

Université Paris Descartes

BELE-BELE Joa-Marina

La Gestion de l'absentéisme en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes :
le rôle de l'Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur

Diplôme Universitaire

Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur (trice) en EHPAD et en SSIAD

Année Universitaire 2018 - 2019

Sous la Direction de FURY Smarandita

REMERCIEMENTS

J'exprime, d'abord, ma gratitude à Mme FURY Smarandita, ma directrice de mémoire, qui a consacré du temps et a su m'aider par ses conseils avertis depuis notre première rencontre.

Un remerciement à tous les professionnels qui m'ont de près ou de loin apporté leur aide dans la réalisation de ce travail.

Une immense reconnaissance à ma famille pour les encouragements et le soutien au quotidien.

Loin des yeux mais si près de mon cœur.

Un remerciement tout particulier à Mme BERTHELOT Nicole et Mme SAINTE MARIE Rose-Hélène pour leurs conseils et leur disponibilité indéfectible.

SOMMAIRE

REPERTOIRE DES SIGLES

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE :

Etat des lieux de l'absentéisme en EHPAD

1. Contexte de l'absentéisme en EHPAD

1.1. Approche théorique de l'absentéisme

1.2. Expérience et vision personnelles de l'absentéisme en EHPAD

2. Pistes exploitables pour une évolution de la gestion de l'absentéisme en EHPAD

2.1. Equipe soignante

2.2. Equipe managériale : l'IDEC au cœur de l'EHPAD

DEUXIEME PARTIE :

Recherches pour une amélioration de nos pratiques

1. Méthodologie de l'enquête

1.1. Objectifs et choix de l'outil de l'enquête

1.2. Déroulement des entretiens : choix et limites

2. Résultats

2.1. Entretiens avec les soignants

2.2. Entretiens avec les IDEC

3. Analyse et discussion

CONCLUSION

SUMMARY

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RÉPERTOIRE DES SIGLES

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant

AT: Accident du Travail

AV : Auxiliaire de Vie

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso-Ressources

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur

MP : Maladie Professionnelle

PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

TMS : Troubles Musculo Squelettique

REMARQUE :

Par convenance et par souci de cohérence, les termes au masculin ont été choisis, sans préciser systématiquement qu'il aurait pu s'agir du genre masculin ou féminin, exemple : aide-soignant/ aide-soignante, infirmier/infirmière...

INTRODUCTION

« Le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (au sens de bénéficiaires de l'APA) passerait ainsi de 1 265 000 personnes en 2015 à 1 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2050. La hausse serait de l'ordre de plus 20 000 personnes par an jusqu'en 2030, mais accélérerait franchement à près de 40 000 personnes par an entre 2030 et 2040, du fait de l'arrivée en âge avancé des premières générations du baby-boom ¹ ».

Ces dix dernières années en France, le nombre d'EHPAD a fortement augmenté en corrélation avec le vieillissement de la population. En 2017, la France comptait près de 590 000 lits contre 500 000 en 2009. Environ 830 000 professionnels travaillant dans ce secteur, *« avec un taux d'encadrement qui est passé entre 2007 et 2015 de 57 à 63 ETP pour 100 résidents »*. Cependant, une pénurie de professionnels dans le secteur reste notable.

En France, l'absentéisme touche tous les secteurs sanitaires et médico-sociaux, aussi bien dans le privé que le public. La réduction de l'absentéisme est, pour l'ARS, un enjeu majeur pour la bonne gestion des établissements et le maintien de la qualité de vie au travail dans le but de garantir l'offre de soins aux personnes âgées ou en situation de handicap vivant en institution. Depuis quelques années, le fléau a pris de l'ampleur, notamment dans les EHPAD comme le décrivent de nombreuses publications, études et analyses, mettant en avant le problème économique et politique que représente l'absentéisme.

Le thème de ce mémoire part d'une pratique et d'un constat personnels du phénomène. Au poste d'IDEC durant 12 mois au sein d'un EHPAD privé à but lucratif, j'ai été confrontée quotidiennement à cette problématique qui engendre des difficultés de maintien d'effectifs suffisants pouvant garantir la qualité et la continuité des soins.

Le but de ce travail est de définir cette question, la mesurer, la comprendre pour mieux la prévenir en tant qu'IDEC. Le référentiel d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat dans ses compétences 9 et 10 : « Organiser et coordonner des interventions soignantes » et « Informer, former des professionnels et des personnes en formation » englobent les pratiques managériales de la fonction d'IDEC en rapport avec le thème de ce mémoire. Il sera principalement axé sur la profession d'AS, car en nombre majoritaire par rapport aux IDE, dans ces institutions.

La documentation, l'expérience personnelle et les différents échanges avec les professionnels m'ont permis de rédiger ce mémoire dans le cadre du diplôme d'Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur (trice) en EHPAD et en SSIAD.

Dans la première partie, l'état des lieux de l'absentéisme sera abordé pour conduire à émettre l'hypothèse suivante :

« La gestion de l'absentéisme : volonté et implication forte de l'équipe soignante ? »

Dans la seconde partie, outre la recherche théorique, les résultats de l'enquête faite auprès des équipes soignantes et des IDEC dans différents EHPAD, permettront d'explorer plusieurs pistes d'analyse afin d'infirmier ou de confirmer l'hypothèse.

