, une société individualiste, on vient travailler pour vivre, et non l'inverse. Il y a moins de scrupules. »

3. Existe t-il qu'il des métiers dans la structure qui vous semblent davantage concernés par la problématique de l'absentéisme ?

DSI 1 : « *A partir de 48 à 52 ans, ce sont des collaborateurs qui ont commencé très jeunes sans qualification particulière, il y a une lassitude. Problème physique. »*

DSI 2 : « *A l'inverse il y a un service où il n'y a jamais d'absence. Une prise en charge spécifique, avec une équipe très solidaire, une mini-entreprise au sein de l'entreprise. Quand les collaborateurs ont conscience de la difficulté de remplacement, il y a moins d'absences. L'absence peut entraîner de l'absence. Aujourd'hui, il y a un cadre de santé »*

DSI 3 : « *Absence plutôt homogène ».*

THEME : CAUSES ET CONSEQUENCES DE L'ABSENTÉISME

4. Quelles sont selon les causes et conséquences principales de l'absentéisme dans votre structure ?

DSI 1 : « *Absences inopinées qui désorganisent. Ce n'est pas la majorité, car ce sont les enfants malades. Pas de phénomènes boules de neige.*

Stérilisation : des collaborateurs de plus de 50 ans, aménagement au travail. Problèmes familiaux associés au travail. »

DSI 2 : « *Cet absentéisme est répandu dans tous les secteurs, même dans les autres secteurs industriels. Il s'agit plutôt lié à un aspect générationnel même si on ne doit pas généraliser, notamment chez les jeunes embauchés, auparavant, les personnes n'appelaient pas le vendredi soir pour ne pas venir travailler le week-end. Aujourd'hui, on est confronté à un absentéisme inopiné de fin de semaine. Identique pour toutes les catégories professionnelles, il y a moins d'engagement dans le métier. Il y a moins d'implication, il y a moins de notion d'entreprise. Ils intègrent un groupe et non d'appartenance à une structure. »*

DSI 3 : « *Une charge de soins importante avec des moyens réduits, ce qui cause une pression supplémentaire. On demande beaucoup de tâches à un soignant dans un temps réduit. Sentiment de moins passer de temps auprès des patients, sentiment d'un travail moins accompli donc les conditions de travail ont changé. Elles doivent s'adapter en permanence aux évolutions de l'hôpital. »*

5. Les causes évoquées se retrouvent elles dans toute la structure ou est-ce que vous voyez des spécificités liées à certains services

DSI 1 : « *ça dépend de nombreux facteurs : comme la relation avec le travail, et son éducation. Des jeunes très motivés, toujours présents.*

Principales difficultés : pas d'engagement avant l'intégration de l'entreprise. Si il y a mieux ailleurs, on va ailleurs. Parfois les contrats ne sont pas honorés. Ils connaissent davantage les aspects juridiques. »

DSI 2 : « Ce qui est ressenti, c'est la non implication des salariés. Les personnes qui n'honorent pas les contrats signés. Et les RDV de recrutement ne sont pas toujours honorés par les personnes, même si il n'y a pas multitudes de postes.

On recrute maintenant par les réseaux sociaux et non par candidatures spontanées.

C'est l'entreprise qui doit aller vers les collaborateurs.

Transformations des outils de recrutement et de communication. Il y a une évolution du métier, toutefois en étant sage femme, la traçabilité a toujours été au cœur de nos métiers. Les problèmes médico légaux ont toujours existé, donc il y a toujours une évidence. »

DSI 3 : « Pas particulièrement »

6. Selon vous, les réformes hospitalières ont elles eu un effet sur l'absentéisme ?

DSI 1 : « Pas dans le privé, les collaborateurs sont loin des réformes. Au niveau organisation, il n'y a pas de grands changements. Il y a de l'optimisation depuis très longtemps. »

DSI 2 : « Je ne sais pas si c'est lié aux réformes hospitalières. Je n'ai pas l'impression. »

DSI 3 : « Non pas vraiment d'incidence sur les soignants, ils sont loin de tout ça. Les organisations ont été modifiées puisque nous cherchons à optimiser nos prises en charge. L'attribuer directement non. »

7. Pensez vous que le style de management peut avoir un effet sur ce phénomène ? Si oui, comment ?

DSI 1 : « J'en suis persuadée, l'écoute et l'empathie. On ne peut pas ignorer les problématiques de ses collaborateurs. Quand ils se sentent écoutés, se sentent compris, ça prend une autre dimension, et on peut constater qu'il y a moins d'arrêt.

La cadre est en première ligne mais on doit être en support. Une problématique quotidienne.

Le remplacement : 1 pour 1 systématique sauf en cas de baisse d'activité.

Politique de fidélisation, par le « donnant-donnant », prolonger des CDD, et en contre partie ils restent pour l'été, en leur donnant des jours de récupération et accéder à leur demande. S'intéresser aux CDD, de leur satisfaction au travail, les remercier.

Le fait d'être sur le terrain, favorise le présentéisme. Le côté relationnel, la dimension humaine, et la sincérité sont des éléments très importants. »

DSI 2 : « Oui, manager est un des métiers les plus difficiles car il faut s'adapter en permanence. Pour moi, un bon manager est celui qui s'adapte le mieux. Pourquoi ? Parce qu'il va devoir s'adapter à la personne qu'il a en face de lui, il peut avoir plusieurs générations dans son équipe. Et faire travailler une AS de 50 ans avec une IDE de 25 ans, il faut avoir le bon discours, c'est créer aussi une ambiance dans le service. On leur demande de tenir un budget, adapter l'effectif à la charge de travail, tout en expliquant à l'équipe d'atteindre l'objectif du budget. Les jeunes soignants n'ont vu que ce format, ils n'ont connu que ce genre d'organisation, tandis que les anciens soignants vont moins s'adapter, donc les collaborateurs plus anciens vont avoir plus difficultés. »

DSI 3 : « Un management participatif et collaboratif, un management « donnant-donnant », c'est aussi prendre en comptes leur avis, de les écouter. Les impliquer dans les projets, au quotidien,

montrer qu'on leur porte de l'attention, la reconnaissance c'est aussi de la part de la N+1, et N+2. Le fait de passer les voir, cela amène une sorte de reconnaissance, leur accorder une importance individuelle. Les cadres ont aussi besoin de ça »

THÈME : LES LEVIERS POUR LUTTER CONTRE L'ABSENTEISME

8. Quels sont les leviers mobilisés par votre service pour lutter contre l'absentéisme ?

DSI 1 : « *Évaluation Médecin du travail pour la pénibilité au travail, aménagement ergonomique. Actions ponctuelles au cas par cas, des travaux d'aménagement, des matériels, pour faciliter le poste de travail.*

La chaîne de travail est étudiée par les ergonomes du travail, qui ont décortiqué toutes les séquences du travail du collaborateurs, et zooment sur les zones problématiques.

L'autre facteur est l'ambiance sociale. Quand on prend en compte les problématiques du collaborateur, il se sent écouté, se sent compris, et travailler ce qui est possible de faire. Quand il y a de la considération sur ce que le collaborateur dit et vit, il y a moins d'arrêt. »

DSI 2 : « *La QVT. Et à la clinique, il y a pas mal d'évènements créés par le Comité d'Entreprise, un bon self, une terrasse, une convivialité. Les gens viennent prendre le café. Le CE est très actif. Ça fait parti des leviers. L'isolement des collaborateurs est de plus en plus prononcé, du fait de cloisonnement, des minis services, le fait d'avoir des sorties entre le personnel, cela resserre le lien. Les interactions inter services sont essentielles.*

DSI 3 : « *On peut envisager les entretiens de retour, ce qui n'est pas fait. En tant que DSI, je propose un temps de discussion «un temps pour tous», qui les amène à réfléchir sur les pratiques réflexives du management. »*

9. Quelle est votre vision sur le rôle des managers intermédiaires ?

DSI 1 : « *Chaque manager est le reflet de ce qu'il est avec son équipe. Des moments non officiels pour partager des moments. Le sentiment d'appartenance est très important, , il y a très peu de démissions et de mutations grâce à ce sentiment d'appartenance, c'est leur clinique. Prendre en considération les nouveaux arrivés, les « vis ma vie », une immersion totale. Le cadre est un pivot, la clé de voute, le socle. C'est fondamental. »*

DSI 2 : « *Le manager intermédiaire est le pivot central dans la relation avec les collaborateurs, avec les médecins, et les patients »*

DSI 3 : « *Le rôle de la cadre de santé c'est de gérer le quotidien, et d'anticiper tous les jours. Je les accompagne dans le quotidien. L'absentéisme pollue tellement le quotidien, que le cadre peut avoir des difficultés à prendre du recul. Ici, elles ont un outil de gestion pour mutualiser les besoins, et le personnel a une prime de remplacement, la prime au pied levé. »*

10. Nos structures de soin sont caractérisées par des conditions de travail difficiles inhérentes au métier, or de nombreuses recherches établissent un lien entre conditions de travail et absentéisme, quel est votre regard ? Est-ce que vous avez un plan d'action spécifique sur les conditions de travail

DSI 1 : « *La chaîne de travail est étudiée par les ergonomes du travail, qui ont décortiqué toutes les séquences du travail du collaborateurs, et zooment sur les zones problématiques. »*

DSI 2 : « Groupe de travail : QVT »

DSI 3 : « La démarche QVT déployée par le pôle. Les questionnaires à destination du personnel pour connaître leur avis sur les conditions de travail, et on a investi dans des nouveaux matériels. »

11. Avez vous une stratégie différenciée suivant le type de personnel ?

DSI 1 : « Remplacement, rappel des collaborateurs, primes au pied levé, les postes en heures supplémentaires. Stratégie par rapport à l'ambiance sociale. : Fêtes de fin d'année, galettes des rois, soirée annuelle avec tout le personnel. Un séminaire en 2018 sur la cohésion d'équipe et les techniques de management. Des repas, et verres ensemble, un moment calme, un repas à l'extérieur avec les cadres. Elles se parlent plus simplement. On ne parle pas forcément du travail, ça tisse des liens, et ça rapproche. Ça instaure une forme de bienveillance entre les managers. Je souhaite une équipe mature et savoir composer avec les différences de chacune. Savoir s'appuyer les uns sur les autres. Un effet de reproduction. »

DSI 2 : « Non pas de stratégie spécifique à part une vision globale. Je pense surtout qu'une DSI doit être tout à fait accessible.

On parle de bien être du manager : certains sont en grosses difficultés, ils ne peuvent pas bien manager si ils sont en difficulté. On organise des séminaires managers : présentation groupe QVT pour favoriser également une cohésion d'équipe. Reconnaître ses difficultés, c'est considérer comme une faiblesse, alors parfois c'est difficile de parler.

En revanche l'open space ne favorise pas les rencontres spontanées, la DSI va de ce fait sur le terrain. »

DSI 3 : « La démarche QVT, et TAKE CARE sont des projets en cours. Les cadres n'ont pas considéré ces démarches comme outil de leviers, et n'ont pas conscience de ces outils. Mais plus comme un projet supplémentaire. Être à l'écoute des cadres intermédiaires.

