

POLITIQUES &
MANAGEMENT
PUBLIC

Politiques et management public

Vol 29/3 | 2012
L'action publique en crise(s)?

Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants

Hospital reforms and crisis: a study of the links between hospital reforms and absenteeism of the nursing staffs

Laurent Brami, Sébastien Damart et Frédéric Kletz



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pmp/5551>
ISSN : 2119-4831

Éditeur

Institut de Management Public (IDPM)

Édition imprimée

Date de publication : 15 septembre 2012
Pagination : 541-561
ISBN : 978-2-7430-1437-7
ISSN : 0758-1726

Référence électronique

Laurent Brami, Sébastien Damart et Frédéric Kletz, « Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants », *Politiques et management public* [En ligne], Vol 29/3 | 2012, mis en ligne le 15 février 2015, consulté le 06 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pmp/5551>

Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants

13

► **Laurent Brami^a, Sébastien Damart^{b*} et Frédéric Kletz^c**

^aErgonome, Cellule ACORT, Pays de la Loire,
CH Cesame d'Angers, 27 route Bouchemaine - 49130 Sainte Gemmes sur Loire.

^bProfesseur des Universités, Université de Rouen, IAE, NIMEC,
3 avenue Pasteur - 76186 Rouen.

^cChercheur au Centre de Gestion Scientifique et Enseignant en Gestion
à MinesParisTech, 60, Bd St-Michel - 75272 Paris Cedex 06.

Résumé

L'absentéisme des personnels soignants des établissements de santé français est un phénomène en croissance et au niveau très élevé relativement aux chiffres du secteur industriel ou de l'ensemble du champ de la fonction publique. Les recherches sur l'absentéisme en général et sur l'absentéisme hospitalier en particulier ont en commun de montrer la part significative des facteurs exogènes pour expliquer le phénomène. Or, le secteur hospitalier a connu ces dernières années de multiples réformes qui visaient à le transformer en profondeur. Dans ce contexte, les établissements ont modifié leurs organisations du travail, et ont conçu de nouveaux leviers pour gérer les ressources hospitalières. L'objet de cet article est de montrer, à travers les résultats d'une recherche-intervention réalisée dans dix établissements de santé, les possibles impacts des réformes hospitalières sur l'accroissement de l'absentéisme des personnels soignants dans les établissements de santé.

© 2012 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Mots clés : Hôpital, réformes hospitalières, absentéisme, organisation du travail.

Abstract

Hospital reforms and crisis. A study of the links between hospital reforms and absenteeism of the nursing staffs. Absenteeism of health care nurses in French public hospitals is getting higher year after year and is relatively more important than in other public services sectors.

*Auteur correspondant : sebastien.damart@univ-rouen.fr

doi :10.3166/pmp.29.541-561 © 2012 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Research on absenteeism generally shows the influence of exogenous factors on the phenomena while the recent French health policies reforms have deeply changed health organizations. In this context, hospitals transform their design of work in order to use with more efficiency the public resources. This article intends to show the potential influence of the recent French health care sector reforms on absenteeism increase. © 2012 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Keywords : Hospital, public health policies reforms, absenteeism, organizing.

Introduction

Dans un rapport de la Cour des comptes datant de 2009, il est noté que l'absentéisme hospitalier est un phénomène d'une ampleur particulière au regard des données relevées dans la fonction publique en général. Sur la période 2001-2005, il s'élève à 25,4 jours en moyenne par agent, toutes catégories de personnels et tous motifs confondus, contre 13 jours par agent dans la fonction publique (Cour des Comptes, 2009). Le même rapport note que les dépenses de personnels représentent en moyenne 66 % des charges d'exploitation des établissements de santé et conclut que, dans des contextes de réformes visant à rationaliser l'utilisation des ressources publiques, la réduction de l'absentéisme est devenue un enjeu majeur.

Les définitions de l'absentéisme sont multiples et c'est d'ailleurs l'une des difficultés des recherches sur le sujet. La variété des situations d'absence et la complexité des facteurs qui les produisent amènent nécessairement à construire des définitions de l'absentéisme révélant des modélisations du phénomène très hétérogènes et s'appuyant sur des corps d'hypothèses variées. L'Anact (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) en introduction d'un guide méthodologique publié en 2007, indique par exemple que « l'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail entendues au sens large (les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc.). » (Anact, 2009). Leteurtre (1991) définit les absences comme pouvant « sans que la certitude ne soit jamais faite – révéler un comportement de fuite devant le travail, résultant soit d'un rejet de celui-ci (cause objective liée au travail ou à son organisation), soit d'un arbitrage entre obligations ressenties de sens contraire (exigence morale d'aller au travail ou exigence morale affective de garder son enfant malade) ou encore de désirs de sens contraires (désir de retrouver le groupe et désir de se retrouver dans un univers autre que celui du travail) ».

Or, très souvent, les textes qui analysent l'absentéisme retiennent une acception univariée de l'absentéisme (analyse de l'impact d'une seule variable, comme par exemple l'âge de l'agent) et souvent exogène à l'organisation (par exemple, l'évolution de la valeur travail dans la société).

Ce dernier point pose question pour le cas particulier des établissements de santé. Ces dernières décennies en France, les réformes du secteur hospitalier ont conduit à des transformations importantes des organisations et des conditions du travail. La mise en place de la réforme du financement des établissements hospitaliers (dite T2A), accompagnée par la réforme de la gouvernance et, encore plus récemment, par la loi HPST¹ ont soumis les

¹ Hôpital, patients, santé et territoires.

établissements de santé à une pression budgétaire forte et ont conduit à l'émergence de situations financières parfois très tendues, qui se sont traduites, dans de nombreux établissements, par la signature de contrats de retour à l'équilibre. Dans ce contexte, que certains qualifient de crise (Mordelet, 2006), les établissements tentent de modifier leurs organisations du travail et de concevoir de nouveaux leviers pour gérer les ressources hospitalières.

La mise en place de ces nouveaux schémas de fonctionnement a conduit à des situations - plusieurs fois repérées par différents auteurs - d'épuisement professionnel, de *burn-out*, ou d'absentéisme (Manoukian, 2009 ; Estryn-Behar, 2008), révélateurs de situations d'insatisfactions profondes (Rad et De Moraes, 2009), mais conduisant également à des dysfonctionnements importants des organisations. Ils posent ainsi la question de la capacité des organisations de santé, dans ces contextes, à maintenir des niveaux de qualité de soins acceptables (Weisse, 1992 ou Leape *et al.*, 1995 par exemple).

L'objet de cet article est de faire l'étude des liens entre les réformes hospitalières conduites dans le secteur depuis plusieurs années en France et l'absentéisme des personnels soignants. En nous appuyant sur une recherche-intervention réalisée en collaboration avec dix établissements de santé entre 2009 et 2012, nous tentons de montrer que le contexte des transformations des établissements de santé les a conduits à produire des environnements propices à la survenance de situations d'absence répétées et à un accroissement du phénomène d'absentéisme.

Notre démonstration procède en trois temps. Nous faisons dans une première partie une revue de littérature sur les travaux de recherche portant sur l'absentéisme des personnels soignants. Cette littérature, très abondante, concerne essentiellement la recherche des facteurs explicatifs de l'absentéisme dans les entreprises en général. Des travaux dans le champ des établissements de santé sont repérés et quelques auteurs mettent en avant les spécificités de l'absentéisme hospitalier. Certains, très peu nombreux, montrent en particulier différents impacts des réformes hospitalières sur la gestion des ressources humaines. Un second temps de notre démonstration porte sur une caractérisation, de façon résumée, des réformes du secteur des établissements de santé ces dernières décennies. Nous tentons de montrer comment elles ont contribué à sensiblement modifier les organisations du travail. Un troisième et dernier temps de l'article est consacré à la présentation de la recherche-intervention évoquée plus haut. Nous présentons les objectifs de la recherche, la méthodologie et les principaux résultats. Ceux-ci indiquent que les réformes engagées, et en particulier la montée des contraintes d'équilibre financier, ont conduit à un accroissement de l'absentéisme des soignants. Elles n'ont notamment pas permis la mise en place d'outils adaptés à l'évaluation de l'absentéisme, ni la mise en œuvre d'une gestion de l'absentéisme par les compétences. Dans des organisations mal préparées à absorber ces réformes, elles ont également conduit à ancrer des stratégies de gestion des effets de l'absentéisme paradoxalement génératrices d'absentéisme.

