



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2016 –

**« SANTÉ-TRAVAIL:
UN LEVIER DE PERFORMANCE ECONOMIQUE ET
SOCIALE POUR LES ETABLISSEMENTS PUBLICS
DE SANTÉ »**

– Groupe n° 1 –

Nathalie ALBERT, EDH
Youri BANGOU, EDESSMS
Vincent BLANC, EDESSMS
Christine CHAMPION, EDS
Mathilde LE DIUZET, EAAH
Vincent ROZAIN, EDH
Fébronie TRICHEUX, EDH
Marion TUDOR, EAAH

Animateur/trice(s)

Véronique DAUBAS-LETOURNEUX

Laurent MADEC

Sommaire

Sommaire.....	3
Remerciements.....	5
Liste des sigles utilisés	8
Méthodologie.....	11
Introduction	13
1 La santé au travail en établissement public de santé est un levier de performance économique et sociale	16
1.1 Compte tenu d'un contexte préoccupant, la santé au travail est une obligation juridique, ayant une incidence négative	16
1.1.1 Au regard de la nature des activités prises en charge par les établissements publics de santé, la santé au travail représente un enjeu préoccupant	16
1.1.2 Au regard des obligations juridiques à la charge de l'employeur, la santé au travail constitue un risque pesant sur la performance des établissements	17
1.1.3 Outre les sanctions juridiques encourues, l'absence de prise en compte de la santé au travail nuit à la performance économique des EPS.....	19
1.2 La prise en compte de la santé est un levier de performance économique et sociale des établissements publics de santé	21
1.2.1 La santé au travail apparaît avant tout comme un levier de la performance sociale des établissements public de santé.	21
1.2.2 La santé au travail est de plus en plus reconnue comme un levier de la performance économique	23
2 Aujourd'hui encore difficile à actionner, la santé au travail est un levier de performance dont les outils de pilotage se dessinent.....	25
2.1 La prise en compte hétérogène de la santé au travail ne favorise pas la saisie de ce levier	25
2.1.1 La pénurie des médecins du travail, le cloisonnement des acteurs et les différences entre établissements font obstacle à la santé au travail comme levier de performance.....	25

2.1.2	La diversité des risques et la multitude d'indicateurs de suivi ne facilitent pas la mesure globale de l'effet levier de la santé au travail	29
2.2	Afin de développer la performance des établissements au moyen de la santé au travail, il apparaît nécessaire d'une part, de mieux prendre en compte la santé au travail et d'autre part, de piloter cette performance.....	32
2.2.1	Mieux prendre en compte la santé au travail est un enjeu primordial pour mobiliser le levier de performance qu'elle constitue.	32
2.2.2	Pour piloter leur performance économique et sociale, les établissements publics de santé doivent se doter d'outils et de tableaux de bord	36
	Conclusion.....	39
	Bibliographie.....	41
	Liste des annexes	I

Remerciements

Nous souhaitons tout d'abord remercier l'ensemble des interlocuteurs qui ont accepté de répondre à nos questions. Tous nous ont accordé du temps et nous ont reçus avec bienveillance. Les entretiens réalisés nous ont permis d'enrichir nos recherches et de nourrir nos réflexions de leurs expériences.

Nous remercions chaleureusement Mme Véronique DAUBAS-LETOURNEUX et M. Laurent MADEC pour leur disponibilité et la richesse de nos échanges qui ont permis d'orienter notre travail.

Nous tenons enfin à remercier l'équipe pédagogique à l'origine du module interprofessionnel, Mme Emmanuelle GUEVARA et M. Christophe LE RAT pour l'organisation de ce projet, leur soutien logistique et leur accueil chaleureux.

Ce travail collectif a été l'occasion de développer une véritable approche pluri-professionnelle nous permettant de confronter nos divers regards et expériences dans une démarche de coopération. Nous en avons retiré une reconnaissance réciproque et une compréhension commune de notre environnement professionnel futur.

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale d'Amélioration des Contions de Travail

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARACT : Agence Régionale d'Amélioration des Conditions de Travail

ARMINES : Association pour la Recherche et le développement des Méthodes et processus Industriels

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Agent des Services Hospitaliers

AT/MP : Accident du Travail et Maladie Professionnelle

ATIH : Agence Technique de l'Information Hospitalière

BTP : Bâtiment Travaux Publics

CET : Compte Epargne Temps

CGOS : Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CLACT : Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail

CLD : Congé Longue Durée

CLM : Congés Longue Maladie

CM : Congés Maladie

CNRACL : Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales

CREF : Contrat de Retour à l'Equilibre Financier

CRPRP : Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels

DAF : Directeur des Affaires Financières

DARES : Direction de l'Animation, de la Recherche, des Etudes et de la Statistique -
Ministère du Travail

DGAFP : Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique - Ministère de
la Fonction publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins - Ministère de la Santé

DGT : Direction Générale du Travail - Ministère du Travail

DIM : Département d'Information Médicale

DIRECCTE: Direction Régionale des entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques - Ministère de la Santé

DRH : Direction des Ressources Humaines

DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

EAAH : Elève Attaché d'Administration Hospitalière

EDH : Elève Directeur d'Hôpital

EDS : Elève Directeur de Soins

EDESSMS : Elève Directeur d'Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENSAM : Ecole Nationale Supérieure d'Arts et Métiers

EPS : Etablissement Public de Santé

ETP : Equivalent Temps Plein

FHF : Fédération Hospitalière de France

FPH : Fonction Publique Hospitalière

FPT : Fonction Publique Territoriale

FPE : Fonction Publique d'Etat

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

GRH : Gestion des Ressources Humaines

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INRS : Institut National de la Recherche Scientifique

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

MNH : Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAPRI Pact : Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail

PHARES : Projet Hospitalier Absentéisme Recherche Efficience et organisation Santé au travail

PME : Petites et Moyennes Entreprises

PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

QVT : Qualité de Vie au Travail

RPS : Risques Psycho-Sociaux

RSE : Responsabilité Sociale des Entreprises

RTT : Réduction du Temps de Travail

SOFCAH : Société Française de Courtage d'Assurances Hospitalières

SST : Service de Santé au Travail

SUMER : Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels

TGI : Tribunal de Grande Instance

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

Méthodologie

Le groupe du module interprofessionnel "Santé-travail : un levier pour la performance économique et sociale pour les établissements publics de santé" est composé de huit personnes issues de la fonction publique hospitalière (élèves attachés d'administration hospitalière, élèves directeurs d'hôpital, élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, élève directeur de soins). Notre travail, fondé sur la collégialité et le souci d'allier approches théoriques et concrètes, s'est organisé comme suit.

La première semaine fut pour nous un temps de réflexion collective qui nous a permis de conforter les connaissances que nous avons sur le thème, à l'occasion de rencontres entre nous, ainsi qu'avec nos animateurs. De ces échanges s'est dégagée une problématique consensuelle à partir de laquelle nous avons structuré nos recherches. Une bibliographie a été constituée et a servi de base aux grandes orientations que nous souhaitons explorer. Le plan du mémoire a été élaboré en commun et validé par les animateurs. Une de nos hypothèses de départ était que la santé au travail ne pouvait pas être traitée de la même façon selon l'établissement et qu'elle dépendait du contexte. Nous avons donc veillé à varier les lieux d'exploration (CH/CHU, Métropole/Outre-Mer, situation financière favorable/ou non, Province/Paris). Une étape de planification et répartition du travail a ensuite eu lieu. Nous avons identifié des acteurs que nous désirions interviewer, puis nous avons construit ensemble des grilles d'entretiens semi-directifs. La prise de rendez-vous et la répartition de ces derniers s'est faite en commun.

Au total, au cours de la deuxième semaine, nous avons échangé dans le cadre d'entretiens semi-directifs avec 17 personnes concernées par la santé au travail (Annexe 1) : Directeur des Ressources Humaines (DRH), médecin du travail, responsable de formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), professeur de l'institut du management de l'EHEP, Directeur des Affaires Financières (DAF), responsable syndical au niveau national, psychologue du travail, responsable de formation continue, cadre de santé, inspecteur du travail, infirmière, chargé de développement du Fonds National de Prévention (CNRACL). Chacun a apporté son regard spécifique de professionnel et a éclairé le sujet de son expérience. Conformément aux règles méthodologiques et de confidentialité en usage dans la recherche, les personnes rencontrées ne sont pas nommées. Avec leur accord, les professionnels interrogés ont fait l'objet d'un enregistrement audio dans le but d'un retraitement facilité de l'entretien. Ces entretiens ont été menés en binômes

et trinômes inter-filières, sauf pour ceux réalisés en Guadeloupe. Chaque membre du groupe a alors procédé à un travail d'écriture dans un document informatique partagé avec comme guide le plan validé antérieurement.

La dernière semaine a été consacrée à un travail collectif et participatif d'analyse, de traitement et de synthèse des données ainsi qu'à la rédaction du mémoire final. Dans l'objectif d'assurer une cohérence de raisonnement et une qualité rédactionnelle nous avons fait le choix de confier à deux d'entre nous la mission de procéder aux modifications nécessaires du corps du document. Les autres membres ont assisté activement les deux rédacteurs et ont réalisé la mise en forme globale (insertion des annexes, rédaction de la méthodologie, de la bibliographie et des remerciements).

Ce travail de groupe rassemblant des élèves issus des différentes filières professionnelles de l'EHESP a été pour nous un défi. La diversité des parcours et des expériences a induit une grande variété de points de vue et d'arguments que le groupe a réussi à concilier et à prendre en compte dans une démarche collaborative.

Introduction

"L'absentéisme gangrène fortement l'hôpital public", c'est ainsi que le journal Le Figaro titrait son édition du supplément économique du 20 avril 2016. L'enquête réalisée à partir de la base publique de données Hospi-Diag de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), souligne que 22 établissements ont connu en 2014 un taux d'absentéisme¹ supérieur à 30 jours par agent et par an, soit sept jours de plus que la moyenne des hôpitaux publics (23 jours), qui est déjà plus élevée de 7 jours que dans le privé, tous secteurs confondus.

En employant le verbe "gangrène", ce titre met en exergue un sujet sensible qui connaît une audience certaine dans l'opinion publique, du fait notamment des incidences sous-jacentes sur la prise en charge des patients.

Travail, santé et performance sont des mots complexes à définir préalablement.

Le travail consiste en une activité de création ou de labeur qui répond à un besoin humain. Ses représentations peuvent être multiples en fonction de sa nature, de ses acteurs, de ses modalités. L'hôpital est un lieu où se côtoient une multitude de conceptions parce qu'il agrège 180 métiers différents.

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un *"état de complet bien-être physique, mental et social"* qui *"ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"*. **La santé au travail** est bien plus large que les Maladies Professionnelles (MP) et les Accidents du Travail (AT). Ainsi, le Bureau International du Travail et l'OMS ont choisi en 1950 de définir la santé au travail à travers ses objectifs : la promotion de la santé des travailleurs, la prévention et la protection contre les risques liés au travail, le maintien dans l'emploi en adaptant le travail à l'homme et l'homme à sa tâche.

A ce titre, la santé de l'ensemble du personnel hospitalier doit faire l'objet d'une attention particulière. Chacun de ces agents constitue un maillon déterminant de la prise en charge du patient. Les problèmes de santé des agents nuisent à la qualité des soins, impactent leurs capacités de prise en charge (quantité/productivité), mais ont aussi une incidence financière directe pour les hôpitaux car ils engendrent une désorganisation des services, alourdissent les charges et réduisent la productivité. Par conséquent, santé et travail, entendus comme la santé au travail, sont corrélés à la performance en EPS, et ce d'autant plus dans le contexte

¹ Le taux d'absentéisme est déterminé à partir des jours d'absence pour maladies ordinaires, longues maladies, accidents du travail et de trajet, maladies professionnelles.

de raréfaction des deniers publics. La soutenabilité du système de santé implique une efficacité accrue des dépenses et le développement la performance des établissements. La santé au travail est bel et bien un véritable enjeu de santé publique.

Le terme "**performance**", issu du verbe performer, au sens d'améliorer, renvoie tant à l'idée de réalisation, qu'à celle de capacité ou d'évaluation. Si la performance "*est la réalisation des objectifs organisationnels quels que soient la nature et la variété ces objectifs*"², les objectifs restent souvent indéterminés. Or la performance est devenue l'objet d'une injonction pour les établissements de santé, dans un contexte global marqué par un objectif de réduction du déficit public, imposant une maîtrise des dépenses sociales et un retour à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie. Avec la diffusion du New Public Management cet objectif de performance irrigue tout l'environnement et la vie de l'hôpital, qu'il s'agisse par exemple de ses modalités de gouvernance, de financement, de gestion et de contrôle.

