

Jean-Pierre DANOS ⁽¹⁾
Consultant en organisation,
management et ressources humaines
Cabinet Albedo Conseil

Christine PINCHON ⁽²⁾
Cadre infirmier supérieur
Département Gériatrie du Centre hospitalier de Lourdes

Exemple de résolution de **l'absentéisme** dans le département Gériatrie du **centre hospitalier de Lourdes**

L'**absentéisme** est un problème de plus en plus préoccupant pour les gestionnaires du personnel hospitalier. Cet article apporte le témoignage d'une **expérience réussie de résolution de l'absentéisme**. Dans le cadre d'une démarche de projet et d'une méthodologie proposée et accompagnée par des intervenants extérieurs, un **dialogue constructif et productif** a pu être structuré autour de la question de l'absentéisme. Une **démarche globale**, incluant des actions dans des domaines aussi variés que l'organisation, l'aménagement du temps ou encore la gestion des ressources humaines **a permis de faire baisser l'absentéisme de près de 62 %** et ce de manière durable.

En ce qui concerne le personnel médical affecté, il est de deux praticiens hospitaliers (temps plein + temps partiel), d'un assistant, de deux attachés et d'un interne. En ce qui concerne le personnel non médical, il comprend 109,50 agents (dont 104 soignants).

À titre indicatif, les ratios en personnel soignant sont les suivants :

- à la MAPAD : 0,32 agent ETP par personne soignée ou hébergée ;

L'absentéisme dans la fonction publique hospitalière augmente chaque année et met un certain nombre d'établissements ou de services en difficulté. Ce problème est accru fortement par l'arrivée des 35 heures et par les pénuries d'emploi induites dans certains cas. Ce sujet est bien souvent tabou pour les acteurs concernés : direction dont la direction du personnel, organisations syndicales, encadrement, personnel. De ce fait, ce problème tarde longtemps avant d'être pris en compte. D'une manière générale, il mobilise chez les acteurs concernés des stéréotypes négatifs qui sont des freins puissants au dialogue et donc à la résolution de ce problème. En outre, chaque acteur pense bien plus aux solutions (le plus souvent réductrices) alors qu'aucun diagnostic n'a encore été posé.

Nous proposons dans cet article d'aborder, au travers d'une expérience réussie de résolution de l'absentéisme, une façon plus sereine et donc plus constructive pour aborder ce sujet délicat.

La problématique de départ

Le département de gériatrie du Centre hospitalier de Lourdes

Au moment de la situation aiguë d'absentéisme qui culmine en 1996, le département se compose de trois structures de soins et d'hébergement complémentaires éclatées sur deux sites :

- une unité soins de suite et de réadaptation (moyen séjour), d'une capacité de 30 lits ;
- deux unités de soins de longue durée (long séjour) d'une capacité de 30 lits chacune, soit 60 lits au total ;
- une maison de retraite, ou MAPAD, de 110 chambres individuelles dont 70 lits permettant d'héberger des personnes en cure médicale ; 20 de ces lits regroupés étant divisés en unité comportementale accueillant des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de syndromes démentiels apparentés.

Au total, le département de gériatrie accueille 200 personnes réparties sur ces différentes structures. Celles-ci sont regroupées sur un seul site, à l'exception d'un pavillon de long séjour.

notes

(1) A coordonné l'ouvrage *Négocier la RTT à l'hôpital*, éditions Berger-Levrault (janvier 2002).

(2) Coauteur de l'ouvrage *Négocier la RTT à l'hôpital*, éditions Berger-Levrault (janvier 2002).

- au moyen séjour : 0,75 agent ETP par personne soignée ;
- au long séjour : 0,75 par personne soignée.

Le constat de départ

Le premier semestre 1996 voit se développer un absentéisme important ayant pour conséquences de grandes perturbations :

- sur l'organisation du travail au quotidien (mise en place d'horaires coupés, modification du contenu des postes de travail) ;
- sur le fonctionnement des services d'une manière globale (difficulté de mise en application du projet de vie) ;
- sur la vie personnelle des agents (modifications permanentes du planning : rappels des agents sur leurs repos hebdomadaires) ;
- sur le climat social au sein des équipes (dégradation, plaintes, crise identitaire, sentiment d'absence de reconnaissance).

Cependant, le problème de l'absentéisme s'avère être un véritable sujet tabou dans un premier temps tant au niveau de la direction que du personnel.

