

Ecole d'Enseignement de Promotion sociale

de la Communauté Française

Rue Saint-Brice, 53

7500 Tournai

Enseignement Supérieur Paramédical

Cadre en soins de santé

L'ABSENTÉISME AU SEIN DU  
SERVICE X DU SECTEUR DE  
DÉFENSE SOCIALE DU CENTRE  
HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE DE  
TOURNAI :  
« MALADIE OU SYMPTÔME ? »

Présenté par : LIBBRECHT Joël

3<sup>ème</sup> année

en vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année scolaire : 2007-2008

## REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide pour l'élaboration de ce mémoire et plus particulièrement :

les membres de l'encadrement du Centre Hospitalier Psychiatrique de Tournai, pour leur aide et leurs conseils,

Madame Autem, Consultante interne en Ressources humaines au FOREM, Office Régional de la Formation professionnelle et de l'Emploi, qui a su me consacrer du temps et m'a fourni des informations précieuses pour mon étude,

l'ensemble des personnes interviewées, sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé,

mon épouse, pour sa disponibilité afin de me permettre de m'investir dans ces trois années d'étude et de consacrer le temps nécessaire à la réalisation de ce mémoire.

# **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTIE 1 : LE VOLET THEORIQUE</b> .....	<b>2</b>
<b>Chapitre 1 : DEFINITIONS DES TERMES CLES</b> .....	<b>3</b>
<b>Chapitre 2 : COMPOSITION DE LA PROBLEMATIQUE</b> .....	<b>9</b>
2.1. <u>L'absentéisme structurel</u> .....	9
2.2. <u>L'absentéisme conjoncturel</u> .....	10
2.3. <u>L'absentéisme intentionnel</u> .....	10
<b>Chapitre 3 : LES SENS DES ABSENCES</b> .....	<b>15</b>
<b>Chapitre 4 : TENTATIVES D'EXPLICATIONS PAR LES AUTEURS</b> .....	<b>17</b>
4.1. <u>La mesure de l'absentéisme</u> .....	17
4.2. <u>La multiplicité des causes</u> .....	18
<b>Chapitre 5 : LES ABSENCES VOLONTAIRES</b> .....	<b>20</b>
5.1. <u>L'approche individuelle</u> .....	20
5.1.1. <u>L'insatisfaction au travail</u> .....	20
5.1.2. <u>Le stress</u> .....	20
5.1.3. <u>Les caractéristiques individuelles</u> .....	21
5.2. <u>L'approche psychosociale</u> .....	21
5.3. <u>L'approche économique</u> .....	22
<b>Chapitre 6 : LES FACTEURS D'ABSENCES ET LEURS TRANSFERABILITES AU SECTEUR HOSPITALIER</b> .....	<b>24</b>
6.1. <u>Le stress</u> .....	26
6.2. <u>Les facteurs liés aux conditions de travail</u> .....	27
6.3. <u>Les facteurs liés à l'organisation du travail</u> .....	29
6.4. <u>Les facteurs liés à l'organisation du temps de travail</u> .....	30
6.5. <u>Les facteurs liés à la démographie de la population salariée</u> .....	32
6.6. <u>Les facteurs liés au style de management</u> .....	33
6.7. <u>Les facteurs liés aux relations sociales</u> .....	34
6.8. <u>Les facteurs liés au système de valeurs en vigueur dans l'entreprise</u> .....	34
<b>Chapitre 7 : LES ENJEUX DE L'ABSENTÉISME</b> .....	<b>36</b>
<b>Chapitre 8 : LES SOLUTIONS AYANT DEJA ETE TENTEES</b> .....	<b>40</b>
<b>Chapitre 9 : LES MOYENS D'INTERVENTIONS</b> .....	<b>42</b>
9.1. <u>Les mesures générales</u> .....	42
9.2. <u>Les règles et sanctions</u> .....	42
9.3. <u>L'organisation du travail</u> .....	43
9.4. <u>Le management, ou justement l'absence de management de l'absentéisme</u> .....	43
9.5. <u>Le dialogue social</u> .....	44
9.6. <u>La culture d'entreprise</u> .....	44
9.7. <u>La motivation au travail</u> .....	45
<b>Chapitre 10 : LES UTILISATEURS DE CES MOYENS</b> .....	<b>46</b>
<b>Chapitre 11 : QUELQUES PISTES DE REFLEXIONS</b> .....	<b>49</b>

<b>Chapitre 12 : CONCLUSIONS.....</b>	<b>51</b>
<b>PARTIE 2 : LE VOLET OPERATIONNEL .....</b>	<b>53</b>
<b>Chapitre 1 : CHOIX DE LA METHODE ET DES OUTILS DE RECUEIL .....</b>	<b>54</b>
<b>Chapitre 2 : DEROULEMENT .....</b>	<b>58</b>
2.1. <u>Les démarches préliminaires à l'enquête.....</u>	58
2.2. <u>L'échantillonnage.....</u>	60
2.3. <u>Les biais .....</u>	61
<b>Chapitre 3 : CONSTRUCTION DU GUIDE DE L'ENTRETIEN.....</b>	<b>65</b>
3.1. <u>Le contenu et les conditions de travail .....</u>	65
3.2. <u>L'organisation du travail .....</u>	66
3.3. <u>L'organisation du temps de travail.....</u>	67
<b>Chapitre 4 : PRE-TEST DE L'ENTRETIEN DE GROUPE ET AMELIORATION .....</b>	<b>69</b>
4.1. <u>Au niveau du positionnement de la caméra.....</u>	69
4.2. <u>Au niveau des questions.....</u>	70
4.3. <u>Au niveau de la conduite de l'entretien.....</u>	70
<b>Chapitre 5 : ANALYSE DE CONTENU.....</b>	<b>72</b>
<b>Chapitre 6 : INTERPRETATIONS .....</b>	<b>73</b>
<b>Chapitre 7 : CONCLUSIONS PARTIELLES.....</b>	<b>80</b>
<b>Chapitre 8 : RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>84</b>
<b>Chapitre 9 : CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>88</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>93</b>
<u>ANNEXE 1 : LES ABSENCES AUTORISEES.....</u>	94
<u>ANNEXE 2 : LES CONGES EXCEPTIONNELS POUR CAS DE FORCE MAJEURE (CONGES SOCIAUX).....</u>	96
<u>ANNEXE 3 : LES CONGES DE CIRCONSTANCE.....</u>	97
<u>ANNEXE 4 : DEMANDE D'AUTORISATION A LA DIRECTION.....</u>	99
<u>ANNEXE 5 : LETTRE OU DISCOURS ADRESSE AU PERSONNEL :.....</u>	101
<u>ANNEXE 6 : FORMULAIRE D'ACCEPTATION DE PARTICIPATION A L'ENQUETE.....</u>	102
<u>ANNEXE 7 : ANALYSE THEMATIQUE:.....</u>	103
<b>LEXIQUE.....</b>	<b>153</b>
<b>LIENS INTERNET.....</b>	<b>154</b>
<b>TABLEAUX .....</b>	<b>156</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>157</b>
<b>QUATRIÈME DE COUVERTURE.....</b>	<b>159</b>

## INTRODUCTION

Quelle que soit l'entreprise, l'absentéisme est un sujet de plus en plus pesant. En effet, il a un impact sur le processus de production, mais aussi sur la main d'œuvre qui devra supporter la répartition de la surcharge de travail.

L'absentéisme en entreprise fait partie du quotidien des salariés. Cauchemar pour les managers obligés de réorganiser la charge de travail, fatalité et source de démotivation pour les collègues. L'absentéisme apparaît en fait comme un phénomène hétérogène dont les caractéristiques sont propres à chaque entreprise. La durée des arrêts de travail, leurs justifications, leurs fréquences définissent des types d'absentéisme très différents et contre lesquels on ne lutte pas de la même manière. Il est donc indispensable de ne pas faire d'amalgames en dénonçant les absences en bloc. L'hôpital, cette entreprise qui dispense des services et des soins, ne déroge pas à cette règle. En tant que cadre faisant fonction, nous nous sommes souvent posé la question suivante :

« Qu'est ce qui peut bien motiver un individu à s'absenter plutôt que de se rendre à son travail ? Quel est le sens que les travailleurs attribuent à ce comportement ? » In extenso, « Comment l'encadrement peut-il s'y prendre pour infléchir cette tendance ? » Pour que l'encadrement puisse réagir efficacement, un diagnostic approfondi de la situation et des causes s'impose donc. De la sorte, dans la première partie de ce travail, nous aborderons les différentes notions théoriques traitant de ce dysfonctionnement social. Dans la seconde partie, nous tenterons par le biais d'entretiens de groupes semi-directifs, menés dans un des services du Centre Hospitalier Psychiatrique de Tournai, d'en faire ressortir les facteurs attendus, voire inattendus de l'absentéisme.

## **Partie 1 : LE VOLET THEORIQUE**

## Chapitre 1 : DEFINITIONS DES TERMES CLES

Avant d'entamer tout travail d'explicitation, il nous apparaît primordial de définir l'absence au travail, et par extension, l'absentéisme. Or, notre premier constat est qu'après maintes lectures de revues, livres et articles, c'est qu'il existe une multitude de définitions. En d'autres mots, il y a absence de définition universelle. Selon leurs statuts, leurs motivations, les auteurs en présentent une définition différente, ce qui symbolise bien la difficulté à appréhender la problématique des absences. Toutefois, des caractéristiques communes se dégagent des articles de recherche et des écrits de ceux et celles qui proposent une définition conceptuelle. Nous ne retiendrons ici que quelques propositions de définition. Celle du Petit Larousse décrit le phénomène comme le fait d'être fréquemment absent d'un lieu, notamment de son lieu de travail, de ne pas participer à une activité. Une autre, en revanche, plus engagée, définit l'absence, ce terme polysémique, comme « *une incapacité temporaire, élargie ou permanente de travailler du fait d'une maladie, d'une infirmité, d'un accident, de circonstances familiales ou d'autres motifs*<sup>1</sup>. ». Cette définition considère donc l'absentéisme comme une période précise durant laquelle le salarié ne se présente pas physiquement à son lieu de travail, alors qu'il devrait y être, et cela en dépit des raisons qu'il évoque pour justifier sa non présence. La palice aurait dit que l'absence est le défaut de présence. Ceci a donc incité d'autres<sup>2</sup> à reprendre cette vision plus pragmatique et plus juridique, en la complétant pour arriver au fait que l'absence serait la non présence pendant les périodes théoriquement travaillées; l'absentéisme consistant quant à lui à l'absence d'une personne à un moment où elle devrait être sous la subordination d'un employeur. Toutes ces définitions mettent en évidence deux éléments importants : d'une part, la non présence au travail et d'autre part, le non respect de l'horaire de travail ou d'une attente sociale. Cela nous permet donc d'écarter de l'absentéisme les absences en dehors des horaires de travail prévus mais également les absences du type congés payés, congés fériés, etc. Ces quelques définitions reflètent déjà à elles seules une problématique. En effet, si les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas les mêmes, les taux d'absentéismes pourront difficilement faire l'objet de comparaisons.

---

<sup>1</sup> DECROLIÈRE R., « *L'absentéisme n'est pas une fatalité* », formation interentreprises, mars 2005, p. 96.

<sup>2</sup> GALLOIS P., « *L'absentéisme comprendre et agir* », Liaisons, 2005, p.101.

Fort heureusement, une majorité des auteurs, des chefs d'entreprises et gestionnaires d'hôpitaux s'entendent sur le recensement des types d'absences<sup>3</sup> légales et illégales. Quelques-unes sont reprises ci-dessous, apparaissant dans un ordre aléatoire :

- l'abandon de service,
- l'absence non autorisée,
- les grèves internes et nationales,
- les retards,
- les délais de route, les absences autorisées (celles-ci sont reprises dans le règlement de travail),
- les maladies de courte durée,
- les formations de courte durée,
- les formations et missions syndicales,
- les heures de recherche d'emploi,
- les accidents de travail,
- les heures de représentation du personnel,
- les congés de naissance ou d'adoption,
- la maternité,
- le congé parental,
- les soins à enfants malades,
- les décès,
- les visites médicales organisées par la médecine du travail,
- les maladies de longue durée,
- les mi-temps thérapeutiques,
- la mise en disponibilité.

Ainsi, si la majorité des dirigeants d'entreprises (y compris les établissements de soins) est unanime quant aux propositions de définitions et types d'absences, il n'en est pas de même en ce qui concerne son approche et sa maîtrise.

En vertu de ce qui précède, il apparaît important de distinguer deux formes d'absentéisme. L'un est qualifié d'imprévisible et fera l'objet d'un développement ultérieur. L'autre est quant à lui qualifiée de prévisible. En effet, par exemple, la prise de congés payés ou de repos compensatoires(RTT<sup>4</sup>) est une forme d'absences prévue par la loi, planifiée, et que l'on peut dès lors anticiper. Elle n'a donc pas de réel impact sur la santé de l'entreprise.

---

<sup>3</sup> LETEURTRE H., « *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier* », Berger-Levrault, 1991, p. 7 et 8.

<sup>4</sup> Récupération du temps de travail.



Quant au taux d'absentéisme, il est l'équivalent de notre thermomètre, familial. Il nous renseigne sur notre état de santé, si nous sommes souffrants ou non. Toutefois, ne nous trompons pas sur son utilité : il nous renseigne, il met en évidence les symptômes de la maladie mais, en aucun cas, il n'en précise ou n'en dévoile les causes. Ce taux, présenté en pourcentage de jours d'absence par rapport aux jours de travail prévus, se calcule en divisant le nombre de jours d'absence par le nombre total de jours théoriquement pris en considération pour le calcul des prestations d'un travailleur et en multipliant le résultat par cent. Au fil de nos différentes lectures, il nous est apparu plus aisé de calculer les absences en heures. En effet, certaines d'entre elles ne couvrent pas nécessairement en jours complets et de plus, certains les travailleurs travaillent à temps partiel. Nous retiendrons donc le ratio suivant:

$$\text{Taux d'absentéisme en \%} = \frac{\text{Nombre d'heures d'absence pendant une période P(souvent 1an)}}{\text{Nombre d'heures théoriques de travail pendant la même période P}} \times 100$$

De la sorte, le numérateur comprend les « congés » pour maladies, mais il peut également inclure :

- les « congés » maladies dit pathologiques car placés avant un diagnostic de grossesse,
- les absences liées à la maternité,
- les absences pour les accidents de travail, de trajet,
- les maladies professionnelles,
- les absences exceptionnelles<sup>5</sup> autorisées dans le règlement de travail (renouvellement de la carte d'identité, convocation en justice, avoir été désigné comme assesseur ou jury,...),
- les absences non autorisées du type retard.

Quant au dénominateur, il sera obtenu en multipliant le nombre de personnel en contrat avec l'entreprise par le nombre d'heures de travail prévues dans le contrat.

Ce chiffre est relativement fiable si l'on travaille mois par mois. Par contre, si l'on veut travailler par année, il faut pour obtenir l'effectif moyen :

- soit additionner tous les effectifs de l'année.

---

<sup>5</sup>.Pour informations complémentaires. Cf. annexe 1.

- soit de manière plus aisée, additionner l'effectif inscrit au 1er janvier à l'effectif inscrit au 31 décembre de la même année et ensuite diviser le résultat par deux.

L'objectif de cette méthode de calcul est de tenir compte des éventuelles modifications importantes d'effectifs lors de l'année étudiée. Pourtant, cette apparente simplicité pour calculer le taux d'absentéisme n'est que relative. En effet, comme nous l'avons déjà souligné précédemment, les entreprises ne tiennent pas compte des mêmes items dans leur constitution du numérateur (certaines prennent en compte les maladies professionnelles, les formations, d'autres pas,...). Il en découle donc, principalement dans le secteur public, des difficultés pour récolter des données claires et précises mais aussi un manque d'homogénéisation des statistiques. Ceci rend donc toute comparaison hasardeuse, voire même impossible. De la sorte, il s'avère essentiel de toujours spécifier les types d'absences visées. Nous nous efforcerons donc de le préciser à tout moment lors des futures analyses.

Afin de limiter le champ de nos investigations, nous nous limiterons dans ce travail aux absences médicalisées c'est à dire celles couvertes par un certificat médical.

En Belgique, le taux d'absentéisme maladie était en 2005 de 5.12%<sup>6</sup>. Ce pourcentage est constitué par :

- les congés maladie de courte durée c'est à dire, moins de trente jours (1.99 %),
- les congés maladie compris entre un mois et un an (1.42 %),
- les maladies d'une durée supérieure à un an (1.71%).

Autre mesure, le taux total pour cause d'accidents du travail s'élève à 0.44%.

Ainsi, le travailleur est de droit en congé maladie dans le cas où la maladie a été constatée par un médecin et notifiée par un certificat médical. Celui-ci plaçant le travailleur dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. En Belgique, concernant les ouvriers, si celui a moins d'un mois de service de façon ininterrompue, il n'a droit à aucune rémunération garantie en cas d'incapacité. Par contre si celui-ci a un mois de service au moins. Il conserve son droit à la rémunération, malgré son état d'incapacité.

Durant les 30 premiers jours calendriers d'incapacité, l'ouvrier perçoit sa rémunération de la manière suivante :

---

<sup>6</sup> SECUREX, « Absentéisme en Belgique en 2005 », Zébrazone, 2007, P19.

**Tableau 1 : revenu de l'ouvrier en incapacité de travail**

<b>durée</b>	<b>salaire</b>
du 1 <sup>er</sup> au 7 <sup>ème</sup> jour	100 % du salaire brut,
du 8 <sup>ème</sup> au 14 <sup>ème</sup> jour	85,88 % du salaire brut,
du 15 <sup>ème</sup> au 30 <sup>ème</sup> jour	25,88 % du salaire brut.

- si l'incapacité dure moins de 14 jours, le premier jour d'incapacité coïncidant avec un jour habituel de travail n'est pas indemnisé ni par l'employeur, ni par la mutuelle (jour de carence).

Quant aux employés, s'ils ont été engagés pour une durée indéterminée ou pour une durée ou un travail déterminé de trois mois, ils bénéficient de l'intégralité de leur salaire (rémunération normale), durant les trente premiers jours calendrier. Cette charge financière est assurée par l'employeur. Dans d'autres pays, le mode de fonctionnement s'opère avec des incitants et des sanctions comme des jours de carence par exemple.

Deuxième de figure, la maladie professionnelle<sup>7</sup>. Le travailleur est alors reconnu comme atteint d'une maladie professionnelle lorsque celle-ci est reconnue due à un risque au cours de son travail, de sa carrière. Cette notion de risque professionnel est imposée et doit répondre à certains critères comme l'exposition inhérente à la profession, une exposition nettement plus grande que le reste de la population et naturellement une exposition de nature à provoquer la maladie. Ce risque est soit repris dans la liste des maladies professionnelles soit, dû à l'activité professionnelle. Dans ce cas, le travailleur doit apporter les preuves de ce risque et de l'exposition à ce risque.

Enfin, l'accident de travail<sup>8</sup> qui survient de manière soudaine, au cours et par le fait de l'exécution du contrat de travail. Naturellement, il faut que l'accident cause une lésion, qui peut être de nature physique ou psychologique. Les dommages aux prothèses ou aux dispositifs médicaux (lunettes, appareils auditifs,...) peuvent également être considérés comme des lésions. Il est important de signaler que l'accident survenu au cours du travail est

---

<sup>7</sup> Loi du 24/12/63 complétée par la Loi du 21/12/94 parue au Moniteur Belge, cf. lien internet n°1.

<sup>8</sup> Loi du 10/04/71 parue au Moniteur Belge du 24/04/71, art.7, cf. lien n°2.

considéré, jusqu'à preuve du contraire, comme le fait de son exécution. En outre, sont assimilés aux accidents du travail ceux survenus sur le chemin du travail mais aussi dans le cadre du covoiturage et sur le trajet pour déposer les enfants à la garderie et à l'école, etc. Ces extensions<sup>9</sup> viennent étoffer la notion de trajet normalement utilisé par le travailleur pour se rendre à son travail.

Une fois précisées ces définitions et explications de la mesure du taux et la réglementation applicable aux diverses sources d'absences médicalisées, il nous paraît opportun d'aborder maintenant les types d'absentéisme.

---

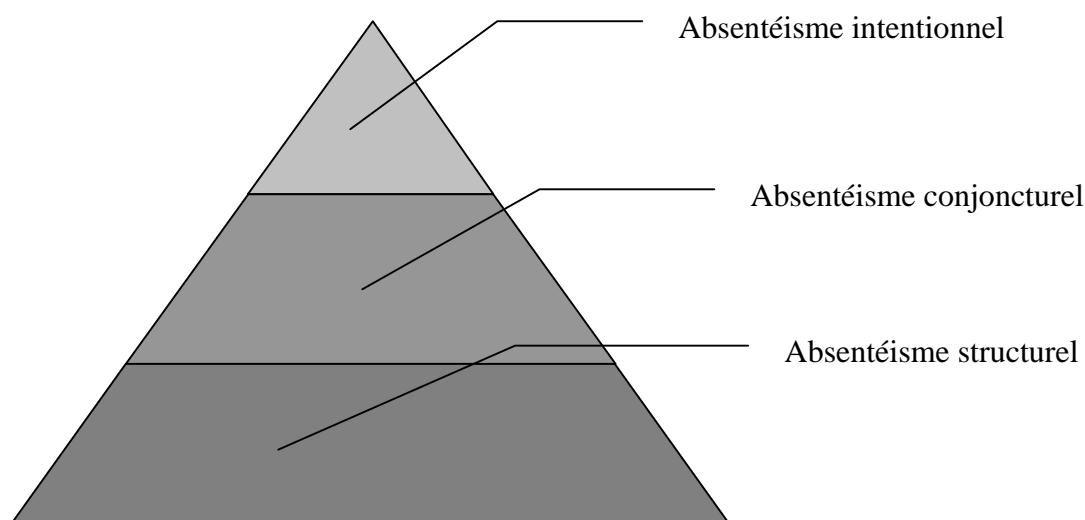
<sup>9</sup> Complément de la loi du 10/04/71, introduit le 12/07/91, paru au Moniteur Belge du 26/09/91.

## Chapitre 2 : COMPOSITION DE LA PROBLEMATIQUE

Si l'on veut avoir une influence sur le phénomène que nous avons tenté de définir précédemment, il faut préalablement chercher l'endroit où agir. P. Gallois<sup>10</sup> nous invite à distinguer trois périmètres distincts. De manière théorique, l'absentéisme est constitué ainsi de trois grandes composantes :

- l'absentéisme structurel,
- l'absentéisme conjoncturel,
- l'absentéisme intentionnel.

Ce qui nous donne, de manière schématique,



### 2.1. L'absentéisme structurel

C'est la partie dans laquelle l'entreprise n'a pratiquement pas de moyen d'action, de prévention. Il est également appelé absentéisme incompressible. Cette partie renferme les congés de maternité, les congés autorisés pour démarches personnelles, les

---

<sup>10</sup> GALLOIS P., op.cit.p.43.

congés sociaux, etc<sup>11</sup>. Dès lors, il ne faut pas se tromper de cible, nous pensons que ces congés dits « prévisibles » (car intégrés dans les cycles de travail) n'entraînent d'ailleurs pas de réels problèmes d'organisation, à l'inverse des deux autres types d'absences.

## 2.2. L'absentéisme conjoncturel

Nous estimons que c'est dans cette composante que l'entreprise peut agir en grande partie. C'est dans cette partie que l'on trouve les absences pour maladies professionnelles ainsi que les accidents du travail. Un travail sur les liens de causalités, sur la prévention des risques couplé à une politique d'amélioration des conditions de travail a dès lors beaucoup de chance de faire diminuer de manière durable ce taux d'absence. Encore faut-il que la politique d'amélioration de la qualité de production ne supplante pas ces vœux pieux.

De plus, depuis quelques années déjà, cette prévention va même au-delà de l'enceinte de l'entreprise pour atteindre l'homme dans sa sphère privée, familiale. Des campagnes de prévention sont lancées de manière régulière contre la tabagie, le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires,... Les entreprises ne se joignent pas uniquement à ces campagnes par philanthropie, ils savent également qu'une personne en bonne santé travaille mieux et s'absente donc moins. A ce titre, la maladie non professionnelle doit être considérée dans ce type d'absentéisme.

## 2.3. L'absentéisme intentionnel

Qualifié d'intentionnel, ce type d'absentéisme n'est pas forcément conscient. Il peut-être le plus difficile à débusquer car il peut se retrouver dans toutes les catégories d'absences car il est polymorphe. Il englobe le désengagement, né de conflits ouverts ou larvés dans les relations, et lié au travail, à la démotivation. C'est cette catégorie qui désappointe la ligne hiérarchique. L'entreprise face à cette situation se sent désarmée et dès lors a recours, trop souvent hélas, à des contrôles ciblés et des mesures coercitives. Nous pensons que cela est une erreur traduisant un aveu d'impuissance. Toutefois c'est dans cette catégorie que se trouvent également certains travailleurs, perçus comme fraudeurs en abusant du système. Cependant, les abus en matière d'arrêts maladie sont difficilement contrôlables. Le pourcentage relatif à ces arrêts est certes souvent faible; pourtant, il nourrit fortement l'imaginaire collectif. Ne pas prendre en charge cette

---

<sup>11</sup> Pour informations complémentaires, cf. annexe 2.

minorité, c'est prendre le risque de légitimer ces personnes dans leur fonctionnement, c'est prendre le risque que cette minorité ne s'amplifie au fil du temps.

En ce sens, dans le jargon des DRH<sup>12</sup>, l'absentéisme est divisé en trois parties représentées chacune par un niveau d'intensité de lumière.

Ainsi, l'absentéisme est blanc lorsqu'il y a un problème de santé démontrable et une nécessité claire de l'absence.

Il sera considéré comme gris lorsque le collaborateur se porte malade pour des symptômes réels, sans qu'il soit absolument établi qu'il n'est plus en état de travailler. Si sa motivation avait été plus grande, il aurait peut-être pu continuer à travailler.

Il sera considéré comme noir lorsqu'il y a abus de la part du travailleur, celui reste à la maison parce qu'il n'a par exemple, pas envie de se rendre au travail.

En Belgique, secteur public et privé confondus, la répartition de l'absentéisme en absentéisme blanc, gris et noir est restée stable. En 2006, la part d'absentéisme blanc s'élevait à 90,63%, la part d'absentéisme gris à 8,87% et la part d'absentéisme noir à 0,50%. Ces chiffres ne tiennent compte que du nombre d'absences et pas du nombre de jours de maladie car l'évaluation a lieu au début de l'absence et la nature de l'absence est susceptible d'évoluer au cours de l'absence, par exemple d'un absentéisme blanc vers un absentéisme gris et éventuellement noir. Par rapport à 2004, nous constatons une stabilisation de l'absentéisme blanc (-0,08%), et une forte hausse de l'absentéisme noir (+ 13,64%).

**Tableau 2 : importance des absences médicalisées**

Typologie de l'absentéisme	Répartition nationale <sup>13</sup>	Estimation de pourcentages pouvant être obtenus dans certaines entreprises du secteur public <sup>14</sup>
Blanc	90,63%,	20 à 25%
Gris	8,87%	jusqu'à 70 à 75%
Noir	0,50%.	5 à 10%

Ces chiffres reflètent bien qu'en l'absence de définitions communes, il est difficile de comparer les chiffres du secteur privé et ceux du secteur public.

<sup>12</sup> Direction des Ressources Humaines.

<sup>13</sup> SECUREX., op. cit., p. 61.

Ces notions nous permettent d'aborder ce que l'on appelle le seuil d'absentéisme<sup>15</sup>, c-à-d le seuil psychologique que le travailleur doit dépasser pour prendre la décision de ne pas aller travailler. Dans l'absentéisme gris et noir, l'individu jouit en effet d'une marge de manœuvre pour aller ou non au travail. Cette latitude dépend entre autre de la gravité de la maladie mais aussi de son implication, de sa motivation personnelle et de la pression exercée par le lieu de travail pour qu'il vienne néanmoins travailler ( contrôles formels, normes du groupe). Ce dernier point offre un risque non négligeable pour l'entreprise. En effet, cela pourrait se traduire en un absentéisme interne (personne présente mais non motivée). Ce scénario n'est évidemment pas recherché non plus par l'organisation.

Cette précision faite, c'est donc naturellement dans les périmètres, conjoncturel et intentionnel que se trouve l'absentéisme compressible. Ce terme, reconnu par les auteurs cités dans ce travail, regroupe les absences sur lesquelles une intervention de l'encadrement peut s'exercer et être suivie d'effets.

Au vu de cette catégorisation, nous ne pouvons qu'adhérer à la proposition de définition d'H. LEUTEURTRE. Celui-ci pousse la réflexion encore plus loin. En effet, pour cet auteur, le terme d'absentéisme couvrirait « les absences pouvant, sans que la certitude ne soit jamais faite, révéler un comportement de fuite devant le travail, résultant soit d'un rejet de celui-ci (cause objective liée au travail ou à son organisation), soit d'un arbitrage entre obligations ressenties de sens contraire (exigence morale d'aller travailler ou exigence morale affective de garder son enfant malade) soit encore de désirs de sens contraires (désir de retrouver le groupe et désir de se retrouver dans un univers autre que celui du travail)<sup>16</sup> ».

Il nous apparaît utile au terme de ces deux premiers chapitres d'effectuer une synthèse partielle. A cet égard, nous sommes conscient que, bien que la succession de termes et d'explications de ceux-ci soient nécessaires à la justification et la compréhension des propos, ils peuvent représenter un alourdissement de la lecture. A cette fin cette synthèse nous permet de recentrer le cadre ainsi que le cheminement de notre réflexion. Ce dernier débutant par quelques constatations.

---

<sup>14</sup> SERVICE FEDERAL, « *Les absences pour maladie.* », Service Public Fédéral Personnel et Organisation, septembre 2006, p.9.

<sup>15</sup> SERVICE FEDERAL, « *Les absences pour maladie* », op. cit., p. 22.



Première constatation, lors de nos recherches et lectures, nous avons pu constater qu'il n'existe pas de définition universelle de l'absentéisme. En effet, il en existe une quarantaine de définitions différentes. Cependant, au travers de toutes ces définitions, deux constantes apparaissent

- La non présence au travail
- Le non respect de l'horaire de travail.

Seconde constatation, au travers de nos recherches, nous avons également constaté que le terme d'absentéisme était affublé d'autant de qualificatifs qu'il n'avait de définitions. En effet, nous avons pu lire que l'absentéisme pouvait être, médicalisé ou non, structurel-conjoncturel-intentionnel, volontaire ou involontaire, prévisible ou imprévisible. Des variations d'intensité de lumière lui sont même attribuées. En ce sens, il peut être blanc, gris ou noir.

Troisième constatation, lorsque l'on est confronté, comme c'était notre cas, à un certain manque d'homogénéité dans les termes, l'homme a une tendance naturelle à se rassurer avec du concret, avec des chiffres. De cette façon, nous abordons ici le taux d'absentéisme. Celui-ci est exprimé en pourcentage en divisant :

$$\frac{\text{Heures d'absence pendant une période P (souvent une année)}}{\text{Heures théoriques de travail pendant la même période P.}} \times 100$$

Hélas, ici aussi il n'y a pas d'universalité : certaines entreprises prennent en compte les maladies de longues durée, les formations, les missions syndicales, d'autres non !

Au terme de ces trois constatations, il s'avère donc que toutes comparaisons entre entreprises sont hasardeuses voir même parfois impossibles! Ce constat posé, nous avons dû, pour poursuivre, faire des choix tant dans l'éventail des définitions mais aussi, dans l'assortiment des qualificatifs à explorer. Raison pour laquelle nous avons opté pour la définition proposée par H.LETEURTRE. Celui-ci suggère que l'absentéisme médicalisé regrouperait , les absences pouvant, sans que la certitude ne soit jamais faite, être un comportement de fuite devant le travail, consécutif à un rejet de celui-ci, d'un arbitrage d'obligations ou de désir de sens contraire. Ce choix de définition fait donc apparaître la

---

<sup>16</sup> LETEURTRE H., op. cit., p. 13.

notion d'intentionnalité de l'absence et nous oriente donc vers le choix de classification proposé par le département des Ressources Humaines. Celui-ci attribuant une variation d'intensité de lumière à chaque type d'absentéisme.