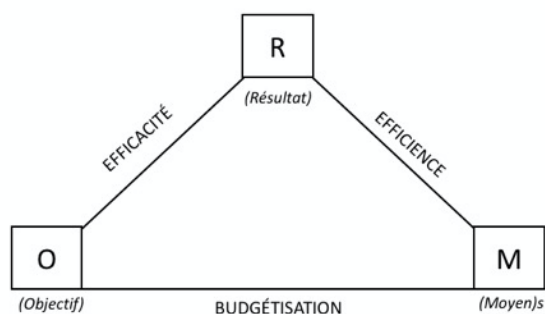
La corrélation entre santé au travail et performance des établissements concerne :

- d'une part la **performance économique** de l'établissement de santé. En effet, la santé des agents a un impact sur l'équilibre financier de l'hôpital. Un agent en bonne santé produit des soins de qualité, participe à l'attractivité de l'établissement et à l'augmentation des recettes. A l'inverse, la non-qualité a un coût ;
- d'autre part la **performance sociale**, pouvant s'entendre tant à l'échelle de l'établissement en tant que gestion vertueuse des ressources humaines, qu'à l'échelle du territoire, voire de la société, compte tenu de l'impact sur la santé publique de la prise en compte de la santé au travail des agents. La définition de la performance sociale ne va pas de soi. Une définition restrictive du qualificatif "social" renvoie au champ de la relation de travail avec les agents des établissements. En ce sens on parle de "dialogue social" avec les organisations syndicales représentant les agents. Une définition extensive renvoie à la performance dans l'accomplissement des missions confiées par la société aux établissements de santé, c'est-à-dire, selon l'article L6111-1 du Code de la santé publique, assurer "*le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et [mener] des actions de prévention et d'éducation à la santé*". Cette performance sociale est étroitement liée à la performance économique car elle est source de productivité et d'économies, notamment quant aux dépenses de remplacement des agents. Elle implique aussi une adéquation entre les objectifs

² Annick BOURGUIGNON , *Définir la performance: une simple question de définition?*, Economica (1996).

assignés par la société et les résultats obtenus, ce qui est gage d'une bonne utilisation de l'argent public investi.

LE TRIANGLE DE LA PERFORMANCE



Source : *Management dans les organisations publiques*, Annie Bartoli, 3^e Edition, DUNOD, 2009

Réunissant ces deux aspects, économique et social, Nathalie ANGELE-HALGAND³ propose une définition gestionnaire de la performance comme l'ensemble des outils et pratiques visant à l'efficacité (par exemple qualité des soins, délais, sécurité et accès aux soins) et à l'efficience (atteindre cette efficacité au meilleur coût), rejoignant l'illustration triangulaire d'Annie BARTOLI⁴.

Aussi, dès lors que la masse salariale constitue le premier poste de dépense des établissements de santé, l'incidence de la corrélation entre la santé au travail des agents hospitaliers et la performance des établissements de santé n'est pas neutre et nécessite d'être expertisée. Par conséquent, **en quoi la prise en compte de la santé au travail constitue-t-elle un levier de la performance économique et sociale ?**

Compte tenu de notre implication future dans la gestion des établissements publics de santé, cette question nous intéresse au premier plan et nous invite à examiner davantage la situation au sein des institutions publiques. Elle nous incite à appréhender le travail comme déterminant de santé ayant un impact tant négatif que positif. Dans cette perspective, nous nous attacherons tout d'abord à développer en quoi la santé au travail est un levier de performance économique et sociale, en tenant compte des obligations mais aussi des outils (I). Ensuite, nous expliquerons les difficultés à actionner ce levier, afin de mieux expliciter dans quelle mesure il est possible de le mettre en œuvre (II).

³ Maître de conférences, responsable du département de recherches en management de la santé de la faculté de médecine de l'Université de Nantes - Conférence à l'EHESP en février 2014.

⁴ Le triangle de la performance Annie BARTOLI, *Management dans les organisations publiques*, Dunod (2005).

1 La santé au travail en établissement public de santé est un levier de performance économique et sociale

1.1 Compte tenu d'un contexte préoccupant, la santé au travail est une obligation juridique, ayant une incidence négative

1.1.1 Au regard de la nature des activités prises en charge par les établissements publics de santé, la santé au travail représente un enjeu préoccupant

Le secteur de la santé est caractérisé par une forte pénibilité des conditions de travail et par un risque accru de survenance d'Accidents du Travail et de Maladies Professionnelles (AT/MP).

En termes de sinistralité, "Dans le secteur hospitalier par exemple, dans lequel je suis plus spécialisé, le niveau d'accidentologie du travail et des maladies professionnelles rejoint celui du BTP." Extrait de l'entretien avec un responsable syndical au niveau national

Selon la dernière enquête Sumer⁵ (2009), entre 20 et 40% des salariés et fonctionnaires du secteur de la santé sont exposés à des risques de pénibilité ayant une influence néfaste sur leur santé dans le cadre de leur exercice professionnel (annexe 2). Trois facteurs de pénibilité sont en particulier identifiés pour le secteur de la santé : la manutention manuelle de charges lourdes concerne en moyenne 12,3% des professionnels de la santé, les postures pénibles pour 11,6% d'entre eux et l'exposition aux produits chimiques pour 17,9% des agents (annexe 3).

Cette exposition aux risques professionnels des métiers de la santé et des fonctionnaires hospitaliers est également soulignée par la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFP), à l'issue de l'enquête Conditions de travail, conduite en 2013 par la DGAFP, la DGT et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). La fonction publique hospitalière est ainsi soumise à des conditions de travail plus difficiles, en particulier en ce qui concerne l'organisation du temps de travail, les contraintes physiques et les exigences émotionnelles (annexe 4).

Si, selon la DGAFP, le taux d'agent ayant eu au moins un arrêt maladie dans l'année est légèrement inférieur (2 pts) dans la fonction publique hospitalière que dans les autres fonctions publiques (annexe 5), l'absentéisme dans les EPS tend néanmoins à s'accroître.

⁵ Sumer : Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels, enquête conduite par la Direction générale du travail (DGT) et la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES) relevant du Ministère du Travail.

Entre 2008 et 2011, le nombre de jours d'absence pour raison de santé, hors congé maternité, est passé de 18,7 millions à 20,7 millions de journées, soit une augmentation de plus de 2 millions du fait de l'aggravation des conditions de travail⁶. Au cours de cette période, la maladie ordinaire (CM, CLM et CLD) a augmenté de 11%, les accidents du travail (hors accident de trajet) de près de 18% et les maladies professionnelles d'environ 16% (annexe 6).

Cette évolution est corroborée par d'autres études, comme celle menée en 2012 par la Société Française de Courtage d'Assurances Hospitalières (SOFAH) : "En 2011, les agents hospitaliers sont plus nombreux à s'arrêter (+7%), plus souvent (+12%) et pour des durées d'arrêts plus longues (+10%) qu'en 2007"⁷.

Néanmoins, l'absentéisme reste une des traductions du mauvais état de santé des agents hospitaliers et n'est pas seulement la résultante exclusive des problèmes de santé au travail (d'autres motifs peuvent être identifiés comme les maladies saisonnières ou divers accidents domestiques). Toutefois, cette notion a été très fréquemment invoquée au cours de nos lectures et entretiens pour lier santé au travail et performance. Cette approche nous a donc paru pertinente pour percevoir une partie des enjeux de la santé au travail.

1.1.2 Au regard des obligations juridiques à la charge de l'employeur, la santé au travail constitue un risque pesant sur la performance des établissements

Compte tenu de l'impact des conditions de travail sur la santé des agents, la santé au travail fait l'objet d'un encadrement international et de normes nationales qui judiciarisent le risque encouru par les agents.

Comme l'employeur privé, l'EPS a aussi une obligation de résultat en matière de santé au travail, confirmée par la jurisprudence. L'application des dispositions définies aux livres I à V de la quatrième partie du code du travail a été étendue aux trois fonctions publiques par le décret du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la sécurité au travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Au niveau international, ce sujet est pris en charge, en premier lieu, par l'OMS et l'Organisation Internationale du Travail (OIT) qui édictent des normes afin de lutter et prévenir chaque année plus de 2 millions de morts au travail et 317 millions d'accidents⁸. Les EPS français sont soumis, en second lieu, aux normes communautaires. L'Union

⁶ Selon une enquête FO-Santé de novembre 2013 conduite auprès de 275 000 agents hospitaliers, représentant 39% de ceux qui travaillent dans les établissements de plus de 300 agents et plus de 20% de l'effectif total de la Fonction Publique Hospitalière.

⁷ *Jusqu'à 14% d'absentéisme pour raison de santé dans les hôpitaux*, Hospimédia édition du 28/11/12

⁸ source: site internet de l'OIT

européenne a établi un cadre juridique couvrant les risques professionnels, notamment à travers la directive 89/391/CEE du 12 juin 1989⁹ et a renouvelé son cadre stratégique pour la période 2014-2020. Sous cette impulsion européenne, la médecine du travail devient un service de santé au travail (SST) pluridisciplinaire : médecin du travail coordonnateur, infirmier en santé au travail, Intervenant en Prévention des Risques Professionnel (IPRP), psychologue du travail, ergonome et assistante médicale. La circulaire du 9 novembre 2012 réaffirme l'importance de la pluridisciplinarité.

Le code du travail dans sa partie IV sur la santé et la sécurité au travail pose dans ses articles L4121-1 et suivants une véritable obligation de sécurité en matière de santé au travail à la charge de l'employeur : "*L'employeur prend les mesures nécessaires (...)*". Ce point législatif reste donc contraignant, mais peu précis dans les applications à mettre en œuvre.

Initialement à finalité réparatrice, la Jurisprudence en fait une obligation de résultat à finalité préventive en matière de santé et de sécurité au travail fondée sur le contrat de travail¹⁰ (2002). Ainsi elle devient une obligation ambivalente qui impacte tant les relations professionnelles individuelles que collectives¹¹. D'un côté, cette obligation se traduit pour le salarié dans ses relations individuelles de travail et l'exécution de son contrat de travail :

- droit individuel de quitter un emploi à risque grave pour sa santé, corroboré par le droit de retrait¹² ;
- surveillance médicale individuelle; l'employeur est tenu de prendre en compte les avis et propositions du médecin du travail et à défaut d'en motiver l'impossibilité d'application¹³.

De l'autre côté, cette obligation retentit sur les relations collectives et le management de l'entreprise à travers le CHSCT, en imposant à l'employeur sa consultation préalable :

- à toute décision d'aménagement modifiant de façon importante les conditions de santé.
- à toute décision relevant de la politique de prévention pour les établissements de santé.

⁹ Directive sur la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs transposée par une loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 dans l'actuelle partie IV du code du travail sur la santé et la sécurité au travail.

¹⁰ La série d'arrêts de la Cour de cassation en 2002 relatifs à l'indemnisation des victimes de l'amiante a introduit la notion d'obligation de sécurité de résultat à la charge de l'employeur.

¹¹ Guy BARATHIEU, *L'obligation de résultat de l'employeur à finalité préventive en matière de santé et de sécurité au travail : L'état du droit et de la jurisprudence*, in Pierre JANSOU et Marcel DRUHLE, *Santé au travail: pour une nouvelle dynamique*, Octares éditions (2015).

¹² Garanti aux fonctionnaires par le statut général : Code du travail, quatrième partie Santé et sécurité au travail, Titre III : Droits d'alerte et de retrait, article (Articles L4131-1 et suivants)

¹³ art L4624-1 du code du travail.

"Le dernier CREF avait pour mesure phare de remettre à plat le temps de travail (...). En CHSCT, il y a eu un vote d'expertise (...). Cette demande a été contestée par l'établissement, qui a perdu. (...) La mise en œuvre de la mission a été problématique et l'établissement a saisi le TGI (...). Donc le soutien du CHSCT est indispensable, ici cela a bloqué la démarche pendant 1 an." Extrait de l'entretien d'un DAF de CHU

En outre, les EPS sont soumis aux instructions ministérielles. Ainsi, il en va de l'évaluation a priori des risques. Leur traduction dans le DUERP constitue donc une obligation du chef de service, au titre de l'article R.4121-1 du code du travail qui s'applique à la fonction publique¹⁴.

"En intervenant a posteriori, (...) vous vous retrouvez confronté à la situation de l'absence de l'agent, donc la performance économique disparaît. D'où l'intérêt du travail sur la prévention et du DUERP, qui (...) reste néanmoins un outil dont on ne peut pas faire l'économie." Extrait de l'entretien avec un DRH de l'APHP

En négligeant la santé au travail de ses agents, l'établissement, voire son directeur, est susceptible d'être poursuivi devant le juge pénal, civil et administratif.

La mise en jeu de la responsabilité de l'établissement ou de son encadrement a des répercussions sur la performance, notamment économique. En effet, les condamnations peuvent représenter un coût supporté par le budget de l'établissement.

1.1.3 Outre les sanctions juridiques encourues, l'absence de prise en compte de la santé au travail nuit à la performance économique des EPS

Comme évoqué ci-avant, l'absentéisme permet dans une certaine mesure d'évaluer l'impact de la santé au travail sur la performance économique, à travers le coût supporté par le budget de l'hôpital de manière directe et indirecte, au titre de l'absentéisme.

En effet, il peut engendrer des conséquences directes sur les recettes de l'établissement ainsi que sur ses dépenses de personnels.

Si l'absentéisme ou la vacance de poste n'est pas compensé, l'établissement de santé voit son volume d'activités, et donc ses recettes, diminuer. Cela peut conduire jusqu'à la fermeture du service concerné pour des raisons de qualité et de sécurité des soins, comme peuvent en témoigner la fermeture des urgences de Valognes à l'été 2015¹⁵.

¹⁴ Comme le rappelle l'instruction du Secrétariat général du gouvernement du 20 mars 2014 portant sur la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psycho-sociaux dans les trois fonctions publiques, transposée par la DGOS le 20 novembre 2014.