ANNEXE VII : ENTRETIEN DE LA DRH CHU LILLE

ENTRETIEN AVEC DRH DU SECTEUR PUBLIC

Entretien réalisé le 27 Mai 2019

Durée : 60 mn

Cadre et objectif de l'entretien :

Dans le cadre de mon Master 2 en Management Sectoriel des établissements de santé à ILIS (Institut Lillois D'Ingénierie de la Santé), je réalise un travail de fin d'étude sur la thématique du management intermédiaire face à l'absentéisme du personnel soignant avec pour problématique « En quoi le management intermédiaire peut-il contribuer à la diminution de l'absentéisme ? ». L'objectif de cette rencontre est donc de recueillir le regard d'un acteur de terrain sur cette problématique.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire.

L'entretien sera rendu anonyme et associé uniquement à une fonction et à un établissement

THEME : PERCEPTION DE L'ABSENTÉISME

1. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion d'absentéisme ?

« 10% d'absentéisme (maladie ordinaire, CLM, CLD, AT/MP, Maternité)

Les formations, les récupérations et les congés ne sont pas compris dans le calcul (démarche d'incitation à la formation, un pool de remplacement alloué pour les personnes absentes pour la formation). Nous avons 16000 salariés au CHU dont 3000 médicaux. 10 % absentéisme sur les 13000 du personnel non médical.

Un arrêt maladie peut aussi être une stratégie de fuite, par rapport à son travail.

Il peut y avoir un effet de contagion/ effet miroir de l'absentéisme. Cela peut être inconscient ou conscient. Parfois certains agents s'arrangent et se distribuent les jours d'absences.

Que peut faire la cadre de santé dans cette situation ? → Moyens d'actions limités, c'est une psychologie, ce sera plus une action disciplinaire si on sent que ce n'est pas justifié, quand il n'y a pas de justificatifs (retenue sur salaire..) »

2. Voyez vous une évolution de l'absentéisme depuis 10 ans, si oui quelles sont les raisons ?

« Dans le public, depuis l'instauration du jour de carence, cela favorise les longs arrêts. La tendance est la transformation des arrêts de maladies ordinaires en AT, comme ça pas de carence. Comportement biaisé.

Pour une maladie ordinaire, j'ai pas de motif d'arrêt, tandis que pour un AT j'ai le motif il faut donc des faits. Celui qui souffre d'un « coup » qu'on déclarait auparavant en maladie ordinaire, aura tendance à le déclarer en AT, cela reste toutefois marginal. En revanche, ça a favorisé les arrêts de longues durées. On a une diminution des arrêts de courtes durées, et une augmentation des arrêts de longues durées.

Il y a également une augmentation, voire une « explosion » de temps partiel thérapeutique, suite au changement de la réglementation.

Le salarié touche la totalité de leur salaire, payé par l'hôpital pour les titulaires. En maladie ordinaire, ils sont payés à 100% pendant les 90 jours de l'arrêt.

Les jours suivants, on est payé à demi traitement (50%) + la compensation pour faire 100 % par la CGOS pendant 5 mois. Il y a un effet d'opportunisme.

Par contre, la sécurité de l'emploi ne joue pas sur l'absentéisme. »

3. Existe t-il qu'il des métiers dans la structure qui vous semblent davantage concernés par la problématique de l'absentéisme

C'est assez hétérogène, mais par exemple la blanchisserie (plus technique), la stérilisation (très bon outil de travail par contre une ambiance dégradée, une relation inter personnelle particulière, une relation à l'encadrement est particulière)

THEME : CAUSES ET CONSEQUENCES DE L'ABSENTÉISME

4. Quelles sont selon vous les causes et les conséquences de l'absentéisme dans votre structure ?

« Pour les causes des maladies ordinaires, l'analyse est quantitative.

Les AT, il n'y a pas de sujet, c'est lié au travail.

L'absentéisme n'est pas lié à une seule cause. Le manager peut accompagner la transition auprès des équipes, et c'est la meilleure façon de faire les choses. Pour cela, il lui faut des outils, il faut qu'ils connaissent les outils pour la gestion de l'absentéisme → Démarche PRESENTEISME »

5. Les causes évoquées se retrouvent elles dans toute la structure ou est-ce que vous voyez des spécificités liées à certains services

« L'absentéisme n'est pas spécifique aux salariés les plus âgés, on a l'exemple de la maternité.

Il y a aussi la notion de génération et les valeurs du travail. Les valeurs et la relation au travail ont évolué par rapport à une génération plus jeune. Tout corps de métier confondu. (Directeur, médecin, soignants, administratifs), on a pas le même rapport au travail. Avant le travail était vraiment un élément socialisateur, un élément de fierté, l'appartenance à une entreprise. «On vivait pour travailler», Aujourd'hui, ce n'est plus cela, «On travaille pour vivre » et donc concrètement le travail n'est plus l'unique élément socialisateur, puisqu'il y a les réseaux sociaux, on a moins de relationnel au travail, et « je ne suis pas là, la vie continuera de tourner », ce n'est pas la même génération, la même approche au travail. L'absentéisme est devenu assez homogène, aussi bien chez les personnes plus âgées que chez les personnes plus jeunes.

On a aussi une population vieillissante où on va avoir des arrêts plus fréquents puisque le travail devient plus difficile physiquement. Exemple, les services intérieurs (ménage, hôtellerie, logistique), on n'adapte pas cependant la productivité en fonction de mon âge, qu'on ne tient pas forcément compte.

De ce fait, il serait intéressant de se demander si ce n'est pas en amont qu'on doit inculquer la notion et le rapport au travail ? Est ce que cela est bien de prendre des infirmières d'ancienne génération pour former les infirmières de nouvelles générations ?

On a un spleen permanent chez les soignants par la nostalgie de « l'avant », qui peut être très démotivant.

Les modifications des organisations ont surement bouleversé leurs perceptions du travail, toutefois, cette évolution a également permis de faire évoluer le métier et les conditions de travail. (Meilleurs dispositifs médicaux, Allègement du poids, et matériels plus ergonomiques, Stérilisation centralisée, flux qui part au labo, au lieu de se rendre à pied au labo.) «

6. Selon vous les réformes hospitalières ont elles eu un effet sur l'absentéisme ?

« Je ne sais pas si ça a changé les choses, peut être sur la cadence de prise en charge des

patients, càd, notre manière de soigner, puisque on est bien conscient qu'on va être payé selon le nombre d'actes, et du coup, on peut être amené à « raccourcir certaines choses ». On est passé à de l'optimisation de notre fonctionnement. Par conséquent, c'est faire plus en ayant le même temps, cela peut créer des conflits de valeurs pour certains soignants qui ont connu « l'ancien temps » et « le nouveau temps » « c'est pas comme ça qu'on soignait avant ». Concrètement, il y a un aspect financier pour la productivité, et on aura tendance à mettre cet élément comme responsable de tous les maux de ce qui ne va pas à l'hôpital. Je ne suis pas certaine que ce soit le seul élément. Je pense qu'il y avait déjà un absentéisme ancré avant la loi HPST et avant la T2A.

Toutefois, cela doit être compliqué pour les agents qui ont connu le avant et le après HPST. Il y a une profonde modification de la notion de prendre soin, cela crée des conflits de valeur. »

7. Pensez vous que le style de management peut avoir un effet sur ce phénomène ? Si oui, comment ?

« Le manager de proximité « doit être un pivot » C'est aussi un rôle ingrat d'interconnexion. Le prisme de l'absentéisme est différent pour le manager et le DRH. Car pour le manager, c'est « une épine dans le pied » au quotidien, et aura plus de difficulté à prendre du recul pour analyser. Le manager doit être aidé pour prendre du recul et trouver les actions. Il est directement impliqué. La vision de l'absentéisme est différente entre le cadre et la DRH ; car il est directement confronté/ concerné.

Exemple : changement de management suite au changement de manager// personnalité (paternaliste // manager plus distant). Choc pour les agents, fracture entre le management d'avant et le management d'après. Et comment accompagner le changement.

Le curseur du changement==> Le manager hérite l'histoire d'une équipe.

Autre exemple complètement indépendant du manager : Quand les agents d'une équipe ont une forte personnalité, font leur loi, cela génère une crainte dans l'équipe. Le rôle du manager est de repérer ces agents « caïd » et d'arriver à mettre de l'équité et instaurer son autorité. »

THÈME : LES LEVIERS POUR LUTTER CONTRE L'ABSENTEISME

8. Quels sont les leviers mobilisés par votre service pour lutter contre l'absentéisme ?

« Démarche PRESENTEISME / PLAN PRÉSENTÉISME (« plus spécifique à certains secteurs) Grâce aux systèmes d'information et d'analyses fines, dans les secteurs où on avait un pic d'absentéisme, et dans les secteurs où ils étaient partants pour travailler dessus, on met en place un accompagnement. On a d'abord diffusé un questionnaire auprès des agents avec des questions très différentes sur leur relation de travail, les conditions de travail afin de cartographier cet absentéisme

pour identifier correctement les causes. (dans tous les secteurs (administratif/ soins/ techniques) Ensuite, on fait un retour à l'encadrement de proximité et encadrement supérieur, puis on partage un plan d'action avec les représentants syndicaux, et les agents, et on travaille par groupe de travail pour identifier les actions à mettre en place, pour ensuite les décliner sur le terrain.

Actions plus transversales (sur l'ensemble des agents, soignants médicaux et paramédicaux administratifs)

Exemple : La Maternité.

La maternité est un très bon moment. C'est plutôt positif. Néanmoins, on se rend compte au CHU qu'avant que l'agent parte en congé maternité, il est fréquent de voir les agents en arrêt

maternité avant congé de mater. Les cadres disent « elles sont tout le temps en arrêt avant leur congé mater, de mon temps ce n'était pas comme ça » parole de cadres d'ancienne génération. Le fait que ce soit un fait remonté par de nombreux cadres, il a été décidé de cartographier → sur 3 ans, on a pris toutes les salariées qui ont eu une grossesse, qui ont accouché d'un enfant né vivant et viable, et on a analysé leur absentéisme, si on avait avant le congé maternité. Elles étaient 4 fois plus absentes qu'un agent lambda. Concrètement elles étaient absentes 70 jours avant leur congé maternité alors qu'en moyenne l'absence par agent est de 19 jours par an.

L'absentéisme augmente au moment de l'annonce de la grossesse à quelques semaines près. Et l'agent ne revient pas du tout et part en congé maternité. De telle sorte qu'un cadre de santé peut avoir un agent qui est en arrêt maternité, puis congé maternité, ne revient qu'un an plus tard. (entre l'arrêt avant mater, le congé mater, solde des congés post maternité)

On veut savoir pourquoi, et concrètement on a fait un questionnaire totalement anonyme à toutes ces femmes pour savoir qu'est ce qui a pu générer leur absentéisme. Le but n'étant pas d'incriminer, mais de comprendre sur les différents étapes de la grossesse, qu'est ce qui aurait pu les aider ou les désavantager.

L'annonce de la grossesse : lorsque l'agent annonce la grossesse, le manager qui répond « ça ne m'arrange pas » -> c'est pas très facilitant, à l'inverse le cadre enjoué « c'est super » et aménage tellement les conditions de travail que l'agent ne fait plus rien, donc sensation d'iniquité des collègues, qui peut engendrer des tensions entre collègues »

L'aspect psychologique : On accompagne des patientes, des futures mamans qu'on va accompagner sur les difficultés de la grossesse, de bien vivre sa grossesse, et pourquoi on n'accompagne pas nos soignants ? Nos agents peuvent également mal vivre leur grossesse, soit parce que ce n'est pas attendu ou voulu, soit une charge familiale conséquente.