Ainsi, dans cette optique, l'absentéisme est blanc, lorsqu'il y a un problème de santé démontrable et une nécessité claire de l'absence.

Il sera considéré comme gris lorsque le collaborateur se porte malade pour des symptômes réels, sans qu'il soit absolument établi qu'il n'est plus en état de travailler. Si sa motivation avait été plus grande, il aurait peut-être pu continuer à travailler.

Il sera considéré comme noir lorsqu'il y a abus manifeste de la part du travailleur.

Nous pensons donc principalement que c'est donc dans les deux dernières catégories que se trouve l'absentéisme compressible, c'est à dire qui peut être réduit par des mesures adéquates et concertées, prises par l'encadrement. Ceci nous amène à penser que pour avoir des possibilités d'action d'enrayement de ce phénomène, l'encadrement doit d'abord apprécier la signification que le travailleur donne à cette absence.

Afin de cerner mieux encore la problématique, nous allons aborder de manière théorique, dans le chapitre suivant, le positionnement des différents auteurs ayant traité du sujet.

## Chapitre 3 : LES SENS DES ABSENCES

Comme nous l'avons précédemment indiqué, ce phénomène social peut être réparti en types d'absences. Il peut être également classifié en fonction des raisons et donc du sens que l'individu donne à l'absence. Ce passage a pour effet de faire perdre le caractère assez simple de la tentative de définition de l'absentéisme et donc de faire apparaître la complexité de l'analyse des comportements d'absence pour lesquelles de nombreux sens ont été donnés. La majorité des auteurs, qu'ils soient managers d'entreprise ou gérants d'hôpitaux, sociologues ou psychologues s'accordent néanmoins sur les principaux sens, autre que la maladie. En voici une liste non exhaustive;

- le désir de « *quitter le travail* »<sup>17</sup>, subdivisible en autant de raisons que le salarié peut avoir pour ne pas venir travailler,
- le désir de « *défection* »<sup>18</sup>, trouvant son origine dans une position de retrait pour des raisons institutionnelles,
- la volonté de « *prise de parole* »<sup>19</sup>, exutoire d'une incapacité à dialoguer dans l'institution,
- l'expression d'un « *conflit dévié, latent ou caché de type individuel* », en opposition au « *conflit ouvert* »<sup>20</sup> comme les grèves, lesquelles s'organisent de manière collective.

Les absences au travail peuvent donc être considérées d'une part, comme un phénomène polysémique entre individus : pour une même absence, le sens véritable de l'absence peut être différent, d'autre part, comme un phénomène polysémique pour chaque individu pris séparément : pour un même type d'absence, le sens peut être différent en introduisant la variable « temps ».

Force est de constater que chaque sens donné à une absence correspond à une réalité unique, alors qu'elle a l'apparence d'une identité. Face à toutes ces interprétations, nous nous sommes tournés vers un auteur (Kaiser) qui, selon nous, a su, de manière théorique, apprécier le phénomène, donner certaines significations aux comportements d'absences au travail et par

---

<sup>17</sup>FAVERGE J.M, cité par LETEURTRE H., p.9.

<sup>18</sup>GIRAUD C., « *L'absentéisme : un système organisationnel* », sociologie du travail, n°3, 1987, p.336

<sup>19</sup>HIRSCHMAN D., cité par GIRAUD C., op.cit., p.325.

<sup>20</sup>WEISS D., cité par LETEURTRE H., op. cit., P.9.

conséquent, apporter une certaine réponse théorique à la question suivante : « Qu'est ce qui pousse le travailleur à s'absenter plutôt que de se rendre à son travail ? ».

## **Chapitre 4 : TENTATIVES D'EXPLICATIONS PAR LES AUTEURS**

Comme nous l'avons déjà souligné dans notre premier chapitre, il n'y a pas de définition universelle de l'absentéisme. Néanmoins, des caractéristiques communes émergent des différentes propositions de définition du phénomène. En effet, deux éléments apparaissent de manière récurrente et tendent à nous faire dire que :

- l'absentéisme a la possibilité d'être mesuré,
- l'absentéisme n'est pas un phénomène lié à une seule cause mais à la combinaison de plusieurs.

Ces deux affirmations seront traitées en ce début de chapitre.

Cependant, dans le second point, là aussi, les auteurs cités dans ce travail ne sont pas unanimes. Bien qu'il n'existe pas actuellement pas de modèle universel (théorie des besoins de Maslow, Aldefer, théorie des attentes de Vroom, mais aussi, celles de Herzberg, d'Atkinson), nous nous proposons d'investiguer plus en profondeur celui de Kaiser<sup>21</sup>. Celui-ci explique que l'absentéisme peut exprimer trois modes de comportements :

- les comportements individuels,
- les comportements psychosociaux,
- les comportements économiques.

Ce modèle sera approfondi dans le chapitre suivant.

### 4.1. La mesure de l'absentéisme

L'absentéisme est défini par Steel<sup>22</sup> comme l'absence d'un employé au travail en fonction d'un horaire entendu et reconnu par l'employé et son employeur. La mesure de l'absence peut donc être appréciée selon :

- la durée,
- la fréquence.

---

<sup>21</sup> KAISER, C. P. , "What Do We Know About Employee Absence Behavior ? An Interdisciplinary Interpretation.", in *Journal of Socio-Economics*, vol.27, no.1, 1998, p. 79-96.

<sup>22</sup> STEEL R., cité et traduit par traduit par MANON A., « Absentéisme au travail : l'absence comme moyen de rétablir l'équité lors d'iniquités perçues », mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en gestion des organisation juillet 2005, 164 p., p. 11.

La durée<sup>23</sup> exprime la mesure de temps (généralement en jours). Elle équivaut au nombre de jours de travail au cours desquels un travailleur se porte malade durant la période de référence. Cette mesure permet de graduer les absences. Il y aurait donc des absences de courtes et de longues durées. Hélas, ici aussi, il n'y a pas de règle précise. Les différents auteurs s'accordent néanmoins à qualifier d'absence courte, l'absence d'au moins un jour.

La fréquence<sup>24</sup>, quant à elle, correspond au nombre de fois qu'un travailleur se porte malade durant la période observée (généralement, une année civile). De manière arithmétique, cela nous conduit au ratio suivant :

$$\text{Fréquence} = \frac{\text{Nombre de jours de maladie déclarés pendant la période étudiée}}{\text{Nombre moyen de travailleurs dans la période étudiée}}$$

Steel nous renseigne également que cette dernière mesure est préférée par les chercheurs parce que celle-ci montre plus de stabilité dans les résultats de recherche comparativement à la mesure de la durée de l'absence.

Actuellement, un autre indicateur semble avoir le vent en poupe (Medex, Sécurex, Forem, etc.) : il s'agit du facteur de Bradford<sup>25</sup>. Celui-ci combine en fait les deux mesures détaillées plus haut, ce qui nous donne :

$$\text{Facteur de Bradford} = \text{Nombre de jours de maladie (durée)} \times \text{fréquence}^2$$

Ce facteur mesure l'impact de l'absentéisme. Il indique dans quelle mesure le fonctionnement d'une organisation est perturbé par les absences pour maladie. Il en ressort que de nombreuses absences de courte durée (dites imprévisibles) perturbent davantage le service qu'une seule absence de longue durée.

#### 4.2. La multiplicité des causes

La mesure de l'absence s'avère donc être essentielle. En ce sens, les différentes mesures résultent de différents procédés. Ce qui conduit certains à dire que : « *Plusieurs travaux d'envergure ont montrés que l'absence est une variable multidimensionnelle. Plus exactement, certaines mesures d'absence se sont révélées être totalement indépendantes*

---

<sup>23</sup>SECUREX, op. cit., p.14.

<sup>24</sup>Ibidem, p.15.

<sup>25</sup>SERVICE FEDERAL, « *Les absences pour maladie* », op. cit., p.63.

*d'autres*<sup>26</sup> ». En d'autres termes, ceci signifie que les causes influençant l'individu à s'absenter seraient différentes selon la mesure de l'absence. D'autre part, « la tradition de recherche en absentéisme associe la mesure de l'absence aux intentions, c'est à dire à l'absentéisme volontaire et involontaire<sup>27</sup> ».

Traditionnellement, en recherche, les absences de longue durée sont attribuées à des raisons et/ou à des causes involontaires, indépendantes de l'individu (maladies graves, invalidité).

Quant aux absences de courte durée, elles peuvent aussi résulter de causes involontaires (sinusite, gastro-entérite, etc.), mais également résulter du choix personnel de l'individu. Subséquemment, nous constatons que ces notions de causes volontaires ou non, bref, de l'intentionnalité de l'absence, viennent appesantir encore plus le phénomène de l'absentéisme. Nous étions loin de cela au début de nos recherches. Cet aspect d'intentionnalité est conforté par Steel selon qui cette approche repose sur le paradigme que l'absence est une décision de l'individu. Ces propos sont confortés par Llapasset, qui confirme que l'absentéisme volontaire résulterait d'un processus de prise de décision, peut-être même d'un processus cognitif conscient auquel pourraient se greffer des réactions affectives.

En conclusion, si l'on tient compte de ce qui vient d'être dit, l'absentéisme résulterait du choix de l'individu. Ce choix serait influencé tant par des facteurs individuels, psychosociaux et économiques. L'absentéisme nous apparaît de plus en plus comme un phénomène très complexe, faisant appel à plusieurs variables. En d'autres mots, on pourrait pratiquement dire qu'il y a autant de causes d'absences que d'individus qui s'absentent.

---

<sup>26</sup> CHADWICK-JONES et al., cité et traduit par MANON A., op. cit., p. 37.

<sup>27</sup> Ibidem, p.61.

## Chapitre 5 : LES ABSENCES VOLONTAIRES

Comme stipulé précédemment, la théorie de Kaiser repose sur trois approches :

- l'approche individuelle,
- l'approche psychosociale,
- l'approche économique.

### 5.1. L'approche individuelle

Elle est fondée sur des principes de psychologie industrielle et du comportement organisationnel. Elle est établie sur trois concepts :

- l'insatisfaction au travail,
- le stress au travail,
- les caractéristiques individuelles.

#### 5.1.1. L'insatisfaction au travail

Celle-ci émanerait du postulat que l'employé insatisfait de ses conditions de travail cherche à les éviter par le biais de l'absence. Ce concept serait lui aussi influencé par plusieurs causes comme la situation de travail (genre de travail, style de gestion, etc.), les valeurs et attentes (âge, sexe, etc.), mais également les pressions incitant la présence au travail (normes du groupe, éthique personnelle) et la capacité à être présent au travail (responsabilités familiales, maladie). Cependant, cette hypothèse ne fait guère l'unanimité des auteurs. En conséquence, nous ne pouvons affirmer qu'il existe une relation significative entre l'absentéisme et l'insatisfaction au travail.

#### 5.1.2. Le stress

Cet item sera développé plus en profondeur lors du chapitre suivant. Cependant, en substance, l'absence serait ici considérée comme un moyen, un mécanisme d'adaptation au stress perçu au travail. L'absence serait donc ici spécifique d'un comportement d'évitement du stress au travail.



### 5.1.3. Les caractéristiques individuelles

Cette rubrique regroupe les traits de personnalité mais également la perception de l'équité. L'être humain peut être influencé par ses propres caractéristiques mais aussi par son environnement. L'auteur soutient en effet, que l'absentéisme peut être une réaction de l'individu à la perception d'iniquité au travail. Ce postulat est d'ailleurs avalisé par d'autres qui soutiennent que l'individu reçoit des gains en échange, en contrepartie de sa contribution (force de travail). Lorsque l'individu perçoit qu'il y a déséquilibre, il intente une action visant à restaurer cet équilibre. Cependant, dans cette approche, l'individu compare également ses gains et contributions par rapport aux autres individus, et ce afin de vérifier à nouveau s'il y a bien équité.

Cette dernière remarque nous amène donc à penser que dans cette approche, l'absentéisme au travail ne peut être uniquement rattaché à des facteurs individuels car en même temps, il est lié à un processus social.

### 5.2. L'approche psychosociale

Celle-ci part du postulat influence les individus du groupe ainsi que leur prise de décision. Dans cette approche, deux concepts sont mis en avant.

Premièrement, l'absentéisme est le résultat de rapports sociaux, issus d'échanges sociaux entre le travailleur et le groupe et le travailleur et l'employeur. Cela suggère donc que les individus ont, dans la plupart des milieux, des obligations mutuelles; tant entre collègues qu'avec les supérieurs et subordonnés.

Deuxièmement, il est mis en évidence que les mesures de l'absentéisme et du comportement varient entre les différents secteurs économiques (spécificité). Ce qui en d'autres mots sous-entend que chaque secteur, chaque entreprise à sa propre culture d'absence. Celle-ci dépend également de deux facteurs à savoir;

Primo, la confiance et le respect mutuel sont les rapports sociaux entre l'employé et l'employeur et en ce sens, ils sont les garants de l'intégration des buts organisationnels et individuels. Ils affectent de ce fait le comportement de l'individu.

Secundo, lorsque qu'une culture est très prééminente, elle s'applique à tous les membres.

Tenant compte de cela, plusieurs possibilités peuvent alors apparaître :

- une prééminence faible (P-) et un degré de confiance élevé (C+) font que l'individu est moins influencé par le groupe, l'absence volontaire est perçue comme un comportement déviant.

- une prééminence élevée (P+) et un degré de confiance élevé (C+) font que l'homogénéisation de la culture facilite l'internalisation des normes du groupe comme buts personnels.
- Une prééminence faible (P-) et un degré de confiance faible (C-) font que les faiblesses de ceux-ci empêchent toute intégration des buts tant individuels qu'organisationnels.
- Une prééminence élevée (P+) et un degré de confiance faible (C-) font qu'il y a distinction claire entre les intérêts individuels et organisationnels. Les décisions d'absences sont déterminées par les normes du groupe.

Cette typologie démontre donc que la cohésion d'un groupe est un outil de prédiction de la fréquence d'absentéisme.

### 5.3. L'approche économique

Les forces économiques du marché du travail jouent un rôle dans l'absentéisme. En effet, les lois du marché sont tellement axées sur la compétitivité que les entreprises proposent des combinaisons de salaires en fonctions des absences. Ceci a pour effet parallèle l'introduction de la théorie de la compensation. L'individu peut s'engager dans des absences tant qu'il estime que les bénéfices excèdent les coûts perçus. Cette théorie comprend donc les conceptions d'échange et de réciprocité. Ces échanges sociaux entre l'employé et l'employeur se rapprochent très fort du postulat de l'approche psychosociale.

En conséquence, après avoir parcouru les trois approches, il s'avère qu'aucune, prise individuellement ne puisse entièrement répondre à la question de départ, à savoir : « Qu'est ce qui peut bien faire qu'un individu s'absente plutôt que d'aller travailler ? ».

Cependant, la combinaison des trois nous permet d'avoir une meilleure compréhension des comportements d'absences volontaires au travail. Ceux-ci traduiraient une réaction comportementale dans le but de rétablir, soit un déséquilibre perçu par l'individu, soit une inhibition anxieuse. Comme nous l'avons également constaté, chaque approche a des spécificités qui la différencie des autres. Cependant, une constante apparaît dans toutes: la notion ou la volonté d'équilibre de la part de l'individu. En effet, dans l'approche individuelle, l'individu s'absente pour ne pas faire face à des conditions non désirées. Dans l'approche psychosociale, si le groupe perçoit un déséquilibre, il peut s'engager dans un comportement d'absentéisme pour restaurer l'équilibre. Enfin dans l'approche économique, si

l'individu ne perçoit pas l'équilibre dans son travail afin d'optimiser la combinaison salaire/absences, il s'absentera également pour rétablir cette équité. Au travers de ces notions théoriques, il nous apparaît, que le phénomène d'absentéisme est étroitement lié à la notion d'équité, de recherche constante d'équilibre. Consécutivement à cette approche théorique il nous paraît important de transposer ces explications de manière plus pragmatique au monde hospitalier.

## **Chapitre 6 : LES FACTEURS D'ABSENCES ET LEURS TRANSFERABILITES AU SECTEUR HOSPITALIER**

Dans ce chapitre, nous aborderons d'une part ces facteurs d'une manière générale à toute entreprise et d'autre part d'une manière plus spécifique au monde hospitalier.

Pourquoi opérer ce parallélisme ?

Bien que l'hôpital soit une entreprise, son taux d'absentéisme n'est pas similaire aux autres entreprises. En effet, en France, le taux d'absentéisme hospitalier<sup>28</sup> a progressé de 24 % depuis 1998 où il était déjà à 8 % pour atteindre 9,9 % en 2002. Ce taux n'a fait qu'augmenter depuis. A titre d'exemple, Le taux d'absentéisme santé dans la fonction publique est environ deux fois plus élevé que dans le privé<sup>29</sup>. Il atteint 5,5% dans le privé contre 7,3% dans la fonction publique d'Etat (FPE), 11,5% dans la fonction publique hospitalière (FPH) et 11,3% en moyenne dans la fonction publique territoriale (FPT). Bien que cette nette différence de taux doive être pondérée, et ce en raison de la non homogénéisation des taux, il en ressort néanmoins que cette différence peut être expliquée, comme nous l'avons vu dans l'approche psychosociale, par les spécificités du milieu hospitalier.

En Belgique, une étude d'un ministre<sup>30</sup> révèle trois catégories de causes d'absentéisme :

La première est liée aux conditions et à l'environnement du travail, c'est-à-dire une mauvaise organisation, une infrastructure défectueuse.

La seconde est d'ordre socio-économique comme le manque de personnel, l'augmentation de la production, le stress lié aux restructurations.

La troisième relève plus de la sphère personnelle comme le problème de la garde d'un enfant, une activité complémentaire, etc.

---

<sup>28</sup> Enjeux Statistiques, « *Les absences au travail dans les établissements hospitaliers* », Numéro 4, 2003.

<sup>29</sup> Institut Français pour la Recherche sur les Institutions Publiques, in *Société Civile* n°55, février 2006.

<sup>30</sup> DESTEXHE A., « *L'absentéisme dans le secteur public* », mars 2006.

Bien que cette répartition soit assez représentative, nous préférons celle d'un consultant en relations sociales<sup>31</sup> affinant ces catégories afin d'en faire émerger sept facteurs principaux : celles-ci apparaissent dans l'ordre donné par ce consultant.

- le stress.
- les conditions de travail,
- l'organisation du travail,
- l'organisation du temps de travail,
- la démographie de la population salariée,
- le style de management,
- les relations sociales et l'ambiance de travail,
- le système de valeurs en vigueur dans l'entreprise.

Ces facteurs sont naturellement transférables au secteur hospitalier.

De la sorte, dans le livre « L'audit social <sup>32</sup> », nous pouvons lire : « *les diverses caractéristiques de l'entreprise constituent déjà des réponses aux pressions de l'environnement, mais elles comportent également en elles-mêmes des sources de risques sociaux.* ». Ce propos peut naturellement s'appliquer au dysfonctionnement social qu'est l'absentéisme. L'environnement interne (mais également externe) du personnel hospitalier et la perception qu'il en a, sont des éléments essentiels de son attitude face au travail. De la sorte, les conditions de travail et les types d'organisation du travail et du temps de travail sont des éléments très importants dans le secteur hospitalier<sup>33</sup>. L'analyse des résultats de cette enquête ordonnancée à celle de l'ANACT<sup>34</sup> fournit donc un panorama des perceptions des conditions de travail très différent d'une profession à l'autre (toute autre source apparaissant lors de l'analyse de ces facteurs sera mentionnée en bas de page). Globalement, les soignants citent des conditions de travail plus difficiles que les non soignants. Parmi les soignants, la profession qui se sent la plus exposée, tant sur le plan de la charge mentale que sur celui des contraintes physiques, reste celle des infirmières, ce qui semble étayer la place charnière qu'elles occupent au sein du monde hospitalier. Elles se situent en effet entre les aides soignantes citant plus souvent de fortes contraintes physiques et les médecins déclarant une charge mentale plus élevée que la moyenne.

---

<sup>31</sup> GALLOIS P., « *L'absentéisme comprendre et agir* », Liaisons, 2005, 101p.

<sup>32</sup> CANDAU P., op.cit., p.131.

<sup>33</sup> Rapport d'enquête de la DREES relative aux conditions et organisations du travail à l'hôpital, in Etudes et Résultats, n°335, août 2004.

<sup>34</sup> Travail et changement, « *Mieux évaluer la charge de travail* », n°307, mars-avril 2006, 16p.

## 6.1. Le stress

Hans Selye (1907-1982) était un endocrinologue canadien. Il est un des premiers chercheurs à s'être intéressé au stress dès le début du vingtième siècle. Il décrit le stress comme « *la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande. Par définition, il ne peut être évité.*»<sup>35</sup>.

L'étymologie du terme stress trouve son origine dans les mots d'origine latine, stringere et stressus qui signifient serré. En vieux français, stress signifie étroitesse et oppression. Ces recherches étymologiques nous indiquent bien les sensations lorsque le stress nous étreint. La gorge et l'estomac se resserrent, la trachée artère se rétrécit et un sentiment d'oppression se fait ressentir sur notre être. Toutefois, il est bon de différencier le stress<sup>36</sup> négatif (Distress) du stress positif (Eustress). Le premier s'installe bien souvent de manière chronique et cause à termes des maladies psychosomatiques. A titre d'exemple<sup>37</sup>, au Royaume uni, 50 à 60 % de l'ensemble des journées de travail perdues sont liées au stress. Quant au stress positif, il consiste en une excitation, un stimulus suffisant pour déclencher une adaptation rapide. Ce stress est caractérisé par une excitation qui mobilise tous nos sens face à elle. Ce stress joue un rôle dans la concentration et la mobilisation des ressources, ce sont des stimulants. En effet, à l'heure actuelle, il n'est pas possible de parler de stress sans faire référence à la notion de « coping ». Ce mot d'origine anglo-saxonne désigne l'ensemble des moyens et stratégies utilisés pour affronter les stressseurs. Ce terme est utilisé quelle que soit la qualité du résultat. De la sorte, il peut désigner l'effort d'adaptation mis en place pour faire face à une situation stressante. De manière plus précise, le « coping » serait « *tout effort bénéfique ou non pour la santé, conscient ou inconscient visant à prévenir, éliminer ou diminuer les stressseurs ou à tolérer leurs effets de façon la moins douloureuse possible*»<sup>38</sup>. L'auteur distingue deux sortes de coping :

Celui focalisé sur le problème c'est à dire qu'il prend pour objet le traitement méthodique et froid des problèmes. Et celui qui se focalise sur l'émotion, c'est à dire qu'il prend pour objet la réduction de la composante émotionnelle (déli, etc.). Ces deux fonctions s'influence mutuellement.

---

<sup>35</sup> <http://www.sante.cc/stress/articles/definition.htm>

<sup>36</sup> VANTOMME P., cours « *Affirmation de soi et gestion des émotions* », année académique 2005-2006.

<sup>37</sup> COMMISSION EUROPEENNE, « *piment de la vie ...ou coup fatal ?* », Manuel d'orientation sur le stress lié au travail, in emploi et affaires sociales, 2002, p 4.

Continuellement, le mot stress est mis en avant comme facteur pouvant causer de l'absentéisme au travail. Trop souvent, ce terme vulgarisé est galvaudé et est représentatif de tous les dysfonctionnements de l'entreprise. Il nous apparaît donc opportun de redéfinir ce terme. En ce sens, la législation<sup>39</sup> décrit le stress professionnel comme un état perçu par un groupe de travailleurs, qui s'accompagne de plaintes ou dysfonctionnements au niveau physique, psychique et/ou social et qui est la conséquence du fait que des travailleurs ne sont pas en mesure de répondre aux exigences et attentes qui leur sont posées par leur situation de travail. Il peut être causé, d'une part, par les caractéristiques du travail comme, la participation aux décisions, l'autonomie, les responsabilités, etc. Nous parlerons alors de stress intrasèque. Celui-ci est négativement relié à l'absence au travail. D'autre part l'ambiguïté des rôles, le manque d'autonomie, la sous-utilisation, etc. sont les caractéristiques du stress intrasèque. Celui-ci étant considéré comme un stimulateur d'absence

Les conséquences<sup>40</sup> du stress sont importantes tant sur le plan individuel qu'au niveau de l'entreprise. Ainsi, au niveau individuel, diverses pathologies peuvent apparaître telles que l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires, le psoriasis, les ulcères, mais aussi des passages à l'acte comme une tentative de suicide ou de la violence sur le lieu de travail, de burn-out. Au niveau collectif, une augmentation de l'absentéisme peut être constatée. Celui-ci peut également se présenter sous d'autres formes, telle une perte de productivité, un gaspillage des ressources. De la sorte, l'absence au travail pourrait être considérée comme un mécanisme d'adaptation face à certaines situations. L'absence devient un comportement permettant d'éviter des facteurs de stress. Dans ce cas, l'absentéisme est à considérer comme une forme de soupape de sécurité, de récupération, selon le rythme de ces absences.

## 6.2. Les facteurs liés aux conditions de travail

Les facteurs relatifs aux conditions de travail se détériorent à la suite de variations de l'organisation et/ou de l'aménagement des horaires. Trop souvent, la charge de travail a une connotation négative. On parle alors de surcharge de travail et c'est très souvent en terme d'excès que cette question est abordée dans l'entreprise.

---

<sup>38</sup> MATHENY K.B., cité par Service Public Fédéral, op. cit., p 13.

<sup>39</sup> A.R. du 21.06.99, paru au Moniteur Belge le 9 juillet 1999.

<sup>40</sup> SERVICE PUBLIC FEDERAL, « *le stress au travail* », novembre 2006, 88p.

D'un point de vue organisationnel, les absences de courte durée du personnel hospitalier entraînent des dysfonctionnements au niveau de la continuité des soins et désorganisent le travail. Les absents ne sont pas toujours remplacés, notamment ceux en arrêt de maladie de courte durée (l'absentéisme moyen étant intégré dans les normes de fonctionnement des équipes de soins<sup>41</sup>). On assiste dès lors très souvent à un phénomène de glissement des tâches<sup>42</sup> : les tâches sont effectuées par l'ensemble de l'équipe subsistante et sont parfois effectuées par du personnel ne disposant pas des qualifications requises. Ceci oblige le cadre à modifier et perturber les horaires des présents qui héritent dès lors d'un surcroît de travail et de fatigue. Dans la même optique, le personnel encadrant hérite de ces préoccupations, qui les empêchent de travailler sur d'autres thématiques comme la fixation des objectifs de service, la participation aux réunions, la création d'une ambiance de travail propice à la collaboration, l'organisation des congés, des soins centrés sur le patient, etc. Bref, tout le temps passé à la réorganisation et/ou à la recherche d'un remplaçant n'est pas employé à la réalisation de ses propres activités et responsabilités prévues dans la législation<sup>43</sup>. L'absentéisme empêche donc le personnel encadrant de réaliser pleinement ses objectifs et d'exploiter ses ressources matérielles et humaines de manière optimale.

Comme nous le savons, l'hôpital apparaît être un secteur fortement en contact avec l'extérieur. En ce sens, il est très proche du secteur commercial et de l'éducation. Le métier d'infirmière étant une activité de soins, c'est tout naturellement que cette profession revêt un caractère relationnel étroit avec les patients. D'une part, elles reconnaissent, de manière majoritaire, avoir souvent des moments positifs avec ceux-ci, même si les moments pénibles qu'elles traversent ne sont pas rares (la détresse, la douleur, la mort). D'autre part, la variété des publics (patients, familles, fournisseurs, visiteurs) en contact avec les soignants entraînent des tensions. Bien que cette tendance ne semble pas évoluer depuis trois ans, la plupart des infirmières disent se sentir exposées à des agressions verbales, l'exposition aux agressions physiques est elle aussi bien présente mais ressentie par moins de soignants.

Les techniques de soins, la technicité accrue de la profession limitent l'autonomie et la marge de manœuvre du personnel, celui-ci se conformant souvent aux protocoles et

---

<sup>41</sup> PIQUES C., « *vers la mise en place d'une stratégie de l'absentéisme au Centre Hospitalier de Montauban* », Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004.

<sup>42</sup> BUREAU N. et GENIN MG., cités par LETEURTRE H., in « *Audit de l'absentéisme* » op.cit.p.7.

<sup>43</sup> A.R. du 13 juillet 2006, paru au Moniteur Belge le 28 août 2006, cf. lien internet n° 2, consulté le 10 mars 2007.



consignes prévus. Ces tâches protocolées (pansements, ponctions, etc.), sont certes nécessaires à la qualité des soins mais cette répétitivité des tâches empêche toute créativité. L'organisation du travail, telle qu'elle apparaît, ne favorise pas la réflexion sur les pratiques, les projets, les formes de régulation.

L'environnement de travail est aussi une préoccupation du personnel. Ainsi, le personnel soignant est critique par rapport au travail à la lumière artificielle, aux risques infectieux, au niveau de la température mais également par rapport aux locaux mal adaptés, aux bruits et à des zones de saleté ou d'insalubrité sur les lieux de travail.

En définitive, tous ces phénomènes sont générateurs de stress négatif. Ces phénomènes font partie de ces nouveaux risques pour lesquels l'entreprise est assez désarmée tant pour le mesurer que pour en traiter les causes.

### 6.3. Les facteurs liés à l'organisation du travail

Selon un certain auteur<sup>44</sup>, de nouvelles formes d'organisation du travail sont apparues dans les entreprises lors des dernières décennies<sup>45</sup>. La majorité prône le juste à temps, la qualité totale, le zéro stock. Tous ces changements organisationnels ont été élaborés par les entreprises sans que celles-ci n'apprécient les conséquences humaines possibles. Elles ont engendré l'accumulation de stress, de la démotivation et en définitive de l'absentéisme.

Selon P. Lombrail<sup>46</sup>, l'organisation du travail à l'hôpital a un double objectif :

- préserver la santé des personnels,
- maîtriser les risques cliniques pour les malades.

En ce sens, le rapport de la D.R.E.E.S. nous indique que le personnel soignant est, plus souvent que les travailleurs des autres secteurs, sujet à des conditions de travail exigeantes physiquement. Les quatre contraintes physiques revenant de manière récurrente sont : porter ou déplacer des charges lourdes, effectuer des mouvements douloureux et fatigants, effectuer des déplacements à pied, longs ou fréquents, et enfin rester longtemps debout.

---

44 ASKENAZY P, « *Les désordres du travail* », seuil, 2004, p 95

45 FLORIN C, cours de sociologie, année académique 2007-2008.

46 LOMBRAIL, P. « *L'organisation du travail et la performance* », Colloque régional d'ergonomie hospitalière, 29décembre 2005

46 GOLEBSKI M., « *Les réponses apportées pour une bonne gestion de l'absentéisme.* », in Hospimédia, octobre 2002.

Il est à noter également que la fonction des travailleurs joue un rôle prépondérant. De cette façon, le personnel administratif ainsi que l'encadrement sont moins éprouvés que le personnel soignant. Les absences varieront également en fonction du secteur d'activité du travailleur : elles seront différentes selon que celui-ci exerce en gériatrie-revalidation, en réanimation ou en hôpitaux de jour et d'hébergement<sup>47</sup>.

Une autre modification de taille réside dans la conception de la profession. Régulièrement, les infirmières se plaignent de devoir soulever de lourdes charges. Appréhender ces personnes comme des charges à donc, nécessiter une rupture avec la conception initiale de la profession, fondée sur le fait de savoir se dévouer sans compter. Cette transformation de la gestion de la santé a technicisé notre profession et a placé à l'avant plan les aspects économiques du métier. Le contenu du travail privilégie le soin technique aux dépens du relationnel, le tout dans le cadre d'une activité soutenue et fractionnée.

Parallèlement, l'utilisation croissante de l'informatique, la miniaturisation des appareils mais aussi la perception de la technicité croissante des tâches font que le personnel infirmier estime devoir faire des efforts d'attention, de concentration plus élevés qu'auparavant. L'intensification du travail combiné à la densification des tâches entraînent l'augmentation de la vigilance et des risques d'erreurs. Le résultat engendré est une charge de travail devenue difficile à gérer. Les erreurs professionnelles peuvent entraîner des sanctions, des conséquences sur la qualité du service, mais également pour le patient. Tout cela, fait que le sentiment de responsabilité reste toujours assez présent en milieu hospitalier.