¹⁵ "La fermeture du service des urgences est exclusivement liée à un manque de ressources médicales et non à un manque de ressources financières. Nous avons un réel déficit d'urgentistes puisque nous avons besoin de 25 équivalents temps plein pour faire tourner le service. Or il nous manque 10 équivalents temps plein,

S'il donne lieu à un remplacement, l'absentéisme génère un surcoût porté par l'exercice budgétaire. En effet, les EPS ont la particularité d'être leur propre assureur maladie pour leurs agents fonctionnaires. L'hôpital supporte donc la charge correspondant au traitement du fonctionnaire absent, mais aussi celle correspondant au salaire de celui qui le remplace. C'est pourquoi la majorité des établissements ont revu leur politique de remplacement pour maîtriser leurs dépenses, à l'image de la DRH d'un CH en difficultés financières interrogée.

"Jusqu'à début 2014, on remplaçait >50% l'absentéisme (...). Dans le cadre des difficultés financières, ce taux de remplacement s'est vu réduit (...). L'impact est de 2 ordres : rappel des agents sur des jours de congés ou de repos, ils se fatiguent et s'arrêtent ; non rappel d'agents avec modification de l'organisation des services. La performance de l'établissement est atteinte, voire la qualité des soins." Extrait de l'entretien avec un DRH de CH

Toutefois, il apparaît nécessaire d'identifier dans chaque service le taux de remplacement optimal qui permettra de limiter l'absentéisme. En effet, à l'issue de nos entretiens, il apparaît que le remplacement à 100% peut induire une augmentation du taux de l'absentéisme.

"Les conditions de remplacement de l'absentéisme sont facteurs d'absentéisme : remplacer crée de l'absentéisme, ne pas remplacer crée de l'absentéisme, ça dépend des bornes et des cultures. (...) Les différents modes de remplacement (...) ne génèrent pas les mêmes conséquences (...). La prise en compte par l'agent du traitement de l'absentéisme a un impact sur la santé au travail, (...) car il sait que ses collègues sont sécurisés ou non." Extrait de l'entretien avec un enseignant de l'Institut du management

L'article 126 de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014 a abrogé le délai de carence venant d'être instauré en 2012 dans la fonction publique¹⁶, bien que plusieurs études¹⁷ aient identifié une forte baisse des arrêts courts.

A partir des données restituées dans l'Analyse des bilans sociaux des EPS¹⁸, le manque de personnel en fonction au sein des hôpitaux publics a été compensé par des heures supplémentaires rémunérées (77,8 millions €) et le recours à l'intérim (113,9 millions€) (annexe 7). Pour 2014, l'absentéisme non prévu représente une charge de plus de 191 millions d'euros pour les EPS.

nous avons en permanence recours à des intérimaires" Bénédicte GASTEBOIS, directrice-adjointe du Centre hospitalier public du Cotentin, Le Figaro le 11 août 2015.

¹⁶ Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

¹⁷ Enquête FHF septembre 2012 sur les CHU représentant 24% des effectifs de la FPH. Enquête FHF février 2013 sur des établissements de toute taille portant sur 20% des effectifs de la FPH.

¹⁸ Réalisée en décembre 2014 par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Le rappel des agents sur leurs jours de congés pour compenser l'absentéisme peut aussi donner lieu à des coûts à venir : le provisionnement des Comptes Epargne Temps (CET) pour récupérer le temps. Ainsi selon l'ATIH, au 31 décembre 2014, la provision pour charge représente plus de 583 millions d'euros¹⁹.

D'autre part, l'absentéisme engendre également des charges indirectes du fait de ses répercussions : la désorganisation des services, la surcharge potentielle de travail au sein de l'équipe, source d'épuisement professionnel, risque de "burn out".

"Comme on n'a absolument pas de pools (...) de remplacement, on est en train d'user ceux qui sont là et qui travaillent. Et ce côté performance, c'est arriver à ce que (...) ceux qui soient là ne puissent pas être épuisés" Extrait de l'entretien avec un médecin du travail d'un CHU

"Les gens qui souffrent le plus au travail ? L'encadrement et ceux qui s'investissent le plus, qui s'impliquent le plus, les gens qui y croient. Ce sont ces agents qui tombent parfois en effondrement psychologique" Extrait de l'entretien avec un responsable formation continue et conditions de travail d'un CHU.

Ces absences peuvent également se traduire par une baisse de l'attractivité de l'établissement qui impactera indirectement les recettes. Des indicateurs, tels que la rotation des agents au sein du service, aussi appelée "turn over", participe à l'évaluation de ce risque.

Ces impacts délétères de l'absentéisme ont des effets indirects sur les dépenses de l'assurance maladie, car la non qualité des soins engendre souvent une prise charge plus complexe, plus longue et plus coûteuse.

1.2 La prise en compte de la santé est un levier de performance économique et sociale des établissements publics de santé

1.2.1 La santé au travail apparaît avant tout comme un levier de la performance sociale des établissements public de santé.

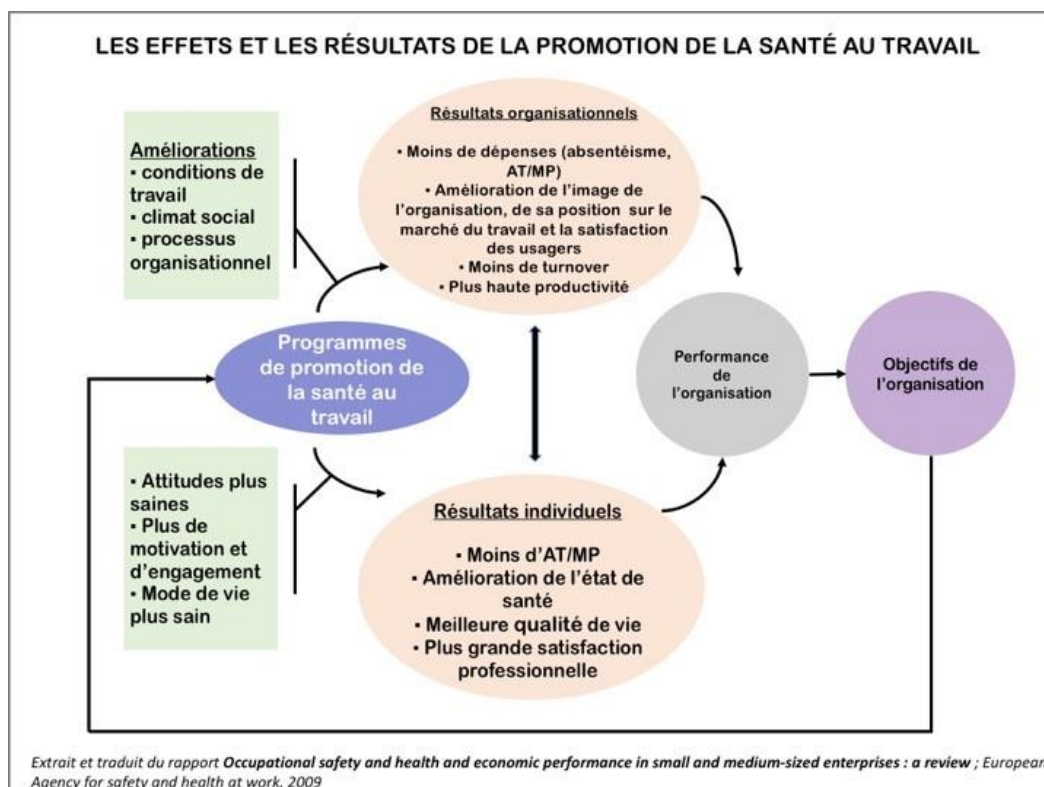
La prise en compte de la santé au travail est en premier lieu un levier de performance sociale, permettant le maintien du capital humain nécessaire à la continuité des services publics de santé. Cette attention apparaît d'autant plus importante que l'ensemble de la société investit dans la formation des fonctionnaires hospitaliers.

¹⁹ Données extraites du bilan social 2014 publié par l'ATIH.

Outre cette approche sociétale, la santé au travail est gage de performance sociale au sein de l'établissement. D'une part, du fait de la réglementation, elle est constitutive de la performance sociale des EPS dans la mesure où elle permet de faire vivre le dialogue social, notamment au sein du CHSCT. D'autre part, sur le plan managérial, la prise en compte de la santé au travail peut ainsi avoir un impact positif sur la performance organisationnelle.

"J'estime que l'on ne peut produire bien, que si l'on est dans un environnement propice à la réflexion et à l'épanouissement personnel, c'est-à-dire que je pense qu'un bon directeur, avant d'être un bon technicien, ça doit être un bon manager... je ne pense pas qu'il peut avoir des résultats s'il ne donne pas du sens au travail des membres de son équipe". Extrait entretien avec DAF CHU

Plus précisément, la promotion de la santé en milieu de travail devrait être intégrée dans la stratégie d'une organisation et alignée avec ses objectifs. Elle serait ainsi en mesure d'influer sur les résultats individuels et organisationnels (DE GREEF et VAN DEN BROEK, 2004)²⁰. Le cadre conceptuel, reliant pratiques, interventions et résultats des pratiques de sécurité et de santé proactives, permet d'identifier les apports de cette approche pour les établissements publics de santé, à partir de ceux concrétisés au sein des PME.



²⁰ <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7416&langId=en>

La santé au travail est aussi un levier de performance sociale à l'échelle de l'individu, en raison du rôle du travail dans l'épanouissement de chacun. En effet, le travail recouvre un aspect socialisant : l'individu apporte sa contribution au fonctionnement de la société à hauteur de ses capacités ce qui lui permet d'assurer ses besoins (utilité). Le travail permet d'une part de développer des compétences et d'autre part d'être reconnu pour la qualité de sa production (estime de soi). Il apparaît donc nécessaire d'entretenir la santé au travail en maintenant de bonnes conditions de travail.

Enfin la santé au travail est un levier de performance sociale dans la mesure où elle est constitutive de la qualité du soin prodigué, de la prise en charge de qualité des patients. Ainsi Yves CLOT identifie ce lien entre santé au travail, comme qualité de vie au travail, et qualité du travail produit ²¹ :

"Pour moi la qualité est de la performance (...) Santé au travail et efficacité sont des choses reliées de l'intérieur, (...) on a tendance à penser qu'il faudrait protéger la santé de l'efficacité (...) pour moi, l'efficacité c'est fondamental dans le travail pour chacun d'entre nous, (...) quand on ne se sent pas efficace, on n'est pas bien" ; "le chaînon manquant entre la performance et la santé c'est la qualité de vie au travail".

Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), la Qualité de Vie au Travail (QVT) influe naturellement sur la santé au travail et est aussi une condition de la qualité des soins. C'est dans cette perspective qu'elle a fait de la QVT une thématique de la Certification V2014 des établissements de santé.

1.2.2 La santé au travail est de plus en plus reconnue comme un levier de la performance économique

La santé au travail est un levier direct de performance économique dans la mesure où elle permet de maintenir, voire d'accroître la productivité.

Dans un rapport intitulé *"Rendement de la prévention - calcul du ratio coût bénéfice de l'investissement dans la sécurité et la santé en entreprise"*, l'association internationale de la sécurité sociale, basée à Genève, a développé la notion de comptabilité de la prévention à partir d'une étude menée auprès de 300 sociétés dans 15 pays. Elle estime que la sécurité et la santé des travailleurs constituent un facteur de réussite de l'entreprise et détermine que les bénéfices monétaires de la prévention représentent 2,2 fois ses coûts, en moyenne sur l'ensemble des pays, par année et par salarié.

²¹ Yves CLOT, "Quels liens faites-vous entre qualité de vie au travail et qualité au travail", *Intervention devant l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail de Lorraine*, 2014.

La santé au travail favorise aussi la performance macro-économique. Les économistes Alexandre JOST et Olivier PASTRE évaluent à 1% le potentiel de croissance lié à la prise en compte du bien-être au travail²².

Par ailleurs, la santé au travail a des effets indirects sur la performance économique, constituant un outil de marketing. La communication autour de la santé au travail est considérée comme partie intégrante d'un "good business", permettant de construire la réputation et l'image d'un bon employeur. C'est-ce que souligne l'inspecteur du travail que nous avons rencontré et interrogé. Il indique qu'il est toujours gêné de constater que la santé au travail est utilisée dans un but d'affichage des bonnes pratiques et de promotion de l'image des entreprises. Cependant, il en conclut que :

"Si, par cette espèce de prise de conscience, même marketée, même n'ayant pas vocation à vouloir respecter particulièrement la loi, de fait la loi sera respectée par cette volonté d'affichage et d'utilisation comme levier de la performance, on arrive à avoir une effectivité de ces obligations légales, ça ne peut qu'améliorer l'efficacité de l'intervention de nos services". Extrait de l'entretien avec un inspecteur du travail

La santé au travail est dès lors un outil de communication externe, favorisant l'attractivité des personnels et usagers, sensibles à une production éthique.

La santé au travail est aussi un élément de communication interne de l'établissement. Elle a donc un impact sur la motivation des agents. C'est-ce qu'a démontré l'étude d'ANTONELLI, BACKER, MC MAHON and WRIGHT²³ pour inciter les PME à investir dans la santé au travail ou encore le rapport de France Stratégie sur la responsabilité sociale des entreprises qui met en exergue que la RSE attire des travailleurs intrinsèquement motivés²⁴.

La santé au travail est de plus en plus analysée comme un levier de la performance économique des établissements publics de santé, comme en témoignent les professionnels que nous avons pu interroger :

²² DIRECCTE Rhône-Alpes, *Bien être au travail et performance économique*, (2014).

²³ ANTONELLI, BACKER, MC MAHON and WRIGHT, *Occupational safety and health and economic performance in small and medium-sized enterprises : a review*, The European Agency for Safety and Health at work, (2009).

