



La gestion de l'absentéisme en EHPAD : une approche par la régulation

Caroline Raffin

► To cite this version:

Caroline Raffin. La gestion de l'absentéisme en EHPAD : une approche par la régulation. Science politique. 2015. dumas-01309242

HAL Id: dumas-01309242

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01309242>

Submitted on 29 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

SCIENCES PO GRENOBLE
1030 avenue Centrale – 38040 GRENOBLE
<http://www.sciencespo-grenoble.fr>



Université de Grenoble
Sciences Po Grenoble

Caroline RAFFIN

La Gestion de l'absentéisme en EHPAD

Une approche par la régulation

Master 2 Politiques Publiques de Santé
Promotion 2014/2015
Sous la direction de Mme Annick Valette

Université de Grenoble
Sciences Po Grenoble

Caroline RAFFIN

La Gestion de l'absentéisme en EHPAD
Une approche par la régulation

Master 2 Politiques Publiques de Santé

Promotion 2014/2015

Sous la direction de Mme Annick Valette



« L'ABSENCE DES UNS DEVIENT LE FARDEAU DES AUTRES »¹

¹ Rousseau T., Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence, réseau édition anact, 2012, p.12

REMERCIEMENTS

J'exprime, d'abord, ma reconnaissance envers Mme Annick Valette, ma directrice de mémoire, qui m'a consacré du temps et a su m'aider par de ses conseils avertis.

Merci à Valérie Blondel d'avoir accepté d'être le deuxième jury de ce travail.

Un immense merci à tous les professionnels qui m'ont de près ou de loin apporté leur aide dans la réalisation de ce travail et plus encore à ceux qui m'ont accordé du temps pour des entretiens.

Merci à mes différentes directions pour leur soutien et leurs encouragements durant toute cette formation.

Merci à mes collègues de promotion pour leur soutien et particulièrement à Sophie Finet pour son aide et ces longues heures partagées à la bibliothèque.

Un grand merci à Murielle Moretti, Chrisse Nicolas-Guillemard, Séverine Baron, Stéphane Alvarez, Rodolphe Valter et à mes parents pour leurs relectures et leurs conseils.

Merci à ma famille et mes amis pour m'avoir supportée et soutenue durant toute cette année riche en émotions.

Un remerciement tout particulier à Isabelle Quaix pour ses conseils, ses corrections et son soutien comme toujours indéfectible.

SOMMAIRE

RÉPERTOIRE DES SIGLES.....	6
INTRODUCTION	7
APPROCHE CONCEPTUELLE	12
I. Approche théorique de l'Absentéisme en EHPAD	12
II. Approche de l'absentéisme par la régulation.....	20
RÉSULTATS ET CONFRONTATION	25
I. Méthodologie de la recherche empirique.....	25
II. Présentation des structures.....	27
III. Présentation des interviewés	28
IV. Modalités de restitution des résultats.....	29
V. Résultats par thèmes évoqués	29
DISCUSSION	45
I. L'absentéisme : un enjeu de management ?	45
II. La régulation : un enjeu pour le traitement de l'absentéisme ?.....	46
III. Les hypothèses	47
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE	58
I. Ouvrages :	58
II. Articles :.....	60
III. Sites internet :.....	62
IV. Divers :	62
ANNEXES	63
I. Annexe 1 : Grille d'entretien Cadres/ Directeurs	64
II. Annexe 2 : Grille d'entretien Equipe.....	66
III. Annexe 3 : Entretien n°4, Equipe1	68
IV. Annexe 4 : Entretien n°14, Directeur 4.....	76
V. Annexe 5 : Entretien n°11, Cadre4.....	89
TABLE DES MATIERES	95

RÉPERTOIRE DES SIGLES

AGS : Agent de soins

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

AMP : Aide Médico Psychologique

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

AT: Accident du Travail

CHSCT : Comité d'hygiène et de Sécurité sur les Conditions de Travail

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques

DRH : Directeurs des ressources Humaines

EAE : Entretien Annuel d'Évaluation

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EI : Événements Indésirables

ENSP : École Nationale de la Santé Publique

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGF : Inspection Générale des Finances

MP : Maladie Professionnelle

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

TMS : Troubles Musculo Squelettique

UPG : Unité Psycho Gériatrie

INTRODUCTION

Le thème de ce sujet de recherche part de ma pratique et du constat d'un absentéisme important dans le secteur médico-social, plus particulièrement en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Infirmière coordinatrice pendant plusieurs années en EHPAD, j'ai été confrontée à cette problématique et aux difficultés pour maintenir des effectifs suffisants afin de garantir la qualité des soins.

Le secteur de la santé d'une manière générale, mais aussi le secteur médico-social, ont connu depuis une vingtaine d'années de grands bouleversements dus à des politiques de modernisation gestionnaire, ayant pour objectifs prioritaires l'amélioration de la qualité des prestations mais aussi et surtout la réduction des coûts.

Plusieurs lois ont marqué leur évolution, modifié leur fonctionnement et reconfiguré les pratiques managériales notamment en ce qui concerne les EHPAD.

Tous les établissements ou institutions sociales et médico-sociales sont réglementés depuis la loi n°75-535 du 30 Juin 1975. Cette loi sociale est considérée comme fondatrice, car elle symbolise l'autonomisation du secteur par rapport au secteur sanitaire et l'unifie en lui consacrant des règles communes.

Le statut des EHPAD a, lui, été créé le 24 Janvier 1997. Il est régi par les articles L312 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Un EHPAD est une structure médicalisée, qui accueille principalement des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie physique et/ou psychique et pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable. On les appelle encore souvent aujourd'hui des « maisons de retraite médicalisées ».

En matière d'hébergement pour personnes âgées dépendantes trois types de secteurs se distinguent : le public, le privé à but non lucratif (PNL) et le privé à visée commerciale. Mon travail ne portant pas sur des comparaisons d'établissements, il ne sera pas fait ici de distinction entre ces différents types d'établissements.

Le décret du 29 Avril 1999 instaure de nouvelles relations entre les établissements et les autorités de financement, en créant à la manière des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) du secteur sanitaire, une relation contractuelle. Le texte impose la signature d'une convention quinquennale et tripartite avec le Président du Conseil Départemental et l'autorité compétente pour l'assurance maladie représentée par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cette convention fixe les moyens humains en personnel pour sa durée de validité.

La dépendance aux ressources des établissements est donc importante, car ils ont une faible autonomie sur la masse salariale et l'ouverture de poste est soumise à autorisation des financeurs.

La loi du 2 Janvier 2002 rénove l'action sociale et médico-sociale, redéfinit les pratiques des EHPAD et rappelle les droits des usagers. Son objectif a été « *de mettre de la cohérence et du sens dans le paysage très morcelé du secteur social et médico-social.* »²

Cette loi vise à renforcer la protection des publics, en mettant l'utilisateur « au cœur du dispositif » ; les pratiques des établissements sont aménagées autour du Projet d'Accompagnement Personnalisé des résidents (PAP). De plus, elle engage la maîtrise des dépenses et l'amélioration de la qualité, par des évaluations (internes et externes) régulières.

Depuis de nombreuses années, les politiques publiques et les politiques de solidarité mises en œuvre ont eu pour objectif de simplifier et de rendre meilleure la vie des travailleurs, mais ont aussi complexifier la question de la permanence au travail.

On peut citer : l'augmentation des congés payés, jusqu'à 5 semaines en 1982 ; la réduction de la durée légale du travail jusqu'à 35 heures en 1998 et en 2000. Les lois sur la création, puis l'allongement de la durée du congé maternité ; puis en 2001, la loi sur le congé paternité et enfin en 2015 la loi sur le congé parental.

Dans ce contexte, dans le monde des entreprises l'absentéisme est une préoccupation ancienne qui a fait l'objet de nombreuses recherches.

Depuis quelques années le phénomène a pris de l'ampleur dans le secteur de la santé et le secteur médico-social, notamment dans les EHPAD. On assiste à une augmentation des publications, des études et analyses, en lien avec « sa poussée » dans les institutions qui mettent en avant le problème économique et politique que représente l'absentéisme.

² Bauduret J.F. et Jaeger M. « Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoire d'une refondation », Dunod, coll. *Action sociale*, 2002, p.4

En 2009 un rapport public de la Cour des comptes sur l'absentéisme des personnels des établissements publics de santé montre que, pour la période 2004-2005, l'absentéisme s'est accru. Il a augmenté en moyenne de 2,7 jours par personne et par an entre 2001 et 2005, pour atteindre en moyenne le niveau de 25,4 jours d'absence par personne et par an, toutes catégories de personnel confondues, dont 19,3 jours pour motifs médicaux.³

Depuis 2007 le cabinet Alma Consulting Group., sur la base d'informations fournies par les Directeurs des Ressources Humaines (DRH) de quelques 252 entreprises françaises privées, tente de quantifier l'absentéisme, qu'il soit lié à un « banal » arrêt maladie, à un accident du travail, à un accident de trajet ou à une maladie professionnelle.

En 2011 la santé était le secteur d'activité avec le taux d'absentéisme le plus élevé soit en moyenne 32,5 jours par personne et par an. En EHPAD il était encore 1,3 fois plus important que la moyenne du secteur.⁴

La dernière étude publiée en 2014 classe, avec 5,90 % d'absentéisme, le secteur de la santé en 2ème position derrière le secteur des transports.

Certaines pistes d'explication peuvent être rapprochées des modifications des configurations familiales. La multiplication des familles mono parentales ou des familles recomposées, la mobilité géographique, générant un l'éloignement familial, les difficultés des modes de garde (notamment avec les horaires décalés et différents sur la semaine imposés par la continuité des soins).

Le travail en EHPAD présente des particularités :

- Le vieillissement de la population, cumulé aux politiques de prolongement du maintien à domicile, ont eu pour conséquence un recul de l'âge moyen d'entrée en établissement. Il est passé de 80,2 ans il y a 25 ans à 85,06 ans en 2013⁵, entraînant une plus grande dépendance en soins et une plus grande médicalisation des personnes accueillies en institution.
- Le personnel est principalement féminin.
- Le travail effectué par les soignants présente une pénibilité physique due aux soins de nursing importants et aux manutentions réalisées tout au long des postes de travail. A cela s'ajoute une pénibilité psychique liée aux accompagnements de personnes très demandeuses,

³ Rapport public de 2009 de la cour des comptes sur l'absentéisme des « personnels des établissements publics de santé », p.314- 315

⁴ Cinquième baromètre Alma Consulting Group, *Lettre perspectives sociales*, Octobre 2012

⁵ Observatoire des EHPAD, Avril 2014, p.17

démentes ou agressives ainsi qu'aux accompagnements de fin de vie. « *L'incidence de fréquence des Accidents du Travail (AT) en EHPAD est deux fois supérieure à la moyenne nationale, toutes activités confondues.* »⁶

L'absentéisme en EHPAD est une problématique d'autant plus préoccupante que ces établissements se doivent de fournir une permanence des soins 24h/24 et 365 jours /365.

Dans ces organisations la charge en soins est importante, varie peu d'un jour à l'autre quel que soit l'effectif et la division du travail verticale est forte.

Au départ ma recherche était plutôt orientée vers les causes de l'absentéisme, pensant que le comportement parfois abusif de certains salariés était les causes principales en jeu.

Cette vision était très réductrice et peu productive. Des études ont d'ailleurs démontré que ce type d'absentéisme est marginal et qu'il est illusoire de chercher une cause unique pour expliquer l'intégralité de ce phénomène.

En partant du fait que l'absentéisme des soignants à des degrés variés, est présent dans tous les EHPAD, je me questionne sur la façon dont encadrants et soignants fonctionnent et font face à cette difficulté.

Ma recherche portera sur la gestion de l'absentéisme des personnels soignants, à l'exclusion des équipes infirmières dont la place au sein des structures et les soins prodigués aux résidents sont différents des équipes des unités de vie.

La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud cherche à rendre compte du changement, de l'existence de tensions dans l'espace social et à en appréhender les modalités de maîtrise pour permettre le fonctionnement, l'évaluation et la pérennité du collectif humain.

Dans les organisations, la régulation est le résultat d'un compromis : c'est la distinction entre les règles formelles (officielles) et informelles (implicites).

Appliquée à l'absentéisme la régulation permet de rendre compte de l'articulation entre les modalités de gestion des absences émises par l'encadrement (la régulation de contrôle), celles établies de manière autonome par les équipes de soins (la régulation autonome) et les solutions établies conjointement (la régulation conjointe).

Je décrirai l'absentéisme et aborderai sa gestion sous l'angle de la régulation. Ce terme sera pris ici au sens le plus large, pas uniquement dans le sens de la règle, mais de la manière dont les règles se construisent et s'adaptent. Nous le verrons plus loin en détail.

⁶ Ibid, p.55

La problématique abordée dans cette recherche se formulera donc ainsi :

Quel est le rôle et le poids de chaque type de régulation dans la gestion de l'absentéisme en EHPAD ?

Plusieurs hypothèses me semblent pouvoir être avancées pour répondre à ma problématique :

1. La régulation de contrôle a une action sur les conséquences de l'absentéisme.
2. Les mécanismes de la régulation autonome reposent sur des ajustements mutuels, qui sont facilités lorsqu'il existe une cohésion de groupe, un « esprit d'équipe ».
3. La régulation autonome est favorisée par l'autonomie que les managers laissent à leurs équipes.
4. C'est pour suppléer un encadrement trop éloigné du terrain que les équipes mettent en place une régulation autonome.
5. La présence d'un leader dans une équipe permet de mettre en place cette régulation.
6. La mise en place de la régulation conjointe rend plus acceptable par les équipes les situations d'absentéisme.

Sur le plan de la méthode, outre la recherche théorique, j'ai réalisé une série d'entretiens auprès de professionnels exerçant différentes fonctions en EHPAD. J'explorerai plusieurs pistes d'analyse permettant d'infirmier ou de confirmer mes hypothèses.

A partir de la méthodologie énoncée, ce travail de recherche s'articule en trois parties.

La première traite des apports théoriques sur les notions d'absentéisme et de régulations.

La seconde présente les résultats des entretiens réalisés auprès de professionnels et les compare aux concepts.

La troisième et dernière partie propose une discussion pour approfondir le sujet et vérifier les hypothèses émises précédemment.

APPROCHE CONCEPTUELLE

Cette première partie précisera les concepts principaux mobilisés : l'absentéisme et la régulation, qui seront ensuite confrontés aux résultats des entretiens réalisés.

I. APPROCHE THEORIQUE DE L'ABSENTEISME EN EHPAD

Comme cela a été illustré en introduction, le phénomène prend de l'ampleur. Mais de quoi parle-t-on quand on parle d'absentéisme ?