A travers ce mémoire, certaines réponses non exhaustives seront données à l'interrogation suivante :

« Quel est le rôle de l'IDEC dans la gestion de l'absentéisme en EHPAD ? »

¹ *Concertation Grand âge et autonomie. Dominique Libault. Mars 2019*

PREMIERE PARTIE :

Etat des lieux de l'absentéisme en EHPAD

1. Contexte de l'absentéisme en EHPAD

1.1. Evolutions réglementaires

Le statut des EHPAD a été créé le 24 Janvier 1997. Il est régi par les articles L312 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles. Un EHPAD est une structure médicalisée, qui accueille majoritairement des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie physique et/ou psychique et pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable. On les nomme aussi « maisons de retraite médicalisées ».

Le décret du 29 Avril 1999 définit de nouvelles relations entre les établissements et les autorités de financement, en créant à la manière des CPOM du secteur sanitaire, une relation contractuelle. Le texte impose la signature d'une convention quinquennale et tripartite avec le Président du Conseil Départemental et l'autorité compétente pour l'assurance maladie représentée par le Directeur général de l'ARS. Cette convention fixe les ETP pour cinq années. Les établissements ont donc une faible autonomie sur la masse salariale et l'ouverture de postes est soumise à l'autorisation des financeurs.

En 2011, la santé était le secteur d'activité avec le taux d'absentéisme le plus élevé soit en moyenne 32,5 jours par personne et par an. En EHPAD, il était encore 1,3 fois plus important que la moyenne du secteur. La dernière étude publiée en 2014 classe le secteur de la santé en 2ème position derrière le secteur des transports, avec 5,90 % d'absentéisme.

Les particularités du travail en EHPAD sont des facteurs favorisant l'absentéisme : le personnel est principalement féminin, le vieillissement de la population avec des personnes polypathologiques, la pénibilité physique et psychique du travail.

Les politiques de prolongement du maintien à domicile, ont pour conséquence un recul de l'âge moyen d'entrée en établissement. *Il est passé de 80,2 ans il y a 25 ans à 85,06 ans en 2013*, entraînant une plus grande dépendance en soins d'où une plus grande médicalisation des personnes accueillies en institution, dont les GIR sont majoritairement compris entre 1 et 4. Les EHPAD, en tant qu'établissements médico-sociaux fonctionnent dans un environnement en perpétuelle évolution avec de nouvelles exigences liées au vieillissement de la population, à l'accroissement de l'état de dépendance des personnes âgées, au développement des pathologies de type Alzheimer et aux troubles comportementaux. Selon l'OMS, « *Environ 15% des adultes âgés de plus de 60 ans souffrent d'un trouble mental et les troubles neuropsychiatriques représentent 6,6% des incapacités totales*² ». La pénibilité physique due aux soins de nursing importants et aux multiples manutentions réalisées tout au long de la journée. A cela s'ajoute une pénibilité psychique liée aux accompagnements de résidents ou proches très exigeants, agressifs ou déments; sans omettre l'accompagnement régulier des fins de vies.

²<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/santé-mentale-et-vieillesse>

Qu'est-ce qu'est l'absentéisme ? Selon le Dictionnaire Larousse, l'absentéisme (nom masculin) est le « *fait d'être absent du lieu de travail, de l'école, d'une réunion ou d'une assemblée, de tout lieu où, pour des raisons de travail, de participation à une action, etc., la présence est obligatoire* ».

La notion d'absentéisme est vaste, cependant, dans ce travail, le type d'absences visé exclut celles autorisées par l'employeur donc les absences prévisibles (formation, congés payés, récupération...). En général, les absences imprévisibles sont liées à l'état de santé du salarié, sa situation familiale, les relations professionnelles. Certaines peuvent être anticipées telles que les congés de maternité, congés de paternité, congés d'adoption, mi-temps thérapeutiques ou absences conventionnelles.

Dans le cadre des absences imprévisibles, on peut énumérer les suivantes :

- faisant référence à l'état de santé du salarié : les maladies ordinaires, les AT et les MP, les prolongations d'arrêt de travail de dernière minute.
- la situation familiale : les autorisations spéciales pour enfants malades et les congés pour raisons familiales.
- concernant les relations professionnelles : la détérioration de l'ambiance de travail entre collègues ou en lien avec la hiérarchie.
- les absences injustifiées

L'absentéisme en EHPAD est une problématique d'autant plus préoccupante que ces institutions doivent fournir une permanence de soins 24h/24 et 365 jours par an. La charge en soins est importante et varie très peu d'un jour à l'autre quelque soit l'effectif des soignants. De ce fait, les absences inopinées ont un réel impact désorganisant pour l'établissement, car elles ont donc un délai de prévenance très court. Elles induisent des conséquences sur les résidents, les équipes, le travail et l'organisation globale de la structure. Ces répercussions sont notables sur plusieurs plans :

- sur les résidents : un temps de soins réduit ou des soins de moins bonne qualité prodigués, des tensions ressenties par les résidents.
- sur les équipes : une dégradation des conditions de travail avec une surcharge de travail et un dérèglement du fonctionnement du service. Un stress se développe au sein de l'équipe présente, pouvant engendrer un « surabsentéisme ».
- sur le plan organisationnel : l'IDEC et les autres managers passent du temps dans la gestion de l'absentéisme qui est une tâche chronophage, le temps dévolu chercher un remplaçant, redistribuer le travail et à refaire les plannings, n'est pas mis à profit pour d'autres missions.

- sur le fonctionnement de l'établissement : l'absentéisme est révélateur des dysfonctionnements de la structure, du « bien-être » ou « mal-être » du personnel, de la qualité des soins et de la performance de la structure. Par ailleurs, le remplacement du salarié absent engendre un budget supplémentaire.

Les principes de gestion mis en place pour répondre à l'absentéisme sont propres à chaque structure. Une alternative existe dans les EHPAD pour pallier aux absences inopinées : le salarié absent est remplacé ; le salarié absent n'est pas remplacé, car l'institution accepte un fonctionnement en sous-effectif ou parce que le délai de prévenance est très court pour pouvoir faire face à l'absence inopinée. Le remplacement, quand il est effectué, peut l'être soit en interne : par le rappel d'un professionnel en repos, par le transfert d'un professionnel d'un autre secteur, soit en externe par l'appel à des professionnels extérieurs à la structure via le recours à un pool de remplacement constitué de professionnels n'appartenant pas à la structure mais y effectuant des remplacements réguliers (les vacataires) ou par le biais d'une agence d'intérimaires.

1.2. Expérience et vision personnelles de l'absentéisme en EHPAD

L'absentéisme est un fléau qui « gangrène » le management de l'IDEC, car il déclenche une réorganisation immédiate du travail avec une incidence sur ses missions journalières. Pour rappel, sa gestion est chronophage : recherche des remplaçants, nouvelle répartition de la charge de travail, réédition des plannings, formation de nouveaux arrivants.

D'un point de vue personnel, l'absentéisme en EHPAD est le plus souvent lié aux conditions et environnement de travail. Cependant, à l'orée de certains événements (saison estivale, fêtes de

fin d'année), il n'en demeure pas moins que le nombre d'absences inopinées connaît une croissance.

Devant une absence inopinée en EHPAD, l'équipe soignante attend de l'IDEC un rétablissement immédiat de son effectif journalier, en un temps limité. En sachant que la charge de travail est plus intense en début et en fin de journée, peu de ressources sont alors disponibles. Selon les consignes hiérarchiques du groupe, pour une absence : pas de remplacement systématique et application du « mode dégradé ». A partir de deux absences sur une journée, le premier recours : faire appel aux soignants effectuant régulièrement des vacances au sein de l'établissement. En cas d'échec, les agences d'intérim sont sollicitées. Si les deux premières options s'avèrent non fructueuses, la mise en place du travail en « mode dégradé » s'impose comme une évidence. Ce mode dégradé renvoie à un travail d'équipe plus renforcé, mettant en scène tous les soignants, les IDE et parfois certains administratifs sont mis à contribution pour la réfection des lits et l'assainissement de l'environnement des résidents. L'utilisation des ressources internes pour répondre à la variation de la charge de travail impose une polyvalence des soignants face à l'activité; celle-ci est souvent mal vécue par ces derniers.

En tant qu'IDEC, pour faire face à l'absentéisme au sein de l'EHPAD, la mise en place d'un « mode dégradé » écrit et validé par la Direction de l'institution a été mis en place afin que même en l'absence de l'IDEC, la réorganisation permette de maintenir un travail de qualité. L'absence inopinée de l'IDE m'a souvent valu le troc de la blouse de responsable managériale pour celle de l'IDE (ma formation initiale) dans le but d'accompagner, de soutenir chaque soignant et maintenir la continuité des soins pour les résidents.

Ces situations ont des répercussions positives comme négatives. Du point de vue positif, l'équipe soignante se sent valorisée par cette entraide : l'exemplarité de l'IDEC comme source de motivation. L'IDEC peut également se rendre compte de plusieurs réalités non révélées lors des transmissions écrites/orales (le travail non ergonomique des soignants pour la prise en

charge des résidents, la sécurisation du circuit du médicament...). Du point de vue négatif, la fonction managériale est bafouée et peut créer un amalgame dans l'esprit de certains professionnels.

Au sortir de mon expérience, les missions de l'IDEC doivent rester bien définies et encadrées pour préserver sa légitimité. En tant qu'IDEC, le souhait de maintenir la continuité de soins lorsque l'absentéisme devient récurrent, peut conduire à l'épuisement professionnel (burn-out). Aussi, « le mode dégradé » ne doit pas être une solution pérenne.

2. Pistes exploitables pour une évolution de la gestion de l'absentéisme en EHPAD

2.1. Equipe soignante

Les AS sont les personnes ressources dans la gestion de l'absentéisme. La valorisation de ces professionnels est primordiale pour les maintenir aux différents postes de travail.

Au sein des EHPAD, la gestion de l'absentéisme est pilotée par l'équipe de direction composée en général du directeur et des cadres de l'établissement (directeur adjoint, psychologue, IDEC...). Dans certains organigrammes, on peut trouver la présence d'IDE et d'AS référents (en l'absence d'IDEC ou en complément de celui-ci). Ces référents ont un rôle important dans la motivation et la stabilité des équipes au quotidien.

En général, en cas d'absence inopinée, les soignants appliquent les modalités de gestion qui leur sont imposées par l'encadrement, mais ils peuvent aussi grâce à leur expérience de terrain, suggérer/mettre en œuvre leurs propres stratégies d'organisation pour faire face aux conséquences en réorganisant le travail, en supprimant des tâches, en accélérant le rythme de

travail, en réaménageant les horaires. Les soignants peuvent construire des pratiques routinières qui vont progressivement être instaurées comme des règles. Le type de management et la posture du cadre ont une influence sur le positionnement des équipes. On peut parler de l'intérêt d'un management participatif dans ce cas.

2.2. Equipe managériale : l'IDEC au cœur de l'EHPAD

La gestion de l'absentéisme apparaît donc comme un important outil managérial qui permet à l'IDEC d'organiser l'activité du service et de garantir une qualité de vie au travail pour les soignants, ainsi qu'une offre de soins bien adaptée à chaque résident dans le respect de bonnes pratiques gériatriques. Si les facteurs de l'absentéisme sont identifiés, il semble plus aisé de pouvoir distinguer les actions de prévention. Les notions d'environnement et conditions de travail ou de prévention sont des éléments prépondérants à prendre en compte pour comprendre et gérer l'absentéisme.

Pour l'IDEC, il existe plusieurs types de mesures en matière préventives concernant l'absentéisme :

- un entretien individuel de retour après les absences afin d'en clarifier les raisons fondamentales, lorsque le facteur « temps » y est propice. Pour cela, il doit être à l'écoute pour relever l'état d'esprit et les besoins de l'équipe. Cela peut prendre la forme d'un questionnaire sur la qualité de vie au travail avec une série de questions ouvertes.
- une amélioration des conditions de travail, des actions en faveur de l'ergonomie pour prévenir les TMS, une action de prévention des AT et des maladies professionnelles.

Après le rapport des besoins réels exprimés par l'équipe, l'IDEC qui est l'interface entre la Direction et les soignants, en réfère à la hiérarchie. La Direction doit fournir les moyens humains et matériels aux équipes pour travailler dans de bonnes conditions. Par exemple, l'IDEC et l'équipe peuvent conjointement rechercher le matériel adapté : plus léger et maniable pour en faire la proposition concrète à la Direction. L'IDEC, interlocuteur privilégié des prestataires, a le devoir de stimuler leur réactivité dans la livraison des dispositifs et matériels.

- la qualité et le nombre de recrutements : le fort *turn-over* de soignants déséquilibre l'organisation de travail. Un « bon » recrutement est un gain de temps sur le long terme. Les EHPAD peinent à recruter des AS car il y a pénurie de personnel dans le secteur. Par conséquent, l'accueil et l'accompagnement du nouveau salarié sont importants pour le fidéliser. Pour rappel, un plan national pour les métiers du grand âge a été annoncé par le gouvernement, le 28 Mars 2019.
- La valorisation du travail des équipes : la motivation des équipes passe par des mots d'encouragement/de félicitations, des mini-festivités organisées par l'institution, des mini-formations, des stages, des spécialisations en gérontologie pour les IDE et les AS. Un management de terrain, tout en respectant la juste distance hiérarchique, est capital voire précieux.

DEUXIEME PARTIE

Recherches pour une amélioration de nos pratiques

Cette deuxième partie expose les résultats des entretiens réalisés auprès de professionnels sur le terrain. Dans un premier temps, je présenterai la méthodologie de l'enquête et les thèmes abordés. Dans un second temps, les résultats seront restitués et confrontés au cadre théorique.

1. Méthodologie de l'enquête

1.2. Objectifs et choix de l'outil de l'enquête

L'enquête a eu pour objectif d'élucider les raisons fondamentales et différentes actions mises en place face à l'absentéisme en EHPAD, si elles sont efficaces, connues de tous et quelles sont leurs limites. Il me semblait important de recueillir le témoignage d'acteurs de terrain, intervenants à différents niveaux dans l'institution, face à la gestion de l'absentéisme qui n'est pas la même selon leurs fonctions. Afin de croiser les visions, certains entretiens ont concerné des professionnels travaillant dans la même structure.

Les différents thèmes abordés ont été : le taux d'absentéisme, le type d'absences, la représentation et la communication sur le sujet, les mesures de prévention, les impacts de l'absentéisme, sa gestion au quotidien : le management de l'IDEC.

Le choix des questionnaires anonymes comportant majoritairement des questions ouvertes a été fait, dans le but de laisser libre cours à l'expression de chaque professionnel. Les questionnaires AS et IDEC ont été regroupés dans les annexes.

1.2. Déroulement des entretiens : choix et limites

Les questionnaires et entretiens ont été abordés dans 4 établissements auprès de 22 professionnels dont 4 IDEC, d'août à octobre 2019. La durée moyenne des entretiens a été de

30 min. Ils ont été réalisés de manière collective pour les soignants au moment des transmissions dans les postes de soins, de manière individuelle auprès des IDEC dans leurs bureaux respectifs.

Une des limites de ce travail est le faible échantillonnage interrogé, faute de temps. En effet, un faible nombre de professionnels a pu être rencontré pour pouvoir réaliser un réel diagnostic sur la gestion de l'absentéisme. Une enquête plus élargie, avec plusieurs rencontres aurait permis de tirer des conclusions plus précises pouvant valoir recommandations sur le sujet.

2. Résultats

Les résultats obtenus ne représentent qu'un aperçu limité de la gestion de l'absentéisme en EHPAD. Cependant, leur analyse est un reflet de ce qu'il s'y passe sur le plan pratique, dans la politique et la gestion de l'absentéisme. Ainsi, ils permettent d'avancer dans la réflexion et d'argumenter cette problématique.

2.1. Entretiens avec les soignants

Concernant le questionnaire des AS, le constat de la féminisation de la profession est évident (97%) dans la tranche d'âge moyenne est de 35 à 45 ans et ayant exercé en moyenne de 5 à 10 années. Tous ont déjà été confrontés à l'absence d'un collègue.

Dans le classement des absences les plus fréquentes, on note 51% liés aux maladies ordinaires, 25% pour les AT consécutifs en grande majorité à la manutention, 14% pour les journées enfants malades et raisons familiales, 10% pour l'ambiance de travail et celles injustifiées. Par ailleurs, le personnel étant en majorité féminin et jeune, il y a aussi un nombre important d'arrêts dans le cadre de congés maternité et de « pré-congés maternité ».

Concernant le ressenti au travail, les AS disent éprouver : de la fatigue pour 95% d'entre eux, de l'énervement pour 81%, du stress pour 60% surtout en cas de sous-effectif, de la lassitude pour 50%, du manque de valorisation pour 50%. La plupart des professionnels interrogés disent que des remplaçants peu ou pas formés, découvrant le service dans lequel ils viennent travailler, est une difficulté supplémentaire. Cela peut même s'avérer être plus difficile que d'être seul car il faut tout leur expliquer et les guider au maximum. Les effectifs réduits ou le travail avec des remplaçants, obligent les titulaires à des réajustements permanents de leur organisation de travail et induisent une charge de travail supplémentaire.

Tous les professionnels reconnaissent que l'absentéisme est une problématique, ayant des conséquences à différents niveaux : sur les résidents et les équipes. Le souci du maintien de la qualité des soins a été abordé par toutes les personnes interrogées. 80 % des interviewés ont déclaré avoir le sentiment de « bâcler » le travail par la réduction considérable du temps accordé aux résidents. Ils ont tous déclaré que l'absentéisme est générateur de fatigue pouvant entraîner un surabsentéisme dû à l'épuisement des équipes.

90% ont connaissance des moyens de prévention mis en place par la hiérarchie en termes de gestion de l'absentéisme. 50% se disent insatisfaits dans les 4 structures par l'évocation de l'effectif insuffisant de soignants et le manque de matériel adéquat pour la prise en soins des résidents.

Tous les établissements ont un point commun : la mise en place des mesures de prévention des TMS, avec l'organisation des formations « manutention ». Dans une structure, des professionnels ont été formés au sein même de la structure pour devenir référents-formateurs à la PRAP pour ensuite mettre en place des actions de prévention et de formation auprès de leurs collègues en interne. Dans les 4 établissements, l'IDEC refait le point en moyenne 3 fois par semaine avec les équipes sur les difficultés de transfert, le type de matériel à utiliser selon les circonstances, les besoins en matériel. Une structure a organisé un programme d'action sur les

TMS avec la médecine du travail : au vu des moyens mis en place en termes de matériel et de formation pour améliorer la sécurité des résidents lors des transferts et diminuer la pénibilité du travail pour les soignants. L'impact de ce dispositif n'était pas encore notable lors de l'entretien.

100% des AS savent clairement ce qu'ils doivent faire en cas d'absence d'un collègue.

50% des AS pensent avoir un rôle à jouer dans la prévention de l'absentéisme et estiment à 95% le rôle de l'employeur et à 60% le rôle de l'IDEC. 90% estiment que la bonne gestion de l'absentéisme peut améliorer leurs conditions de travail.

50% des AS expriment être consultés lors de changements techniques ou organisationnels avec une satisfaction de l'écoute et la motivation de l'IDEC pour 80%. Une gestion du service comme la planification, le matériel, la formation et la cohésion de l'équipe pour mener à bien leurs tâches est satisfaisante pour 90%. Tous les AS sont en attente de formations complémentaires ou certifications dans le cadre d'une évolution des pratiques professionnelles.

2.2. Entretiens avec les IDEC

Concernant le questionnaire des IDEC, la composition des EHPAD est très diverse notamment en matière de statut existant qui varie du privé à caractère commercial au privé à but non lucratif. 25% des IDEC estiment avoir des ressources suffisantes notamment en formation, en compétence, en financement et en temps pour faire face à l'absence des AS.

Les difficultés rencontrées par les IDEC sont croisées avec les mots que peut évoquer le terme « absentéisme ». Elles sont verbalisées par des termes comme recrutement, charge de travail,

gestion des plannings, formation, motivation du personnel soignant présent, manque de temps, stress.

Une structure sur 4 a pu renseigner son taux d'absentéisme calculé par le siège social du groupe dont elle fait partie. Sur les 5 dernières années, ce taux a oscillé entre 12 et 37%. Cette enquête a donc suscité auprès des 3 autres directions, le projet de le calculer lors des clôtures de fin d'année.

Les IDEC nomment les raisons récurrentes de l'absentéisme : 73% la maladie ordinaire et la situation familiale, 26% liés à l'environnement de travail TMS et 1% sans justificatif réel.

75% des IDEC note le risque TMS en premier comme celui qui a le plus d'impact sur la qualité globale du service et pour 100% celui qui a le plus d'impact sur les prises en charge des bénéficiaires. A l'unanimité, la prévention des risques psychosociaux paraît la plus difficile à mettre en place et à rendre efficiente.

Plusieurs types de remplacements sont mis en place dans les structures interrogées. Trois structures sur 4 ont indiqué ne pas remplacer systématiquement les absences.

Les modes de remplacements privilégiés par tous sont les solutions internes. 2 structures essaient de remplacer de manière systématique. A l'exception d'une structure qui effectue toujours les remplacements à poste équivalent, les autres ne font pas de distinction entre les AV et les AS. Toutes les structures essaient au maximum d'éviter de faire appel à l'intérim. Les managers utilisent leurs ressources internes, pour gérer la variation des charges de travail, par le recours aux heures supplémentaires ou complémentaires, le rappel des personnels sur leur jour de repos. Les 4 établissements se sont constitués un pool de remplaçants externes, pour la plupart travaillant déjà dans d'autres structures. Les IDEC anticipent auprès des remplaçants externes fidélisés, en récupérant leurs disponibilités pour les semaines ou les mois à venir afin d'être plus réactifs lors d'une absence imprévisible.

Une structure a déjà constitué un pool de remplacement commun avec des structures voisines, du même groupe. Elle effectue les remplacements en fonction de l'activité dans la structure. Si le taux d'occupation est jugé bas, les personnels absents ne sont pas remplacés, on considère aussi que les personnels présents sont en capacité d'absorber la charge de travail supplémentaire due à l'absence.

Une autre ne remplace pas le premier jour d'absence, considérant que le délai de prévenance est trop court.

75% de réponses concernent la sensibilisation et l'implication des AS dans la prévention des absences.

Les IDEC attendent de leurs équipes une dynamique, une cohésion, une collaboration, une communication et un investissement. Les attentes exprimées des IDEC vis à vis des AS peuvent être regroupées:

- une attente de professionnalisme : information préalable sur une absence pour une organisation en amont, accueil et encadrement bienveillants du nouveau salarié même intérimaire, cohérence des soins, utilisation des plans de soins et respect des procédures en place, utilisation maîtrisée du matériel disponible et traçabilité des soins.

- une attente d'investissement dans la vie du service : partage d'expériences et de pratiques, esprit et cohésion d'équipe et transmissions objectives.

- une attente d'une prise de conscience constructive des absences et d'un investissement effectif dans la prévention des absences. Il apparaît que des actions de prévention sont en place dans toutes les structures.

Les IDEC évoquent les mêmes difficultés dans le recrutement des soignants : le refus par les jeunes diplômés de signature de CDI, la rémunération et l'éloignement géographique des lieux d'habitation.

Il me semblait important de questionner les IDEC sur leurs pratiques managériales, pour identifier si elles impactent l'absentéisme et les différents modes de gestion.

Sur les 4 IDEC interrogés, 2 qualifient leur management de participatif, avec du directif par moment, en ce qui concerne l'absentéisme ou lorsqu'il faut reposer le cadre. Ils ont insisté sur l'importance du respect des règles et des limites ; les managers doivent s'appuyer sur les équipes et trancher fermement lorsque c'est nécessaire. L'un évoque un management directif. L'autre IDEC a déclaré ne pas vouloir définir son type de management : il est basé sur l'écoute et le respect qui pour lui sont les points essentiels pour bien manager des équipes.

3. Analyse et discussion

Nous pouvons retenir qu'il n'y a pas une cause unique à l'absentéisme ; il est dû à un ensemble de facteurs et aucune démarche ne semble pouvoir répondre de manière totalement satisfaisante à la gestion de l'absentéisme.

Au vu des résultats de l'enquête, un décalage minime entre les attentes de l'IDEC et celles des AS sont relevées. Ce décalage semble être un obstacle à une démarche participative d'évaluation objective et à une élaboration concertée des actions. Ainsi, dans la mise en place d'une politique de prévention de l'absentéisme au quotidien, l'IDEC occupe un rôle primordial pour sensibiliser les AS et donner du sens à cette politique.

A partir des éléments évoqués dans le cadre théorique et de la recherche empirique, plusieurs dispositifs de gestion de l'absentéisme peuvent être identifiés : non remplacement avec mise en place du mode dégradé, pool de remplaçants, intérimaires.

Concernant la formation, on peut noter que tous les professionnels sont en attente d'une formation de spécialisation en soins gériatriques ou de prévention des TMS. Pour autant, les AS ont des difficultés à formuler des souhaits de formations, voire n'en formulent pas du tout.

Leur souhait reste en priorité une augmentation de l'effectif journalier des soignants et d'être mieux équipés avec du dispositif médical comme les lèges personnes, les appareils de verticalisation, les disques de transfert, les draps de glisse, les ceintures Olivia....

Face aux difficultés de recrutement, à l'absentéisme très élevé, aux accidents du travail, *"l'urgence est d'investir dans la qualité de service qui ne peut passer que par une amélioration des conditions de travail"*. Les difficultés de recrutement des professionnels qualifiés conduit à des recrutements de « faisant-fonction » dont la qualification est insuffisante au regard des résidents accueillis. Les glissements de tâches préjudiciables à la qualité des soins sont alors observés, et sont source d'inquiétudes pour les soignants, « poussés » à exercer des tâches pour lesquelles ils ne sont pas formés.

Une augmentation des effectifs pour accroître le temps de présence auprès des personnes par le gouvernement qui vise une hausse de 25 % du taux d'encadrement en EHPAD d'ici à 2024, un renforcement de la prévention de la pénibilité et des accidents du travail, une évolution des formations et des compétences, avec des revalorisations salariales à la clef (une prime a été annoncée pour les aides-soignants), un accès facilité aux métiers du grand âge et l'ouverture de perspectives de carrière.

Par ailleurs, s'il est *"indéniable que le niveau des rémunérations participe à la valorisation et à l'attractivité des métiers du grand âge, comme de toute autre profession"*, la priorité est donnée à la hausse des effectifs plutôt qu'à celle des salaires.

Au vu de ce qui ressort de ces différents entretiens, tous sont unanimes sur le fait qu'à l'heure actuelle, l'IDEC serait une personne ressource qui coordonnerait les différents intervenants et faciliterait la gestion de l'absentéisme au sein de l'EHPAD. L'IDEC a de la proximité autant avec les équipes existantes et les nouveaux salariés.

La fonction d'IDEC se révèle être au cœur de l'EHPAD. Elle détient la capacité à organiser les plannings, les recrutements, le management des équipes de manière pertinente. Elle est l'interface entre les professionnels, la direction et l'extérieur. Néanmoins, la collaboration avec les soignants restes incontournables pour obtenir leur implication dans la gestion de l'absentéisme. L'IDEC peut, comme vu dans les entretiens, être à l'initiative de l'autonomie des équipes, en leur donnant les moyens de mettre en place par elles-mêmes des alternatives.

L'IDEC en relation avec la Direction de l'établissement instaure des procédures pour pallier aux absences inopinées. Ces modalités de gestion se limitent le plus souvent aux conditions de remplacement qui sont perçues comme insuffisantes pour les équipes, confrontées en premier aux désagréments engendrés par le travail en sous-effectif.

CONCLUSION

Actuellement, l'absentéisme en EHPAD reste un fléau mais pas une fatalité. Il n'existe pas une cause unique à l'absentéisme. C'est un mélange de plusieurs facteurs. Il est possible de le faire chuter. Sa gestion nécessite une démarche de prévention précoce afin d'en limiter l'impact en institution. Cette prévention inclut le maintien de bonnes conditions et environnement de travail au sens large : la prévention des TMS, l'organisation du travail, la qualité des relations.

Ce travail a démontré que la gestion en amont si elle permet de minimiser les conséquences de l'absentéisme, ne peut pas tout réguler. Il a également mis en évidence que le management participatif est une clé mais dépend des professionnels présents et de la charge de travail supplémentaire qui leur incombe. Les facteurs favorisant sa mise en place sont la présence de professionnels expérimentés et plus anciens dans la structure, la cohésion d'équipe facilitant la réorganisation des tâches par des solutions opérationnelles pour combler une absence inopinée. Le rôle de l'IDEC est primordial dans le recrutement, l'encadrement et la valorisation des AS par la reconnaissance de leur travail qui facilitera l'adhésion du plus grand nombre.

"La revalorisation des métiers du grand âge pour augmenter drastiquement l'attractivité du secteur" est en effet l'un des leviers que souhaite actionner la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, en s'appuyant sur les propositions remises par Dominique Libault, rapporteur de la concertation nationale "Grand âge et autonomie".

D'un point de vue personnel et professionnel, ce travail m'a permis de revoir les représentations faites sur l'absentéisme en EHPAD et la manière dont il est géré, d'où la nécessité pour l'IDEC de communiquer davantage sur le sujet, avec les équipes. Je me rends compte à présent que la recherche de type d'absences et leurs fréquences permet de cerner la situation avec plus de réalisme et d'orienter les actions. J'ai pu m'apercevoir que les représentations de l'absentéisme faites par les équipes et celles des IDEC n'étaient pas si différentes : les attentes et les difficultés engendrées par les absences. A la fin de la rédaction de ce mémoire, la place et l'importance de la gestion de l'absentéisme par le management participatif me semblent centrales.

Au-delà des difficultés inhérentes à la fonction d'IDEC et de la charge administrative importante, l'écoute des soignants doit être considérée comme une priorité. Enfin, j'ai pris conscience de la nécessité de la communication entre les équipes et les IDEC sur l'absentéisme pour permettre à tous d'avoir des représentations communes et d'éviter ainsi les interprétations et les malentendus.

SUMMARY

In France, absenteeism is a scourge in the medico-sanitary environment, especially in nursing homes. It is due to several factors including personal, family, work environment and a national shortage of caregivers. Several methods can be used to bring it down. The participating

management is a key : the caregivers can reorganize the nursing care in case of unexpected absence. The coordinating nurse by his/her managerial function proceeds with an effective recruitment, the valorization of the existing team, prevention of work accidents and the proximity with the team.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

1. « Ces structures assurent une double mission : prodiguer les soins les plus adaptés tout en offrant un accompagnement individualisé au sein d'un lieu de vie collectif », Essai de M. P. Homerin

2. « Santé mentale et vieillissement », OMS, aide-mémoire avril 2016
3. « L'absentéisme. Comprendre et agir », Gallois P, éditions de Liaisons, 2009
4. « Cours Paris Descartes dans le cadre de la formation DU infirmier référent d'EHPAD et SSIAD » : Le Rôle de l'IDEC, 2019
5. « Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence », Rousseau Thierry, réseau édition Anact, 183p, 2012
6. « Observatoire des EHPAD », Avril 2014, p.17

Articles

1. « Concertation Grand âge et autonomie », Dominique Libault, Mars 2019
2. « L'absentéisme pour raison de santé : comparaison méthodologique », Dumond Jean-Paul, Santé Publique, 2009/1 Vol. 21, p. 25-35
3. « Comment sécuriser et fidéliser les personnels en EHPAD ? », Lebee Émilie, La revue hospitalière de France, n°540, 2011, p. 32-35
4. « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », Randon, Sophie et al., Management & Avenir, 2011/9 N° 49, p. 133149.

Sites internet

1. <http://www.infirmiers.com>
2. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/santé-mentale-et-vieillessement>
3. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf
4. <https://www.directions.fr/Piloter/organisation-reglementation-secteur/2019/1/-Ameliorer-le-quotidien-des-professionnels--2052174W/>

(Entretien avec Agnès Buzyn du 02 Janvier 2019 « Améliorer le quotidien des professionnels »)

5. <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20191007>

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien AS

Actuellement en formation à l'Université Paris Descartes, je réalise dans le cadre du DU « Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur (trice) d'EHPAD et de SSIAD (IRCo) » un travail de recherche qui porte sur la gestion de l'absentéisme en EHPAD. Je souhaiterais vous poser quelques questions. Votre expérience et votre avis

m'apporteront des réponses afin d'étayer mon travail de recherches. Je vous assure l'anonymat total lors de la retranscription des données.

- 1- Quelle est votre fonction ? Quel est votre sexe? Quel est votre âge? Depuis combien d'années exercez-vous cette profession? Depuis quand travaillez-vous dans la structure ?
- 2- Dans votre équipe êtes-vous confronté à l'absentéisme ? Quelles en sont les raisons récurrentes selon vous ? Est-ce une difficulté pour vous ?
- 3- Avez-vous connaissances des moyens mis en place par la hiérarchie pour pallier à l'absentéisme ? Les connaissez-vous ? Est-ce un sujet évoqué dans la structure ? Jugez-vous ces moyens suffisants face au fléau?
- 4- Dans votre équipe, mettez-vous en place des actions lorsque survient une absence inopinée? (réorganisation du travail). Ces actions se font-elles de votre propre initiative ou sont-elles à l'initiative de l'IDEC ou la Direction ?
- 5- Comment jugez-vous votre environnement de travail (matériel de manutention, relations avec les collègues) ?
- 6- Considérez-vous avoir de l'autonomie dans votre travail ? Vous sentez-vous valorisé et entendu par votre hiérarchie ? A cause de votre travail, est-ce qu'il vous arrive d'éprouver de la fatigue, de l'énervement, de la lassitude, du stress, de la monotonie
- 7- Comment estimez-vous le rôle de l'IDEC dans la gestion de l'absentéisme à votre poste ? Pensez-vous que la gestion en amont de l'absentéisme peut améliorer vos conditions de travail ?
- 8- Bénéficiez-vous d'un soutien nécessaire de l'IDEC dans les situations difficiles? Connaissez-vous la position de votre hiérarchie par rapport à l'absentéisme ? Des actions sont-elles mises en place suite aux absences (entretien de retour, sanction ?) Selon vous quels moyens pourraient être mis en place pour améliorer la situation, ou la faire évoluer ?
- 9- Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

Je vous remercie pour votre aide et le temps que vous consacré à mon questionnaire.

Annexe 2 : Grille d'entretien IDEC

Actuellement en formation à l'Université Paris Descartes, je réalise dans le cadre du DU « Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur (trice) d'EHPAD et de SSIAD (IRCo) » un travail de recherche qui porte sur la gestion de l'absentéisme en EHPAD. Je souhaiterais vous poser quelques questions. Votre expérience et votre avis

m'apporteront des réponses afin d'étayer mon travail de recherches. Je vous assure l'anonymat total lors de la retranscription des données.

1- Quelle est votre fonction? Depuis quand l'exercez-vous? Quel est votre parcours? Quelle est votre formation pour ce poste? Dépendez-vous d'un groupe privé ou d'une association à but non lucrative? Quelle est la taille de votre établissement? Combien de salariés y travaillent? Quel est le taux d'encadrement? De combien d'équipes est-il composé? Quel est le nombre de soignants par équipe?

2- Que vous évoque le terme « absentéisme »?

3- Dans votre EHPAD, êtes-vous confronté à l'absentéisme? Comment qualifieriez-vous l'absentéisme dans votre structure? Quel est le taux d'absentéisme? Quelle est la typologie de l'absentéisme dans votre EHPAD? (courte durée, longue maladie, absences imprévisibles...). Est-ce une difficulté pour vous? Quelle gestion mettez-vous en place par rapport à l'absentéisme? Quel est le mode de remplacement privilégié dans votre structure? (non remplacement, pool vacataires, intérimaires, procédure/mode dégradés...)

4- Selon vous, les soignants sont-ils impliqués lors d'une absence inopinée dans la recherche d'alternatives afin de pallier au sous-effectif? Si oui, lesquelles? (Réorganisation, aides entre secteurs...). Est-ce qu'elle prend la même forme dans toutes les équipes? Si non, à votre avis pourquoi dans certaines cela fonctionne et dans d'autres, on assiste au contraire? Encouragez-vous ces démarches? Si oui de quelle manière? Si non, pourquoi?

5- Le remplacement de l'IDE absente par l'IDEC vous semble-t-il indiqué à chaque absence?

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

7- Vous aménagez les compétences et les modes d'organisation. Laissez-vous une liberté de fonctionnement au-delà des tâches formalisées à vos équipes? Si oui, de quelle manière? Si non, pourquoi? Selon vous, est-ce que les équipes mettent elles aussi en place une forme de régulation? Si oui de quel type? (Réorganisation, aide entre service...)?

8- Quelles sont les difficultés rencontrées lors du recrutement des soignants?

9- Est-ce que vous considérez être proche du terrain ou éloigné du terrain? Est-ce que la motivation et la valorisation des équipes font partie de vos outils de management dans la lutte contre l'absentéisme? Comment définiriez-vous votre type de management? Selon vous cela a-t-il un impact sur l'absentéisme? Souhaitez-vous rajouter quelque chose?

Je vous remercie pour votre aide et le temps que vous consacrez à mon questionnaire.