²⁴ France Stratégie, *La responsabilité sociale des entreprises*, (2016)

"Les enjeux que l'on peut identifier derrière qualité de vie au travail sont que plus les professionnels sont bien au travail, plus ils sont en capacité d'être productifs, d'être attentifs à l'évolution des besoins des patients ainsi qu'à l'évolution de l'organisation de leur structure." Extrait de l'entretien avec un responsable de filière de l'EHESP

Compte tenu du faible développement d'outils d'évaluation, les pouvoirs publics favorisent les investissements visant à l'amélioration des conditions de travail, en participant notamment dans le cadre des Contrat Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) au financement de certains dispositifs. A l'issue de cette politique, le coût de l'amélioration des conditions de travail s'avère moindre, mais sont dans certains cas mal orientés, comme en témoigne l'expérience conduite au groupe hospitalier Charles FOIX – Jean ROSTAND, relaté dans la revue Travail et Sécurité²⁵: les bénéfices obtenus grâce à l'achat de lève-malades et à la formation des agents n'ont compensé que 80% de l'investissement initial. Cela s'explique par un faible risque de départ et par le fait que plus on investit dans la prévention, moins la rentabilité à court terme est élevée, ce qui la rend d'autant plus difficile à évaluer.

2 Aujourd'hui encore difficile à actionner, la santé au travail est un levier de performance dont les outils de pilotage se dessinent

2.1 La prise en compte hétérogène de la santé au travail ne favorise pas la saisie de ce levier

2.1.1 La pénurie des médecins du travail, le cloisonnement des acteurs et les différences entre établissements font obstacle à la santé au travail comme levier de performance.

A) Premier obstacle : la pénurie des médecins du travail

La pénurie de médecins du travail ne facilite pas la prise en compte de ce levier au sein des EPS. Ayant un rôle exclusivement préventif, le médecin du travail doit assurer un suivi individuel des agents et conseiller l'employeur sur les conditions de travail. S'il peut être assisté d'autres professionnels de la santé au travail, tels que l'ergonome, le psychologue du travail et l'infirmier en santé au travail, le technicien prévention des risques professionnels,

²⁵ Revue Travail et Sécurité n°736, *Le bénéfice de la prévention*, (2013)

le nombre de médecins du travail reste aujourd'hui insuffisant pour faire face aux besoins et les établissements publics, comme services de santé au travail privés, peinent à recruter.

"Il y a le médecin du travail absent, le médecin du travail présent débordé par sa mission de base, et ensuite, même s'il n'est pas débordé, comment il rentre dans le champ, comment on l'accompagne, comment il se forme, comment on a un langage commun, des outils communs pour construire une politique." Extrait de l'entretien avec un Professeur de l'Institut du Management de l'EHESP

Si la majorité des acteurs pensent que ces difficultés de recrutement sont dues à un manque de valorisation au sein du corps médical, un responsable syndical contrebalance cette idée reçue.

« Par exemple, sur la région parisienne il y a eu 91 candidats pour être médecin du travail et le ministère n'en a retenu que 23, donc il y a de la demande en termes de médecine du travail, sauf qu'il y a un blocage tout à fait politique, car le médecin du travail empêche l'entreprise de se développer comme elle veut, ça empêche le directeur d'entreprise de faire ce qu'il veut en matière d'organisation du travail. » Extrait de l'entretien avec un responsable syndical national

Cette pénurie est atténuée par le développement de la pluridisciplinarité au sein du SST et le développement de compétences spécifiques des infirmiers en santé au travail. Cette solution a été mise en œuvre par un médecin du travail d'un CHU, misant sur le développement de compétences des infirmiers en santé au travail (Diplôme universitaire et Licence) afin d'atteindre un niveau de suivi satisfaisant des agents, malgré un effectif médical restreint.

Cependant de nombreux établissements sont en difficulté, privés de médecin du travail.

"Nous n'avons plus de médecin du travail depuis janvier 2013. Cette situation est délicate : comment fait-on ? On a adopté une solution dégradée. Comme le service de médecine du travail du secteur privé a refusé de nous prendre en charge, nous faisons appel à des médecins experts agréés. Cette solution n'est pas satisfaisante puisque ces médecins ne connaissent pas la situation spécifique de l'hôpital." Extrait de l'entretien d'une DRH de CH

B) Deuxième obstacle : le cloisonnement des acteurs

Les acteurs concernés par les sujets de la santé au travail et de la performance économique et sociale dans l'établissement de santé ont une approche cloisonnée et ne font pas forcément le lien entre ces sujets.

*« La médecine du travail n'a pas de modes d'actions coordonnés avec le management. »
Extrait de l'entretien avec un Professeur à l'Institut du Management*

Un grand nombre d'acteurs intervient : SST, DRH, DAF, agents eux-mêmes, cadres etc. Le cloisonnement observé entre ces acteurs du fait d'une organisation interne très hiérarchisée, peut constituer un frein à l'utilisation de la santé au travail comme levier de la performance. Chacun se recentre sur son périmètre d'action sans envisager la santé au travail sous l'angle de performance collective.

La santé au travail est donc un levier théorique mais qui reste mal identifié.

*« Les agents eux-mêmes sont leurs propres acteurs de prévention des risques puisque lorsqu'il y a des risques graves qui se présentent à eux, ils ont la possibilité de se retirer (...) Encore faut-il qu'ils connaissent les règles de sécurité sur leur poste de travail »
Extrait de l'entretien avec un Responsable syndical national*

De plus, les acteurs doivent être convaincus de l'intérêt du déploiement de la santé au travail. Or pour le DAF, la santé au travail n'est pas le levier privilégié de son action et ses résultats financiers sont complexes à évaluer comptablement.

« Très sincèrement je ne suis pas capable de définir la santé au travail, je ne me suis jamais posé cette question et j'avoue que ça ne fait même pas parti de mes préoccupations, ni pour moi, ni pour les autres d'ailleurs » Extrait d'entretien d'un DAF de CHU

Cependant, pour une autre directrice des affaires financières, cette dimension est intégrée à l'évaluation des projets, en raison d'une expérience antérieure de DRH.

*« Quand on travaille les réorganisations, on est plus dans la non dégradation, (...) faire en sorte que l'économie de poste [l'objectif initial], ne dégrade pas les conditions de travail »
Extrait d'entretien d'une DAF de CH*

Cette nuance témoigne de l'influence du contexte de l'établissement ou de la sensibilité des managers sur la mise en œuvre du levier que représente la santé au travail sur la performance.

Autres acteurs de la performance, les contrôleurs de gestion semblent peu enclins à actionner ce levier en raison de la difficulté à élaborer des outils de mesure et de pilotage de cette performance. La santé au travail et ses incidences financières sur la masse salariale restent des indicateurs gérés par la DRH et davantage à destination des organisations syndicales qu'au chef d'établissement pour conduire son projet stratégique.

C) Troisième obstacle : certaines caractéristiques des établissements

Outre cette prise en compte hétérogène du fait des acteurs et des organisations, les caractéristiques de l'établissement, comme sa taille, sa situation financière, semblent déterminants quand la situation géographique pèse de façon moins significative sur l'identification de la santé au travail comme un levier de performance.

Ainsi il apparaît plus difficile de favoriser la saisine de la santé au travail comme levier de performance dans les petits établissements, notamment en raison de la structure de leurs emplois. En effet celle-ci s'articule davantage autour des agents de catégorie C, plus exposés aux accidents de travail et maladies professionnelles et donc plus sujets à l'absentéisme.

« Des études sont sorties, par les assureurs des hôpitaux (la SHAM, le groupe NATEXIS / SOFCAH), qui examinent les évolutions. Par exemple, dans les établissements de moins de 50 agents et les EHPAD, le taux d'absentéisme est à 14% (...). Dans un CHU par exemple, il y a les personnels d'encadrement, les personnels administratifs, les personnels ouvriers, qui sont moins sujets à accidents, y compris les personnels infirmiers, que les personnels aides-soignants ou ASH. » Extrait d'entretien d'un responsable syndical national

En revanche, selon l'expérience d'un médecin du travail en CHU, les effets d'une politique de santé au travail visant la performance sont moins importants dans un grand établissement.

"Il existe une inertie liée à un effet taille dans le CHU. On retrouve la même chose dans les grandes entreprises du secteur privé". Extrait d'entretien d'un médecin du travail en CHU

La situation financière d'un établissement influence la prise en compte de la santé au travail. Un établissement en difficulté financière pourra rencontrer plus de difficultés à mettre en œuvre certaines mesures et par conséquent être dans l'impossibilité d'actionner ce levier.

« On est beaucoup sur le court terme, on ne voit pas le long terme, en particulier sur tout ce qui est logistique. Si les chariots avaient été achetés résistants, mais ils ont été usés, n'ont pas été remplacés ; ça a des répercussions sur la manutention. Alors, on a économisé sur le coup, mais ça n'a pas tenu et maintenant ce sont les humains qui font le travail... ». Extrait d'entretien d'un médecin du travail en CHU

Une situation financière difficile peut aussi participer à un climat social tendu. De ce fait, l'établissement pourra être freiné dans ses démarches, notamment de santé au travail, du fait par exemple d'organisations syndicales moins disposées à la coopération.

Quant à un établissement en bonne situation financière, il pourra a priori investir plus aisément dans la santé au travail, comme l'installation d'une salle de sport ou d'une crèche. Néanmoins, un entretien auprès d'un établissement dans une conjoncture favorable, montre aussi que sans problèmes apparents, il est possible d'avoir une vision centrée sur la réglementation et la judiciarisation.

« On est aujourd'hui dans une phase particulière, puisqu'on constate que le politique a tendance à judiciariser le risque depuis de nombreuses années. Le risque professionnel subit donc ce mouvement. A partir de ce moment, il faut donc avoir des garants pour éviter de basculer dans la non réglementation. » Extrait de l'entretien avec un DRH d'un CHU

En outre, quelle que soit la situation financière, des actions moins cosmétiques et peu coûteuses financièrement peuvent être mises en place.

"Il n'est pas facile de travailler sur le sujet santé au travail dans un contexte financier très tendu. Mais j'ai la conviction qu'améliorer la santé au travail implique d'investir, mais il y a aussi des sujets d'organisation : travailler le sujet sans y mettre forcément beaucoup d'argent." Extrait d'un entretien avec un DAF de CH

Enfin, nous avons voulu interroger l'hypothèse selon laquelle la prise en compte de la santé au travail comme levier de la performance serait différente en métropole et en outre-mer. Il ressort de nos entretiens que cette différence n'est pas avérée. Les acteurs interrogés font plutôt le constat de différences entre établissements. Ainsi, sur le territoire outre-mer observé, la Guadeloupe, certains établissements ont pu être très actifs et innovants en la matière d'autres non. Un même établissement a pu avoir une stratégie plus ou moins volontaire en fonction du directeur des ressources humaines.

A partir de ces éléments d'observations, ce sont davantage des critères de taille, de culture et de sensibilisation de la direction au sujet qui impactent la prise en compte de la santé au travail comme levier de performance plutôt que des critères géographique ou socio-économique qui pourraient cependant distinguer l'outre-mer de la métropole, un CHU de province et un CHU parisien.

2.1.2 La diversité des risques et la multitude d'indicateurs de suivi ne facilitent pas la mesure globale de l'effet levier de la santé au travail

- A) Polymorphes et évolutifs, les risques pesant sur la santé au travail ne facilitent pas la saisie de ce levier de performance

La multiplicité des métiers des EPS met en exergue la difficulté d'identifier l'ensemble des risques, polymorphes et évolutifs. Plus les établissements sont importants, plus les métiers

et les risques associés seront nombreux. Cela complique la prévention, l'évolution des environnements de travail et la mission des médecins du travail, dont la démographie connaît par ailleurs un effondrement.

"On a tous les métiers dans l'hôpital, c'est pour cela que médecin du travail, ça nous demande d'avoir des connaissances aussi sur la fonction de tout le monde, les gestes de tout le monde, les risques de tout le monde. Les risques du menuisier avec la sciure de bois et son cancer du sinus n'est pas le même que celui de l'infirmière qui peut se piquer et attraper une hépatite...On est partout... Mais les médecins du travail, dans cet établissement ne sont pas assez nombreux." Extrait de l'entretien avec un médecin du Travail en CHU

Parallèlement, les établissements de santé sont de plus en plus sensibles à la santé au travail de leurs agents, mais peinent prévenir ou corriger des risques encore difficilement identifiables.

Cette identification s'effectue :

- En amont de la survenance du risque par les dispositions légales et réglementaires qui ont été exposées supra, comme lorsqu'il s'agit de risque chimique ou ionisant.
- En aval de la survenance du risque par le lien de causalité démontré a posteriori entre l'exposition au risque et l'apparition de la maladie.

Dans cette seconde hypothèse, la responsabilité pénale des cadres peut être mise en jeu. Ainsi en 2012, la chambre de l'instruction de la cour d'appel de Paris se prononçait sur le cas de six responsables de l'AP-HP poursuivis dans le dossier de l'amiante. Ces cadres avaient été mis en examen, en juillet 2011, pour « homicide involontaire » et « mise en danger de la vie d'autrui », pour des faits commis entre mars 2004 et mars 2007. Or, certains avaient cessé de travailler à l'AP-HP dès 2003.