#### 6.4. Les facteurs liés à l'organisation du temps de travail

De plus en plus, le personnel tente de concilier la vie professionnelle et la vie familiale, ce qui signifie ne plus travailler dans n'importe quelles conditions. Hors, avouons-le, celles-ci sont particulièrement difficiles et pénibles dans le secteur hospitalier. Le personnel soignant est dans sa majorité soumis à des horaires commençant tôt le matin ou terminant tard le soir, parfois même il est appelé à travailler de nuit. Ces horaires à pauses sont en quelque sorte décalés par rapport à la société (horaire des écoles, des administrations, des loisirs, etc.) L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée est de cette façon remis en cause. De ce fait, on peut

donc imaginer le dilemme de ce personnel. L'aménagement des horaires, la flexibilité de ceux-ci, le manque récurrent de personnel qualifié, représentent autant de facteurs qui, s'ils ne sont pas négociés, bouleversent l'équilibre, parfois déjà fragile, entre la vie professionnelle et la vie familiale.

En effet, si la grande majorité des soignants dit pouvoir compter sur une collègue en cas de tâche compliquée et sur le soutien de la hiérarchie pour la résolution de problèmes importants, elle n'est plus que la moitié à estimer bénéficier de temps suffisant et de collègues en nombre suffisant pour faire correctement leur travail. De ce fait, les infirmières perçoivent de manière croissante l'augmentation des rythmes et délais à respecter dans leur travail. Ce rythme, cette obligation de devoir se dépêcher expose le personnel à des risques physiques. Les risques de blessures par du matériel ou le contact avec des produits toxiques ou allergisants sont les plus craints par les soignants.

En France<sup>48</sup>, à la suite de l'instauration de la R.T.T, les tensions à l'intérieur des équipes se sont accrues, la principale cause étant la diminution des temps de chevauchements des équipes de soins. Cet espace temps était un moment d'échange et permettait « les remises de services ». Bien que celles-ci aient été remplacées par les « transmissions ciblées », la diminution des temps de rencontre entre les membres de l'équipe a réduit la communication au strict passage des informations concernant les malades. Certains services multiplient le nombre de réunions sur un temps plus court. Ces conditions mettent en évidence pour la majorité des établissements hospitaliers l'expression d'un sentiment de sur-densification des soins. En effet, la même charge de travail est effectuée dans un temps plus court. Une chose entraînant une autre, un sentiment de diminution des procédures d'hygiène, de la qualité des soins, sont de plus en plus constatées. La dégradation de toutes ces « valeurs » a un impact fort sur leur propre reconnaissance personnelle. De plus, paradoxalement, le personnel constate un accroissement de la fatigue et ce, malgré la réduction du temps de travail. Toutes ces modifications sont là aussi génératrices de stress négatifs.

---

48 PIQUEMAL A. « Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé », Paris : in la documentation française, le 30 octobre 2002, p 9.

## 6.5. Les facteurs liés à la démographie de la population salariée

Comme le confirme pratiquement toutes les études<sup>49</sup>, après cinquante ans, la période de récupération devient de plus en plus longue et la fatigue a des effets sur l'état de santé des travailleurs. Les femmes sont, de manière générale, plus souvent absentes que les hommes. Les grossesses, le fait de cumuler le travail et les tâches familiales y jouent un rôle important. L'embauche massive de jeunes salariés afin de contrecarrer le vieillissement du personnel a des effets secondaires. Les jeunes recrues manquent souvent de repères, et dès lors, leurs comportements deviennent imprévisibles.

Les prévisions en terme de démographie hospitalière provoquent des inquiétudes car de nombreuses qualifications vont se raréfier. Le phénomène est maintenant bien connu pour les métiers touchant aux soins. Pourtant la pénurie est tout aussi critique pour les autres qualifications (logistique, hôtellerie, technique...).

En terme de démographie hospitalière, les données convergent et les rapports confirment<sup>50</sup> : de graves questions se posent. S'appuyant sur de nombreux rapports et études qui rapprochent les données quantitatives des données qualitatives, ces missions se sont faites le reflet d'une situation démographique critique. Le constat est simple. Les mentalités changent : les personnels hospitaliers ne souhaitent plus sacrifier leur vie familiale et privée au profit de leur vie professionnelle. Par ailleurs, la profession se féminise de plus en plus. De ce fait, on est face à une augmentation du travail à temps partiel et un besoin supplémentaire pour remplacer les congés de maternité. De plus, le personnel vieillit; les projections démographiques montrent effectivement une augmentation croissante du nombre de départs en retraite pour les années à venir. Cette pénurie de personnel hospitalier rend d'autant plus difficile la mise en place de la réduction du temps de travail et alourdit les charges et les conditions de travail.

De plus, le vieillissement du personnel hospitalier risque à court terme de rencontrer des problèmes tels que la pénurie de certaines compétences et qualifications, la transmission et le renouvellement des compétences, une perte de mémoire du service (expérience et histoire), et cela risque également de déstabiliser les équipes et engendrer des tensions ou conflits « anciens/nouveaux ».

---

<sup>49</sup> LE FOREM, rapport d'étude quantitative « *bien être au travail et gestion de l'absentéisme* », juin 2006.

<sup>50</sup> BERLAND Y., « *Démographie des professions de santé* », rapport de mission, novembre 2002.

Nous pensons que si l'entreprise veut intervenir de manière efficace et durable sur les absences de ses collaborateurs, elle doit non seulement prendre en compte un maximum de données démographiques de sa population cible, anticiper les problématiques citées afin de pallier au maximum à ces dysfonctionnements. De même, l'encadrement devra penser à une adaptation des horaires ainsi qu'à l'aménagement des conditions de travail. En résumé, adapter l'organisation du travail aux caractéristiques des salariés qui y travaillent.

#### 6.6. Les facteurs liés au style de management

Le management est l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise<sup>51</sup>. A cette définition généraliste et froide, nous préférons donner une orientation participative. Celle-ci deviendra alors l'ensemble des conditions (tant sur le plan directif que persuasif, délégatif, assertif, etc.) qu'un manager apporte pour que les individus se sentent bien dans l'équipe où ils se trouvent, qu'ils soient motivés dans le travail qu'ils accomplissent, qu'ils comprennent les objectifs à atteindre et se sentent impliqués, reconnus, voire même valorisés dans l'accomplissement de leur tâches. Ces aménagements de définitions, et par extension de comportements, prennent toute leur importance quand on sait que l'absentéisme est une des formes de démotivation, de désinvestissement, de démission passive au travail.

A titre de rappel, le manager de l'équipe de soins, l'infirmier chef, a entre autre dans ses attributions (rôles et missions<sup>52</sup>) la charge d'animer l'équipe placée sous sa responsabilité, de mettre à profit des potentialités individuelles et collectives. Il doit aussi développer une atmosphère de travail favorable, contribuer à élaborer une culture d'unité propice à mobiliser les effectifs, pratiquer l'écoute et la réceptivité des attentes de chaque membre du personnel de l'équipe. Mais il doit également veiller à la reconnaissance du travail individuel, favoriser le dialogue entre son équipe et les médecins du service et développer un esprit de participation et de collaboration. Il doit, parallèlement, mettre en place des réunions pour initier et maintenir une dynamique d'équipe au sein du service, mettre en œuvre les moyens d'information avec les différents partenaires. Enfin, il établira des relations de travail entre tous les professionnels de la santé intervenant dans l'unité ainsi qu'avec le malade et sa famille.

---

<sup>51</sup> LAROUSSE de poche 2007, p 492.

<sup>52</sup> FLORIN C, cours « *Analyse de la fonction cadre* », année académique 2007- 2008.

### 6.7. Les facteurs liés aux relations sociales

Nous pensons que les groupes de pressions, les syndicats, doivent être des partenaires de dialogue. Dès lors, ils doivent avoir un rôle dans la diffusion et l'interprétation de l'information au sein des salariés. Mais ce qui arrive parfois, et cela devient alors vraiment problématique, c'est qu'il y ait amalgame dans les rôles entre protection du travailleur et co-gestion de l'entreprise. D'une autre manière, au niveau de certains services, s'installe un climat de dureté des relations de travail : il existe une certaine intolérance vis-à-vis de l'absentéisme des agents. Même lorsque celui-ci est justifié ainsi qu'un manque de patience à l'égard du personnel remplaçant temporaire. En effet, celui-ci manque souvent de réactivité. Ceci est d'autant plus mal vécu par les soignants remplaçants qui ont alors l'impression de n'être que des "pions". Des tensions entre collègues figurent également au sein des préoccupations du personnel soignant. Cela peut être sans doute expliqué par la collectivité du travail en milieu hospitalier.

### 6.8. Les facteurs liés au système de valeurs en vigueur dans l'entreprise

Comme nous l'avons vu lors de l'approche psychosociale, chaque secteur a sa propre culture d'entreprise et par conséquent sa propre culture d'absence. Celles-ci se sont installées progressivement, au rythme des différents changements vécus par l'entreprise. Tout changement majeur doit en tenir compte. Toute tentative de modification de celles-ci prendra de l'énergie et du temps.

Certes, d'autres facteurs pourraient être inclus dans cette liste mais le fait qu'ils soient peu ou mal voire même pas connus par l'employeur, fait que nous ne les investiguerons pas. Citons néanmoins l'existence possible d'une activité extra-professionnelle et l'état de santé du travailleur. Paradoxalement mais légitimement, ce dernier est le moins connu, en cause, l'insuffisance des données (dont la direction dispose) et leur confidentialité.

Tous les facteurs abordés tout au long de ce chapitre se retrouvent dans les modèles d'explication du stress. Le modèle de Karasek<sup>53</sup> est basé sur trois facteurs, à savoir la charge mentale, la capacité d'autonomie et le soutien social. La profession de soignant cumule souvent les trois dans leur versant négatif. L'accumulation de ces formes de stress peut conduire à la démotivation, au burn-out, aux absences. En conclusion, si toutes ces

---

<sup>53</sup> SERVICE PUBLIC FEDERAL, op. Cit. p. 40 à 41.

recherches et enquêtes sont élaborées, c'est que l'absentéisme a des coûts. De ce fait, aucune entreprise ne peut, si elle veut survivre et rester performante, se payer le luxe de ne pas tenir compte de ce dossier.

## Chapitre 7 : LES ENJEUX DE L'ABSENTÉISME

Consécutivement à la lecture du chapitre précédent, nous constatons que l'absentéisme est au centre d'enjeux très importants pour les établissements hospitaliers. En effet, celui-ci a des répercussions tant au niveau financier que social mais également au niveau de leur efficacité et de leur image de marque. D'une manière générale, il y a les coûts directs tels le paiement du salaire de la personne absente pour une courte durée. Mais il y a aussi les coûts indirects qui peuvent atteindre, selon certaines études<sup>54</sup>, 250 % des coûts directs. A titre d'exemple, citons le paiement des heures supplémentaires et/ou l'engagement d'intérimaires afin de pallier à l'absence.

D'une manière plus précise, les coûts peuvent être répertoriés de la manière suivante, d'une part les coûts directs, constitués par :

- les coûts salariaux,
- les coûts de remplacement,
- les coûts de régularisation,
- les coûts administratifs,
- les coûts opérationnels.

Les coûts salariaux comprennent, le salaire garanti durant une certaine période<sup>55</sup> mais aussi, les assurances extralégales.

Les coûts de remplacement comprennent les heures supplémentaires et complémentaires induites par l'absence d'un collègue. Naturellement, toutes les absences ne sont pas remplacées, l'absentéisme moyen étant intégré dans le fonctionnement des équipes. Cependant, un taux élevé d'absentéisme oblige le personnel présent à faire des heures supplémentaires. Celles-ci étant une pratique courante dans le milieu hospitalier, il est difficile d'évaluer leur coût par rapport à l'absence. Nul doute, cependant, que leur paiement pèse lourd dans le budget de l'institution. Les coûts de remplacement reprennent aussi les coûts relatifs à l'engagement d'un intérimaire ou le recours au contrat de remplacement ou au contrat à durée indéterminée. La régulation par le cadre de la situation causée par l'absence d'un collègue, à savoir son remplacement par le nouveau venu et la redistribution des tâches,

---

<sup>54</sup> SÉCUREx, op. cit., p 16.

<sup>55</sup> Cf. p 11.



fait qu'il passe de moins en moins de temps au contact des personnes. La gestion et la modification des plannings d'horaire ainsi que le rappel de personnel pour maintenir l'effectif minimum nécessaire à la sécurité des soins et patients, occupent une place considérable de la journée du cadre de proximité.

Les coûts administratifs sont liés à l'élaboration d'un nouveau contrat pour l'intérimaire ou autre personnel, mais également à la demande de contrôles médicaux émanant de l'employeur.

Les coûts opérationnels, appelés également coûts de dysfonctionnements, se traduisent par des pertes de production liées à la non qualité, par le glissement des tâches (par exemple le remplacement d'une infirmière par une aide en soins hospitaliers). Selon l'étude rapportée par H. Leteurtre<sup>56</sup>, cela représente un risque d'erreur, de travail non fait, de dysfonctionnements divers, évaluable, en moyenne sur trois jours de temps, à 35% du travail, donc du salaire de cet agent ! De plus, la même étude évalue à 15% la différence de production entre les agents remplacés et les agents remplaçants. Ce pourcentage varie naturellement en fonction des qualifications des personnes remplaçantes.

Pour le secteur marchand, cela peut se traduire par les amendes éventuelles occasionnées pour les retards de livraisons.

Quant aux coûts indirects, ils sont comparables à des coûts cachés ayant un impact parfois très important au niveau de l'image de marque altérée et de l'insatisfaction des clients (publicité négative). En effet, un établissement de soins, un département, un service « fonctionnant » régulièrement avec les normes minimales de personnel va progressivement s'essouffler, fournir des soins de moindre qualité qu'un établissement fonctionnant avec un taux d'absentéisme faible et donc avec plus de personnel présent en service. Cette réputation de prise en charge de moindre qualité aura vite fait de se propager. Dès lors, la clientèle s'orientera vers un autre établissement bénéficiant d'une meilleure réputation. Or, depuis la réforme Vandembroeck<sup>57</sup> de 2002, les établissements hospitaliers ne sont plus financés sur la durée des séjours mais sur l'activité « justifiée » par pathologie. En conséquence, une durée d'hospitalisation est fixée par pathologie. De ce fait, un hôpital ne faisant pas d'admission sera moins financé, cela pouvant limiter fortement les projets mais aussi la survie de l'institution à moyen terme.

De manière insidieuse, les coûts cachés peuvent avoir des répercussions catastrophiques pour l'entreprise au niveau des conséquences sociales.

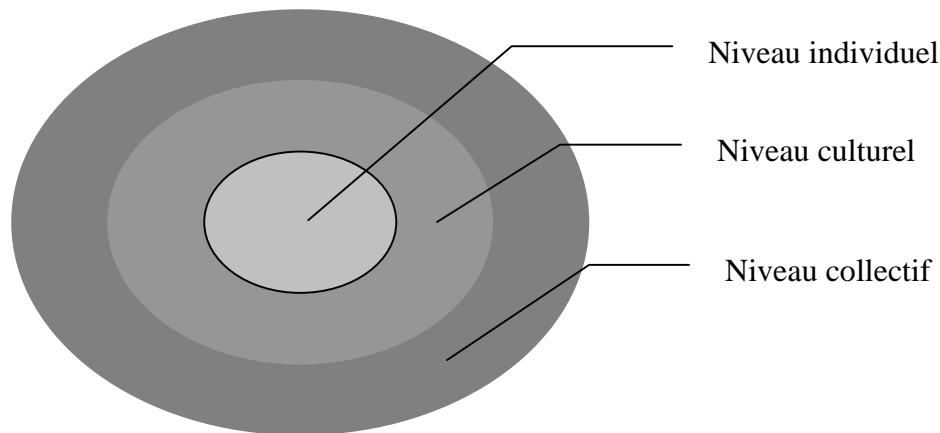
---

<sup>56</sup> LETEURTRE H., op. cit., p 137.

<sup>57</sup> COEMELCK D., Cours de principes de financement des hôpitaux, mars 2007.

Celles-ci peuvent se représenter sous la forme d'un schéma du type dépoliarisation en tâche d'huile faisant apparaître trois niveaux de conséquences<sup>58</sup> :

111



De cette façon, nous pouvons nous rendre compte de l'ampleur que les absences peuvent avoir. La charge de travail de la personne absente est redistribuée par le cadre. Ces tâches supplémentaires entraînent une surcharge de travail pour les « présents ». Celle-ci entraîne de la tension nerveuse, du stress supplémentaire et à la longue de la lassitude. De plus, cet effort supplémentaire n'est que rarement reconnu et valorisé, ce qui peut induire de la démotivation. Un autre aspect est à prendre en considération : l'absentéisme des uns entraîne le présentéisme des autres. En effet, le cadre est parfois contraint de rappeler le personnel en repos, en RTT, voire même en congés payés. Cette manière d'opérer est très mal perçue et source de mécontentement. Cependant, les cadres n'ont pas le choix. En agissant de la sorte, ils sauvegardent la qualité des soins administrés aux patients mais aussi le risque d'accentuer le déséquilibre entre vie privée et vie professionnelle. Cependant, les membres du personnel ne sachant pas prendre leurs repos, leurs congés, ils accumulent prestations et fatigue. Cela augmente tant les risques d'erreur que leur vulnérabilité aux accidents, aux maladies. Ce phénomène de spirale est en effet induit par la surcharge de travail, qui entraîne un stress supplémentaire pour les agents présents dont le risque d'absence augmente logiquement, et ce, afin de fuir cette situation.

Un second stade se situe au niveau de la répétition des absences et donc de la surcharge de travail qui est de plus en plus mal tolérée par les autres. Cette situation débouche vers une incompréhension, une perte de confiance vis-à-vis de l'encadrement « Ils ne disent et ne font rien contre cela, ils n'ont qu'à embaucher. ». Cela engendre

---

<sup>58</sup> GALLOIS P., op. cit., p 25 à 28.

également une baisse de la solidarité entre les membres de l'équipe. Or, il faut le rappeler, le métier de soignant est basé sur le travail en équipe, en collectivité<sup>59</sup>. Une certaine solidarité s'exprime théoriquement au sein de chaque unité. L'absentéisme menace la cohésion du groupe car une fracture s'opère entre les présents et les absents. La répétition des absences ajoutée à l'inconnue de la cause protégée par le secret médical, sont vite interprétées, ce qui amène parfois des tensions, un climat de délation, de suspicion.

Nous arrivons au dernier stade où les groupes de pressions interviennent à la demande des « présents ». De manière fondamentale, de par leurs conceptions différentes du problème, la direction et les représentants syndicaux ne trouvent pas spontanément d'ouverture de dialogue. De cette façon, le climat social devenu houleux peut très vite se détériorer.

Pour conclure ce chapitre, nous constatons que la traduction des impacts négatifs de l'absentéisme en impacts financiers incite les entreprises à considérer l'absentéisme comme un problème important. Nous pensons également que l'entreprise, si elle ne veut pas être confrontée aux conséquences de ces coûts et aux conséquences sociales, doit être proactive au niveau de sa politique d'absentéisme. Un investissement doit être consenti en matière de formation de l'encadrement face à l'absentéisme. La prise en compte de l'aspect social et non seulement de la production doit faire partie de la boîte à outils du cadre.

---

<sup>59</sup> Rapport d'enquête de la D.R.E.E.S., op. cit., p. 9.

## **Chapitre 8 : LES SOLUTIONS AYANT DEJA ETE TENTEES**

Afin de lutter efficacement contre l'absentéisme et ses coûts, une des premières choses à éviter est l'utilisation systématique du bâton. Ainsi, la contre visite médicale systématique est à proscrire. C'est un processus relativement simple à mettre en place puisqu'il suffit de faire appel au médecin contrôle ou à l'une des nombreuses sociétés extérieures proposant ce service. Cependant, il laisse aux travailleurs l'impression d'être constamment surveillés et contribue à briser la confiance qu'ils peuvent avoir envers leur direction. In fine, cela la rend bien souvent inefficace, voire contre-productive.

Ensuite, l'idée est venue de stimuler son opposé, c'est-à-dire le présentéisme. Comme nous venons de le voir, les absences ont un coût relativement élevé pour toutes les entreprises et l'hôpital ne déroge pas à cette règle. Toute régression du taux des absences permet donc à l'entreprise d'économiser son budget. Certains établissements ont donc eu l'idée d'octroyer une prime d'intéressement ou prime de présentéisme. Cette initiative, outre l'aspect financier, visait également d'autres objectifs, comme le développement de la motivation, la cohésion et l'implication du personnel, la fidélisation du personnel de l'institut, la reconnaissance de certains efforts et résultats collectifs, la constitution par les salariés d'une épargne dans des conditions sociales et fiscales favorables, et enfin, la dynamisation du dialogue social. Cette solution de prime provoqua l'ire des représentants des travailleurs. Car, d'une part, ils invoquèrent la loi anti-discrimination<sup>60</sup>. Ceux-ci trouvaient, en effet, que cette initiative pénalisait les travailleurs ayant une santé fragile. Ils revendiquèrent que la prime fut versée à la totalité du personnel et non à ceux qui avaient un nombre de jours d'absences inférieur au chiffre servant d'étalon, qui avait été fixé par la direction. D'autre part, cette prime créa un schisme au sein des équipes : en effet, certains travailleurs comptant sur cette prime, venaient travailler même malades au risque de contaminer les autres, de produire un travail de moindre qualité, d'augmenter le risque d'erreur ainsi que d'accident de travail mais aussi de renforcer le sentiment de culpabilité du personnel absent « involontairement ». D'autres part, certains renoncèrent à cette prime et n'hésitaient plus à s'absenter.

---

<sup>60</sup> Loi du 25/02/2003, parue au Moniteur Belge le 17/03/03, cf. lien interne n°4.

Une autre erreur à ne pas commettre est de croire que le problème d'absentéisme peut être résolu par une solution unique, standard et valable pour toutes les entreprises. En plus d'être contre productive, cette solution relève de l'utopie. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, l'absentéisme est polymorphe et ses racines profondes fluctuent d'une entreprise à l'autre, d'un hôpital à l'autre, d'un service à l'autre.

Actuellement, la constitution des équipes mobiles semble constituer une solution pour certains hôpitaux. Ce personnel est utilisé à diverses fins comme assurer le service pendant que le personnel suit une formation ou information ou autres motifs. Cependant, il est utilisé également pour pallier à l'absentéisme. En ce sens, il présente des aspects pervers à savoir qu'il rend l'absentéisme « indolore » au niveau des équipes de soins, renforçant de ce fait le sentiment de déculpabilisation des membres de l'équipe par rapport à cette manifestation. De plus, ces agents mobiles ont l'impression de ne pas avoir de sentiment d'appartenance par rapport à telle ou telle équipe fixe. Enfin, cette politique a certes des avantages mais elle a également un coût financier. En effet, ce pool de remplacement nécessite une réserve importante de personnel. Or, actuellement, on assiste à une certaine pénurie de personnel et en particulier infirmier.

## Chapitre 9 : LES MOYENS D'INTERVENTIONS

Ceux-ci sont appelés également outils de lutte ou encore leviers d'actions. Avant d'entamer ce nouveau chapitre, nous trouvons opportun de rappeler certains principes de base. En effet, pour aborder la problématique des absences, il faut bannir les idées toutes faites et à priori. Certes, certains usent et abusent des congés pour maladies mais ils représentent une toute petite partie de la masse salariale. Gageons que la majorité de la masse salariale préférerait être au travail en bonne santé morale et physique. De même, il faut également oser discuter de ce sujet qui reste tabou au sein de sa propre entreprise. De plus, nous rappellerons que chaque entreprise a ses propres causes d'absences. Ainsi, les solutions envisagées pour l'une ne conviendront certainement pas pour une autre.

Parallèlement, différentes raisons peuvent rendre ces leviers, ces points d'appui difficilement utilisables. Nous pensons aux contraintes internes comme la culture de l'entreprise, son histoire, le poids des syndicats, les conventions collectives de travail. De plus, les contraintes externes à l'entreprise telles la législation sociale, l'éthique, le métier de l'entreprise, les conditions de travail peu modifiables viennent également s'y greffer.

### 9.1. Les mesures générales

Elles ne font l'objet d'aucune recherche des causes-racines et ont déjà été envisagées : citons la prime au présentéisme, les temps de récupération multipliés par les heures prestées lors des rappels. Toutes ont échoué et ont même mis en évidence leurs effets pervers et caractères discriminatifs. En effet, le principal argument des délégations syndicales était la discrimination et la pénalisation des travailleurs ayant une santé fragile.

### 9.2. Les règles et sanctions.

Celles-ci sont d'ailleurs prévues dans le règlement de travail. Une autre possibilité réside dans la contre-expertise par des médecins agréés ou les contrôles administratifs de la présence à domicile de l'agent en arrêt de travail (Medex, Sécuritéx,...).

Les absences sont, pour les jeunes engagés, souvent liées à une méconnaissance du règlement ou à des comportements déviants au niveau des horaires. Une fois de plus, l'information doit percoler si l'on veut que le message passe. Un entretien, une remise à l'ordre, parfois suivis d'une sanction, sont hélas parfois nécessaires

pour les plus retards. La coercition, les contrôles médicaux ciblés et autres moyens du même acabit, en plus de créer un climat de suspicion, n'ont que peu d'effets sur l'absentéisme et surtout aucun effet durable. Dès lors, nous adhérons au fait que tout projet traitant des absences ne peut se faire sans la concertation des principaux intéressés, c'est à dire les salariés. N'oublions pas également que l'absentéisme peut être un effet soupape (théorie de Kaiser), et en ce sens, il serait illusoire de ramener les absences à zéro. Gageons que les réflexions de l'encadrement s'attardent plus à savoir comment diminuer ce taux d'absence en comprenant les raisons de celui-ci.

### 9.3. L'organisation du travail

Celle-ci doit être abordée par le biais d'un entretien individuel ou de petits groupes. Il nous apparaît incontournable de déterminer les causes des absences et de pouvoir ensemble les analyser afin d'en extraire des éléments de solutions. De manière préventive à la problématique des absences, il nous paraît évident que certaines conditions soient requises, en outre la participation des travailleurs à l'élaboration de leur cadre de travail et, par conséquent, parvenir à un décloisonnement entre penseurs et acteurs de l'organisation du travail.

### 9.4. Le management, ou justement l'absence de management de l'absentéisme

Il nous réapparaît comme essentiel que le cadre soit formé à cela ainsi qu'au coaching, qu'il puisse développer l'aspect social et, de ce fait, ne pas se limiter à l'aspect production. À ce titre, le cadre de proximité peut, de par, son style de management, avoir des effets préventifs en matière d'absentéisme. En effet, le fait d'être souple au niveau des plannings horaires (instauration d'un planning prévisionnel, par exemple) a pour incidence de permettre aux travailleurs d'organiser leur temps de travail et de le faire coïncider avec les contraintes personnelles. La transmission, l'explication des procédures de rappel nous apparaissent être à ce niveau essentiel. Par le biais de certains groupes thématiques ou de travail, il pourrait intégrer le personnel au processus décisionnel.

Il pourrait aussi, par l'intermédiaire de formations adaptées et personnalisées, motiver le personnel. Celui-ci pourrait en effet avoir une trajectoire personnalisée de sa carrière. Ce point en souligne un autre, à savoir le tutorat du second, ou adjoint au chef. Ce tutorat aurait également comme avantage « d'écoler » l'aspirant chef, en parallèle à la formation de cadre.

Certes, cette liste n'est guère exhaustive. Cependant, tous ces points abordés peuvent renforcer le bien-être au travail, favoriser le présentisme et la motivation à venir au travail.

#### 9.5. Le dialogue social

Si celui-ci est altéré, il faudra du temps pour le restaurer. Les concertations, négociations avec les différents groupes de pression doivent avoir pour but de développer envers le personnel un dialogue plus ou moins concordant vis-à-vis de l'absentéisme. Parallèlement, le dialogue et le soutien sont à développer vis-à-vis des cadres de proximité, confrontés en première ligne au problème.

#### 9.6. La culture d'entreprise.

Elle est définie par certains, comme *"Un ensemble de références partagées dans l'entreprise, consciemment ou pas, qui se sont développées tout au long de son histoire"*<sup>61</sup>. La culture d'une entreprise se développe au cours de la vie de l'entreprise. Elle est en relation avec certaines valeurs, des normes, des symboles et des rituels, elle est créée et entretenue par les personnes de l'entreprise. Enfin, elle est en évolution constante et est difficile à modifier. C'est la culture d'une entreprise qui vous fait apprécier ou détester d'aller au travail. Elle est en général transmise individuellement par votre supérieur direct ou vos collègues. C'est un processus tant conscient qu'inconscient. Elle est donc le produit d'un apprentissage de références et de façons de faire.

La culture d'entreprise a donc un impact au niveau de l'absentéisme. En effet, un rapport<sup>62</sup> d'enquête révèle que le nombre de jours de congé de maladie croît avec l'importance de l'insatisfaction. D'une manière générale, cette enquête a montré que, plus le stress était important, moins le salarié était satisfait. Elle souligne aussi que les salariés très insatisfaits de leur emploi s'absentent en moyenne presque quatre fois plus. Pire encore, près des trois-quarts des collaborateurs très insatisfaits cherchent, activement ou passivement, un travail auprès d'un autre employeur.

Face à une telle situation, le management, la diminution des facteurs de stress professionnel, le temps, le dialogue ainsi que l'acharnement, sont les alliés des personnes voulant modifier de tels comportements.

---

61 THEVENET M., cité par FAUCONNIER F. in Journal du net/Management, le 19 septembre 2007.

62 SD WORKS, « La culture d'entreprise et la stabilité de l'organisation sont les facteurs déterminants de la satisfaction générale du salarié belge », septembre 2007, cf. lien n° 5.



### 9.7. La motivation au travail

Cette notion poly-factorielle est composée des facteurs psychologiques et socio-démographiques comme l'âge, le sexe, le statut familial, l'expérience de travail. Elle reprend aussi des facteurs économiques comme les ressources humaines et financières consacrées à l'activité, et, des facteurs organisationnels. Ces derniers comprennent le climat organisationnel au sein des équipes de soins. Ce climat dépend de critères culturels (les valeurs partagées au sein d'une équipe) et organisationnels (résolution de conflits, coopération, capacité à changer, etc.), des conditions psychologiques du travail (syndrome d'usure psychologique, bien-être psychologique), des caractéristiques du contenu du travail correspondant à la charge de travail mais aussi des contraintes physiques générées par l'activité, à l'autonomie et le contrôle de celle-ci.

La présence ou l'absence de la motivation au travail a une influence directe sur le lien qui est entretenu entre le travailleur, le soignant et son entreprise, l'hôpital. En effet, l'employé qui se sent concerné se sent également plus lié à son entreprise. Cette perception positive du travail a pour effet d'augmenter leur solidarité et leur appartenance à cette institution. De ce fait, ces travailleurs restent plus longtemps dans celle-ci (fidélisation du personnel). Leur travail est plus performant du fait qu'ils s'investissent plus, qu'ils commettent moins d'erreurs et collaborent plus avec les autres. Enfin, au niveau de notre problématique de départ, on peut constater que, même si le lien est bien réel, l'absentéisme est moins lié à la motivation au travail. Cependant, il nous apparaît clairement qu'une plus grande motivation et responsabilisation entraîne une meilleure implication de la part du personnel, et que l'évaluation des compétences devra permettre un bilan et une orientation pertinente des formations par le biais de l'analyse des besoins. Cet ensemble constitue ainsi une source d'amélioration de la qualité des soins mais aussi de la qualité de vie au travail.

## Chapitre 10 : LES UTILISATEURS DE CES MOYENS

- la direction,
- les cadres de proximités,
- le service de prévention et de protection du travailleur,
- la médecine du travail,
- les groupes de pressions.

Pour notre part, la direction doit avoir un rôle moteur en définissant sa politique générale en matière d'absentéisme et de stratégie à mener. De manière plus concrète, la ligne hiérarchique doit procéder à des analyses des situations.