L'alternance des postes, jour/ nuit. Les heures de maternité peuvent être cumulées selon bon vouloir de la cadre. L'heure de grossesse est sensée être prise en début ou fin de poste. Les cadres de santé ne savent pas forcément qu'elles ont cette possibilité/flexibilité.

Puis encore ma tenue est elle adaptée durant ma grossesse ? en civil, j'ai une tenue de grossesse/ ceinture de grossesse plus confortable. Ma tenue professionnelle reste la même, si ce n'est que de changer de taille de pantalon. Travailler sur des tenues adaptées à la grossesse, avec une ceinture de grossesse, compte tenue de la longue station debout, ce sont des actions auxquelles nous pouvons travailler.

Les actions partent d'observation de terrains. Ce sont donc les agents qui nous font remonter les points positifs et les points négatifs par rapport à leur vécu pour élaborer un plan d'action, et le présenter ensuite au CHSCT et à l'équipe d'encadrement. → Pas encore de résultats de l'enquête « futures mamans » et d'actions (car on veut envoyer aussi ce questionnaire aux médecins femmes = salariées du CHU).

Démarche en partenariat avec l'ANACT et l'ARACT. (même démarche pour CH de Roubaix, Seclin, et de CH de Thuir dans le sud de la France) Cette démarche ne limite pas forcément l'absentéisme, nous en sommes bien conscients mais au moins ça permet de montrer qu'on prend en compte les salariés, et « réactiver » certaines règles qui peuvent être oubliées. La démarche est symbolique.»

9. Quelle est votre vision sur le rôle des managers intermédiaires ?

« On n'est pas là pour juger le management, on est là pour alerter la relation entre manager et managé, insuffisance dans la communication sur le sens au travail. Sentiment d'iniquité ?

Être alerté sur des situations individuelles. Exemple : l'agent va être absent si on ne fait rien, lié au management de proximité absent. Or il y a plusieurs cas dans le même service.

La façon de manager peut engendrer de l'absentéisme. Être alerté, c'est prévenir un arrêt.

Le Cadre supérieur doit alors intervenir sur l'encadrement

il y a une influence à plusieurs égards :

- **Prévention** : concrètement insuffler de bonnes relations de travail, donner du sens au travail, savoir reconnaître les personnes qui ont fait des efforts et les bons éléments, savoir sanctionner ceux qui ne respectent pas les règles en partenariat avec la DRH.
- **Prévention à la santé / Conditions de travail et risques professionnels** : s'assurer que mon agent ait bien ses équipements de protection individuelle, se rendre compte que le recrutement correspond bien au bon profil de poste et les impératifs du poste (taille 1m95 pour être ASH et balayer sous un lit). Alerter à la DRH l'état de santé de l'agent et alerter le médecin du travail, fatigue physique ou morale.
- **Gestion de l'absentéisme** : pas de remplacement 1/1. Pas de remplacement pour des arrêts de courtes durées. Le plus compliquée ce sont les absences inopinées. On expérimente une plateforme de remplacement où l'agent peut accepter des missions de courtes durées (quelques semaines à quelques mois), une bourse de remplacement → Le pool de remplacement, délégué au pool. Chaque pool a une enveloppe de remplacement en fonction du taux de l'année précédente et par métier, et c'est géré par la cadre supérieure avec une autonomie totale (nouvelle réforme), auparavant c'était le service RH qui gérait les budgets de remplacements.
En plus on a une équipe commune de remplacement gérée par la DSI, des missions longues.

Le fait de remplacer 1/1 n'est pas non plus la solution idéale, car l'absence attire l'absence, et le fait de pouvoir remplacer systématiquement, favorise l'absentéisme. Et cela cache les éléments profonds de l'absentéisme.

Le fait de ne pas remplacer systématiquement permet aussi de se réinterroger ses pratiques. Doit-on tout le temps être à 100% ? Le fait de ne pas être jugeant sur l'absentéisme. S'interroger les raisons profondes de l'absentéisme, on peut aussi arriver à la fin de l'accompagnement, il faut sortir l'agent de son milieu difficile, un plan de maintien à l'emploi, travailler sur les capacités restantes. « Ne pas parler de bras cassé »

Insuffler aux cadres de proximité de ne pas être jugeant.

Accueillir un agent au retour d'arrêt par entretien de retour : Après 21 jours d'absence continue, ou 3 absences perlées sur un trimestre. Dans l'idéal, c'est qu'il y ait un entretien de retour, par contre ce n'est pas toujours systématique. On se rend compte des limites. On a lancé la dynamique. L'imposer serait contre productif.

Les managers s'arrêtent ? On commence à voir des arrêts suite à des relations difficiles avec leur hiérarchie ou leur équipe. Comment bien manager quand on se sent mal managé ?

Le Burn out peut aussi bien touché un agent comme un manager. Un manager est aussi un agent.

Il est aussi important de noter que l'agent doit aussi être responsable de son présentéisme. Le manager a des limites dans l'exercice de son métier de la lutte contre l'absentéisme. Il n'y a pas de management parfait, il est toujours teinté de la personnalité de la personne.

L'absentéisme c'est la vie, du 0% c'est pas le but en soi, en revanche, le limiter c'est un objectif. Des éléments sur lesquels je peux travailler : prévention, les plans de vaccinations, journées de QVT. »

10. Nos structures de soin sont caractérisées par des conditions de travail difficiles inhérentes au métier, or de nombreuses recherches établissent un lien entre conditions de travail et absentéisme, quel est votre regard ? Est-ce que vous avez un plan d'action spécifique sur les conditions de travail ?

« Mettre en place des approches avec des démarches sectorielles, repérer les secteurs les plus touchés par l'absentéisme, d'où la nécessité d'une approche pluridisciplinaire et des acteurs très différents. Le médecin du travail va participer à l'élaboration d'un questionnaire dans le cadre de repérage des risques psycho sociaux, dans lequel comporte des rubriques de risques liés au management.

Le repos prévient également de l'absentéisme. Je me sens écouté par mon encadrement ? Est ce que j'ai le sens de ce que je dois faire ? Je suis appuyé ? Soutenu ?

Les pôles reçoivent les indicateurs. Pour pouvoir gérer, ils ont besoin des indicateurs. Impact fort. Un tableau de bord qui reprend les corps de métier, selon les types d'absences.

Les cadres supérieurs le partagent et on voit l'évolution. Année -1 et le mois précédent.

On peut les absences visualiser sur le bilan social. On est « très fin » dans les indicateurs et les analyses. (Nombre de jours d'arrêts, les taux de gravité).

CLM, CLD = pas d'action de prévention, ou du moins difficile, car cela concerne davantage les maladies chroniques. (Cancer, maladie chronique, dépression). Un taux élevé de CLM/ CLD lié au profil de notre région, maladie cardiovasculaire, maladie chronique. Une petite fraction où on peut éventuellement envisager une action : notamment pour la dépression.

L'idéal, c'est que chaque secteur recherche ses propres actions spécifiques avec un plan de présentéisme. »

11. Avez vous une stratégie différenciée suivant le type de personnel ?

« Les axes d'action peuvent être transverses. D'autres doivent être bien spécifiques au service On va rechercher les causes, l'analyse quantitative est optimisée tandis que l'action est plus difficile à identifier. Chaque secteur génère son plan d'action. Le plus difficile est de générer une dynamique. »

ANNEXE VIII: ENTRETIEN D'UNE DRH DE L'HÔPITAL PRIVÉ RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ.

RESPONSABLE DES RESSOURCES HUMAINES

Entretien réalisé le 04 juin 2019

Durée : 25mn

Cadre et objectif de l'entretien :

Dans le cadre de mon Master 2 en Management Sectoriel des établissements de santé à ILIS (Institut Lillois D'Ingénierie de la Santé), je réalise un travail de fin d'étude sur la thématique du management intermédiaire face à l'absentéisme du personnel soignant avec pour problématique « En quoi le management intermédiaire peut-il contribuer à la diminution de l'absentéisme ? ». L'objectif de cette rencontre est donc de recueillir le regard d'un acteur de terrain sur cette problématique.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire.

L'entretien sera rendu anonyme et associé uniquement à une fonction et à un établissement

THEME : PERCEPTION DE L'ABSENTÉISME

1. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion d'absentéisme ?

« Les indicateurs pris en compte est le taux d'absentéisme, calculé tous les mois, et on regarde si il y a un turn over. La population (80%) principalement féminine, de ce fait, on exclut des calculs les maladies liées au congé maternité, on ne le considère pas comme un vrai versant de la maladie. On l'assimile dans le congé maternité. On ne peut pas jouer dessus même si on a des actions de prévention car psychologiquement, il y a des craintes.

Taux d'absentéisme 8% l'année dernière 7,8% La population bouge beaucoup, départ retraite remplacée par une population plus jeune qui va avoir des enfants.

Courte durée, de plus en plus de très courte durée, et délai de prévenance de plus en plus court. 3 jours de carence, ça ne stoppe pas les arrêts. A partir du 4eme jour, les indemnités sont versées par la sécurité sociale, et le système de prévoyance (cotisation patronale), qui prend le relai. Max 3ans d'indemnisation puis passage en invalidité. »

2. Voyez vous une évolution de l'absentéisme depuis 10 ans, si oui quelles sont les raisons ?

« Oui, l'absentéisme est plus facile, la personne va avoir moins de difficulté pour s'arrêter. On n'est plus dans cette génération où on est attaché à son travail, qui va aller au travail même quand ils sont malade. Aujourd'hui, on est dans une génération, qui va s'écouter davantage, car j'estime que l'employeur ne met pas les conditions adéquates pour travailler, je reste chez moi »

3. Existe t-il qu'il des métiers dans la structure qui vous semblent davantage concernés par la problématique de l'absentéisme

« Les IDE et ASQ de manière homogène »

THEME : CAUSES ET CONSEQUENCES DE L'ABSENTÉISME

4. Quelles sont selon vous les causes et les conséquences de l'absentéisme dans votre structure ?

« Aujourd'hui, la fonction RH devient de plus en plus administrative au vue des contraintes administratives et à faire des papiers. Le plan de déplacement, la mutuelle, on perd le pied dans les services, et le lien avec les services, on est contraint. perd ce lien.

On a une nouvelle génération de salariés comparativement à des anciens qui sont dévoués à

leur métier , l'entreprise est leur seconde maison, c'est pourquoi, ils vivent mal les situations quand quelque chose ne va pas dans l'établissement, ils ont à cœur que ça aille bien car ils l'ont assimilé l'entreprise comme une part d'eux. Ça a tendance à les ronger.

On a des salariés plus jeunes, et doivent se sentir bien au travail mais avec moins contraintes. Ils privilégient leur propre confort, ils privilégient le CDD au CDI, ils privilégient le choix de choisir le service dans lequel il veut. Le contrat n'est plus l'élément essentiel. Le jour où ils ne se sentent pas bien, ils partent.