Au préalable, il est important de clarifier un certain nombre de notions, avant d'aborder la typologie des absences concernées et ses conséquences.

a) Définitions

Les termes d'absence et d'absentéisme, désignent des réalités distinctes, qui, après avoir été définies, seront employés indifféremment dans ce travail.

Le petit Larousse définit l'absence comme le « *Fait pour quelqu'un de ne pas se rendre là où il est censé se rendre, et, en particulier, de ne pas aller à son travail.* »

Cette définition très large définit l'absence comme la non présence. Les absences représentent le « cœur » de l'absentéisme.

On trouve de nombreuses définitions sur l'absentéisme. Elles varient surtout selon le type d'absences qu'elles prennent en considération.

Hervé Leteurtre en donne une définition très généraliste qui englobe tous les types d'absences « *dès lors qu'une personne inscrite à l'effectif et au planning n'est physiquement pas présente à son travail* »⁷. Cette définition donne une première approche de l'absentéisme, mais ne suffit pas à délimiter le sujet.

⁷ Leteurtre H., « L'audit de l'absentéisme du personnel hospitalier », Berger-Levrault, 1991

Pascal Gallois propose une définition de l'absentéisme qui permet d'écarter les absences autorisées par l'employeur (congés payés, récupération, formation, ...) : « *l'absence d'une personne à un moment où elle devrait être sous la subordination de l'employeur* ». ⁸ Cette définition cadre avec le type d'absences visé dans ce travail.

Pour l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) : « *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 professionnels et privés).* » ⁹ Cette définition introduit les notions de conditions de travail et de prévention comme des éléments prépondérants à prendre en compte.

De ces définitions nous pouvons retenir qu'il n'y a pas une cause unique à l'absentéisme ; il est dû à un ensemble de facteurs.

De façon générale la mesure de l'absentéisme se calcule traditionnellement de la manière suivante :

$$\frac{\text{heures d'absences pendant une période donnée}}{\text{heures théoriques de travail pendant la même période}}$$

Le calcul du taux d'absentéisme n'est pas normalisé (le type d'absences pris en compte peut varier) et n'est pas calculé dans tous les établissements. Il est donc difficile de comparer les taux des établissements médico-sociaux entre eux.

Pour aller plus loin, il faut préciser les différents types d'absences, afin de pouvoir définir les typologies d'absentéisme ce qui nous permettra de nous focaliser sur les absences les plus désorganisantes pour la structure et sur lesquelles des actions de prévention peuvent être entreprises.

b) Différents types d'absences

On peut distinguer deux grandes catégories d'absences, les absences prévisibles et les absences imprévisibles.

⁸ Gallois P., « L'absentéisme. Comprendre et agir », éditions de Liaisons, 2009

⁹ ANACT, 2009, « L'absentéisme, outils et méthodes pour agir », éditions du réseau ANACT

Les absences prévisibles :

Elles comprennent : les repos hebdomadaires ou compensateurs, les congés payés, les récupérations de jours fériés, les congés sans solde autorisées, les formations. Ces absences peuvent être anticipées et intégrées dans la planification et l'organisation du travail ; elles sont intégrées par les managers lors de la réalisation des plannings et ne déstabilisent pas l'organisation.

Certaines absences sont prises en compte dans les cycles de travail. C'est le cas des repos ou congés et peuvent donc être qualifiées de « prévisibles », tout comme les absences pour formations. Elles n'ont pas ou peu d'impact dans les difficultés de gestion liées à l'absentéisme et seront donc exclues de cette recherche.

Les absences imprévisibles :

Elles sont liées à l'état de santé du salarié, sa situation familiale, des événements personnels. Parmi celles-ci certaines sont anticipables et ne perturbent donc que peu l'organisation du travail ; c'est le cas par exemple des congés maternité, congés paternités ou des absences conventionnelles.

Les absences pour maladie, elles, sont justifiées par un certificat médical et sont composées :

- Des absences pour maladies ordinaires : leurs durées varient de un à plusieurs jours. Le salarié a 48H pour justifier auprès de son employeur sa situation en fournissant un certificat médical d'arrêt de travail.
- Des absences pour maladie professionnelle : une maladie est dite d'origine professionnelle lorsqu'elle est la conséquence de l'exposition directe du salarié à un risque physique, psychique ou biologique et résulte des conditions dans lesquelles est exercée l'activité professionnelle.¹⁰
- Des congés maladie de longue durée : ils concernent les arrêts pour maladie supérieurs à six mois et pouvant aller jusqu'à trois ans. Selon l'article L324-1 du code de la Sécurité Sociale, le motif de l'arrêt ne doit concerner ni l'accident de travail, ni la maladie professionnelle.

Les accidents du travail : ils incluent les accidents qui sont advenus sur le lieu de travail ou lors du trajet domicile/ lieu de travail. Ils sont déclarés par l'employeur et nécessitent un certificat médical pour justifier l'absence.

¹⁰ Article L 461-1 et articles suivants du code la Sécurité Sociale.

Les absences injustifiées : est considérée comme absence injustifiée une absence sans autorisation préalable de l'employeur ou consécutive à son refus d'autorisation, ou à une prolongation sans autorisation.

La durée et la fréquence de ces absences sont variables.

J'orienterai ma recherche sur l'absentéisme imprévisible, car il est à mon sens, avec la fréquence des absences, le plus désorganisant pour la structure et le plus préjudiciable pour la performance de l'organisation du fait des délais de prévenance courts.

Il est composé :

- Des absences pour raison médicale : les maladies ordinaires, les accidents du travail (AT) et les maladies professionnelles (MP) ;
- Des congés exceptionnels : les autorisations spéciales pour enfants malades et les congés pour raisons familiales ;
- Des prolongations de dernière minute ;
- Des absences injustifiées.

Les autres types d'absence (qu'ils soient de longue ou courte durée) n'ont pas les mêmes enjeux et n'ont pas les mêmes modes d'interactions. C'est pourquoi je fais le choix de les exclure de ma recherche.

c) Typologie de l'absentéisme

Classification des absences :

Les différents types d'absences ayant été identifiés, on peut maintenant les catégoriser en fonction des facteurs qui les expliquent. Plusieurs auteurs en ont établi des classifications.

Gregor Bouville en 2009, a défini une typologie d'approche de l'absentéisme classée en 4 catégories que Randon et al. ont reprises et synthétisées de la manière suivante :

- « approche personnelle : la grossesse, la dépression, l'ancienneté et les responsabilités familiales, les revenus du ménage,

- approche attitudinale : satisfaction, engagement au travail, stress et burn out,
- approche organisationnelle : horaires de travail, latitude de décision, manque de récompense, environnement de travail, harcèlement moral,
- approche médicale : charges de travail, postures inadaptées. » ¹¹

Pascal Gallois, les regroupe en trois grands groupes :

- L'absentéisme structurel : il est composé des congés maternité, paternité, d'adoption et des congés autorisés. L'organisation a peu ou pas de moyens de prévention sur ce type d'absentéisme.
- L'absentéisme conjoncturel: il comprend les accidents de travail et les maladies professionnelles. Sur cette forme d'absentéisme des moyens de prévention peuvent être mis en place par la structure.
- L'absentéisme dysfonctionnel : on y retrouve les arrêts pour maladie ordinaire, certains accidents du travail et les absences injustifiées. C'est le plus désorganisant pour la structure, car ces absences sont inopinées et ont donc un délai de prévenance très court.

Actions de prévention :

Si l'on distingue les catégories de facteurs de l'absentéisme, il est plus aisé par la suite de pouvoir distinguer les actions de prévention. Il est possible de mettre en corrélation les causes de l'absentéisme et les actions de prévention.

Il existe plusieurs types de mesures en matière de prévention concernant l'absentéisme dysfonctionnel :

- en aval (1^{er} cercle au plus près de l'acte d'absentéisme) : entretien de retour après les absences, amélioration des conditions de travail, de l'ergonomie.
- en amont (2^{ème} cercle) : mise en place de crèche, actions pour l'ergonomie, action de prévention des AT et des maladies professionnelles

Randon et al. ont réalisé une étude sur les pratiques de prévention de l'absentéisme au sein de 13 établissements de santé, ce qui leur a permis de distinguer les types d'actions de prévention en matière d'absentéisme et de les classer en trois catégories :

¹¹ Randon S. et al., « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », *Management & Avenir*, 2011/9 N° 49, p.138

- « Actions personnel : crèche pour le personnel
- Actions sur l'organisation : élaboration des plannings, implication des managers
- Actions sur la santé du personnel : aménagement de la charge de travail, formation à la sécurité, aménagement des postes pendant la grossesse »¹²

d) Conséquences de l'absentéisme et réponses apportées

L'absentéisme est un véritable « casse-tête » pour les managers car il implique des remplacements « au pied levé », une réorganisation du travail, la formation des nouveaux arrivants....

Il a des conséquences à plusieurs niveaux :

- Pour les équipes : une dégradation des conditions de travail, avec une surcharge de travail.
- Pour les usagers : des tensions, un temps de soins parfois réduit ou des soins de moins bonne qualité.
- Pour les managers : la gestion de l'absentéisme est chronophage, le temps passé à redistribuer le travail et à refaire les plannings, n'est pas employé à autre chose ; sur le fonctionnement des établissements, l'absentéisme est révélateur du bien-être du personnel, de la qualité des soins et de la performance des institutions.

Les principes de gestion mis en place pour répondre à l'absentéisme sont propres à chaque structure.

L'absentéisme induit des coûts multiples :

- Financier : en raison du remplacement du salarié absent et des coûts indirects engendrés
- Organisationnel : puisqu'il dérègle le processus de fonctionnement du service ;
- Qualitatif : en affectant la prise en charge des résidents, par une diminution du temps accordé à chacun et de la qualité des soins prodigués, avec parfois des prises en charge restreintes ;
- Humain : car il impacte le personnel présent en leur imposant une surcharge de travail et de stress, ce qui peut avoir pour conséquence d'engendrer un sur absentéisme ;
- Culturel : par la remise en cause implicite de la norme de présence au travail.

¹² Ibid, p. 141

Aujourd'hui on ne sait pas expliquer précisément pourquoi certaines institutions ont un taux d'absentéisme faible et d'autres élevé.

Ce sujet peut être abordé de manière très variée. En effet l'absentéisme est souvent mis en avant comme étant un baromètre des dysfonctionnements et du « bien-être » (et du « mal-être ») au sein de l'institution. L'absentéisme peut être utilisé comme indicateur : indicateur social pour la fréquence des absences et l'absentéisme de courte durée ; indicateur de santé pour l'absentéisme de longue durée.

Il existe une alternative dans les EHPAD pour pallier l'absentéisme :

- le salarié absent est remplacé.
- le salarié absent n'est pas remplacé, car l'institution accepte un fonctionnement en sous-effectif, ou que le délai de prévenance est trop court pour pouvoir faire face à l'absence non programmée.

Le remplacement, quand il est effectué, peut l'être

- soit en interne :
 - par le rappel d'un professionnel en repos
 - par l'appel à un salarié d'un pool de remplacement interne
 - par le transfert d'un professionnel d'une autre unité
- soit en externe par l'appel à des professionnels extérieurs à la structure :
 - par le recours à une agence d'intérimaires
 - par le recours à un pool de remplacement constitué de professionnels n'appartenant pas à la structure mais y effectuant des remplacements réguliers.

Les cadres de proximité ont dans leurs fonctions une mission de gestion des ressources humaines. Ils mettent en place différentes mesures pour lutter contre l'absentéisme qui sont souvent d'ordre organisationnel. Le traitement quotidien de l'absentéisme occupe une partie importante de leur temps par la modification des plannings, le rappel de salariés pour effectuer le remplacement des absents pour maintenir la qualité du service et perturber le moins possible l'organisation.

L'utilisation des ressources internes pour répondre à la variation de la charge de travail impose une polyvalence des soignants face à l'activité ; celle-ci est souvent mal perçue par ces derniers.

Ces dispositions et le choix du mode de remplacement sont à mettre en lien avec le code du travail, qui impose aux cadres les règles à respecter en termes de nombre d'heures et d'amplitude horaire.

En effet, tout salarié doit bénéficier d'au moins deux jours de repos hebdomadaires et ne peut pas travailler plus de six jours consécutifs. Pour un salarié à temps plein, la durée légale du travail ne peut pas excéder 44 H par semaine et 35 H pour un salarié à temps partiel.

Toutes ces données entrent en ligne de compte lorsque les remplacements sont effectués par des salariés en interne.

Après avoir défini les contours de l'absentéisme, nous allons maintenant voir de quelle manière la théorie de la régulation peut être une approche intéressante pour l'appréhender.

II. APPROCHE DE L'ABSENTEISME PAR LA REGULATION

a) Définitions

Jean-Daniel Reynaud décrit l'organisation comme dynamique et les acteurs sociaux comme des régulateurs de leur quotidien.

La théorie de la régulation sociale permet de mettre en évidence comment, dans tout groupe social, les acteurs construisent des règles et comment elles leur permettent d'agir collectivement en coordonnant leurs actions.

La régulation correspond au processus d'entretien et de transformation de ces règles.

*« ce sont les acteurs qui produisent le système et non le système qui détermine les acteurs, car les acteurs posent des décisions qui ne résultent pas de forces globales ; même si ces décisions se prennent dans un contexte structuré, le poids des contraintes n'équivaut jamais à un déterminisme. »*¹³

Cette théorie repose sur trois fondements : la règle, le conflit et la négociation

- La règle :

Elle est au centre de la régulation sociale.

Elle est le produit des interactions entre les acteurs, ce qu'ils produisent et qu'ils s'échangent.

Elle est instable, car elle peut toujours être modifiée, déconstruite et reconstruite.

- Le conflit :

Il est l'expression d'un mécontentement, qui ne peut s'exprimer autrement.

Il met en lumière les disparités entre travail prescrit et travail réel.

Il peut précéder mais aussi suivre la négociation si celle-ci est trop fragile.

- La négociation :

Elle est le lieu de production des règles.

Elle permet aux acteurs d'échanger, de négocier afin d'aboutir à un compromis pour fabriquer des règles communes.

¹³ De Tersac, Gilbert. Régulation sociale et déficit de régulation, in de Tersac Gilbert et al. ; La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud, *La découverte*, 2003, p.19

Appliquée au cas de l'absentéisme en EHPAD, la théorie de la régulation sociale, permet de mettre en lumière les conditions d'articulations entre :

- les modalités de gestion de l'absentéisme prescrites par la direction et l'encadrement de proximité
- l'adaptation des équipes de terrain par la mise en place de pratiques qui permettent de minimiser, voire d'absorber les conséquences de l'absentéisme auxquelles elles sont confrontées.