Par conséquent la santé au travail comme levier de performance reste dépendante de l'état des connaissances scientifiques, du temps de déclaration de la maladie et de l'objectivation par des moyens légaux ou juridiques du lien de causalité. De plus, les EPS font face à une évolution permanente des risques suite à leur prise en compte. Par exemple, les risques liés à certaines manutentions ont été réduits grâce à l'équipement en lits réglables en hauteur ou aux lèves-malades. Bien que les TMS restent aujourd'hui une question de santé au travail prégnante, la perception partagée de l'ensemble des acteurs²⁶, est de plus en plus orientée vers les RPS, cela étant accentué par l'informatisation et les avancées techniques.

²⁶ Ce point de vue est partagé par l'ensemble des acteurs que nous avons interrogé, y compris par les DR, les médecins du travail et les cadres.

"Je suis depuis 15 ans sur l'établissement X, un établissement de rééducation, tous les problèmes de TMS ont régressés, c'est plutôt les RPS qui ont pris le dessus. On parle aujourd'hui beaucoup plus de la prise en charge des RPS alors qu'avant on parlait beaucoup plus des TMS et on ne parlait pas des RPS, c'était que les problèmes de dos etc."
Extrait d'un entretien avec une IDE

Enfin, la prise en compte des risques nécessite une modification des procédures et des process souvent réalisés sur un temps plus long que l'émergence de nouveaux risques. Dans ces conditions, il est difficile de présenter la santé au travail comme un levier de performance agissant sur le court terme.

Outre les risques non encore identifiés, il reste difficile pour un EPS de s'organiser pour prévenir les nouveaux risques. La santé au travail comme levier de performance peut être un outil puissant mais qui demande un engagement constant sur le moyen-long terme, et la définition d'indicateurs clairement identifiés de suivi et d'aide à la décision.

B) Des indicateurs de mesure très nombreux

La multiplication des propositions d'indicateurs de suivi, de contrôle, voire de pilotage ne facilite pas l'approche de la santé au travail en termes de performance. Des indicateurs quantitatifs ont pu déjà être proposés. Ainsi l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son rapport *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants*, (2012) propose notamment le turn-over des équipes, le taux d'accidents du travail/maladies professionnelles, le taux d'évènements indésirables, le taux d'accidents d'exposition au sang, la durée des arrêt maladie (3 jours et moins ; entre 4 et 8 jours).

L'enjeu de l'absentéisme dans les établissements de santé a permis de définir plus précisément des indicateurs de pilotage. La FHF propose ainsi quant à elle de piloter l'absentéisme à travers le nombre de jours d'absence, le nombre de jours d'absence par ETP, le taux d'absence, la fréquence d'arrêts très courts.²⁷ La commission européenne pour recueillir les données et estimer les impacts économiques de l'environnement de travail, les coûts de l'absentéisme a élaboré *the TYTA Model* qui reprend ces indicateurs (annexe 8).

De même des thématiques ont été identifiées pour construire des indicateurs de qualité, notamment à travers des enquêtes de satisfaction, comme le temps de travail, l'organisation du travail, le poste de travail, les conditions de travail, la carrière, la vie sociale, l'information, la communication, la vie institutionnelle (IGAS). La multitude de ces

²⁷ *Fiche 2 du kit Absentéisme*, issue d'un travail de recherche commun avec l'ARS Pays-de-la-Loire, le FNP de la CNRACL et la FHF, (2014).

propositions ne facilite pas le choix pour les managers souhaitant piloter la performance induite par la santé au travail. L'absence d'unanimité sur le traitement du sujet ne permet pas d'élaborer des outils de benchmark et de déterminer des cibles atteignables. L'absence d'un lien de causalité mesuré entre santé au travail et performance ne favorise pas le pilotage.

C) Une corrélation, mais un lien de causalité difficile à établir

La santé au travail conçue comme un levier de performance relève d'une démarche de Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE). Si aujourd'hui cette démarche se diffuse et fait l'objet d'incitations, voire d'obligations, comme celle impulsée par la loi sur les nouvelles régulations économiques de 2001 pour les entreprises, elle reste encore sous-évaluée. En effet, comme en témoigne le rapport de France Stratégie sur la responsabilité sociale des entreprises²⁸, l'effet levier de la RSE est difficilement mesurable, dans ses dimensions autres que financière ou extra-comptable. Les études empiriques démontrent une corrélation, mais le lien de causalité n'est pas démontré²⁹. Même si ces études s'attachent à l'analyse de la RSE appliquée au secteur privé, ces difficultés peuvent être transposées aux EPS. Enfin le volet ressources humaines de la RSE ne s'attache pas à la santé au travail. Par conséquent, pour bénéficier des retours empiriques de cette évaluation sans doute une intégration de l'axe santé au travail dans la démarche de RSE doit être envisagée.

2.2 Afin de développer la performance des établissements au moyen de la santé au travail, il apparaît nécessaire d'une part, de mieux prendre en compte la santé au travail et d'autre part, de piloter cette performance.

2.2.1 Mieux prendre en compte la santé au travail est un enjeu primordial pour mobiliser le levier de performance qu'elle constitue.

La santé au travail fait actuellement l'objet de dispositifs législatifs et réglementaires destinés à protéger les travailleurs. Ce cadre préexistant doit bien entendu continuer à être appliqué, mais aussi être développé à travers les axes suivants :

²⁸ France Stratégie, *La responsabilité sociale des entreprises*, (2016).

²⁹ Magali A. DELMAS et Sanja PEKOVIC, *Environmental standards and labor productivity : Understanding the mechanisms that sustain sustainability*, Journal of Organizational Behavior, (2013).

A) La santé au travail doit intégrer la politique stratégique de l'établissement

Comme a pu le souligner l'IGAS³⁰, le projet stratégique d'établissement est un déterminant de l'efficacité hospitalière, qui doit soutenir la santé au travail. Celle-ci doit constituer un axe stratégique, afin de dépasser le champ du projet social. Ce repositionnement de la santé au travail doit permettre de développer la prévention, notamment lorsqu'elle relève de l'organisation.

Dans cette perspective, les enjeux liés au planning des paramédicaux et à sa gestion par le cadre de santé de proximité est centrale, pour une meilleure conciliation vie professionnelle-vie personnelle et réduire le cas échéant la culture du présentéisme, qui favorise l'apparition de pathologies.

"En référence avec mon exercice antérieur en entreprise, il existe des objectifs clairs qui permettent aussi l'investissement. Mais il faut que les personnels se sentent bien dans leur travail pour que les objectifs puissent être atteints. Dans le cas contraire les choses seront pénibles à développer. Pour les personnels bien dans leur poste il arrive même qu'ils se fixent des objectifs trop ambitieux que le manager doit réajuster." Extrait d'un entretien avec un médecin du travail de CH

De même, se saisir du projet d'établissement et en faire un outil de communication, prendre le temps de le partager pour redonner du sens au travail permet d'intervenir préventivement sur les risques psychosociaux ainsi que sur les risques de troubles musculo-squelettiques. L'intérêt de cette démarche est flagrant dans des contextes de fortes restructurations, comme peut l'induire la constitution des GHT.

"Un des moyens principaux pour que les agents soient bien dans leur poste est la bonne communication. Lors de restructurations au CHU, on observe chez les agents des réactions aussi fortes qu'en cas de perte d'emploi or les personnels sont titulaires. La souffrance est d'autant plus grande que la communication est mauvaise." Extrait d'un entretien avec un médecin du travail de CH

Une communication ascendante et descendante est donc un élément pour la compréhension, le sens et l'adhésion des professionnels. De même le retour d'information de l'encadrement de proximité vers l'encadrement supérieur sert la performance pilotée par la direction de l'établissement, y compris en matière de santé au travail.

En pratique, la difficulté réside bien souvent dans le fait que ces diverses problématiques peinent à être appréhendées par des acteurs ayant une vue suffisamment globale de la

³⁰ IGAS RM2012-046P, *Management et efficacité hospitalière: une évaluation des déterminants*, (2012).

question. Un axe d'amélioration peut consister à spécialiser certains agents, le plus souvent relevant de la DRH, dans leur traitement. Par exemple, dans un CHU, a été mis en place au sein du pôle DRH une direction de la formation continue et des relations de travail. Une cellule santé au travail y a été spécifiquement constituée.

B) Elément de garantie de la santé au travail, la diffusion d'un management "à la confiance" accroît la performance économique et sociale des établissements.

Donnant toute leur place aux acteurs hospitaliers et aux patients dans un contexte de changements, le management "à la confiance", développé par les hôpitaux magnétiques³¹ se caractérise par l'autonomie professionnelle, l'existence d'une collaboration médico-soignante de qualité, la valorisation des agents, la reconnaissance de la compétence, un ratio patient professionnel adéquat et une importance donnée à la qualité. Ces établissements privilégient l'usage de la confiance comme un moyen de souplesse dans les organisations. Selon Hervé SERIEYX et Jean Luc FALLOU, dans *La confiance en pratique*, la confiance apparaît comme une "composante dure" de la performance des organisations.

Pour développer la confiance qui agit sur l'ensemble des déterminants de la santé au travail, plusieurs actions peuvent être mises en œuvre par les managers pour Hervé SERIEYX:

- rappeler ce qu'est la mission commune des professionnels, à travers les valeurs annoncées, le développement du travail collaboratif, l'assurance d'une progression des compétences des personnels,
- permettre la créativité et la convivialité, tout en rappelant les droits et devoirs de chacun, notamment à travers la communication et la fédération des acteurs autour de la question de l'appartenance au service public et à l'établissement.

Il résulte toutefois de nos entretiens que ce dernier point peut être nuancé. En effet, le sentiment d'appartenance à un groupe relève plus d'un niveau de proximité.

"Pour les professionnels l'attachement est plus fort par rapport au service à 64% puis au pôle et enfin à l'établissement." Extrait d'entretien avec un DRH de CHU

³¹ Le concept d'hôpital magnétique recouvre les établissements capables d'attirer et de conserver le personnel.

C) Les impacts sur la santé au travail des évolutions afférentes à l'environnement professionnel doivent être anticipés et évalués pour être maîtrisés

L'évolution des outils et usages professionnels semble a priori améliorer les conditions travail des agents. Ainsi, l'apparition sur le marché de lits réhausseurs a permis de diminuer les risques de pathologies pour les établissements qui s'en sont dotés.

"Pour donner un éclairage très favorable à tout ça, par exemple, la direction des équipements qui achète le matériel, on n'a plus besoin aujourd'hui d'aller voir le directeur des équipements 6 mois avant le renouvellement des lits, en lui demandant de prendre en compte la nécessité d'acheter des lits réglables en hauteur pour que les agents ne se cassent pas le dos en allant redresser les malades, parce qu'il l'a complètement intégré. Ça fait partie aujourd'hui des cahiers des charges standards lors des appels d'offre pour des achats hospitaliers." Extrait d'entretien d'un DRH de CHU

Il en va de même pour l'usage du numérique et des technologies de l'information et de la communication. Pour Jean-François MICHON ces outils bouleversent les environnements et les organisations de travail, déstructurant ce que l'on nomme travail qui *"se fonde sur la séparation entre dedans et dehors, sur les temps distincts."* Cette confusion entre le temps privé et le temps professionnel brouille sur la notion de disponibilité et d'urgence. Le risque est d'être dans un travail subi : *"la laisse numérique"*. Dans les établissements publics de santé un certain nombre de professionnels sont confrontés à cette situation en particulier les managers médico-soignants et les directeurs.

De même, l'allongement des carrières engendré par le vieillissement démographique nécessite d'anticiper le maintien dans l'emploi d'un personnel plus âgé plus exposés aux risques liés à la santé au travail.

Par conséquent, l'achat et le déploiement de tout nouveau matériel doit être précédé de véritables études d'impact prenant aussi en compte la santé au travail. Si l'impact est avéré, il doit être mentionné dans le document unique et faire l'objet d'une réflexion sur les pratiques. Ainsi au niveau national, il peut s'agir d'initiatives comme celle proposée par l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT): un colloque sur le thème « Mieux travailler à l'ère du numérique » a ouvert la « Semaine pour la qualité de vie au travail » en 2015. A l'échelle de l'établissement, les réflexions peuvent aboutir à l'élaboration d'une charte de bon usage pour faciliter la réduction des impacts sur la santé.

D) Redonner aux agents exposés des missions valorisées et valorisantes doit permettre de mieux prendre en compte la santé au travail

A ce titre, certaines initiatives locales ont pu être récompensées et pourraient être reproduites.

Un prix "mention spéciale" (trophée de l'innovation en ressources humaines FHF 2014) a été remis à un centre hospitalier pour sa politique générale d'accompagnement de la femme enceinte au niveau des rythmes de travail et des aménagements de postes.

Le prix de la qualité de vie au travail (trophée de l'innovation en ressources humaines FHF 2014) a été attribué à un CHU pour la mise en place d'une structure d'accueil périscolaire destinée aux enfants des salariés de l'hôpital âgés de 5 à 11 ans. Ce projet intègre la problématique de retour à l'emploi des personnels en arrêt maladie prolongé et souhaitant retrouver un poste de travail adapté.

Dans un centre hospitalier la DRH a initié une collaboration avec une troupe de théâtre, intervenant directement dans les services au plus près du lieu de travail des agents, afin de mettre en scène des situations difficiles, telles que celles impliquant des travailleurs handicapés. Selon le DRH *"les retours des agents ont été très positifs, ils se sont sentis gratifiés par cette initiative, qui a provoqué un afflux d'appels auprès des correspondants handicap et a incité certains agents à faire reconnaître leur handicap"*.