Une première prise de conscience du problème se traduit par l'expression de trois rapports adressés à la direction :

- une alerte de la part des représentants du personnel aboutissant à la demande d'une étude sous forme d'un contrat local d'amélioration des conditions et des relations de travail (CACRT) ;
- un rapport du médecin du travail sur les conditions de travail en gériatrie ;
- un rapport de la surveillante-chef du département de gériatrie sur les difficultés de fonctionnement liées à l'absentéisme.

C'est ainsi qu'une demande de CACRT est déposée auprès de la tutelle en octobre 1996 et qu'un avant-projet est argumenté à la DRASS conjointement par le DRH, le médecin du travail, une représentation du personnel et la surveillante-chef.

Les méthodologies utilisées

La mise en place d'un comité de pilotage absentéisme

Ce contrat ayant été accepté, une première démarche est entamée avec le MIDACT (ARACT implantée en Midi-Pyrénées) en janvier 1997 après constitution d'un comité de pilotage avec une représentation tripartite :

- la direction avec la DRH (directeur des relations humaines), le directeur du département Gériatrie,

le directeur du service infirmier ;

- les représentants élus des personnels ;
- les personnels des différentes catégories professionnelles issus des quatre unités de soins, y compris l'encadrement.

Le médecin du travail est également associé à ce groupe, en tant qu'expert.

Ce comité de pilotage est une instance de proposition et de coordination, et non une instance de décision.

Une première phase de prédiagnostic et de recherche d'un conseil extérieur avec le MIDACT

De janvier à mai 1997, huit réunions permettent de réaliser un état des lieux des conditions de travail, d'élaborer un cahier de charges en vue d'une formation-action, de définir des critères d'évaluation des propositions en vue de sélectionner l'organisme extérieur.

La deuxième phase avec un cabinet conseil

Cette seconde phase se réalise de juin 1997 à février 1998 avec une évaluation début 1999.

Les objectifs de l'intervention sont fixés de la manière suivante :

- approfondir le prédiagnostic déjà réalisé, en vue d'établir un diagnostic approfondi ;
 - définir des axes d'amélioration au regard des résultats du diagnostic approfondi et accompagner la mise en place dans les unités de soins.
- Est mis en place le dispositif suivant :
- le comité de pilotage, pivot central de dialogue et de négociation ;
 - deux référents en binôme pour la conduite du projet : le consultant référent et un référent issu du comité de pilotage afin de faciliter la coordination opérationnelle et logistique de la mission ;
 - quatre groupes de travail interdisciplinaires issus de chaque unité et animés en binôme par le cadre de l'unité et un référent issu du comité de pilotage.

La démarche au niveau de la phase diagnostique est présentée en encadré ci-après.

Cette première phase aboutit à une restitution collective du diagnostic complémentaire auprès de l'ensemble des personnels concernés.

Succède alors une deuxième phase de définition d'axes et d'actions destinés à réduire les dysfonctionnements et donc à prévenir l'absentéisme. Elle se déroule essentiellement au travers de séminaires avec le groupe de pilotage ou avec des groupes fonctionnels, constitués *ad hoc* en fonction des thèmes à traiter.

Les grandes lignes du diagnostic

Sont décrits ici les principaux dysfonctionnements.

Un dysfonctionnement majeur : l'absentéisme

Après étude sur trois ans (de 1994 à 1996), on note une évolution importante du phénomène dans toutes les unités et plus particulièrement dans le secteur long séjour : + 172,05 % (soit + 265,89 % dans l'unité A et + 78,22 % dans l'unité B).

Au total, cet absentéisme génère une perte d'effectif de 17 postes ETP sur le département de gériatrie en 1996.

Le nombre moyen de journées d'absence par agent et par an est de 39 jours (38,97). Or, en 1994, le nombre moyen de journées d'absence par agent, dans les établissements hospitaliers de Midi-Pyrénées est de 16,45 jours (étude régionale de la DRASS).

L'écart constaté au regard de cette norme externe est donc de :

$$38,97 - 16,45 = + 22,52 \text{ jours}$$

Le challenge est donc d'obtenir un présentéisme supplémentaire de 22,52 jours par agent.

Au niveau des données qualitatives sur l'absentéisme, celui-ci est concentré surtout chez les ASH (agents de service hospitalier) et les OP (ouvriers professionnels affectés sur la MAPAD). La plus forte dégradation est observée dans cette dernière catégorie : évolution de + 144,40 % entre 1994 et 1996.