Elle doit élaborer différentes hypothèses explicatives de l'absentéisme et de son évolution. Subséquemment, elle doit proposer des pistes de réflexion pour agir sur le phénomène. Pour cela, la démarche peut s'articuler autour d'entretiens semi-directifs avec des interlocuteurs divers et d'une analyse statistique des principales manifestations de l'absentéisme. Ces données pourraient être fournies par la D.R.H<sup>63</sup>, qui pourrait également avoir un rôle d'information auprès des managers de proximité mais aussi des travailleurs. En ce sens, nous trouvons que les cadres de proximité, confrontés en première ligne, devraient pouvoir suivre des formations en écoute active, en résolution de problèmes et en assertivité.

D'autre part, d'autres acteurs participent à l'amélioration des conditions de travail. Ainsi, le S.I.P.P.T.<sup>64</sup> est un service que chaque employeur a l'obligation de créer (dans le secteur privé, la structure de service est adapté à la présence ou non d'un comité pour la prévention et la protection au travail dans l'entreprise). Ce service a dans ses attributions la collaboration<sup>65</sup>, de manière régulière, avec le médecin du travail, notamment lors des visites des lieux de travail. Ce comité est constitué principalement du médecin du travail ainsi que du conseiller en prévention.

De manière essentielle, le médecin conseiller en prévention du travail est un personnage avec lequel la direction et les cadres doivent entretenir des relations

---

<sup>63</sup> Direction des Ressources Humaines.

<sup>64</sup> Service interne de Prévention et de Protection du Travailleur.

<sup>65</sup> Service Public Fédéral, « *Le bien être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail* », série juridique, février 2006, p25à29.

professionnelles privilégiées. Il a dans ses attributions<sup>66</sup> la charge de surveiller les travailleurs et éviter que ceux-ci ne soient occupés à des tâches dont ils ne peuvent normalement pas supporter les risques en raison de leur état de santé. Il reçoit individuellement le travailleur lors des examens périodiques, lors de la reprise du travail après une longue absence, après un accident du travail ou bien encore à la demande du travailleur. Il effectue sa tâche en totale indépendance par rapport à la direction et sans instruction de sa part. Il a un pouvoir de décision et de remise d'avis. Outre cet aspect individuel, il a également dans ses attributions la santé collective des travailleurs. Il exerce cette prérogative par des visites annuelles des lieux de travail. Ces visites lui permettent d'analyser les postes de travail (ergonomie), de déterminer les risques. Sur base de cela, il rend un avis annuel et oriente une politique de prévention, d'amélioration des conditions de vie et de travail. A titre d'exemple, citons des formations diverses ou des propositions de vaccin. Cela englobe également les aménagements des postes de travail, notamment en ce qui concerne le travail de nuit ainsi que le travail en équipe, mais aussi, la protection de la maternité et de l'allaitement.

Comme nous l'avons signalé au début de cet item, le médecin du travail a une mission de prévention. Cette mission peut s'avérer essentielle au niveau de la compréhension et de la maîtrise de l'absentéisme, révélateur de tensions liées au travail dans un service. Il est en effet le réceptacle des plaintes que les travailleurs peuvent émettre lors des visites. Sans compromettre le secret médical, il peut par le biais de sa présence et participation au sein de divers comités (de prévention, d'hygiène hospitalière) les soumettre (émission d'un avis) en respectant l'anonymat des travailleurs et le secret médical. Consécutivement à cette concertation avec les autres membres, des avis et propositions ou pistes de réflexions sont émis à la direction. Pour ce faire, la médecine du travail ne doit pas être confondue avec d'autres formes de médecine telles que la médecine de contrôle et la médecine de sélection, cette dernière étant interdite seulement depuis peu<sup>67</sup>.

Parallèlement, la loi du 4 août 1996<sup>68</sup>, relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, impose aux employeurs ainsi qu'aux travailleurs toutes les mesures nécessaires au bien-être des travailleurs. Ces mesures ont trait à la sécurité au travail, la protection du travailleur au travail, la charge psychosociale occasionnée par le travail, l'ergonomie, l'hygiène du travail, mais aussi l'embellissement des lieux de travail et les

---

<sup>66</sup> AR du 28.05.03 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs, cf. lien n°6.

<sup>67</sup> Loi du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail, cf. lien n°7.

<sup>68</sup> Cf., lien n°8.

mesures prises par l'entreprise en matière d'embellissement, pour ce qui concerne les points précédents.

L'arrêté royal du 27 mars 1998 oblige<sup>69</sup> l'employeur à collaborer avec un conseiller en prévention. De cette façon, celui-ci a un rôle de prévention et d'anticipation des problèmes lors des investissements. Il doit en effet, les apprécier, les analyser en termes de risques pour la sécurité, la santé, l'environnement. En outre, il est également à l'écoute des problématiques, il fait des propositions auprès de la direction, il veille à faire avancer les décisions du comité et veille à leur mise en œuvre. Le conseiller en prévention devrait, de par sa position hiérarchique excentrée par rapport à la direction, être un interlocuteur privilégié. En effet, il pourrait jouer un rôle non négligeable dans le processus de « pacification » des relations entre la direction et les partenaires sociaux.

Enfin, les délégations syndicales sont une institution représentative du personnel syndiqué de l'entreprise, chargée de la défense de ses intérêts professionnels. Elles interviennent notamment auprès de l'employeur au sujet de tout litige concernant l'application des règlements et conventions relatifs aux conditions individuelles et collectives de travail. Elles doivent jouer un rôle dans la compréhension et la gestion de l'absentéisme. Trop souvent, un dialogue de sourds s'installe entre les syndicats et la direction. Cela est induit par les logiques différentes des deux intervenants.

La direction ne doit pas faire une chasse aux sorcières et les syndicats doivent comprendre les problématiques (tant celles du salarié que celles du patronat) et jouer le jeu loyalement. La finalité n'est pas le conflit mais bel et bien l'établissement d'une relation gagnant- gagnant.

---

<sup>69</sup> Cf., lien n°9.

## **Chapitre 11 : QUELQUES PISTES DE REFLEXIONS**

Comme nous avons pu nous en rendre compte à la lecture du début de cet ouvrage, l'absentéisme est affublé de nombreuses définitions. De plus, celui-ci revêt également un aspect polymorphique. C'est pourquoi nous nous ciblerons, en ce qui concerne la partie suivante de cet ouvrage, sur les absences médicalisées.

La notion de rentabilité, de chasse aux temps morts, d'évolution des organisations fait que les entreprises fonctionnent de plus en plus à flux tendu. L'hôpital ne déroge pas à cette règle. Les normes du personnel dans certains services, la R.T.T. en France en sont de beaux indicateurs. De ce fait, l'absentéisme est devenu un fléau. Nous pensons que, face à ce constat, l'entreprise doit prendre du recul avant de prendre des mesures à caractère coercitif.

En premier lieu, le taux d'absentéisme doit être comparé avec les années précédentes. (sous utilisation du bilan social) De ce fait, cela serait une erreur de modifier un processus de diminution du taux d'absentéisme si celui-ci est présent de manière spontanée dans l'entreprise. Une vision extérieure de la situation peut s'avérer également pertinente afin d'orienter l'entreprise vers certaines pistes. L'augmentation de l'âge pour accéder à la retraite doit être pris en compte. Ainsi, l'aménagement des postes de travail ainsi que la durée du temps de travail, de récupération doivent être à l'ordre du jour. Parallèlement à cette « usure » naturelle, l'érosion de la motivation doit, elle aussi, faire partie des préoccupations du cadre. Nous pensons en effet qu'un travailleur ne peut être épanoui s'il effectue tout au long de sa carrière les mêmes gestes dans le même environnement. Subséquemment, un système de rotation de poste, de service devrait être proposé aux agents au bout d'un certain temps. Des bilans de fonctionnement peuvent être des espaces de parole privilégiés pour le cadre et l'agent. Dès lors, des solutions individuelles pourraient être élaborées par les deux parties avant que cette démotivation naissante ne se transforme en démission passive et absentéisme.

En ce qui concerne l'environnement extérieur du salarié, il est clair que l'hyperflexibilité des horaires peut engendrer chez les agents de grandes difficultés à combiner vie professionnelle et vie privée. De la sorte, un projet d'horaire pourrait être mis à disposition du personnel afin que celui-ci puisse faire apparaître certains de ses desiderata. Cela lui permettrait ainsi de combiner travail et vie familiale. De même, lors de nos lectures, la création de crèches d'entreprise acceptant les enfants souffrants était souvent présentée comme une initiative pouvant faire diminuer les absences. Les crèches n'accueillant les

enfants que jusque l'âge de trois ans, cette initiative pourrait être remplacée par des titres services du style « garde d'enfant malade à domicile ». L'attention se porte également sur le travailleur, même lorsqu'il est en dehors de l'entreprise. Entre autre, les campagnes d'aide pour arrêter de fumer, pour surveiller son alimentation, pour inciter à faire de l'activité physique quotidienne, de vaccination sont retransmises, voire parfois instaurées par l'entreprise elle-même, et ce dans un but de garder l'efficacité et la présence du travailleur en bonne santé.

Nous ne pouvons pas faire sans citer la piste des contrôles médicaux par le médecin contrôle ou des firmes privées. Ceux-ci semblent avoir un effet immédiat mais à court terme. De plus, ils représentent des frais assez élevés et ne doivent pas être envisagés en première intention. Du moins tel est notre avis.

Cependant, nous sommes partisans de la mise en place de deux mesures préventives. La première concerne l'information du personnel quant aux coûts et répercussions des absences sur les collègues et l'entreprise, qu'il devienne un acteur actif de son entreprise. L'autre est relative à ce que l'on pourrait appeler « l'entretien d'absentéisme », qui pourrait être mené lors de la reprise de travail, après des absences fréquentes, ou pour non respect des procédures. Cet entretien aurait comme objectif d'analyser en présence de l'individu, ses absences, en utilisant des chiffres, des faits. On ne sera pas dans l'émission de jugement, mais au contraire, on tentera de mettre en route des actions visant à diminuer ces absences et ses effets néfastes pour tous. En d'autres termes, faire preuve d'assertivité pour aboutir à une solution « gagnant-gagnant ». De préférence, nous trouvons que cet entretien doit être conduit par le cadre de proximité ainsi qu'une personne extérieure à la ligne hiérarchique directe. Un lien de subordination trop présent pourrait être mal interprété et mal vécu par le salarié. Un D.R.H<sup>70</sup> pourrait parfaitement convenir à cette tâche.

En guise de conclusion de ce chapitre, le défi des cadres en matière d'absentéisme n'est pas tant dans le volet coercitif mais bel et bien dans la prévention. Pour agir contre ce phénomène, il faut d'abord le comprendre. Dès lors, des pistes d'actions peuvent seulement être pensées et élaborées avec les principaux acteurs que sont les salariés, et ce, en fonction de la spécificité de leur situation.

---

<sup>70</sup> Directeur des Ressources Humaines.

## Chapitre 12 : CONCLUSIONS

Au travers de ce travail, nous avons pu constater que l'absentéisme était mesurable. Néanmoins, l'absence de définition universelle fait que les critères d'inclusions ou d'exclusions (formations, missions syndicales, maladie de plus d'un an, etc.) rendent les comparaisons entre entreprises hasardeuses pour ne pas dire impossibles. La première chose à faire serait donc de s'accorder sur cette définition et ses critères.

Nous avons pu également diviser cette problématique en absences volontaires et involontaires, en absences incompressibles et compressibles. Ce dernier, pouvant être dû lui aussi à des causes multiples. La théorie de Kaiser nous a ensuite apportée des précisions quant aux significations de ces absences dites volontaires. Au travers de cette théorie, deux notions majeures émergent tant dans l'approche individuelle que dans l'approche sociologique et économique. Ce sont l'équité et la recherche d'équilibre par l'individu. Ces deux notions se retrouvent naturellement dans le milieu hospitalier par l'entremise des facteurs d'absences. Ceux-ci sont pour la majorité des personnes que nous avons pu rencontrer, générateurs de stress négatif. Or, nous savons que le stress professionnel touche un travailleur<sup>71</sup> sur trois et que l'absentéisme peut résulter du « coping » (effet soupape ou régulateur d'équilibre). Le stress professionnel occasionné par les facteurs spécifiques de la profession de soignant (conditions, organisation de travail, etc.) et l'absentéisme semblent donc apparemment être liés. La combinaison des trois approches de Kaiser, abordée lors de la partie conceptuelle, nous a permis de mieux appréhender le comportement d'absentéisme.

La partie opérationnelle qui va suivre va, quant à elle, tenter de mieux comprendre et apporter une certaine réponse à la question :

« Qu'est-ce qui peut bien pousser un individu du service X du secteur de Défense Sociale du Centre Hospitalier Psychiatrique de Tournai, à s'absenter plutôt que de se rendre à son travail ? ».

---

<sup>71</sup> VIATOUR C., « *La flexibilité au travail et ses conséquences en terme de stress professionnel* », mémoire de licence en psychologie, non publié, Université de Liège, 2001, cité par le Service Public Fédéral, p 28.

Ainsi, au travers des thèmes que nous aborderons dans les chapitres de ce second volet, nous pourrons :

- Vérifier les facteurs mis en évidence dans le volet conceptuel : ceux-ci représenteront les attendus.
- mettre à jour d'éventuelles causes spécifiques au service : celles-ci représenteront les inattendus.
- Vérifier si ces trois thèmes sont perçus comme générateurs de déséquilibres ou d'iniquités ou de stress pouvant déboucher sur des comportements de fuite ou de rééquilibrage.



## **Partie 2 : LE VOLET OPERATIONNEL**

# Chapitre 1 : CHOIX DE LA METHODE ET DES OUTILS DE RECUEIL

Consécutivement à la rédaction de la partie conceptuelle, nous nous proposons au travers de ce volet pratique de poursuivre et argumenter notre cheminement tant dans le choix de la méthode et de l'instrument de recueil que dans l'analyse du contenu et des interprétations qui en découleront

Subséquentement nous nous sommes orientés vers une méthode exploratoire. Ce type de recherche renvoie à l'examen et l'interprétation d'observations, en vue de découvrir des explications sous-jacentes et des modes d'interrelation. Elle tente donc, à partir d'observations et d'analyses ouvertes, de découvrir des tendances et des processus qui expliquent le comment et le pourquoi des choses. De la sorte, elle est généralement considérée comme une méthode participative visant à mieux comprendre un phénomène. Cependant, ce type d'approche nous positionne face à une sérieuse difficulté. En effet, le sujet traitant de l'absentéisme médicalisé, il nous apparaît problématique d'aborder de front cette thématique. En effet, l'absentéisme reste tabou au sein de l'entreprise. D'une part, Il est considéré extérieurement comme une marque de mauvaise gestion. Il peut donc apparaître comme « honteux » d'en parler. D'autre part, il peut apparaître comme une fracture entre l'employeur et ses salariés. Il en résulterait alors d'un clivage entre l'encadrement et les personnes de terrain : l'encadrement considérant certaines absences injustifiées et les représentants du personnel estimant que les absences seraient moindres si les conditions de travail étaient meilleures. Comme nous venons succinctement de le voir, les préjugés, les procès d'intention sont nombreux et débouchent sur des solutions toutes faites, généralement répressives. Hors, s'il suffisait d'instaurer quelques solutions générales pour faire diminuer les absences, cela se saurait et notre réflexion sur le sujet n'aurait pas lieu d'être. De plus, l'entretien individuel présente dans ce cas-ci un biais, celui de la désirabilité sociale<sup>72</sup>. Cependant, l'entretien nous apparaît être une technique permettant à la population ciblée d'exprimer au mieux sa vision de la problématique (vision microscopique), et favorisant l'émergence d'éventuels inattendus (mais bien recherchés) venant compléter notre recherche. En effet, l'entretien fait partie du panel d'instruments possibles des méthodes qualitatives. Il est à la fois une situation et un outil de recueil de données. Il se caractérise par un espace-temps délimité de rencontre avec l'autre,

d'expression de l'autre et d'écoute de ce que l'autre veut bien nous livrer de lui-même. L'entretien d'enquête fait appel à la communication entre les êtres. A la différence des études quantitatives et notamment du questionnaire, son objectif n'est pas de mesurer mais de comprendre les enchaînements, les logiques, l'expérience des individus, les interprétations qu'ils en font. Le discours de la personne est respecté, il garde sa dynamique propre et ses propres cadres de référence. De ce fait, l'entretien présente plusieurs avantages et inconvénients. Si cette méthode de recueil peut être considérée comme produisant des contenus trop subjectifs et nécessite une certaine technicité lors de sa réalisation (l'enquêteur risque d'influencer les propos de l'interviewé), l'analyse, quant à elle, permet, selon les objectifs que l'on se fixe, d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles, ... Mais aussi, leur analyse d'un problème précis : ses données, ses enjeux, les différentes parties en présence, les systèmes de relations, la reconstitution d'un processus d'actions, d'expériences ou d'événements du passé.

En prolongement à cela, nous pensons également que des entretiens de groupe normatifs sont préférables, le groupe créant l'émulation! De plus, ceux-ci permettent de garder un maximum de spontanéité et d'authenticité. Pour rappel, l'entretien de groupe fait partie des techniques d'observation les plus récentes, basées sur un questionnement entre l'interviewer et chaque membre du groupe, mais également entre les membres du groupe eux-mêmes. C'est une technique d'entretien plus formelle, qui tend à utiliser des groupes naturels préexistants. Le but est d'engager activement la communauté cible à l'identification et à l'étude des thèmes. Cela permet de créer le rapport, d'identifier et d'explorer les problèmes et priorités communautaires, de sensibiliser aux problèmes locaux, de faire participer les gens à l'identification des solutions possibles. Comme nous venons de le voir, c'est donc un moyen potentiel (fortement tributaire de l'animation et de l'analyse a posteriori) d'explorer les croyances, idées et attitudes des personnes interrogées. Il permet, à moindres coûts et temps, de récolter des informations. L'objectif de ce type d'entretien est donc d'obtenir les points de vue, les réflexions et les observations de personnes qui ont une connaissance spécifique, un statut particulier, ou qui disposent d'informations auxquelles nous ne pouvons avoir accès par d'autres moyens. Cependant, ce type d'interview suppose l'utilisation d'un guide d'entretien. Ainsi, après avoir construits la où les questions de départ présentant aux interviewés l'orientation qu'ils doivent donner à leur discours, des questions supplémentaires centrées sur

---

<sup>72</sup>Voir le sous-chapitre relatif aux biais, p 66.

les thèmes et les sous thèmes seront élaborées Ces questions seront utilisées uniquement dans le cas où l'interviewé ne les aborderait pas spontanément. Il n'y a pas d'ordre établi; L'interviewer s'adaptant au déroulement du discours des participants. Ceci, afin de ne pas rompre le fil de la pensée de notre interlocuteur et de ne pas briser la dynamique de groupe ainsi que la spontanéité de certains propos. En effet, le risque en interrompant ou en définissant l'ordre des questions est de transformer l'entretien en questionnaire. Or, la fonction première de l'entretien est, de laisser la personne s'exprimer sur un phénomène avec ses mots, son langage. C'est pourquoi, nous, en qualité d'enquêteurs, devons pouvoir suivre les indices et les nouveaux thèmes qui se présentent tout au long de l'entretien. De la sorte, l'utilisation d'un guide d'entretien signifie que nous avons choisi d'utiliser au mieux le temps qui nous est imparti pour mener l'entretien. Ceci est particulièrement approprié lorsque les participants sont des personnes qui utilisent leur temps de manière efficace (les soignants déclarent ne pas avoir assez de temps pour effectuer correctement leur travail<sup>73</sup>) et qui ne sont peut-être pas prêtes à passer du temps à entretenir une conversation de tous les jours avec les chercheurs. Le guide d'entretien montre que nous savons ce que nous voulons obtenir de l'entretien, mais que nous sommes assez souples pour suivre des nouveaux indices qui se présentent. De plus, étant donné que les mêmes questions sont posées à chaque groupe, les données de ces entretiens sont plus faciles à traiter. L'élaboration d'un guide d'entretien exige du temps et nécessite une exploration au préalable du thème, afin de savoir quels sont les questions ou les thèmes qui doivent être couverts. En ce sens, l'utilisation d'un ou plusieurs pré-tests s'avère indispensable. Comme nous le savons, les pré-tests servent à déterminer la réaction et le degré de compréhension des groupes cibles vis-à-vis des messages ou des informations avant que le processus d'élaboration du matériel de communication ne soit finalisé. Les pré-tests ne sont donc pas des recherches qui permettent de comprendre le groupe cible. Pendant les pré-tests, on demandera aux membres du groupe de donner leur avis sur les ébauches de matériel de communication : dans notre cas, il s'agit du guide d'entretien. Leurs réponses seront analysées et le matériel sera révisé en conséquence. Dès lors, nous pouvons effectuer plusieurs tests préalables avant la finalisation du matériel. Ceux-ci permettent de s'assurer que les messages et le matériel à utiliser correspondent aux réalités du groupe cible. Ils permettent de la même manière, de s'assurer que le matériel renferme un langage compréhensible, crédible et réaliste.

---

<sup>73</sup> D.R.E.E.S., op. cit., p.7.

L'entretien de groupe est une technique de recherche d'informations qui consiste à recruter des personnes répondant à des critères d'homogénéité. Ces personnes étant regroupées par petits groupes de six à douze, et ce, dans le but de susciter une discussion ouverte à partir d'un guide d'entretien préalablement élaborée. Puisque cette méthode est basée sur les interactions entre les membres d'un groupe, elle se doit d'utiliser des groupes restreints, afin de limiter le risque de formation de sous-groupes à l'intérieur du groupe. Quant au nombre d'individus à recruter, ce nombre devrait se situer également entre six et douze personnes. Cependant, ce groupe doit être assez petit pour que ses membres aient l'occasion de partager ses opinions mais en même temps, il doit être assez grand pour permettre une variété de perceptions du sujet discuté. Nous pensons que notre sujet s'inscrit dans cette catégorie. De ce fait, l'animateur aura donc comme rôle, de permettre à chacun de s'exprimer (en faisant appel explicitement à l'avis de chaque personne) et de modérer les participations des personnes trop envahissantes. La difficulté principale est de ne pas intervenir dans le débat afin de ne pas risquer d'orienter le débat où briser la dynamique du groupe. A aucun moment, notre avis personnel ne doit transparaître, sinon une hiérarchie et la désirabilité sociale déjà évoquée risquent de se mettre en place, empêchant les participants de tous s'exprimer. A ces fins, en tant qu'animateurs, nous disposons outre notre guide d'entretien, d'outils tels que la reformulation, la synthèse (résumer pour le groupe une partie de la discussion), la relance sur une partie du sujet oubliée, l'appel à la participation d'un oublié ou d'un silencieux et le questionnement (en éclaircissement, en écho à un participant).

Ainsi, les principales limites de ce genre d'entretien sont que les résultats obtenus ne puissent être utilisés comme étant représentatifs de l'opinion de la communauté. Ils indiquent seulement une rangée d'opinions et non la distribution des opinions. De plus, nous risquons en tant qu'enquêteurs d'influencer les réponses des participants en posant des questions d'une façon qui n'est pas neutre. De même, à l'inverse de l'entretien individuel, nous aurons moins de contrôle sur le déroulement de la discussion. Enfin, le biais de désirabilité sociale reste présent.

Comme nous venons de le voir au travers de ce chapitre, le choix d'une méthode et d'un des ses outils possible, n'est pas chose aisée; toutes orientations présentant des avantages et des inconvénients. Cependant, le choix de la méthode et de la technique de recueil effectués, nous envisageons de décrire, dans le chapitre suivant, les préalables à l'enquête.

## Chapitre 2 : DEROULEMENT

Le choix de la méthode et de la technique de recueil effectués, nous devons nous mettre en quête de l'endroit de l'enquête. Ainsi que nous venons de le voir, le choix du secteur a été conditionné par la durée et le statut que nous y occupons. Le choix des unités relevant de la décision de l'infirmier chef de service. En effet, deux étudiants de la classe exerçant une fonction hiérarchique au sein de ce secteur, leurs unités furent écartées de la sélection. Cependant cette sélection aurait pu se faire à partir d'un constat chiffré d'un département, d'un service, où aurait pu provenir, soit d'une enquête quantitative réalisée préalablement, soit de la lecture des bilans sociaux des années antérieures.

De manière synthétique, le bilan social est un document obligatoire<sup>74</sup>, rétrospectif. Il permet d'apporter aux salariés d'une entreprise des renseignements adéquats, par la quantification de certains aspects sociaux de la vie de l'organisation dans laquelle ils travaillent, et de comparer ainsi leur situation à celle d'autres entreprises. Ainsi, tout chef d'entreprise (qu'elle soit industrielle ou commerciale) disposant d'un Comité d'Entreprise et employant au moins trois cents salariés est obligé d'établir chaque année un bilan social. Celui-ci doit être envoyé à la Banque Nationale de Belgique. Ce bilan reprend des grandes rubriques comme l'état des personnes occupées, les travailleurs inscrits au registre du personnel, le personnel intérimaire et les personnes mises à disposition de l'entreprise, le tableau des mouvements du personnel au cours de l'exercice, tant au niveau des entrées que des sorties, l'état concernant l'usage des mesures en faveur de l'emploi, et enfin des renseignements sur les formations ainsi que sur les activités de formations. L'absentéisme est abordé dans le niveau d'activité, par âge, sexe, fonction, ancienneté, établissement, secteur géographique... Il doit en outre être affiché après sa validation par le C.E<sup>75</sup> ..

### 2.1. Les démarches préliminaires à l'enquête

Cela étant dit, nous allons à présent nous axer sur la manière dont l'enquête va se dérouler. Dans un premier temps, nous rencontrerons la direction ainsi que les cadres intermédiaires afin de :

- négocier la possibilité de faire l'enquête au sein de leur établissement,

---

<sup>74</sup> Loi du 22 décembre 1995 concernant le plan pluriannuel pour l'emploi, Cf. lien n°10.

<sup>75</sup> Comité d'Entreprise.

- négocier la comptabilisation des heures passées à faire l'entretien comme heures de travail pour les participants,
- déterminer le service (en prévoir plusieurs en cas de non adhérence à l'enquête) ou le département où se fera l'étude,
- choisir le lieu de l'entretien : un local dans le site de l'établissement, endroit calme, ne reflétant pas une image hiérarchique trop importante (bureau du directeur, salle de réunion uniquement réservée à l'encadrement, etc.),
- fixer les modalités de retour des résultats à la direction (au maximum, les conclusions et perspectives d'actions partielles de l'enquête).

Dans un second temps, après avoir eu un contact avec l'infirmier en chef, l'équipe sera rencontrée. Celle-ci sera sollicitée afin de participer à cette recherche<sup>76</sup>. Ensuite, en collaboration avec les personnes ayant consenti à l'entretien, deux dates et créneaux horaires seront fixés. Le jour de l'entretien, nous accueillerons les personnes. Un rafraîchissement pourrait être proposé afin de détendre un peu l'atmosphère. A l'heure fixée, l'entretien débutera.

En guise de préambule, nous veillerons à rappeler aux soignants présents :

- que leur participation est libre,
- le but de recherche,
- la durée de l'expérience ainsi que le mode d'enregistrement,
- la situation, le mandat,
- pourquoi la recherche est dans l'intérêt des répondants,
- qui, mis à part l'enquêteur, aura connaissance des données,
- ce que les données vont devenir,
- quand et par quels moyens, s'ils en sont intéressés, les résultats de l'enquête leur seront communiqués.

Nous rappellerons également les règles de bienséance : ne pas couper la parole, écouter l'autre, la participation de tous.

Afin de faciliter le recueil des informations, nous veillerons à éviter d'influencer le groupe, par notre attitude, nos opinions et valeurs, et notre expression verbale. Le choix des questions peut également orienter les réponses. En ce sens, l'utilité du pré-test s'avère là encore indispensable. Nous tenterons de rester maîtres de l'entretien en régulant le fonctionnement du groupe, en évitant les digressions. Au besoin, nous recentrerons le discours des

---

<sup>76</sup> Cf., annexe n°4 et n°5.

participants, si d'aventure des digressions sont repérées. Le nombre de participant limitant le temps de parole des personnes, nous veillerons également à tempérer les éventuels leaders et susciter l'expression des plus réservés. Parallèlement, si le besoin s'en fait ressentir, nous pouvons faciliter l'expression du discours par des questions de relance, la reformulation, la complémentation, mais aussi par la technique de l'écho, etc. Ces techniques ont non seulement l'avantage de favoriser le discours mais en plus, elles ne l'influencent pas. Avant de terminer l'entretien, nous veillerons par un tour de table, que plus personne ne souhaite ajouter de choses particulières. Avant de quitter la salle, nous remercierons les soignants pour leur participation et nous leur préciserons à nouveau la confidentialité de leurs propos. Nous en profiterons également pour les informer du moment et de la manière dont les résultats leur seront communiqués, s'ils y sont intéressés.

## 2.2. L'échantillonnage

Le terme d'échantillonnage est utilisé pour indiquer que le recueil des données s'effectue sur une partie de la population totale. Comme nous l'avons dit précédemment, le choix du secteur a été orienté dans le but d'éviter un recueil d'informations auprès d'une population non neutre (nous avons exercé notre profession durant seize années dans le même secteur, et dans l'autre secteur nous occupons une fonction hiérarchique) Ce choix a été réalisé sur base d'une proposition de l'infirmier chef de service. Après avoir fixé une date avec l'infirmier en chef de l'unité, nous nous sommes rendu sur place et avons rencontré la majorité de l'équipe soignante. Le jour du rendez-vous coïncidait avec une journée de réunion. Ceci, afin d'avoir le maximum de personnes présentes. Les critères d'inclusions leur furent présentés : ceux-ci consistent à, faire partie de l'unité X mais également faire parti du personnel de nursing. Excluant de ce fait : les patients, les techniciennes de surface, l'aide logistique, le personnel paramédical et le médecin. Sur la totalité de l'équipe présente, soit huit personnes sur treize. Sept se sont inscrites après avoir reçu de plus amples informations, la huitième, nous révélant qu'elle serait en congé annuel au moment de la réalisation de l'entretien. Dans l'échantillon prévu, une personne se désistera quelques jours avant l'entretien, invoquant le fait qu'elle habitait trop loin et, étant en repos ce jour là, le bénéfice des heures supplémentaires qu'elle ferait, couvrirait seulement son déplacement.

De cette façon, utilisant une méthode qualitative et ne recherchant nullement la généralisation, nous nous retrouvons face à un échantillon significatif, appelé échantillon de convenance ou encore échantillon spontané ou de volontariat. Il n'est pas formalisé et est



utilisé pour avoir des avis, des comportements et non pas pour dénombrer. Celui-ci est composé de :

**Tableau 3 : composition de l'échantillon**

Nombre de participants	Noms	Sexe	Diplôme	Années d'expérience
1	Personne A	Féminin	Infirmière A1	20
2	Personne B	Féminin	Infirmière A2	2
3	Personne E	Féminin	InfirmièreA2	1
4	Personne G	Féminin	Infirmière A1	8
5	Personne H	Masculin	Surveillant	27
6	Personne S	Féminin	Infirmière A2	16

### 2.3. Les biais

En collectant l'information, nous constatons que nous pouvons rencontrer différents risques de biais qui peuvent affecter la fiabilité des données collectées. Pour rappel, un biais est un moyen détourné, une manière de contourner un obstacle ou un problème. En méthodologie, il est une erreur dans la méthode, un non-respect des règles de protocole, ce qui peut engendrer des résultats erronés. Ainsi, les biais que nous avons pu rencontrer sont de différents ordres.