Dans les organisations, la régulation est le résultat de la distinction entre les règles formelles (officielles) et informelles (implicites). D'une manière générale, elles ne sont pas identiques et ne se réduisent pas l'une à l'autre ; elles n'ont pas d'égalité, de légitimité, ni de pouvoir.

L'activité de régulation peut avoir beaucoup d'objets. Elle peut porter sur les méthodes de travail, les critères de qualité, les précautions à prendre, l'accès aux postes, la promotion des salaires, l'adoption d'une technique nouvelle et le partage des responsabilités qu'elle entraîne.

Pour pouvoir se créer, la régulation nécessite un lieu et un temps d'ajustement.

En EHPAD, ils sont de différentes natures :

- Des espaces formels : qui sont le lieu des diverses réunions : de coordination, d'encadrement ou de direction, d'organisation.... Le temps des transmissions est souvent un moment propice, peu importe l'endroit où elles ont lieu (salle de réunion, office de soins, infirmerie...) puisque sont réunis des membres des différents postes, voire services.
- Des espaces informels, qui sont des lieux d'ajustements plus insolites tels que les salles de pause, les tisaneries, les chambres des résidents mais surtout les couloirs, lieu privilégié des échanges entre les soignants.

Jean-Daniel Reynaud, distingue trois types de régulations que nous allons d'abord définir pour voir ensuite leurs applications dans le cadre de l'absentéisme en EHPAD.

b) Les différents types de régulation

La régulation de contrôle

*** Définition**

La régulation de contrôle émane de l'extérieur des équipes, elle s'exerce essentiellement par voie hiérarchique. C'est de là que provient le qualificatif de « contrôle ».

Elle est composée des actions institutionnelles portées par la direction et les managers de proximité. Elle est formalisée, explicite et officielle. Elle comprend les valeurs juridiques et les règles mises en œuvre par l'employeur. Elle fixe les responsabilités en cas de fautes et détermine les sanctions applicables, elle arbitre les différends et assure le fonctionnement quotidien de l'organisation.

Elle correspond à une logique de coût et d'efficacité, une logique technique, qui mesure l'adéquation entre les moyens et les fins.

Elle vise à contrôler les zones d'autonomie des équipes, en les orientant et en leur prescrivant les comportements à avoir.

« Une règle de contrôle instaure une relation de subordination. Elle crée une hiérarchie entre les membres du groupe en désignant ceux qui sont légitimes pour énoncer les obligations. Mais elle n'oriente les comportements qu'à condition qu'en soient définies et respectées les contreparties. »¹⁴

Au sein des EHPAD, la régulation de contrôle est exercée par l'équipe de direction composée en général du directeur et des cadres de l'établissement (médecin, psychologue, cadre logistique, cadre de santé...). On peut aussi, dans les organigrammes, trouver la présence de coordinateur infirmier ou d'aides-soignants référents (le plus souvent lorsqu'il n'y a pas de cadre de santé ou en complément de celui-ci).

La plupart des membres exerce le plus souvent leur activité dans l'établissement à temps partiels.

Les cadres de proximités sont responsables de l'organisation du travail et de la qualité des soins apportés aux résidents.

*** Application dans le champ de l'absentéisme**

Dans le cadre de l'absentéisme, la régulation de contrôle comprend les mesures de prévention mises en place dans l'institution et les modalités de gestion.

¹⁴ Lichtenberg Y., Régulation (s) et constitution des acteurs sociaux, in de Tersac et al. ; La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud, *La découverte*, 2003, p.54

Le plus souvent celles-ci se « cantonnent » aux modalités de remplacements, en prescrivant aux soignants la conduite à tenir en cas d'absence. Elles sont souvent en décalage avec les réalités vécues par les équipes et les solutions qu'elles mettent en place.

La régulation autonome

*** Définition**

La qualification « autonome » a été retenue pour mettre en avant la capacité des acteurs à affirmer leur autonomie vis à vis des autres acteurs qui cherchent à leur imposer des règles.

C'est l'ensemble des actions qui se construisent dans les équipes sans la direction et sans les managers.

Elle est interne à l'équipe, produite par les professionnels de terrain eux-mêmes.

Elle peut être offensive ou défensive. Elle est informelle, officieuse et repose sur un système de valeurs et de croyances (un système idéologique).

Elle correspond à une logique des sentiments, liée à l'affectivité. Elle représente les relations, les valeurs inhérentes entre les personnes et les différents groupes dans l'organisation.

Ce n'est pas un comportement déterminé et il n'appartient pas à la direction.

« Une règle autonome instaure une relation de solidarité. Elle crée une égalité de destin là où une agression ou l'adversité d'une situation reconnue commune pourrait faire éclater le groupe. Elle soude une communauté de pairs, elle est du coup essentiellement défensive. Elle part des contreparties à obtenir et énonce les comportements communs à adopter pour les atteindre. »¹⁵

Au sein des établissements, l'activité des soignants est très structurée que ce soit par des procédures ou des protocoles préétablis : il y a une normalisation du travail prescrit.

Le travail réel, lui, est dépendant d'aléas, de situations singulières qui nécessitent un ajustement et une coordination entre professionnels.

Il y a souvent un décalage par rapport aux réalités vécues, aux attentes des soignants, ce qui nécessite une gestion des tensions entre ce qui est demandé (le travail prescrit) et ce qu'il est possible de faire en situation (le travail réel).

Les règles informelles guident les procédures de travail, de collaboration et de décision, elles assurent le fonctionnement quotidien de l'organisation.

¹⁵ Ibid., p.54

*** Application dans le champ de l'absentéisme**

Les règles de l'absentéisme dans les équipes ne sont pas forcément les mêmes que celles prescrites par l'institution. La gestion de l'absentéisme y est différente.

Les soignants appliquent les modalités de gestion qui leur sont imposées par l'encadrement, mais ils peuvent aussi mettre en œuvre leurs propres solutions d'organisation pour faire face aux conséquences d'une absence en supprimant des tâches, en réorganisant le travail, en intensifiant le rythme de travail, en réaménageant des horaires...

Les soignants construisent des routines, des pratiques qui vont progressivement être instaurées comme des règles.

La régulation conjointe

*** Définition**

Elle est le résultat d'un compromis entre autonomie et contrôle. Elle est le fruit de l'établissement de règles communes.

Une fois négociées et approuvées, ces règles communes deviennent des règles de contrôle qui s'imposent à tous.

« Une règle conjointe provient d'une négociation implicite ou explicite aboutissant à un accord sur l'établissement de règles communes incluant l'existence de contreparties. »¹⁶

*** Application dans le champ de l'absentéisme**

En ce qui concerne l'absentéisme, la régulation conjointe revient à l'élaboration par l'encadrement et les équipes de terrain de procédures de travail mises en place en situation de sous-effectif au sein de la structure.

Celles-ci prévoient l'organisation du travail : actions prioritaires, activités supprimées ou reportées, ou ressources additionnelles mobilisables en cas d'absences.

La recherche empirique va permettre de confronter cette théorie avec les réalités du terrain rapportées par les professionnels.

¹⁶ Ibid., p.54

RÉSULTATS ET CONFRONTATION

Cette deuxième partie présente les résultats des entretiens réalisés auprès de professionnels de terrain.

Dans un premier temps, je présenterai la méthodologie de l'enquête et les thèmes abordés, puis la présentation des structures et des interviewés. Dans un second temps les résultats seront restitués et confrontés au cadre théorique.

I. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE EMPIRIQUE

Mon enquête de terrain a eu pour objectif de comprendre les différentes actions mises en place face à l'absentéisme en EHPAD, ce qu'elles peuvent apporter et quelles sont leurs limites.

Les données récupérées proviennent de 16 entretiens semi-directifs, réalisés dans 9 établissements, auprès de 22 professionnels et de l'analyse des documents fournis par certaines structures.

Les entrevues ont duré entre $\frac{3}{4}$ d'heure et une heure, elles se sont déroulées d'Avril à Juin 2015. Avec l'autorisation des personnes rencontrées, un enregistrement des échanges a eu lieu pour 15 d'entre elles.

Les entretiens ont été réalisés :

- De manière individuelle auprès de directeurs et de cadres intermédiaires
- De manière collective auprès de membres d'équipes de soignants composées de deux ou trois professionnels, aides-soignants ou agents de soins (aides-soignants non diplômés).
- Il me semblait important de recueillir le témoignage d'acteurs de terrain, intervenants à différents niveaux dans l'institution, les enjeux de la régulation n'étant pas les mêmes selon leurs fonctions.
- Afin de croiser les visions, une partie des entretiens a concerné des professionnels travaillant dans les mêmes structures. Il n'a malheureusement pas été possible de le faire de manière systématique.

Les objectifs de ces interviews étaient multiples :

- Savoir si le concept de la régulation mobilisée dans ce travail était connu des professionnels.
- Repérer les modes de régulations mis en place dans les institutions.
- Établir une typologie de l'absentéisme rencontrée en EHPAD et sa corrélation avec les actions de prévention mises en place.
- Concernant la régulation de contrôle : identifier le type de régulation mis en place et sa connaissance par les équipes.
- Concernant la régulation autonome : repérer sa présence, sa forme, les facteurs favorisant ou bloquant, sa connaissance par les encadrants.
- Concernant la régulation conjointe : déterminer de quelle façon elle s'établit.

Les thèmes abordés ont été :

- Les taux d'absentéisme, les représentations et la communication sur le sujet
- La typologie des absences et les mesures de prévention
- Les impacts de l'absentéisme
- La gestion des absences
- Les différents types de remplacements mis en place
- Le management
- La proximité des cadres
- L'organisation du travail et l'autonomie des équipes
- L'encouragement des démarches
- La régulation des équipes
- De quoi ou de qui dépend la régulation

Les entretiens ont été intégralement retranscrits et anonymisés pour pouvoir être analysés (en annexe la retranscription d'un entretien intégral de chaque groupe d'interviewés).

Chaque entretien a été numéroté dans l'ordre de rencontre, tout comme les structures et les professionnels, pour pouvoir les identifier lors de la restitution.

II. PRESENTATION DES STRUCTURES

Mon seul choix concernant les structures a été leur taille. Elles sont approximativement identiques et accueillent environ 80 résidents.

Elles appartiennent indifféremment au secteur public ou privé à but non lucratif.

Localisation : urbaine : établissement situé dans une agglomération

péri-urbaine : établissement situé à moins de 30 kilomètres d'une agglomération

rurale : établissement situé à plus de 30 kilomètres d'une agglomération

Structures	Secteur d'activité	Localisation	Nombre de résidents permanents accueillis	Nombre de services	Type d'hébergement proposé	Ancienneté du bâtiment
Structure 1	PNL	Péri urbaine	80	6 unités sur 3 étages	EHPAD UPG Handicap	-10ans
Structure 2	Public hospitalier	Rurale	99	3 étages	EHPAD UPG	+ 30 ans
Structure 3	PNL	Rurale	80	3 étages, 10 secteurs	EHPAD UPG	Entre 10 et 20 ans
Structure 4	PNL	Péri urbaine	75	3 étages	EHPAD	Entre 20 et 30 ans
Structure 5	PNL	Rurale	80	3 étages : 3 unités	EHPAD UPG Handicap	Entre 10 et 20 ans
Structure 6	PNL	Urbaine	89	4 unités	EHPAD UPG	- 10ans
Structure 7	Public hospitalier	Péri urbaine	80	3 étages	EHPAD	+ 30 ans
Structure 8	PNL	Péri urbaine	84	3 étages 6unités	EHPAD UPG Handicap	-10ans
Structure 9	PNL	Urbain	84	3 étages	EHPAD	-10 ans

III. PRESENTATION DES INTERVIEWES

Toutes les personnes rencontrées sont des professionnelles féminines.

NUMERO ENTRETIEN	NUMERO INTERVIEWES	FONCTION	ANCIENNETE DANS LA FONCTION	ANCIENNETE DANS LA STRUCTURE	STRUCTURE
1	1	Coordinatrice	7 ans 1/2	7 ans 1/2	Structure 1
2	2	Cadre	4 ans	4 ans	Structure 2
3	3	Directrice	13 ans	1 an 1/2	Structure 1
4	4	Directrice	13 ans	12 ans	Structure 3
5	5	AS	14 ans	3 ans	Structure 4
5	6	AS	3 ans	1 an 1/2	Structure 4
6	7	Coordinatrice	9 ans	9 ans	Structure 5
7	8	Directrice	20 ans	6 ans	Structure 6
8	9	AGS	4 ans	3 ans	Structure 1
8	10	AMP	4 ans	4 ans	Structure 1
9	11	AS	8 ans	8 ans	Structure 1
9	12	AS	3 ans	6 ans 1/2	Structure 1
9	13	AGC	5 ans	5 ans	Structure 1
10	14	AGS	13 ans	4 ans	Structure 1
10	15	AMP	4 ans	4 ans	Structure 1
11	16	Cadre	27 ans	6 ans	Structure 3
12	17	Cadre	7 ans	3 ans	Structure 7
13	18	Coordinatrice	3 ans	6 mois	Structure 8
14	19	Directrice	9 ans	2 ans 1/2	Structure 8
15	20	AMP	3 ans	2 ans 1/2	Structure 8
15	21	AGS	17 ans	2 ans 1/2	Structure 8
16	22	Coordinatrice	3 ans	1 mois 1/2	Structure 9

IV. MODALITES DE RESTITUTION DES RESULTATS

Les résultats des entretiens seront présentés et regroupés selon les thèmes abordés.

Peu importe le secteur d'activité, le secteur géographique ou l'ancienneté des résidences, toutes les interviewées, quelle que soit leur fonction, ont déclaré être confrontées à l'absentéisme dans leur structure.

« L'absentéisme pourrait certainement être limité par une dynamique enthousiasmante, un projet... car on est moins absent quand on aime ce qu'on fait, mais c'est à durée limitée. L'absentéisme est une donnée des établissements et chaque secteur a son taux d'absentéisme. En EHPAD, les études le montrent, c'est un sujet à travailler. » Directrice, entretien n°14

V. RESULTATS PAR THEMES EVOQUES

a) Les taux d'absentéisme, les représentations et la communication sur le sujet

Il est connu dans peu de structures. Sur les 9 structures interrogées, les taux d'absentéisme ont pu être communiqués pour 4 seulement. Certains sont fournis par des cabinets de consulting extérieurs, d'autres calculés par les sièges sociaux et d'autres sont calculés à l'initiative du directeur.

Pour plusieurs structures le taux d'absentéisme n'est pas connu, car il n'est pas demandé dans les bilans sociaux par leur siège qui le calcule de manière globale pour tous les établissements du groupe. Pourtant il peut être calculé par établissement sur demande, puisque les données sont accessibles. Ils sont compris entre 38 % et 6,5 %.

Comme nous l'avons vu dans la première partie, les taux de calcul ne sont pas normalisés et il est difficile de les comparer.

L'exemple de la structure 2 l'illustre bien.

En effet, selon le type d'absences pris en compte, les chiffres sont très différents. Le taux d'absentéisme global sur l'exercice est de 18,2 %, il passe à 18 % si on y soustrait les congés maternités et à 12,6 % si on ne prend pas en compte les AT et les longues maladies.

Ces chiffres sont fournis par une entreprise d'assurance qui réalise des études à partir des données transmises par les établissements et les compare à des établissements équivalents. Dans ce cas l'étude a révélé que cet EHPAD était au-dessus de la moyenne des établissements équivalents en

termes d'exposition, de fréquence et de gravité des absences. De plus elle a noté une dégradation par rapport à l'exercice précédent où le taux d'absentéisme était de 6,4 % : la proportion d'agents absents est la même mais la fréquence et le nombre des arrêts ont augmenté.

Le mode de calcul n'ayant été communiqué que pour cet établissement, la comparaison ne sera pas poussée plus avant.

Plus que les chiffres, ce sont surtout les ressentis et les représentations de l'absentéisme qui ont été évoqués par les professionnels, les qualifiant d'importants dans la plupart des cas.

Dans la structure 8, les points de vue divergent entre la directrice et la coordinatrice.

La directrice indique pour sa structure un taux d'absentéisme à 6,5%. Auparavant, elle dirigeait un EHPAD classique où il avoisinait les 13 % (sur le même mode de calcul). Elle considère donc avoir un absentéisme relativement faible pour le secteur et avance comme piste d'explications l'ouverture récente de l'établissement (aucune absence sur les six premiers mois) et le profil des patients dans cette structure.

L'infirmière coordinatrice, quant à elle, qui n'avait auparavant jamais travaillé dans le secteur et qui n'était pas présente durant les six premiers mois, évoque un absentéisme important.

Cet exemple illustre bien les écarts entre des représentations basées sur les ressentis qui peuvent être influencés par l'expérience et la réalité représentée ici par les chiffres.

Les taux, même s'ils doivent être pris avec prudence et dans leur contexte, permettent de rendre compte objectivement de la réalité.

Une des directrices a évoqué utiliser les taux d'absentéisme pour faire du « benchmarking » lors de réunion entre directeurs d'EHPAD. Avec selon elle une moyenne du secteur au alentour de 8 % (source KPMG).

Toutefois le manque de chiffres pose la question de l'utilisation de la gestion de l'absentéisme comme levier de management.

Ce constat a été confirmé en abordant la communication sur le sujet au sein des établissements.

D'une manière générale les structures ne communiquent pas formellement sur l'absentéisme.

Toutes les équipes interrogées regrettent ce manque d'information et de transparence. En revanche le sujet est abordé au sein de toutes les équipes de manière informelle.

Dans une des structures, une coordinatrice a pendant quelques mois mis en place un tableau pour informer les équipes sur les absences. Cette initiative a été arrêtée car aucun impact n'a été noté sur l'absentéisme et les équipes ne semblaient pas y prêter attention.

Dans une autre structure, un groupe de travail a été mis en place avec la méthode du « lean management » sur la formalisation d'une procédure. Les équipes ont apprécié cette démarche et les personnes qui y ont participé ont reconnu mieux comprendre les contraintes de l'institution et les règles en matière d'absentéisme. En revanche, depuis la fin de ce travail, les équipes regrettent de ne plus être informées.

Une des coordinatrices considère que ne pas communiquer sur l'absentéisme est une bonne chose, pour ne pas stigmatiser les absents et créer des tensions dans les équipes. Deux directeurs vont aussi dans ce sens en reconnaissant que la communication, lorsqu'elle a lieu, est toujours sur le négatif et que donc les effets ne sont que peu voire pas bénéfiques.

Une des directrices reconnaît qu'en communiquant plus et en expliquant aux équipes les contraintes auxquelles l'établissement est confronté, permettrait de diminuer la frustration de certains professionnels.

Ce manque de communication pose la question de l'objectivation de la ligne managériale par les équipes sur les aspects de gestion de l'absentéisme, de prévention et plus largement sur la santé et la sécurité des salariés.

b) La typologie des absences et les mesures de prévention

Dans aucune des structures interrogées, il n'a été possible de déterminer de périodes précises où l'absentéisme serait plus important. Trois d'entre elles ont toutefois ciblé deux périodes plus propices : la période estivale et la période hivernale pour les épidémies ou pour les absences dues aux sports d'hiver.

En ce qui concerne le type d'absences, on retrouve dans toutes les structures des arrêts courts et fréquents dus en majorité à des arrêts pour maladies ordinaires ou des journées enfants malades.

Deux structures reconnaissent avoir de l'absentéisme injustifié, mais celui-ci reste très marginal. Pour l'une d'entre elles, la qualification de non justification est mal comprises par les agents : *«pour certaines, le fait de prévenir par téléphone de leur absence et d'en donner la raison, donne une justification »* Directrice, entretien n°14.

Deux structures ont mis en place le non remplacement des salariés absents durant les trois jours de carence. Cette mesure semble a priori (pas de données chiffrées) avoir diminué le nombre d'arrêts de courte durée.

Le personnel étant en majorité féminin et jeune, les établissements sont confrontés à un nombre important d'arrêts dans le cadre de congé maternité et de « pré-congés maternité ». Le travail étant physique avec beaucoup de manutention, les femmes pouvant travailler jusqu'au début du congé maternité sont rares.

Les structures ayant identifié des services de soins moins lourds physiquement aménagent des postes pour les femmes enceintes en les changeant de service lorsqu'elles ont déclaré leur grossesse.

Tous les établissements sont confrontés à l'absentéisme suite à des accidents du travail liés en grande majorité à des problèmes de manutention.

Dans les structures où des Comités d'Hygiène et de Sécurité sur les Conditions de Travail (CHSCT) sont présents, des actions sont menées pour suivre les AT, analyser les causes et mettre en place des actions de prévention.

Toutes les structures mettent en place des mesures de prévention qui concernent les Troubles Musculo Squelettiques (TMS), en organisant des formations « manutention » et en envoyant systématiquement en formation tous les salariés en AT pour problème de manutention.

Trois structures ont formé des professionnels en interne pour qu'ils deviennent formateurs à la Prévention des Risques liés à l'Activité Physique (PRAP) et puissent mettre en place des actions de prévention et de formation auprès de leurs collègues au sein même de la structure.

Dans la structure 9, l'infirmière coordinatrice refait le point tous les 15 jours avec les équipes sur les difficultés de transfert, le type de matériel à utiliser selon les situations, les besoins en matériel.

Une structure a organisé un programme d'action sur les TMS avec la médecine du travail. Hormis cette action aucune structure n'entretient de lien privilégié avec la médecine du travail sauf pour les postes aménagés ou les mi-temps thérapeutiques.

Au vu des moyens mis en place en termes de matériel et de formation pour améliorer la sécurité des résidents lors des transferts et diminuer la pénibilité du travail pour les soignants, une directrice a décidé de sanctionner les salariés qui se seraient blessés par non utilisation d'un matériel présent et adapté à la situation. Cette mesure venant d'entrer en vigueur au moment de l'entretien, il n'a pas été possible d'en évaluer l'impact.

Pour tous les établissements on compte en moyenne 1 à 3 arrêts de longues durées.

Les entretiens de retour sont rares. Tous les directeurs ont déclaré qu'il serait trop difficile d'effectuer des entretiens systématiques. En revanche, lorsqu'ils ont lieu, ils concernent les arrêts longs, fréquents ou injustifiés.

Toutes catégories confondues et tous types d'absences confondus, de manière unanime les encadrants ont déclaré que la difficulté principale dans la gestion de l'absentéisme résidait dans le délai de prévenance court des absences.

Pour les équipes interrogées c'est la fréquence des absences de certains salariés, qui, même si elles sont justifiées, pèsent sur les équipes et provoquent une stigmatisation et un sentiment d'injustice pour les collègues présents.

On retrouve dans les éléments cités, les plus désorganisant, identifiés et ciblés dans le cadre conceptuel.

En reprenant les catégories d'action de prévention évoquées précédemment on peut noter qu'aucune action personnelle n'est entreprise.

Les pratiques relevant des actions sur la santé des personnels semblent être très développées et généralisées dans toutes les structures et représentent la part la plus importante des actions de prévention entreprises. On retrouve parmi les actions citées : la formation du personnel à la manutention, l'acquisition de matériel de manutention, l'aménagement des postes de travail pour les femmes enceintes, les entretiens de retour suite à des arrêts pour longue maladie, l'aménagement des postes de travail pour les reprises de travail thérapeutiques.

En revanche, les actions sur l'organisation semblent être plus dépendantes de la politique des directeurs.

c) Les impacts de l'absentéisme

Tous les professionnels considèrent l'absentéisme comme une préoccupation, ayant des répercussions à différents niveaux :

- Sur les résidents :

Le souci du maintien de la qualité des soins a été abordé par tous les interviewés. Néanmoins 81 % des personnes interrogées ont reconnu qu'avec l'absentéisme, en présence de nombreux remplaçants, la qualité des soins pouvait se retrouver diminuée par moins de présence, moins de temps accordé aux résidents et moins de temps consacré aux activités. De même certains soins sont décalés, notamment les douches.

Le risque principal mis en avant est de « bâcler » le travail. Sur une structure, une procédure dégradée est mise en place avec des soins d'hygiène minimum apportés en cas de sur absentéisme. Cela peut provoquer du stress chez les résidents, voir du refus de soins pour certains qui n'acceptent pas les personnes qu'ils ne connaissent pas, leurs habitudes et rythme de vie se trouvant modifiés. L'environnement et la qualité de vie des résidents se trouvent aussi impactés. En effet lorsque le ménage est réalisé par les équipes d'accompagnement, c'est la tâche qui est supprimée en premier en cas d'effectif réduit.

- Sur les personnels :

Unaniment reconnu par les interviewés, l'absentéisme a un impact sur les professionnels.

Il est générateur de stress, provoque de la fatigue pouvant même entraîner un sur absentéisme dû à l'épuisement des équipes.

Les soignants ont tous évoqué, face aux absences répétées, des sentiments de colère, de lassitude et d'injustice.

Les effectifs réduits et/ ou le travail avec des remplaçants ne connaissant pas le service, obligent les équipes à des réajustements permanents de leur organisation de travail et induisent une charge de travail supplémentaire.

Histoire d'absentéisme : Agent de soin, entretien n°10

« Hier matin en arrivant on a bu un café tous ensemble en bas et après, quand l'infirmière est arrivée, moi je suis montée dans mon service et ma collègue est allée aux transmissions.

On était super contentes de travailler ensemble parce que ça faisait longtemps et qu'on aime bien travailler ensemble. En plus avant mon repos d'hier, je n'avais pas été dans mon service parce qu'il manquait quelqu'un au 1^{er}. Du coup, ben j'ai dû y aller, du coup j'étais contente de revenir dans le service et en plus avec ma copine.

J'ai eu le temps de préparer mon chariot, de lire les transmissions et là l'infirmière m'appelle pour me dire qu'une collègue est absente au 1^{er} et que du coup selon le tableau c'est à nous d'aller aider, donc ma collègue ne remontera pas dans le service et va directement au premier.

Franchement c'est lourd et ça énerve. En plus celle qui n'était pas là, elle est toujours absente, je ne comprends pas pourquoi on la remplace pas d'office, elle doit venir une fois sur trois.

Après ça s'est pas mal passé, j'ai décalé des douches, de toutes façons les résidents ont l'habitude c'est toujours comme ça, c'est le jour où on est à deux qu'ils sont surpris en fait..., ma collègue d'en face m'a monté mon chariot de petit déj et la coordinatrice a fait monter quelqu'un pour m'aider sur le ménage.

Mais bon quand même c'est lourd, comme on est une unité plus légère, ben on se retrouve toujours seule pour aller remplacer celles qui ont pas envie de bosser. »

- Sur les encadrants :

Une des coordinatrices rencontrées a décrit l'absentéisme comme « un voleur de temps ».

De manière unanime, les encadrants ont déclaré que c'est la dimension opérationnelle de l'absentéisme qui est embolisante et chronophage dans l'organisation :

- avec du temps pris pour la gestion des ressources humaines,
- avec la modification des plannings et le remplacement des personnels absents
- avec le besoin d'explicitation et d'encadrement des nouveaux arrivants.

Certains des cadres interrogés ont indiqué que la gestion de l'absentéisme provoque du stress pour eux, par la peur de ne pas réussir à remplacer, par la pression des équipes.

Histoire d'absentéisme : infirmière coordinatrice, entretien n°6

« Le rituel du matin en arrivant c'est de prendre le téléphone et d'appeler dans les étages et les Ide pour savoir combien il en manque et comment les soignants ont été redispachés.... Et après ben on essaye de trouver des solutions, d'envoyer des renforts pour le ménage, ou de l'aide pour les petits déjeuners ou les toilettes qui restent. La gestion des plannings et la gestion des absences c'est ce qui prend le plus de temps et c'est la partie galère du boulot »

d) La gestion des absences :

Pour toutes les structures, durant les horaires de « bureaux », la gestion des absences est réalisée par l'encadrement ou la direction.

Sur 9 structures, 2 ont mis en place des astreintes en dehors de ces horaires et un EHPAD bénéficie du système d'astreinte du CHU auquel il est rattaché. Deux autres réfléchissent à mettre en place des astreintes.

Pour toutes les autres, ce sont les infirmiers qui ont la responsabilité de gérer les absences. Des listes de personnes pouvant effectuer des remplacements sont établies par les encadrants, elles sont surtout utilisées le week-end.

Les équipes interrogées ont toutes évoqué la difficulté pour les infirmiers d'avoir à gérer les absences. Cela nécessite parfois un temps important pour trouver une solution, souvent au détriment du temps imparti aux soins des résidents, qui en pâtissent. De plus cette situation génère des tensions avec les soignants qui se voient imposer une réorganisation pour combler les absences.

Dans une structure, une procédure existe expliquant les modes de remplacement à effectuer selon les cas (horaires, nombre de personnes absentes...).