1. Absentéisme, absentéisme hospitalier et impact des réformes hospitalières : une revue de la littérature

Nous mobilisons au service de notre analyse trois types de littérature sur l'absentéisme. Un premier ensemble de travaux concerne l'absentéisme en général : ces travaux, très nombreux, ont pour l'essentiel concerné les facteurs explicatifs de l'absentéisme en pre-

nant en compte des explications liées aux individus, au métier, à l'organisation du travail et aux politiques de gestion des ressources humaines. Nous avons également identifié une littérature focalisée sur l'absentéisme hospitalier (essentiellement des personnels soignants, point qui nous intéresse plus particulièrement) décrivant celui-ci comme une problématique spécifique liée aux caractéristiques de l'activité de soins. Enfin, nous faisons état d'une littérature beaucoup moins foisonnante, mais utile pour la suite, sur les liens entre des contextes de réformes du secteur des établissements de santé (pas uniquement en France) et la gestion des ressources humaines et l'absentéisme.

1.1. L'absentéisme : une littérature ancienne et foisonnante

L'absentéisme constitue une cause de perturbation du fonctionnement des organisations qui complexifie la prise en charge de l'activité. Il conduit à s'interroger sur son origine et les possibilités pour le maîtriser, voire pour le réduire. C'est pourquoi ce champ a été très tôt investi par la recherche en sciences de gestion, en psychologie ou en sociologie du travail. Les premières enquêtes d'E. Mayo dans les années vingt, tentent déjà d'établir des liens entre l'absentéisme (et d'autres indicateurs) et les conditions de travail, tandis que dès 1931, la question du coût de l'absentéisme et des accidents du travail est abordée (Heinrich, 1931). Preuve de l'attention ancienne portée au phénomène d'absentéisme dans les organisations, celui-ci est depuis très longtemps précisément caractérisé et catégorisé (Forssman, 1955), selon son type (maladie, accidents, congés, absences sans autorisation préalable, absence non motivée), sa fréquence et sa gravité. En revanche, le traitement des causes de l'absentéisme est très généralement fruste et les études constituent souvent davantage un état sanitaire des ouvriers du secteur industriel qu'une tentative de compréhension de la notion de désengagement de l'organisation.

L'étude des causes de l'absentéisme est complexe. Deux difficultés au moins doivent être prises en compte (Léonard *et al.*, 1987). En premier lieu, l'absence est une variable multidimensionnelle et la mesure du phénomène n'a rien d'évident. Il existe plusieurs modes de calculs possibles de l'absentéisme et les auteurs notent que certaines observations conduisent à des évaluations totalement discordantes les unes des autres. Cela conduit à remettre sérieusement en cause la fiabilité des inférences statistiques qu'il est possible de réaliser et par la suite la robustesse des liens causaux entre absentéisme et différents facteurs. En second lieu, les auteurs notent la variété des facteurs que la littérature met en évidence. Il semble nécessaire d'utiliser des modélisations qui ne reposent pas uniquement sur l'analyse d'un seul facteur, d'où un degré de complexité supérieur. Les études portant sur des explications unidimensionnelles de l'absentéisme sont néanmoins nombreuses dans la littérature. Dans le cadre d'une étude portant sur les gardiens de prison au Canada, un lien fort entre la durée de travail et l'absentéisme a été mis en évidence (Venne, 1997) : lorsque la journée de travail est allongée de 8 heures à 12 heures pour un nombre de jours travaillés moindre (horaires dits « compressés »), l'absentéisme est plus fort. Ce travail intéressant rappelle d'autres travaux, que nous évoquons plus loin, portant sur l'impact de la réforme des 35 heures sur les établissements de santé. D'autres auteurs montrent l'influence des caractéristiques d'un métier (autonomie, variété des compétences, feedback, etc.) sur l'absentéisme (contexte des centres d'appels téléphoniques) (Schalk *et al.*, 2007). Certains de ces travaux sont repris par les recherches portant sur l'absentéisme des personnels soignants dont l'un des facteurs explicatifs mis en lumière est les caractéristiques d'un métier particulièrement complexe et

exigeant en terme de coordination. D'autres travaux ont mis en évidence l'effet de la cohésion de groupe sur l'absentéisme. Lorsque la cohésion est présumée forte, c'est-à-dire, dans le modèle des auteurs, lorsque la part d'employés à plein-temps est importante et lorsque la mixité de sexe est faible, alors les taux d'absentéisme sont plus faibles (Sanders et Nauta, 2004). Enfin, certains travaux se sont intéressés aux impacts du style de langage des managers sur l'absentéisme (Mayfield et Mayfield, 2009), les auteurs montrant ainsi l'influence de la dimension motivationnelle du langage managérial sur les taux d'absentéisme.

Ces exemples non exhaustifs illustrent la grande variété des facteurs expliquant les variations de l'absentéisme. Ils illustrent également, qu'en dépit de sa caractéristique systémique et multi-dimensionnelle, l'absentéisme a de nombreuses fois été exploré sur un plan unidimensionnel.

D'ailleurs, différentes recherches ont insisté sur la vacuité des modèles et des théories univariés (Farrell et Stamm, 1988) et ont appelé à explorer des facteurs davantage organisationnels, tels que les dispositifs et les conditions que les organisations mettent en place. La recherche de Krausz et Freibach (1983) montre par exemple que le lien entre satisfaction au travail et sexe n'est totalement expliqué que lorsqu'est prise en compte la variable indiquant le degré de flexibilité du temps de travail, autrement dit une variable décrivant la façon dont l'organisation fonctionne, elle-même conditionnée par les règles de la Fonction publique hospitalière et les réformes mises en place. Ce type de littérature donne donc de la force aux arguments que nous tentons de développer dans cet article puisque les modalités prises par les variables décrivant l'organisation sont précisément pour partie déterminées, dans le secteur des établissements de santé en France, par les réformes institutionnelles décidées par les autorités de tutelle.

Par « variables décrivant le fonctionnement des organisations », nous pouvons entendre : politiques de mobilité, dispositifs mis en place pour gérer ou réduire l'absentéisme, modalités de coordination entre acteurs, etc. Dalton et Todor (1993) proposent précisément une modélisation liant les politiques de mobilité, les politiques de réduction de l'absentéisme, le taux d'absentéisme et le taux de *turn-over*. Les auteurs montrent qu'il existe des leviers managériaux ayant une influence sur le *turn-over* et que ces leviers sont de deux types : ceux portant sur la mobilité et ceux portant sur l'absentéisme. Deux catégories de politiques de réduction de l'absentéisme sont envisagées selon qu'elles sont d'inspiration libérale (et permissives : Dilts *et al.* -1985- ont montré que dans certains cas, la « permissivité organisationnelle » pouvait conduire à diminuer l'absentéisme) ou d'inspiration conservatrice (systèmes de sanction forts). La lecture du rapport de la Cour des comptes de 2009, évoqué plus haut, laisse apparaître que le contrôle des absences est peu fréquent dans les établissements de santé. En même temps, les entretiens que nous avons réalisés, nous le verrons, insistent sur l'augmentation de la charge de travail des soignants, sollicitant fortement les agents, ce qui justifie de fait et en contrepartie le faible recours au contrôle. Le concept de permissivité organisationnelle légitime pose donc probablement question dans les contextes de notre recherche.

Une autre littérature porte cette fois spécifiquement sur l'absentéisme des soignants dans les établissements de santé. Elle réintroduit les caractéristiques particulières de l'activité des soignants.

1.2. L'absentéisme dans les établissements de santé

Davey *et al.* (2009) ont réalisé une revue de littérature systématique portant sur l'absentéisme des personnels soignants dans les établissements de santé. Ce travail nous donne quelques indices sur les liens entre réformes hospitalières et absentéisme. Les

auteurs notent que huit catégories de variables sont utilisées pour caractériser ou explorer l'absentéisme soignant : l'assiduité attendue des soignants, les attitudes par rapport au travail, l'intention de rester ou de partir, le stress ou l'épuisement professionnel, les caractéristiques des pratiques de management, les pratiques de gestion des ressources humaines, les caractéristiques démographiques des soignants, les caractéristiques du travail. On observe ainsi que si les variables retenues ici ne pointent pas directement le rôle des réformes hospitalières, celles-ci jouent vraisemblablement à un méta-niveau, poussant les établissements à revoir leurs organisations (GRH, organisation du travail...), changements repérés comme ayant un impact sur l'absentéisme.

Les attitudes au travail sont dans plusieurs études liées à la satisfaction au travail, qui apparaît comme un facteur clef pour retenir la main-d'œuvre très qualifiée dont les organisations de santé ont besoin (Rad et De Moraes, 2009). Ceci constitue donc une piste pour orienter les politiques RH des établissements. Kaldenberg et Regrut (1999) trouvent des liens positifs entre la satisfaction au travail et la satisfaction des patients, ce qui est de nature à expliquer la foison de travaux portant sur le thème de la satisfaction des employés à l'hôpital (Matrunola, 1996).

L'intention de partir ou de rester ramène à la question de l'engagement au travail même si Davey *et al.* (2009) montrent que les travaux en la matière conduisent à des résultats très hétérogènes voire contradictoires. Ainsi, le concept de « norme d'absence acceptable » comme facteur déterminant l'intention de partir ou rester est important dans des organisations où la culture est pour partie fondée sur la continuité du service (Gaudine et Gregory, 2010). À l'inverse, Hackett *et al.* (1989) ont proposé une étude longitudinale portant sur l'absentéisme infirmier à l'hôpital, dans laquelle ils montrent que la perception par une infirmière présente de la pertinence des événements pouvant donner lieu à absence ne permet pas d'expliquer les absences effectives, nuancant sensiblement l'idée de l'existence de normes structurant les comportements d'absentéisme dans les établissements de santé. Ce faisant, nous nous posons la question de l'impact des transformations des établissements sur la fabrication des normes sociales au sein des équipes de soignants. La recherche de Hackett *et al.* (1989) tendrait à montrer que quel que soit le niveau et le sens de cet impact, l'absentéisme des soignants est de toute façon faiblement influencé par les normes sociales en la matière.

Les recherches sur le stress ou l'épuisement professionnel des soignants font référence aux situations particulières des soignants mises en évidence par le modèle de Karasek (1979) : les soignants ont des latitudes décisionnelles faibles pour faire face à une demande sociale et à une activité très importante ; ces caractéristiques nous intéressent dans un contexte de réformes contraignant de plus en plus les marges dont disposaient auparavant les soignants (Noguera et Lartigau, 2009), par exemple dans la gestion des absences. Notons que l'effet d'un accroissement des marges relatives à la gestion des absences (par la multiplication des dispositifs mis en place pour gérer les absences, comme le remplacement par du personnel de remplacement) sur l'absentéisme n'est pas évident. Divay (2012) montre par exemple, à l'aide d'une étude ethnographique d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), que l'arrivée de personnels contractuels pour remplacer les soignants absents a, paradoxalement, considérablement augmenté la charge de travail et conséquemment les situations d'épuisement des présents.

Au final, la littérature sur l'absentéisme hospitalier, sans traiter directement la question de l'impact de réformes des conditions et des organisations du travail dans les établissements

de santé sur l'absentéisme des soignants, ne l'évacue pas complètement. Une littérature beaucoup moins foisonnante montre les liens entre réformes et gestion des ressources humaines dans les établissements de santé.

1.3. Impact des réformes hospitalières sur la GRH et l'absentéisme

Dans la lignée des travaux montrant la complexité et les spécificités de la gestion des organisations de santé (Mintzberg, 1997), différents indices sont de nature à justifier de traiter l'absentéisme à l'hôpital comme une problématique d'absentéisme spécifique.

En premier lieu, les organisations de santé ont connu dans le monde entier des réformes importantes (relevant souvent des mêmes logiques que le cas français) et celles-ci ont conduit à des changements dans les organisations du travail très importants. Nous revenons plus loin sur ce point, car il est central dans notre démonstration.

En second lieu, les organisations de santé sont caractérisées par des exigences de continuité de service. Taunton *et al.* (1994) montrent que le respect de ces exigences est compromis par l'absentéisme. Les auteurs analysent le lien entre la qualité des soins et la continuité de service d'une part, et l'absentéisme, le morcellement des unités hospitalières sur plusieurs sites, et l'accroissement de la charge de travail d'autre part. Les résultats montrent que l'absentéisme des personnels soignants est pour partie spécifiquement lié aux évolutions que connaissent les établissements de santé et à l'impact de ces évolutions sur la qualité des soins et la continuité de service. D'autres auteurs analysent ce même lien dans d'autres contextes que le cas français.

Buchan (2000) étudie ainsi l'impact des réformes hospitalières en Grande-Bretagne, au cours des années 90, sur la gestion des ressources humaines. Les réformes ont essentiellement porté sur la décentralisation de la responsabilité managériale, l'autonomie des hôpitaux, et enfin l'introduction de marchés intérieurs (mise en place de facturations internes et mise en concurrence de services de différents établissements) ou la mise en compétition de prestataires de services internes aux établissements. L'auteur note que ce sont sur les politiques de recrutement que les impacts des réformes ont été les plus significatifs. La décentralisation a conduit à une baisse importante des niveaux de compétences requis lors des recrutements. Buchan (1992) avait montré que les programmes de maîtrise des coûts les conduisaient souvent à opter pour des altérations des niveaux de compétences, quand d'autres études montraient les liens entre qualité des soins et niveaux de compétences et de grades dans les équipes des soignants des hôpitaux (Carr-Hill *et al.*, 1992). Les décentralisations britanniques ont également conduit à accroître la part relative des personnels administratifs et de management, renforçant ainsi le caractère bureaucratique des établissements de santé (pour assurer des missions jadis prises en charge à un niveau national, centralisé). Ce faisant, le secteur des établissements de santé a perdu de la lisibilité du fait de la réduction de l'accès aux bases de données centralisées. L'évaluation des actions liées à la gestion des ressources humaines est donc devenue plus incertaine et moins fiable.

À l'instar du cas britannique, la décentralisation et l'introduction de nouveaux mécanismes d'allocation de ressources sont au cœur de nombreuses réformes du secteur hospitalier. Les pays en développement ou ceux de l'ancien bloc communiste en Europe ont connu ces réformes et un grand nombre de travaux mettent en évidence les effets de ces

politiques sur l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines. Le travail de Garcia-Prado et Chawla (2006) nous intéresse en ce qu'il lie réformes hospitalières au Costa Rica et absentéisme. Le système de santé du Costa-Rica était avant les années 90, comme de nombreux autres pays, très centralisé. L'allocation des ressources aux établissements de santé y était assurée par le gouvernement en fonction de l'évolution historique des dépenses des établissements. Les réformes ont donc principalement consisté à conférer aux établissements de l'autonomie et à établir des contrats de comportements financiers vertueux avec le système d'assurance-maladie. Elles ont également consisté en l'introduction de « contrats de management » portant par exemple sur le non-remplacement des personnels soignants absents. Garcia-Prado et Chawla montrent, sur un échantillon de 29 établissements de santé, que les réformes ont globalement eu un impact négatif sur l'absentéisme. Dans les grands établissements, pour lesquels la demande de soins est très importante, l'introduction des « contrats de management » n'a pas conduit à diminuer l'absentéisme, loin s'en faut. Les auteurs expliquent que le mécanisme de pression sociale en interne, qui aurait pu conduire à ce que le non-remplacement des absents diminue les absences, n'a pas été enclenché, en particulier parce qu'aucun dispositif d'incitation (financière) complémentaire n'a été mis en place. En outre, l'absence de remplacement des absents a conduit à augmenter la charge de travail et à encourager davantage l'absentéisme. Au final, les réformes au Costa-Rica n'ont pas transformé les cultures des établissements de santé et il en a résulté une augmentation importante de l'absentéisme.

En France cette fois, une étude réalisée pour la DRESS en 2003, montre que le passage aux 35 heures dans les établissements de santé français a significativement intensifié le travail (Tonneau, 2003). Les effectifs sont ainsi perçus comme étant insuffisants. La Cour des Comptes (2009) montre dans le même temps que des situations de sureffectifs demeurent dans beaucoup d'établissements. À la suite de la réforme du temps de travail dans les établissements de santé, Tonneau (2003) indique que deux hypothèses se sont opposées : (1) les jours de RTT allaient permettre aux agents de disposer de plus de temps libre, ce qui à moyen terme conduirait à faire baisser l'absentéisme ; (2) la réduction du temps de travail allait intensifier le travail, renforcer les sentiments de frustration, augmenter la charge et finalement faire croître l'absentéisme. Au final, les résultats de la recherche (sur l'échantillon d'établissements pris en compte pour l'étude) semblent montrer que la baisse d'absentéisme n'a pas eu lieu et que c'est donc plutôt l'hypothèse (2) qui l'a emporté.

On voit donc, au total, que la littérature sur l'absentéisme ne s'est en effet guère intéressée pendant longtemps à ses liens avec le contexte institutionnel découlant des choix arrêtés par les autorités de tutelle. Cependant plusieurs auteurs ont plus récemment étudié, dans des contextes essentiellement étrangers, l'impact des réformes hospitalières sur les organisations du travail et sur l'absentéisme du personnel. Les réformes ont soit modifié directement les organisations (autonomisation, décentralisation, intensification du travail...), soit orienté certains choix organisationnels (pression sur les effectifs, évaluation sur des indicateurs à couleur financière...). Cela a pu créer des conditions de travail plus difficiles à vivre pour les agents et conduire à une augmentation de l'absentéisme. Nous donnons dans la partie suivante un aperçu général du contexte actuel de transformation des établissements hospitaliers français, afin de saisir ce qui se joue en termes d'organisation des unités de soins et de comprendre les nouvelles règles qui s'imposent progressivement aux établissements.

2. Les réformes hospitalières et la gestion publique en toile de fond de l'absentéisme

La revue de littérature nous autorise à considérer l'hypothèse suivante : l'absentéisme ne révèle pas seulement une difficulté personnelle d'un agent (maladie, problème social, etc.), mais renvoie avant tout à une problématique organisationnelle : une organisation du travail jugée inadaptée à l'activité et dont le décalage devient trop pesant, un mode de management qui n'est pas compris ou accepté, ou une perte de repères au sein de l'établissement dus à des réformes hospitalières dont on ne saisit pas forcément le sens. Ce dernier point est notre objet d'étude. Il apparaît donc nécessaire de s'arrêter sur le contexte de transformation des structures hospitalières, et sur la place qu'y occupent les logiques économiques.

Ces dernières années ont été marquées par un profond changement dans les modalités de gestion et l'équilibre des logiques en présence dans les établissements hospitaliers. De nombreuses recherches ont décrit et analysé la montée en puissance de la logique de « performance », avec notamment la mise en place de la T2A et l'instauration d'un processus de rationalisation des organisations du travail (Bérard, 2009 ; De Pourville, 2009 ; Elbaum, 2010). Les réformes qui se sont succédé ont bouleversé le paysage hospitalier et ont profondément remis en cause les paradigmes en vigueur : émergence de nouveaux périmètres d'application des politiques hospitalières (Saout, 2010); introduction de nouveaux concepts tels le management, les performances hospitalières ou encore les process qualité; arrivée de nouveaux professionnels et de nouvelles approches (contrôle de gestion, GRH, etc.). Ainsi, d'une séparation à peu près claire entre établissements publics et cliniques privées, avec des modalités d'organisation, de management et de financement très différentes, a émergé progressivement un déplacement des frontières et un brouillage du paysage, marqué notamment par un processus de convergence progressif du mode de financement, et la fin de plusieurs spécificités. Le terme même de service public hospitalier n'occupe plus aujourd'hui la même place dans les nouveaux textes tels que la loi HPST, et certains auteurs avancent l'idée d'une privatisation de l'hôpital public (Couty, 2010). Que l'on soit d'accord ou non avec ces thèses, il apparaît aujourd'hui indéniable que l'hôpital public connaît une période de rupture avec les schémas idéologiques, économiques et organisationnels qu'il avait connus dans le passé, et que sa place dans le système de santé est en train d'être profondément révisée. Il est tout aussi indéniable que ces transformations modifient la représentation qu'en ont les patients, mais également les professionnels.

Les modifications appartiennent ainsi non seulement au registre des réalités vécues sur le terrain, mais également touchent à des enjeux plus symboliques qui s'avèrent tout aussi importants. Les agents ne peuvent plus voir leur lieu de travail et d'exercice de leurs compétences comme dans le passé. Ils ont basculé dans un autre rapport au travail et à l'organisation. Les termes de *burn-out*, d'épuisement professionnel, de stress ou de souffrance au travail se sont répandus dans l'univers hospitalier, et les enquêtes professionnelles sur les conditions de travail du personnel soignant l'ont particulièrement bien fait apparaître ces dernières années, en montrant par exemple que 35 % des infirmiers abandonnent leur métier précocement (avant 55 ans) (Estryn-Behar, 2008).

Les réformes ont touché tous les aspects de l'organisation hospitalière et des modes de régulation du monde de la santé. En 2003, le Plan Hôpital 2007 a placé la question de l'organisation dans un nouvel espace de légitimité, qu'elle n'avait jamais vraiment connu jusqu'alors. Il a marqué l'aboutissement d'un nouveau mode de financement (T2A), qui

introduit la notion de « tarif » des produits hospitaliers, et celle de « déficit » (ou de bénéfice) des hôpitaux. Il a également introduit l'idée qu'une nouvelle forme de gouvernance était possible dans l'hôpital. Ainsi la mise en place d'une organisation en pôles d'activité, est venue s'ajouter aux unités qui avaient marqué les fonctionnements des établissements depuis des générations, voire parfois remplacer les services hospitaliers eux-mêmes.

La loi HPST, votée en 2009, va quant à elle renforcer certaines évolutions organisationnelles engagées précédemment (ancrage territorial des décisions, organisations en pôles, etc.) et introduire de nouveaux changements, comme notamment le passage d'une tutelle orientée sur l'hôpital (Agence Régionale de l'Hospitalisation ou ARH) 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.

Bref, de tous côtés, l'hôpital public voit ses fondements, fruits d'un long héritage, être mis en question (sans que l'on puisse d'ailleurs savoir, de façon non militante, si ces réformes améliorent ou non les performances hospitalières), et voit également, en parallèle, le malaise de ses personnels monter en puissance. Ce malaise se manifeste de différentes façons, dont peut-être la plus quantifiable est la montée des chiffres de l'absentéisme.

Nous allons étudier maintenant ce que signifie concrètement cette montée des chiffres de l'absentéisme, et en quoi elle peut être liée aux transformations qu'a subies le monde hospitalier. Nous interrogerons également la capacité des hôpitaux à piloter la maîtrise de ce phénomène. Ce point est fondamental, eu égard à notre objet de recherche. En effet, les réformes visent justement non seulement à faire entrer l'hôpital dans l'ère du management et des performances, mais également à le doter d'une capacité à intervenir sur son organisation, à revoir ses schèmes d'action et à mieux gérer ses ressources humaines.

Pour ce faire, nous allons mobiliser un travail de recherche-intervention pour apprécier la capacité gestionnaire des hôpitaux face à l'absentéisme, et plus généralement face aux attentes découlant directement des réformes hospitalières.

3. Une recherche empirique montrant les liens entre réformes des établissements de santé et absentéisme

Face à des données statistiques inquiétantes de montée de l'absentéisme dans les établissements hospitaliers, plusieurs instances et organes publics, en commençant par la tutelle régionale des hôpitaux, se sont associés pour lancer une vaste recherche sur le sujet, visant à la fois à mieux comprendre le phénomène et à identifier des pistes d'actions pour le réduire. Ainsi, l'ARS des Pays-de-la-Loire, la Fédération Hospitalière de France et le Fonds National de Prévention ont estimé que l'absentéisme devait être étudié spécifiquement, non seulement dans une logique de recherche de performance financière (accompagnement de contrats de retour à l'équilibre), mais également pour faire face à des difficultés de fonctionnement, alliées à un malaise du personnel (souffrance, épuisement professionnel, etc.). On remarquera que, contrairement à une vague de recherches et d'études qui visent à dénoncer l'introduction brutale ou le renforcement des logiques d'efficacité et de productivité par l'État, on est en présence d'une tutelle qui veut accompagner les établissements dans la recherche de nouveaux scénarios de fonctionnement. Elle cherche à agir sur l'organisation du travail pour améliorer la situation de travail des

agents, bref pour améliorer leurs « performances », mais dans une acception du terme beaucoup plus vaste que la seule dimension financière : performance organisationnelle, performance sociale, performance humaine.

La recherche a débuté en 2009, avec recrutement, après un appel à candidatures, de dix établissements de santé. L'absentéisme est, dans notre recherche, une porte d'entrée sur la problématique de l'impact des réformes décidées par l'État sur la capacité de pilotage des établissements et sur leur aptitude à absorber ces réformes. Ainsi que nous l'avons montré dans notre revue de littérature, ce lien n'a encore été qu'indirectement et faiblement exploré, pour les établissements de santé notamment. Nous présentons, dans un premier temps les objectifs et le dispositif méthodologique mis en place par la recherche, pour explorer ensuite les premiers résultats et constats de la recherche encore en cours de réalisation.

3.1. Objectifs et dispositif méthodologique de la recherche

La recherche est appuyée sur un dispositif de recherche-intervention. Il s'agit d'un choix méthodologique cohérent avec plusieurs éléments : l'objet et la problématique de cette recherche, le contexte des organisations visées par la question de recherche (les établissements de santé) et enfin, les objectifs de la recherche et les attendus des partenaires du projet.

La recherche concerne l'influence du contexte de profondes transformations du secteur sanitaire et médico-social en France sur l'absentéisme des personnels soignants. Il semblait important de pouvoir repérer dans ces organisations les perceptions que les professionnels pouvaient avoir développées face à ce contexte et les mécanismes complexes liant ces perceptions au désengagement au travail, à l'absentéisme. Il fallait donc mettre en place un dispositif de collecte de matériau en profondeur, conduisant à des interactions fortes avec un petit nombre d'établissements, plutôt qu'en largeur qui aurait pris la forme d'un déploiement de méthodes quantitatives de collecte de données sur un grand nombre d'établissements.

Il est vite apparu que les outils de mesure du phénomène de l'absentéisme dans les établissements, hétérogènes et reposant sur des hypothèses de calculs non nécessairement explicites, obligerait à recourir à des méthodes plutôt qualitatives donc difficiles à déployer sur un vaste échantillon d'établissements.

Enfin, les attendus de la recherche portaient à la fois sur la compréhension de l'absentéisme, ses effets, les dispositifs mis en place pour les absorber, mais également sur les leviers possibles de changement. Nous avons donc fait le choix d'une méthodologie permettant tout d'abord une production de connaissances reposant sur une vaste campagne d'entretiens. Elle apporte également dans des phases plus opérationnelles une conception collaborative de dispositifs, d'outils et d'actions visant la réduction de l'absentéisme ou une meilleure gestion du phénomène. Ceci correspond au principe des deux niveaux d'interactions de la recherche-intervention décrit dans Hatchuel (1994).

Nous avons ainsi, après deux vagues successives d'appels à candidature, constitué un groupe de dix établissements sur lesquels notre recherche s'est appuyée. Concernant les critères de constitution de l'échantillon, nous avons cherché à former un ensemble d'établissements variés par la taille, les effectifs, la nature de l'activité et la localisation géographique au sein de la région sur laquelle notre recherche a porté. Le tableau ci-dessous donne la liste des dix établissements précisant pour chacun d'entre eux, le type, le nombre de lits et le périmètre concerné dans l'établissement.

Tableau 1 : Liste des 10 établissements sur lesquels a porté la recherche

Établissements	Type	Nombre de lits et/ou places	Périmètre
1	CHU	3 000	Un pôle (220 ETP)
2	CHS (centre de santé mentale)	750	Deux pôles
3	CH intercommunal	740	Deux services
4	Hôpital Local	230	Services d'EHPAD
5	Hôpital Local	320	Tous services
6	CHU	1 450	Un pôle (300 ETP)
7	Hôpital Local	280	Services d'EHPAD
8	CHS (centre de santé mentale)	770	Deux pôles
9	EHPAD	310	Tous services
10	Hôpital intercommunal	520	Tous services

Nous avons sélectionné les établissements qui semblaient particulièrement concernés par les problématiques d'augmentation de l'absentéisme (en fonction d'indicateurs présentés dans le dossier de candidature). Nous avons mis en place dans les établissements sélectionnés des comités de pilotage stables, la durée de notre intervention étant relativement longue (plus de deux ans).

Pour chaque établissement, il a été convenu un découpage en deux temps. Dans un premier temps, une série de 30 à 40 entretiens individuels par établissement a été effectuée. Ces entretiens ont été réalisés en mode ouvert mais principalement structurés autour de la place de la personne interrogée dans l'organisation du travail, de sa perception de l'absentéisme (la problématique en général, l'absentéisme de la personne interrogée, les modalités concrètes d'organisation pour gérer les situations d'absentéisme) et de son regard sur l'impact des réformes d'organisation dans l'établissement. Tous les entretiens ont été faits sur la base du volontariat, mais en prenant garde de respecter une structure d'échantillon peu éloignée de la structure des soignants de l'établissement (répartition entre infirmières, aides-soignantes, agents des services hospitaliers, aides médico-psychologiques, etc.). Si la recherche porte sur les personnels soignants, des entretiens ont néanmoins systématiquement été réalisés avec des cadres de santé, des médecins, le médecin du travail de l'établissement, les représentants de la direction et de la direction des ressources humaines et enfin les représentants du personnel. Ces personnes ont d'ailleurs souvent été impliquées dans le comité de pilotage de la recherche au sein de l'établissement concerné. Dans tous les établissements, plusieurs triangulations ont été effectuées à partir d'une analyse de différents documents : les bilans sociaux, les projets d'établissement, les documents relatifs aux données de gestion des ressources humaines, les procès-verbaux de réunions de CHSCT, les plannings de roulement des personnels soignants et dans certains cas, des documents d'information ou tracts produits par les représentants syndicaux dans l'établissement. Les données d'absentéisme ont été utilisées avec de grandes précautions, les comparaisons d'un établissement à un autre étant rarement possibles en raison de nombreuses fragilités des indicateurs produits par les établissements et de leurs modes de calcul.

Dans un second temps, différents groupes de travail ont été constitués pour mener des réflexions sur des projets d'actions portant directement ou non sur l'absentéisme. Le choix des projets a été guidé pour partie par l'analyse des thèmes apparus dans les entretiens individuels (et donc sur proposition des chercheurs) et pour partie par les souhaits des membres du comité de pilotage de l'intervention dans l'établissement. La phase d'action reposait sur différentes expérimentations, permettant de continuer à produire des connaissances sur l'absentéisme mais également sur les questions liées à la conduite du changement, souvent très instructives pour notre objet de recherche. Citons, à titre illustratif : la réalisation d'une charte de l'absentéisme, l'organisation d'entretiens de retour à l'emploi des soignants (après une période longue d'absence), la construction de tableaux de bord des remplacements des personnels absents, la mise en place d'indicateurs de suivi de la sollicitation des personnels soignants.

Ces différents dispositifs méthodologiques (entretiens, processus participatif, plan d'actions, suivi de leur impact...) ont permis de dégager une représentation assez précise des effets des transformations organisationnelles sur la perception des agents, et les difficultés qui en ont émergé. Ils ont permis de présumer un lien fort entre les réformes institutionnelles qui ont touché le secteur hospitalier et une prise de distance des personnels vis-à-vis de leur univers de travail, pouvant prendre des formes variées (perte de sens au travail, nostalgie d'un temps ancien, prise de distance physique qu'est l'absentéisme). Toutefois, même s'il repose sur plusieurs centaines d'entretiens, le dispositif méthodologique construit sur un échantillon réduit d'établissements dans une fenêtre de temps assez circonscrite, limite de fait la portée de nos résultats et le niveau de généralisation possible.

3.2. Résultats de la recherche

Un premier impact des réformes : le développement d'outils d'évaluation et de pilotage de l'absentéisme... lacunaires

Dans le contexte d'enjeux à la fois financiers, organisationnels et sociaux, l'évaluation de l'absentéisme et la mise en place d'une instrumentation d'évaluation associée par les établissements apparaissent, à cet égard, comme des préalables nécessaires.

L'un des premiers constats effectués a porté sur la question des instruments d'évaluation et de pilotage de l'absentéisme et de ses effets dans les établissements de santé. Certes, le phénomène est systématiquement suivi par les établissements, notamment parce que les réformes hospitalières ont explicitement introduit une telle exigence, à travers notamment le bilan social qui inclut nécessairement des données sur ce sujet. Par ailleurs, l'absentéisme est perçu par l'ensemble des acteurs comme une problématique importante, aux implications multiples, justifiant qu'on le suive de manière quantitative. Les établissements disposent ainsi d'informations permettant la comptabilisation de l'absentéisme et ce suivi statistique est souvent fin, puisque l'absentéisme est décrit dans les établissements par périmètre fonctionnel (service, unité, pôle, etc.), par motif (maladie de courte durée, accidents du travail, maladie de longue durée, maternité, etc.) et par budget.

L'étude des données d'absentéisme des établissements sur lesquels notre recherche a porté invite néanmoins à une appréciation peu clémente des outils d'évaluation. Il est clairement apparu que les pratiques de construction de données sur le phénomène

de l'absentéisme sont très hétérogènes, malgré l'existence d'une liste d'indicateurs communs édictée dans les règlements de production d'informations qui s'appliquent à la fonction publique hospitalière.

Le chiffrage des nombres de jours d'absence ne s'opère pas selon les mêmes méthodes d'un établissement à un autre. Ainsi, dans certains établissements, une formation n'est pas comptée en absence bien que l'agent en formation ne soit pas présent sur son lieu de travail ni remplacé, alors qu'ailleurs cette formation est au contraire comptée dans les jours d'absence. La raison de cette différence provient soit d'habitudes différentes, soit de procédures budgétaires (lorsque l'absence n'a pas d'impact sur le budget, elle peut ne pas être comptabilisée). D'autres sources d'hétérogénéité peuvent être identifiées, provenant par exemple des modalités de prise en compte du temps de travail théorique (une absence d'une semaine compte-t-elle pour 5 ou pour 7 jours ?).

Les modes de calcul des indicateurs d'absentéisme ne sont pas explicites et les règles et hypothèses prises en compte, sont souvent méconnues des acteurs qui ont à les utiliser, ou même les renseigner. Les systèmes d'information sont paramétrés et permettent de générer automatiquement des données de bilan social. Les indicateurs d'absentéisme sont donc utilisés (ou plutôt non utilisés) sans qu'il y ait une réelle connaissance de la façon dont ils sont calculés.

Parce que bâtis sur des logiques budgétaires et réglementaires, les indicateurs ne permettent pas de qualifier la perturbation de l'organisation que les absences génèrent et, de ce fait, ces outils ne peuvent que difficilement être des supports d'une réflexion sur la compréhension et la réduction de l'absentéisme ou sur une meilleure gestion de ses effets. Ajoutons que les catégories de motifs retenues pour décrire les absences sont frustes ; ainsi, la catégorie « maladie ordinaire de courte durée » renvoie en fait à elle seule à une variété importante d'absences (c'est d'ailleurs dans la plupart des établissements, la catégorie pour laquelle la fréquence de survenance des absences est la plus élevée) et de causes profondes : vraies maladies de courte durée, « soupapes » de diminution du stress, absences liées à l'insatisfaction au travail, etc. En outre, la description actuelle de l'absentéisme dans les systèmes d'information de GRH des hôpitaux permet difficilement de mesurer les efforts d'absorption des absences par les collectifs, la déformation de l'organisation, les savoir-faire d'adaptation ou enfin la nature des perturbations liées à l'absentéisme.

Au-delà, il n'existe aucun moyen de corréler les données d'absentéisme aux données de performance des établissements de santé et notamment aux données liées à la qualité des soins.

Au total, si les réformes ont bien poussé les établissements à se doter d'indicateurs de gestion de l'absentéisme, ce qui illustre la volonté de la tutelle d'orienter les hôpitaux dans un espace organisationnel, on voit que les directions ont certes respecté cette demande, mais uniquement en calculant des taux d'absentéisme qui ne sont pas porteurs de sens (indicateurs hétérogènes, non maîtrisés, non comparables), et qui ne permettent en aucune façon d'embrayer sur un quelconque usage gestionnaire. Ce premier résultat est très significatif.

Discours sur l'absentéisme : du facteur exogène à l'institution coupable

Il existe un consensus fort, toutes catégories de métiers confondues, pour constater l'ampleur du phénomène d'absentéisme dans les établissements de santé et sur les nécessités de traiter le problème. Dans notre échantillon, aux réserves des modes d'évaluation près, le taux moyen d'absentéisme des personnels soignants pouvait avoisiner les 10 %, soit environ

30 jours d'absence par agent et par an². Directions, représentants du personnel, médecins du travail, soignants, médecins, etc. relèvent que l'absentéisme est généralement croissant et générateur de fortes perturbations pour l'organisation alors même qu'il n'existe pas d'outils d'évaluation de cette perturbation et le maintien d'un niveau acceptable de qualité des soins.

Concernant les causes de l'absentéisme, trois grandes catégories apparaissent dans les discours, dont certaines ont été identifiées par les travaux dont nous avons fait la revue en première partie : celles liées aux facteurs sociétaux exogènes (1), celles liées aux conditions de travail (2) et celles liées à l'organisation du travail (3).

La catégorie (1) rassemble tous les arguments liés aux grandes évolutions de la société sur lesquelles les établissements n'ont pas de prise. Cela concerne aussi bien les évolutions liées aux typologies des patients accueillis dans les établissements (par exemple, l'augmentation du niveau de dépendance des personnes âgées en EHPAD, « établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ») que les évolutions du rapport au travail et de la place de l'activité professionnelle dans la vie de tous.

La catégorie (2) apparaît surtout dans les discours des personnels soignants et des représentants du personnel. Le terme « conditions de travail » regroupe un ensemble assez varié de causes : le rythme et la charge de travail essentiellement, mais également la pénibilité perçue du travail. L'évocation de la pénibilité pour parler des causes de l'absentéisme n'est pas nécessairement un discours de stigmatisation dialectique de la direction ou des autorités de tutelle, mais est souvent associée à la question de l'évolution de la typologie des patients.

La catégorie (3) est également utilisée par les personnels soignants, mais contrairement à la catégorie précédente, elle correspond directement à une mise en cause des institutions et des transformations et contraintes imposées par celles-ci sur le fonctionnement de l'organisation. Ainsi, apparaît la question du manque d'effectifs et des types d'organisation du travail quotidien qui en découlent : des roulements et des plannings décrits comme étant fragiles (c'est-à-dire tendus dès que survient une perturbation, une absence par exemple) et une gestion du temps perçue comme empêchant la mise en place de relations approfondies avec les patients (autres que la relation uniquement liée aux soins techniques). Ils peuvent y ajouter également les difficultés de coordination entre équipes ou entre catégories de personnel.

Dans les entretiens, les agents évoquent ainsi fréquemment de nouvelles contraintes des établissements de santé, qui sont considérées comme des facteurs de détérioration des conditions de travail, même si les agents lient très peu ces nouvelles contraintes à telle ou telle réforme en particulier. Les réformes T2A ou HPST ne sont d'ailleurs quasiment jamais explicitement citées dans les entretiens.

Le retour à l'équilibre financier : impacts sur la gestion des compétences

Le retour à l'équilibre financier fait l'objet d'une contractualisation entre les établissements et l'autorité de tutelle. Le contrat est une « roadmap » de restauration des grands équilibres financiers des établissements. L'absentéisme est souvent retenu comme levier sur lequel il est possible d'agir pour réduire les dépenses liées aux ressources humaines, avec

² Selon nos propres calculs. Compte tenu de la forte hétérogénéité des modes de calculs de l'absentéisme entre établissements, nous avons proposé à 5 des 10 établissements travaillant avec nous de procéder au calcul de l'absentéisme selon un mode standardisé : une absence est la non-présence d'un agent sur le lieu de travail à une date où il était prévu initialement qu'il vienne travailler. Cela inclut tous types de motifs (maternité, maladie ordinaire, accident du travail, formation, etc.) et exclut les congés et repos.

un postulat simple : l'absentéisme est un gaspillage de ressources (coût des mensualités de remplacement notamment) et il convient de le réduire. Or, le levier de l'absentéisme est extrêmement difficile à manipuler, et peut donner lieu, au contraire, à des effets contre-intuitifs, voire contre-productifs, certaines actions sur l'absentéisme pouvant conduire à son augmentation. Dans de nombreux cas, la question des effectifs est considérée sur une dimension purement quantitative reposant sur l'hypothèse qu'une absence d'un agent sur une journée correspond uniquement à une baisse d'effectif et non à l'indisponibilité d'une compétence, et que les agents de même statut (voire même de différents statuts, dans le cas du glissement de tâches) sont interchangeables. Un tel comportement est perçu par les agents comme une source de déconsidération et un manque de reconnaissance de la valeur de chacun, ce qui entraîne insatisfaction et perte de motivation, voire absentéisme. Il correspond surtout à une négation des liens qui peuvent exister entre l'efficacité de la prise en charge des patients et une gestion des effectifs qui reposerait sur les compétences et non plus uniquement sur les quantités d'hommes et de femmes composant les équipes.

On peut ici clairement lire une illustration de l'impact des réformes hospitalières : les nouvelles règles financières nées de ces réformes visaient non seulement à doter l'administration de tutelle d'outils de régulation économique, mais également à faire entrer les préoccupations de gestion dans l'hôpital. Pour qu'un établissement puisse savoir quelles actions engager face à sa situation financière, il fallait qu'il se soit doté d'une capacité d'analyse et de pilotage de son organisation. Or, la gestion purement quantitative de l'absentéisme dénote que cette capacité est encore très insuffisante.

Réformes, conduite du changement et rôles de l'encadrement

Les établissements sont soumis à des contraintes institutionnelles fortes dans la mesure où celles-ci bouleversent les organisations du travail et les conditions de prise en charge des patients. L'encadrement de proximité se retrouve au cœur des transformations car il est à la fois relayeur du changement, acteur du changement et également représentant des équipes soignantes.

D'un côté, au titre de représentants des équipes de personnels soignants et parce qu'ils sont généralement d'anciens professionnels de terrain, les cadres relayent le point de vue des équipes et sont conscients des conséquences liées aux contingentements d'effectifs. D'un 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 de roulement des équipes de personnels soignants et résolvent au quotidien les milliers de difficultés (logistiques, de soins, administratives...) qui se présentent dans l'unité. Ainsi, l'encadrement de proximité est structurellement dans une position d'inconfort. Cet inconfort est renforcé par la pression institutionnelle mais également par le groupe (groupe social, au sens d'une entité productrice de normes) des personnels soignants. Cette double pression demande des qualités managériales (Mintzberg, 1983) dont il semble que les cadres ne soient que partiellement pourvus.

Nous notons, en effet, que les cadres ne sont pas formés à la « chose managériale ». Les formations des écoles de cadres ne prévoient qu'un enseignement limité aux sciences de gestion, à la théorie des organisations, aux rôles du manager, au leadership, etc. En grande partie, la légitimité des cadres provient de leur trajectoire professionnelle, le fait que ceux-ci soient d'anciens professionnels du terrain, mais moins d'une compétence particulière dans la gestion des hommes. Nos entretiens montrent d'ailleurs que les cadres de santé

considèrent que le métier de cadre comporte une grande part de savoir-être et quelques compétences en planification des ressources qui ne sont pas directement liées à leur formation et qualification de soignants.

Pourtant, c'est bien à leur niveau que peut être créé un couplage essentiel entre les modalités d'organisation et la satisfaction des soignants et des patients. L'amélioration du ressenti des agents et de la prise en charge des patients doit passer par des actions sur l'organisation du travail et sur les modalités de coordination, de reconnaissance et d'évaluation du travail. Ainsi, par exemple, dans l'un des établissements de l'échantillon, les actions proposées portent autant sur la mise en place d'une procédure d'entretiens de retour favorisant une réappropriation par l'agent concerné de son environnement de travail que la réactivation de réunions de synthèse dans lesquelles soignants, cadres et médecins peuvent construire, de concert et en continu, de nouvelles modalités de coopération et donc de production de performances de l'organisation et de qualité de la prise en charge des patients.

Comme précédemment, on voit les traces des difficultés nées des réformes hospitalières et de leur insuffisante « métabolisation » par les établissements. On peut en effet lire en filigrane dans les réformes, la managérialisation non seulement des hôpitaux dans leur ensemble, mais plus singulièrement des cadres de santé. Or, s'il est patent que les cadres doivent de plus en plus jouer un rôle actif de pilotage de l'organisation, leur mue « managériale » est loin d'être achevée. Leur mode de gestion de la survenue des absences en est l'illustration.

Les stratégies de gestion des effets de l'absentéisme

L'étude des établissements de notre échantillon met en évidence des réponses à l'absentéisme très diversifiées. Ainsi, les stratégies concrètes de gestion du phénomène sont multiples et mettent en lumière différentes modalités d'absorption de ses effets dont certaines sont en lien direct avec la qualité de la prise en charge des patients.

Dans certains établissements, la stratégie de gestion est explicite et des dispositifs clairs et institutionnalisés ont été mis en place. Il existe alors des *pools* de suppléance, réserves de main-d'œuvre constituée de personnels titulaires dédiés aux remplacements dans différents pôles (ou au sein de différents services d'un pôle). Dans ces établissements, les effets liés à l'absentéisme sont absorbés par l'organisation et les effectifs des différents services sont dimensionnés en tenant compte de ces effectifs suppléants. Dans d'autres établissements, il est procédé à de l'auto-remplacement, les absences étant « comblées » par le rappel de personnels en repos hebdomadaire ou en RTT. Des remplacements à l'aide de personnel contractuel sont opérés lorsque les absences sont de plus longue durée. Les rappels de repos correspondent à une modalité d'absorption des effets de l'absentéisme de courte durée reposant quasi exclusivement sur les personnels soignants permanents. Ils correspondent dans certains établissements et dans certains contextes, *de facto*, à une absorption par le patient s'il n'est pas possible de fonctionner autrement qu'en effectif réduit. Des tâches ne sont pas exécutées et l'organisation du travail change.

Le choix d'une stratégie de gestion de l'absentéisme est souvent faiblement remis en cause. Il relève fréquemment d'un raisonnement purement quantitatif, avec le cas extrême d'un établissement remplaçant systématiquement toute absence (stratégie dite du « 1 pour 1 »), sans référence explicite à d'autres variables plus informelles (profils des patients du jour, charge de travail, compétences requises...). Ce raisonnement quantitatif est directement lié à la nature des réformes que les établissements de santé ont connues.

Nous avons vu que celles-ci ont conduit les établissements à se doter d'une instrumentation de gestion de l'absentéisme dont la philosophie gestionnaire est surtout réglementaire et administrative. Nous avons vu également que cette instrumentation rend impossible une gestion de l'absentéisme par les compétences. Il s'ensuit que les dispositifs mis en place pour gérer les absences visent essentiellement à maintenir des niveaux d'effectifs constants y compris lorsque la charge de travail moindre ne le justifie pas nécessairement au détriment de la qualité de la gamme des compétences dont un service peut avoir besoin.

Conclusion

Cet article a exploré le vaste champ de l'absentéisme des personnels soignants dans les établissements de santé en France. Il a permis de présenter les résultats d'une recherche intervention qui visait à éclairer les mécanismes favorisant l'absentéisme, et son impact sur les organisations. Cette recherche a également considéré les dispositifs mis en place pour gérer ou absorber les effets de l'absentéisme et tenter de montrer les liens entre le contexte de transformation et de réforme des établissements de santé d'une part et l'absentéisme d'autre part.

Nous avons en effet vu que ce contexte avait conduit au développement d'une instrumentation et d'un ensemble d'outils d'évaluation et de pilotage de l'absentéisme lacunaires et inadaptés. Les modalités de calculs des chiffres liés à l'absentéisme sont parfois mal connues ou souvent très différentes d'un établissement à un autre et, en tout cas, n'évaluent pas les perturbations liées à l'absentéisme.

Nous avons également vu que les discours sur l'absentéisme dans les établissements de santé établissent un lien entre contexte des réformes hospitalières et organisation du travail. Or, c'est à travers l'impact des transformations imposées par les autorités de tutelle sur les modalités d'organisation des activités et des services que le lien entre réformes et absentéisme est indiqué.

Notre analyse a permis enfin de relever que les contraintes de retour à l'équilibre financier ont induit une gestion purement quantitative des effectifs, au détriment d'une gestion par les compétences, limitant de fait énormément les marges de manœuvre pour la mise en place de dispositifs de gestion des effets de l'absentéisme. La réduction de ces marges contraint plus encore les cadres de proximité et par suite la conduite du changement, ce qui renforce les effets contre-productifs des réformes. Dans des établissements aux capacités de pilotage encore limitées, l'arrivée des réformes venues du haut crée de nouvelles tensions organisationnelles que le personnel doit absorber en première ligne.

La méthodologie de recherche que nous avons suivie présente cependant des limites : une étude essentiellement monographique rend tout d'abord la généralisation difficile, le recours aux entretiens individuels comme outil méthodologique conduit par ailleurs à focaliser la recherche sur l'analyse de matériel discursif et amène à considérer une série de biais classiques (biais de désirabilité sociale, rationalisation *a posteriori*, etc.).

Plusieurs triangulations sont possibles et peuvent orienter des recherches à venir. Nous en identifions au moins trois. Il peut s'agir tout d'abord de la reprise du même dispositif méthodologique mais sur un autre périmètre (par exemple, le contexte des établissements de

santé sur d'autres régions et d'autres types d'établissements). Ensuite, un approfondissement des mécanismes à l'œuvre dans la construction des discours des acteurs des établissements de santé pourrait être effectué. Enfin, une autre perspective peut être de faire porter l'analyse sur les liens évoqués plus haut, entre l'absentéisme et la performance des établissements (la performance pouvant être évaluée sur plusieurs dimensions et pas uniquement financière). Ceci permettrait en particulier de réinterroger la place du patient par rapport au phénomène d'absentéisme, et notamment la part d'absorption par le patient des effets liés aux absences dans les établissements de santé, qu'un autre dispositif méthodologique que le nôtre permettrait d'apprécier davantage.

Bibliographie

- ANACT, (2009). *L'absentéisme, outils et méthodes pour agir*, Éditions Réseau ANACT, Paris.
- BRECHAT P., (2010). Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique, *Santé Publique* 22 (5), 571-580 .
- BRODY, B., Y. LETOURNEAU et A. POIRIER (1990). Le coût des accidents du travail. État des connaissances, *Relations Industrielles* 45 (1), 94-116.
- BUCHAN J., (1992). *Flexibility for Fragmentation; Trends and Prospects in Nurses Pay*. Kings Fund Institute, London.
- BUCHAN J., (2009). Health Sector Reform and Human Resources: lessons from the United Kingdom, *Health Policy and Planning* 15 (3), 319-325.
- CARR-HILL R., DIXON P., GIBS I., MCCAUGHAN D., GRIFFITHS M., WRIGHT K., (1992). *Skill Mix and Effectiveness of Nursing Care, Occasional Paper Series*. Centre for Health Economics. University of York, York.
- COURS DES COMPTES, (2009). Rapport public annuel - La Sécurité Sociale - Septembre 2009 Cour des Comptes.
- DALTON D.R., TODOR W. D., (1993). Turnover, Transfer, Absenteeism: An interdependent Perspective, *Journal of Management* 19 (2), 193-219.
- DAVEY M.M., CUMMINGS G., NEWBURN-COOK C.V., LO E.A., (2009). Predictors of Nurse Absenteeism in Hospitals: a Systematic Review, *Journal of Nursing Management* 17, 312-330.
- DILTS D.A., DEITSCH C. R., PAUL R.J., (1985). *Getting Absent Workers Back on the Job*. Quorum Books, Westport.
- DIVAY S., (2010). Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'absentéisme dans un hôpital local, *Sociétés contemporaines* 77, 87-109.
- DONATO J., (2009). Une perception dégradée des conditions de travail. Épuisement, stress, risque d'erreurs... : malaise à l'hôpital, *Santé et travail* 66, 31-33.
- ELBAUM M., (2010). Un nouveau modèle de financement pour la santé ?, *Santé Publique* 22 (1), 91-106.
- ESTRYN-BEHAR M., (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Presse de l'EHESP, Paris.
- FARRELL D., STAMM C.L., (1988). Meta-analysis of the Correlates of Employee Absence, *Human Relations* 41, 211-227.
- FORSSMAN S., (1955). L'absentéisme dans l'industrie, *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* 13, 505-512.
- GARCIA-PRADO A., CHAWLA M., (2006). The Impact of Hospital Management Reforms on Absenteeism in Coasta Rica, *Health Policy and planning* 21 (2), 91-100.

- HACKETT R.D., BYCIO P., GUION R.M., (1989). Absenteeism among Hospital Nurses: an Idiographic-Longitudinal Analysis, *Academy of Management Journal* 32 (2), 424-453.
- HAUSKNECHT J.P., HILLER N.J., VANCE R.J., (2008). Work-Unit Absenteeism: effects of Satisfaction, Commitment, Labor Market Conditions, and Time, *Academy of Management Journal* 51 (6), 1223-1245.
- HENDRIX W.H., SPENCER B.A., GIBSON G.S., (1994). Organizational and Extra Organizational Factors Affecting Stress, Employee Well-Being, and Absenteeism for Males and Females, *Journal of Business and Psychology* 9 (2), 103-128.
- KALDENBERG D.O., REGRUT B.A., (1999). Do Satisfied Patients Depend on Satisfied Employees? Or Do Satisfied Employees Depend On Satisfied Patients? In *The Satisfaction Report 3*, Ganey Associates Inc, South Bend.
- KRAUSZ M., FREIBACH N., (1983). Effects of Flexible Working Time for Employed Women upon Satisfaction, Strains, and Absenteeism, *Journal of Occupational Psychology* 56, 155-159.
- LEAPE, L.L., BATES, D. W., CULLEN, D.J., COOPER, J., DEMONACO, H.J., GALLIVAN, T., HALLISEY, R., IVES, J., LAIRD, N., LAFFEL, G., NEMESKAL, R., PETERSON, L. A., PORTER, K. & SERVI, D., (1995). Systems Analysis of Adverse Drug, *Journal of the American Medical Association* 274, 35-43.
- LEONARD C., VAN AMERINGEN M.-R., DOLAN S.H., ARSENAULT A., (1997). Absentéisme et assiduité au travail : deux moyens d'adaptation au stress, *Relations industrielles/ Industrial Relations* 42 (4), 774-789.
- LETEURTRE H., 1991, *L'audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, *Manuels B-L Santé*, Éditions Berger-Levrault, Nancy.
- LOKKE-NIELSEN A.K., (2008). Determinants of Absenteeism in public Organizations: a Unit-Level Analysis of Work Absence in a Large Danish Municipality, *The International Journal of Human Resource Management* 19 (7), 1330-1348.
- MALINE J., GUERIN F., (2009). L'ergonome : Organisateur du travail ou travailleur de l'organisation, 44^e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, 245-254.
- MANOUKIAN A., (2009). *La souffrance au travail. Les soignants face au burn-out*, Éditions Lamarre, Paris.
- MATRUNOLA P., (1996). *Is there a Relationship Between Job Satisfaction and Absenteeism?*, *Journal of Advanced Nursing* 23, 827-834.
- MAYFIELD J., MAYFIELD M., (2009). *The Role of Leader Motivating Language in Employee Absenteeism*, *Journal of Business Communication* 46 (4), 455-479.
- MINTZBERG H., (1983). *Le manager au quotidien: les dix rôles du cadre*, Éditions d'Organisations, Paris.
- MINTZBERG H., (1997). *Toward Healthier Hospitals*, *Health Care Management Review* 22 (4), 9-18.
- MORDELET P., (2006). *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, ENSP, Rennes.
- MORIN E., (2008). Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel. Santé psychologique. Etudes et recherches. Rapport R-543. IRSST.
- (DE) POUVOURVILLE G., (2009). Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité, *Revue Economique* 60 (2), 457-470.
- RAD A.M., DE MORAES A., (2009). Factors Affecting Employees' Job Satisfaction In Public Hospitals, Implications for recruitment and Retention, *Journal of General Management* 34 (4), 51-66.
- SAOUT CH., (2010). La régionalisation de la santé : une chance pour la démocratie sanitaire ? *Santé Publique* 22 (1), 107-112.
- SANDERS K., NAUTA A., (2004). Social Cohesiveness and Absenteeism, the Relationship between characteristics of employees and Short-Term Absenteeism within an Organization, *Small Group Research* 35 (6), 724-741.
- SCHALK R., VAN RIJCKEVORSEL A., (2007). Factors Influencing Absenteeism and Intention to Leave in a Call Centre, New Technology, *Work and Employment* 22 (3), 260-274.
- TAUNTON R.L., KLEINBECK S.V.M., STAFFORD R., WOODS C.Q., BOTT M.J., (1994). Patient Outcomes: are they Linked to Registered Nurse Absenteeism, Separation, or Work Load?, *Journal of Nursing Administration* 24 (4), 48-55.

- TONNEAU D., (2003). La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, 35, octobre 2003.
- VENNE R.A., (1997). The Impact of the Compressed Workweek on Absenteeism, the Case of Ontario Prison Guards on a Twelve-Hour Shift, *Relations Industrielles / Industrial Relations*, 52 (2), 382-400.
- WEISSE, C. S., (1992). Depression and Immunocompetence: a Review Of The Literature. *Psychological Bulletin* 111, 475-489.