- Le choix de l'endroit de recueil. En effet, nous orientons notre choix de faire les entretiens au sein de l'établissement où nous travaillons. Cependant, il est important de signaler que le centre hospitalier où nous exerçons, se scinde en trois secteurs distincts tant d'un point de vue géographique que dans ses spécificités de population. Ayant travaillé seize années en « admissions » et étant cadre faisant fonction depuis plus de deux années, nous considérons que réaliser l'enquête dans un de ces deux secteurs (Clinique les « Fougères » et la Maison de Soins Psychiatrique) représenterait un biais trop important. C'est pourquoi, nous orientons notre choix vers le secteur de Défense Sociale car nous n'y avons jamais travaillé, que ce secteur est éloigné géographiquement des deux autres et que nous y sommes très peu, voire pas du tout connus (l'établissement regroupe environ six cents membres du personnel).
- Le choix du moment, du temps et du lieu. Après avoir rencontré les infirmiers en chefs, il s'avère que le mois de mai et juin sont propices à la programmation des

entretiens. Au delà, du fait des périodes de congés annuels, cela s'avérerait impossible. Les entretiens sont donc programmés le vingt deux mai ainsi que le douze juin. Ceux-ci seront d'une durée annoncée et pouvant osciller entre soixante et septante cinq minutes. Le recueil des informations se fera à treize heures dans les deux pavillons. Cette heure correspond à la présence maximale des effectifs de l'équipe, tout en limitant les heures supplémentaires. Le choix d'un local pour l'entretien s'est avéré quant à lui plus problématique : l'identification dans le site de l'établissement, d'un endroit calme, ne reflétant pas une image hiérarchique trop importante (bureau du directeur, salle de réunion uniquement réservée à l'encadrement, etc.) devait aussi, de part le fait que l'on se situe en Défense Sociale, prendre en compte et respecter certains aspects sécuritaires. Finalement, après négociations, un local du pavillon (le local polyvalent aux paramédicaux), qui n'a pas de représentation hiérarchique importante, a pu être trouvé.

- La non représentativité de l'échantillon. Ce biais doit être un sujet d'inquiétude dans les études quantitatives. Dans ces cas, une vérification doit être effectuée afin de s'assurer que l'échantillon enquêté est suffisamment grand et représentatif de la population mère. Dans notre situation, il s'agit d'une étude qualitative, l'échantillon est constitué sur base de volontariat et n'est donc de ce fait pas représentatif de la population mère. Les résultats ne pourront dès lors y être inférés. Nous sommes naturellement conscients que les principales limites de ce genre d'entretien sont que les résultats obtenus ne puissent être utilisés comme étant représentatifs de l'opinion de la communauté. Ils indiquent seulement une rangée d'opinions et non la distribution des opinions. Nous en tiendrons compte dans nos conclusions
- Le biais de confirmation. Ce biais concerne l'ensemble des approches de collecte de données. Il résulte de la tendance à rechercher des preuves qui soient cohérentes avec la logique d'intervention, au lieu de rechercher des preuves qui pourraient la réfuter. Dans notre cas, nous partons d'une problématique interrogative et neutre d'orientation. De plus ce biais maintenant reconnu pourra être contourné par la rigueur lors de la conception du guide d'entretien ainsi que lors de l'analyse du contenu.
- La désidérabilité sociale. En méthodologie de recherche, ce concept désigne le biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. C'est un

mécanisme psychologique qui peut s'exercer de façon implicite, sans qu'on en ait conscience, ou au contraire être le résultat d'une volonté consciente de manipuler son image aux yeux de ses interlocuteurs. Ce concept est particulièrement pris au sérieux lorsqu'on utilise la démarche de l'enquête. En effet, si on n'y prend pas garde, cela introduit un biais dommageable au niveau des résultats. Citons, à titre d'exemple le lavage des mains chez les soignants. Sans pouvoir l'exclure, nous espérons que dans le débat, la spontanéité et l'interactivité, limiteront cet aspect. Cependant une technique nous apparaît utile afin de minimiser l'impact de ce biais. La non implication des sujets : les personnes interviewés sont appelées à verbaliser, non pas sur une situation propre à leur unité mais bien sur cette même situation mais qui pourrait arriver dans une autre unité. De ce fait, ils peuvent se permettre de s'exprimer, sans prendre le risque d'être perçu sous un jour défavorable.

- L'autocensure. Dans certains cas, les personnes interviewées peuvent être réticentes à répondre librement aux questions, simplement parce qu'elles ressentent un risque. Elles ont tendance à exprimer strictement le point de vue de leur institution ou de leur hiérarchie. Ce biais est traditionnellement combattu par une garantie de traitement confidentiel des réponses.
- L'induction des réponses. La manière dont nous posons les questions ou nos réactions aux questions peut générer un biais. L'ordre des questions peut également changer le contenu des réponses. Ce biais sera limité en faisant preuve de rigueur lors de l'élaboration des questions ; nous veillerons à ce que celles-ci soient ouvertes et neutres. En outre, elles seront expérimentées lors du ou des pré-tests.
- Les facteurs d'influence. Comme nous le savons, la communication se construit dans un jeu d'influence entre les partenaires, quel que soit le type d'entretien. A cet effet, nous devons être vigilants face aux facteurs d'influence (notre attitude, nos opinions et valeurs, notre expression verbale, etc.). La connaissance de ces mécanismes, combiné à l'enregistrement du pré-test, ont facilité le travail de repérage et de correction de la majorité de ceux-ci.
- La double subjectivité : celle de l'interviewé et celle de l'enquêteur. En effet, le discours de la personne se construit à partir d'informations reçues et transformées par

son expérience, son vécu, son histoire, avant mais aussi durant cette rencontre. En conséquence, les informations transmises par le groupe ne peuvent se prétendre d'une quelconque objectivité.

Nous estimons que nous devons considérer ces biais avec attention et tenter d'élaborer des stratégies qui tentent, si pas de les supprimer, tout au moins de limiter leurs effets. Cette démarche a pour but d'améliorer la fiabilité de la collecte de données, de mesurer la qualité de l'évaluation et de pouvoir comprendre les limites des conclusions qui reposent sur des données de fiabilité faible. Cette étape réalisée, nous pouvons envisager l'élaboration du guide d'entretien.

## **Chapitre 3 : CONSTRUCTION DU GUIDE DE L'ENTRETIEN**

Au gré de nos lectures, rencontres et conversations, certaines choses nous sont apparues. Ainsi la notion de stress s'avère être polymorphique et polysémique pour la majeure partie des personnes rencontrées. En effet, d'une part, la notion de « stress » regroupe, pour les personnes interrogées, un condensé des autres facteurs principaux d'absences. D'autre part, les conditions de travail ainsi que l'organisation du travail et du temps de travail, semblent très importants dans le milieu hospitalier<sup>77</sup>. Parallèlement, notre démarche conceptuelle nous a également permis de dégager les sous thèmes, ceux-ci représentant les « attendus ».

De la sorte, les thèmes que nous allons investiguer sont :

- le contenu et les conditions de travail,
- l'organisation du travail,
- l'organisation du temps de travail.

Ceux-ci seront abordés dans l'ordre donné par l'auteur et développés lors d'entretiens semi-directifs. Les questions qui vont suivre sont issues des observations et affirmations émanant du volet théorique.

### 3.1. Le contenu et les conditions de travail

Lors du chapitre six, nous avons pu relever au travers du rapport d'enquête de la D.R.E.E.S.<sup>78</sup> certaines conditions de travail ressenties comme problématiques pour les soignants. De manière synthétique, ceux-ci comprenaient : Le caractère relationnel étroit avec les patients, les tensions entraînés par la variété des publics (patients, familles, visiteurs) en contact avec les soignants, l'exposition aux agressions verbales et physiques, la crainte de sanctions, liées aux erreurs professionnelles ainsi que la dégradation de l'environnement de travail. Afin de vérifier la présence de ceux-ci la question suivante sera posée :

« Pouvez vous me détailler les conditions de travail dans lesquelles vous travaillez ? »

D'autres questions pourront être posées si les sous thèmes ne sont pas abordés spontanément.

---

<sup>77</sup> LETEURTRE H., op. cit., p 27.

<sup>78</sup> Rapport d'enquête de la D.R.E.E.S., op. cit., p.30.

De la sorte, les techniques de soins, la technicité accrue de la profession limitent l'autonomie et la marge de manœuvre du personnel, celui-ci se conformant souvent aux protocoles et consignes prévus. Ces tâches protocolées sont certes nécessaires à la sécurité ainsi qu'à la qualité des soins mais cette répétitivité des tâches empêche toute créativité. L'organisation du travail, telle qu'elle apparaît, ne favorise pas la réflexion sur les pratiques, les projets, les formes de régulation. De cette façon, les questions suivantes pourraient être posées :

- Pouvez-vous décrire le type de travail que vous devez réaliser ?
- Ces tâches quotidiennes incluent-elles un certain degré de variété ?
- Quel degré d'implication vous est demandé ?

De manière identique, nous avons abordé l'importance pour le personnel de se sentir bien dans l'équipe où il se trouve, qu'il soit motivé dans le travail qu'il accomplit, qu'il comprenne les objectifs à atteindre et se sente impliqué, reconnu, voire même valorisé dans l'accomplissement de ses tâches. Nous avons également relevés l'importance de ces perceptions. Et cela d'autant plus que l'on remarque la corrélation entre l'absentéisme et la démotivation, le désinvestissement, la démission passive au travail. De cette façon, les questions complémentaires suivantes pourraient être posées :

- Existe-il des possibilités de suivre des formations ? Sont elles valorisées ?
- Existe-t-il des pics d'activités ? Quand ont-ils lieu ? Comment sont-ils gérés ?
- Que pensez-vous de l'appréciation reçue de vos supérieurs en comparant vos efforts à ceux de vos collègues ?

### 3.2. L'organisation du travail

L'importance de l'organisation a déjà été abordée en même temps que le point précédent. Cependant nous complétons cela par le fait que les jeunes recrues manquent souvent de repères, que la transmission et le renouvellement des compétences s'opèrent difficilement. Suite à cela, les questions suivantes pourraient être posées ;

- Comment est géré le planning journalier ?
- Qui effectue la répartition quotidienne ? Pouvez-vous intervenir dans celle-ci ?

Quelques exemples de questions si les sous- thèmes ne sont pas abordés spontanément.

- Quelles sont, selon vous, les difficultés éventuelles dans ce domaine ?

- Avez-vous une totale liberté dans la gestion de votre travail ou êtes-vous tenus à certaines contraintes (ritualisation des tâches?) Expliquez.
- Y-a-t-il eu communication sur les attentes à votre égard ? Si oui, quelle est-elle et quand a-t-elle lieu ?
- Y-a-t-il communication sur vos prestations ? Si oui, quelle est-elle et quand a-t-elle lieu ?

### 3.3. L'organisation du temps de travail

Comme nous le savons, le personnel soignant est dans sa majorité soumis à des horaires à pauses. Ceux-ci sont en quelque sorte décalés par rapport à la société. Dès lors, ceux-ci mettent en péril l'équilibre parfois déjà fragile entre la vie professionnelle et la vie familiale. Or, la tendance ascendante veut que le personnel tente de concilier la vie professionnelle et la vie familiale, ce qui signifie qu'il n'est plus prêt à travailler dans n'importe quelles conditions. Parallèlement, les tensions à l'intérieur des équipes se sont accrues, la principale cause étant la diminution des temps de chevauchements des équipes de soins, la diminution des temps de rencontre a réduit la communication au strict passage des informations concernant les patients. Ces conditions mettent en évidence pour la majorité des soignants le sentiment de sur-densification des soins. De cette façon, la question suivante sera posée :

Comment s'organise votre horaire ? Est-il régulier ? En fonction de quels impératifs ? D'autres questions complémentaires seront posées si les sous thèmes ne sont pas abordés spontanément :

- Etes-vous consultés pour l'élaboration du planning des horaires ? Si oui, comment ?

Cette question abordera donc de la possibilité pour le soignant, de pouvoir concilier sa vie professionnelle et familiale.

- Existe-t-il une procédure de rappel pré-établie ? En quoi consiste-elle ? Est-elle équitable ?

Cette question traitera du sentiment d'équité. Celui-ci a été développé en détail dans le chapitre cinq.

- Estimez vous bénéficier de suffisamment de temps pour terminer votre travail ? A quoi cela est-il dû ?

Cette question traitera du sentiment de sur-densification du travail.

- Hormis la maladie, quelles sont, selon vous, les origines majeures des arrêts maladie au sein des services ?

De la sorte, nous avons donc constitué et justifié les questions composant notre guide d'entretien. Cependant, après avoir justifié le choix des questions, nous devons le valider par un pré-test. De cette façon, nous pourrions donc vérifier si notre façon de présenter l'outil est acceptable, perçue comme crédible et retenant l'attention. De même, cela permettra aussi, de savoir si le public cible se sent concerné et enfin, si les questions sont clairement comprises.



## **Chapitre 4 : PRE-TEST DE L'ENTRETIEN DE GROUPE ET AMELIORATION**

Le pré-test permet de présenter et de soumettre l'outil à un groupe faisant partie de la clientèle visée. Il permet d'apporter des modifications à l'instrument de recueil avant la phase de production. Mettre à l'épreuve le guide de l'entretien auprès de groupes de personnes issus des publics cibles, de collègues dont on connaît le bon jugement, devient alors une nécessité, une preuve de rigueur et in fine, un atout.

### 4.1. Au niveau du positionnement de la caméra

Durant le pré-test, la caméra se situait face à nous. En ce sens, cela nous a permis d'apprécier notre prestation d'animateur. De la sorte, nous avons pu remarquer certaines choses :

- notre faciès trahissait parfois nos sentiments lors de certaines remarques émises par les interviewés,
- notre gestuelle était parfois non adaptée (main devant la bouche, derrière la tête,...),
- à une reprise au moins, nous avons effectué une digression qui relevait plus de la relation d'aide que de la collecte d'informations.

De manière parallèle, nous avons également constaté que la qualité du retour sonore est de moindre qualité lorsque les participants tournent le dos à la caméra. Si la disposition de la pièce le permet, la caméra devra être positionnée latéralement ou face au groupe, et ce afin d'optimiser l'enregistrement sonore et d'apprécier les expressions non verbales des personnes interviewées. Les plus évidentes étant que certains interviewés ont froncés les sourcils et tendus l'oreille lorsque je parlais. Afin de pallier à ce problème nous devons élever le ton de notre voix. Des bâillements ont été constatés en fin d'entretien. Ceci, nous rappelle que dès que l'on dépasse les soixante minutes, la concentration commence à faiblir et la fatigue à s'installer. Nous avons également constaté que certaines personnes levaient les sourcils, marquant de ce fait leur incompréhension lors de certaines questions. Ces signes physiques ont été accompagnés de remarques comme « hein ? » ou « quoi ? ». Ces questions seront donc modifiées dans le point suivant, afin qu'elles soient plus compréhensibles. Faute d'expérience en la matière, n'avons pas poussé l'investigation plus loin.

#### 4.2. Au niveau des questions

Après avoir soumis ces questions au groupe-test, il apparaît que le premier item, à savoir les conditions de travail, pose question au groupe. La question de départ apparaît comme trop vague mais des précisions risquent d'orienter les réflexions des personnes interviewées. De plus, pourquoi aborder ce thème, comme l'auteur<sup>79</sup>, en premier choix et pas les autres ?

Consécutivement à ces réflexions, nous prenons donc la décision de soumettre les trois questions, à savoir :

- Pouvez-vous me détailler vos conditions de travail actuelles ?
- Comment est géré le planning journalier ? Qui effectue la répartition quotidienne ? Pouvez-vous intervenir dans celle-ci ?
- Comment s'organise votre horaire mensuel ? Est-il régulier ? En fonction de quels impératifs ?

Dans ce pré-test, d'emblée, ces trois questions seront présentées oralement au groupe, telle une question inaugurale. Ceci, afin de lancer la dynamique de celui-ci plus facilement. Le groupe revenant d'emblée sur la première, celle-ci a été choisie comme question inaugurale par le groupe. Cependant, elle s'avère encore trop floue, trop vague : les participants se limitent en effet à quelques aspects. Afin de ne pas se priver de son impact, deux autres questions viendront en appui de celle-ci :

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien dans votre travail ?
- Quelles sont les facilités que vous rencontrez au quotidien dans votre travail ?

Une autre question pose problème en effet, la question « Que pensez-vous de l'appréciation reçue de vos supérieurs en comparant vos efforts à ceux de vos collègues ? », suscite l'incompréhension du groupe. Elle sera remplacée par « Est ce que vous avez l'impression d'être apprécié à votre juste valeur par vos supérieurs »

#### 4.3. Au niveau de la conduite de l'entretien

La crainte par rapport au retour à la hiérarchie a été abordée, certes de manière ironique, mais au moins à cinq reprises, gageant ainsi de l'importance du sentiment.

---

<sup>79</sup> LETEURTRE H., op. cit., p. 27.

Les tendances à la digression sont régulières et nécessitent de la part de l'interviewer une constante attention. En effet, nous ne pouvons nous contenter de poser les questions et d'enregistrer les réponses.

Demander à chacun de parler à tour de rôle relève parfois de l'utopie. En effet; lorsqu'un intervenant soulève un point en particulier, il s'en suit un flot de réactions émanant des autres. En ce sens, la dynamique de groupe est lancée mais le flux des réactions doit être canalisé. Afin de ne pas prendre le risque que les réactions brutes et spontanées ne disparaissent, ces réactions collégiales ne sont pas coupées immédiatement.

Ce passage obligé qu'est le pré-test, nous fait de nouveau découvrir des éléments dont nous ne nous doutions pas où dont nous ne soupçonnions pas l'importance. Tenir compte de ces éléments et tenter de les maîtriser est donc non seulement un gage de rigueur mais également une étape supplémentaire pour le bon déroulement des étapes à venir. C'est à dire la réalisation de l'entretien et l'analyse du contenu, qui s'en suit.

## Chapitre 5 : ANALYSE DE CONTENU

Suite à la retranscription des propos de l'entretien, nous abordons l'analyse du contenu. A cette fin, nous optons pour la plus courante de celle-ci, c'est-à-dire l'analyse catégorielle. Cette analyse se présente sous une réorganisation résumée du contenu et permet après différentes étapes d'aboutir à une représentation du contenu. En ce sens, nous nous orientons vers l'analyse thématique permettant de repérer des noyaux de sens, des concepts. Cette catégorie d'analyse présente des risques, tels que l'appauvrissement du texte, le non repérage du thème, l'orientation des propos lors de la reformulation. Cependant elle est souvent utilisée dans les études d'opinion, de comportement, de motivation, issues d'entretiens semi-directifs. Le grand avantage de cette analyse étant la mise en lumière possible de l'inattendu.

A cet effet, nous avons opté pour une analyse sous forme de tableau à trois colonnes<sup>80</sup>. Dans la première, se trouvaient les propos des personnes interviewées. Dans la seconde, des lettres représentant chacune une des personnes interrogées. Enfin la troisième colonne reprenant les thèmes principaux. Ce décor planté, passons maintenant au processus : dans la première colonne, chaque fois qu'une unité de sens est repérée, elle est « coupée » et déplacée dans la troisième colonne sous le thème correspondant. De la sorte, il ne restera dans cette première colonne, soit des éléments non classables actuellement, soit des éléments « inattendus », mais bien recherché dans cette analyse. La comparaisons entre les conditions de travail important aux yeux du personnel hospitalier relevées dans le volet conceptuel et celles relevées au travers de l'analyse, nous fera, si pas découvrir de nouveaux inattendus, des spécificités au service étudié.

---

<sup>80</sup> Voir annexe 7.

## Chapitre 6 : INTERPRETATIONS

Consécutivement à l'analyse et exploitation du contenu, nous nous proposons de débiter l'interprétation. Pour rappel notre questionnement de départ était : « Qu'est-ce qui peut bien pousser un membre du personnel soignant du service X , du secteur de Défense Sociale du Centre Hospitalier Psychiatrique de Tournai, à s'absenter plutôt que de se rendre à son travail ? ». Cette problématique se proposait d'être abordée au travers de trois thèmes :

- le contenu et conditions de travail,
- l'organisation du travail,
- l'organisation du temps de travail.

Sur base de cela, lors de l'élaboration des conclusions, nous pourrions vérifier si ces trois thèmes sont perçus comme générateurs de déséquilibres ou d'iniquités ou de stress pouvant déboucher sur des comportements de fuite ou de rééquilibrage.

Au travers des conditions de travail considérées comme problématiques et mentionnées spontanément par le personnel interrogé, nous pouvons remarquer que le travail au sein de ce pavillon est considéré comme routinier, que cette routine est rassurante pour les patient et dans une moindre mesure pour le personnel. La majorité, reconnaît le manque d'attrait du travail et comprennent que l'une d'entre elle demande à partir. Ils estiment, pour la plupart que les causes principales sont la lourdeur de l'aspect administratif et judiciaire. Celles-ci étranglent les initiatives et la spontanéité des actions.

De manière identique, les moyens financiers limités des patients ; sont considérés de manière unanime comme un frein pour les activités extérieures. Pour la moitié de ce groupe, ce frein est également valable pour le personnel ; cette moitié de groupe bravant même le règlement en « améliorant » les activités. Cependant, une partie s'estime lésée par rapport à des unités possédant des rentrées d'argent non déclarées facilitant les possibilités d'activités. De manière collégiale, ils disent que quelques activités sont néanmoins instaurées afin de « briser cette monotonie » mais que le fait que les patients psychotiques restent hospitalisés assez longtemps, a pour effet la ritualisation et l'essoufflement des activités.

Nous pouvons discerner le manque d'information en ce qui concerne la possibilité de suivre des formations au sein et à l'extérieur de l'établissement : cela, tant dans les conditions d'accès que du choix des formations .Ainsi, une minorité semble au courant de la

possibilité de suivre la formation psychiatrique interne. En revanche, le groupe semble ne faire allusion qu'à la formation physique de gestion d'un patient agité « CAMP<sup>81</sup> ». Nous pensons que cela est probablement induit par son caractère obligatoire. Néanmoins, une partie du groupe estime que le choix de la direction, en ce qui concerne cette formation, est non adapté au sexe féminin et que sa mise en place a pour but de rassurer le personnel.

La notion d'équité est aussi abordée par le groupe. Celle-ci se fait à deux niveaux : le travail et le salaire. De la sorte, si la perception de l'équité au niveau de polyvalence des postes de travail semble faire l'unanimité dans le groupe. Il n'en va pas de même pour l'équité du salaire. En effet, si la majorité des soignants estime que le salaire est fonction des études et responsabilités, il n'en va pas de même pour certaines infirmières A2. Elles estiment inéquitable la différence de salaire avec d'autres collègues du même corps infirmier (A1). Elles estiment faire le même travail et endosser les mêmes responsabilités. A ce stade ci, nous sommes un peu surpris par ces réactions : en effet si la différence salariale entre certaines infirmières est bien réelle, nous pensions que cette différence se serait marquée non pas au niveau des infirmières mais au niveau des non infirmiers (éducateurs, aides-soignants). Or ceux-ci comprennent que leur salaire est proportionnel à leurs études.

Autre thèmes abordés : le manque de locaux. Force est de constater que celui-ci est assez évident dans cette unité. Nous pouvons dès lors considérer que la polyvalence de certains locaux pose de réels problèmes au personnel, tant au niveau intimité qu'au niveau de l'hygiène (le bureau du personnel sert également de vestiaire, de réfectoire et de lieu d'entretien). Ces constatations, bien qu'érodées par le temps et l'habitude, sont néanmoins toujours présentes à divers degrés dans le groupe. En ce sens, nous ne pouvons qu'observer que cela ne constitue pas le meilleur environnement pour travailler.

Consécutivement à cette analyse, nous pouvons constater que le mythe de la Défense Sociale avec sa réputation de grande dangerosité et de violence est toujours bien présent. Seules les personnes ayant eues une expérience sur le C.H.S<sup>82</sup>. attestent le contraire, en s'estimant plus en sécurité que sur l'autre site de l'hôpital. Nous notons que malgré que la population de l'unité soit considérée comme « calme », le potentiel violent de ces patients fait que la vigilance reste de mise. Cette tension permanente est renforcée à certains moments de la journée du fait de l'état de vigilance des patients. En ce qui concerne la pause de l'après midi, nous remarquons, que la répartition en nombre et selon le sexe du personnel est contestée. L'effectif y est jugé insuffisant, ainsi que l'absence de présence masculine. Ces

---

<sup>81</sup> Contrôle. Agressivité. Maîtrise. Physique.

<sup>82</sup> Centre Hospitalier Spécialisé.

deux facteurs étant relevés comme générateur de stress et de déséquilibre. Cette constatation peut en partie trouver son explication par le fait que, d'une part la présence importante de la gente féminine et d'autre part, par les changements effectués entre les membres du personnel. L'importance de la présence masculine est néanmoins tempérée par le personnel plus expérimenté. En effet, ils attestent que la relation de confiance vis-à-vis du collègue est prédominante au sexe de celui-ci.

A l'ordre des conditions de travail problématiques, nous pouvons percevoir, de manière évidente, que le rythme de nuit est considéré de manière différente que le rythme de jour. Si le groupe est mitigé dans son positionnement face aux appréhensions, deux aspects nous interpellent en tant que cadre. Primo, les mesures de sécurité ne semblent pas faire l'unanimité auprès du personnel soignant. Secundo, bien que ce temps de veille soit occupé tant bien que mal par le personnel, nous notons l'absence de planification de travail régulier durant cette période.

Autre points abordés dans ce chapitre relatif aux conditions de travail, les relations pluridisciplinaires. Ainsi, dans cette unité, le contact avec les paramédicaux semble relativement rare, si ce n'est en réunion. La principale cause étant la démission passive des paramédicaux. Celle-ci serait consécutive à la chronicité et l'apathie de la population. Le sentiment émis par une partie du personnel, selon quoi le nursing serait livré à lui-même, prend probablement une partie de ses sources dans ce désengagement.

En ce qui concerne le médecin, force est de constater que sa présence n'est pas quotidienne. Il vient principalement le jour de la réunion. Cette fréquence apparaît problématique pour le personnel, du fait de la concentration des demandes ce jour là. De plus, lors de cette réunion, les avis du médecin et de l'équipe sont parfois contradictoires, ce qui a engendré parfois des tensions. Cette opposition de positions peut en partie s'expliquer par la différence de présence de ces intervenants. Actuellement, après insistance et justification, le positionnement du médecin tient compte de l'avis et du vécu de l'équipe. En dehors de cette période, l'appel au médecin n'est pas systématique. Obligeant dès lors, les soignants à prendre des initiatives. Celles-ci apparaissent très limités en nombre et en importance, du fait que les décisions importantes, telles : les congés, les sorties ville, etc. doivent être planifiées et soumises à la commission de Défense Sociales préalablement.

Pour terminer, le statut du soignant dans le secteur de Défense Sociale est abordé. De manière générale, cette ambivalence des rôles est affublée par le personnel de « double casquette ». en effet, la difficulté à naviguer entre le rôle de soignant avec celui de « maton punisseur » s'avère très problématique pour la majorité du personnel. Dans ces conditions, la

relation d'aide, de compréhension des comportements, sont vécues comme plus malaisée à instaurer face au réflexe restrictif-punitif. Celui-ci étant renforcé par les décisions de la Commission de Défense Sociale. Cependant cette ambivalence n'est pas partagée par tous. Une minorité estimant que la spécificité de la population nécessite un cadre spécifique et que celui-ci est prédominant par rapport au reste.

En ce qui concerne l'organisation du travail, l'analyse de cet item, nous a fait apparaître clairement que la répartition de la charge de travail est absente de cette unité. Or, la lecture de l'A.R<sup>83</sup>. du treize juillet deux mille six nous confirme que celle-ci fait partie des rôles et missions de l'infirmier en chef. En ce sens, nous trouvons que ce manquement du cadre doit être comblé. D'autant plus que la non gestion de cette activité a des effets non structurant pour le personnel et les patients. Certaines personnes disant être tributaire de leur collègue, d'autres disant travailler « au feeling » Dans une telle incertitude : comment, en l'absence de lignes de conduites claires, orienter correctement les nouveaux membres du personnel ? Comment connaître son rôle, son utilité ?

De cette façon, l'instauration de la répartition des tâches, ou en d'autres termes qui fait quoi, où, quand, comment et avec qui, est vivement souhaitée par la majorité des soignants pour ses effets d'harmonisation de la charge de travail sur l'ensemble du personnel de la journée. Parallèlement, les tensions entre membres du personnel concernant ce point seront atténuées. Ne connaissant que superficiellement le service, nous nous gardons de faire des jugements hâtifs concernant ce point précis. Nous notons cependant qu'une demande identique a été faite par une partie de l'équipe en ce qui concerne le travail de nuit. En tant que cadre, nous nous posons la question suivante « Qu'est ce qui peut bien pousser le cadre à ne pas réagir à cette demande ? ».

Le traitement du sujet relatif à la communication sur les attentes envers le personnel et prestations, nous fait apparaître assez rapidement un aspect inattendu. En effet, toutes les personnes interrogées, amalgament cette rencontre avec le cadre comme une évaluation. Au sein de l'unité, cette technique n'est guère pratiquée. Une seule personne nous révélant avoir été évaluée mais, cela avant sa venue dans le service et dans le cadre d'un renouvellement de contrat. Ce dernier point souligne l'apparition de nouveaux inattendus : si la totalité du groupe assimile cette rencontre à une évaluation, une majorité est également convaincue que celle-ci se fait de manière « dissimulée », et en l'absence du principal

---

<sup>83</sup> Arrêté Royal.



intéressé. Enfin, notons une croyance récurrente qui veut qu'elle soit réservée : soit aux nouveaux, soit lors des renouvellements de contrat de travail, ou lorsque l'encadrement à quelque chose de négatif à dire vis-à-vis du soignant. Nous constatons donc un double problème de communication : le premier étant du domaine de l'institution, elle concerne la démystification de l'évaluation et de sa connotation négative. L'évaluation doit servir à l'évolution et non servir de sanction. Le second, relevant de l'infirmier en chef, étant ; qu'en l'absence de dialogue entre le cadre et le soignant concernant les attentes qu'il a à son égard, comment les soignants peuvent ils avoir des lignes de conduites communes ? La majorité des intervenants travaillant au « feeling ». Cela génère un climat d'incertitude empêchant le soignant d'évoluer. Car quoi qu'il fasse, il ne sait pas si cela est correct ou pas. Ce constat est d'autant plus flagrant que la majorité des soignants adhèreraient à ce type de rencontre avec le cadre. En plus d'être rassurant, valorisant dans leur manière de travailler cela leurs permettraient de travailler les points à améliorer mis en évidence lors de ces rencontres. Ce type de communication serait donc perçu comme une reconnaissance de leur implication et serait de nature à développer leur autonomie.

Dernier thème abordé, l'organisation du temps de travail. En ce qui concerne l'organisation du tableau de service, nous pouvons vérifier que le cadre accorde beaucoup d'attention à la prise en compte des désidérats du personnel de l'unité. Cette gestion participative est considérée comme importante et est appréciée par tous. Ainsi que nous l'avons vu dans le volet théorique, le personnel soignant est dans sa majorité soumis à des horaires commençant tôt le matin ou terminant tard le soir, parfois même il est appelé à travailler de nuit. Ces horaires à pauses sont en quelque sorte décalés par rapport à la société (horaire des écoles, des administrations, des loisirs, etc.). L'équilibre entre la famille et le travail est de cette façon remis en cause. Dans le cas de cette unité, ce style de gestion débouche sur un consensus permettant de respecter au mieux l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée des soignants. Cependant, nous estimons que cette perception idyllique de la conception de l'horaire, même si elle s'avère très importante pour le bien être du travailleur, ne doit pas faire oublier au cadre les autres aspects et spécificité de l'unité (cf. l'item sécurité). La nécessité de prester un service de nuit est relevée par certains membres du personnel comme une contrainte.