A contrario avec la nouvelle génération, il y a plus de communication, via les réseaux sociaux, à venir au service RH pour exprimer leur avis. En revanche, le jour où quelque chose ne correspondra plus leur attente, ils vont partir, il y a moins d'attache. Une adaptabilité plus grande. »

5. Les causes évoquées se retrouvent elles dans toute la structure ou est-ce que vous voyez des spécificités liées à certains services

« Aspect générationnel, c'est global »

6. Selon vous les réformes hospitalières ont elles eu un effet sur l'absentéisme ?

Non, je n'ai pas vu d'impact sur l'absentéisme

7. Pensez vous que le style de management peut avoir un effet sur ce phénomène ? Si oui, comment ?

Je ne pense pas, je ne sais pas. Il y a des services où il y a plus d'absence, c'est plutôt homogène, par contre on a des services où on a eu des retours des absences liés à l'attitude des managers qui a été un peu rude, oui.

THÈME : LES LEVIERS POUR LUTTER CONTRE L'ABSENTEISME

8. Quels sont les leviers mobilisés par votre service pour lutter contre l'absentéisme ?

« PREVENTION : Au niveau du siège on a développé un plan qui s'appelle le PACT, qu'on va déployer à la rentrée 2019, on va communiquer sur le taux d'absentéisme de l'établissement, le taux d'absentéisme du pôle, et le taux national et on va mettre en place des actions comme des tables rondes sur le thème de l'absentéisme où on réfléchira avec les salariés pour réduire l'absentéisme

Et au niveau curatif : on a des système comme REHALTO, on a l'accompagnement PREVIA pour le retour à l'emploi, on doit développer les entretiens de retour, prendre les nouvelles du salarié sachant qu'on n'a pas le droit de le contacter pendant son arrêt, voir de quelle façon on peut maintenir le lien. Principalement il faut essayer de jouer sur la cause de l'absence

9. Quelle est votre vision sur le rôle des managers intermédiaires ?

« Le manager peut bien entendu travailler sur les actions de prévention, le tout c'est de trouver la bonne communication, les bons termes pour travailler là dessus. Le premier réflexe du manager quand il y a un arrêt, c'est se dire « l'arrêt me met en difficulté » avant même que l'analyse des raisons de l'absence. Qu'est ce que je vais faire moi, et ne se met pas à la place du salarié, et se dire qu'est ce qu'il lui arrive, OK cela désorganise le service, un arrêt maladie peut arriver à tout le monde, et de ce fait là, il y a tout un système de culpabilité qui se reporte sur le salarié, qui fait qu'il y a une stigmatisation du salarié qui a pris l'arrêt.

Les cadres ont une gestion autonome où ils se voient tous les vendredis matin, et voir comment

ils peuvent répartir les ressources pour pallier aux besoins des autres collègues et il existe un pool. Ils peuvent également faire la demande de CDD, si elles le font c'est qu'il existe un réel besoin. On optimise les remplacement. Il y a une stratégie de remplacement 1 par 1 quand l'activité est forte, sinon on optimise.

Les absences programmées ne sont pas remplacées 1 pour 1 puisque les activités sont moindres ».

10. Nos structures de soin sont caractérisées par des conditions de travail difficiles inhérentes au métier, or de nombreuses recherches établissent un lien entre conditions de travail et absentéisme, quel est votre regard ? Est-ce que vous avez un plan d'action spécifique sur les conditions de travail ?

« Il va falloir mettre en place des discussions avec les responsables des services, et qu'on amène ce sujet là sans les stigmatiser, il va falloir rentrer dans un système de bienveillance à l'égard des salariés. Le tout c'est amener à la réflexion. On doit encore réfléchir sous quelle forme allons nous amener ce sujet.

On a des formateurs PRAP, qui font des formations au sein de l'entreprise, qui deviennent eux même des acteurs PRAP, l'idée c'est d'analyser son poste de travail sur une mission bien déterminée, et regarde les actions à mener, qui sont présentées au CHSCT. Le médecin du travail est présent, le plan d'action est déployé à l'année, se suivent ainsi des investissements. Le tout c'est de sensibiliser la culture des soignants d'utiliser ces matériels, et prendre soin d'eux. L'ATMP a baissé depuis 3 ans depuis le partenariat avec le PRAP »

11. Avez vous une stratégie différenciée suivant le type de personnel ?

Les managers et les anciennes générations assimilent cela à du turn over. Alors que les motifs de départ de cette jeune génération sont simplement basé sur le fait qu'ils ont trouvé mieux ailleurs, et n'ont pas peur du changement.

Les managers comprennent difficilement que les jeunes générations puissent partir pour du « plaisir » et non contraintes et forcées.

La différence de valeur, une différence approche du métier. LE CDI est le graal pour 50 ans, ça renvoie une image négative à ceux qui restent. Alors que les jeunes n'ont pas peur de partir pour rejoindre un ami, avec d'autres challenge.

La politique de fidélisation a t'elle un intérêt. Les départs : retraites et les plus jeunes.

Certains jeunes salariés partent puis reviennent car ils ont testé plusieurs lieux de travail et optent pour celui qu'ils préfèrent.

ANNEXE IX: SYNTHÈSE DES ENTRETIENS DES CADRES DE SANTE DU SECTEUR PUBLIC - CHU LILLE

Fonction des répondants: Cadre de santé

Cadre et objectif:

Dans le cadre de mon Master 2 en Management Sectoriel des établissements de santé à ILIS (Institut Lillois D'Ingénierie de la Santé), je réalise un travail de fin d'études sur la thématique du management intermédiaire face à l'absentéisme du personnel soignant avec pour problématique « En quoi le management intermédiaire peut-il contribuer à la diminution de l'absentéisme ? ». L'objectif de ce questionnaire est recueillir le regard des acteurs de terrain sur cette problématique.

Condition de diffusion : Les réponses seront retranscrites dans le mémoire. Elles sont anonymes et associées uniquement à une fonction et un service.

THÈME : PERCEPTION DE L'ABSENTÉISME

1. Qu'est ce qu'évoque pour vous la notion d'absentéisme ?

CS 1 : (7 ans d'ancienneté, service de Neurologie) « problème »

CS 2 : (2 ans d'ancienneté service SSR) « gestion dans l'urgence, impossibilité de s'investir dans les projets de service »

CS 3 : (16 ans d'ancienneté, service d'Addictologie) « Absence d'investissement »

CS 4 : (18 ans, service de chirurgie) « Un stress, une contrainte supplémentaire, quelque chose qui ne va pas »

2. Voyez vous une évolution de l'absentéisme depuis 10 ans ? Si oui quelles sont les raisons ?

CS 1 : « Oui perte de sens : conflits entre valeurs professionnelles et rentabilité »

CS 2 : « Oui manque de motivation des professionnels, moins d'entraide entre agents.»

CS 3 : « Non »

CS 4 : « Sans doute une augmentation d'absences perlées, une façon de montrer que quelque chose ne va pas »

3. Est ce qu'il y a des types de métiers dans le service qui semblent davantage concernés par la problématique de l'absentéisme

CS 1 : « ASH, ASQ »

CS 2 : « les ASH »

CS 3 : « ASH »

CS 4 : « Les services avec peu de missions, ou les missions à faibles responsabilités »

4. Quelle est la répartition de l'absentéisme ? âge ? sexe ?

CS 1 : « Aucune répartition, c'est assez hétérogène »

CS 2 : « je ne sais pas »

CS 3 : « Pas de répartition, c'est personne dépendante »

CS 4 : « Je ne sais pas »

5. Quel absentéisme impacte le plus vos organisations ?

CS 1 : « Les 2. Courtes durées : ça entraîne une désorganisation immédiate et agacement des équipes. Longue durée : impact l'équilibre du fonctionnement et entraîne aussi l'épuisement de

l'équipe. Et dans les 2 cas, ça demande une gestion.»

CS 2 : « *courte durée, car les présents se fatiguent à force de remplacer.»*

CS 3 : « *courte durée* »

CS 4 : « *Courte durée car il faut s'adapter très vite pour faire face à l'imprévu. Les arrêts de longue durée sont invisibles et sont gérés en amont* »

6. Pensez vous avoir l'autonomie nécessaire pour gérer ce problème ?

CS 1 : « *Attention, le cadre n'est pas la solution à tout. Il faut que toute la hiérarchie soit impliquée* »

CS 2 : « *Non* »

CS 3 : « *Oui* »

CS 4 : « *Oui uniquement pour la gestion.»*

THÈME : LES CAUSES

7. Quelles sont les causes principales de l'absentéisme dans votre service

CS 1 : « *Manque de corrélation entre charge de travail et effectif, turn over important et moyens inadaptés.* »

CS 2 : « *Les conditions de travail et le manque d'investissement de certains professionnels.»*

CS 3 : « *Les Problèmes de santé en général.* ».

CS 4 : « *La maladie avec en filigrane un malaise vis à vis de l'organisation et du management. Les agents ne comprennent pas forcément les contraintes budgétaires et les directives hiérarchiques. Parfois, l'absence c'est une fuite ou alors un moyen pour montrer son mécontentement.»*

8. Selon vous en quoi les réformes hospitalières ont eu un effet sur l'absentéisme ?

CS 1 : « *Oui car l'équipe non préparée au changement* »

CS 2 : « *Les réformes ne valorisent pas assez les professionnels qui se sentent incompris et malmenés.»*

CS 3 : « *Je ne vois pas de lien entre les réformes et l'absentéisme* »

CS 4 : « *Quand elles font fi de l'humain, c'est compliqué. Les équipes ne comprennent pas forcément tous ces changements»*

9. Pensez vous que le cadre de santé peut avoir une influence sur le phénomène ? Si oui comment ?

CS 1 : « *Un peu mais pas seulement. Il est nécessaire de trouver des actions de grande ampleur qui inclut d'autres acteurs, les médecins, les psychologues, la Direction* »

CS 2 : « *Je ne sais pas vraiment si j'ai une influence sur ce problème* »

CS 3 : « *Oui parfois* »

CS 4 : « *Oui. Carrément ! Le manque de reconnaissance et de soutien doit impacter l'agent quand il hésite à prendre l'arrêt. L'ambiance et l'esprit d'équipe aussi. Il y a sûrement une influence, d'où la nécessité d'être à l'écoute des soignants* ».