Une autre a commandé à un groupe d'étudiants en ressources humaines de travailler sur un arbre décisionnel pour la gestion des absences par les infirmiers en-dehors des heures de présence de l'encadrement. Le travail porte sur la partie opérationnelle de l'absentéisme. L'objectif est d'optimiser et d'orienter les recherches ainsi que le choix du mode de remplacement. La décision sera donc accessible à tous, en mettant des éléments à leur disposition pour faire le choix.

Concernant les absences inopinées, les structures ayant identifié de manière informelle, un ou plusieurs services au sein desquels les résidents sont plus autonomes et/ou moins lourds en « nursing », c'est le personnel de ces unités qui vient renforcer les équipes en sous-effectif. Ce dispositif peut être mis en place de manière temporaire, le temps de faire appel à un remplaçant ou sur toute la durée du poste.

« Il y a un risque de crispation des étages relais. Nous avons identifié un service où les résidents sont moins lourds physiquement dans les besoins de prise en charge indispensables, tels que la toilette et l'habillage. Mais le risque c'est de stigmatiser les professionnels et qu'ils aient l'impression qu'on dénigre leur travail. Elles trouvent anormal qu'on dégrade leur accompagnement par ce qu'il ne relève pas du soin de base, alors que les résidents de l'unité ont d'autres besoins, tout aussi indispensables. » Directrice, entretien, n°14.

Dans un établissement il existe une procédure dégradée, formalisant quel service vient en aide pour pallier l'absence et quelles sont les tâches à supprimer pour le professionnel se retrouvant seul.

Histoire d'absentéisme : Aide-soignante, entretien n°15

« S'il y en a une qui a un souci et qui peut pas venir le matin elle appelle l'équipe de nuit et après c'est les IDE qui gèrent en arrivant.

C'est un rituel le matin : on arrive en salle de transmissions et la première chose qu'on fait, c'est se compter. On attend un peu pour voir si y en a qui sont en retard, bon on sait qui arrive souvent en retard, alors on leur laisse une petite marge avant de se dire qu'elles ne sont pas là et après les infirmières essayent de trouver une solution.

On commence le travail à 2 au lieu de 3 et puis dans la matinée on voit une collègue d'un autre étage ou une intérimaire qui vient nous donner un coup de main.

C'est rare qu'on se retrouve seule toute la matinée, ça arrive plus l'après-midi que les absents ne soient pas remplacés, parce qu'il y a moins de nursing.

L'aide des collègues ce n'est pas automatique, ça dépend de qui c'est et sinon ça passe par les Ide, ce sont elles qui imposent. »

e) Les différents types de remplacements mis en place

Une des structures du secteur public ne remplace pas les absences pour longue maladie :

« Budgétairement on ne peut pas les remplacer, donc l'effectif est déjà à moins trois sur le mois, avant d'avoir commencé le planning » : Cadre de santé, entretien n°2

Plusieurs types de remplacements sont mis en place dans les structures interrogées.

Trois structures ont indiqué ne pas remplacer systématiquement les absences.

- Une effectue les remplacements en fonction de l'activité dans la structure. Si le taux de remplissage est jugé bas, les personnels absents ne seront pas remplacés, on considère aussi que les personnels présents sont en capacité d'absorber la charge de travail supplémentaire due à l'absence.
- Une autre ne remplace pas les absences durant les trois les jours de carence. Cette mesure a été mise en place récemment son impact ne peut donc pas encore être observé.
- Une autre ne remplace pas le premier jour d'absence, considérant que le délai de prévenance est trop court.

Toutes les autres essayent de remplacer de manière systématique.

A l'exception d'une structure qui effectue toujours les remplacements à poste équivalent les autres ne font pas de distinction entre les agents de soins et les aides-soignants.

Toutes les structures essayent au maximum d'éviter de faire appel à l'intérim. Les modes de remplacements privilégiés par tous sont les solutions internes. Les encadrants utilisent leurs ressources internes, pour gérer la variation des charges de travail, par le recours aux heures supplémentaires ou complémentaires, le rappel des personnels sur leur jour de repos.

Hormis l'EHPAD rattaché à un CHU qui bénéficie de son pool de suppléance, tous se sont constitués un pool de remplacement externe, par l'appel régulier à des remplaçants pour la plupart travaillant déjà dans d'autres structures.

Les encadrants anticipent auprès des remplaçants externes habituels, en récupérant leurs disponibilités pour les semaines ou le mois à venir afin d'être plus réactifs lors d'une absence imprévisible.

Deux structures envisagent de constituer un pool de remplacement commun avec des structures voisines.

Les encadrants des structures situées hors agglomération ont toutes évoqué des difficultés de recrutement liées à l'éloignement géographique et à l'accès par les transports en commun difficile avec les horaires décalés.

De manière unanime les professionnels interrogés, quelle que soit leur fonction, disent que des remplaçants peu ou pas formés, ne connaissant pas le service dans lequel ils viennent travailler, est une difficulté. Cela peut même s'avérer être plus difficile que d'être seul.

« Quand tu es avec quelqu'un qui ne connaît pas l'unité des fois c'est un peu comme si t'étais toute seule, tu expliques, tu perds du temps, et tu contrôles tout puisque c'est sous ta responsabilité. Au final parfois tu perds plus de temps et tu passes plus d'énergie que si t'étais seule. » : Aide-soignante, entretien n°5.

En 1991 pour l'ouvrage « audit de l'absentéisme » de H. Leteurtre, un groupe de travail de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) a évalué l'écart de productivité entre un agent titulaire et un agent remplaçant à 15 %. Cet écart est encore majoré si le titulaire n'est pas remplacé à poste équivalent (ex : une aide-soignante remplacée par un agent de soin).

Les encadrants interrogés ont conscience de cette difficulté, mais pour des raisons budgétaires et du fait des délais de prévenance trop courts, seuls les remplacements d'arrêts longs bénéficient d'un temps de doublure.

« L'idéal serait qu'on puisse doubler tous les nouveaux, mais c'est irréalisable. Bien sûr pour des remplacements longs, on met en place des doublures pour que le remplaçant connaisse le fonctionnement du service et les habitudes des résidents. La plupart du temps on fait appel à des nouveaux remplaçants en situation d'urgence et là c'est juste impossible d'effectuer des doublures. »

Infirmière coordinatrice, entretien n°6

A partir des éléments évoqués dans le cadre théorique et de la recherche empirique, plusieurs dispositifs de gestion de l'absentéisme peuvent être identifiés au vu des résultats :

- pool de remplacement
- intérimaires
- rappel des professionnels en repos pour remplacer leurs collègues
- sollicitation d'agents d'autres unités pour renforcer les équipes en difficulté
- non remplacement
- dispositif informel d'auto-ajustement, entre soignants présents, lorsqu'un autre soignant est absent.

On peut noter que l'étude Phares¹⁷ qui portait sur 13 établissements avait aussi identifié les mêmes dispositifs qui visent plus à gérer qu'à absorber l'absentéisme.

f) Le management

Il me semblait important de questionner les managers sur leurs pratiques managériales, pour identifier si elles impactaient l'absentéisme et les différents types de régulation.

Sur les 11 encadrants ou directeurs interrogés, 9 qualifient leur management de participatif, avec du directif par moment, en ce qui concerne l'absentéisme ou lorsqu'il faut reposer le cadre.

Ils ont insisté sur l'importance du respect des règles et des limites ; les managers doivent s'appuyer sur les équipes et trancher lorsque c'est nécessaire.

Une directrice a déclaré ne pas vouloir définir son type de management : il est basé sur l'écoute et le respect qui pour elles sont les points essentiels pour bien manager des équipes.

17 Bami L., et al., « L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital », édition presse des mines, 2014

Enfin une coordinatrice a qualifié son management de familial : l'infirmière coordinatrice représentant la figure d'autorité tout en étant à l'écoute de son équipe, avec pour objectif de la faire monter en compétences.

Pour plusieurs personnes interrogées, le type de management peut avoir un impact s'il est trop directif : dans ce cas il est possible d'avoir un absentéisme réactionnel.

Tous se sont accordés à dire que les encadrants et les directeurs devaient avoir une vision partagée et des objectifs communs, dont le principal est le bien être des résidents.

« *Le directeur décline les couleurs, le cadre apporte ses nuances propres.* » : Cadre de santé, entretien n°11.

Dans deux structures, les visions ne sont pas partagées, ce qui se ressent au niveau des équipes.

g) La proximité des cadres

Il me semblait important d'aborder ce thème, car les encadrants intermédiaires sont responsables de l'organisation du travail. Leur implication et leur positionnement peuvent donc impacter la mise en place de la régulation autonome.

Les directeurs interrogés ont unanimement répondu que leur place n'est pas d'être proche des équipes, en revanche c'est ce qu'ils attendent de leurs cadres ou coordinatrices. Les 4 directeurs interrogés ont un encadrement de proximité à « 2 têtes », soit cadre/coordinatrice, soit 2 coordinatrices avec des fonctions différentes; dans chaque cas l'une est proche du terrain et l'autre moins. Toutefois, il est clairement ressorti que la proximité du terrain et des équipes fait partie des missions attendues.

Globalement les équipes trouvent leur encadrement éloigné du terrain, par manque de volonté de leur part mais aussi parce que les tâches administratives et de gestion sont trop lourdes dans leur quotidien.

Quand 2 coordinatrices sont présentes, les équipes elles aussi trouvent que l'une est plus proche que l'autre. Par contre elles ont parfois du mal à définir le rôle de chacune.

Les encadrants, pour 3 sur 7, se considèrent proches du terrain. Les autres se considèrent trop éloignés du terrain, même s'ils essayent de s'impliquer dans les équipes en passant régulièrement dans les unités, en laissant leur porte de bureau ouvertes.

Pour les équipes, la proximité des cadres n'a pas d'impact sur l'absentéisme. En revanche, pour les encadrants, la proximité avec les équipes permet d'établir des relations de confiance, d'être un soutien pour les équipes présentes, d'être dans des relations « gagnant/gagnant » voire d'obtenir plus de réactivité des équipes en cas d'absences et faciliter la crédibilité et les réactions aux consignes données.

« Je ne veux pas reproduire ce que j'ai vécu comme infirmière, avec des chefs enfermés dans leurs bureaux, n'ayant aucune conscience de nos difficultés et de ce qui se passait dans le service. Je passe sur les services tous les jours, j'assiste aux transmissions. La porte de mon bureau est toujours ouverte, sauf quand je suis en entretien ou que je travaille sur les plannings. Au besoin quand les équipes sont en difficulté, il m'arrive même de mettre la main à la pâte. » : Cadre de

Santé, entretien n°12

h) L'organisation du travail et l'autonomie des équipes

A l'exception de la structure 8 qui est en train de créer l'outil, toutes les résidences ont des fiches de postes ou de tâches selon l'appellation qu'on leur donne pour décrire l'organisation des journées de travail.

La structure 2 ne remplace pas les congés longue maladie, la cadre a travaillé avec les équipes les fiches de tâches à effectif réel et non à effectif budgété.

Une marge de liberté existe aussi sur l'organisation du service : trois structures travaillent les fiches de postes et de tâches en concertation avec les équipes, en les impliquant dans la rédaction et les propositions d'améliorations ou de modifications.

Dans la structure 9, l'organisation du travail est rediscutée entre l'infirmière coordinatrice et les équipes tous les 15 jours, par service, lors d'une réunion.

Toutes les équipes interrogées ont considéré avoir de l'autonomie, même si leur encadrant les contrôle.

« La confiance n'exclut pas le contrôle. » : Infirmière coordinatrice, entretien n°6

Les entretiens révèlent de manière quasi unanime que l'autonomie concerne en majorité le secteur des animations.

Dans deux structures qui travaillent par étage, les équipes sont libres dans leur répartition sur les étages.

Une cadre laisse à ses équipe de l'autonomie sur la gestion des plannings, « *c'est une relation gagnant/ gagnant, elles ont deux aides-soignantes motivées pour faire les plannings et elles les font très bien, donc tout le monde est content.* »: Cadre de santé, entretien n°2.

i) Encouragement des démarches

Tous les encadrants ou directeurs interrogés ont mis en avant la nécessité d'encourager et valoriser les démarches des équipes.

Les moyens mis en œuvre pour ce faire sont l'implication et la participation des équipes à différents groupes de travail qui peuvent avoir lieu dans l'institution.

4 cadres de proximité sur 7 utilisent des retours d'expérience.

Les équipes interrogées sur ce sujet, ont peu reconnu ces démarches.

Une des directrices interrogées a admis encourager les démarches d'auto-régulation, car les équipes préfèrent ces solutions au travail avec les intérimaires

j) Régulation des équipes

- Pour la régulation entre services :

Deux structures reconnaissent avoir des services très cloisonnés, ce qui permet peu ou pas l'entraide entre services :

- Dans l'une, ce cloisonnement est un choix assumé par la direction, qui considère que chaque service est spécifique et que la non entraide entre équipes est une forme de reconnaissance de leur travail. Les équipes reconnaissent ne pas savoir ce qui se passe dans les autres services.
- Pour l'autre, l'infirmière coordinatrice essaye de décroisonner les équipes, en les incitant à aller aider les services en difficulté. Suite à ces « appels du pied », les équipes commencent spontanément à proposer d'aider les autres unités.

La directrice d'une structure ouverte récemment, se questionne sur l'importance de l'histoire des structures dans la régulation. En comparaison avec une structure plus ancienne, l'histoire entre les équipes pourrait être un facteur de cohésion et d'entraide.

Une structure a formalisé l'aide entre les services en cas d'absences inopinées le matin, par la mise en place de procédure dégradée. Elle précise quel service vient pallier le manque d'effectif le matin et quelles tâches se trouvent allégées.

Cette procédure est la formalisation par un groupe de travail d'une pratique mise en place de manière spontanée par les équipes. Cette mise en place a permis de formaliser une pratique qui, jusque-là, reposait sur la « bonne volonté » des professionnels présents.

Elle a apporté plus d'équité pour les professionnels qui viennent en remplacement. Les équipes, comme les encadrants interrogés, semblent satisfaits par cette procédure ; les soignants ont mis en avant l'équité et la clarification apportées.

Cette formalisation est l'exemple même d'une régulation conjointe. Les règles mises en place de manière autonome ont été reprises par un groupe de travail pluridisciplinaire composé de professionnels du terrain et de membres de l'équipe d'encadrement. Le fruit de ce travail a été validé par la direction et est devenu une règle de contrôle.

Pour les autres structures, les équipes appellent leurs collègues ou proposent leur aide sur les tâches annexes : monter les chariots de petit-déjeuner, aider au ménage, soutien des collègues par des appels...

- Pour la régulation au sein des services :

Toutes les structures ont reconnu que les équipes se réorganisaient d'elles-mêmes, en décalant des douches, le ménage, en supprimant des tâches.

Ces pratiques sont connues des directions qui, même si elles ne les ont pas validées officiellement, les cautionnent.

On peut aussi noter que les équipes sont forces de propositions pour les réorganisations de plannings.

Les équipes, comme la plupart des encadrants, ont évoqué que les professionnels, d'eux mêmes, face à des absences, proposent de modifier leurs horaires, d'intervertir les postes ou de revenir sur des repos.

« La régulation des équipes fonctionne bien sur les absences, spontanément, celles qui veulent faire des heures supplémentaires ou complémentaires se font connaître lorsqu'il y a une absence. »

Directrice, entretien n°14

k) De quoi ou de qui dépend la régulation des équipes

Unanimentement tous les répondants ont exprimé que les prises d'initiatives et les actions entreprises étaient « personnes dépendantes » et qu'il existait des disparités d'une équipe à l'autre.

Sur 22 interviewées :

- Pour 7 personnes : ce sont les affinités entre les professionnels qui influent sur les initiatives et l'aide apportée aux autres.
- 6 identifient le leader comme important dans la conduite de l'équipe. Si le leader adhère au projet, s'il est moteur, l'équipe suivra. En revanche, si on est en présence d'un leader négatif, il est plus difficile de mettre l'équipe au travail et de la rendre suffisamment autonome.
- Pour 3 personnes la taille de l'équipe entre en ligne de compte. Il sera plus facile de créer une dynamique dans une équipe de petite taille.
- 4 personnes ont identifié les professionnels les plus expérimentés ou les plus anciens dans la structure comme des moteurs.
- 2 personnes, enfin, ont évoqué la lourdeur du service et la fatigue des équipes comme facteur prédominant des actions proposées et/ ou acceptées.

Il ressort de ces entretiens et des données vues auparavant que les différents types de régulation coexistent dans les établissements. Même si les professionnels n'en ont pas conscience, elles prennent des formes différentes selon les structures et les équipes.

Maintenant que nous avons confronté les résultats des entretiens au cadre théorique, nous allons essayer d'aller plus loin en « montant en généralité » en discutant et analysant ces données.

DISCUSSION

Les résultats obtenus vont être rediscutés puis mis en lien avec les hypothèses énoncées en introduction.

I. L'ABSENTEISME : UN ENJEU DE MANAGEMENT ?

Au vu des informations recueillies, on peut se questionner pour comprendre si la gestion de l'absentéisme est utilisée comme levier de management car peu de directeurs et/ou de cadres connaissent les taux d'absentéisme de leur établissement. Tous se reconnaissent confrontés à cette problématique, l'identifient comme un problème au sein de leurs organisations, mais pour la plupart ce sont leurs représentations qui sont prises en compte.

De même, peu de managers communiquent sur le sujet auprès de leurs équipes, qui sont en première ligne face à ce problème et qui en discutent entre elles de manière informelle en se basant elles aussi sur leurs représentations.

Les représentations sont l'élément principal sur lequel se basent tant les encadrants que les professionnels soignants. Sans s'en rendre compte, chacune des deux parties a les mêmes préoccupations et les mêmes critères de comparaison et de prise en compte.

Les actions de prévention mises en place concernent essentiellement les actions sur la santé des personnels. Là encore la typologie des absences n'étant pas étudiée, il est difficile d'envisager la mise en place de mesures de prévention pertinentes et adaptées.

Tous s'accordent à dire que l'absentéisme dégrade les conditions de qualité de vie au travail des professionnels et dégradent les prises en charge des résidents.

L'enquête a montré que dans toutes les structures interrogées, il y a un manque de lieu de discussion sur l'absentéisme et les conditions de travail.

Les modes de remplacement varient d'une structure à l'autre, c'est la partie principale considérée par les encadrants dans la gestion de l'absentéisme. Pourtant, peu de structures ont établi des règles de remplacements formelles et écrites.

II. LA REGULATION : UN ENJEU POUR LE TRAITEMENT DE L'ABSENTEISME ?

Dans une même organisation cohabitent des fonctionnements différents entre régulation autonome et régulation de contrôle, voire régulation conjointe : c'est une affaire d'équilibre.

Il existe, nous l'avons vu, plusieurs types de régulations. Nous allons analyser si ces processus sont dépendants ou interdépendants. La régulation permet-elle de tout voir sur l'absentéisme ? En quoi la régulation est-elle un facteur limitant et/ou contributif de l'absentéisme ?

Les entretiens ont permis d'identifier plusieurs types de manifestations des régulations, avec des facteurs favorisant qui seront plus particulièrement développés au travers de la discussion des hypothèses.

Comme nous l'avons évoqué, la régulation de contrôle s'exprime sous forme de règles, de procédures.... Elle existe plus dans certaines institutions, indépendamment d'ailleurs de la présence d'une astreinte ou de la gestion des absences par les infirmiers.

Sa proportion semble être liée aux orientations données par la direction ou le siège social de l'institution.

Ses manifestations varient donc d'un établissement à l'autre. Néanmoins il a pu être identifié des similitudes, notamment en matière de prévention des TMS.

La régulation autonome s'exprime principalement sous forme d'entraide dans les équipes ou entre les différents services. Les professionnels sont forces de proposition pour les remplacements et la réorganisation du travail, quand celle-ci n'est pas revue à leur initiative uniquement.

Les facteurs favorisant son émergence sont liés à la composition des membres de l'équipe, à la proximité des cadres, à l'autonomie et la souplesse laissées dans la gestion de l'organisation.

Le turn over important des remplaçants influence le phénomène : les titulaires cherchent à compenser le manque de connaissance du service, voire le manque de compétences techniques du remplaçant, ce qui augmente leur charge de travail. Cela peut amener les équipes à refuser les remplaçants et préférer se réorganiser seuls plutôt que d'avoir des intérimaires.

La régulation autonome semble pouvoir être un facteur facilitant la gestion de l'absentéisme, même si elle peut aussi être un facteur contributif. Comme les équipes l'ont bien souligné, le risque du sur

absentéisme par épuisement des présents existe, son émergence se faisant en parallèle à l'intensification de la charge de travail.

Une régulation autonome qui permettrait de gérer l'absentéisme de manière efficace, n'alerterait pas les encadrants et ne pousserait pas l'organisation à envisager d'autres solutions.

La régulation conjointe émane de la rencontre de l'autonomie et du contrôle.

Lorsqu'elle est mise en place, c'est la solution qui semble être la mieux acceptée; même si elle ne peut pas tout gérer elle apaise les tensions.

On peut déduire des entretiens, que lorsque la régulation de contrôle est moins présente, il y a plus de régulation autonome et inversement.

Nous allons maintenant confronter tous ces éléments avec les hypothèses émises au départ de cette recherche pour mettre en avant les facteurs favorisant la régulation et ses limites.

III. LES HYPOTHESES

a) Hypothèse 1 : la régulation de contrôle a une action sur les conséquences de l'absentéisme.

Nous avons pu voir au travers des entretiens qu'elle s'exprime sous la forme des fiches de tâches, de la prescription du travail, des modes de gestion de l'absentéisme.

On pouvait s'attendre à la trouver sous la forme des entretiens de retour, mais ils sont peu ou pas réalisés dans les institutions. L'élément le plus souvent évoqué pour justifier cette non réalisation est le manque de temps pour les directeurs, même si leur intérêt est reconnu par tous.

La gestion des modes de remplacement est peu formalisée, mais reste une régulation de contrôle, puisqu'elle émane de l'encadrement et s'impose aux équipes.

Dans certaines structures, les non remplacements systématiques sont formalisés et peuvent être considérés comme un mode de gestion. La flexibilité interne est utilisée quand le taux de remplissage est jugé trop bas ou quand un délai de carence est appliqué. C'est cette forme de régulation que les équipes ont le plus de mal à accepter.

La régulation de contrôle ne vise pas à agir sur les causes de l'absentéisme, mis à part pour la prévention, mais son action se situe en aval de l'absence.

b) Hypothèse 2 : les mécanismes de la régulation autonome reposent sur les ajustements mutuels qui sont facilités lorsqu'il existe une cohésion de groupe, un « esprit d'équipe ».

Jean-Paul Sartre disait de l'équipe : « *Un groupe de passagers dans un bus n'est pas une équipe. Elle peut le devenir si le bus tombe en panne.* »

Dans le domaine de la santé, la notion d'équipe inclut un sentiment d'appartenance à un groupe, dont les membres interagissent en se répartissant les tâches sous la responsabilité d'un chef, avec comme objectif commun la réalisation de soins de qualité.

Dans ce groupe la singularité de chaque individu se met au service du collectif pour participer à la dynamique d'équipe et apporter au résident la meilleure prise en charge. Le comportement de l'ensemble des membres du groupe n'équivaut pas à la somme des comportements individuels.

Chaque établissement à son mythe fondateur, chaque équipe a ses propres codes, qui permettent de valoriser certaines compétences et d'en exclure d'autres. L'équipe a ses valeurs, ses codes moraux auxquels les soignants croient et adhèrent. C'est ce qui les fédère et crée « l'esprit d'équipe », chaque membre s'identifiant à son groupe.

Les modes de communication employés, les codes sont aussi propres à chaque entité et à chaque corps de métier, on parle alors d'identité professionnelle.

Pour qu'elle fonctionne et qu'elle soit efficace, l'équipe doit répondre à certaines contraintes et règles.

« *Une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive. Il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté. Il faut se doter des moyens appropriés pour faire d'un groupe, une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun et pour maintenir vivante l'équipe ainsi constituée.* »¹⁸

Le rôle du manager est essentiel dans cette construction, il fédère les acteurs afin de définir une visée commune.

Au sein d'une équipe de soins, les valeurs personnelles, propres à chacun, se greffent à des valeurs professionnelles qui sont, elles, des représentations mentales communes aux différents membres et qui vont souder l'équipe autour d'une base commune.

L'encadrant doit s'appuyer sur cette richesse que constitue l'hétérogénéité des membres. Les capacités individuelles doivent être valorisées et soutenues dans l'intérêt commun.

¹⁸ Cauvin P., « La cohésion des équipes », ESF Editions, 1997, p. 9

"Les soignants occupent par leur fonction auprès du malade une place qui rend leur vécu si spécifique et leur parole si particulière" ¹⁹

Dans l'acte de soin, le rapport à l'autre est fondé sur l'approche individuelle et la relation d'aide.

Les équipes de soignants sont composées de différentes catégories de personnel travaillant ensemble, au sein d'un même service, voire d'une même structure, pour accomplir un but commun. Dans le cadre des EHPAD, il s'agit de prendre en charge de manière efficiente les résidents qui y séjournent.

La taille de l'équipe et l'expérience de ses membres ont été identifiées durant les entretiens comme des facteurs pouvant influencer sur la régulation des équipes.

La coopération entre les professionnels de soins dans les équipes est nécessaire et fondamentale pour assurer des soins de qualité aux résidents dont ils ont la charge.

Plusieurs éléments impactent le travail des équipes :

- Les affinités entre les membres. C'est donc un élément à prendre en compte, notamment dans la construction des équipes.
- Des tensions et des conflits peuvent apparaître, et rendre instable la cohésion de l'équipe d'où la nécessité d'une négociation quasi permanente entre les membres
- Les équipes de soins sont des groupes en mouvance, leur composition varie d'un jour à l'autre, ce qui, là encore, oblige à des ajustements pour le bon fonctionnement du service. De la capacité des personnels soignants à adapter leur travail dépend la qualité du travail réalisé.
- La charge en soins varie peu d'un jour à l'autre, même si les aléas liés à l'état de santé des résidents vont modifier l'organisation.
- Enfin, comme nous l'avons déjà évoqué, l'absentéisme conduit à fonctionner avec un personnel réduit pour effectuer les mêmes tâches qu'à effectif normal. Cette contrainte modifie profondément l'ordre établi.

La coordination et la négociation sont des éléments essentiels à cette coopération et au bon fonctionnement des équipes. Elles permettent de prioriser les tâches et l'ordre de réalisation des prises en charge des résidents.

¹⁹ Ruszniewski M., « Le groupe de parole à l'hôpital », Editions Dunod, 2007, p109

Les ajustements entre les professionnels se passent essentiellement lors des réunions, des passages de relais et lors des échanges informels.

C'est par le dialogue et la discussion que les équipes arrivent à réaliser leur travail, même dans un environnement contraint, tel qu'il le devient en cas d'absentéisme.

c) Hypothèse 3 : la régulation autonome est favorisée par l'autonomie que les managers laissent à leurs équipes.

Pour aborder ce point, la question du type de management est primordiale.

Peter Drucker sans donner les comportements que le manager doit adopter, définit l'activité qui lui incombe et quel que soit son domaine d'activité.

Selon lui un dirigeant a 5 obligations :

- fixer des objectifs
- organiser le travail
- motiver et communiquer
- établir des normes de performance
- former ses collaborateurs.

Il existe plusieurs types de management, qui correspondent aux différents comportements que le manager utilise dans une situation donnée pour influencer ses collaborateurs et obtenir d'eux la réalisation du travail souhaité. Il adaptera son style au niveau d'autonomie et de responsabilité de ses équipes, ainsi que des objectifs à atteindre.

- Directif, dérivant du mode autoritaire :

Le manager donne des décisions précises, c'est lui qui organise et planifie toutes les tâches, il est le seul à détenir l'autorité.

Ce style de management est efficace en temps de crise, dans les situations d'urgence ou lorsque les collaborateurs n'ont pas de compétences sur le sujet.

Dans cette méthode il existe peu de place pour le relationnel, qui a lieu uniquement en suivant la ligne hiérarchique.

- Persuasif ou explicatif :

Le dirigeant explique ses choix et sollicite les suggestions de ses collaborateurs, il garde cependant la maîtrise des décisions. Il mobilise ses collaborateurs, écoute leurs avis et suggestions, essaye de les stimuler et les encourage à devenir autonomes.

Cette méthode est plus basée sur les motivations que sur les compétences ; elle est efficace lorsque les collaborateurs ne connaissent pas tous les tenants et les aboutissants du projet.

- Participatif, dérivant du mode démocratique :

Le manager demande l'avis de ses collaborateurs en les faisant participer à la réflexion et à la décision quel que soit leur niveau dans la hiérarchie.

Cette méthode permet d'avoir un personnel plus impliqué, et donc plus motivé, en encourageant l'écoute et en mettant l'accent sur le relationnel.

La décision finale revient cependant toujours au dirigeant.

- Délégatif :

Le manager organise les échanges et le passage de l'information.

Cette méthode est une expression de la confiance du dirigeant envers ses subordonnés en leur déléguant la responsabilité des tâches à accomplir.

Le manager définit clairement les missions et les responsabilités puis laisse travailler ses collaborateurs en autonomie. Il intervient ensuite uniquement quand cela est nécessaire ou à leur demande.

Cette méthode nécessite de très bien connaître ses partenaires.

Le management participatif est celui que tous les encadrants ont reconnu employer. Les deux interviewés qui ne l'ont pas cité sous ce nom l'appliquent cependant au vu des informations recueillies.

Le rôle des managers par rapport aux collaborateurs est de les responsabiliser ; mais la responsabilisation ne veut pas dire qu'ils ne doivent pas exercer de contrôle.

Le management délégation, même s'il n'a pas été nommé en tant que tel, est employé par une majorité des dirigeants.

Plusieurs types de management peuvent cohabiter selon les personnes et les situations. Dans le cas de l'absentéisme les encadrants et directeurs ont tous reconnu faire preuve de management directif lorsque cela s'avère nécessaire.

Dans ce cadre, l'autonomie laissée volontairement aux équipes peut être considérée comme un acte managérial.

En revanche, si les équipes prennent seules leur autonomie, elles prennent « le pouvoir » et font contre ou sans le management. Dans ce cas, c'est l'efficacité du management, la pertinence de son « laxisme » qui sont questionnées.

Les cadres ont, dans leur fonction de gestion des ressources humaines, le rôle de fédérer, dynamiser et responsabiliser les équipes. C'est le cadre qui donne le sens au travail des collaborateurs.

Il y a un équilibre à trouver entre autonomie d'action et liberté d'action.

L'autonomie laissée aux équipes varie d'une structure à l'autre et semble dépendante des objectifs des cadres et des directeurs et de leur vision du travail.

La coordination du travail des différents intervenants et son organisation font partie des missions de l'encadrement ; la formalisation par la création et la mise à jour des fiches de tâches en sont une des manifestations.

Selon les encadrants, l'autonomie des équipes touche des domaines plus ou moins larges et différents.

Un des éléments essentiels pour que les encadrants soient au courant des informations et connaissent le travail, le ressenti des équipes et les éventuels dysfonctionnements, est la présence aux transmissions.

Tous les encadrants disent donner de l'importance à la valorisation des équipes, à la reconnaissance nécessaire pour permettre d'améliorer le travail et les compétences.

d) Hypothèse 4 : c'est pour suppléer un encadrement trop éloigné du terrain que les équipes mettent en place une régulation autonome.

Comme nous l'avons vu dans les entretiens, la partie administrative, notamment la réalisation et la mise à jour des plannings, occupe une partie importante du temps de travail des cadres.

Toutefois, tous les encadrants interrogés ont fait part de l'importance pour eux d'être présents sur le terrain auprès des équipes.

La multiplication des intervenants dans l'encadrement paraît compliquer la compréhension des consignes et des règles fixées. On aurait pu penser qu'un plus grand nombre d'encadrants permettrait une plus grande proximité des cadres ; c'est l'inverse qui paraît se produire.

Les entretiens ont montré que les encadrants étaient perçus par les équipes comme éloignés du terrain, ce que les intéressés ont eux-mêmes reconnu.

La partie administrative, la gestion des absences, les réunions occupent une partie importante de leur temps et les éloignent du terrain. Même s'ils souhaiteraient être proches des équipes, par la force des choses ils en sont éloignés.

Tous les encadrants essayent de passer dans les services de manière régulière et d'assister aux transmissions. Ces temps de passage de relais sont des moments clefs dans la vie des équipes. Ils permettent le passage des consignes entre les postes, de faire le point sur l'état de santé des résidents, éventuellement sur la charge de travail mais pas ou peu sur les dysfonctionnements et les problèmes liés à l'organisation ou la réalisation des tâches. Le temps consacré est court et les problèmes à évoquer nombreux.

C'est la présence sur le terrain qui permet aux encadrants de mesurer et d'évaluer le travail des équipes et d'avoir une vision plus réelle du travail. Les soignants souffrent de ce manque de visibilité de leur travail, dont ils ont besoin pour se sentir valorisés.

Il semble donc envisageable que les équipes acquièrent de l'autonomie pour pallier un encadrement trop éloigné du terrain. Cependant les entretiens ont aussi mis en évidence l'importance que les managers accordent à ce que leurs équipes deviennent autonomes.

e) Hypothèse 5 : la présence d'un leader dans une équipe permet de mettre en place une régulation autonome.

Les leaders émergent dans les équipes qui leur reconnaissent une légitimité. Ils peuvent de ce fait influencer et orienter le comportement des autres membres de l'équipe, parfois même en dehors du cadre établi.

Le leader n'est pas forcément investi d'une autorité, il est reconnu de ceux qui le suivent. Son pouvoir émane du groupe, ils ont les mêmes intérêts.

Le leader, du fait de sa personnalité, de ses attitudes et comportements, réussit à obtenir l'adhésion libre et volontaire et la coopération de la majorité des membres de ses coéquipiers.

Au vu des résultats des entretiens, le leadership au sein des équipes semble pouvoir être une variable explicative : la présence de leader dans les équipes a été identifiée par les différents interviewés.

Toutefois, son influence dans la régulation de l'absentéisme semble peu importante. En effet dans les entretiens réalisés, il semble que les réponses apportées soient principalement dépendantes des professionnels en poste lors de l'absence.

Les professionnels rencontrés ont déclaré que les collègues les plus expérimentés ou les plus anciens dans le service étaient légitimes pour orienter l'organisation du travail. Ils ne sont pas forcément des leaders, mais ils sont reconnus par leur expérience auprès des plus jeunes ou des professionnels les plus récemment arrivés dans les services.

La présence d'un leader, uniquement s'il se situe dans une dynamique positive, permettra une adaptation plus rapide à la situation.

f) Hypothèse 6 : la mise en place de la régulation conjointe rend plus acceptable par les équipes les situations d'absentéisme.

La régulation conjointe, lorsqu'elle est présente, permet aux équipes et aux encadrants de parler le même « langage ». Elle instaure de la justice et de l'équité dans les régulations.

Elle permet aux professionnels et aux managers de se rencontrer et de s'accorder. Les équipes la considèrent comme une forme de reconnaissance, puisqu'elles voient valider leurs pratiques.

Sa mise en place nécessite une coopération des différentes parties.

Les entretiens ont mis en évidence l'intérêt de cette régulation et la satisfaction des professionnels et des managers lorsqu'elle est appliquée. Pourtant, nous avons pu constater que cette solution n'est que peu mise en place dans les institutions.

Les hypothèses énoncées ont pu être vérifiées et validées, mais aucune d'entre elles ne semble pouvoir être à elle seule une solution à la gestion de l'absentéisme.

CONCLUSION

L'absentéisme des personnels soignants est inhérent aux EHPAD. Face à ce phénomène différentes régulations se mettent en place au sein des établissements.

Ce travail a montré que les managers instaurent des règles et des procédures pour pallier les absences. Ces modalités de gestion se limitent le plus souvent aux conditions de remplacement qui sont insuffisantes pour les équipes, confrontées en premier aux désagréments engendrés par le travail en sous-effectif. La recherche a démontré que la régulation de contrôle si elle permet de minimiser les conséquences de l'absentéisme, ne peut pas tout réguler.

Ce travail a également mis en évidence que la régulation autonome est dépendante des professionnels présents et de la charge de travail supplémentaire qui leur incombe. Les facteurs favorisant sa mise en place sont la présence d'un leader dans l'équipe, mais aussi et surtout la présence de professionnels expérimentés et les plus anciens dans la structure. La cohésion d'équipe et les ajustements mutuels facilitent les actions mises en place.

Les équipes trouvent des solutions opérationnelles pour combler un manque de réponses institutionnelles satisfaisantes pour elles, ou pour pallier un encadrement trop éloigné du terrain.

A l'inverse, les managers peuvent, comme vu dans les entretiens, être à l'initiative de l'autonomie des équipes, en leur donnant les moyens de mettre en place par elles-mêmes des alternatives.

Enfin, de la rencontre de ces deux systèmes peuvent émerger des solutions conjointes qui, même si elles ne règlent pas le problème de l'absentéisme, permettent une solution jugée équitable et juste par tous car établie sur « un diagnostic partagé ».

Le rôle des encadrants est primordial pour favoriser la concrétisation de démarches autonomes et efficaces des équipes en règles institutionnelles, entraînant ainsi une forme de reconnaissance de leur travail qui facilitera l'adhésion du plus grand nombre. Toutefois, la recherche fait ressortir que la régulation conjointe est encore peu présente dans les établissements.

Aucune des régulations ne semble pouvoir répondre de manière totalement satisfaisante à la gestion de l'absentéisme.

La régulation, modèle théorique intéressant, ne permet pas à elle seule de régler toute la complexité de la gestion de l'absentéisme en EHPAD, mais elle apporte plus de cohérence dans les solutions mises en place.

Pour appréhender plus largement cette problématique, d'autres facteurs sont à prendre en compte. Le management notamment, ne peut être ignoré et doit être associé à cette approche. Michel Crozier et Erhard Friedberg ont d'ailleurs introduit la pensée systémique dans le domaine du management en mettant en avant l'importance du collectif et de la coopération du groupe. Il ressort de mon étude que le type de management et la posture du cadre ont une influence sur le positionnement des équipes.

Ce travail a mis en avant le manque de communication sur les actions entreprises, le taux d'absentéisme et la justification des absences. Ce manque de transparence laisse la place aux interprétations et à des représentations souvent erronées des professionnels sur la situation.

Une des limites de ce travail est le faible échantillonnage interrogé. En effet trop peu d'équipes ont pu être rencontrées pour pouvoir réaliser un réel diagnostic sur la régulation autonome.

De la même manière, la régulation conjointe n'a pu être réellement observée que dans une structure. Un nombre d'établissements plus important, avec des rencontres systématiques directeurs/ cadre/ équipe aurait permis de tirer des conclusions plus précises pouvant valoir recommandations sur le sujet.

D'un point de vue personnel et professionnel, ce travail m'a permis de revoir mes représentations sur l'absentéisme en EHPAD et la manière dont il est régulé, sur la proximité des cadres et la nécessité de plus communiquer sur le sujet.

Avant ce mémoire, le calcul des taux d'absentéisme était pour moi, essentiellement un moyen de se comparer aux autres établissements du secteur et de remplir les indicateurs demandés. Je me rends compte à présent que rechercher le type d'absences et leur fréquence permet de cerner la situation avec plus de réalisme et d'orienter les actions.

J'ai pu m'apercevoir que les représentations des équipes et celles de l'encadrement n'étaient pas si différentes ; les attentes et les problématiques engendrées par les absences plus souvent partagées que je ne le pensais.

Avant d'entamer ma recherche, la place et l'importance de la régulation autonome ne me semblait pas aussi centrale dans la gestion de l'absentéisme. Aujourd'hui elle m'apparaît essentielle, elle est à privilégier et à encourager.

La proximité du terrain par les encadrants m'apparaît encore plus aujourd'hui être un levier important pour la cohésion d'équipe et l'organisation des soins. Au-delà des difficultés inhérentes à la fonction et de la charge administrative importante, elle doit être considérée comme une priorité. Enfin, j'ai pris conscience de la nécessité de communiquer avec les équipes et les encadrants sur l'absentéisme pour permettre à tous d'avoir des représentations communes et ainsi éviter les interprétations et les malentendus.

Mon étude ayant porté exclusivement sur le champ de la gérontologie, il serait intéressant de voir si les résultats obtenus pourraient s'adapter dans d'autres structures et d'autres domaines du champ médico-social.

Mon travail a mis en évidence les modalités d'articulation entre contrôle et autonomie dans la gestion de l'absentéisme en EHPAD, mais celles-ci sont-elles identiques dans le domaine du handicap où les ratios d'encadrement sont différents ?

De même la théorie de la régulation sociale a ici été appliquée aux conséquences d'un fait observé, à savoir l'absentéisme en EHPAD. Il pourrait être intéressant de l'appliquer aux politiques publiques de santé, puisque qu'elle permet de mettre en lumière les agencements entre les réformes et les mécanismes de négociation à l'œuvre et ainsi appréhender le sujet sous l'angle législatif.

.

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES :

- Amblard, Henri et al, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Seuil, 292p, 2004
- Barreau, Pascal et al., *Coach de la théorie à la pratique*, éditions Lamarre, 265p., 2011
- Aïm, Roger, *L'essentiel de la théorie des organisations*, 7ème édition, collection les carrés, lextenso édition, 152p, 2014
- Allard-Poesi, Florence, *Management d'équipe*, Dunod, 128p, 2012
- Bauduret, Jean-françois et Jaeger. Marcel, *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoire d'une refondation*, Dunod collection Action sociale, 328p, 2002
- Bami, Laurent et al., *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital*, édition Presse des mines, 156p, 2014
- Cauvin, Pierre, *La cohésion des équipes*, ESF éditions, 224p, 1997
- Crozier, Michel et Friedberg, Erhard, *L'acteur et le système*, essai, 500p, 2014
- De Tersac, Gilbert et al., *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reyanud, débats et prolongements*, La découverte, 448p, 2003
- Gallois, Pascal, *L'absentéisme comprendre et agir*, Editions liaisons, 119p, 2009
- Leteurtre. Hervé, *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, Berger-Levrault, 233p, 1991
- Mintzberg, Henry, *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, Eyrolles éditions d'organisation, 283p, 2014
- Mintzberg, Henry, *Voyage au centre des organisations*, Eyrolles éditions d'organisation, 703p, 2014
- Morin, Jean-Michel, *La sociologie*, Repères Pratiques Nathan, 159p, 2014
- Mucchielli, Robert, *Le travail en équipe*, ESF éditeur, 203p, 2012
- Pichault, François et Nizet, Jean, *Les pratiques de gestion des ressources humaines*, Éditions du seuil, 350p, 2000

- Revillot, Jean-Marie, *Pour une visée éthique du métier de cadre de santé*, éditions Lamarre, 235p, 2010
- Rousseau, Thierry, *Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence*, réseau édition Anact, 183p, 2012
- Ruzniewski, Martine, *Le groupe de parole à l'hôpital*, Editions Dunod, 149p, 2007

II.ARTICLES :

- Allain, Sophie, « La négociation comme concept analytique central d'une théorie de la régulation sociale », *Négociations*, 2004/2 no 2, p. 23-41.
- Beaucourt, Christel et Louart, Pierre, « Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins : l'impact du care collectif », *Management & Avenir*, 2011/9 N° 49, p. 114-132.
- Beaucourt, Christel, « Le Management des Ressources Humaines dans les Entreprises du Social et de la Santé », *Management & Avenir*, 2011/9 N° 49, p. 102-113.
- Bouville, Gregor, « Absentéisme et conditions de travail au féminin : Une frontière méconnue au sein des organisations », *Revue Interdisciplinaire Management, Homme(s) & Entreprise*, 2014/2 n° 11, p. 3-22.
- Bami, Laurent et al., « Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants », *Management & Avenir*, 2013/3 N° 61, p. 168-189.
- Bréchet, Jean-Pierre, « Le regard de la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud », *Revue française de gestion*, 2008/4 n° 184, p. 13-34
- Canet, Emilie et al., « De la place de l'intuition dans la décision : le cas des équipes médico-sociales des conseils généraux », *Management & Avenir*, 2011/9 N° 49, p. 150-171.
- Chemin-Bouzir, Carine, « Le management de proximité des services relationnels : entre management par les résultats et place laissée au bricolage et à l'expression du désir », *Management & Avenir*, 2011/9 N° 49, p. 172-191.
- Chevalier, Anne et Goldberg, Marcel, « L'absence au travail : indicateur social ou indicateur de santé ? », *Sciences sociales et santé*. Volume 10, n°3, 1992. pp. 47-65.
- De Terssac, Gilbert, « La théorie de la régulation sociale : repères introductifs », *Revue Interventions économiques*, 2012, p. 45-52
- Desmarais, Céline et Abord de Chatillon, Emmanuel, « Le rôle de traduction du manager » Entre allégeance et résistance, *Revue française de gestion*, 2010/6n° 205, p. 71-88
- Devigne, Michel et al., « Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2014/1 Vol. 32, p. 63-80.

- Du Tertre, Christian, « Travail, « rapport salarial » et théorie de la régulation : apports et limites », *Travailler*, 2013/1 n° 29, p. 17-28.
- Dubrion, Benjamin, « Le développement des pratiques d'encadrement de la relation d'emploi dites « responsables » : essai d'analyse critique », *Revue Française de Socio-Économie*, 2013/1 n° 11, p. 145-164
- Dumond, Jean-Paul, « L'absentéisme pour raison de santé : comparaison méthodologique », *Santé Publique*, 2009/1 Vol. 21, p. 25-35
- Granger, Thierry, Le renouveau de la théorie des organisations. Lecture critique de trois ouvrages récents, *Revue économique*. Volume 48, n°1, 1997. p. 147-180.
- Lebee, Émilie, « Comment sécuriser et fidéliser les personnels en EHPAD ? », *La revue hospitalière de France*, n°540, 2011, p. 32-35
- Liu, Michel, « Technologie, organisation du travail et comportement des salariés », *Revue française de sociologie*. 1981, 22-2., p. 205-221.
- Mainhagu, Sébastien, « Les soignants face à la flexibilité des effectifs », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2010/3 Volume 28, p. 114-126.
- Pigé, Benoît, « Ontologie, théorie et gouvernance des organisations ou la question de l'Être aux fondements des enjeux de l'Organisation », *La Revue des Sciences de Gestion*, 2011/5 n° 251, p. 37-49.
- Randon, Sophie et al., « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », *Management & Avenir*, 2011/9 N° 49, p. 133-149.
- Reynaud, Jean-Daniel, « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*. 1988, 29-1. Travail : d'autres jalons. Études réunies et présentées par Jean-René Tréanton., p. 5-18.
- Sainsaulieu, Ivan, « « Le collectif soignant : mythe ou réalité ? » Regards croisés des cadres et des infirmiers », *Revue française d'administration publique*, 2008/4 n° 128, p. 665-675.

III. SITES INTERNET :

- HOSPIMEDIA Fiche Pratique Ressources humaines Comment réduire le turnover du personnel en Ehpad ? Publiée le 20/08/14, disponible sur « www.hospimedia.fr/ »
- HOSPIMEDIA Fiche Pratique Ressources humaines Comment agir sur l'absentéisme des salariés en Ehpad ? Publiée le 19/02/14, disponible sur « www.hospimedia.fr/ »
- HOSPIMEDIA Ressources humaines L'Atih constate un absentéisme presque trois fois plus élevé chez les non-médicaux que les médecins. Publié le 02/12/13, disponible sur « www.hospimedia.fr/ »
- www.legifrance.gouv.fr

IV. DIVERS :

- Code la sécurité sociale
- Rapport public de 2009 de la cour des comptes sur l'absentéisme des « personnels des établissements publics de santé », p.314- 315
- L'absentéisme des solutions à bâtir ensemble, *revue Travail et changement*, n°300, Janvier/ février 2005, réseau Anact
- L'absentéisme, outils et méthodes pour agir ensemble, guide du réseau Anact, 2009
- Cinquième baromètre Alma Consulting Group, Lettre perspective sociale, Octobre 2012
- Observatoire EHPAD 2014, édité par Direction Nationale Économie Sociale et Solidaire
- Observatoire EHPAD 2013, édité par Direction Nationale Économie Sociale et Solidaire
- DAMART, Sébastien Causes et effets de l'absentéisme dans les établissements de santé, Conférence et étude de cas, LP2, Conservatoire national des arts et métiers

ANNEXES

Annexe1 : Grille d'entretien Cadres/ Directeurs

Annexe 2 : Grille d'entretien Equipe

Annexe 3 : Entretien n°4 Equipe 1

Annexe 4 : Entretien n°14 Directeur 4

Annexe 5 : Entretien n°11 Cadre 4

I.ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN CADRES/ DIRECTEURS

Actuellement en formation à l'institut d'Etudes Politiques de Grenoble, en master 2 politiques publiques de santé, je réalise dans le cadre de mes études un travail de recherche qui porte sur la régulation de l'absentéisme en EHPAD.

Je souhaiterais vous poser quelques questions : votre expérience et votre avis vont pouvoir m'apporter des éclairages afin d'étayer mes recherches.

Pour profiter pleinement de nos échanges, je vous propose si vous en êtes d'accord d'enregistrer notre entretien. Je vous assure d'un total anonymat lors de la retranscription.

Durée approximative 45 minutes à 1h

Quelle est votre fonction ?

Depuis quand l'exercez-vous ?

Quel est votre âge ?

Quel est votre parcours ? Quelle est votre formation pour ce poste ?

Depuis quand travaillez-vous dans cette structure ?

Quelle est la taille de votre établissement? Combien de salariés y travaillent ? Quel est le taux d'encadrement ? De combien d'équipes est-il composé ? Quelle est la taille des équipes ?

Dans votre structure, êtes-vous confronté à l'absentéisme ?

Comment qualifieriez-vous l'absentéisme dans votre structure ? Quel est votre taux d'absentéisme ?

Quelle est la typologie de l'absentéisme dans votre EHPAD ? (courte durée, longue maladie, absences imprévisibles...)

Est-ce une difficulté pour vous ? Une préoccupation ?

Quel type de régulation mettez-vous en place par rapport à l'absentéisme ?

Quel mode de remplacement est utilisé dans votre structure ? (auto-remplacement, pool, annualisation, non remplacement, procédure dégradée...)

Mettez-vous en place des mesures de prévention de l'absentéisme ? Travaillez-vous en lien avec la médecine du travail ?

Vous aménagez les compétences et les modes d'organisation. Laissez-vous une liberté de fonctionnement au-delà des tâches formalisées à vos équipes ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Selon vous est-ce que les équipes mettent elles aussi en place une forme de régulation ? Si oui de quel type ? (Réorganisation, aide entre service....) ?

Est-ce qu'elle prend la même forme dans toutes les équipes ? Si non, à votre avis pourquoi dans certaines cela fonctionne-et dans d'autres pas ?

Encouragez-vous ces démarches ? Si oui de quelle manière ? Si non, pourquoi ?

Est-ce que vos cadres Idec sont proches du terrain ? Qu'en pensez-vous ?

Est-ce que vous considérez être proche du terrain ? Est-ce que vos cadres sont proches ou éloignés du terrain ?

Comment définiriez-vous votre type de management ?

Selon vous cela a-t-il un impact sur l'absentéisme ?

Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

Merci pour votre aide et le temps que vous m 'avez consacré

II. ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN EQUIPE

Actuellement en formation à l'institut d'Etudes Politiques de Grenoble, en master 2 politiques publiques de santé, je réalise dans le cadre de mes études un travail de recherche qui porte sur la régulation de l'absentéisme en EHPAD.

Je souhaiterais vous poser quelques questions : votre expérience et votre avis vont pouvoir m'apporter des éclairages afin d'étayer mes recherches.

Pour profiter pleinement de nos échanges, je vous propose si vous en êtes d'accord d'enregistrer notre entretien.

Merci d'indiquer votre prénom chaque fois que vous prenez la parole, pour rendre la restitution de l'entretien plus facile. Je vous assure d'un total anonymat lors de la retranscription.

Durée approximative 45 minutes à 1h

Quelle est votre fonction ?

Depuis quand exercez-vous ?

Depuis quand travaillez-vous dans la structure ?

De quelle taille est votre équipe ?

Dans votre structure, dans votre équipe êtes-vous confronté à l'absentéisme ?

Est-ce une difficulté pour vous ? Une préoccupation ?

Qu'est-ce qui est mis en place pour gérer l'absentéisme dans votre structure ?

Existe-t-il une procédure de gestion de l'absentéisme ? La connaissez-vous ?

Est-ce un sujet évoqué dans la structure ? Entre Salariés, avec la Direction ?

Dans votre équipe, mettez-vous en place des actions lorsqu'un de vos collègues est absent ?
(réorganisation du travail, aide entre service, diminution de certaines tâches)

Ces actions se font-elles de votre propre initiative ou sont-elles à l'initiative de la Direction ?

Ce que vous mettez en place dans votre équipe est-il mis en place dans les autres équipes de la structure ? Est-ce que cela vous paraît fonctionner dans les autres équipes ? Comme dans votre équipe, moins bien, mieux ? Pourquoi selon vous ?

Quelle est la position de votre hiérarchie sur ce sujet ?

Considérez-vous avoir de l'autonomie dans votre travail ? De quelle manière ? Sur quelle tâche/ domaine ?

Vous sentez-vous soutenu et entendu par votre hiérarchie ?

Votre cadre ou votre coordinatrice de soins sont-ils proches de vous ? Présents sur le terrain ?

Connaissez-vous la position de votre hiérarchie par rapport à l'absentéisme ? Des actions sont-elles mises en place suite aux absences (entretien de retour, sanction ?)

Selon vous quels moyens pourraient être mis en place pour améliorer la situation, ou la faire évoluer ?

Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

Merci pour votre participation

TABLE DES MATIERES

RÉPERTOIRE DES SIGLES.....	6
INTRODUCTION	7
APPROCHE CONCEPTUELLE	12
I. Approche théorique de l'Absentéisme en EHPAD	12
a) Définitions	12
b) Différents types d'absences	13
Les absences prévisibles :	14
Les absences imprévisibles :	14
c) Typologie de l'absentéisme	15
Classification des absences :	15
Actions de prévention :	16
d) Conséquences de l'absentéisme et réponses apportées.....	17
II. Approche de l'absentéisme par la régulation.....	20
a) Définitions	20
b) Les différents types de régulation	22
La régulation de contrôle	22
* Définition	22
* Application dans le champ de l'absentéisme	22
La régulation autonome	23
* Définition	23
* Application dans le champ de l'absentéisme	24
La régulation conjointe	24
RÉSULTATS ET CONFRONTATION	25
I. Méthodologie de la recherche empirique.....	25
II. Présentation des structures.....	27
III. Présentation des interviewés	28
IV. Modalités de restitution des résultats.....	29
V. Résultats par thèmes évoqués	29
a) Les taux d'absentéisme, les représentations et la communication sur le sujet.....	29
b) La typologie des absences et les mesures de prévention.....	31
c) Les impacts de l'absentéisme	33

d) La gestion des absences :	35
e) Les différents types de remplacements mis en place.....	37
f) Le management.....	39
g) La proximité des cadres.....	40
h) L'organisation du travail et l'autonomie des équipes.....	41
i) Encouragement des démarches	42
j) Régulation des équipes.....	42
k) De quoi ou de qui dépend la régulation des équipes	44
DISCUSSION	45
I. L'absentéisme : un enjeu de management ?	45
II. La régulation : un enjeu pour le traitement de l'absentéisme ?.....	46
III. Les hypothèses	47
a) Hypothèse 1 : la régulation de contrôle a une action sur les conséquences de l'absentéisme.....	47
b) Hypothèse 2 : les mécanismes de la régulation autonome reposent sur les ajustements mutuels qui sont facilités lorsqu'il existe une cohésion de groupe, un « esprit d'équipe ».....	48
c) Hypothèse 3 : la régulation autonome est favorisée par l'autonomie que les managers laissent à leurs équipes.	50
d) Hypothèse 4 : c'est pour suppléer un encadrement trop éloigné du terrain que les équipes mettent en place une régulation autonome.	52
e) Hypothèse 5 : la présence d'un leader dans une équipe permet de mettre en place une régulation autonome.	53
f) Hypothèse 6 : la mise en place de la régulation conjointe rend plus acceptable par les équipes les situations d'absentéisme.	54
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE	58
I. Ouvrages :	58
II. Articles :.....	60
III. Sites internet :.....	62
IV. Divers :	62
ANNEXES	63
I. Annexe 1 : Grille d'entretien Cadres/ Directeurs	64
II. Annexe 2 : Grille d'entretien Equipe.....	66
III. Annexe 3 : Entretien n°4, Equipe1	68
IV. Annexe 4 : Entretien n°14, Directeur 4.....	76
	96

V. Annexe 5 : Entretien n°11, Cadre4.....	89
TABLE DES MATIERES	95

En EHPAD, l'absentéisme des personnels soignants est une problématique à laquelle tous les établissements sont confrontés. Il est inhérent à toute vie institutionnelle. Les modalités de gestion mises en place pour y répondre dépendent des orientations des politiques publiques de santé et de la logique de chaque structure.

La régulation permet de rendre compte de la manière dont les règles se construisent et les actions se coordonnent.

Pour faire face à ces conséquences et en minimiser les effets, les différents types de régulations sont mis en place dans les institutions:

- La régulation de contrôle, émanant de l'encadrant au travers des règles et des procédures.
- La régulation autonome, produite par les équipes qui sont en première ligne face aux absences
- La régulation conjointe, résultat de la rencontre et de la négociation de la régulation autonome avec les dirigeants.

Les différents types de régulations coexistent, elles sont interdépendantes et complémentaires, elles ont des poids différents qui varient selon les acteurs en présence.

Mots clefs :

Régulation, Absentéisme, EHPAD, Managers, Equipes de soin