Lorsque nous approchons la connaissance et le sentiment d'équité au travers des procédures de rappel, nous découvrons que la procédure de rappel concernant le trio d'unités est bien planifiée par l'encadrement et bien connue du personnel. Cependant, nous constatons

la non homogénéité de l'application de la procédure : l'unité étudiée, sous prétexte que les absences y sont peu nombreuses, gère ses absences de manière interne, sur base du volontariat. Cette attitude, qui de prime abord, peut paraître louable présente des effets pervers. En effet, le personnel s'inscrit doublement dans la procédure de rappel : une première fois pour son unité, une seconde fois pour l'ensemble des trois unités. Cette procédure prévoyant une personne supplémentaire (dite « étoilée »), en plus d'avoir un coût financier, ne fait guère l'unanimité chez les soignants. En effet, cette procédure est jugée inéquitable ; certains trouvant qu'ils doivent toujours aller dépanner le même service. D'autres, spécifiant des irrégularités dans la fréquence des personnes désignées D'autres encore, estimant que cette procédure pénalise, d'une part la personne « étoilée » car celle-ci ne pouvant rien planifier comme travail et d'autre part, le personnel présent qui ne peut prendre congé ce jour là malgré le respect des normes de présences minimales. Bien que les personnes interrogées pensent à d'autres solutions, pragmatiquement, certains reconnaissent les raisons de ces mesures. Ils sont conscients que cette solution n'est guère idéale mais d'un autre côté, elle apporte une stabilité de l'horaire du personnel et est de loin préférable au rappel de dernière minute. Celui-ci étant très mal vécu par la majorité des soignants

Quant aux causes d'absences autre que la maladie elle-même, l'importance de l'ambiance de travail est avancée par la majorité du groupe comme facteur potentiel d'absence. Plusieurs personnes mentionnant qu'ils leur seraient difficiles de venir travailler dans une mauvaise ambiance. Dans ce cas ci, il apparaît que la perception de ce sentiment de bonne entente développe la solidarité et favorise l'autonomie de l'équipe. Cette dernière ne se traduisant pas uniquement dans le remplacement interne de personnes absente, mais également dans la gestion quotidienne de l'unité. La gestion unilatérale du tableau des horaires du personnel est également mise en évidence comme un élément perturbant l'équilibre des soignants. En effet, comme nous l'avons abordé dans le volet théorique, la tendance actuelle s'oriente vers le fait que le personnel tente de plus en plus à concilier sa vie professionnelle et sa vie privée : ce qui signifie ne plus travailler dans n'importe quelles conditions. Ce qui pousse une partie des soignants à dire que si les conditions de travail étaient moindres, cela pourrait jouer sur la présence au travail. De manière inverse nous avons trouvé une personne qui relève l'impact de la situation familiale sur son travail et potentiellement sur les absences. D'autres, affirmant que certains ne sont plus prêts à faire des concessions pour leur travail. En cas de non obtention de leur désirat, ils pourraient « se mettre en maladie ». Or, quand on connaît le poids cumulés de l'absentéisme gris et noir, l'aspect relationnel entre le cadre et son équipe n'en est que d'autant plus important. De ce

fait, nous estimons que la communication des décisions, des orientations doivent à tout prix être expliqué à l'équipe. Pour notre part, certaines décisions ou orientations doivent être transparentes. Ceci, afin d'éviter le phénomène de « pensées magiques », d'autant que la majorité du groupe accepterait les décisions si celles-ci leur sont expliquées et comprises.

Enfin, le style de management est également exprimé et vient renforcer l'aspect de l'ambiance de travail. En effet, un style de gestion autoritaire, trop directif, donnerait l'impression au personnel de ne rien pouvoir contrôler, d'être coulé dans un moule, cela créerait un mauvais climat au sein de l'équipe et peut être à moyen terme, des départs. Cependant, ce style de management n'est pas de mise dans cette unité : tous estiment que le cadre est permissif et adopte souvent une orientation participative. A l'exception près d'une personne, tous estime que son rôle, couplé à son style de management ne doit pas être chose aisée. Leur apparente autonomie leur fait dire que le chef doit intervenir uniquement lorsqu'il y a des problèmes. En dehors de ces périodes, ils estiment que le cadre doit se montrer discret. Une fois de plus, nous constatons qu'il y a amalgame dans la compréhension des termes et des rôles de chacun : le rôle de chef d'unité étant relativement mal connu dans l'unité. Ce qui pousse un soignant à dire que le véritable moteur n'est pas le cadre mais bien l'équipe.

## **Chapitre 7 : CONCLUSIONS PARTIELLES**

Cette démarche que nous pourrions, toute proportion gardée, qualifier «d'audit partiel externe», s'est attachée par l'analyse de contenu de l'interview, à détecter les attendus et inattendus. De la sorte, elle nous a permis de préciser les points forts mais également les points à améliorer. Cette démarche a également mis en lumière des anomalies et les risques dans ce service que nous avons examiné. Ceci rappelons-le à été possible en écoutant une partie des différents acteurs afin de comprendre le système en place ou à mettre en place.

Afin de faciliter la compréhension, il nous apparaît opportun de faire à ce stade, une synthèse des éléments repérés, dans le volet conceptuel, comme conditions de travail important aux yeux du personnel hospitalier mais aussi introduire la manière dont nous avons traité les informations recueillies lors des interviews.

De la sorte, le fait que le personnel soignant s'estime soumis à des conditions de travail exigeantes physiquement engendre que la charge de travail est souvent abordée au travers de sa connotation négative. Dès lors, le personnel estime de ne plus bénéficier de temps suffisant et de collègues en nombre suffisant pour faire correctement leur travail. De ce fait, une partie du temps est récupéré en diminuant le temps passé lors des chevauchements d'équipe. Réduisant la communication entre les membres de l'équipe, ce qui est préjudiciable pour la cohésion, et générateurs de tensions entre collègues. Autre source de tensions, relevée, nous assistons à une montée d'une certaine intolérance vis-à-vis de l'absentéisme des agents. Non seulement cela désorganise le travail mais, les absents ne sont pas toujours remplacés, notamment ceux en arrêt de maladie de courte durée. Ce qui génère un phénomène de glissement des tâches. En conséquence, faute de temps, les nouvelles recrues estiment manquer de repères.

Cet excès, cette surcharge de travail, expose d'une part, le personnel à des risques physiques comme les blessures avec le matériel ou des contacts avec des produits toxiques, et d'autre part, aussi au risque d'erreurs professionnelles. Le fait que celles-ci peuvent occasionner des sanctions, fait que le sentiment de responsabilité reste toujours assez présent en milieu hospitalier.

Nous constatons également la présence d'autres risques pour les soignants. Ainsi l'aspect sécuritaire est abordé. Du fait du caractère de proximité de leur profession, la plupart

soignants se disent exposées à des agressions verbales, et en moindre mesure à des agressions physiques

Les soignants perçoivent également une certaine répétitivité du travail. Celle-ci est liée à la technicité accrue de la profession et limitent l'autonomie et la marge de manœuvre du personnel, empêchant, de ce fait, toute créativité. Une chose entraînant une autre, la conception de la profession s'est également modifiée. En effet, peu à peu, le contenu du travail a privilégié le soin technique aux dépens du relationnel. De manière parallèle, la mentalité a également évoluée, le personnel tente de concilier la vie professionnelle et la vie familiale, il n'est donc plus prêt à travailler dans n'importe quelles conditions.

Enfin, l'environnement de travail est lui ainsi considéré comme important aux yeux des soignants : à titre d'exemple citons le travail à la lumière artificielle, les risques infectieux, les locaux mal adaptés.

Consécutivement à l'entretien, nous sommes passé à l'analyse du contenu : analyser un contenu, c'est rechercher les informations qui sont dans le discours, dégager le sens de ce qui est présenté, formuler et classer tout ce que contient le discours. L'analyse de contenu sert à exploiter de façon totale et objective, les données et informations que l'on a recueillies. En ce sens, elle a une double fonction, une fonction de preuve et une fonction de découverte. Elle s'élabore donc en rapport avec les objectifs et développée en rapport en rapport avec ceux-ci. De manière plus synthétique et pragmatique, les données de l'entretien après avoir été lues, seront découpées en unité de sens (différenciation des idées, ...). Ces catégories seront donc déterminées d'une part, en amont par la démarche conceptuelle. Dans notre cas, elles sont rappelées de manière synthétique ci-dessus. Ces éléments repérés constitueront les « attendus ». D'autre part, elles seront déterminées en aval ; elles sont alors, induite par le contenu.

En effet, si des problèmes communs au volet conceptuel sont bien présents dans les trois facteurs étudiés, des spécificités apparaissent. Ainsi, de manière synthétique, l'approche du contenu et des conditions de travail à permis certes, de vérifier des thèmes identiques, comme le manque de locaux: réfectoire et vestiaire, l'hygiène. Elle a permis également de constater des divergences. La charge de travail s'avère ici également problématique, mais dans le sens inverse : le personnel estimant en effet d'avoir bien assez de temps pour terminer le travail. Par contre, des thèmes comme les tensions avec le réseau social, l'aspect technologique sont absents du fait de leurs pauvretés. De même, certains thèmes identiques mais présentant des causes spécifiques ont pu être mis en évidence, tels :

le sentiment de routine lié à

- la lourdeur administrative,
- aux moyens financiers des patients internés,
- à la pathologie et la durée de séjour des patients.

le sentiment d'insécurité lié à

- la réputation de dangerosité
- l'effectif de certains poste de travail, jugés insuffisant
- l'incertitude quant à l'efficacité des mesures de sécurité comme le digi-alarme, la formation C.A.M.P,....

l'importance de l'ambivalence du rôle de soignant dans un secteur de Défense Sociale.

Dés thèmes spécifiques ont été mis en évidence, comme :

le manque d'information sur la possibilité de suivre des formations.

la pauvreté des rapports entre les différents corps de métiers composant l'équipe pluridisciplinaire c'est à dire : les paramédicaux et le médecin.

Ensuite, l'approche de l'organisation du travail a permis de relever que, contrairement au volet théorique, le travail n'est ici pas considéré comme physique, que le sentiment de responsabilité est moindre du fait que les décisions sont prises par la Commission et le médecin. Nonobstant, l'analyse de cet item a permis de révéler de manière spécifique:

le désir du groupe de voir s'instaurer le système de planification et de répartition de la charge de travail,

le désir du groupe de travailler de manière commune,

le désir du groupe de créer des espaces de rencontre réguliers avec le cadre, afin de dresser un bilan de fonctionnement individuel et discuter des attentes du soignant.

Enfin, l'approche de l'organisation du temps de travail à permis de relever :

la bonne connaissance de la procédure de rappel sur le site c'est à dire, pour les trois unités.

le fonctionnement personnalisé de l'unité en ce qui concerne les remplacements internes, lors d'absences de membres du personnel.

le sentiment de non équité en ce qui concerne la fréquence de la personne désignée « étoilée ».

Trois causes importantes, émises par le groupe comme pouvant générer de l'absentéisme.

Celui-ci serait lié à :

- La mauvaise ambiance de travail
- Le non respect des desideratats dans la confection de l'horaire

➤ Le management non participatif et autoritaire.

Suite à cette démarche, nous constatons que les trois thèmes principaux sont bien considérés comme importants pour le groupe, que l'aspect management transparaît au travers de ceux-ci. Cette démarche, en tenant compte de la spécificité du lieu d'enquête, confirme certains facteurs mis en évidence dans le volet théorique, fait apparaître certains inattendus comme la volonté d'organisation et de suivi de leurs prestations, et chez les infirmières, l'importance du sentiment d'iniquité salariale, par rapport à leur formation. De plus, bien que les trois causes principales d'absences, autre que la maladie, ne soient pas reconnues comme présentes au sein de l'unité, et au delà de la satisfaction apparente du personnel interrogé, des facteurs de stress, d'insatisfactions et de déséquilibres sont bien tous présents, à des degrés divers, dans les trois thèmes abordés. Dès lors, comme il a été relevé dans la partie conceptuelle, ils pourraient en fonction de leurs importances et fréquences être générateurs d'absences.

Naturellement, les conclusions issues de ce type d'analyse dite « thématique » présentent les mêmes inconvénients que la méthode elle-même, tels l'appauvrissement du texte, le non repérage du thème, l'orientation des propos lors de la reformulation. Cependant cette analyse est souvent utilisée dans les études d'opinion, de comportement, de motivation. Le grand avantage de celle-ci étant la mise en lumière possible de l'inattendu. Toutefois, nous estimons nécessaire de préciser à nouveau les principales limites de ce genre d'étude. Ainsi, nous avons utilisé une méthode qualitative et nous ne recherchions nullement la généralisation. De la sorte, nous avons opté pour le choix d'un échantillon significatif, appelé également échantillon de convenance ou encore échantillon spontané ou de volontariat. Il n'est pas formalisé et est utilisé pour avoir des avis, des comportements et non pas pour dénombrer. De ce fait, les résultats obtenus ne puissent être utilisés comme étant représentatifs de l'opinion de la communauté. Ils indiquent seulement une rangée d'opinions et non la distribution des opinions.

Compte tenu de ces précisions et conscients que l'absentéisme est polymorphe et ses racines profondes, fluctuent d'une entreprise à l'autre, d'un hôpital à l'autre, d'un service à l'autre. Nous proposons donc, dans le chapitre suivant, d'aborder les pistes d'améliorations spécifiques à l'unité

## Chapitre 8 : RECOMMANDATIONS

En guise de préambule, il nous semble important de signaler qu'il n'est nullement question ici de faire le procès du cadre ou de révolutionner l'organisation du service. A n'en point douter, celle-ci serait vécue comme génératrice de stress supplémentaire par le personnel et l'encadrement. Alors que le but de cette démarche est de proposer des pistes d'amélioration. A cet effet, nous envisageons d'aborder ces différents sujets par le biais de l'aspect de la communication de la planification.

Si nous concevons que le cadre n'a pas énormément de pouvoir d'agir sur certains aspects, tels que la lourdeur administrative et les moyens financiers des patients internés, d'autres aspects sont quant à eux de son ressort et de sa responsabilité. Ainsi, la communication et l'écoute du personnel s'avère indispensable : des réunions de type institutionnelles, spécifiques aux soignants de l'unité devraient être instaurée de manière régulières, une fréquence de quatre à six paraissant raisonnable. Celles-ci permettraient, notamment d'entamer des débats et d'aborder des situations telles que l'ambivalence du rôle de soignant, le sentiment d'insécurité, ... Bref, des situations concrètes aux gens de terrain.

De la sorte, l'instauration d'une feuille de répartition quotidienne de la charge de travail permettrait à chacun de savoir ce qu'il a à faire, quand, avec qui. En effet, la réorganisation d'une ou plusieurs dimensions du travail, va donner une signification à celui-ci, un rôle, une responsabilité au soignant, son travail sera de ce fait visible. Ces facteurs vont donc favoriser la motivation pour le travail, améliorer la qualité d'exécution et augmenter le degré de satisfaction<sup>84</sup>. Il apparaît évident que l'accompagnement ou « le parrainage » des nouvelles recrues doivent y figurer. Ce balisage permettra d'une part de structurer les manières de faire du personnel et d'autre part, cela permettra au cadre de savoir ce qui a été bien fait et par qui et ce qui pourrait être amélioré et par qui.

De même, l'aménagement de moments de rencontre individuel avec chaque membre du personnel serait propice à la discussion concernant les attentes du soignant (formation, instauration de projet,...), de permettre d'avoir un retour régulier sur son travail en fonction de ses compétences. Ceci, afin, d'être encouragée à continuer à travailler de la



sorte ou à améliorer certains aspects de son travail. Les perspectives d'évolution de carrière, qu'elles soient latérales ou verticales pourraient y être abordées. Cette façon de fonctionner lèverait le doute du personnel quant à sa manière de travailler de cette manière et lui permettrait d'avoir des perspectives d'avenir : l'implication, la reconnaissance et dans une moindre mesure la valorisation renforceront la motivation. Parallèlement, ce style de procédé tendrait à contrecarrer les convictions et rumeurs selon laquelle ces rencontres ne sont destinées qu'aux nouveaux ou de véhiculer des messages de reproches ou réalisé sans le principal intéressé.

En ce qui concerne l'ambivalence du rôle de soignant, nous pensons qu'il doit faire l'objet d'une mise au point préalable. En effet, les écoles n'y préparant pas les futurs soignants, il serait utile, sinon nécessaire que le responsable de l'accompagnement (I.C.A.N<sup>85</sup>.) aborde le sujet, le responsable de l'unité prenant le relais. Des rencontres-débats pourraient être instaurées avec d'autres institutions similaires. La participation à des colloques voire même le suivi d'une supervision pourraient être envisagés. Pour que les formations soient demandées et suivies, il faut qu'elles soient connues. En ce sens l'affichage sur un tableau spécifique situé à un endroit connu et de passage régulier (pointeuse,...) ou la diffusion ainsi que la mise à jour sur le réseau interne informatique peuvent s'avérer très utile.

Le sentiment d'insécurité est naturellement générateur de stress. Le cadre ne pouvant agir sur les normes de dotation en personnel et sur le sexe de ses subordonnés, il peut, il doit, par souci d'équité, veiller à la répartition harmonieuse du personnel au cours de la journée de travail. Cette répartition ne correspond pas toujours avec les desideratats du personnel. L'amélioration du sentiment de sécurité, la spécificité de l'unité ainsi que le souci d'équité devraient permettre au cadre de pouvoir justifier son positionnement. Dans le même ordre, des rencontres avec le responsable de la sécurité devraient être planifiées annuellement (rotation du personnel, nouvelles recrues,...). Celui-ci devrait donc préciser le rôle non pas préventif mais correctif des mesures de sécurité comme le digi-alarme, la formation C.A.M.P ou autres. En effet, la prévention étant tout ce que l'on peut faire pour éviter l'incident (dialogue, activités exutoires,...). La correction quant à elle, vise à diminuer l'effet du risque lorsque celui-ci intervient. De la sorte, minimiser l'impact s'avère souvent une stratégie

---

<sup>84</sup> COMMISSION EUROPÉENNE. Rapport de synthèse. « Santé et sécurité au travail ». Emploi et affaires sociales, p.11.

<sup>85</sup> Infirmier(e) Chargé(e) de l'Accompagnement du Nouveau personnel infirmier, du personnel rentrant et des étudiants en art infirmier et obstétrical.

efficace lorsque l'on ne peut agir sur le facteur de risque lui-même, mais que l'on peut agir sur ses conséquences.

Quant au sentiment de routine, le cadre n'a pas à proprement parler de levier d'action sur l'évolution de la pathologie et de la durée de séjour des patients. De même, il est conscient que le personnel de nursing ainsi que les paramédicaux estiment leur travail monotone. Or, nous savons que cette passivité professionnelle engendre à la longue une baisse de l'implication, de motivation, de satisfaction professionnelle ainsi qu'une augmentation de l'absentéisme<sup>86</sup>. Le cadre pourrait instaurer des rencontres entre le personnel et les paramédicaux afin que ceux-ci s'expriment par rapport aux difficultés rencontrées lors de leur prise en charge respective des patients de l'unité, confronter leur expériences et envisager des stratégies communes de prises en charge. L'orientation de membres du personnel vers une spécialisation dans un type précis de prise en charge (développement des activités de la vie quotidienne, ), pourrait être également envisagé. De même, la mobilité du personnel pourrait également permettre à certains de se ressourcer ou de rebondir dans d'autres unités. Souvent, les médecins psychiatres prennent en charge la population de plusieurs unités, dans ce cas-ci, il est de manière pratique difficile au médecin de se trouver à plusieurs endroits en même temps. Cependant le questionnement, l'argumentation des propos nés de l'instauration de stratégies commune ainsi que l'augmentation des demandes fera probablement que la réunion pluridisciplinaire sera plus intéressante pour tous. Le cadre pourrait également convenir avec le médecin de l'élargissement du temps de passage ou l'augmentation des jours de passage. De même, en cas de difficultés, l'appel systématique au médecin doit être rappelé à tous les intervenants.

En ce qui concerne la divergence de fonctionnement entre la procédure de rappel pour les trois unités et le fonctionnement personnalisé de remplacement interne de l'unité, nous sommes en questionnement pourquoi avoir instauré ce procédé de remplacement interne ? Comment font les deux autres unités dans pareilles situations ? Nous pensons que ce débat dépasse le cadre de notre étude. Nous pensons que cela incombe au cadre intermédiaire ainsi qu'aux chefs d'unité de travailler à l'harmonisation des procédures. Cela afin de supprimer ce sentiment d'iniquité, de double pénalisation (car double possibilités d'être rappelé) des membres de l'unité. Quant au sentiment de non équité en ce qui concerne la fréquence de la personne désignée « étoilée », nous préconisons que le cadre vérifie l'information (les erreurs sont toujours possibles) et qu'il explique au personnel la manière

---

<sup>86</sup> SERVICE PUBLIC FEDERAL, op. cit. p. 11.

dont les personnes sont désignées. Cette transparence de la procédure et la reconnaissance d'erreurs potentielles contribueront à la baisse de ce sentiment.

Nous terminerons cet inventaire de propositions en traitant du problème relatif à la polyvalence des bureaux existants .de la sorte, dans cette unité, il n'y a point de vestiaire ni de réfectoire, ni d'espace réservé aux entretiens. Le bureau du personnel occupant tous ces rôles. Nous sommes conscient que le cadre ne peut repousser les murs ou récupérer d'autres locaux ; ceux-ci étant eux aussi polyvalents. Cependant, cette situation pourrait être à l'ordre du jour d'un S.I.P.P.T., et être le sujet de discussion entre la direction, les services techniques, le conseiller en prévention, le responsable de l'unité ainsi que le responsable de la sécurité. La proposition d'annexer une construction ou le placement d'un porte à cabine jouxtant le bureau du personnel pourrait être proposé.

Ainsi, comme nous l'avions mentionnés dans le volet théorique, l'absentéisme à souvent des causes multiples. Chacune d'elles, prises séparément, ne génèrent pas nécessairement d'absences. Cependant, leurs accumulations ainsi que leurs fréquences se révèlent être la goutte d'eau faisant déborder le vase. Bien entendu, beaucoup des améliorations proposées nécessitent de la part du cadre un investissement supplémentaire dans la communication et la planification. Cependant, au regard des coûts de l'absentéisme, nous estimons qu'une stratégie multi-directionnelle orientée sur les trois thèmes de cette étude, vaut la peine d'être mises en œuvre.

Naturellement, nous pensons que ces mesures proposées ne sont pas exhaustives et ne peuvent porter leurs fruits que dans le cadre d'une intervention discutée, planifiée, tenant compte des causes racines et que celles-ci fassent l'objet d'évaluations.

Nous sommes conscients également que les résultats de notre enquête n'ont aucune valeur statistique et que les conclusions ne peuvent être représentatives de la population mère. Cependant la mise en évidence de certaines tendances pourrait être la base de départ d'une étude quantitative ultérieure. Cette étude se ferait sur un échantillon représentatif du personnel de la Défense Sociale. Si ces tendances se vérifient également dans cette étude, des mesures préventives et curatives pourraient être réfléchies.

## **Chapitre 9 : CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES**

La réalisation de ce travail, nous a permis de nous rendre compte de plusieurs choses spécifiques à la réalisation de l'enquête, notamment, que l'impact de l'oralité est toujours bien présent dans notre profession. En effet, avant de rencontrer les équipes, nous avons envoyé à l'unité une lettre explicative concernant notre démarche. Seules deux personnes s'y étaient inscrites. Après avoir rencontré l'équipe, le groupe était constitué! Le fait de ne pas avoir à lire plusieurs feuilles, le contact direct, la possibilité de répondre instantanément aux questions ainsi que nous soyons, nous aussi un soignant, ont grandement joué en la faveur de l'élaboration de mon travail.

De même, le choix du sujet n'a pas posé réellement de problème aux futurs participants, ils le jugent d'ailleurs adéquat et d'actualité. Après avoir donné les explications sur le choix et la nécessité d'enregistrer l'entretien par des moyens vidéo et non audio (retranscription des dires de tous les intervenants), le fait que les entretiens soient filmés n'a, à notre grand étonnement, pas constitué un frein en tant que tel à la participation.

Nous avons été également surpris par le climat de méfiance à l'égard de l'encadrement intermédiaire et supérieur. De ce fait, le frein le plus important a été de dissiper la crainte du personnel que leurs propos soient rapportés à la hiérarchie et utilisés ultérieurement. Nous avons donc dû les convaincre (lettre adressée à la direction à l'appui) et garantir la confidentialité de leurs propos. Le fait de spécifier que nous ne faisons pas cela pour le compte de l'hôpital mais bien dans un cadre extérieur (pour la réalisation du mémoire) ainsi que la restitution du DVD de l'enregistrement après retranscription a facilité la collaboration de certains.

La réalisation de ce travail nous a également permis de nous rendre compte de choses spécifiques à la problématique. Particulièrement en ce qui concerne la lutte contre l'absentéisme, nous convenons de la nécessité de mettre sur pied une politique intégrée dans la gestion des ressources humaines où tant le supérieur sur le lieu de travail que le directeur à la tête de l'organisation et le travailleur lui-même y jouent un rôle. Nous sommes convaincus également de la nécessité d'avoir une vision de ses causes potentielles. La théorie de l'équilibre veut que la cause de la maladie et de l'absence réside souvent dans un déséquilibre entre ce que le collaborateur veut et est à même de fournir, et ce que l'organisation attend de lui. A cette fin, des « sondages » doivent faire parti de l'arsenal de l'encadrement, cela afin de

mettre à jour les éventuels points de friction. En prolongement, nous estimons indispensable la rencontre, sous forme de bilans fonctionnement, entre l'infirmier chef et le soignant

En conséquence, ce sont donc les cadres qui jouent le rôle principal dans une politique de gestion des absences. Ce sont eux qui peuvent le plus influencer favorablement le comportement d'absentéisme de leurs collaborateurs. C'est en se concentrant sur les facteurs de motivation comme le sens du travail, son contenu, les relations de travail et les perspectives de carrière que les cadres peuvent obtenir les meilleurs résultats. En effet, dans la théorie de l'équilibre, la motivation est présente chez l'individu lorsqu'il fait un bilan de son propre apport et de ce qu'il reçoit en échange. Ensuite, il compare cet équilibre à la situation de collègues dans un même contexte et il juge alors de l'équité de sa situation. Cependant, pour réaliser un changement durable des comportements dans organisation, il appartient toutefois aux cadres supérieurs de prendre leurs responsabilités en mettant en place des conditions essentielles qui influencent ces comportements. De la sorte nous estimons que l'instauration d'une procédure spécifique aux absences doit être réalisée et connue de tous. Celle-ci doit naturellement être créée en partenariats avec tous les acteurs (l'encadrement, les ressources humaines, les syndicats, le S.I.P.P.T.). L'inclusion d'entretien de retour serait à notre sens, un outil supplémentaire pour le cadre. Le but de ces entretiens n'est pas de contester les périodes d'absence, mais bien de permettre au responsable de service de manifester de l'intérêt et de détecter ainsi les éventuelles causes de l'absentéisme. Naturellement, cette démarche nécessiterait une formation adaptée.

L'enseignement principal de cette démarche est l'évolution de notre réflexion par rapport à la problématique de l'absentéisme. En effet, si au début nous étions convaincus de la simplicité de la situation : c'est à dire que les personnes étaient soit réellement malades ou soit elles fraudaient. Dès lors, notre questionnement se limitait à réfléchir aux manières de pallier à ces abus. Les trois années passées à développer notre vision macroscopique mais également le stage en entreprise extérieure, l'élaboration de la partie conceptuelle associée à notre courte expérience de cadre faisant fonction, nous ont permis d'appréhender le sujet autrement. Une fois dépassé le constat de la multiplicité des définitions, de catégorisations et méthodes de calcul, nous nous sommes rendus compte de l'aspect multi-causal du phénomène, que ses causes ne sont pas toujours spontanément visibles et reconnues directement comme problématiques. Peu à peu les individus s'y habituant. Cependant, petit à petit, ces causes érodent la motivation, l'implication, la qualité des relations au travail. Dès lors, nous pensons que le cadre doit de part sa position détecter l'apparition de ces causes et utiliser ses qualités

de communication, d'animation et de leadership pour trouver avec l'aide de son équipe des pistes de réflexions à visées préventives ou curatives. Nous avons pu également remarquer que le fait d'avoir le nez sur le guidon limite la réflexion. C'est pourquoi, à la fin de cette démarche, nous sommes convaincus que l'aide d'une autre personne qu'elle soit un cadre intermédiaire, un D.R.H., voire même une personne extérieure ne peut qu'être bénéfique. De la sorte, ce travail d'observation, d'analyse et de recommandations nous a permis au delà de la problématique étudiée de porter un regard sur la gestion des ressources humaines au sein de cette unité. Ainsi, le besoin de structuration et de communication, transparaissent au travers du bilan des perceptions des membres du personnel interrogés. Par son investissement, son implication, le cadre va devoir reconquérir ce terrain. Dès lors, cela va constituer la condition sine qua non d'efficacité des pistes proposées. Ce rôle, cette mission se révèle d'autant plus nécessaire que leurs non traitements nourris les sentiments de déséquilibre, d'iniquités.

En ce sens, l'étude réalisée auprès d'une partie des membres de l'unité nous a amené des éclaircissements permettant d'apporter certaines réponses à notre problématique de base. A savoir : « Qu'est ce qui peut bien pousser un soignant du secteur de Défense Sociale du Centre Hospitalier Psychiatrique de Tournai à s'absenter, plutôt que de se rendre à son travail ? ». Cependant, nous nous garderons bien d'affirmer que nous avons épuisé le sujet. D'autant plus que nous restons conscients que parfois la motivation profonde de l'absentéisme soit inconnue, même pour la personne qui s'absente.

Nous terminerons ce chapitre en faisant quelques commentaires sur la démarche de ce travail. En effet, le TFE<sup>87</sup>, véritable épouvantail de la formation s'avère en finalité riche d'enseignement. En effet, outre le fait que sa réussite va nous légitimer tant au niveau de l'institution pédagogique mais également au sein de notre institution, il a constitué pour nous, un véritable défi. Celui-ci nous a demandé organisation, et méthodologie mais aussi détermination et patience. La rédaction de ce travail nous a permis de vérifier qu'au travers de la problématique spécifique abordée, que nous avons su exploiter les notions théoriques et pratiques assimilées durant ces trois années. Non seulement, nous avons fait preuve d'engagement et de notre niveau d'analyse et de synthèse. Nous avons également, tout en faisant preuve d'autonomie, d'une certaine créativité dans le cadre d'un travail de longue haleine, su respecter les échéances posées.

---

<sup>87</sup> Travail de Fin d'Etudes.

En tant que cadre faisant fonction, la rédaction de cet ouvrage nous a confirmé l'importance de quitter le versant émotionnel des choses pour développer celui de l'aspect rationnel. Ce passage de la vision microscopique à la vision macroscopique est rendu possible par le recul critique qui naît de l'écriture. En effet, le fait de poser de façon méthodologique la problématique, permet de prendre de la distance, de penser différemment, de penser au collectif. Cette pause s'avère donc être un moment indispensable au mûrissement de la réflexion.

De même, nos capacités pédagogiques ont été mises à contribution. En effet, nous nous sommes rendus compte que nous fonctionnions beaucoup avec le phénomène de « pensées magiques » : ce qui nous semblait évident devait être forcément clair pour les autres. Cette « évidence » revêt d'autant plus d'importance lorsque nous sommes confrontés à une équipe, à des personnages extérieurs. Soumettre un sujet à quelqu'un et être capable de l'expliquer simplement mais concrètement, en s'adaptant à l'interlocuteur, démontre le sérieux de l'approche et peut s'avérer être un argument décisif. A ce stade là, nous avons dû de nouveau poser le travail, nous remettre en question, retravailler notre formulation. En d'autres mots, prendre le temps de resituer la problématique, les objectifs, la direction prise ainsi que les moyens mis en œuvre pour atteindre ses objectifs.

Bien que les lectures aient élargi notre champ de vision, qu'elles nous aient guidé vers d'autres ouvrages, elles ont surtout suscité des réflexions. Ces dernières ont orienté nos choix tout au long de notre parcours. Parallèlement, la rencontre avec d'autres cadres extérieurs au monde hospitalier a constitué un autre moment important. Consécutivement au stage en entreprise effectué l'année passée, nous avons également élargi notre réseau social. L'échange d'opinions, d'approche de la problématique ainsi que la confrontation des réflexions, nous ont permis de constater, toutes spécificités de secteur mises à part, la richesse des réflexions émanant de l'ouverture vers l'extérieur.

Naturellement, toutes ces constatations sont transposables au quotidien du cadre. De par ce fait, le TFE se débarrasse définitivement de ses à priori négatifs, pour se révéler être un outil professionnalisant, nous permettant de devenir encore plus conscient des actions que nous instaurons et valeurs que nous véhiculons par ces messages.

En guise de perspectives, la mise en place d'une étude quantitative (vérifiant peut-être nos tendances dégagées), l'élaboration d'un questionnaire ou d'un groupe de travail basé sur les facteurs générateurs d'absence serait attrayant et certainement révélateur pour le secteur étudié.

Le maintien et l'entretien du réseau externe à l'hôpital en tant que ressources potentielles nous semblent intéressants.

L'instauration d'exposés, conférences internes sur le stress et ses effets, ses répercussions, au travail paraît être une bonne méthode d'approche et de démystification de la problématique.

Enfin, que ce présent travail ne soit pas une finalité, qu'il puisse également servir de référence, d'étape dans la réflexion d'étudiant ou de professionnel traitant de la présente problématique.



-

**ANNEXES**

## **ANNEXE 1 : LES ABSENCES AUTORISEES**

A titre d'exemple celles-ci sont issues du règlement d'ordre intérieur du Centre Hospitalier Psychiatrique les Marronniers.

- Convocation en justice en qualité de témoin ou les cas assimilables,
- Convocation en qualité de juré à la Cour d'Assises,
- Convocation en Centre de Recrutement et de Sélection de l'armée, suivie éventuellement d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier,
- Convocation pour assister à un conseil de famille,
- Assistance aux cérémonies de distinctions honorifiques en tant que décoré,
- Exercice d'un mandat politique,
- Audience accordée par l'autorité supérieure,
- Convocation aux opérations lors d'élections,
- Réquisition de membres actifs de la Croix-Rouge ou de la protection civile en cas de catastrophe,
- Convocation devant une commission d'invalidité,
- Participation à des cours de formation,
- Consultation du dossier de signalement ou d'un dossier disciplinaire,
- Convocation devant une Chambre de recours départementale en qualité d'assesseur, de défenseur, de témoin ou d'appelant,
- Présentation aux guichets de l'administration communale pour le renouvellement de la carte d'identité,
- Retrait au bureau des postes du domicile d'un envoi recommandé émanant d'un Ministère, convocation et missions pour des réunions syndicales,
- Participation à tout examen ou concours organisé par le SELOR en tant que candidat, surveillant ou membre du jury,
- Traitement médical ou paramédical résultant d'un accident de travail ou sur le chemin du travail,
- Visites médicales ou paramédicales des membres du personnel handicapé ou des enfants handicapés à charge d'un membre du personnel, pour autant que ces visites soient en rapport avec l'handicap et que ce dernier soit reconnu par le Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement,
- Consultation chez un médecin spécialiste lorsqu'elle ne peut avoir lieu en dehors des heures de service sur présentation de l'attestation du prestataire de soins,

- Les retards de transports en commun dépassant 10 minutes,
- Convocation à l'école fréquentée par un enfant de l'agent ou de son conjoint (ou cohabitante),
- Don de sang et plamaphère.

## **ANNEXE 2 : LES CONGES EXCEPTIONNELS POUR CAS DE FORCE MAJEURE (CONGES SOCIAUX)**

Ces congés sont accordés en cas de maladie ou d'accident survenu à des personnes vivant sous le même toit que l'agent : conjoint, parent, allié, personne accueillie en vue de son adoption ou d'une tutelle officieuse. La durée de ces congés ne peut excéder quatre jours ouvrables par an. Lorsque l'agent travaille à temps partiel, la durée est réduite à sa concurrence. Une attestation médicale témoigne de la nécessité de la présence au foyer. Ces congés sont assimilés à des périodes d'activités de service et rémunérés.

### **ANNEXE 3 : LES CONGES DE CIRCONSTANCE**

- Mariage de l'agent : 4 jours ouvrables.
- Mariage d'un enfant de l'agent : 2 jours ouvrables.
- Mariage d'un enfant du conjoint de l'agent, du frère ou d'une sœur, du père ou de la mère, du beau-père ou de la belle-mère, du mari de la mère ou de la femme du père, d'un petit-fils ou d'une petite-fille, d'un grand-père ou d'une grand-mère : 1 jour ouvrable.
- Accouchement de l'épouse ou de la personne avec laquelle il vit maritalement au moment de l'événement : 15 jours ouvrables à charge de l'employeur à prendre dans les 30 jours de la naissance.
- Décès du conjoint de l'agent, d'un parent ou allié au premier degré, d'un parent ou allié au premier degré de la personne de l'un ou l'autre sexe qui cohabite avec l'agent : 4 jours ouvrables.
- Décès d'un parent ou allié, à quelque degré que ce soit, habitant sous le même toit que l'agent : 2 jours ouvrables.
- Décès du beau-frère ou de la belle-sœur du conjoint de l'agent, habitant sous le même toit que l'agent : 2 jours ouvrables.
- Décès du beau-frère ou de la belle-sœur du conjoint de l'agent, n'habitant pas sous le même toit que l'agent : 1 jour ouvrable.
- Décès d'un parent ou allié au deuxième ou troisième degré n'habitant pas sous le même toit que l'agent : 1 jour ouvrable.
- Changement de résidence ordonnée dans l'intérêt du service, lorsque la mutation entraîne l'intervention de la Région dans les frais de déménagement : 2 jours ouvrables.
- La communion solennelle ou tout autre événement similaire d'un culte retenu d'un enfant de l'agent ou de son conjoint : 1 jour ouvrable.
- L'ordination ou l'entrée au couvent ou tout autre événement similaire d'un culte reconnu d'un enfant de l'agent ou de son conjoint, d'un frère, d'une sœur, d'un beau-frère, d'une belle-sœur de l'agent : 1 jour ouvrable.
- La participation à un jury de cour d'assises, la convocation comme témoin devant une juridiction ou la comparution personnelle ordonnée par une juridiction : la durée nécessaire.

- L'exercice de la fonction de président, assesseur ou de secrétaire ou de témoin d'un bureau de dépouillement ou d'un bureau principal : le temps nécessaire avec un maximum de 5 jours ouvrables.

N.B: Pour l'application des congés de circonstance, est assimilé au conjoint de la personne de l'un ou l'autre sexe qui cohabite avec l'agent. Si travail à temps partiel, la durée est réduite à dûe concurrence.

## **ANNEXE 4 : DEMANDE D'AUTORISATION A LA DIRECTION**

Libbrecht Joël  
0474/29.08.38

Tournai, le 23 avril 2008

Monsieur G. DEBACKER,  
Directeur de l'Hôpital

**Objet : Travail de fin d'étude de Cadre en Soins de Santé  
Demande d'autorisation d'entretiens au sein de la Défense Sociale**

Monsieur le Directeur,

Occupant actuellement la fonction d'infirmier chef f.f.<sup>88</sup> au sein de la M.S.P.<sup>89</sup> « La Traversée », je suis parallèlement des cours à l'E.P.S.T.<sup>90</sup> en vue d'obtenir le diplôme de cadre en soins de santé. A cette fin, j'effectue, dans le cadre de mon travail de fin d'étude des recherches sur l'importance que joue le stress, le sentiment de déséquilibre ou d'iniquité dans l'absentéisme hospitalier. Cette recherche se fait au travers de trois axes principaux :

- le contenu et les conditions de travail,
- l'organisation du travail,
- l'organisation du temps de travail.

La collecte des données pourrait se faire sous la forme d'entretiens de groupe. La durée estimée de ces entretiens est de 1h30. Afin de faciliter l'utilisation des données, ces entretiens seraient enregistrés (enregistrement vidéo). Il va de soi que ceux-ci resteraient confidentiels et ne seraient dès lors jamais transmis à la hiérarchie. Ce support serait dès lors détruit par moi-même après avoir procédé à l'analyse du contenu.

---

<sup>88</sup> Faisant fonction.

<sup>89</sup> Maison de Soins Psychiatrique.

<sup>90</sup> Enseignement de Promotion sociale de Tournai.

Je sollicite donc de votre part l'autorisation d'effectuer des entretiens de groupe au sein de deux unités de Défense Sociale

Restant à votre disposition pour de plus amples renseignements, veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments dévoués

LIBBRECHT JOËL

Copie à :     *Mr Christian Florin, Directeur du Département des Soins Infirmiers*  
                  *Mr Frédéric Foucart, Infirmier Chef de Service*



## **ANNEXE 5 : LETTRE OU DISCOURS ADRESSE AU PERSONNEL :**

Libbrecht Joël  
0474/29.08.38

Tournai, le .....2008

Madame, Monsieur,

Je suis infirmier au sein du C.H.P. « les marronniers » de Tournai depuis 18 années. Parallèlement, je suis des cours à l'E.P.S.T. en vue d'obtenir le diplôme de cadre en soins de santé. A cette fin, j'effectue, dans le cadre de mon travail de fin d'étude des recherches sur l'importance que joue le stress, le sentiment de déséquilibre ou d'inégalité dans l'absentéisme hospitalier. Cette recherche se fait au travers de trois axes principaux :

- le contenu et les conditions de travail,
- l'organisation du travail,
- l'organisation du temps de travail.

La collecte des données se fera sous la forme d'entretiens de groupe. La durée estimée de ces entretiens est comprise entre 60 et 75 minutes. Afin de faciliter l'utilisation des données, ces entretiens seront enregistrés (enregistrement vidéo). Il va de soi que ceux-ci resteront confidentiels et ne seront dès lors jamais transmis à votre hiérarchie. Ce support sera dès lors détruit par moi-même après avoir procédé à l'analyse du contenu.

Naturellement, ces interviews ne peuvent être possibles que sur base d'un strict volontariat. Le document relatif à votre acceptation ou refus de participation à l'enquête que je vous demande de remplir reprend vos noms. Vos coordonnées ne vont pas servir à l'enquête mais simplement à la programmation de l'interview.

Merci de votre attention et de votre coopération, avec l'espoir d'avoir le plus grand nombre de répondant(e)s.

LIBBRECHT JOËL



## ANNEXE 7 : ANALYSE THEMATIQUE:

### 1. L'ANALYSE THEMATIQUE

<b>Propos non encore classés des intervenants = liste d'attente ou potentiel inattendus</b>	<b>intervenants</b>	<b>Thèmes</b>
<p><b>Ces tâches incluent-elles un certain degré de variété ?</b></p> <p>La personne A Ils doivent éduquer les patients à dépenser moins et leur offrir même une boisson lors des activités, cela malgré que ce soit interdit.</p> <p>La personne G Elle atteste que lors des activités extérieures, elle offre parfois les boissons en cachant que normalement, elle ne peut le faire. d'autant</p>	<p>A</p> <p>G</p>	<p><b><u>ATTRAIT/ROUTINE DU TRAVAIL</u></b></p> <p>indique que le travail au sein du pavillon est assez routinier.</p> <p>Elle constate que les activités de ritualisent et sont toujours effectuées avec les mêmes patients. A la longue la monotonie s'installe et les activités s'essoufflent.</p> <p>Elle trouve que cette monotonie, cette routine est rassurante pour les patients.</p> <p>Elle estime que le travail est très routinier: « <i>les jours se suivent et se ressemblent</i> ».</p> <p>Elle trouve que cela est rassurant, elle ne trouve ça nullement gênant. Tant pour les patients que pour le personnel. Elle estime que si quelqu'un viendrait faire des grands changements,</p>

<p>plus que certains pavillons ont une caisse « <i>noire</i> ».</p> <p>La personne B : texte épuisé</p> <p>La personne E : texte épuisé</p> <p>La personne S Elle nous dit que la cause n'est pas seulement liée à l'enfermement et constate que certains pavillons avec leurs « <i>caisses noires</i> » évitent ce problème.</p> <p>La personne H : Elle évoque le règlement rappelant au autres qu'ils ne peuvent rien payer aux internés, que le règlement l'interdit.</p>	<p>B</p> <p>E</p> <p>S</p>	<p>beaucoup de personnes seraient très perturbées.</p> <p>Elle conçoit que le travail au pavillon, de par sa monotonie n'est pas des plus captivant. Elle reconnaît que sur le CHS c'est différent au niveau des activités</p> <p>Elle trouve que tous les jours se ressemblent. Elle trouve cela embêtant Elle nous indique qu'en tant que jeune professionnelle, elle s'y voit mal faire le reste de sa carrière ici et demandera son retour sur le site d'admission</p> <p>Elle estime également que son travail est routinier Elle ne trouve pas cela gênant si de temps à autre, il y a quelque chose d'autre.</p> <p>Elle indique que de temps à autre, certaines activités sont mises en place pour « <i>varier la monotonie</i> »</p> <p>Elle peut comprendre que ce n'est pas spécialement palpitant de travailler dans un pavillon de psychotiques chroniques.</p> <p>Elle reconnaît la monotonie du pavillon. Elle indique néanmoins que certaines petites activités se font.</p> <p>Elle confirme que pour elle, cette monotonie rassure tout le monde, tant les patients que le personnel.</p>
---	----------------------------	---

		<p>Elle évoque pour finir, les années passées au CHS et comprend que le personnel plus jeune s'ennuie au sein de son pavillon.</p>
	H	<p>Elle confirme que le travail est assez routinier. Elle ne pense pas que cela soit gênant. Elle dit être consciente que travailler avec des psychotiques engendre de la monotonie,</p>
	<b><u>CAUSES</u></b>	<b><u>L'ASPECT ADMINISTRATIF ET JUDICIAIRE</u></b>
	A	<p>Elle estime qu'ils ne sont pas aidés par la direction.</p> <p>Elle estime que le volet administratif pour organiser une activité extérieure est très lourd. Idem pour les activités internes tel le groupe cuisine, elle nous signale qu'ils n'ont pas le choix des ingrédients.</p>
	S	<p>Elle estime aussi que la direction ne les aide pas beaucoup, tant dans les activités externes qu'internes. Les choix sont limités</p>
	E	<p>Elle évoque aussi la lourdeur administrative et carcérale qui brise</p>

	B	les initiatives.
	A	Elle indique que l'aspect administratif carcéral et le degré d'autonomie laissé au personnel sont nettement plus grands au CHS.
	A	<hr/> <hr/> Le système de la Défense Sociale fait que tout doit être planifié à l'avance. Sans les accords des différentes personnes intéressées, ils sont limités aux activités dans l'enceinte.
	H	le système de la Défense sociale en est la cause
	H	Elle estime que l'enfermement, le système de la Défense Sociale bloque les patients mais le personnel aussi.
	A	<hr/> <hr/> <b><u>L'ARGENT</u></b>
	A	Elle nous révèle également que l'aspect financier est important. En effet, elle nous apprend que les patients n'ayant que peu de moyens, sont limités dans les activités d'autant plus s'ils sont fumeurs.
	G	Elle se rend compte que les patients disposent de peu d'argent Cela bloque dès lors les activités. mais comprend que l'institution

	B	ne puisse pallier à cela.
	E	Elle reconnaît néanmoins que l'aspect financier coince tant les patients que le personnel.
	S	Elle nous confirme les difficultés financières des patients et le manque de moyens de l'hôpital limitant de par ce fait les activités et initiatives
		Elle nous rappelle les revenus limités des patients. La limitation de l'argent des internés fait que les activités se passent en intra-muros
	A et G	<b><u>LA POPULATION</u></b>
	B	Elle dit que les patients sont ici pour plusieurs années et que c'est toujours les mêmes qui participent aux activités si le personnel les stimulent
	E	La population du pavillon. Elle estime que c'est difficile de faire bouger cette population chronique. Ce sont toujours les mêmes qui participent. Dès lors, elle constate que les activités quelles soient habituelles ou novatrices, s'essouffent très vite laissant place à la routine.
	S	Elle dit que ce n'est pas palpitant de travailler avec des psychotiques chroniques.
	H	Dit que c'est aussi lié à la pathologie
		Elle dit être conscient que travailler avec des psychotiques

<b>Propos non encore classés des intervenants = liste d'attente où potentiel inattendus</b>	<b>intervenants</b>	<b>Thèmes</b>
<b>Existe-il des possibilités de suivre des formations ? Sont elles valorisées ?</b>  G : Elle explique qu'elle a fait la spécialisation en psychiatrie mais avant de venir travailler en DS elle admet que cela lui a appris beaucoup tant au niveau du contact que de la gestion de conflits.	G  B ET C  A	<b><u>Connaissance de l'existence de formations</u></b>  Elle évoque une formation interne de maîtrise du patient agité.  Elles ne connaissent, que cette formation physique interne de patient agité.  Elle nous dit ne pas connaître d'autre formation. A part peut-être la formation interne en santé mentale que quatre personnes de l'unité ont suivies.





	<p>G</p> <p>B et E</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Considération des formations</u></b></p> <p>Elle estime cette formation plus adapté aux hommes car elle nous révèle ne pas avoir beaucoup de force. Elle ne croit absolument pas que des femmes puissent maintenir un patient très agité. Elle estime que les femmes gèrent les conflits autrement, par le dialogue.</p> <p>Elles estiment que cela est fait pour les rassurer mais que c'est tout sauf du dialogue.</p>



## Perceptions de l'équité

Propos non encore classés des intervenants = liste d'attente où potentiel inattendus	intervenants	Thèmes
<p><b>Que pensez-vous de l'appréciation reçue de vos supérieurs en comparant vos efforts à ceux de vos collègues ?</b></p> <p>La personne S et B    texte épuisé</p> <p>La personne H        texte épuisé</p> <p>La personne G        texte épuisé</p> <p>La personne A et E    texte épuisé</p>	<p>S &amp; B</p> <p>H</p> <p>G</p> <p>S et B</p> <p>S et B.</p>	<p><u>Au niveau du travail</u> Elles indiquent qu'elles n'ont jamais perçues de différences dans la réalisation du travail.</p> <p>Elle estime elle aussi qu'elle est perçue à sa juste valeur et signale qu'il n'a jamais ressenti de différence depuis qu'il travaille ici.</p> <p>Elle estime ne pas ressentir ce sentiment de différence</p> <p>Elles ont le sentiment d'être perçues à leur valeur, qu'elles ne ressentent pas, au sein de l'équipe, de différences de statuts entre les différents diplômés et que quelque soit la fonction, les tâches doivent être effectuées par tous.</p> <p><u>Au niveau du salaire</u> Elles trouvent que la différence est salariale ; elles révèlent qu'arrivé à un certain degré d'ancienneté, la différence salariale entre A1 et A2 est assez conséquente. Cela, elles disent le ressentir dans leur vie quotidienne, à la maison.</p>

	H	Elle reconnaît cependant qu'il y a une différence de salaire selon les « <i>grades</i> » mais cela l'indiffère quelque peu.
	G	elle signale que la différence de salaire est due à la différence de d'études, de grade, de responsabilités
	A & E	Elles comprennent que la différence financière soit liée aux études, grades et responsabilités. Pour elles deux, c'est normal, elles ne le vivent pas mal



<p>Les personnes H et G :. Ils signalent qu'ils travaillent avec des patients psychotiques.</p>	<p>H et G</p>	<p>confirment les dires de leurs collègues, qu'il manque un réfectoire</p>
	<p>A</p>	<p><u>Intimité</u> Le bureau étant vitré, les patients voient le personnel prendre ses repas, cela l'énerve car elle a la sensation de ne pas avoir d'intimité.</p>
	<p>S</p>	<p>L'intrusion des patients sans y avoir été invités, les vols de bouteilles d'eau. Elle se dit énervée d'être observée à l'heure des repas</p>
	<p>B</p>	<p>Elle nous dit qu'elle n'aime pas d'être observée par les patients salivant ou passant sans cesse devant le bureau. Elle trouve que cela a de quoi parfois dégoûter les gens de manger elle trouve que l'on devrait occulter ces fenêtres.</p>
	<p>A</p>	<p><u>Hygiène</u> Elle estime qu'elle ne sait manger correctement car les</p>

		<p>patients entrent dans le bureau avec des demandes diverses.</p> <p>Certains patients essayent de boire aux bouteilles du personnel.</p> <p>Elle nous renseigne que c'est partout la même chose et donc ici ce n'est pas catastrophique.</p> <p>E</p> <p>Elle trouve que ce n'est pas hygiénique que l'entretien se passe autour de la table où ils mangent et trouve qu'il faut pratiquement calfeutrer verres et nourriture pour les protéger des postillons.</p> <p>Cependant, elle admet que malgré cela, elle y mange quand même.</p> <p>S</p> <p>Elle nous dit que ce qui n'est pas évident pour elle, c'est le manque d'hygiène.</p> <p>Elle nous dit que certains patients présentent de l'hypersiallorhée</p> <p>H et G</p> <p>Ils trouvent que la situation n'est pas si noire que cela. Ils nous renseignent que cela ne les empêche pas de manger</p>
--	--	---



	B	<p>mais que cela peut varier d'une personne à l'autre.</p> <p>Le fait de manger dans le bureau lui pose problème</p> <p>Elle nous renseigne que depuis le temps, cela ne l'empêche plus de manger.</p>
--	---	--



	S	<p>Elle estime être bien en DS, elle se sent en sécurité mieux qu'au CHS.</p> <p>Elle nous explique que le DS c'est un peu la prison que le personnel a la Loi avec lui, a le pouvoir de dire non et d'intervenir plus rapidement quand la situation dégénère contrairement au CHS où là, la relation client-médecin est prédominante.</p>
	G	<p><u>Liée à la population</u></p> <p>Elle nous évoque ses appréhensions en début de carrière. Malgré le fait qu'elle était dans ce pavillon réputé très calme, elle était stressée car entourée de patients ayant passé à l'acte. La crainte de l'agression était présente constamment. Elle signale que maintenant, elle réalise que la population de l'unité est très calme, que les isolements sont rares.</p>
	A	<p>elle confirme que la population de l'unité est très calme et respectueuse. Les patients savent qu'ils dépendent de la loi et risquent d'être « <i>punis</i> ». Cependant, elle a toujours craint</p>

<p><u>Au niveau du Personnel</u></p> <p>E : texte épuisé</p> <p>B : texte épuisé</p>	<p>S</p> <p>H</p>	<p>l'incident mais elle relève que jusqu'à présent, elles ont toujours eu de la chance car certains patients ont un réel potentiel agressif. Au début, elle trouvait qu'elle ne travaillait pas dans de bonnes conditions mais avec le temps cette crainte s'est estompée.</p> <p>Elle reconnaît que la population est assez calme mais qu'un incident pourrait toujours arriver et que cette probabilité génère un stress quotidien chez elle. Elle nous indique que peu à peu, elle connaît mieux les patients, à l'opposé de certaines unités, les isolements sont rares au sein du pavillon et que ses appréhensions sont moins fortes qu'avant.</p> <p>Elle nous informe que depuis qu'il travaille au sein du pavillon, elle ne s'est jamais sentie en danger. Elle nous fait remarquer qu'à la longue, on apprend à connaître les patients, les moments les plus sensibles ainsi que leurs réactions probables et que de ce fait les interventions sont rares.</p>
--	-------------------	---

<p>S : texte épuisé</p> <p>H : Elle nous signale qu'en tant qu'homme, elle n'éprouve aucune tension supplémentaire de travailler avec un homme ou une femme. elle nous dévoile que pour elle la relation de confiance qu'elle entretient avec sa ou son collègue est plus importante que le sexe. Elle nous précise que la présence d'une femme peut être bénéfique dans certaines situations. Elle termine en précisant qu'à force de travailler avec les membres de l'équipe, une complicité et une complémentarité s'installent. Elle trouve cela très important.</p> <p>G : Elle souligne d'ailleurs que les incidents arrivent souvent lorsqu'il y a moins de monde (elle veut dire hors 8-16)</p> <p>A : Elles nous précise cependant que c'est normal qu'elle se retrouve en après-midi, en service avec une femme car d'une part, il y a quand même beaucoup de femmes qui y travaillent et qu'elles effectuent des changements d'horaires avec les hommes. Elle dit adhérer aux propos de H en ce qui concerne la relation de confiance entre les collègues, cela lui apparaît logique. Elle est persuadée que les femmes et les hommes ont des façons différentes de gérer un</p>	<p>E</p> <p>B</p> <p>S</p>	<p><u>La mixité du personnel</u></p> <p>Elle estime que les normes sont insuffisantes, deux l'après-midi, ce n'est pas assez pour elle. De plus, elle nous fait remarquer que régulièrement, l'après-midi, il n'y a pas d'hommes en service mais deux femmes. Elle estime cela insuffisant en cas de problème. Cette situation n'est pas pour la rassurer quand elle est en service. Elle admet qu'avec le temps, elle apprend à connaître les réactions possibles des patients. Mais elle se rend compte aussi que les patients savent avec qui ils peuvent « abuser ».</p> <p>Elle nous dit qu'elle trouve que deux femmes en service l'après-midi, c'est insuffisant. Elle signale que si elle fait l'après-midi avec un homme, elle se sent plus rassurée. Elle nous fait remarquer que les patients n'ont pas le même comportement lorsqu'il y a un homme en service. Elle estime que les patients sont moins obéissants avec des femmes, qu'ils en profitent.</p> <p>Elle estime que lorsqu'il y a de la tension au sein du pavillon, être deux en service et de plus, deux femmes, cela</p>
---	----------------------------	--

<p>conflit. Elle estime que là où l'homme utilise la force, la femme utilisera la tempérance.</p>		<p>est insuffisant. Elle confirme que certains patients exagèrent et profitent de la situation. Elle estime que cela engendre un stress pour elle. Elle se dit rassurée quand elle travaille avec un homme, de savoir qu'il y a des hommes présents dans le pavillon d'à côté qui pourraient rapidement intervenir.</p> <p>H Elle trouve que les normes d'encadrement devraient tenir compte du sexe des agents. Elle confirme que deux femmes l'après-midi, c'est insuffisant car les patients sont plus éveillés que le matin ou le soir, que les patients savent que lorsque c'est deux femmes, ils peuvent en profiter plus.</p> <p>G Elle nous dévoile qu'au début, elle était véritablement terrorisée de travailler seulement avec une autre femme. Elle nous fait part qu'actuellement cela va mieux. Elle confirme que deux femmes font régulièrement l'après-midi. Elle nous dit que ce stress est augmenté si il n'y a que un ou deux hommes sur le site qui pourraient intervenir rapidement. Si la présence masculine est plus conséquente, cela lui semble plus acceptable et moins stressant. Elle souligne d'ailleurs que les incidents arrivent souvent quand la présence</p>
---	--	--

	A	<p>masculine est moindre.</p> <p>Elle confirme que l'après-midi, les patients sont plus éveillés, que leur comportement est différent s'il y a une présence masculine. Elle estime que quand deux femmes sont en service, les patients en profitent.</p> <p>Elle évoque qu'au début, elle estimait ne pas être en sécurité avec une collègue femme. Maintenant, avec le temps, la peur s'estompe.</p>
--	---	---

## Les conditions de travail : le travail de nuit

Propos non encore classés des intervenants = liste d'attente ou potentiel inattendus	Intervenants	Thèmes
<p>La personne G : texte épuisé</p> <p>La personne H : elle évoque le temps de veilleurs fixes et les raisons de leur suppression. Elle nous fait remarquer la conséquence directe de cette décision : les nuits sont assurées par le personnel de jour.</p> <p>La personne B : Elle constate que cela est dû au fonctionnement habituel du service.</p> <p>La personne A : elle nous signale qu'elle ne fait plus les nuits et ne le regrette aucunement.</p> <p>La personne E :. texte épuisé</p> <p>La personne S : texte épuisé</p>	<p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">H</p> <p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">E</p>	<p><u>La différence de rythme</u></p> <p>Elle nous renseigne que cela est un rythme contraire au sien.</p> <p>Elle est consciente que durant cette période, elle ne jouit pas de la même concentration mais estime que certaines tâches pourraient être instaurées la nuit.</p> <p>Elle explique que la nuit est un rythme différent.</p> <p>Elle exprime également que le fait de ne plus faire les nuits a amélioré son rythme de vie.</p> <p>Elle indique que pour la majorité des personnes, la nuit reste un rythme différent elle estime que l'on est pas dans les mêmes dispositions qu'en jour et que dès lors, on ne peut faire les mêmes tâches.</p>



	G	<p><u>Les appréhensions</u></p> <p>Elle explique qu'elle n'aime pas faire la nuit</p> <p>Elle admet avoir peur d'être seule, elle dit craindre l'incident. Elle convient que si elles étaient deux en service cela lui ferait moins peur. Mais d'une manière générale, travailler seule la nuit quelque soit l'endroit, représente un réel danger pour elle.</p> <p>Elle admet ne pas tenir compte de toutes les mesures de sécurité car elle estime que cela ne la rassure pas vraiment.</p>
	H	<p>Elle s'étonne des appréhensions de sa collègue car elle nous confirme que les nuits sont beaucoup plus calmes que celles qu'elle a connues en début de carrière. Actuellement, elle estime que l'on dispose de plus de sécurité (portes fermées et digi-alarme) pour autant qu'on les utilise correctement.</p>
	B	<p>Elle relève également le problème de sécurité. Elle estime que si un patient serait réellement agité, la porte fermée ne</p>

		résisterait pas longtemps.
	A	Elle nous explique que contrairement au CHS, les nuits sont calmes et il n'y a pas d'admissions agitées la nuit. Au CHS, cela se passe parfois.
	E	Elle dit que faire la nuit seule présente certains problèmes sécuritaires. Elle estime n'être pas en sécurité lorsqu'elle est seule la nuit surtout en cas de malaise ou d'incident et cela malgré la détention obligatoire du digi-alarme.
	S	Elle estime que comparativement au CHS, elle se sent plus en sécurité de faire des nuits en DS. Elle exprime qu'elle trouve rassurant que les portes soient fermées et de pouvoir disposer du digi-alarme. <u>Le rôle/l'occupation du veilleur</u>
	G	Elle estime qu'il n'y a pas beaucoup de travail en nuit. Mais elle signale que chacun est libre d'en organiser en plus.
	H	Elle est d'accord sur le fait qu'il n'y a pas beaucoup de

		<p>travail la nuit</p> <p>Elle nous dit que l'activité principale durant cette période est le gardiennage et la réalisation de quelques petites tâches administratives. Elle nous renseigne que cela suffit à ne pas s'ennuyer.</p> <p>B</p> <p>Elle nous renseigne que ce qui est le plus pénible pour elle c'est qu'aucun travail n'est planifié pour la nuit. Elle nous dit qu'elle ne tient pas en place et est incapable de rester devant la télévision, donc elle s'embête.</p> <p>A</p> <p>Elle évoque le manque d'activité durant ce temps de veille. Elle nous fait part que quand elle travaillait sur le CHS, elle prenait des tâches domestiques à réaliser durant la nuit. Elle nous explique que cela passait plus vite et qu'elle ne s'ennuyait pas.</p> <p>Elle exprime qu'ici les nuits sont calmes mais il n'y a pas beaucoup de travail à faire, certaines tâches ont même été supprimées. Selon elle, il reste du rangement et classement mais pas de manière régulière.</p>
--	--	--

	E	Actuellement, rien n'est planifié comme travail la nuit, elle nous révèle qu'elle s'ennuie franchement.
	S	En ce qui concerne le peu de travail à faire la nuit, elle estime que tout un chacun est libre d'en planifier pour sa nuit. D'autant plus qu'elle signale que la nuit, elle n'est jamais embêtée.

## **EXPLOITATION DU MATERIEL**

### **Les relations au sein de l'équipe pluridisciplinaire**

#### **Avec les paramédicaux**

Une minorité estime que le nursing, présent vingt quatre heures sur vingt quatre, vit les choses plus intensément que les paramédicaux, que leur rôle est moins décisif et que leur présence est certes bénéfique pour le patient mais n'apporte rien au nursing.

Une majorité des soignants (5) disent avoir l'impression de ne pas voir souvent les paramédicaux. Que cela est dû au fait que les patients sont difficilement stimulables.

#### **Avec le médecin**

La majorité du groupe estime qu'il ne voit pas le médecin régulièrement, qu'ils doivent souvent se débrouiller seuls, que l'appel au médecin n'est pas automatique, que le personnel doit insister pour que le médecin tienne compte de leur avis.

## **INTERPRETATIONS**

### **L'ambivalence du rôle de soignant en Défense Sociale**

De manière générale, cette ambivalence des rôles est affublée par le personnel de « *double casquette* ». En effet, la difficulté à naviguer entre le rôle de soignant avec celui de « maton punisseur » s'avère très problématique pour la majorité du personnel. Dans ces conditions, la relation d'aide, de compréhension des comportements, sont vécus comme plus malaisée à instaurer face au réflexe restrictif-punitif. Celui-ci étant renforcé par les décisions de la Commission de Défense Sociale. Cependant cette ambivalence n'est pas partagée par tous. Une minorité estime que la spécificité de la population nécessite un cadre spécifique et que celui-ci est prédominant par rapport au reste.