THÈME : LES CONSEQUENCES

10. Quelles sont les conséquences de l'absentéisme sur l'organisation de votre service ?

CS 1 : « *Toujours palier au plus urgent, stress et sentiment d'insatisfaction.»*

CS 2 : « *Augmentation de la charge de travail de chacun, difficulté à assurer une qualité des soins aux patients* »

CS 3 : « *La modification des cycles de travail, l'annulation d'ateliers thérapeutiques, l'annulation de formation, ça impacte forcément la vie du service. »*

CS 4 : « *Une surcharge de travail, et empêche d'avoir un travail satisfaisant, un sentiment de travail bien fait »*

11. Comment gérez vous ces impacts ? ces conséquences ?

CS 1 : « *Je tente de recentrer sur les valeurs métiers, permettre la prise de recul, autoriser le « non parfait » au profit du « faire de son mieux » »*

CS 2 : « *Je fais appel à du personnel disponible d'un autre service, ou appeler les gens en repos, le pool, ou je ne remplace pas quand l'activité n'est pas trop chargée. Pour les absences de longue durée, j'appelle le service RH »*

CS 3 : « *Beaucoup d'écoute, d'empathie et de négociation »*

CS 4 : « *En se répartissant la charge de travail, en organisant au mieux le service et le planning »*

THÈME : LES LEVIERS DE LUTTE CONTRE L'ABSENTEISME

12. Quels sont les outils, ou les bonnes pratiques que vous mobilisez dans la lutte de l'absentéisme ?

CS 1 : « *Écoute des besoins individuels, équité et règles de fonctionnement simples et claires. Valorisation dès que possible, remercier par l'envoi en formation, utilisation des outils du lean management. Proximité et dialogue dès que je peux me libérer des tâches administratives»*

CS 2 : « *Valorisation des agents qui s'investissent, le « donnant-donnant», l'agent qui accepte de dépanner, je faciliterai davantage ses demandes de récupération par exemple ou d'arrangement pour les horaires »*

CS 3 : « *L'expérience, on ressent quand il y a un malaise chez un agent, on essaye de dialoguer et de discuter sur ce qui ne va pas, pour pouvoir trouver un compromis si cela est possible.»*

CS 4 : « *des outils pas toujours adaptés à l'absentéisme perlé, car ce sont toujours les mêmes pour des absences le week end par exemple, on pourra tout faire, ceux là s'absenteront quand même »*

13. Avez vous une stratégie différenciée selon le personnel ?

CS 1 : « *Oui le niveau de maturité et l'intérêt au travail influencent le management »*

CS 2 : « *Non, c'est pareil pour tout le monde »*

CS 3 : « *Non »*

CS 4 : « *Non »`*

14. En quoi votre rôle puisse contribuer à la prévention de l'absentéisme selon vous ?

CS 1 : « *Renforce l'esprit et les valeurs d'équipe et remet du sens au travail. Objectif : que chacun se trouve une utilité et se sente exister dans son individualité.*

CS 2 : « *Je suis convaincue que le management par la communication et la bienveillance favorise la prévention »*

CS 3 : « *Lorsque le management est humanisé, individualisé, le soignant en est sensible, il a plaisir à venir travailler et aura davantage de scrupules à se mettre en arrêt »*

CS 4 : « *Sur la prévention de la maladie. Rien si l'absentéisme est« diplomatique »*

ANNEXE X : SYNTHÈSE DES ENTRETIENS DES CADRES DE SANTE DU SECTEUR PRIVÉ RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ

Fonction des répondants: Cadre de santé

Cadre et objectif:

Dans le cadre de mon Master 2 en Management Sectoriel des établissements de santé à ILIS (Institut Lillois D'Ingénierie de la Santé), je réalise un travail de fin d'études sur la thématique du management intermédiaire face à l'absentéisme du personnel soignant avec pour problématique « En quoi le management intermédiaire peut-il contribuer à la diminution de l'absentéisme ? ». L'objectif de ce questionnaire est recueillir le regard des acteurs de terrain sur cette problématique.

Condition de diffusion : Les réponses seront retranscrites dans le mémoire. Elles sont anonymes et associées uniquement à une fonction et un service.

THÈME : PERCEPTION DE L'ABSENTÉISME

1. Qu'est ce qu'évoque pour vous la notion d'absentéisme ?

CS 1 : (19 ans d'ancienneté, service de chirurgie) « L'absentéisme : c'est des absences répétées (dans le calcul RH, c'est incompressible)

CS 2 : (16 ans, service de médecine) « Le fait que il va manquer du monde et trouver une solution pour palier afin que nos patients soient pris en charge de façon optimale »

CS 3 : (15 ans d'ancienneté, soins intensifs chirurgicaux et cardiologie) « Les personnes qui ne pas présents à leur travail »

CS 4 : (20 ans d'ancienneté, service de chirurgie et cancérologie) « Un mal être au travail. »

2. Voyez vous une évolution de l'absentéisme depuis 10 ans ? Si oui quelles sont les raisons ?

CS 1 : « Personne dépendante, je ne chiffre pas. J'ai peur d'être dans le jugement, selon catégorie socio professionnelle »

CS 2 : « Oui, augmentation de l'absentéisme pour des raisons pas toujours appropriées, et prévenue au dernier moment. »

CS 3 : « Je n'ai jamais eu des absences inopinées et régulières, mais plutôt des arrêts maladie de longue durée, maternité, enfants malade. Pas de profil d'arrêt des vacances ou de week end. »

CS 4 : « Je n'ai pas le sentiment aujourd'hui d'avoir des absentéismes plus importants que les années précédentes. 10 ou 15 ans. »

3. Est ce qu'il y a des types de métiers dans le service qui semblent davantage concernés par la problématique de l'absentéisme

CS 1 : « Notion de pénibilité, et de salaire. Les contraintes physiques importantes et la notion de salaire, les petits salaires. Les IDE perdent beaucoup quand ils s'arrêtent alors parfois ils viennent même quand ils sont pas bien »

CS 2 : « les ASH »

CS 3 : « Je pense que les services lourds psychologiquement, il y a plus facilement d'absentéisme que les autres secteurs. Les services normés ont des effectifs plus importants, j'ai moins d'absentéisme. L'absentéisme se fait moins ressentir quand ce sont des équipes plus importantes. La population la plus absente, plus le niveau socio économique est bas, plus il y a de l'absentéisme. Après les personnes qui s'absentent le plus sont les personnes qui ont des enfants en bas âge, et les futures mamans. A contrario les personnes plus proches de la retraite s'absentent également du fait de la pénibilité des conditions de travail et des problèmes de

santé. »

CS 4 : « Les contrats courts, principalement AS »

4. Quelle est la répartition de l'absentéisme ? âge ? sexe ?

CS 1 : « Le service de RH ne donne pas de chiffre. Je ne sais pas »

CS 2 : « Les plus jeunes, plupart féminine, je n'ai pas les chiffres exactes »

CS 3 : « Je ne connais pas la répartition, c'est plus une impression globale. »

CS 4 : « Je ne sais pas »

5. Quel absentéisme impacte le plus vos organisations ?

CS 1 : « Les absences de courte durée. Les absences de longue durée sont remplacées. »

CS 2 : « courte durée, car les longues durées sont remplacées »

CS 3 : « De courte durée car on doit trouver la solution à la dernière minute, quand on parvient à trouver une solution ! Ce qui n'est pas évident. »

CS 4 : « courte durée »

6. Pensez vous avoir l'autonomie nécessaire pour gérer ce problème ?

CS 1 : « Pas toujours, je suis autonome dans mes décisions. Mais on a du mal à recruter »

CS 2 : « Oui pour gérer. »

CS 3 : « Gestion de l'absentéisme, c'est mon quotidien, et parfois, ça prend beaucoup de temps. Oui, J'ai l'équipe commune de suppléance en charge. Sur le mois de mai 2019 il y avait 92 postes manquants IDE, et 41 en poste d'AS pour différentes raisons, absences maladie, absence pour délégation. »

CS 4 : « Oui pour la gestion, mais je ne parle pas de la prévention. »

THÈME : LES CAUSES

7. Quelles sont les causes principales de l'absentéisme dans votre service

CS 1 : « Le manque de cohésion d'équipe. je n'ai pas l'impression que ce soit l'âge soit la principale cause. Après il y a les contraintes, le travail de nuit, le week end et les conditions de travail »

CS 2 : « La bobologie liée probablement à la démotivation. Ils s'arrêtent plus facilement. »

CS 3 : « Les mamans avec des enfants en bas âge . sinon, je n'ai jamais été confronté à des services où il y a beaucoup de turn over. La relation aussi avec les médecins n'est pas toujours aidante, car les médecins augmentent sans cesse l'activité malgré une lassitude et une fatigue du personnel ».

CS 4 : « Les difficultés personnelles au sein de l'équipe, remise en question des organisations et/ ou du management, l'individualisme, la dégradation des conditions de travail »

8. Selon vous en quoi les réformes hospitalières ont eu un effet sur l'absentéisme ?

CS 1 : « Très peu d'effets je pense »

CS 2 : « Je ne sais pas »

CS 3 : « Je ne sais pas »

CS 4 : « La gestion de l'hôpital comme une entreprise met à mal les valeurs soignantes. »

9. Pensez vous que le cadre de santé peut avoir une influence sur le phénomène ? Si oui comment ?

CS 1 : « Oui je pense. Je ne manage pas en fonction de l'âge, je personnalise ma communication. Surtout si c'est grave, je les vois individuellement. Les réunions de service, avec

présentation et information, et retour sur le vécu. J'ai remarqué qu'il fallait du temps à une équipe pour accepter un nouvel arrivant. J'observe. »

CS 2 : « Oui, par la reconnaissance, la valorisation, l'inclusion dans une équipe, leur montrer qu'ils ont une place indispensable et utile dans l'équipe. Renforcement positif, donner des missions de responsabilité, par la communication. Réunion globale de l'équipe, où personne n'est n'exclue »

CS 3 : « Oui si on considère qu'on peut les aider, et être à l'écoute, quand je sens que c'est trop compliqué pour les soignants, je fais en sorte de les faire récupérer. Et partager la problématique en équipe, pour permettre d'en discuter entre nous. Le Donnant- donnant. Et anticiper les demandes, afin de satisfaire leurs doléances, et dans la mesure du possible de leur donner. On sait ce qu'il faut faire « valoriser, on essaye, au quotidien, on n'est pas toujours au top, on essaye de faire au mieux et le fait de valoriser les gens et d'essayer de répondre un maximum à leur demande, ça aide. L'équipe est le reflet de ce que le manager donne « on récolte ce qu'on sème » même si on ne réussit pas à tous les coups, toutefois, il y a des variables, selon le caractère et l'exigence des soignants. Certains, malgré tout ce qu'on peut leur accorder, il n'y aura pas de retour. C'est compliqué. Quand on donne, on reçoit plus que quand on est fermé et on n'accorde jamais rien »

CS 4 : « Oui, un management trop directif sans remise en question peut avoir des conséquences néfastes. Il y a nécessité d'être à l'écoute des soignants et de la charge en soins ».

THÈME : LES CONSEQUENCES

10. Quelles sont les conséquences de l'absentéisme sur l'organisation de votre service ?

CS 1 : « Je suis impactée par les absences de courte durée parce que j'ai une petite équipe. D'abord c'est une ressource en interne. D'abord le pool ou IDE établissement. Au dernier recours c'est mon équipe, car elles sont déjà fatiguées. Il y a forcément des répercussions sur mon équipe, ça plombe une organisation et un esprit d'équipe, surtout si c'est injustifiée.»

CS 2 : « Une désorganisation, surcharge de travail pour ceux qui sont présents. Du temps pour le cadre pour trouver des solutions. C'est très chronophage, on est sans cesse sollicité à gérer les problèmes du quotidien. Le planning c'est 50% de mon travail. L'équipe nous voit aussi en difficulté, elle nous aide, il y a une solidarité selon les services et selon le cadre »

CS 3 : « Un stress, à se demander si on va pouvoir trouver une solution, trouver une personne pour alléger l'équipe. C'est lourd au quotidien »

CS 4 : « Une désorganisation du travail, plus de fatigabilité des soignants toujours présents, qui forcément impactera la qualité des soins.

11. Comment gérez vous ces impacts ? ces conséquences ?

CS 1 : « Tous les matins, on fait un point entre les cadres pour les effectifs disponibles, ça permet de trouver une solution rapidement en mutualisant les ressources. »

CS 2 : « Je fais appel à du personnel disponible d'un autre service, ou appeler les gens en repos, le pool, ou je ne remplace pas quand l'activité n'est pas trop chargée. Pour les absences de longue durée, j'appelle le service RH »

CS 3 : « le pool, ou je rappelle une soignante qui accepte de revenir »

CS 4 : « J'essaye de remplacer si c'est possible, faire appel au pool. On fait notre maximum pour ne pas impacter les patients.