E) Pour être saisie comme levier de performance, la santé au travail doit faire l'objet d'un enseignement spécifique dans la formation de l'encadrement

Compte tenu de l'importance du positionnement de l'encadrement et de son rôle dans la prévention des risques professionnels et dans la promotion de la santé au travail, il est nécessaire de renforcer la place de ces questions dans la formation des professionnels, notamment à l'EHESP.

"Ce que l'on constate, c'est que les professionnels sont peu formés, y compris les cadres, qui sont insuffisamment informés du pourquoi des réformes. Ils mettent en œuvre des réformes qu'ils voient se succéder, sans qu'ils comprennent quel sens leur donner. En conséquence ils perdent le sens de leur travail. Ils ne sont plus dans la qualité de vie au travail ». Extrait d'entretien d'un enseignant de l'Institut du management

2.2.2 Pour piloter leur performance économique et sociale, les établissements publics de santé doivent se doter d'outils et de tableaux de bord

Le pilotage de cette performance nécessite une politique volontariste que tendent à mettre en œuvre les autorités de tutelle. Ainsi des orientations sont impulsées au niveau national par la Direction générale de l'offre de soins au travers de son projet stratégique 2015-2017.

Son axe n°3 tend à favoriser l'innovation et améliorer la performance des offreurs de soins. Dans cette perspective, le développement de la performance sociale constitue l'objectif n°3 décliné en trois actions :

- 1 – Promouvoir les politiques d'amélioration des conditions de travail et la qualité de vie au travail
- 2 – Consolider le dialogue social avec les acteurs hospitaliers et l'élargir aux organisations de professionnels libéraux
- 3 – Renforcer l'attractivité des métiers de la santé

Pourtant à ce stade aucun indicateur pour mesurer l'atteinte de ces objectifs n'a été formulé. Au niveau des établissements, sans pour autant les avoir concrétisés, les managers hospitaliers entrevoient les outils de mesure et d'évaluation nécessaires au pilotage de cette performance. A l'issue des entretiens conduits auprès des membres de la direction des établissements de santé, l'élaboration d'outils d'évaluation doit permettre de prendre en compte les objectifs hiérarchisés suivants :

Objectif de priorité 1 : la qualité des soins

Objectif de priorité 2 : le bien-être au travail des agents

Objectif de priorité 3 : la performance financière de l'établissement

A partir de ces éléments, il est possible de définir une grille d'indicateurs de pilotage de la performance à travers la santé au travail des agents. Afin d'être fiabilisés, ces indicateurs doivent être décrits dans une fiche de documentation qui détaillera notamment les données à collecter pour calculer l'indicateur, mais aussi le sens de l'évolution attendue pour mettre en exergue les avancées de l'établissement sur le sujet. Nous proposons ci-dessous pour exemple un tableau résultant d'une réflexion collective alliant approches théoriques et concrète.

Les indicateurs retenus par l'établissement doivent être adaptés au degré de maturité de la structure dans le pilotage de la performance à travers la santé au travail. Dans cette perspective, et à l'image de ce que l'ANAP peut proposer, un autodiagnostic de l'établissement peut être réalisé pour évaluer son stade d'avancement à partir de la situation de l'hôpital à l'échelle nationale. Cet autodiagnostic peut notamment s'appuyer sur les indicateurs demandés dans le cadre du plan national de prévention des risques psychosociaux du 22 octobre 2013: taux d'absentéisme, taux de rotation, taux de visite sur demande du médecin de prévention, taux d'actes violence physique envers le personnel. D'autres éléments peuvent venir compléter ce diagnostic comme l'existence d'une cartographie des risques et d'un document unique actualisés, la part représentative en % du

coût des AT/MP dans le budget de l'établissement ou encore l'existence d'un plan d'actions contre les risques professionnels.

Dans la volonté d'allier réflexions théoriques fondées sur la bibliographie et approches concrètes, une proposition d'une grille d'indicateurs (non exhaustifs) a été élaborée par notre groupe de travail. Il peut être envisagé de les suivre selon le degré de maturité de l'établissement pour piloter la performance qui résulte de la santé au travail.

Objectifs stratégiques et opérationnels	Stade de prise en compte de la santé des agents	Indicateurs	Valeurs cibles
Objectif stratégique de priorité 1 : La qualité des soins			
Assurer la présence des soignants au chevet du patient	Prévention primaire pour agents en poste	Taux de remplacement des agents absents	Valeur cible 100%
Garantir l'implication des agents	Prévention primaire pour agents en poste	Taux de fuite des patients	Valeur cible -100%
Objectif stratégique de priorité 2 : Le bien-être au travail des agents			
Prévenir l'absentéisme pour des raisons de mauvaise santé au travail	Prévention primaire	Taux de formation des agents à la prévention des risques professionnels	Valeur cible 100%
	Prévention secondaire	Taux des agents exposés aux risques professionnels suivis régulièrement par la médecine professionnelle	Valeur cible 100%
	Prévention tertiaire	Taux des agents bénéficiant d'une reconversion professionnelle après AT/MP	Valeur cible 100%
Lutte contre les TMS et autres usures physiques	Prévention primaire Prévention secondaire	Taux de déploiement dans les services de matériels identifiés comme actions correctrices pour prévenir des risques d'usure physique	Valeur cible 100%
Objectif stratégique de priorité 3 : La performance financière de l'établissement			
Réduire le coût de l'absentéisme	Sans objet	Taux de réduction du coût de l'absentéisme	Valeur cible -100%
Développer la professionnalisation des compétences	Sans objet	Taux d'attractivité du personnel	Valeur cible 100%
Augmenter son activité	Sans objet	Taux d'augmentation du nombre d'actes	Valeur cible 100%
Augmenter ses recettes	Sans objet	Taux d'évolution des recettes d'activité	Valeur cible 100%

Dans cette perspective, une première esquisse de tableaux de bord peut être déterminée (annexe 9). Celui-ci peut se décliner au niveau de l'établissement et/ou du service et/ou du pôle. Il sera nécessaire de le tester pour le rendre plus pertinent.

Conclusion

La performance est un enjeu fondamental pour les établissements de santé, au vu des contraintes budgétaires qui leur sont imposées. Par ailleurs, ils sont aussi particulièrement concernés par les questions de santé au travail, au regard, par exemple, des taux d'absentéisme affichés. Ainsi, la réflexion sur la santé au travail comme levier de performance apparaît pertinente, d'autant plus que c'est un enjeu de santé publique.

Mais il semble difficile de prendre en compte la santé au travail comme partie prenante de la stratégie de l'établissement, au-delà du contexte légal et règlementaire qui s'impose.

Pourtant, il apparaît évident que la santé au travail est source de performance économique et sociale. Le personnel soignant et médical est le premier garant de la qualité du service et des missions de santé publique intrinsèques de l'hôpital. L'absentéisme, les climats sociaux difficiles et l'alourdissement de la charge de travail des soignants sont autant d'éléments qui freinent la performance de l'établissement.

La performance sociale n'est effective que si elle répond aux besoins de protection du capital humain, et d'accomplissement des personnels, donne sens à leurs actions et leur permet d'être dans les meilleures conditions pour atteindre les objectifs (indirects) de performance économique, définis par des indicateurs simples, suivis et évalués ; si tant est que les agents soient impliqués dans les processus et reçoivent des retours. C'est le manager, à tous les niveaux de l'organisation, qui doit se saisir de ce rôle clef. Pour ce faire, des solutions existent comme un management à la confiance ou encore des tableaux de bords adaptés.

L'évolution du contexte, avec les changements attendus lors la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), est inéluctable et risque de bouleverser le quotidien des agents. Cela se traduira par des restructurations et un élargissement probable du périmètre de travail. Il apparaît indispensable que les agents soient accompagnés, écoutés et qu'ils adhèrent aux changements. Dès lors, cette réforme pourrait être l'occasion de mettre en œuvre, à l'échelle d'un territoire, des préconisations et bonnes pratiques existantes en matière de santé au travail.

Bibliographie

OUVRAGES

- *Manager santé et sécurité au travail : pour une approche humaine de la prévention des risques*, Capsecur Conseil, Dunod, 2013, collection stratégies et management
- *L'Absentéisme des personnels soignants à l'hôpital*, Frédéric KLETZ, enseignant à l'Ecole des mines, les Presses des Mines, 2014
- *Définir la performance : une simple question de définition ?* Annick BOURGUIGNON, Economica, 1996
- *Santé au travail : pour une nouvelle dynamique – Constats et ouvertures*, sous la direction de Pierre JANSOU et Marcel DRUHLE, Octares éditions, 2015
- *Performance et innovation dans les établissements de santé*, sous la direction de Béatrice FERMON et Philippe GRANDJEAN, Dunod, 2015
- *La confiance en pratique*, Hervé SERIEYX et Jean-Luc FALLOU, Maxima, 2010

REVUES, ARTICLES

- *Le bénéfice de la prévention*, Cédric DUVAL, revue Travail et Sécurité, n°736, février 2013, pages 24-25
- *L'hôpital public miné par l'absentéisme*, article Le Figaro du 20/04/2016 ; *L'absentéisme gangrène l'hôpital public* et *L'absentéisme : la liste noire des hôpitaux*, articles du supplément économie du Figaro du 20/04/2016
- Bimestriel du réseau ANACT / ARACT, n° 354 mars / avril 2014, interview de Jean-François MICHON

RAPPORTS

- *Responsabilité sociale des entreprises et compétitivité, Evaluation et approche stratégique*, Etude menée par France Stratégie, Salima BENHAMOU et Marc-Arthur DIAYE, janvier 2016
- *Occupational safety and health and economic performance in small and medium-sized enterprises : a review*, report from the European Agency for Safety and Health at work, 2009

- *Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail, Rapport fait à la demande du premier ministre, Henri LACHMAN, Christian LAROBÉ et Muriel PENICAUD, février 2010*
- *Rendement de la prévention : Calcul du ration coût-bénéfice de l'investissement dans la sécurité et la santé en entreprise, rapport de recherche de l'association internationale de la sécurité sociale, 2011*
- *Les déterminants managériaux d'une politique de prévention des risques professionnels au sein des Etablissements Publics de Santé, Mathias DANY, Mémoire d'Attaché d'Administration Hospitalière, promotion 2015*
- *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – édition 2015, Direction générale de l'administration et de la fonction publique, novembre 2015*

DOCUMENTATION ET BROCHURES

- *Bien-être au travail et performance économique, DIRECCTE Rhône-Alpes, 2014,*
- *Le travail comme source de santé et de performance, Propositions d'orientations pour passer de la prise en charge du « mal-être au travail » au développement d'organisation permettant d'« être bien au travail », conditions de la santé et de la performance, ANACT, mai 2012*
- *Focus : combien coûte le stress au travail, Réalité prévention, la lettre de l'INRS sur la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, n°23, décembre 2009*
- *L'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité dans le travail, DARES, décembre 2014, n° 095*
- *Projet stratégique 2015 – 2017 – Moderniser l'offre de soins, Direction générale de l'offre de soins*
- *Renseigner le compte qualité sur la thématique "qualité de vie au travail", HAS, juillet 2014*
- *10 questions sur la qualité de vie au travail, HAS – ANACT, 2015*
- *Revue de littérature « Qualité de vie au travail et qualité des soins », HAS, janvier 2016*
- *Mémoire ADRHESS sur les GHT et la GRH, ADRHESS, mai 2016*
- *Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), décembre 2014*

- fiche D.1 – LES CONDITIONS DE TRAVAIL À L'HÔPITAL, in *Portrait des professionnels de santé*, DREES, février 2016
- *Panorama des établissements de santé 2014*, DREES, 2015
- *Comptes nationaux de la santé 2014*, DREES, 2015

SITES INTERNET

- Site de l'EHESP, conférence de Nathalie ANGELE-HALGAND, Maître de conférences, Responsable du département de recherches en management de la santé – Faculté de médecine de l'Université de Nantes, février 2014
- Site du Conseil économique, social et environnemental, saisine relative à l'investissement dans les conditions de travail :
 - entretien avec Marine JEANTET, Directrice des risques professionnels à la CNAMTS ;
 - entretien avec Mathieu DETCHESSAHAR, Professeur des Universités Nantes-Atlantique;
 - entretien avec Fabrice BOURGEOIS, Ergonome ;
 - entretien avec Vincent de GAULEJAC, Professeur de sociologie ;
 - entretien avec Bruno METTLING (Groupe Orange) ;
 - entretien avec Jean -Marie LAMBERT (VEOLIA ENVIRONNEMENT) ;
 - entretien avec Jean AUROUX (ancien Ministre du travail) ;
 - entretien avec Serge VOLKOFF (Statisticien) ;
- Site de l'ANACT, article *Un réseau francophone de formation en santé au travail*, 2011
- Youtube, Interview de Véronique GHADI, Chef de projet développement de certification à la HAS *Qualité de vie au travail : quels sont les principaux enseignements des travaux sur la qualité de vie au travail ?*
- Blog <http://fo-sante.org>
- <http://politiquedesante.fr/tag/absenteisme-hospitalier/>, *Les hôpitaux français battent un triste record : 14% d'absentéisme pour raison de santé...un comble non ?* par Olivier TOM
- Site internet du journal Le Figaro : Faute de médecins, les urgences de Valognes ferment «temporairement» du 11/08/2015

CADRE REGLEMENTAIRE

- Instruction du Secrétariat général du gouvernement du 20 mars 2014 portant sur la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques, transposée par la DGOS le 20 novembre 2014
- Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013
- Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail
- Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail
- Code de la santé publique
- Code du Travail
- Loi du 25 octobre 1919 étend aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail
- Loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail

Liste des annexes

Annexe 1: Liste des personnes interviewées et grille d'entretiens

Annexe 2 : Exposition aux risques professionnels selon la variante de seuil

Annexe 3 : Salariés exposés aux facteurs de pénibilité par secteur d'activité et taille d'établissement

Annexe 4 : Comparaison entre secteur privé et les trois versants de la fonction publique de l'exposition des agents à des conditions de travail difficile

Annexe 5 : Absence pour raison de santé dans les trois versants de la fonction publique

Annexe 6 : Répartition en nombre de jours par an des causes de l'absentéisme dans la FPH entre 2009 et 2011

Annexe 7 : Détermination du coût de la compensation de l'absentéisme pour les EPS à partir de l'analyse des bilans sociaux produits par l'ATIH

Annexe 8: The TYTA Model, European Commission,

Annexe 9: Proposition de tableau de bord utilisant les indicateurs identifiés

Annexe 1: Liste des personnes interviewées et grille d'entretien

Fonction des personnes interviewées	Type d'établissement
Médecin du travail	CHU N°1
Médecin du travail	CHU N°2
Inspecteur du travail	DIRECCTE
DRH	CHU N°1
DRH	CHU APHP N°3
DRH	CHU APHP N°4
DAF	CH
DAF	CHU N°1
Cadre de santé N°1	CH
Cadre de santé N°2	CH
Responsable de filière de formation	EHESP
Enseignant N°1	EHESP
Enseignant N°2	EHESP
Représentant national d'un syndicat	Syndicat
Chargé de développement	Fond National de Prévention
Psychologue du travail	Enseignant CHU N°1
Infirmière	CHU APHP N°5

MIP – Grille d'entretiens

Contexte de l'étude : élèves

Anonymat / confidentialité

a) *Situation de l'établissement*

L'établissement en chiffres:

Budget?