Une dette institutionnelle en temps de travail

Autre dysfonctionnement induit par cet absentéisme : une dette institutionnelle majeure en temps due aux agents (heures supplémentaires).

Cette dette s'élève au total à : + 6,592 heures pour la totalité des quatre unités de gériatrie, soit l'équivalent d'un effectif de 3,82 ETP calculé sur une année en référence aux 1716 heures (circulaire S. Weil 39 heures de jour). Autrement dit, les heures supplémentaires permettent de compenser quatre postes sur les dix-sept manquants.

Ce sont surtout les AS qui compensent le plus (+ 4,146 heures, soit 2,4 postes ETP).

Un climat social dégradé

Le questionnaire de climat social fait ressortir un climat dégradé.

Au niveau de la cohérence de l'équipe, le score moyen est de 3,4 sur 6 avec des variations entre les unités allant de 2,7 à 3,6.

Au niveau du climat social ou cohésion de l'équipe, le score moyen est de 3,9 sur 6, avec des variations entre les unités allant de 2,4 à 5.

Les différentes étapes de la démarche diagnostique et les outils utilisés

Grille diagnostique : formée de sept rubriques

Dysfonctionnements clés ou écarts

Projets de service

Le système technique et ses contraintes

La structure du service et la répartition du travail

Les besoins et moyens de coordination

Le système d'information et de contrôle

Le système de pilotage et de décision

Un questionnaire individuel adressé à l'ensemble du personnel en vue de mesurer la cohérence de l'organisation et le climat social.

Une recherche documentaire conduite par l'encadrement et par les services fonctionnels (bureau du personnel) portant sur :

- l'évolution de l'absentéisme dans chaque unité au cours des trois dernières années ;
- l'évolution du *turn-over* dans chaque unité au cours des trois dernières années ;
- l'évolution des demandes de mutation dans chaque unité au cours des trois dernières années ;
- l'analyse des écarts entre les plannings prévisionnels et les plannings réels en 1996.

Des entretiens individuels semi-directifs visant à aborder :

- les points de satisfaction dans le travail ;
- les points d'insatisfaction ;
- les zones de tensions et de conflits dans l'environnement professionnel ;
- les dysfonctionnements dans les décisions ;
- les dysfonctionnements en matière d'information/communication ;
- les zones floues dans l'unité en matière de répartition des tâches et des responsabilités.

Une organisation inadaptée

Au niveau de l'organisation, on observe :

- une parcellisation excessive du travail, notamment sur les fonctions entretien et hôtellerie ;
- un déséquilibre dans la structure des emplois et des qualifications : une trop forte proportion d'ASH et d'OP par rapport à la proportion d'AS et par rapport à la proportion d'IDE (exemple : 16,5 ASH/OP pour 2 IDE sur la MAPAD) ;
- des horaires de travail inadaptés, ne correspondant ni aux besoins des services, ni aux moments de surcharge de travail ;
- un secteur long séjour dispersé sur deux sites géographiques ;

- des glissements de fonctions ;
- des difficultés de coordination ;
- de nombreux changements dans les plannings prévisionnels ;
- un système de rotation du personnel tous les trois mois sur le moyen séjour et une unité de long séjour ;
- etc.

Une gestion des ressources humaines pas assez prévisionnelle

On observe ainsi :

- une carence dans le suivi et la gestion de l'absentéisme : absence d'outils, pas de bases communes entre DRH et encadrement, absence de règles de gestion de l'absentéisme d'où méconnaissance du phénomène de l'absentéisme ;
- l'absence d'une véritable politique de mobilité : pas de dispositif en place pour favoriser la mobilité du personnel notamment entre le département de gériatrie et les autres secteurs de soins de l'établissement. Ainsi, l'ancienneté moyenne des agents en gériatrie est de neuf ans, d'où l'« usure » des individus et des équipes. Par ailleurs, les mouvements de personnel sont trop nombreux, en particulier dans une unité de long séjour qui fait office de « sas d'entrée » à l'hôpital (exemple : cinq départs et sept embauches en 1996 dans ce service) ;
- l'absence de politique antérieure dans les recrutements (d'où déséquilibres dans les emplois et les qualifications et inadaptations dans certains cas) ;
- du personnel non qualifié mis dans des situations à risque (du fait de certains glissements de fonctions) ;
- une politique de formation surtout au profit des personnels les plus qualifiés (cadres, IDE et AS) mais peu ou pas du tout développée auprès des ASH et des OP.

Des projets difficiles à mettre en place

Un projet de département existe : projet médical et projet de vie, mais il est peu intégré par le personnel (trop d'objectifs, objectifs difficiles à atteindre à cause de la surcharge de travail).

Un encadrement en difficulté

On constate un sous-encadrement sur deux unités : au départ, deux cadres se partagent le moyen séjour et une unité de long séjour (pour la gestion du personnel) dont un à mi-temps ; puis un cadre unique pour les deux unités de moyen et de long séjour (60 patients, 45 agents) répartis sur trois niveaux.

Sur un plan plus qualitatif, on note une faiblesse en matière de contrôle : contrôle de la qualité, de la ges-

tion des ressources humaine et du travail, et ce malgré la pratique d'entretiens annuels d'évaluation.

Le plan d'action

Définition des axes d'amélioration

À l'issue du diagnostic, cinq axes d'amélioration sont identifiés dans les domaines suivants par le comité de pilotage et validé par la direction et les instances :

- l'organisation des unités de soins et des postes de travail ;
- l'aménagement du temps de travail ;
- la gestion des ressources humaines ;
- les infrastructures et les matériels ;
- le management, la coordination et le pilotage.

Pour chacun de ces axes, sont définis ou précisés :

- un contenu, soit général –concernant les quatre unités de gériatrie–, soit spécifique à une unité ;
- un délai (à court, moyen ou long terme) ;
- les acteurs qui ont la responsabilité de traiter ces axes ;
- un calendrier (quand ?) ;
- comment les axes seront traités (modalités, outils...).

Priorisation et approfondissement des axes d'amélioration

Au cours d'un second séminaire du comité de pilotage, les axes sont priorisés et approfondis. Nous présentons dans le tableau 1 des exemples d'actions conduites sur l'ensemble de la gériatrie et d'autres spécifiques à certaines unités.

Les actions les plus lourdes et qui génèrent donc les changements les plus importants sont celles relatives à l'organisation du travail, à l'aménagement du temps et à la gestion des ressources humaines. Contrairement à un certain nombre d'idées reçues sur les moyens de résoudre l'absentéisme, les actions relatives aux conditions matérielles de travail n'ont pas une place prépondérante dans le plan de réduction de l'absentéisme. La conception du programme d'action et des études de faisabilité se termine fin 1997. Au total, une cinquantaine d'actions, d'envergure très variable sont définies.

Il faut noter que les mesures d'ordre coercitif tiennent une place mineure dans le programme d'action (uniquement du contrôle médical au regard de certains critères tels que le nombre d'arrêts et leur durée). Une démarche de suivi et d'avancement du programme d'actions est mise en place dans le cadre de la conduite du projet de résolution.

La mise en œuvre des actions s'étale à partir de fin 1997 à jusqu'à fin 1998, certaines actions allant au-delà (notamment au niveau des infrastructures).

1

tableau Exemples d'axes et d'action d'amélioration

	Organisation des unités et des postes de travail	Aménagement du temps de travail	Gestion des ressources humaines	Infrastructures et matériels	Management coordination pilotage
Ensemble de la gériatrie	Définir les profils de postes et toutes les fiches de postes de travail (en réorganisant le travail). Définir des règles d'entraide.	Mettre en place des horaires décalés avec plages horaires libres.	Établir un plan de résorption des capitaux horaires. Mettre en place des outils de suivi et de gestion de l'absentéisme. Mettre en place une gestion prévisionnelle de la mobilité.	Accélérer l'équipement en mobilier ergonomique. Mettre en œuvre différents travaux. Organiser une maintenance préventive des installations. Renforcer les équipements de communication.	Définir un plan stratégique annuel. Définir des règles de gestion des plannings communes. Améliorer les transmissions. Définir un calendrier annuel de réunions entre la gériatrie et l'hôpital.
Applications spécifiques	MAPAD Meilleure répartition des postes AS entre le jour et la nuit. Spécialisation des trois OP sur la fonction entretien.			Création d'un dépositaire dans les unités de moyen et une unité de long séjour.	

Les résultats

On observe des résultats non seulement sur l'absentéisme lui-même mais également dans beaucoup d'autres domaines.

Les évolutions de l'absentéisme

Dès le début de la mise en œuvre des premières actions, l'absentéisme chute fortement.

Sur le niveau d'absentéisme, avant la mise en place du CACRT, on notait 38,97 jours d'absence par agent par an, et, depuis son instauration, on observe une diminution de 62 %, soit 14,7 jours, obtenue trois à quatre mois après et durable depuis.

Tous les types d'absentéisme sont en baisse : maladie ordinaire, CLM, CLD, accident du travail, etc. On observe également une réduction significative de la fréquence des arrêts chez certains agents, signe de l'amélioration de la satisfaction au travail.

Les autres évolutions et résultats obtenus

En dehors des effets concrets sur l'absentéisme en particulier, cette démarche a suscité :

- une réelle prise de conscience collective des problèmes rencontrés et de leur implication à différents niveaux : niveau du personnel sur le terrain, niveau de l'encadrement, niveau de la direction. Cette prise de conscience témoigne d'une vision partagée et objectivée de la situation, qui est à la base de la

construction du dialogue ainsi que d'une réelle capacité collective à intervenir sur des problèmes sociaux difficiles ;

- l'amélioration significative du climat social grâce au développement d'une relation de confiance entre les différents acteurs ;
- la création d'une dynamique d'équipe avec une responsabilisation croissante de chacun ;
- des potentialités individuelles accrues en termes de dynamique de changement (certaines personnes ont pu révéler des compétences et des motivations jusque-là ignorées) ;
- des (re)cadrages identitaires entre les différentes catégories œuvrant autour de la personne âgée : meilleure reconnaissance des professionnels entre eux, de leurs différences et de leur complémentarité. Ceci a permis une amélioration significative des relations socioprofessionnelles ;
- la relance d'une dynamique de projets sur l'ensemble du département de gériatrie. Ainsi, depuis on a pu assister à la mise en œuvre du projet de vie et du projet de soins, à la définition du projet de restructuration du département Gériatrie, à la mise en place d'un nouveau projet restauration (transversal sur l'établissement), etc.
- une habitude du dialogue constructif, qui a pu s'exprimer à l'occasion du passage aux 35 heures, notamment entre le personnel et l'encadrement, entre l'encadrement et la direction.

Conclusion

Nous retiendrons surtout les principes d'action de cette démarche d'intervention.

Un des principes clés a été la concertation permanente avec l'ensemble des acteurs concernés dans une approche constamment interdisciplinaire. Par exemple, les problèmes d'organisation de la fonction infirmière ont été traités en associant les autres catégories de personnel.

Un autre principe suivi est celui d'une démarche participative déclinée à trois niveaux : le niveau de l'établissement à travers l'instance CTE, le niveau global du département de gériatrie à travers le comité de pilotage CARCT et enfin le niveau spécifique de chacune des quatre unités de gériatrie à travers des groupes de travail interdisciplinaires.

La réussite de la résolution de l'absentéisme a été

fondée sur un faisceau d'actions coordonnées ciblées sur différents facteurs d'absentéisme identifiés. On voit bien à travers cette expérience qu'aucune action isolée en elle-même n'est susceptible de résoudre un problème aussi complexe que celui de l'absentéisme. En ce domaine, le modèle cartésien « une cause/un effet » s'avère totalement inadapté. Il faut lui préférer le modèle « plusieurs causes/plusieurs effets » avec effets circulaires (ou rétroactions).

Un facteur clé de la réussite a été le délai et la vitesse de réalisation du projet, malgré l'envergure de certaines actions.

À ce jour, cependant, toutes les actions prévues au moment du programme de réduction de l'absentéisme n'ont pas encore été réalisées mais restent inscrites dans les perspectives. •

Centre
de Recherche
et de Formation

Michel Vogler

Vous recherchez un organisme compétent pour :

- > Mieux gérer le temps de travail
- > Optimiser l'organisation
- > Vous accompagner dans la démarche qualité

Contactez-nous

Formation, Conseil, Audit

Plus de 300 établissements nous ont fait confiance

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION MICHEL VOGLER (SA)

2, rue Sellénick - 67000 Strasbourg - Tél. : 03 88 35 22 22 - Fax : 03 88 36 26 66

site : www.crf-vogler.com - email : crf@crf-vogler.com