THÈME : LES LEVIERS DE LUTTE CONTRE L'ABSENTÉISME

12. Quels sont les outils, ou les bonnes pratiques que vous mobilisez dans la lutte de l'absentéisme ?

CS 1 : « J'essaye d'être sur le terrain dès que possible pour les soutenir. Mais entre les réunions, et les tâches administratives, c'est pas évident. Il faut bien s'organiser. La communication, la reconnaissance. Je dis merci, je peux redonner un repos « donnant-donnant », la reconnaissance est aussi salariale. Je pense que pour les absences répétées, la direction doit augmenter le pool. Il y a des actions qui demandent des décisions de la Direction. Les personnes fragilisées au niveau du dos, et qui ne veulent pas changer d'équipe, ne veulent pas se faire reconnaître MDPH, parce qu'ils ont peur d'être licencié, et on a peu de moyens matériels et humains pour le maintenir dans le poste. Je ne peux que par la communication de demander de prendre soin. Il a fallu des mouvements sociaux pour investir dans du matériel, amélioration des conditions de travail ; être efficient et ne pas perdre de temps. La crainte de perte de sens du métier. Le manque de reconnaissance et les contraintes, la nouvelle génération va rechercher autre chose. »

CS 2 : « J'essaye de soulager l'équipe, en mieux répartissant les effectifs, répartir l'effectif en fonction de l'activité »

CS 3 : « Je pense que c'est en étant attentive, car finalement on connaît bien les personnes de son équipe, et on peut se rendre compte si une personne va moins bien »

CS 4 : « Être à l'écoute, leur laisser la possibilité de prendre des récupérations quand c'est possible si fatigue trop importante, pour réduire les absences »

13. Avez vous une stratégie différenciée selon le personnel ?

CS 1 : « J'essaye de comprendre de manière indépendante »

CS 2 : « Non, j'essaye d'être équitable pour tout le monde »

CS 3 : « On ne peut pas prévenir, pour les arrêts enfants malades ou maladies ordinaires.

Si c'est anticipé, c'est mieux géré. J'essaye d'expliquer aux salariés ce qu'engendre l'absentéisme, j'avoue que je ne l'explique pas. Je n'ai pas le temps de l'expliquer.

Entretien de retour d'absence ? Oui pour les absences de longue durée, oui parce qu'on nous le demande. Mais je n'y vois pas vraiment d'intérêt. C'est peut être bien dans le cadre d'une longue maladie ou quand il y a la présence d'un handicap. Après un arrêt maternité, ou après une absence de 5 à 6 mois, je ne vois pas l'intérêt. Car son objectif de l'IDE qui revient c'est de revenir et prendre son poste.

CS 4 : « Non »`

14. En quoi votre rôle puisse contribuer à la prévention de l'absentéisme selon vous ?

CS 1 : « La communication, le fait de les soutenir, de les comprendre. De provoquer le dialogue quand il y a un problème. Après je ne peux pas empêcher les arrêts maladies pour problème de santé. »

CS 2 : « La bienveillance, le fait que tout le monde ait sa place dans une équipe. A adapter en fonction de la personnalité. J'essaye de varier les méthodes. La cadre joue aussi un rôle sur l'ambiance du service. La direction doit aider dans l'amélioration de la QVT. La direction, cherche de son côté des solutions pour pallier aux difficultés de recrutement »

CS 3 : « Je me sens beaucoup moins proche du terrain, j'étais un manager de proximité, je connaissais davantage les patients, même si je ne prenais pas un secteur en charge, aujourd'hui on est plus dans la gestion de planning, gestion de projets, l'administratif et gestion de plusieurs services. Des regrets ? Non, je suis malgré tout une infirmière, je perds dans mes compétences le fait d'être moins sur le terrain (expertise paramédicale), et c'est vrai, il y a un

regret là dessus. Et en même temps, c'est un choix d'évolution. Je parviens malgré tout à trouver ma place, même si le terrain me manque parfois, mais je ne reviendrai pas en arrière. Être manager c'est être pivot, c'est ce qu'il y a de plus important dans le rôle. Répondre à la fois aux exigences de la direction et être avec l'équipe. On est un peu entre le marteau et l'enclume. Je vais tenter de penser à l'équipe, je privilégie ma relation avec l'équipe, et en parallèle, je vais aussi répondre aux directives, je vais essayer de trouver un équilibre entre les 2. Réussir à répondre à ces exigences c'est le plus difficile.»

CS 4 : *« De les considérer individuellement, de créer des occasions pour renforcer la cohésion de groupe, comme les repas de service, ou les projets de service. De créer une dynamique d'équipe. »*

ANNEXE XI : SYNTHÈSE DES RÉPONSES DU FORMULAIRE EN LIGNE DU PERSONNEL SOIGNANT DU CHU de LILLE (SECTEUR PUBLIC)

Fonction des répondants: INFIRMIERS

Cadre et objectif:

Dans le cadre de mon Master 2 en Management Sectoriel des établissements de santé à ILIS (Institut Lillois D'Ingénierie de la Santé) je réalise un travail de fin d'étude sur la thématique du management intermédiaire face à l'absentéisme du personnel soignant avec pour problématique « En quoi le management intermédiaire peut-il contribuer à la diminution de l'absentéisme ? ». L'objectif de ce questionnaire est donc recueillir le point de vue des acteurs de terrain sur cette problématique.

Condition de diffusion : Les réponses seront retranscrites dans le mémoire. Elles sont anonymes et associées uniquement à une fonction.

THÈME : LA PERCEPTION DE L'ABSENTEISME

1. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion d'absentéisme ?

IDE 1 : (4 ans d'ancienneté) « Manque de considération »

IDE 2 : (30 ans d'ancienneté) « Absence du personnel soignant, notion de répétition et d'imprévu »

IDE 3 : (15 ans d'ancienneté) « Une personne qui ne vient pas travailler »

IDE 4 : (5 ans d'ancienneté) « Du travail pour ceux qui ne s'absentent pas »

IDE 5 : (15 ans d'ancienneté) « Laxisme et fatigue »

IDE 6 : (8 ans d'ancienneté) « Maladie professionnelle et service à assurer »

IDE 7 : (23 ans d'ancienneté) « Arrêts répétés »

IDE 8 : (29 ans d'ancienneté) « Mal être »

2. VOYEZ VOUS UNE ÉVOLUTION DE L'ABSENTEISME DEPUIS 10 ANS ? SI OUI, QUELLES SONT LES RAISONS ?

IDE 1 : « Oui, dégradation des conditions de travail »

IDE 2 : « Oui, l'absentéisme est plus important »

IDE 3 : « Oui, un mal être »

IDE 4 : « Oui, les arrêts maladie croissent car aucune menace (ni financière, ni professionnelle) ne pèse sur l'agent qui en abuse. Et je me demande comment ils arrivent à avoir leur arrêt aussi facilement ».

IDE 5 : « Oui, les gens s'arrêtent de plus en plus facilement, même juste pour le confort. »

IDE 6 : « Oui, l'impression d'un absentéisme de « fatigue » professionnelle »

IDE 7 : « Oui ».

IDE 8 : « Oui, c'est pire. »

THÈME : LES CAUSES DE L'ABSENTEISME

3. Quelles sont selon vous les causes principales de l'absentéisme dans votre service

IDE 1 : Manque de personnel

IDE 2 : Épuisement, stress, nouvelle génération moins impliquée

IDE 3 : Maladie

IDE 4 : Épuisement professionnel, maternité, maladie, fainéantise

IDE 5 : Grossesse / maladie

IDE 6 : Maladie longue, l'absence de soutien et d'écoute, fatigue liée du rythme important.

IDE 7 : Maladie, Accident de travail

IDE 8 : *Trait de caractère individuel, BURN OUT, mauvaise ambiance dans l'équipe, certains profitent de l'absence de sanctions.*

4. les réformes hospitalières ont-elles eu un effet sur ce phénomène ? Si oui, comment ?

IDE 1 : « *Diminution de personnel, plus de missions avec moins de moyens. »*

IDE 2 : « *Baisse du nombre de personnel, management plus « violent », sentiment de manque de reconnaissance. »*

IDE 3 : « *Restriction de personnel. »*

IDE 4 : « *Jours de carences, prime de présentéisme dérisoire. »*

IDE 5 : « *Aucun effet sur l'absentéisme. »*

IDE 6 : « *Restriction de personnel, on est des pions. »*

IDE 7 : « *Les 35h ont rendu les gens davantage attirés par leur bien être que par leur travail.»*

IDE 8 : « *Le jour de carence n'a rien changé.»*

5. Quel regard portez vous sur vos conditions de travail ?

IDE 1 : « *Nous sommes protégés en soins intensifs par les décrets (service normé) »*

IDE 2 : « *Encore favorables »*

IDE 3 : « *Difficile par rapport au manque d'effectif. »*

IDE 4 : « *De plus en plus difficile. Sentiment d'abandon. L'IDE est omniprésente et pourtant considérée comme une petite main exécutante. Salaire déplorable pour les responsabilités intrinsèques au métier »*

IDE 5 : « *On fait du mieux qu'on peut avec le peu qu'on a »*

IDE 6 : « *Elles se dégradent inéluctablement. Le travail reste une passion.»*

IDE 7 : « *Fragiles »*

IDE 8 : « *Par moment elles sont difficiles qu'elles soient physiques ou psychologiques.»*

6. Quelles sont les causes de motivation et de démotivation ?

IDE 1 : « *Motivation : se sentir utile pour le patient. Démotivation : absence d'évolution »*

IDE 2 : « *La motivation quand il y a la reconnaissance de ma chef et des patients, et l'impression que rien n'évolue c'est source démotivation »*

IDE 3 : *Motivation : satisfaction du travail bien fait (technique, relationnel, reconnaissance du patient. Démotivation : fatigue physique, ne pas être écouté, les difficultés sans réponse.*

IDE 4 : « *Démotivation quand il y a tout le temps du changement, quand on n'a pas le temps de finir une tâche qu'on est déjà appelé pour une autre. La motivation, c'est l'entente dans l'équipe, on est soudé. »*

IDE 5 : « *Motivation : formation professionnelle, écoute active des besoins, résolutions des difficultés, prise en considération des soucis du quotidien, monter des vrais projets de service et les accompagner. »*

IDE 6 : « *Le manque de reconnaissance entraine une démotivation. A l'inverse une équipe soudée soutenue et qui se soutient permet un investissement et et développement des ambitions personnelles »*

IDE 7 : « *Avoir des objectifs, être accompagné, être reconnu, cultiver la notion d'équipe »*

IDE 8 : « *Motivation principale c'est la reconnaissance des cadres et autres supérieurs, sans oublier les remerciements du patients, ça recharge ! »*

THÈME : LES CONSEQUENCES

7. Comment percevez vous les conséquences sur votre situation individuelle, sur votre service et sur l'hôpital ?

IDE 1 : « *Travail en flux tendu »*

IDE 2 : « *Travailler plus, plus de fatigue, perte de l'envie de s'investir. Absence de suivi* »

IDE 3 : « *Sollicitation récurrente, et donc fatigue* »

IDE 4 : « *Épuisement des équipes, et des individus assidus. Gouffre financier pour l'hôpital. Impossibilité de licencier les « profiteurs »* »

IDE 5 : « *Remplacement +++, sollicitation, appel à la maison pour remplacer, les personnes remplaçantes ne sont pas formées, heures supplémentaires payées mais au final on est tout le temps dans le service et impact sur la vie personnelle.* »

IDE 6 : « *Augmentation de la charge de travail pour les agents présents. Dégradation des relations avec l'encadrement qui est amené à démarcher les agents par téléphone pour des remplacements, parfois même à 5h du matin.* »

IDE 7 : « *Générateur de stress, déstabilise l'équipe, être dans le doute, si le collègue absent sera remplacé et si la personne qui remplace sera à la hauteur, tout ceci est anxiogène. Ne pas se sentir à la hauteur face aux patients et aux familles.* »

IDE 8 : « *J'ai une mauvaise opinion des arrêts maladies car ce sont toujours les mêmes personnes* »

8. Pensez vous que la relation avec le cadre de santé peut avoir un effet sur ce phénomène ? Et en quoi les pratiques managériales influencent elles l'absentéisme ?

IDE 1 : « *Oui, elle peut exercer plus de pression* »

IDE 2 : *Oui, en écoutant son personnel. On a parfois l'impression que les cadres remplissent des cases pour combler les trous* »

IDE 3 : « *Oui, soutien des équipes, combat auprès de la direction et chef du service* »

IDE 4 : « *Oui, je pense que quand on respecte la Direction, on a moins envie de la mettre en difficulté. C'est du gagnant-gagnant* »

IDE 5 : « *Oh Oui! Une cadre qui n'est pas proche de son personnel tout en gardant la distance nécessaire donnera un personnel moins investi pour le service et donc un taux d'absentéisme plus fort, on ne peut pas appliquer à son service ce qu'on ne s'applique pas à soi même ! Manque de bienveillance envers le personnel du service* »

IDE 6 : « *Évidemment, les cadres de santé ont un rôle important dans la vie d'un service et d'une équipe. La majorité des absences sont pour de longues maladies, le personnel se fatigue malgré l'engagement et la motivation pour la majorité. Une bonne ambiance crée une bonne entraide* »

IDE 7 : « *Oui, un management participatif de type accompagnement est moins générateur d'absentéisme. Le non investissement de la hiérarchie sur le ressenti du personnel. Une bonne guidance rassure* »

IDE 8 : « *Oui, encourager les personnels présents. Réaliser un rapport annuel avec la Direction sur l'état des lieux des absences. Les personnes qui s'absentent beaucoup, revoir leur poste ou service, et permettre aux agents de récupérer régulièrement au lieu d'accumuler les heures dans les comptes de récupération. Pas de travail de fond, ils nous demandent de venir travailler en heures supplémentaires c'est un plus, mais ça n'empêche pas les absences d'augmenter, il faudrait avoir une liste pour savoir quels sont les agents les plus sollicités* »

THÈME : LES LEVIERS DE LUTTE CONTRE L'ABSENTÉISME

9. Existe il des bonnes pratiques pour lutter contre l'absentéisme ? Lesquelles ?

IDE 1 : « *Renouer avec la notion de travail d'équipe, améliorer la qualité de vie au travail avec un équipement performant et suffisant.* »

IDE 2 : « *Un suivi personnalisé, et une écoute individualisée. La reconnaissance de notre travail.*

IDE 3 : « *Je ne sais pas si il existe des bonnes pratiques* »

IDE 4 : « *Responsabiliser les agents, travailler sur la solidarité, la cohésion entre les agents. »*

IDE 5 : « *Bonne gestion des plannings, de la bienveillance, de la considération de la part de la hiérarchie, et l'implication de chacun.*

IDE 6 : « *La communication, et nous accompagner dans les moments difficiles quand il y a beaucoup de travail. »*

IDE 7 : « *L'observation, la prévention, les formations. Rassurer, montrer qu'on comprend les difficultés, fédérer l'équipe, animer. »*

IDE 8 : « *J'ai une mauvaise opinion des arrêts maladies de petites ou longues durées, on ne doit pas les titulariser. On doit les sanctionner. Le 13^e mois doit être plus importants pour les personnes qui ont eu peu d'absentéisme. »*

10. En quoi la reconnaissance du travail impacte t'elle sur l'absentéisme ?

IDE 1 : *On a besoin d'un moment de gratitude même si on aime notre métier*

IDE 2 : *Valorisation du travail, bien être au travail, implication de tous*

IDE 3 : « *Valorisation de soi, cela nous motive à donner davantage quand c'est réciproque »*

IDE 4 : « *Si pas de reconnaissance, sentiment d'incompréhension donc aucune concession envers l'employeur. »*

IDE 5 : « *Quand on est valorisé, on fait progresser un service, on le fait grandir, et le met en valeur. On se sent utile dans son service, et on fait tout pour le faire vivre.*

IDE 6 : « *Le manque de reconnaissance entraine une fatigue professionnelle et désinvestissement malgré la passion du métier ».*

IDE 7 : « *Reconnaître c'est compatir et aider dans la difficulté. C'est faire un constat et trouver des solutions d'amélioration. »*

IDE 8 : « *Elle n'a aucun impact sur l'absentéisme, par contre il n'y aucune reconnaissance autre que financière pour les soignants qui pallient aux absences répétées des autres, et elle est dérisoire au vue des efforts réalisés »*

**ANNEXE XII : SYNTHÈSE DES RÉPONSES DU FORMULAIRE EN LIGNE DU
PERSONNEL SOIGNANT DES ÉTABLISSEMENTS RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ
(SECTEUR PRIVÉ)**

Fonction des répondants: 4 INFIRMIERS et 2 AIDES SOIGNANTS

Cadre et objectif:

Dans le cadre de mon Master 2 en Management Sectoriel des établissements de santé à ILIS (Institut Lillois D'Ingénierie de la Santé) je réalise un travail de fin d'étude sur la thématique du management intermédiaire face à l'absentéisme du personnel soignant avec pour problématique « En quoi le management intermédiaire peut-il contribuer à la diminution de l'absentéisme ? ». L'objectif de ce questionnaire est donc recueillir le point de vue des acteurs de terrain sur cette problématique.

Condition de diffusion : Les réponses seront retranscrites dans le mémoire. Elles sont anonymes et associées uniquement à une fonction.

THÈME : LA PERCEPTION DE L'ABSENTEISME

1. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion d'absentéisme ?

IDE 1 : (22ans d'ancienneté) « La notion d'absentéisme c'est le fait de ne pas se rendre sur le lieu de travail, ça peut être récurrents (problème personnel) ou occasionnels (enfants malades) »

IDE 2 : (17 ans d'ancienneté) « Le fait d'être absent de son lieu de travail, ou de tout lieu où la présence est obligatoire »

IDE 3 : (13 ans d'ancienneté) « L'absence d'une personne de façon récurrente »

IDE 4 : (18 ans d'ancienneté) « Le fait de ne pas se déplacer au travail, ou ne pas prendre son poste »

ASQ 1 : (17 ans ancienneté) « Un non respect pour l'équipe quand ce n'est pas justifié. »

ASQ 2 : (40 ans d'ancienneté) « Un défaut de présence »

2. VOYEZ VOUS UNE ÉVOLUTION DE L'ABSENTEISME DEPUIS 10 ANS ? SI OUI, QUELLES SONT LES RAISONS ?

IDE 1 : « Oui »

IDE 2 : « Il me semble que l'absentéisme est en hausse ces dernières années. Les raisons sont multiples : dégradation des conditions de travail, accidents de travail, mauvais management Burn out, démotivation, population vieillissante »

IDE 3 : « « Oui, à cause de l'absence de considération »

IDE 4 : « Oui en lien avec les conditions de travail (surcharge, manque de moyens humains et matériels, manque de reconnaissance du travail effectué, pas d'évolution de salaire, travail empiétant sur la vie de famille) »

ASQ 1 : « Oui, les salariés abusent et à mauvais escient »

ASQ 2 : « Oui, je vois une évolution qui devient de plus en plus séquentielle, avant la notion d'absentéisme était liée à une pathologie ou un accident puisqu'on parle de travail avec une population féminine souvent enceinte. De nos jours il est fréquent d'informer leur absence le matin à 5h pour une prise de poste à 6h30. Le côté « Service et difficulté équipe » est occulté. »

THÈME : LES CAUSES DE L'ABSENTEISME

3. Quelles sont selon vous les causes principales de l'absentéisme dans votre service

IDE 1 : « Problème de santé, ou un problème de mésentente »

IDE 2 : « Maladies de courte durée (épidémies saisonnières, enfant malade / équipe à dominante féminine avec enfants en bas âges, accidents de travail, TMS / arrêts maladies sur problèmes ostéo articulaires »

IDE 3 : « Augmentation charge de travail, de responsabilités.»

IDE 4 : « Manque de reconnaissance de la fonction, multiplicité des tâches avec dépassement de compétence, interruptions continues des tâches »

ASQ 1 : « Enfant malade et la maladie »

ASQ 2 : « Toute personne peut être malade. Cependant la notion individuelle priorise plus que la notion sociétale. La non appartenance à un établissement rend le salarié individualiste, il ne se soucie pas de l'organisation de l'établissement. Le dialogue est important, et l'absence de dialogue isole à la fois l'établissement et le salarié. »

4. les réformes hospitalières ont-elles eu un effet sur ce phénomène ? Si oui, comment ?

IDE 1 : « Non »

IDE 2 : « Les services "normés ", des budgets serrés, une politique plus axée sur la rentabilité, au détriment du salarié. Davantage de CDD, des salariés précarisés. Diminution des effectifs. Politique budgétaire qui privilégie les services lucratifs »

IDE 3 : « Manque de considération, de respect, diminution du personnel, manque d'évolution de carrière et de salaire »

IDE 4 : « Effet pervers, augmentation de rendement avec effectif réduit, réduction des coûts, les salariés sont « pressés », interchangeables, et déshumanisés, on les robotise »

ASQ 1 : « Les nouvelles réformes confortent l'absentéisme ».

ASQ 2 : « L'adéquation personnel/ travail est parfois observée dans une limite raisonnable, il n'y plus de ceinture de sécurité ou de soupape si bien que le personnel travaille en flux tendu, dès qu'il y a une absence, cela crée du stress plus important, et leur donne aussi un sentiment d'être seul face à leur obligation. »

5. Quel regard portez vous sur vos conditions de travail ?

IDE 1 : « Bonne, je connais mon travail, c'est un service ambulatoire donc j'ai stabilité dans mes horaires. Satisfaite. Je peux me projeter »

IDE 2 : « Les conditions de travail actuelles sont assez difficiles. Personnel insuffisant changements de rythmes (alternance jour nuit), mauvaise gestion du matériel Certains médecins de moins en moins investis, prescriptions mal faites ou non faites, mauvais suivi des patients. »

IDE 3 : « Les conditions sont à revoir, plus de pressions, petit salaire, sentiment d'abandon de la part des supérieurs et de la Direction. Je garde espoir que les dirigeants et les instances changent les choses. »

IDE 4 : « Elles se détériorent depuis quelques années. Les demandes d'implications, de dévotion, de mobilité et de disponibilité de la part de la hiérarchie sont de plus en plus fréquentes. Charge de travail, avec des tâches variées, et les interruptions incessantes dans les tâches à accomplir. Sentiment de se sentir en insécurité, d'être livré à nous même. »

ASQ 1 : « En cas d'absentéisme, les conditions sont difficiles, ou en cas de mauvaise gestion du planning. »

ASQ 2 : « Cela dépend du service dans lequel on travaille »

6. Quelles sont les causes de motivation et de démotivation ?

IDE 1 : « Motivation : reconnaissance de la hiérarchie. Démotivation : Pas de réponse aux demandes. Ne pas pouvoir se projeter. »

IDE 2 : « La principale motivation reste je pense le fait de travailler en équipe, avec des collègues et l'envie de prendre soin au mieux des patients. Les causes de démotivation sont le manque de reconnaissance, le manque de moyens, la détérioration des conditions de travail, le

manque de possibilités d'évolution, l'impossibilité de prétendre à une formation, financements de formations insuffisants »

IDE 3 : *« Elles sont différentes selon chacun. Je veux toujours faire mieux pour mes patients. Je suis démotivée par l'encadrement et les derniers changements sont loin de la prise en charge idéale pour les patients. »*

IDE 4 : *« Motivation : travail en équipe, prise en charge du patient, fierté de se rendre utile. Démotivation : non reconnaissance du travail effectué, le fait de ne pas se sentir valorisé, sentiment d'être utilisé, et rétribution médiocre par rapport au travail imposé et effectué, peur de la faute professionnelle. »*

ASQ 1 : *« Le salaire et la bonne entente dans le service. »*

ASQ 2 : *« Un service bien organisé est plus facile qu'un service où il y a beaucoup d'aléas. Il suffit d'observer qui tournent bien : l'ambulatoire, le bloc opératoire, les services d'examen. »*

THÈME : LES CONSEQUENCES

7. Comment percevez vous les conséquences sur votre situation individuelle, sur votre service et sur l'hôpital ?

IDE 1 : *« Dans la clinique : rappel sur jour de récupération ».*

IDE 2 : *« Détérioration de la qualité du travail, mauvaise prise en charge des patients et augmentation des risques d'erreur, augmentation des risques d'accident du travail, démotivation et fatigue »*

IDE 3 : *« Devoir remplacer, pallier l'absence. »*

IDE 4 : *« Une fatigue accrue, perte de patience, hyper irritabilité, manque de temps pour voir sa famille. On est de plus en plus sollicité pour remplacer dans les autres services, remplacer des collègues manquants ou des trous dans les plannings. Côté hôpital, une impression grandissante d'être des bouches trous et de n'être rien qu'un chiffre pour les normes dans les services »*

ASQ 1 : *« Pour ma part, plus de charge de travail car il est partagé différemment. Pour le service, il doit trouver du personnel non prévu ».*

ASQ 2 : *« La notion d'équipe a complètement disparu, or c'est ensemble que nous pouvons aborder les problèmes et les résoudre. C'est une notion de partage d'humanité et de soutien indispensables pour tous les soignants. Le fait d'être balancé dans un étage influence le sentiment de non appartenance à une équipe, cela pollue le salarié qui attend chez lui un SMS, chose qui n'était pas possible il y a 10 ans. Les atteintes sur le temps libre du salarié ne permettent pas une sérénité dans la relation avec le cadre. C'est aussi un sentiment d'insatisfaction pour le salarié de ne pouvoir suivre son patient. Toutes les contraintes qui influencent le temps libre du salarié l'empêchent d'avoir une vision optimale et optimiste de son travail »*

8. Pensez vous que la relation avec le cadre de santé peut avoir un effet sur ce phénomène ? Et en quoi les pratiques managériales influencent elles l'absentéisme ?

IDE 1 : *« Oui, si le cadre est absent, lorsqu'il y a des problèmes, vous avez peur d'être livrés à vous même. Nous sommes des anciennes, on a plus d'expérience, on fait face aux problèmes, et on est moins stressé face aux problèmes. Mais pas les nouvelles qui ont besoin d'être guidé. La communication est importante, aussi bien dans les service qu'avec le cadre L'équipe privilégie une communication précise, même si le cadre n'a pas la réponse définitive, mais au moins comprendre le processus. C'est le « Donnant-donnant » : le soignant a tendance a vouloir s'impliquer davantage quand il y a une reconnaissance »*

IDE 2 : *« Je pense effectivement que le management peut avoir un effet sur ce phénomène.*

En commençant par expliquer clairement au salarié, la gestion des budgets, pourquoi donner priorité à tel service etc.. je pense qu'on accepte mieux quand on comprend les choses.

En écoutant davantage les salariés qui sont sur le terrain. On a parfois l'impression d'être "managés" par des bureaucrates qui ignorent beaucoup de choses sur notre métier et les conditions réelles de travail. Le manager a un rôle primordial au sein d'une équipe. Il est censé aider à développer une bonne ambiance de travail. Il doit être à l'écoute et empathique avec son équipe, être accessible, tout en faisant preuve de fermeté lorsque la situation l'impose. Des salariés qui se sentent écoutés, compris, dont le travail est reconnu, feront probablement preuve de davantage de motivation. Discours parfois inadapté de la part d'un manager, manque de diplomatie et de tact. Exemples : Départ d'un membre du personnel / réponse du manager "une de perdue, dix de retrouvées". Réponse du manager lorsqu'il manque du personnel sur un poste : " je n'ai pas de poche magique"...Inégalités / personnes favorisées au niveau des horaires. Reconnaissance insuffisante »

IDE 3 : « *La considération et respect, tout le contraire de ma supérieure actuelle ».*

IDE 4 : « *Oui, mais nos cadres à leur niveau sont obligés de suivre les directives de la direction au niveau des transmissions et du savoir vivre entre les différents acteurs, ils sont croisés entre la Direction et nous, néanmoins une approche plus humaine des soins que par des personnes habituées à de la gestion de chiffre, de profits, on sait bien que le côté humain ne cohabitera pas avec le côté financier, générateur de profit (comme les labos pharmaceutiques) ».*

ASQ 1 : « *Oui, un peu, si le manager est à l'écoute de son personnel. »*

ASQ 2 : « *Je pense que c'est indispensable la proximité d'un cadre vis à vis de ses salariés, il manque en effet le dialogue, la pause du lundi matin me semble un moment de détente et de partage, pour que la cadre puisse prendre la température de la semaine pour ses coéquipiers, et le fait de ne pas avoir ce dialogue isole chacun dans ses parties mais renforcent aussi cette « non appartenance », et idem pour le cadre. »*

THÈME : LES LEVIERS DE LUTTE CONTRE L'ABSENTÉISME

9. Existe il des bonnes pratiques pour lutter contre l'absentéisme ? Lesquelles ?

IDE 1 : « *Être vigilant aux difficultés de chaque membre de l'équipe, avoir de la bienveillance vis à vis de sa collègue. Avoir de la reconnaissance par sa hiérarchie, valoriser les initiatives (N+1, N+2). Le lien avec le chef est important, il peut nous apporter une réponse négative ou positive, mais ne pas rester dans le doute, et pouvoir se projeter. Quand le lien est bon cela permet de fédérer une équipe ».*

IDE 2 : « *Il nous faut de la reconnaissance du travail effectué, la prime d'assiduité est dérisoire. Mise en place de matériels pour aider aux manipulations de charges lourdes avec une meilleure gestion technique // matériel défectueux non réparé ou tardivement. Formation du personnel (lutte contre les TMS, ou problèmes ostéo articulaires liés aux mauvaises postures), sensibilisation du personnel à l'intérêt de la vaccination pour les soignants »*

IDE 3 : « *Reconnaissance professionnelle, augmentation de salaire ».*

IDE 4 : « *Meilleures conditions de travail avec une meilleure gestion de flux, des transferts et des entrées en fonction des ressources en personnel présent et qualifié pour tel ou tel service. »*

ASQ 1 : « *Le dialogue »*

ASQ 2 : « *Encore une fois, le dialogue du lundi matin, c'est un moment convivial qui rassemble et qui fédère. Aussi le manque de lieu convivial, un instant de pause dans une bulle pour permettre au salarié confronté à des difficultés de pouvoir se poser et ainsi récupérer plus vite son potentiel. »*

10. En quoi la reconnaissance du travail impacte t'elle sur l'absentéisme ?

IDE 1 : « *Le donnant-donnant est déjà un symbole de reconnaissance »*

IDE 2 : « *Un travail reconnu et valorisé donnera davantage envie au soignant de s'impliquer et de faire un travail de qualité »*

IDE 3 : « *Quand on se sent valorisé, on a envie de s'investir davantage »*

IDE 4 : « *Si vous ne vous sentez pas reconnu, valorisé ou encouragé par la hiérarchie, le personnel s'investira moins, voire sera démissionnaire par rapport aux capacités personnelles ou collectives qu'il pourra apporter à l'entreprise. »*

ASQ 1 : « *Le soignant félicité viendra plus facilement qu'un autre.»*

ASQ 2 : « *Le dialogue est indispensable, pour remercier le salarié de sa mobilité, de ses efforts parce que c'est lui qui les fait. Cela lui renvoie la notion d'équipe et de soutien. »*

**LES MANAGERS INTERMÉDIAIRES FACE À L'ABSENTÉISME À L'HÔPITAL.
En quoi peuvent-ils contribuer à la réduction de l'absentéisme du personnel
soignant ?**

L'absentéisme tend à constituer un enjeu majeur pour les hôpitaux publics et privés. Il ne s'agit pas uniquement de développer des outils de gestion mais de déployer des leviers de lutte contre l'absentéisme, et une prévention en l'inscrivant dans un cadre global d'amélioration des conditions de travail et de promotion de la qualité de vie au travail. Nous avons cherché à définir et comprendre l'absentéisme afin de mieux l'appréhender. De cette analyse découle le rôle du manager intermédiaire au sein des organisations hospitalières. Les managers intermédiaires apparaissent comme un maillon essentiel pour assurer la cohérence entre les décisions de la hiérarchie et leur exécution. Ces derniers jouent une influence considérable sur les différentes parties prenantes grâce à leur proximité sur le terrain avec les équipes, et grâce à leurs rôles interpersonnels, décisionnels, et de négociateurs. Le but de cette recherche est donc, dans un premier temps, de mieux comprendre l'absentéisme, puis dans un second temps, de préciser l'influence du manager intermédiaire sur la maîtrise de l'absentéisme du personnel soignant.

MOTS CLÉS : Réduction absentéisme, Hôpital Public, Hôpital Privé, Rôle du Manager Intermédiaire

**MIDDLE MANAGERS FACING ABSENTEEISM IN THE HOSPITAL.
How can they contribute to reducing absenteeism?**

Absenteeism tends to be a major issue for public and private hospitals. It is not only a matter of developing management tools but of deploying levers to combat absenteeism, and of prevention by placing it within a global framework of improving working conditions and promoting quality of life at work. We sought to define and understand absenteeism in order to better apprehend it. From this analysis, we explore the role of the middle manager within the hospital organizations. The middle manager appears to be an essential link to ensure coherence between the decisions of the managerial hierarchy and their execution. The latter play a considerable role in influencing various stakeholders through their proximity to the field with the nursing teams, and through their interpersonal, decision-making and negotiating roles. The aim of this research is, first of all, to better understand this notion of absenteeism, and then, in a second step, to specify the role of middle management in its contribution to the reduction of absenteeism of the nursing staff.

KEY WORDS: Absenteism reduction, public hospital, private hospital, role of the middle manager