Excédent/Déficit? Ponctuel ou non?

Nombre d'agents?

Taux d'absentéisme? (cf définition de circulaire DGOS)

Problématiques de l'offre de soins du territoire?

CH ou CHU? GHT, Siège ou non?

b) *Eléments biographiques de l'interviewé*

(Vos fonctions?)

Périmètres de vos fonctions?

Organigramme du service – nombre d'agents

Depuis combien de temps êtes-vous en poste?

Quelles étaient vos fonctions antérieures?

Votre âge?

(Sexe?)

c) *Exercices de définitions*

Dans le cadre de vos fonctions que recouvre, que vous évoque:

- la santé au travail?
- la performance?
- la performance économique?
- la performance sociale?
- La performance de la santé publique?

La performance est-elle nécessaire au sein d'un ES?

La santé au travail fait-elle partie du projet d'établissement?

A quoi sert la santé au travail?

Les actions mises en oeuvre sont-elles déterminées par le court terme, le long terme?

La performance de l'établissement est-elle conciliable avec la performance en matière de santé publique?

La place de l'usager dans la performance? Dans la santé au travail?

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2015

d) *Outils de mesure*

Quels indicateurs selon vous pour mesurer:

- la performance économique de l'établissement?
- La performance sociale de l'établissement?
- l'investissement dans les conditions de travail?
- La santé au travail des agents?
- Le coût de l'absentéisme? Coût économique et social et en matière de santé publique (ratio de soignants au chevet du patient?)
- Le retour sur investissement par rapport à l'investissement dans les conditions de travail

Dans votre établissement aujourd'hui vous faites comment? Quels sont vos indicateurs? Qui les suit?

e) *Le lien entre santé-travail et performance économique et sociale*

Pouvez-vous décrire et qualifier le lien entre santé au travail et performance?

Est-ce que ce lien concerne davantage des établissements spécifiques? des catégories d'agents spécifiques?

Quels sont les acteurs de la santé au travail?

Quels sont les acteurs de la performance?

Quels sont les leviers de la santé au travail?

Pourquoi faut-il concilier santé et travail?

Y a-t-il un lien entre santé au travail et performance?

Entre santé au travail et performance économique?

Entre santé au travail et performance sociale?

Des évolutions du lien depuis leur prise de fonction? Lien matériel et perception

L'avenir de ce lien?

f) *Les leviers de la performance économique et sociale des ES*

Ces liens évoluent-ils en fonction de la taille de l'établissement, de sa localisation géographique et autres?

Quels sont pour vous les leviers de la performance économique et sociale des établissements de santé?

qu'est ce que vous avez mis en place? Qu'est ce que vous voulez mettre en place? Qu'est ce qui marche? Comment vous le mesurer?

S'il y avait moins de difficultés économiques, est-ce que vous feriez pareil?

Avez-vous un bilan social depuis combien de temps?

Avez-vous un document unique ? Une cartographie?

Avez-vous des idées de solutions qui marchent en matière d'amélioration de la performance ?

Actualité :

Avis/opinion sur :

- Loi El Khomri : impacts des modifications liées au service de santé au travail
- Jour de carence/Résultats statistiques : favorable ?

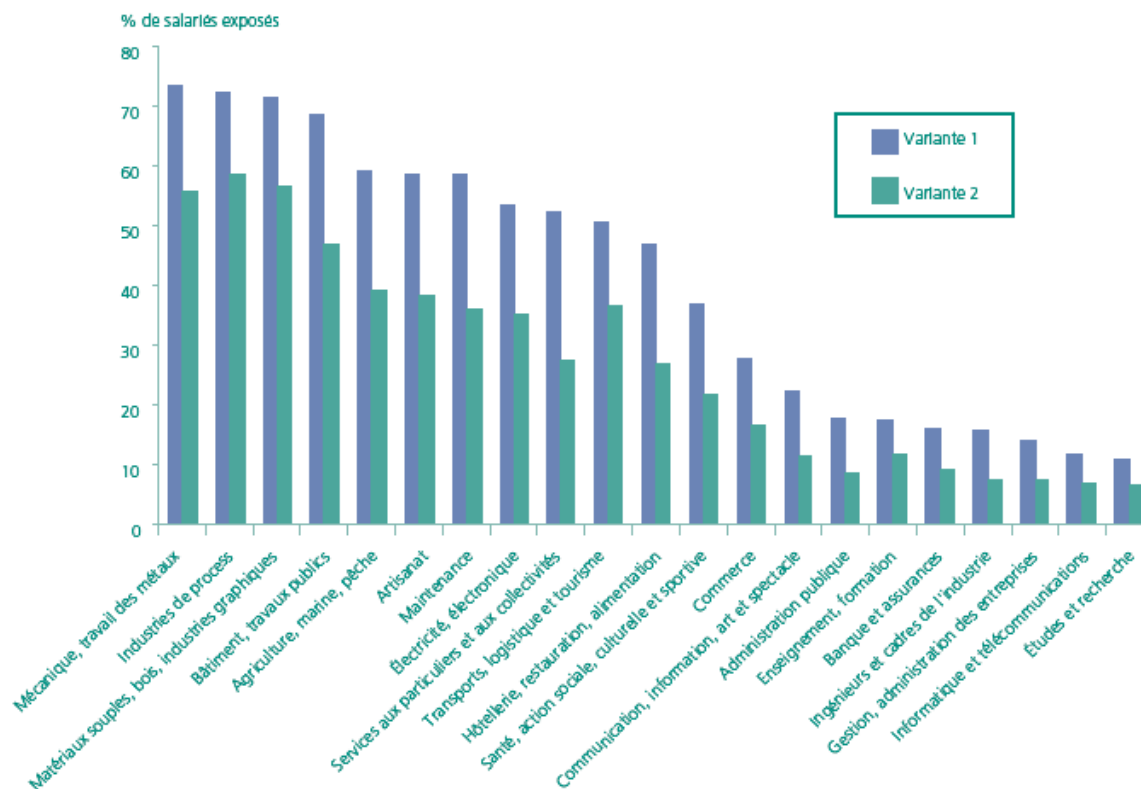
Rôle dans la formation des cadres

FIN

Autre chose que vous souhaiteriez exprimer

Rappel téléphonique

Annexe 2 : Exposition aux risques professionnels selon la variante de seuil



Source: Dares-DGT-DGAFP, Dares Analyse, publication n°95 de décembre 2014

Les métiers de la santé (santé, action sociale, culturelle et sportive) sont exposés à des facteurs de pénibilités pour 40 à 20 % d'entre eux.

Annexe 3 : Salariés exposés aux facteurs de pénibilité par secteur d'activité et taille d'établissement

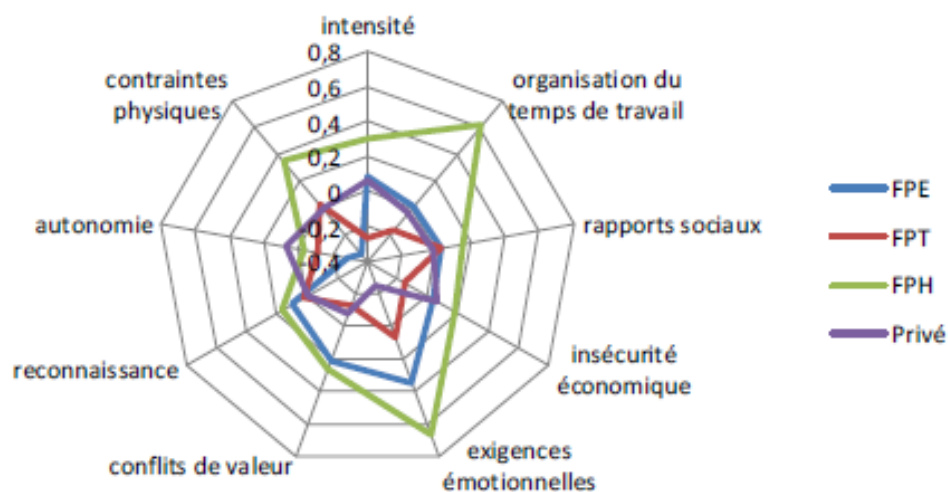
En %

	Manuten- tion manuelle de charges lourdes	Posture pénible	Vibrations mécaniques	Exposition aux produits chimiques	Travail en températures extrêmes	Bruit nocif	Travail de nuit (entre minuit et 5 h)	Travail en équipe (3x8, 4x8 et 2x12)	Travail répétitif	Être exposé à au moins une pénibilité	Salariés de 55 ans ou plus exposés à au moins 1 pénibilité	Être exposé à au moins 3 pénibilités (cumul)
Taille d'établissement												
De 10 à 19 salariés.....	9,3	12,9	10,3	15,7	1,3	10,8	1,7	0,6	12,1	37,5	26,5	10,4
De 20 à 49 salariés.....	10,9	11,6	8,3	14,5	1,8	11,7	3,9	1,3	12,8	39,6	33,0	9,9
De 50 à 499 salariés.....	12,2	11,7	6,0	14,1	2,4	13,7	6,6	4,6	14,5	43,5	37,6	11,6
500 salariés ou plus.....	7,2	8,6	3,2	13,0	1,1	8,3	6,1	5,2	8,8	34,3	28,4	6,9
Secteur d'activité												
Agriculture, sylviculture et pêche.....	11,1	22,1	12,9	12,1	4,8	15,8	1,7	0,1	21,2	52,3	45,1	12,7
Industries extractives.....	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Industrie manufacturière.....	12,6	12,1	11,1	26,5	3,6	30,0	9,0	7,8	17,1	55,8	52,2	20,8
Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné.....	1,8	4,9	4,0	4,1	1,7	6,5	6,9	6,7	2,7	22,3	16,8	3,5
Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution.....	15,7	15,9	7,1	17,8	2,6	22,4	8,5	4,6	14,0	51,8	NS	14,6
Construction.....	21,7	24,6	35,6	35,1	2,8	32,9	0,5	0,6	16,8	65,8	55,1	30,4
Commerce ; réparation d'automobiles et de motos.....	17,2	12,6	6,1	8,6	2,6	7,5	1,6	0,6	14,1	39,1	38,5	8,6
Transports et entreposage.....	11,9	9,2	3,9	9,3	2,5	11,5	14,1	5,1	10,1	43,8	28,1	8,5
Hébergement et restauration.....	6,4	10,2	1,2	10,7	2,7	4,6	9,1	1,6	17,9	38,4	30,1	6,6
Information et communication.....	0,7	6,6	0,2	0,3	0,1	1,1	2,6	0,9	8,4	16,3	20,3	0,5
Activités financières et d'assurance.....	0,6	5,4	0,1	0,8	,	1,0	0,6	0,8	8,1	14,4	13,0	0,2
Activités immobilières.....	3,7	5,7	3,9	10,7	0,9	2,0	0,8	0,9	8,5	24,0	NS	3,8
Activités spécialisées, scientifiques et techniques.....	2,7	4,9	0,9	4,4	0,6	2,3	1,1	1,0	8,3	18,1	17,4	1,5
Activités de services administratifs et de soutien.....	6,2	12,1	6,5	16,7	0,6	7,9	6,4	3,7	15,8	43,1	34,1	8,6
Administration publique.....	4,3	7,6	2,9	7,6	0,5	5,2	2,3	1,9	8,1	26,2	18,0	3,3
Enseignement.....	3,1	7,3	2,5	5,4	0,1	4,3	0,7	0,2	6,6	21,3	NS	1,5
Activités pour la santé humaine.....	12,3	11,6	1,1	17,9	0,6	2,8	6,8	5,6	9,4	42,2	36,8	6,5
Arts, spectacles et activités récréatives.....	6,1	7,1	3,1	5,2	2,8	9,9	7,2	0,4	6,8	31,5	NS	2,4
Autres activités de services.....	2,0	14,6	1,9	14,9	0,7	2,5	0,7	0,5	15,1	30,0	24,6	7,2
Total.....	10,1	11,3	6,9	14,2	1,8	11,4	4,7	3,1	12,4	39,2	31,9	9,9

Source: Dares-DGT-DGAFF, Dares Analyse, publication n°95 de décembre 2014

Les métiers de santé sont exposés plus particulièrement à trois facteurs de pénibilité: manutention, exposition aux produits chimiques, posture pénible et dans des pourcentages supérieurs à la moyenne enregistrée par l'enquête Sumer.

