

SANTÉ AU TRAVAIL ET TRAVAIL EN SANTÉ. LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ FACE À L'ABSENTÉISME ET AU BIEN-ÊTRE DES PERSONNELS SOIGNANTS

[Laurent Brami](#), [Sébastien Damart](#), [Frédéric Kletz](#)

Management Prospective Ed. | « [Management & Avenir](#) »

2013/3 N° 61 | pages 168 à 189

ISSN 1768-5958

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2013-3-page-168.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Management Prospective Ed..

© Management Prospective Ed.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants

par Laurent Brami⁸², Sébastien Damart⁸³
et Frédéric Kletz⁸⁴

Résumé

De nombreux signaux indiquent des situations de mal-être des personnels soignants dans les établissements de santé en France aujourd'hui. L'une des manifestations les plus tangibles de ce malaise est sans doute l'absentéisme, qui a pris des proportions particulièrement préoccupantes et de plus en plus dénoncées. Le phénomène révèle à la fois les difficultés des agents à retrouver leur place dans le nouveau contexte hospitalier, une prise en compte lacunaire des questions de bien-être des personnels soignants par l'institution et les difficultés de l'organisation à se stabiliser sur de nouvelles modalités de fonctionnement. L'objet de cet article est de montrer les liens entre qualité des soins, performance des établissements de santé et bien-être des personnels soignants, en se servant d'un prisme d'observation particulier : l'absentéisme. Il s'agit de montrer, à travers les résultats d'une recherche-intervention menée dans dix établissements de santé sur une période de trois années, que l'absentéisme des personnels soignants est un puissant révélateur de la lente prise en compte des questions relatives au bien-être du personnel et de ses effets multiples sur la qualité des soins et la performance des établissements de santé.

Abstract

Many evidence indicate the discomfort of health workers in health facilities in France today. One of the most tangible signs of this malaise is probably absenteeism, which has reached epidemic proportions of particular concern and increasingly denounced. The phenomenon highlights and / or reveals the difficulties of health workers to find their place in the new context, taking into account the difficult welfare of careers by the institution and the difficulties of the organization to stabilize on new modalities. The purpose of this paper is to show the relationship between quality of care and performance of health institutions on the one hand and well-being of caregivers on the other hand, using a special point of view : the absenteeism. It is shown through the results of an action research conducted in ten health facilities over a

82. LAURENT BRAMI, Cellule ACORT / FHF Pays de la Loire, laurent.brami@ch-cesame-angers.fr

83. SÉBASTIEN DAMART, NIMEC Rouen, Université de Rouen – IAE – sebastien.damart@univ-rouen.fr

84. FRÉDÉRIC KLETZ, CGS / Mines ParisTech, frederic.kletz@ensmp.fr

Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants

period of three years, that absenteeism of health workers reveals a lack of consideration of issues concerning the well-being of these categories of staff and that has multiple effects on the quality of care and performance of health facilities.

De plus en plus de témoignages et de travaux de recherche font remonter des situations de malaise des personnels hospitaliers, et singulièrement des personnels soignants (citons par exemple : Donato, 2009 ; Manoukian, 2009 ; Estryn-Behar, 2008). En parallèle, et peut-être également en amont, de nombreuses réformes se sont succédées au sein du secteur hospitalier (réforme du financement avec la tarification à l'activité ou T2A, réforme de la gouvernance, loi HPST⁸⁵, etc.), plongeant les établissements de santé publics dans de nouvelles conditions de fonctionnement, et les incitant à porter un autre regard sur leurs activités, un regard plus stratégique et organisationnel. En même temps, elles soumettent les établissements de santé à une pression financière forte et à l'adoption de nouvelles logiques, qui étaient restées longtemps à l'écart du monde hospitalier (performances économiques, efficience, rationalisation, etc.). Dans ce contexte, les établissements tentent de modifier leurs organisations du travail, mais un certain nombre des leviers qu'il était auparavant possible d'actionner pour, en particulier gérer les ressources humaines, ne sont plus pertinents.

L'une des manifestations les plus tangibles du malaise des personnels soignants est sans doute l'absentéisme, qui a pris des proportions particulièrement préoccupantes et de plus en plus dénoncées (cf. Cour des Comptes, 2009). Le phénomène révèle les difficultés des agents à retrouver leur place au sein du paysage hospitalier en recomposition, dans lequel la question de leur bien-être au travail est insuffisamment prise en compte. Il constitue également une forte préoccupation pour le concepteur de l'organisation du travail, car le phénomène induit des variations non anticipées des effectifs et donc des ressources sur lesquelles compter pour faire fonctionner un service. Enfin, l'absentéisme a des effets dans toute l'organisation, perceptibles jusqu'aux patients mêmes (cf. Giugliani et al. (2009) qui évoque l'augmentation des plaintes de patients en France depuis la loi sur l'Hôpital de mars 2002).

L'objet de cet article est de montrer les liens entre qualité des soins et performance des établissements de santé d'une part et bien-être des personnels soignants d'autre part, en se servant d'un prisme d'observation particulier : l'absentéisme. Il s'agit de montrer, à travers les résultats d'une recherche-intervention menée dans dix établissements de santé sur une période de trois années, que l'absentéisme des personnels soignants révèle une absence de prise en compte des questions relatives au bien-être de ces catégories de personnels et que cela a des effets multiples sur la qualité des soins et la performance des établissements de santé.

85. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST.

Nous établissons ces liens en trois temps : une description des enjeux de santé au travail liés au contexte des établissements de santé, une revue de la littérature sur l'absentéisme, hospitalier en particulier et une présentation d'une partie des résultats d'une recherche intervention.

La première partie de cet article montre que, dans le contexte de transformation actuel des établissements de santé, l'analyse de l'absentéisme se révèle constituer un objet pertinent pour mieux caractériser les questions de santé et de bien-être au travail, et pour étudier leurs relations avec la performance de l'organisation hospitalière (organisation du travail, modalités de gestion de l'absentéisme, outils d'aide à la décision, etc.).

Ainsi que le montre la revue de littérature que nous effectuons dans la deuxième partie de l'article, les travaux de recherche sur l'absentéisme en général font explicitement référence aux conditions de travail, à l'organisation du travail et donc indirectement à l'influence sur l'absentéisme d'une certaine forme de pression que les transformations de l'organisation font supporter aux individus. En revanche, la littérature sur l'absentéisme spécifique du monde hospitalier a été pendant longtemps assez pauvre, mais connaît actuellement, comme nous le verrons, un net regain d'intérêt. Cette littérature nous intéresse naturellement d'autant que plusieurs recherches mettent en évidence les liens entre absentéisme, dysfonctionnement des organisations de santé et qualité des soins, ce qui correspond à l'objet de notre recherche.

La troisième partie de l'article présente les objectifs, le dispositif méthodologique et les résultats de la recherche. Celle-ci a comme enjeux la compréhension des mécanismes de déclenchement des absences et la mise en perspective des effets produits par l'absentéisme, ces deux éléments étant considérés au travers des questions d'organisation du travail et de santé au travail. Nous y analysons, notamment, le manque d'outils de mesure et de pilotage de l'absentéisme ou la dimension essentiellement quantitative de la gestion de l'absentéisme et les défaillances du management.

1. Contextes des établissements de santé, bien-être et absentéisme des personnels soignants

Les organisations du travail dans les établissements de santé ont été mises sous tension avec l'introduction de nouveaux critères de performance. L'absentéisme est un marqueur fort d'une évolution du bien-être des soignants et il s'agit aujourd'hui, pour les établissements de santé d'un objet de management à part entière.

Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants

1.1. Contexte institutionnel et absentéisme

Depuis de nombreuses années, s'est progressivement développée une conscience institutionnelle sur les particularités hospitalières de manifestation de l'absentéisme, comme en attestent quelques travaux (institutionnels comme le rapport de la Cour des comptes de février 2009 ou académiques comme la recherche de Davey et al., 2009). En dehors de son effet stigmatisant, nous pouvons constater que ce type de diffusions occasionnelles n'a pas déclenché une véritable dynamique pour infléchir la tendance d'accroissement de ce problème que les données chiffrées semblent confirmer. En tous les cas, ces données sont à la disposition des directions d'établissements, puisque c'est à ce niveau qu'elles sont produites, mais ce savoir n'a pas été suffisant pour impulser un véritable mouvement de résolution, au-delà de quelques expériences « confidentielles » développées au sein de certains établissements (Roy, 2009).

Ce positionnement institutionnel a évolué durant l'été 2008 lors de la parution de la circulaire DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins devenue en 2010 DGOS ou Direction Générale de l'Offre de Soins) dite des « contrats de retour à l'équilibre financier ». Dès lors, les tutelles régionales (Agences Régionales d'Hospitalisation, ARH, devenues depuis ARS, Agences Régionales de Santé) se sont trouvées en situation de prescription de réduction de l'absentéisme lorsque celui-ci a été identifié comme une cause fonctionnelle contributive du déficit budgétaire d'un établissement. Cette évolution a produit rapidement des effets sur le terrain en termes de représentation de l'absentéisme, qui est soudainement devenu un levier de gestion financière vertueuse (les charges de personnels représentent les deux tiers des charges d'exploitation d'un établissement de santé (cf. Cour des Comptes, 2009)). La prescription institutionnelle a permis la reconsidération de l'absentéisme comme un objet de management. Ce fut d'ailleurs un facteur déterminant de déclenchement de notre recherche et de son financement par les autorités de tutelle de la santé dans la région concernée par la recherche. La méthodologie de recherche repose ainsi, comme nous le verrons plus loin, sur un modèle de l'absentéisme qui considère les liens entre l'organisation, la gestion des événements d'absences et, leur impact sur les personnels en termes de charge d'activité et de souffrance au travail.

Compte tenu des enjeux de coordination des organisations de soins, toute absence constitue un risque de perturbation de l'organisation du travail d'un collectif. Les éventuelles défaillances de gestion des absences seront autant de causes de surcharge de travail et donc, d'hyper-sollicitation des professionnels de ces collectifs. De la sorte, l'absentéisme est un facteur de risque systémique de la santé au travail, c'est-à-dire qui crée un lien d'interdépendance entre les individus d'un même collectif en termes de santé au travail.

1.2. Approche par la santé au travail

Alors qu'historiquement, la médecine du travail s'est employée à préserver les salariés des multiples risques pouvant porter atteinte à leur santé, ces dernières années ont été le théâtre d'une mutation de la médecine du travail en santé au travail et de la reconnaissance de la dimension psychique de la santé, illustrée par le développement des travaux et de la littérature sur les facteurs dits psychosociaux. Cette évolution du positionnement institutionnel est certainement aussi consécutive à deux phénomènes nationaux : d'une part, le développement très important des troubles musculo-squelettiques qui représentent 80% des maladies professionnelles reconnues en France (Assurance Maladie, 2009), et dont le modèle d'analyse des causes associe des facteurs physiques (gestes répétitifs et pénibles) et des facteurs psychosociaux directement liés aux dégradations organisationnelles du travail ; d'autre part, le drame des séries de suicides dans des entreprises ou services publics sous forte tension⁸⁶, démontrant la vulnérabilité psychique de l'humain au travail (Desjours, 2009), mais difficile à saisir comme objet d'étude car faiblement pertinent dans des organisations à faibles effectifs et par ailleurs à caractère beaucoup moins répétitif que l'absentéisme.

Dans le cadre de leurs missions auprès des entreprises et des partenaires sociaux, des préventeurs (INRS, MSA, OPPBTP, ANACT, FNP⁸⁷) ont soutenu et promu le développement de concepts porteurs d'une vision élargie de la prévention des risques professionnels. Ainsi sont apparus les modèles de la qualité de vie au travail, du bien-être voire même du bonheur au travail. En définitive, la prise en compte des besoins de l'humain en situation de travail représente le dénominateur commun de ces différents modèles qui s'intègrent aux stratégies de développement de la performance des systèmes sociotechniques. Parmi les paramètres identifiés, il faut distinguer ceux qui sont intrinsèques au travail de ceux qui concernent la conciliation entre le travail et la vie privée. Ces modèles mettent l'accent sur les conditions organisationnelles du travail à partir desquelles les salariés dégagent leurs « marges de manœuvre » pour faire face aux différentes défaillances du système et préserver leurs objectifs de performance. On parle aussi de résilience qui reconnaît au facteur humain sa compétence d'adaptation pour préserver l'activité du système. Cela réoriente les logiques managériales déployées dans ces modèles qui se déclinent en termes d'autonomie, de soutien social et d'organisation collective du travail.

Aborder la question du bien-être au travail à l'hôpital, c'est intégrer plusieurs déterminants qui entrent dans le champ de la satisfaction, de la reconnaissance, de préservation de la saturation émotionnelle, de la conciliation entre les

86. Gournay et al. (2004) présentent une étude quantitative menée par l'inspection médicale de Basse-Normandie faisant état de 300 à 400 suicides en lien avec le travail par an en France.

87. Respectivement, Institut National de Recherche et de Sécurité, Mutualité Sociale Agricole, Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, Fonds National de Prévention.

Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants

exigences du travail et les contingences privées notamment en raison d'un sexe ratio féminin supérieur à 85%.

1.3. Contexte déstabilisateur

Le point de départ de notre travail repose sur l'idée qu'il est impossible de déconnecter l'absentéisme du substrat organisationnel sur lequel il repose, et qui lui sert parfois de terreau fertile. L'absentéisme est le reflet des difficultés ressenties par les professionnels face au cadre organisationnel qui leur est proposé.

Il apparaît donc qu'un détour pour décrire ce cadre et comprendre, le contexte de transformation des structures hospitalières, et la place qu'y occupent les logiques « de performances », peut s'avérer nécessaire ; l'hôpital public connaît en effet une période de rupture avec les schémas économiques et gestionnaires qu'il avait connus dans le passé.

Depuis plusieurs années, l'instauration d'un processus de rationalisation des organisations du travail se généralise dans le milieu hospitalier (Couty, 2010 ; Elbaum, 2010), à travers les différentes réformes impulsées par le ministère de tutelle. Il s'agit non seulement d'introduire de nouveaux concepts tels que le management ou les démarches qualité, mais les systèmes de régulation des hôpitaux ont été profondément modifiés, à travers notamment un nouveau schéma de tarification, dit T2A (tarification à l'activité). Pour la première fois en France, en 2005, ce système met directement en regard les recettes d'un établissement avec son activité. De manière quasi mécanique, les hôpitaux ont cherché à développer leur activité, espérant voir leur budget augmenter (ce qui n'est pas forcément le cas, compte tenu de la complexité du système). Cette course folle à l'activité a créé de nouvelles conditions de travail des professionnels, et ont modifié leurs représentations sur le travail, le bien-être et le sens au travail. Les agents ont basculé dans un nouveau rapport au travail et à l'organisation. Les termes de burn-out, d'épuisement professionnel, de souffrance au travail ou de personnel « désorienté » (Gaudart, 2009) se sont répandus dans l'univers hospitalier, et les enquêtes sur les conditions de travail du personnel soignant l'ont particulièrement bien montré ces dernières années (Estryn-Behar, 2008).

L'absentéisme est parallèlement en croissance constante depuis plusieurs années (Cour des Comptes, 2009) et les travaux de recherche qui ont, très longtemps, uniquement concerné l'industrie ou les entreprises de services, traitent aujourd'hui l'absentéisme hospitalier de façon spécifique.

2. Absentéisme et absentéisme hospitalier : une revue de la littérature

Les recherches sur l'absentéisme sont nombreuses et anciennes. Historiquement, elles ont d'abord contribué à l'explication du phénomène dans les organisations du secteur industriel pour concerner ensuite beaucoup d'autres secteurs, celui des services en particulier. Depuis plusieurs décennies, il s'est construit un corpus d'explications de l'absentéisme que nous reprenons brièvement dans un premier temps. Il nous importe, dans cet article, de voir ce que la littérature dit de l'absentéisme dans le contexte particulier des organisations de santé, en tentant de mettre en évidence ses spécificités et ses particularismes, que nous analyserons dans un second temps. Nous verrons notamment que la littérature ne fait pas beaucoup de place à l'étude des conditions d'organisation interne des hôpitaux comme facteurs explicatifs de l'absentéisme.

2.1. Facteurs explicatifs de l'absentéisme dans les organisations

La littérature sur l'absentéisme en général fait apparaître de nombreux liens univariés entre l'absentéisme d'une part et une variété de facteurs liés : aux caractéristiques du métier (Schalk et Van Rijckevorsel, 2007), à la durée du travail (Venne, 1997), à la dynamique des groupes et à la cohésion (Sanders et Nauta, 2004), au style managérial (Mayfield et Mayfield, 2009), etc. Le foisonnement des liens mis en évidence laisse apparaître un réseau complexe d'explications du phénomène. Harrison et Martocchio (1998) proposent une revue systématique de travaux sur l'absentéisme, distinguant ceux portant sur les causes de variation de l'absentéisme à long terme, à moyen terme ou à court terme.

2.1.1. Causes de variations de l'absentéisme à long terme

Trois ensembles de facteurs sont ici identifiés : les traits de personnalité des employés, les variables démographiques et enfin, les conditions de santé.

Les traits de personnalité des employés font partie des variables étudiées par la littérature. Les influences de ces variables sont complexes, sur un horizon de temps long, et seul un groupe de quelques variables, dont l'extraversion, l'anxiété, etc. peut raisonnablement être retenu pour expliquer les variations de l'absentéisme sur une longue période.

Les variables de démographie sont également des facteurs importants et ont beaucoup structuré les recherches sur l'absentéisme. Si le sexe ou l'âge apparaissent comme étant des facteurs explicatifs importants (positif pour l'âge : lorsque l'âge augmente, l'absentéisme croît ; et dépendant du contexte pour le sexe), ils ne peuvent être considérés isolément, comme nous le verrons plus loin.

Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants

Les conditions de santé font également partie des facteurs de variation de long terme, mais ainsi que le notent Harrison et Martocchio (1998), la littérature s'est centrée sur les facteurs prédictibles et donc en partie contrôlables, ce qui n'est pas le cas des conditions de santé. Historiquement, c'est pourtant l'un des premiers thèmes abordés pour expliquer l'absentéisme ainsi que nous l'avons vu précédemment. Pour les facteurs liés aux conditions de santé, citons sans être exhaustifs, car cela dépasse le cadre de cet article, l'addiction au tabac, la dépression, le manque d'exercice, l'abus de substances stupéfiantes ou d'alcool, etc.

2.1.2. Causes de variations de l'absentéisme à moyen terme

Nous citons ici cinq catégories de facteurs : l'attitude à l'égard du travail, les pratiques de gestion des ressources humaines, l'influence des normes sociales, les facteurs économiques exogènes et enfin, les caractéristiques du travail.

Les attitudes à l'égard du travail apparaissent comme étant des facteurs ayant beaucoup été étudiées et en particulier, la variable de satisfaction au travail mais plus généralement, l'ensemble des variables décrivant ou expliquant un certain niveau d'engagement au travail.

Si les pratiques de gestion des ressources humaines ont, elles, été évoquées très tôt pour décrire et expliquer l'absentéisme, peu ont été précisément utilisées pour mettre en évidence des liens statistiques formels avec l'absentéisme. Les rythmes et planifications du travail ont été l'objet d'une attention particulière et ancienne.

L'influence des normes sociales a également fait l'objet de recherches nombreuses et variées car positionnées sur différents niveaux. L'influence des normes d'un pays mais également d'une unité d'analyse plus petite (un secteur, une industrie, une entreprise, un groupe, etc.) ont été observées mettant en évidence le fait que l'absentéisme est en partie un comportement déterminé par des normes indiquant tacitement les niveaux d'absentéisme (et les pratiques associées) normaux, acceptables et tolérables pour les autres membres du groupe (le pays, l'industrie, l'entreprise, le service, etc.).

Les facteurs économiques externes sont également utilisés dans la littérature pour expliquer l'absentéisme. En particulier, les tensions sur le marché du travail dans un sens ou dans l'autre, peuvent expliquer certains comportements, l'augmentation du chômage conduisant par exemple à des baisses de taux d'absentéisme. Notons que les économistes ont étudié l'absentéisme en tant que comportement rationnel de maximisation de l'utilité espérée (Jensen et McIntosh, 2006 ; par exemple).

Les relations entre l'absentéisme et les caractéristiques du travail et de l'emploi ont également été investiguées, ce qui nous intéresse particulièrement ici, mais la plupart des recherches mettent davantage l'accent sur la relation entre absentéisme et attentes liées au métier plutôt que les caractéristiques objectives du travail.

2.1.3. Causes de variation de l'absentéisme à court terme

Sur le court terme, deux éléments d'explication de l'absentéisme au moins sont mis en évidence : les éléments liés aux conditions de travail et l'historique récent d'absentéisme par ailleurs.

Les éléments liés aux conditions de santé sont de nature différente de ceux évoqués plus haut pour expliquer les variations de long terme de l'absentéisme, en ce qu'ils sont en partie contrôlables par l'organisation. Il existe par exemple, des liens entre le niveau de stress ressenti et la survenance de certaines maladies occasionnant des arrêts courts.

La survenance d'absences courtes est par ailleurs envisagée dans certains travaux comme pouvant être expliquée à partir de l'historique de l'absentéisme, une absence d'un employé pouvant être expliquée par la durée la séparant de la dernière absence de cet employé ou par la durée de la dernière absence. Dans ces travaux, l'absentéisme apparaît donc comme une stratégie consciente ou non, émergente ou délibérée, de la part des employés pour réguler leur engagement au travail. Il s'agit là d'un mécanisme que l'on retrouve dans les établissements de santé.

2.2. Spécificités de l'absentéisme dans les établissements de santé

L'absentéisme des soignants en milieu hospitalier est une problématique spécifique pour des raisons que la littérature identifie : risques d'infection (Donovan et al., 2008), coûts générés particulièrement élevés (Davey et al., 2009), impact sur la qualité des soins... Plus que tout autre type d'absentéisme, l'absentéisme hospitalier pose des questions de santé publique.

Une revue systématique des facteurs explicatifs de l'absentéisme des soignants dans les établissements de santé conduit à identifier huit catégories de variables (Davey et al., 2009). Si certaines sont assez générales à toute organisation (attitudes à l'égard du travail, styles de leadership des managers, modalités de GRH...), les auteurs relèvent des variables spécifiques : ainsi en est-il des caractéristiques démographiques des soignants (sex-ratio, âge...), des exigences de continuité de service, de la dimension vocationnelle du métier, d'une coloration empathique très marquée (Gaudard, 2009), et des caractéristiques du travail des soignants (niveau de routinisation des pratiques, définition des rôles et des

Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants

responsabilités, charge de travail etc.). Notons que la charge est un élément important expliquant ou modérant l'impact de l'absentéisme sur la qualité des soins dans les établissements de santé.

L'absentéisme est souvent présenté comme un phénomène dysfonctionnel, c'est-à-dire résultant de mauvais fonctionnements de l'organisation. Il est également présenté comme perturbant l'organisation du travail ou comme générateur de coûts. Plus rarement, il est montré que l'absentéisme peut avoir des effets vertueux sur les organisations. Hackett et Bycio (1996) montrent, en particulier dans les établissements de santé, que l'absentéisme est aussi une stratégie qui aide les individus à conserver un état physiologique et psychologique raisonnable. Les auteurs mettent ainsi en évidence des différences significatives de niveaux de variables relatives au stress, à la santé (physique), à la fatigue, à l'insatisfaction au travail avant et après une période d'absence d'infirmières dans deux hôpitaux de taille importante aux Etats-Unis. Les implications de ce type de résultats concernent le management du présentéisme ou de la présence sur le lieu de travail de personnels soignants en mauvais état de santé (physique ou mentale). Leape et al. (1995) montrent ainsi que les infirmières peuvent dans certaines circonstances laisser passer près de la moitié des erreurs des médecins tandis que Weisse (1992) montre que la mauvaise santé d'employés présents sur le lieu de travail augmente leur probabilité d'avoir des problèmes médicaux sur des longues périodes. Au-delà, c'est le concept de permissivité organisationnelle (Brooke et Price, 1989) qui peut être utilisé pour désigner des pratiques de management consistant à autoriser, dans un certain cadre, l'absentéisme, en en faisant un véritable levier de management des ressources humaines.

Unruh et al. (2007) s'intéressent aux relations entre l'absentéisme des soignants et la qualité des soins. Les auteurs analysent la relation entre l'absentéisme, la charge de travail et la qualité des soins, ce dernier paramètre étant appréhendé à travers des données observables, telles que les pratiques de soins dites restrictives ou dégradées, les incidents et décès (sur la base de rapports) et l'allongement de la durée de séjour résultant de ces incidents. Il est possible de montrer une relation entre absentéisme et dégradation des pratiques de soins mais uniquement lorsque la charge de travail est importante. L'absentéisme ne contribue pas à l'augmentation de la fréquence d'apparition des incidents, mais la charge de travail, en revanche, y contribue très significativement. Les décès semblent survenir plus fréquemment lorsqu'à la fois l'absentéisme et la charge de travail sont importants. Si l'on considère la relation (non explorée par les auteurs) entre les données de charge en soins et celles relatives aux effectifs et donc à l'absentéisme, nous pouvons mettre en perspective les enjeux liés à la maîtrise de l'absentéisme ou des mécanismes permettant l'absorption des effets des absences. Ces mécanismes sont pour l'essentiel dépendant des positions de l'autorité de tutelle en la matière dans un contexte de recherche d'une efficience économique accrue.

Ainsi la littérature a-t-elle mis en évidence que la dégradation de la qualité de vie au travail que vivent les personnels soignants, et qui se manifeste notamment par une augmentation des taux d'absentéisme, peut trouver une partie de son origine dans la montée en puissance des logiques de performances. La littérature confirme ainsi que l'étude de l'absentéisme est pertinente pour révéler les liens entre les contextes de transformation des établissements de santé, la santé au travail des soignants et la qualité des soins, ce que les résultats de la recherche que nous présentons ci-après montrent également.

3. L'absentéisme pour une mise en évidence empirique des liens entre bien-être au travail des soignants et qualité des soins

Nous conduisons depuis 2009 une recherche en partenariat avec différents établissements de santé, portant sur l'absentéisme des personnels soignants dans les établissements de santé, et sur le lien entre bien-être au travail et performance des établissements de santé. Nous présentons ci-dessous, dans un premier temps le dispositif méthodologique mis en place pour la recherche, puis les premiers résultats dégagés.

3.1. Dispositif méthodologique

Notre recherche s'appuie sur un dispositif de recherche-intervention. Nous avons mis en place une collaboration avec 10 établissements de santé pendant 2 ans, dans le cadre d'un projet d'une durée totale de 3 années. Les établissements sélectionnés pour participer à l'étude l'ont été après un appel à candidature qui a permis d'évaluer la pertinence des établissements à participer selon plusieurs critères. Parmi ces critères, citons, sans être exhaustifs : des taux d'absentéisme élevés, manifestation d'une volonté partagée par plusieurs acteurs de l'établissement de réduire l'absentéisme, la stabilité des équipes pour faciliter la mise en place d'un projet sur une période longue. Par ailleurs, nous avons constitué un panel de 10 établissements relativement varié : en taille, en effectifs, en nature d'activité, en positionnement géographique (milieu rural ou urbain). Le Tableau ci-dessous fournit une présentation synthétique des établissements impliqués dans notre recherche.

Type des établissements	Nombre approximatif de lits et / ou places	Périmètre
CHU	3000	Un pôle
CHS (centre de santé mentale)	750	Un pôle
CH intercommunal	740	Deux services
Hôpital Local	230	Services d'EHPAD
Hôpital Local	320	Tous services
CHU	1450	Un pôle
Hôpital Local	280	Services d'EHPAD
CHS (centre de santé mentale)	770	Deux pôles
EHPAD	310	Tous services
Hôpital intercommunal	520	Tous services

Tableau 1: Echantillon des établissements impliqués dans la recherche

Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants

Il est naturellement déraisonnable de prétendre couvrir avec exhaustivité les situations de l'ensemble des établissements de santé en France avec un échantillon de cette taille. Celle-ci est néanmoins cohérente avec un dispositif de recherche-intervention conçu pour explorer les problématiques d'absentéisme en profondeur plutôt qu'en largeur.

Dans chaque établissement, la recherche a été structurée en deux temps. Un premier temps a consisté en une phase d'exploration. Plusieurs types de matériaux ont été utilisés dans cette phase. En grande majorité, le matériau a été constitué d'entretiens individuels. Nous avons également fait l'analyse de sources documentaires diverses : extraits de bilans sociaux, projets d'établissements, tableaux statistiques fournis par les établissements, plannings de roulement dans les services, procès-verbaux et compte-rendu de réunions (de CHSCT par exemple), tracts syndicaux. Enfin, nous avons également, mais plus rarement, fait plusieurs immersions dans les services sur des journées entières, à savoir des phases d'observation et d'accompagnement des équipes dans leur travail au quotidien.

Les entretiens individuels ont concerné essentiellement les personnels soignants : infirmières (ou IDE pour infirmières diplômées d'état) et aides-soignantes (AS). Nous avons également eu un grand nombre d'entretiens avec les cadres de santé (responsables hiérarchiques directs des personnels soignants) et cadres supérieurs. D'autres entretiens ont été organisés avec les médecins ou praticiens hospitaliers, les médecins du travail, les personnels de direction des établissements (direction générale, direction des ressources humaines, direction administrative et / ou financière), agents de services hospitaliers (ASH), kinésithérapeutes, aides médico-psychologiques (AMP), représentants du personnel et quelques intervenants extérieurs à l'établissement.

Entre 30 et 40 entretiens ont été réalisés dans chacun des établissements. Suivant une structure similaire, les entretiens ont systématiquement abordé le parcours professionnel des personnes interrogées, l'organisation du travail, les conditions de travail, la perception du phénomène d'absentéisme. Des verbatim ont été intégralement repris pour faire apparaître plusieurs listes de thèmes évoqués au cours des entretiens et des recoupements entre sujets évoqués. Les analyses des entretiens ont toutes été restituées aux établissements (assemblée générale, comité de pilotage, production de rapports...).

Un deuxième temps a consisté à proposer aux comités de pilotage d'organiser des groupes de travail sur différentes formes d'actions possibles. Sur la base des diagnostics des chercheurs, plusieurs pistes ont été identifiées visant plus ou moins directement la réduction de l'absentéisme. Dans un grand nombre de cas, le lien avec l'absentéisme est apparu très indirect. Dans tous les cas, les pistes proposées avaient en commun de permettre aux chercheurs de continuer

à produire de la connaissance sur l'absentéisme dans l'établissement, sur la base des principes de recherche-intervention (Hatchuel, 1994).

Les résultats que nous mettons en évidence dans cet article ont concerné les liens entre absentéisme, bien-être des soignants et performance de l'établissement. Nous identifions et développons pour les 10 établissements étudiés, trois grandes catégories de résultats :

- Les contraintes de performance budgétaire contraignent à une relative absence d'évaluation du bien-être (en l'occurrence du mal-être et de l'absentéisme) des soignants (cf. 3.2.),
- Parallèlement, les contraintes de retour à l'équilibre financier ont conduit les établissements à une gestion essentiellement quantitative des effectifs qui les prive de leviers pour améliorer la qualité des soins (cf. 3.3.),
- Conséquemment, l'encadrement de proximité n'a pas été doté d'outils et de compétences permettant une prise en compte de la question du bien-être des soignants pour l'amélioration de la qualité des soins (cf. 3.4.).

3.2. Performance budgétaire et absence d'évaluation de l'absentéisme et du mal-être

Les enjeux de performance ont conduit les établissements de santé à mettre en place une instrumentation de gestion essentiellement tournée vers la mesure de l'efficacité. Cela signifie qu'en contrepartie, les possibilités pour une utilisation managériale des outils ainsi mis en place sont faibles comme nous le montrerons ci-dessous à travers l'analyse des outils de mesure et de description de l'absentéisme dans les établissements. Au-delà, nous montrerons l'inexistence des mesures du bien-être.

Dans le cadre de notre étude, nous avons été conduits à procéder à la comparaison des niveaux d'absentéismes entre établissements. Notons au passage que beaucoup d'établissements pratiquent eux-mêmes ce type de comparaisons, dans leurs bilans sociaux. Cependant, l'un de nos premiers constats a été l'impossibilité de procéder à des comparaisons pertinentes et rigoureuses entre établissements. Les affichages de données d'absentéisme dans les bilans sociaux et autres sources documentaires sont variés (cf. Tableau ci-dessous) ; les horizons de temps utilisés pour mesurer des évolutions sont différentes entre établissements (certains systèmes d'information ne gardent pas trace des données anciennes) ; et enfin, les modalités de calculs de l'absentéisme dans les établissements sont fortement hétérogènes. Ceci n'empêche pas les directions des établissements de systématiquement comparer l'absentéisme de l'établissement à une moyenne nationale ou régionale.

Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants

Etablissements	Absentéisme dernière année connue N	Absentéisme N-1	Absentéisme N-2
1	28,65 jours/ETP	30,09 jours/ETP	-
2	8,14%	8,13%	7,42%
3	9,3%	8,8%	8%
4	9,86%	10,63%	11,24%
5	9,57%	6,63%	-
6	30,6 jours/ETP	36 jours/ETP	-
7	29,12 jours/ETP	25,83 jours/ETP	22,12 jours/ETP
8	9,4%	9%	
9	10.593 jours	10.684 jours	9.359 jours
10	9%	24 jours/ETP	-

Tableau 2: Les données d'absentéisme affichées sur les deux ou trois dernières années par les 10 établissements

Nous constatons que ces choix sont la plupart du temps dépendants d'hypothèses relatives aux règles budgétaires suivies par les établissements. Lorsqu'une absence n'a pas d'incidence sur le budget, certains établissements considèrent implicitement que la non présence (sur le lieu de travail) ne correspond pas à une absence, alors que d'autres les incluent, adoptant un point de vue davantage organisationnel (perturbations de l'organisation). L'exemple le plus frappant est celui des journées de formation, considérées dans certains établissements comme des journées d'absences et dans d'autres non, et d'autres encore les incluent parfois selon le type de formations concerné.

D'autres logiques que budgétaires viennent structurer les outils de mesure de l'absentéisme. La plupart des journées d'absentéisme correspondent aux journées telles que comptabilisées lors de la saisie des arrêts maladie (ou accidents du travail). Or, cinq jours d'arrêts ne correspondent pas nécessairement à une perturbation de cinq jours sur le lieu de travail compte tenu du planning de la personne absente (si par exemple, la personne devait prendre des congés ou des journées de RTT). Il se peut que seules trois des cinq journées d'arrêts aient réellement été perturbées. Pire encore, il se peut que les deux journées restantes correspondent à des journées de RTT qu'il faudra de toute façon que l'agent prenne plus tard dans l'année : la perturbation est donc différée dans le temps ; elle change donc de nature puisqu'elle devient plus prévisible, ce que le taux d'absentéisme ne prend pas du tout en considération. Certains établissements (l'établissement 4 par exemple) utilisent « *la règle des 5/7^{èmes}* » pour pallier ce biais mais en commettant là encore une approximation.

Il faut ajouter à cela que les acteurs des établissements ont des connaissances très vagues des modalités de calcul de l'absentéisme. Dans certains cas, les responsables de la gestion des ressources humaines ne peuvent avoir accès aux paramètres et modes de calculs des logiciels utilisés pour produire les bilans

sociaux en fin d'année. Ainsi, une DRH indiquait-elle : « *Il faudra demander à la société X, notre prestataire informatique, comment l'absentéisme est calculé. Nous, on a juste accès à des requêtes prédéfinies qu'on ne peut modifier* ». Au total, l'absentéisme ne mesure que très artificiellement la perturbation à laquelle l'absentéisme donne lieu. Le corollaire est que le management ne peut réellement utiliser les mesures de l'absentéisme comme un outil de pilotage managérial. Plus encore, les mesures de l'absentéisme ne sont qu'une fragile estimation du mal-être, le principal évaluateur du mal-être étant soit l'évaluation du mécontentement général à dire de cadre, soit l'évaluation par le biais de questionnaires de mesure de la satisfaction au travail.

Au final, les philosophies managériales attachées aux mesures de l'absentéisme ne correspondent pas à celles dont ont besoin les managers des établissements de santé et les directions des ressources humaines pour traiter la question du mal-être au prisme de l'absentéisme. Elles sont ainsi révélatrices d'une attention constamment portée aux équilibres financiers et finalement à une gestion essentiellement quantitative de l'absentéisme sur laquelle nous revenons plus loin.

3.3. Gestion des absences et impacts d'une gestion quantitative sur le bien-être

Le caractère fruste des outils d'évaluation de l'absentéisme dans les établissements de santé de notre échantillon révèle en réalité une orientation particulière des principes de gestion des ressources humaines : maintenir quotidiennement des niveaux d'effectifs constants et avoir une gestion de l'absentéisme très quantitative dans le sens défini ci-après.

L'absentéisme est souvent pris comme levier sur lequel il est possible d'agir pour diminuer les dépenses liées aux ressources humaines, avec un postulat simple : l'absentéisme est un gaspillage de ressources (coût des mensualités de remplacement, notamment) et il convient de le réduire. En revanche, la réduction de l'absentéisme est plus rarement envisagée dans une perspective d'amélioration des conditions de prise en charge des patients. Dans de nombreux cas, il est considéré qu'une absence d'un agent sur une journée correspond à une baisse d'effectifs et non à l'indisponibilité d'une compétence. La logique quantitative conduit à considérer que les agents de même statut (voire même de différents statuts, dans le cas du glissement de tâches) sont interchangeables. Dans un grand nombre de situations, ce n'est pas le cas et de plus, cela est perçu par les agents comme une source de déconsidération et un manque de reconnaissance de la valeur de chacun. Ce qui entraîne insatisfaction et perte de motivation, voire absentéisme, comme le confirme l'analyse des dispositifs de gestion des absences que nous avons effectuée.

Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants

Les différents établissements de notre échantillon ont mis en place différentes modalités d'absorption des effets de l'absentéisme, qui auront, par ailleurs, des impacts différents sur le bien-être et la qualité des soins. Trois grandes catégories de dispositifs d'absorption des effets de l'absentéisme ont pu être observées dans notre échantillon de 10 établissements.

Une première catégorie correspond à la mise en place de solutions institutionnalisées et pérennes. Il s'agit de dispositifs prenant la forme, par exemple, d'unités (dites « pools de remplacement ») entièrement dédiées aux remplacements des personnels soignants absents. Ces unités sont composées de personnels titulaires qui sont affectés au gré des besoins dans différents services de l'établissement de santé. Ce premier type de dispositif est mis en place dans des établissements de taille relativement importante. Les personnels appartenant à ces dispositifs sont pour la plupart volontaires car cette modalité de gestion de l'absentéisme génère des conditions de travail particulièrement difficiles, fondées par nature sur la flexibilité des personnels. Naturellement, la flexibilité requise est d'autant plus forte que les perturbations liées à l'absentéisme dans les autres services sont importantes. Les personnes remplaçantes sont des « spécialistes du remplacement » : elles ont développé, au gré des remplacements, des compétences particulières et la qualité de pouvoir facilement s'adapter aux contextes dans lesquelles elles sont mobilisées. Néanmoins, même si les personnes en question ne génèrent pas nécessairement un accroissement de charge de travail sur le lieu de remplacement, elles ont une visibilité faible sur la durée totale effective du remplacement, ce qui peut empêcher un engagement au travail important et contribuer à affaiblir la cohésion dans les équipes de soin. Une infirmière d'un pool de suppléance dans un CHU dit ainsi : « *On ne sait jamais où l'on sera la semaine prochaine. Ce n'est parfois pas très motivant mais dans les équipes qui fonctionnent en réduit, on est très attendues* ». Les effets de l'absentéisme sont donc gérés quantitativement, confirmant un résultat exposé plus haut. C'est également le cas pour le second type de dispositif d'absorption des effets de l'absentéisme mais avec un effet très différent sur les conditions de travail et le bien-être des personnels titulaires.

Le second type de dispositif correspond à l'appel systématique de personnels contractuels remplaçants dès qu'une absence survient et ceci dès le premier jour d'arrêt. Un agent contractuel, c'est-à-dire recruté pour une durée déterminée, remplace un soignant titulaire. Le dispositif conduit à faire très couramment venir sur le lieu de travail des personnels contractuels très différents. Nous avons recueilli, dans nos entretiens, de nombreux éléments caractérisant un paradoxe à ce sujet. Les titulaires sont très conscients de la surcharge de travail qu'occasionne l'arrivée d'une personne contractuelle qui ne connaît pas du tout le fonctionnement du service ; une aide soignante indique ainsi au sujet des contractuelles remplaçantes : « (...) *parfois on les connaît et on sait qu'elles vont nous donner plus de boulot qu'autre chose. Sur la journée, il faudra les doubler* (...) »

mais au final, c'est mieux que rien ». Ils sont également très attachés au dispositif de remplacement systématique par des contractuels pour plusieurs raisons. Le dispositif est un acquis de négociations dans l'établissement de longue date. Abandonner le dispositif est une forme de remise en cause des acquis passés. Par ailleurs, le dispositif permet d'éviter de recourir à l'élasticité des personnels titulaires et cela permet, en quelque sorte, de préserver les planifications du travail des titulaires, ce que montre une analyse des plannings de roulement des services (ce que nous avons fait sur l'établissement 6 de l'échantillon). Il s'agit là d'une exigence que le contingentement des effectifs ces dernières années a fortement contribué à renforcer. D'ailleurs à ce propos, l'un des représentants du personnel interrogé dans l'un des établissements indique que : « *si on renonce à la procédure de remplacement systématique, il ne faudra pas s'étonner de la dégradation des ratios d'effectifs dans le futur* ». L'analyse des plannings fait apparaître que la venue de contractuels est quotidienne. Le dispositif est donc très souvent source d'accroissement de la charge de travail mais est constamment activé, pour le préserver. Notons que les cadres de santé eux-mêmes participent de l'auto préservation du dispositif. Une cadre d'un service d'EHPAD en donne l'illustration : « *si je ne remplace pas, l'équipe me tombe dessus ! En même temps, faire de l'auto remplacement avec une titulaire, c'est mission impossible. Vous les appelez l'une après l'autre : aucune n'est disponible pour revenir de son RTT. Pas le choix : il faut prendre la liste de vos remplaçantes contractuelles et en trouver une* ». De fait, le dispositif de remplacement systématique est auto préservé, il détériore constamment les conditions de travail, contribue à accroître l'absentéisme et fait finalement supporter aux patients les effets d'une gestion purement quantitative des effectifs.

La troisième catégorie de dispositif correspond au recours à « l'élasticité » des personnels titulaires, autrement dit la possibilité de faire varier les amplitudes horaires ou les jours de prise des congés et RTT des titulaires. Cette pratique est quotidienne dans plusieurs de nos 10 établissements. La planification des jours travaillés est donc très incertaine. Dans une grande partie des entretiens, c'est ce point qui est source d'épuisement (plus encore que la charge de travail, c'est le fait de ne pas pouvoir planifier des jours de repos qui génère de l'épuisement) car le recours à l'élasticité peut occasionner des difficultés de conciliation avec les contingences de la vie privée. Une infirmière indique à ce propos : « (...) *il vaut mieux ne pas prévoir quoique ce soit un jour de RTT. Il va sauter à coup sûr ! En même temps, si on ne vient pas, les collègues vont être mal* ».

Au final, le dispositif de recours à l'élasticité des titulaires est, comme pour le remplacement systématique par des contractuels, directement explicatif du niveau de bien-être des personnels soignants et par suite le dispositif de gestion de l'absentéisme doit être lui-même considéré comme un facteur favorisant l'absentéisme. Il résulte de cela, et c'est ce que les phases d'accompagnement des 10 établissements montrent, que la gestion de l'absentéisme passe

Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants

probablement par une veille de l'hyper-sollicitation des personnels soignants et de leurs conditions de travail. Au-delà, cela nécessite que les cadres de proximité soient dotés d'outils et de capacité d'intervention en la matière, ce qui n'est pas toujours le cas.

3.4. Outils et compétences managériales et bien-être au travail des soignants

L'introduction de nouveaux critères de performance dans les établissements de santé pose la question des compétences et missions des acteurs placés en responsabilités des collectifs, les managers et notamment les cadres de proximité. Les cadres de santé sont des acteurs clefs des établissements de santé dans les contextes actuels : ils sont à la fois l'un des rouages essentiels de la mise en place des changements et les observateurs privilégiés des effets de ces changements sur les conditions de travail des soignants et donc sur leur bien-être. Deux questions peuvent être posées : les compétences et missions des cadres ont-elles évolué avec les transformations imposées aux organisations de santé ? Quelles sont les marges de ces managers sur les conditions de travail, le bien-être des soignants et finalement leur absentéisme ? Sur tous nos terrains, nous pouvons faire les mêmes constats d'un encadrement de proximité bien démuné et ce, de trois points de vue différents.

En premier lieu, les causes réelles de l'absentéisme sont souvent identifiées de façon très mécaniste par les cadres. Ce sont d'anciens soignants qui très volontiers insistent sur les évolutions sociétales en termes de rapport au travail et au collectif : l'individualisme croissant des personnels et le rapport de plus en plus distant au travail expliquent selon elles en très grande partie le manque d'engagement au travail et les arrêts des soignants. Un cadre de santé dans un centre de santé mentale le dit très explicitement à propos des congés maladie en période de grossesse ou à propos des congés maladie en général : « *Les jeunes femmes enceintes, avant leur congé maternité, s'arrêtent beaucoup plus fréquemment et beaucoup plus tôt qu'avant. Avant, un bon rhume, ça n'empêchait pas de venir* ». Ces évolutions sont réelles mais a priori non suffisantes pour expliquer l'absentéisme parfois croissant dans des proportions considérables.

En second lieu, les cadres sont très souvent malgré eux, placés dans une situation d'acteurs de la reproduction des mécanismes qui génèrent ou entretiennent l'absentéisme. Nous avons précisé plus haut les effets auto bloquants des dispositifs d'absorption des effets de l'absentéisme aussi bien lorsqu'il s'agit de faire appel à des personnels contractuels de remplacement que lorsqu'il est fait recours à l'élasticité des personnels titulaires. Ce sont les cadres qui très concrètement sont les acteurs principaux qui actionnent ces dispositifs. Les cadres ont très peu de marges : refuser ou freiner ces dispositifs, c'est aller contre une pression sociale très importante (dans le cas du remplacement

systématique par des contractuels) ou une logique d'efficacité (dans le cas du recours à l'élasticité des personnels titulaires) qui les dépasse et qui dépasse même les directions des établissements. Cela conduit à placer les cadres en situation d'extrême inconfort. Dans certains établissements, il n'est pas rare que le taux de rotation des cadres soit supérieur à 30%.

Enfin, en troisième et dernier lieu, les transformations des organisations du travail (induisant des tensions fortes sur les effectifs et le réajustement permanent des plannings) et le poids des demandes des autorités de tutelle (demandes de statistiques nécessitant que les cadres renseignent très fréquemment divers questionnaires par exemple) ont conduit le cadre à désertier les couloirs des services. Les entretiens que nous avons menés dans différents contextes et nos immersions montrent extrêmement fréquemment que les cadres n'ont plus suffisamment de marges de temps pour échanger avec les soignants sur : leurs pratiques professionnelles, leurs conditions de travail et finalement le bien-être des soignants et la qualité de prise en charge des patients. Une cadre d'une des unités d'un centre de santé mentale faisait ainsi la synthèse suivante : « *On a deux réunions de service par an. J'essaye d'être aux transmissions une fois par semaine au moins. Les réunions panoramiques où l'on discute des patients, elles sont de plus en plus espacées* ». Dans cette même unité, les chercheurs ont proposé de travailler sur la reconception d'espaces de concertation où il serait question d'échanges autour des pratiques professionnelles des soignants. Ces dispositifs existaient dans l'unité, il y a quelques années, puis ont disparu faute d'être régulièrement programmés et activés dans l'année. Aujourd'hui, les espaces de ce type sont mis en place à l'occasion d'événements indésirables (comme par exemple une agression d'un agent), par des cadres, qui se sentent dépositaires d'une mission d'animation et d'organisation d'espaces de concertation mais dans l'incapacité de les mettre en place. Au final, la pression de l'activité empêche que ne soient mis en place des dispositifs qui auraient deux vertus : renforcer la cohésion et l'esprit vocationnel des soignants d'une part et permettre d'identifier des voies d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients d'autre part.

Plus généralement, la réduction de l'absentéisme ou l'amélioration des conditions de travail ne sont donc pas des fins en soi. Elles n'ont de sens que si finalement les liens entre bien-être des soignants et qualité des soins sont à nouveau activés : plus de bien-être conduisant à l'amélioration du soin et de la prise en charge des patients.

Conclusion

L'absentéisme est un prisme qui met en évidence les liens entre bien-être des personnels soignants et performance des établissements de santé.

Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants

Les transformations que connaissent les établissements de santé conduisent à des bouleversements des organisations, qui conduisent à une dégradation des conditions de travail du personnel soignant, allant jusqu'à interroger la notion même de sens au travail. Ce terreau particulièrement favorable à l'accroissement de l'absentéisme, a un impact direct sur les conditions dans lesquelles les patients sont pris en charge. La recherche que nous menons dans différents établissements de santé tente de le montrer.

Les établissements de santé n'ont pas vraiment développé une instrumentation de gestion permettant un pilotage qualitatif de l'absentéisme et sous-estiment de fait les hypothèses sur les liens entre l'efficacité de la prise en charge des patients et la gestion des effectifs par les compétences (et non par les quantités uniquement).

Par ailleurs, les transformations des établissements de santé ont perturbé la capacité d'action des acteurs du management, relais essentiels de conversion d'organisations du travail performantes en satisfaction des personnels et des patients.

Enfin, les effets de l'absentéisme sont parfois directement absorbés par le patient. Ce sont les nouvelles contraintes institutionnelles qui ont conduit un certain nombre d'établissements de santé à mettre en œuvre délibérément ou non des stratégies de gestion de l'absentéisme fondée partiellement sur la capacité d'absorption par le patient d'une relative dégradation de la qualité de prise en charge des soins. Au-delà, le risque est que l'absorption par les patients devienne une norme acceptable qui conduirait ainsi à totalement dénaturer le travail des soignants, ce qui en retour aurait un effet d'amplification des phénomènes de désintérêt pour le travail, de démobilité, de désengagement du travail et donc de l'absentéisme.

Bibliographie

- Assurance Maladie (2009), *rapport de gestion de l'Assurance Maladie – Risques Professionnels* 2009.
- BROOKE P.-P., PRICE J.-L. (1989), "The determinants of employee absenteeism: an empirical test of a causal model", *Journal of Occupational Psychology* 62, 1–19.
- Cour des comptes (2009), *Rapport public annuel - Cour des comptes*.
- COUTY E. (2010), « Hôpital public : le grand virage », *Les Tribunes de la santé* 3/2010 (n° 28), p. 39-48.
- DAVEY M.-M., CUMMINGS G., NEWBURN-COOK C.-V., LO E.-A. (2009), "Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review", *Journal of Nursing Management*, 17, 312-330.
- DEJOURS C. (2009), *Suicide et travail, que faire ?*, Paris, PUF, coll. « Souffrance et théorie », 130 p.
- DONATO J. (2009), « Une perception dégradée des conditions de travail. Epuisement, stress, risque d'erreurs... : Malaise à l'hôpital », *Santé et travail*, 2009, n°66, pp. 31-33.
- ELBAUM M. (2010), « Un nouveau modèle de financement pour la santé ? », *Santé*

Publique 1/2010 (Vol. 22), p. 91-106.

ESTRYN-BEHAR M. (2008), Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, *Presse de l'EHESP*, 2008, 382 p.

GARCIA-PRADO A., CHAWLA M. (2006), "The impact of hospital management reforms on absenteeism in Coasta Rica", *Health Policy and planning*, 21, 2, 91-100.

GAUDART C. (2009), « Un personnel soignant désorienté », *Santé et Travail*, n°66, p. 28-30.

GIUGLIANI C., GAULT N., FARES V., JEGU J., TROLLI S.-E., BIGA J., VIDAL-TRECAN G. (2009), "Evolution of patients' complaints in a French university hospital: is there a contribution of a law regarding patients' rights?", *BMC Health Services Research* 2009, 9, 141.

GOURNAY M., LANIÈCE F., KRYVENAC I. (2004), « Étude des suicides liés au travail en Basse-Normandie », *Travailler*, 2, 12, 91-98.

HACKETT R.-D., BYCIO P., GUION R.-M. (1989), "Absenteeism among hospital nurses: An idiographic-longitudinal analysis", *Academy of Management Journal*, 32, 2, 424-453.

HARRISON D.-A., MARTOCCHIO J.-J. (1998), "Time for absenteeism: a 20-Year review of origins, offshoots, and outcomes", *Journal of Management*, 24, 3, 305-350.

HARRISON D.-A., SCHAFFER M.-A. (1994), "Comparative Examinations of Self-Reports and Perceived Absenteeism Norms: Wading Through Lake Wobegon", *Journal of Applied Psychology*, 79, 2, 240-252.

HATCHUEL A. (1994), « Les savoirs de l'intervention en entreprise », *Entreprise et Histoire*, 7, 59-75.

HOLCMAN R. (2007), *La fin de l'hôpital public*, Edts Lamarre, 104 p., 2007.

JENSEN S., MCINTOSH J. (2006), "Absenteeism in the workplace: results from Danish sample survey data", *Empirical Economics*, 32, 125-139.

LEAPE L.-L., BATES D.-W., CULLEN D.-J., COOPER J., DEMONACO H.-J., GALLIVAN T., HALLISEY R., IVES J., LAIRD N., LAFFEL G., NEMESKAL R., PETERSON L.-A., PORTER K. & SERVI D. (1995), "Systems analysis of adverse drug", *Journal of the American Medical Association*, 274, 35-43.

MANOUKIAN A. (2009), La souffrance au travail. Les soignants face au burn-out, Eds Lavoisier, 2009.

MAYFIELD J., MAYFIELD M. (2009), "The role of leader motivating langage in employee absenteeism", *Journal of Business Communication*, 46, 4, 455-479.

(DE) POUVOURVILLE G. (2009), « Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité », *Revue Economique*, 60, 2, 457-470.

ROY M. (2009), « Créer une communauté stratégique pour favoriser le changement: une étude de cas portant sur l'organisation du travail dans le secteur de la santé », *Gestion*, 2009/4, 34.

SANDERS K., NAUTAA. (2004), "Social cohesiveness and absenteeism, the relationship between characteristics of employees and short-term absenteeism within an organization", *Small Group Research*, 35, 6, 724-741.

SAOUT CH. (2010), « La régionalisation de la santé : une chance pour la démocratie sanitaire ? », *Santé Publique*, 2010/1 (Vol. 22).

SCHALK R., VAN RIJCKEVORSEL A. (2007), "Factors influencing absenteeism and intention to leave in a call centre", *New Technology, Work and Employment* 22, 3, 260-274.

TAUNTON R.-L., KLEINBECK S.-V.-M., STAFFORD R., WOODS C.-Q., BOTT M.-J. (1994), "Patient Outcomes: Are They Linked to Registered Nurse Absenteeism, Separation, or Work Load?", *Journal of Nursing Administration*, 24,4, 48-55.

UNRUH L., JOSEPH L., STRICKLAND M. (2007), "Nurse absenteeism and workload: negative effect on restraint use, incident reports and mortality", *Journal of Advanced*

Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants

Nursing 60(6), 673–681.

VENNE R.-A. (1997), "The impact of the compressed workweek on absenteeism, the case of Ontario prison guards on a twelve-hour shift", *Relations Industrielles / Industrial Relations*, 52, 2, 382-400.

WEISSE C.-S. (1992), "Depression and immunocompetence: A review of the literature", *Psychological Bulletin*, 111, 475-489.