## L'organisation du travail : la gestion du planning quotidien

Propos non encore classés des intervenants = liste d'attente ou potentiel inattendus	Intervenants	Thèmes
La personne E      texte épuisé	E	<p><u>Le constat</u></p> <p>Elle dit que dans le temps, cela se faisait par écrit, et sur une feuille individuelle cependant, cette manière de faire a disparue depuis longtemps.</p>
La personne G      texte épuisé	G	<p>Elle révèle que depuis qu'il travaille dans ce pavillon, n'avoir jamais connu cela.</p>
La personne A      texte épuisé	A	<p>Elle constate que tout le monde participe à la réalisation du travail quotidien, mais de manière anarchique.</p>
La personne H      Elle évoque néanmoins que dans le passé, les nouveaux membres du personnel avaient un « parrain » dans l'équipe qui les guidait et expliquait l'organisation, les patients et répondait à leurs questions. Elle trouve que d'aider un nouveau est normal et que dans l'équipe cela se fait très facilement.	H	<p>Elle estime qu'il n'y a pas de problème avec la répartition des tâches. Plus ancienne dans le pavillon, elle se souvient de la feuille de répartition, elle estime qu'elle n'est pas nécessaire, que tout le monde participe au travail</p>
La personne B      texte épuisé	B	<p>Elle confirme que dans le pavillon il n'y a pas quelqu'un</p>
La personne S      En même temps, elle nous indique qu'elle ne connaissait pas le système de parrainage existant dans le passé. Elle		

<p>nous dit ne pas trop comprendre les propos de E par rapport au retour sur son travail. Elle estime que la communication dans l'équipe est bonne et que l'on se dit facilement les choses.</p>	<p>S</p> <p>E</p> <p>G</p>	<p>qui organise le travail, chacun faisant un peu de tout</p> <p>Elle constate que tout le monde participe à la réalisation du travail quotidien, mais de manière anarchique.</p> <p><u>Qui fait quoi</u></p> <p>Elle constate que parfois une seule personne doit effectuer la majorité du « nursing ».</p> <p>Elle nous révèle avoir des périodes de doutes, de se poser des questions sur son utilité dans le service. Selon elle, cela est dû à la non clarification des tâches et des rôles.</p> <p>Elle nous signale que l'absence de guidance manque surtout lorsque l'on est nouveau.</p> <p>Elle nous révèle que c'est difficile de trouver sa place dans l'équipe.</p> <p>Elle estime qu'actuellement son travail est tributaire de la personne avec qui elle travaille.</p> <p>elle nous révèle qu'il n'y a pas de manière commune de travailler, chacun travaillant un peu au feeling.</p> <p>Elle estime que cette absence de planification du travail est</p>
--	----------------------------	---

	A	<p>un frein pour que le nouveau trouve sa place.</p> <p>Elle estime être tributaire de ses collègues. Elle estime parfois devoir les stimuler ou pallier à leurs manquements.</p> <p>Elle admet que l'intégration des nouveaux est certes difficile, mais elle a l'impression que ceux-ci sont néanmoins aiguillés et suivis.</p>
	H	<p>« tout le monde fait tout », selon ses habitudes, ses envies et préférences. Selon cette personne cela a bien marché bien ainsi, jusqu'à présent, c'est la spécification du fonctionnement de service. Il reconnaît que ce n'est pas une organisation méthodique mais que le système actuel « tourne » correctement.</p> <p>Elle estime que pour les nouveaux, la difficulté à trouver sa place est un passage obligatoire s'atténuant avec le temps</p>
	B	<p>Elle confirme que le service « <i>tourne bien</i> » mais en précisant que cela est dû parfois grâce à la volonté de certains. Certaines personnes devant effectuer le travail,</p>



	S	<p>sinon celui-ci ne serait pas fait.</p> <p>Selon elle, l'absence de repères est vraiment perturbante pour un nouveau et ne l'aide certainement pas à trouver sa place dans l'équipe.</p> <p>Elle nous renseigne que chacun fonctionnant à sa manière, il est impossible, pour les nouvelles recrues, entre autre, d'avoir un inventaire des choses qu'elles doivent ou peuvent faire voire, de la manière de les faire et du moment de les faire, même d'avoir une ligne de conduite.</p>
	E	<p><u>Appréciation et nécessité</u></p> <p>Elle trouve la répartition des tâches très bien, car cela rassure tout le monde ; chacun a ses tâches déterminées, tout le monde participe au travail et cela permet d'avoir un bon climat dans l'équipe.</p>
	G	<p>Elle déplore son absence d'autant qu'elle vient d'une institution où le cadre répartissait quotidiennement les tâches</p>

	A	Son absence crée parfois des tensions entre membres du personnel.
	H	Elle estime que son absence n'engendre pas de problème : « <i>tout le monde fait tout</i> ».
	B	Elle déplore cela car elle préférerait que l'organisation soit planifiée.
	S	Elle trouve cela intéressant si elle est réalisée par le responsable du service et que celui-ci effectue cela non pas de manière directive mais en fonction des préférences du personnel. Elle trouve que cela est nécessaire pour les nouveaux.

## L'organisation du travail : La communication sur les attentes envers le personnel et prestations

Propos non encore classés des intervenants = liste d'attente ou potentiel inattendus	Intervenants	Thèmes
<p>La personne E Elle partage l'opinion de G qui pense que les évaluations se font peut être de manière officieuse et sans que la personne soit au courant.</p> <p>La personne G assimile cela à un genre d'évaluation. Elle pense néanmoins que peut-être celles-ci ont lieu de manière officieuse sans que la personne soit au courant. Elle ne pense pas que lors de l'évaluation, la valorisation fasse avancer grand-chose dans le fonctionnement de la personne.</p> <p>La personne A elle assimile également cela à une évaluation ; elle nous dit que cela se fait mais pas de manière officielle. Elle explique que le processus d'évaluation a été arrêté à la suite d'une non homogénéité des critères d'évaluation et à l'absence de monographies de fonction. Elle pense que cela se</p>	<p>E</p> <p>G</p> <p>A</p> <p>H</p>	<p><u>La communication avec le cadre</u></p> <p>Elle nous explique qu'elle est nouvelle dans l'institution et qu'elle n'a jamais été vue par rapport aux attentes</p> <p>Elle se retrouve livrée un peu à elle-même. Chacun travaillant à « <i>l'instinct</i> », elle ne perçoit pas de lignes de conduite,</p> <p>Elle ne sait jamais si elle fait bien ou mal.</p> <p>Elle n'en a jamais eue dans l'établissement.</p> <p>Elle nous dit que si le chef avait quelque chose à dire par rapport à ses prestations, il lui dirait directement.</p> <p>Elle explique que bien qu'étant dans l'institution depuis un certain temps, elle n'en a jamais eue</p> <p>Elle nous signale que si le responsable avait quelque chose de vraiment négatif à dire, il rencontrerait rapidement la personne.</p>

<p>passe lors d'une mutation ou changement de contrat (elle veut dire également renouvellement). Elle émet la supposition que le chef connaît suffisamment son équipe pour faire « un petit topo » sur la personne concernée.</p> <p>La personne H elle nous dit qu'il considérerait cela comme une évaluation « dissimulée ». Elle pense que cela est réservé aux nouveaux où aux gens à qui on a quelque chose à reprocher.</p> <p>La personne B elle considère cela également comme une évaluation. Donc, selon cette personne, les évaluations se passent essentiellement à la fin des contrats</p> <p>La personne S elle aussi, nous dit considérer cela comme une évaluation, Elle pense elle aussi qu'actuellement cela est réservé aux nouveaux.</p>	<p>B</p> <p>S</p> <p>E</p>	<p>Elle nous renseigne qu'elle en a déjà eu une à la fin de son précédent contrat et que le chef a dit qu'il lui en fera une à la fin de ce contrat ci.</p> <p>Elle nous dit qu'en seize années de service et malgré le fait qu'elle a travaillé dans d'autres pavillons, jamais elle n'a eue d'évaluation.</p> <p><u>Reconnaissance</u></p> <p>Elle trouve cela dommage car étant débutante dans la profession.</p> <p>Elle trouve que cela serait rassurant et valorisant de savoir si son travail est correct.</p> <p>Elle aimerait être « évaluée » afin de savoir si son travail correspond aux attentes de l'encadrement et si ce travail est correctement effectué. Elle nous dit qu'elle ne vivrait pas cela de manière négative. Bien au contraire, cela lui permettrait de travailler certains points relevés par l'encadrement comme points à améliorer.</p>
--	----------------------------	---

	G	Elle serait pour cette pratique, elle pense que le but de l'évaluation est l'amélioration de certains points de son travail
	A	Elle estime c'est pas cela qui suffit à dire si une personne est compétente ou non
	H	Elle s'affiche clairement contre le processus d'évaluation, elle a sa façon de travailler, elle sait ce qu'elle a à faire et n'aimerait pas que le chef lui dise ce qu'il doit faire ou comment elle pourrait mieux faire son travail.
	B	Elle y est favorable notamment pour avoir un retour régulier sur son travail afin, d'être encouragée à continuer à travailler de la sorte ou à améliorer certaines aspects de son travail.
	S	Elle trouve que ce serait bien d'être évalué afin de savoir ce que le chef pense d'elle, d'être encouragée dans sa manière de travailler. Elle estime que la valorisation entretient la motivation.

		<p>Elle pense que cela permettrait de travailler les points de son travail que le chef pense qu'elle pourrait améliorer.</p>
--	--	--

## L'organisation du temps de travail : l'organisation de l'horaire

Propos non encore classés des intervenants = liste d'attente ou potentiel inattendus	Intervenants	Thèmes
<p>La personne B Elle nous signale que comme toutes les femmes du service ne sont pas encore toutes des mères de famille, Personnellement, elle trouve que le seul problème réside dans le fait qu'elle n'aime pas faire des nuits, elle préférerait qu'il y ai des veilleurs fixes.</p> <p>La personne E texte épuisé</p> <p>La personne S texte épuisé</p> <p>La personne A : Si certains jours posent problème, les membres du personnel peuvent toujours effectuer des changements entre eux.</p> <p>La personne H cela est dû au fait que le chef d'unité n'est pas autoritaire mais très humain, elle explique qu'il n'a pas abordé spontanément ce point dans les conditions de travail car pour elle, ça n'a jamais posé problème au sein du pavillon. Cependant, elle peut imaginer que cela ne doit pas être drôle de travailler dans un pavillon ou il y a beaucoup de problème pour réaliser l'horaire et où</p>	<p>B</p> <p>E</p> <p>S</p> <p>A</p>	<p><u>L'implication du personnel dans l'élaboration de l'horaire</u></p> <p>Elle trouve qu'à ce niveau là, l'équipe ne peut pas se plaindre, elle relate que le chef d'unité respecte au maximum les desiderat.</p> <p>Elle estime également que l'horaire dans le pavillon n'est pas un problème pour elle car les desiderat sont respectés au maximum</p> <p>Elle partage l'opinion de la personne E. elle trouve l'horaire très important</p> <p>Elle trouve que l'horaire est très important</p> <p>Elle est consciente d'avoir de la chance car les membres de l'équipe sont assez complémentaires dans leurs désirs d'horaire. De ce fait tout le monde est plus ou moins contenté à ce niveau.</p>

<p>on ne respecte pas souvent les desideratats.</p> <p>La personne G Elle signale cependant que cela est actuellement possible car il n'y a pas encore trop de mères de famille. Elle regrette que le personnel doive faire de temps à autre des nuits, n'aime pas et craint même ces périodes, elle préférerait également que cela soit effectué par des veilleurs fixes</p>	<p>H</p> <p>G</p> <p>B</p> <p>E</p> <p>S</p> <p>G</p>	<p>Elle explique que le personnel couche ses désirs sur le projet et qu'à partir de cela le chef réalise le tableau de service.</p> <p>Elle trouve que l'horaire est bien réalisé. Le chef respecte les désirs du personnel, de ce fait, les problèmes sont rares.</p> <p>Elle confirme l'importance de l'horaire. Elle se rend compte que l'équipe est complémentaire par rapports aux desideratats. <u>Equilibre vie professionnelle/vie privée</u></p> <p>Elle trouve que l'horaire est équilibré.</p> <p>Elle trouve que cela lui permet d'organiser sa vie familiale au mieux.</p> <p>Elle trouve que le respect des desideratats lui permet de concilier sa famille et son travail.</p> <p>Elle formule le fait que le respect des desideratats permet</p>
---	---	--



		<p>d'organiser sa vie extra professionnelle, sa vie familiale.</p> <p>Ces points sont très importants pour elle car elle révèle qu'elle ne vit pas que pour son travail.</p> <p>Elle estime que le respect des demandes n'est pas primordial pour se sentir bien à son travail mais, facilite la conciliation entra la vie professionnelle et la vie familiale.</p>
--	--	---

## L'organisation du temps de travail : connaissance et équité de la procédure de rappel

Propos non encore classés des intervenants = liste d'attente ou potentiel inattendus	Intervenants	Thèmes
<p>La personne E Elle trouve que ce serait plus pratique d'avoir une équipe volante. Elle dit qu'elle n'est pas contre de dépanner dans le service, elle se dit d'ailleurs souvent volontaire mais elle n'aime pas d'être « étoilée » car elle ne peut rien prévoir.</p> <p>La personne B Elle trouve que l'institution devrait avoir recours, comme d'autres hôpitaux, à des intérimaires. Cela, afin de pallier aux absences.</p> <p>La personne A D'un coté, elle trouve cela dommageable car lorsqu'elle est « étoilée », elle ne peut rien planifier pour sa journée mais d'un autre coté, bien que ce système ne soit pas parfait, elle le préfère au rappel de dernière minute lorsqu'elle est en repos chez elle. Elle estime que le rappel alors que l'on est en repos est la pire des choses pour elle.</p>	<p>E</p> <p>B</p> <p>A</p> <p>G</p>	<p><u>Connaissance de la procédure pour le bâtiment (trio d'unité)</u></p> <p>Elle explique que le bâtiment qu'ils occupent est divisé en trois pavillons et en ce qui concerne les AM, une personne supplémentaire est désignée de réserve pour ces trois unités : Elle est dite « étoilée ». Cette personne remplace en cas d'absence ou de maladie.</p> <p>Elle confirme que pour l'ensemble des trois unités, il y a une personne de réserve qui est censée aller remplacer ailleurs en cas de défection. Elle nous dévoile que normalement, cette personne est différente chaque jour</p> <p>Elle nous confirme le système de personnes de réserve l'après-midi, pour les trois unités</p> <p>Elle connaît la procédure de rappel pour les trois unités.</p>

<p>La personne G elle considère que ce système a été instauré du fait que c'était difficile de rappeler les gens à leur domicile ; très peu de personnes répondaient aux appels. En ce sens, elle considère que le fait qu'une personne soit « étoilée » comme une bonne alternative. De plus, selon elle, cela a l'avantage de ne pas être rappelé chez soi.</p> <p>La personne S l'hôpital devrait avoir recours à des intérimaires où se doter d'une équipe mobile.</p> <p>La personne H texte épuisé</p>	<p>S</p> <p>E</p> <p>B</p> <p>A</p>	<p>Elle nous confirme le système de personnes de réserve l'après-midi, pour les trois unités</p> <p><u>Perception de l'équité</u></p> <p>Elle trouve que cela n'est pas fait forcément de manière équitable car il y a des pavillons où il y a toujours des malades à remplacer.</p> <p>Elle nous dévoile que normalement, cette personne est différente chaque jour mais elle constate que certains noms reviennent plus souvent que d'autres. Elle n'apprécie pas ce système car elle l'estime non équitable. De plus, elle nous renseigne que systématiquement lorsqu'elle travaille dans son week-end, il faut aller dépanner ailleurs.</p> <p>Elle trouve le système pas spécialement équitable car elle constate que très régulièrement il faut aller dépanner le même pavillon.</p> <p>Elle constate que dans son week-end, ils dépannent régulièrement.</p>
--	-------------------------------------	---

	G	<p>En ce qui concerne le pavillon, elle nous dit que les absences sont gérées en interne ce qui n'est pas le cas toujours ailleurs. Raison pour laquelle, elle croit qu'ils sont souvent mis à contribution pour pallier les absences ailleurs.</p>
	S	<p>Elle exprime sa surprise par rapport au fait que le week-end inverse du sien doit pallier aux défections des autres. Cependant elle nous dit qu'elle était déjà convaincue que ce système n'était pas équitable.</p> <p>Elle exprime le fait qu'elle trouve ce système de rappel pour les trois unités c'est-à-dire les « étoilés » est non équitable pour deux raisons. D'abord, lorsque l'on est étoilé, on ne peut rien prévoir (pas de sorties ou autres) alors que l'on est en surplus. Ensuite, elle nous renseigne que travaillant à temps partiel, elle se retrouve, par ce système, pénalisée de deux jours lors des périodes où le personnel est réduit. En effet, le fait d'avoir quelqu'un « d'étoilé » dans l'équipe l'empêche de prendre repos. Pour ces raisons, elle trouve que ce système n'est pas</p>

	H	<p>adapté aux temps partiels</p> <p>Elle dit que bien que certains aiment bien aller d'une unité à l'autre, ce système de rappel est assez pénalisant pour le reste de l'équipe.</p> <p>Les autres équipes ne fonctionnant pas comme cela systématiquement, il faut aller dépanner ailleurs, Elle dit que cela dure depuis bien longtemps, déjà avec le chef précédent et qu'à la longue, les défections des autres et cette procédure sont mal vécues au sein de l'équipe.</p>
	E	<p><u>Connaissance de la procédure interne de l'unité</u></p> <p>Elle nous explique que pour le pavillon il n'existe pas de procédure pré-établie. Selon elle, cela tient peut-être fait qu'il n'y a pas souvent beaucoup de malades et que les rares absences sont gérées en interne et sur base de volontariat.</p>
	B	<p>Elle confirme également l'absence de procédures, elle nous renseigne que les remplacements se font sur base de volontariat et en interne</p>

	G	Elle termine en ajoutant qu'il y a très rarement des malades au sein de son unité
	H	Elle estime en effet que dans l'équipe, contrairement aux autres équipes, il y a rarement des malades et quand cela arrive, les remplacement se font au sein de l'équipe
	A	En ce qui concerne le pavillon, elle nous dit que les absences sont gérées en interne ce qui n'est pas le cas toujours ailleurs



<p><u>2. Le management</u></p> <p>La personne E        texte épuisé</p> <p>La personne B        texte épuisé</p> <p>La personne S        texte épuisé Elle estime que son responsable actuel n'est ni plus ni moins humain que le précédent.</p> <p>La personne G        Elle estime que le chef d'unité est très important par son style et sa manière de manager, il crée la dynamique de son équipe.</p> <p>La personne A        texte épuisé</p> <p>La personne H        texte épuisé</p>	<p>A</p> <p>S et G</p> <p>E</p>	<p>nous relate qu'elle ne pourrait pas venir travailler dans un service où elle ne se sent pas bien ou avec des collègues avec qui elle ne s'entend pas.</p> <p>Elle estime aussi que l'ambiance de travail est primordiale. Elle se traduit, notamment, par l'autonomie de l'équipe et pas seulement au niveau maladie et remplacement. Bien qu'elle préférerait rester chez elle que de venir travailler, elle estime travailler actuellement dans une bonne atmosphère</p> <p>Qu'il règne en son sein, une certaine solidarité. Elles adhèrent aux avis des autres en ce qui concerne l'influence de ces valeurs sur l'absentéisme.</p> <p><u>La gestion de l'horaire</u></p> <p>Elle pense que la conception de l'horaire est très importante. Elle reconnaît que dans l'unité, cela n'est pas un problème mais elle sait que dans d'autres services, si les équipes sont mal gérées au travers de l'horaire ou si le responsable ne tient pas compte de tous les desiderata, la</p>
---	---------------------------------	--



	B  E  B  S	<p>personne s'estimant lésée, se met en maladie, elle estime que son chef fait correctement son rôle en respectant les projet d'horaires des agents</p> <p>Elle estime que le rôle du chef est très important, notamment dans la gestion de l'horaire. Il contente l'équipe au maximum.</p> <p><u>La communication</u></p> <p>Elle respecte ses prises de décisions pour autant que celles-ci soient expliquées.</p> <p>Elle n'est pas persuadée que tout le monde respecterait ou serait d'accord avec des changements imposés par le chef. Elle cite en exemple d'autres pavillons. Elle pense que si elle devait « tomber » sur un chef autoritaire, celle-ci aurait du mal avec l'équipe et devrait tenir compte de l'avis de celle-ci.</p> <p>Elle aussi, accepte la vision du responsable et les changements proposés, à partir du moment où ceux-ci sont considérés, pour elle, comme valables et qu'ils soient</p>
--	------------------------------	--

		expliqués.
	G	Elle accepte les décisions du chef, cela d'autant plus facilement qu'elle en comprend le sens. Elle stipule également que même si elle trouve l'initiative des changements d'horaires non valable, ce n'est pas cela qui va peser sur sa présence au travail. Elle pense que le chef n'a rien à gagner par une telle attitude si ce n'est que des ennuis avec son équipe
	A	Elle trouve important la manière avec laquelle il présente les choses, qu'il motive ses décisions.
	E	<u>La perception de l'équipe concernant le chef</u> Elle trouve que le rôle de responsable de service ne doit pas être facile. Elle trouve que le chef ne doit pas être trop envahissant, il n'intervient pas si ce n'est pas nécessaire.
	B	Le chef est assez permissif et fait confiance à ses agents au niveau de l'horaire. Il permet que les changements se fassent sans lui, du moment que la permanence infirmière

	S	<p>est conservée. Elle trouve que son rôle est aussi de régler les problèmes mais si tout va bien, il doit se montrer discret, être présent à bon escient. Certains ont besoin de montrer que c'est lui le chef mais pas lui, actuellement, elle trouve son chef très humain et est persuadée que c'est grâce à cela que ça se passe bien dans l'équipe.</p> <p>Elle nous explique que le chef décide de tout, qu'il guide un peu l'équipe et veille à ce que tout se passe bien. Cependant, elle estime que ce n'est pas lui le moteur, mais bien l'équipe.</p> <p>elle pense que le rôle de gestion du chef n'est pas énorme car c'est un pavillon très calme sans problème. Elle dit que le chef est assimilable à une mère : « présent mais pas trop ». Elle reconnaît également que le responsable actuel est très participatif et que le service fonctionne bien comme cela et qu'un chef autoritaire ferait partir les agents les uns après les autres. Elle pense que cela ne pourrait pas arriver car l'équipe a beaucoup de personnalité.</p>
	A	<p>Elle estime que le rôle du chef est important. Elle signale</p>

	H	<p>qu'un autre chef avec une autre personnalité que l'actuel, aurait eu beaucoup de mal avec l'équipe.</p> <p>Elle croit que la gestion d'une équipe ne doit pas être chose aisée. Elle estime avoir de la chance avec son chef car elle le trouve très humain et non autoritaire. Elle pense que cela aurait été très difficile avec un chef autoritaire et imposant ses décisions. Elle poursuit en disant que cela aurait probablement débouché vers l'instauration d'un mauvais climat et au départ des membres de l'équipe ou du chef. Elle insiste sur le fait que le chef respecte les personnalités des membres de l'équipe et qu'à ce titre, l'équipe doit respecter la personnalité du chef.</p>
--	---	--

## LEXIQUE

A.N.A.C.T. : Agence Nationale (Française) pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

C.E. : Comité d'Entreprise.

C.C.T. : Commission Collective du Travail.

C.H.S. : Centre Hospitalier Spécialisé.

C.P.P.T. : Comité pour la Prévention et la Protection au Travail.

D.R.E.E.S. : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.

D.R.H. : Direction (ou directeur) des Ressources Humaines.

E.P.S.T. : Enseignement de Promotion sociale de Tournai.

M.S.P. : Maison de Soins Psychiatrique.

R.T.T. : Récupération du Temps de Travail.

S.E.P.P.T. : Service Externe pour la Prévention et la Protection au Travail.

S.I.P.P.T. : Service Interne pour la Prévention et la Protection au Travail.

## LIENS INTERNET

1. A.R. du 27 décembre 2004, relatif aux maladies professionnelles (consulté le 18 novembre 2007).

[http://www.juridat.be/cgi\\_loi/loi\\_a.pl?language=fr&caller=list&cn=2004122745&la=f&fromtab=loi&sql=dt='arrete%20royal'&tri=dd+as+rank&rech=1&numero=1](http://www.juridat.be/cgi_loi/loi_a.pl?language=fr&caller=list&cn=2004122745&la=f&fromtab=loi&sql=dt='arrete%20royal'&tri=dd+as+rank&rech=1&numero=1)

2. Loi du 10 avril 1971 relative aux accidents du travail. (consulté le 10 mars 2007)

[http://www.cass.be/cgi\\_loi/loi\\_F.pl?cn=1971041001](http://www.cass.be/cgi_loi/loi_F.pl?cn=1971041001)

3. A.R. du 13 juillet 2006, relatif à la fonction d'infirmier en chef consulté le 18 novembre 2007).

<http://www.afiso.be/index.php?action=article&numero=85>

4. Loi du 25 février 2003 tendant à lutter contre la discrimination et modifiant la loi du 15 février 1993 créant un Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. (consulté le 2 mai 2008).

[http://www.stop-discrimination.info/fileadmin/pdfs/Nationale\\_Inhalte/Belgium/Gesetz/25.02.2003.pdf](http://www.stop-discrimination.info/fileadmin/pdfs/Nationale_Inhalte/Belgium/Gesetz/25.02.2003.pdf)

5. Rapport d'enquête de SD WORKS sur : « La culture d'entreprise et la stabilité de l'organisation sont les facteurs déterminants de la satisfaction générale du salarié belge », septembre 2007 (consulté le 2 mars 2008).

[http://www.sd.be/site/website/be/fr/1000A/10F00C/1000P\\_070924\\_20](http://www.sd.be/site/website/be/fr/1000A/10F00C/1000P_070924_20)

6. Arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs (M.B. 16.6.2003), (consulté le 22 janvier 2008).

[http://www.semisud.be/pdf/arretes\\_royaux/ar\\_28-05-2003.pdf](http://www.semisud.be/pdf/arretes_royaux/ar_28-05-2003.pdf)

7. Loi du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail (consulté le 9 janvier 2008).

[http://www.jeminforme.be/sante/loi\\_examens\\_medicaux\\_dans\\_le\\_travail.pdf](http://www.jeminforme.be/sante/loi_examens_medicaux_dans_le_travail.pdf)

8. Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (PDF, 216 KB) (consulté le 30 mai 2008).

[Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail \(PDF, 216 KB\)](#)

9. Arrêté royal du 27 mars 1998 relatif au Service interne pour la Prévention et la Protection au Travail. (consulté le 7 décembre 2007).  
<http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=2754>

10. Loi du 22 décembre 1995 concernant le plan pluriannuel pour l'emploi. (consulté le 2 mai 2008).  
[http://www.juridat.be/cgi\\_loi/loi\\_F.pl?cn=1995122238](http://www.juridat.be/cgi_loi/loi_F.pl?cn=1995122238)

## TABLEAUX

<u>Tableau 1 : revenu de l'ouvrier en incapacité de travail</u> .....	7
<u>Tableau 2 : importance des absences médicalisées</u> .....	11
<u>Tableau 3 : composition de l'échantillon</u> .....	61



## BIBLIOGRAPHIE

ANACT, « Mieux évaluer la charge de travail », in Travail et changement n°307, mars-avril 2006, 16p.

ASKENAZY P., « *Les désordres du travail* », le seuil, avril 2004,

COEMELCK D. Cours de « *principes de financement des hôpitaux* ». Mars 2007.

COMMISSION EUROPÉENNE, « piment de la vie ...ou coup fatal ? », Manuel d'orientation sur le stress lié au travail, Office des publications officielles des communautés européennes, 2002, 20 p.

DECROLIERE P., « *L'absentéisme n'est pas une fatalité* », formation interentreprises, mars 2005, 96p.

DESTEXHE A., « *L'absentéisme dans le secteur public* », rapport d'étude du député, mars 2006, 21p.

Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, « *les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé* », Etudes et Résultats Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, n°335, août 2004, 12p.

Enjeux Statistiques, « Les absences au travail dans les établissements hospitaliers », in Enjeux Statistiques, n° 4, 2003.

FLORIN C, cours de « *sociologie* », année académique 2007-2008.

GALLOIS P., « *L'absentéisme comprendre et agir* », Liaisons, 2005, 101p.

Institut Français pour la Recherche sur les Institutions Publiques, Société Civile n°55, février 2006.

INTERREGIONALE WALLONNE DE LA C.G.S.P., « *Aperçu de l'histoire du mouvement ouvrier socialiste en Belgique (1789-2004)* », 2005, 169p.

Le FOREM, « *rapport d'étude quantitative « bien être au travail et gestion de l'absentéisme* », juin 2006.

LETEURTRE H., « *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier* », Berger-Levrault, 1991, 233p.

LOMBRAIL P., L'organisation du travail et la performance, « *Colloque régional d'ergonomie hospitalière* », 29décembre 2005.

MANON A., « *Absentéisme au travail : l'absence comme moyen de rétablir l'équité lors d'iniquités perçues* », mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en gestion des organisation juillet 2005, 164 p

PIQUEMAL A. « *Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé* », Paris : la documentation française, le30 octobre 2002, 29p.

PIQUES C., « *Vers la mise en place d'une stratégie de l'absentéisme au Centre Hospitalier de Montauban* », Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004.

SECUREX, « *absentéisme en Belgique 2005* », zebrazone, 2006, 74p.

Service Fédéral, « *Les absences pour maladie* », Service Public Fédéral Personnel et Organisation, septembre 2006, p.9.

Service Public Fédéral, « *Le bien être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail* », in série juridique, février 2006, 71p.

Travail & changement, « *l'absentéisme, des solutions à bâtir ensemble* » in revue de la qualité au travail, n°300, janvier et février 2005, 16p.

VANTOMME P., cours « *affirmation de soi et gestion des émotions*, », année académique 2005-2006.

## QUATRIÈME DE COUVERTURE

Comme le confirme les différentes études, l'absentéisme augmente annuellement au sein des entreprises. Cependant l'absence de définition universelle rend toute comparaisons hasardeuses : quelles définition choisir pour quelles mesure ?

Tout naturellement, le secteur hospitalier souffre également de ce dysfonctionnement social ; en témoigne, le taux d'absentéisme nettement supérieur aux autres secteurs. Les spécificités de la profession en sont les principaux facteurs.

Cependant, ce phénomène reste tabou au sein de notre secteur. L'absence médicalisée, si elle n'est guère évidente (plâtre, opération, etc.) continue, du fait du secret médical, à déchaîner l'imaginaire collectif. L'absence médicalisée garde donc une connotation négative et trop souvent des mesures généralistes et coercitives sont les solutions qui ont été élaborées au détriment de la compréhension de la raison de l'absence.

De la sorte, ces mesures n'apporteront jamais de réponse à notre question qui a motivé ce choix de cette recherche, à savoir : « qu'est ce qui pousse un individu à s'absenter plutôt que de se rendre à son travail ? »

Pour tenter d'apporter une réponse à cette question, nous allons au travers de cet essai, approcher la problématique sous un angle différent. En effet, nous partirons du double postulat qu'il faille comprendre le problème pour espérer agir correctement et que les causes de l'absentéisme varient d'un service un à un autre.

De cette manière, dans notre approche, là ou certains parlent de faiblesse, de volonté de nuire à l'hôpital, nous nous parlerons de gestion du stress professionnel et de recherche d'équilibre et d'équité. Cette orientation fait donc apparaître de manière plus prononcée le rôle des dirigeants et de l'encadrement.

Suite à la présentation théorique des concepts évoqués ci-dessus, l'analyse d'un cas pratique au travers les conditions et l'organisation du travail, l'organisation du temps de travail sera proposé afin de tenter de répondre à notre question.