Annexe 4 : Comparaison entre secteur privé et les trois versants de la fonction publique de l'exposition des agents à des conditions de travail difficile



FPE: fonction publique d'Etat

FPT: fonction publique territoriale

FPH: fonction publique hospitalière

Source: DGAFP-DGT-DRESS, Enquête Conditions de travail 2013

Annexe 5 : Absence pour raison de santé dans les trois versants de la fonction publique

		Part des agents ayant eu au moins 1 arrêt maladie dans l'année	Part des agents ayant eu au moins 3 arrêts maladie dans l'année	Répartition des agents absents au moins une fois pour raisons de santé selon leur durée cumulée d'absence dans l'année			
				1-7 jours	8-15 jours	16-29 jours	30 jours et plus
Versant	FPE	32	4	57	19	7	17
	<i>Dont : enseignants</i>	35	5	67	15	6	12
	FPT	35	5	49	17	8	26
	FPH	33	3	46	16	9	28

Source: DGAFP-DGT-DREES: Enquête Conditions de travail 2013

Les agents de la fonction publique hospitalière sont moins sujets aux arrêts maladie, malgré des conditions de travail plus pénibles, que les fonctionnaires d'Etat ou territoriaux.

Annexe 6 : Répartition en nombre de jours par an des causes de l'absentéisme dans la FPH entre 2009 et 2011

Tableau récapitulatif par thème Hors AP-HP <i>(en jours par an et par agent)</i>					
<i>année</i>	2008	2009	2010	2011	évolutions
<i>effectif</i>	202 483	203 187	205 632	206 502	1,98%
<i>maladie</i>	9,49	9,91	9,87	10,34	8,91%
<i>CLM/CLD</i>	4,37	4,38	4,49	4,53	3,79%
<i>Accident du travail</i>	1,19	1,28	1,39	1,40	17,59%
<i>trajet travail</i>	0,16	0,18	0,18	0,18	6,99%
<i>maladie professionnelle</i>	0,65	0,72	0,75	0,76	15,95%
totaux	15,86	16,47	16,68	17,21	8,43%

Annexe 7 : Détermination du coût de la compensation de l'absentéisme pour les EPS à partir de l'analyse des bilans sociaux produits par l'ATIH

T 6 I Données sources pour le calcul de l'indicateur

Catégorie d'établissements	PM			PNM			TOTAL		
	Nombre d'établissements avec dépenses d'intérim	Intérim	Masse salariale chargée + intérim	Nombre d'établissements avec dépenses d'intérim	Intérim	Masse salariale chargée + intérim	Nombre d'établissements avec dépenses d'intérim	Intérim	Masse salariale chargée + intérim
CHU	13	6,45	972,51	15	3,15	4 412,38	16	9,60	5 384,87
CH>70M	65	50,06	1 594,86	58	10,72	6 883,01	76	60,78	8 477,67
20M<CH<70M	77	27,05	737,18	78	5,27	3 244,51	94	32,32	3 981,88
CH<20M	40	4,42	152,25	60	2,83	1 070,29	67	7,04	1 222,53
CH ex-CHS	6	0,37	151,41	20	3,77	1 093,07	23	4,14	1 244,48
TOTAL	201	88,34	3 607,98	231	25,54	16 703,25	276	113,89	20 311,23

Données en millions d'euros

T 14 I Évolution 2013-2014 du nombre moyen de demi-journées de travail additionnel rémunérées par agent par catégorie d'établissement

Catégorie d'établissements	Nombre d'établissements	Évolution (%)
CHU	15	16,0%
CH>70M	58	-4,0%
20M<CH<70M	55	10,5%
CH<20M	32	5,9%
CH ex-CHS	25	-7,9%
TOTAL	185	3,8%

T 22 I Évolution 2013-2014 du coût moyen d'une demi-journée de travail additionnel rémunérée par catégorie d'établissements

Catégorie d'établissements	Nombre d'établissements	Évolution (%)
CHU	16	-7,8%
CH>70M	57	2,5%
20M<CH<70M	54	-9,5%
CH<20M	29	-2,7%
CH ex-CHS	25	10,5%
TOTAL	181	-2,9%

Annexe 8 : The TYTA Model, European Commission

Extrait du rapport *Statistical analysis of socio-economic costs of accidents at work in the European Union*, European Commission, 2004

The TYTA model, Implement for Evaluating the Company's Working Environment Costs, Ministry of social affairs and health, international Publications 1999 :

3 The kind of costs considered are the following:

- Costs of absenteeism due to sickness: costs of absence day, direct costs, indirect costs, impact of absenteeism (short-term and long-term absenteeism)

- Accident costs: payroll costs of time of absence due to accident, indirect costs of an accident (compensation of absenteeism, loss of working hours of others, loss of property, output loss, higher insurance premium).

- Staff turnover and disability pension: cost of resigned employee, cost of resigned clerical employee, cost of disability pension/case, cost of new employee and cost of new clerical employee.

For each of them, a methodology of estimation has been defined :

- Model for calculate costs due to absenteeism: the basis for estimating costs due to absenteeism is calculation of payroll costs during absenteeism (not calculation of payroll savings due to absenteeism). The additional costs of absenteeism are the sum of direct and indirect costs minus the regular wages/salaries. The direct costs are formed by wages during sick leave and indirect employee costs. A satisfying accuracy is reached when estimating an average payroll cost during sick leave by means of average earnings per hour and the coefficient of indirect employee costs.
- Model for calculating accident costs: There are a lot of theoretical models for calculating accident costs, but only a few which can be put into practice. Here, costs are calculated by means of a method according to which direct and indirect costs are first estimated and from this sum, compensations received from the accident insurance and regular wages are deducted, in the same way as calculating net costs of absenteeism due to sickness. The direct costs of accidents which correspond to the loss of working hours caused by the injured are calculated as direct costs of an accident. To enable estimation of indirect costs of accidents a lot of lists are drawn up and by means of these, it is possible to describe consequences of an accident with varying exactness. Most types of costs are typical of only very rare or very severe accidents. Consequently it is difficult to work out reliable and general instructions for estimating indirect cost of accidents.

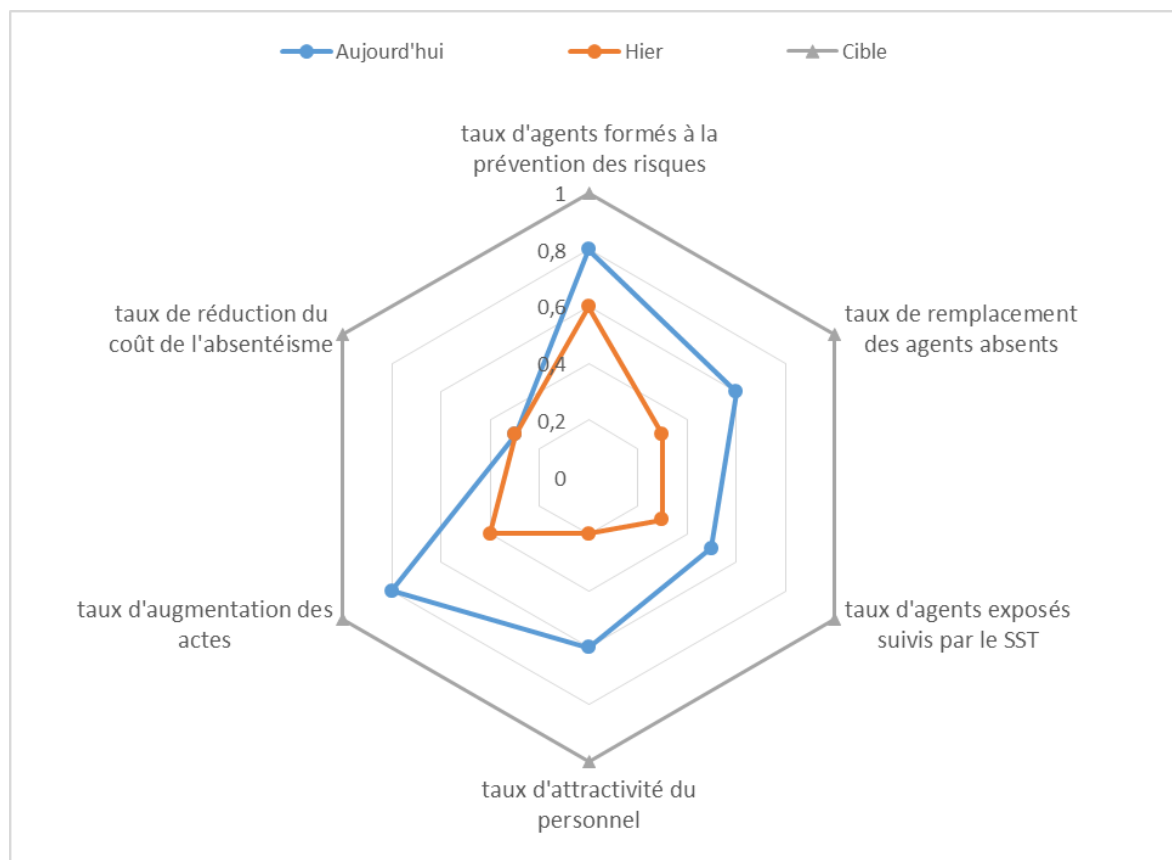
- Methodology to investigate accident costs on company level: the objective is to choose a representative sample of accidents from company's accident statistics. The figures calculated are generalized to cover all accidents in the company. Accidents that are used for analysing accidents costs are divided into a small number of groups so that accidents with the same kind of consequences are put into one group. Different kinds of accidents are chosen for the calculation of costs so that standard prices and coefficients can be established according to the type of accident. When the sample has been chosen, the information on costs can be compiled and specific ratios between direct and indirect costs can be estimated.

The following types of accidents were considered :

- Work travel accidents;
- Heavy lifting;
- Accidents involving a machine;
- Accidents involving eyes;
- Slipping accident etc.;
- Other accidents.

Annexe 9: Proposition d'un tableau de bord utilisant les indicateurs identifiés

Tableau de bord de suivi de la performance par la santé au travail



A travers cette proposition, l'établissement hypothétique, peu mature et suivi dans le cadre de ce tableau de bord, connaît une évolution positive de sa performance (taux d'attractivité du personnel, taux d'augmentation des actes) à travers le déploiement d'actions en faveur de la santé au travail (taux de réduction du coût de l'absentéisme, taux d'agents formés à la prévention des risques, taux de remplacement des agents absents, taux d'agents exposés suivis par le SST).

Thème n°1 animé par : Madame Véronique DAUBAS-LETOURNEUX et Monsieur Laurent MADEC, enseignants-chercheurs au Département Santé Environnement Travail et Génie Sanitaire (DSET & GS)

SANTÉ – TRAVAIL, UN LEVIER POUR LA PERFORMANCE ECONOMIQUE ET SOCIALE EN ETABLISSEMENT DE SANTÉ

*Nathalie ALBERT, EDH - Youri BANGOU, EDESSMS
Vincent BLANC, EDH - Christine CHAMPION, EDS
Mathilde LE DIUZET, EAAH - Vincent ROZAIN, EDH
Fébronie TRICHEUX, EDH - Marion TUDOR, EAAH*

Résumé :

Dans un contexte global marqué par un objectif politique prégnant de maîtrise des dépenses sociales et de retour à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie, la performance est aujourd'hui devenue l'objet d'une injonction pour les établissements de santé. Cet objectif, qui irrigue désormais tout l'environnement et la vie de l'hôpital public, doit être associé aux enjeux de santé au travail des agents, dès lors que les dépenses de personnel constituent le premier poste de dépense des établissements et que le facteur majeur de la production du soin réside dans le capital humain.

Bien que la protection de la santé des travailleurs soit une obligation incombant à l'employeur, il apparaît clairement que sa prise en compte insuffisante a une incidence négative sur la performance économique et sociale, au regard notamment de l'absentéisme généré. A contrario, il s'avère que la santé au travail, dès lors qu'elle est prise en compte de manière réelle et effective, constitue un véritable levier d'amélioration de la performance économique et sociale.

Toutefois, il faut constater que ce levier peut se révéler difficile à actionner. En effet, la prise en compte de la santé au travail peut être hétérogène selon les acteurs concernés et la situation, notamment financière, des établissements. Cela est amplifié par la diversité et le caractère évolutif des risques pesant sur la santé. Afin de développer la performance des établissements au moyen de la santé au travail, des préconisations peuvent être faites dans le but, d'une part, de mieux prendre en compte la santé au travail et, d'autre part, de piloter cette performance.

Mots clés : Santé au travail, performance économique et sociale, absentéisme, conditions de travail, évaluation, prévention, risques, management hospitalier, stratégie d'établissement, indicateurs, coordination, pilotage

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs