



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **Octobre 2017**

**Agir pour prévenir et réduire
l'absentéisme à l'hôpital : l'exemple
du Centre hospitalier intercommunal
Aix-Pertuis**

Antoine VALLAURI

Remerciements

Je souhaite en premier lieu remercier Mme Marie-Gabrielle Vaissière-Bonnet, Directrice d'hôpital, adjointe à la responsable du pôle Ressources humaines de la Fédération hospitalière de France, mon encadrante mémoire, pour les conseils qu'elle m'a prodigués tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je tiens par ailleurs à adresser mes remerciements à Mme Stéphanie Luquet, Directrice des Ressources humaines du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, de m'avoir donné l'opportunité de travailler sur la thématique de l'absentéisme en me confiant la réalisation du plan de réduction et de prévention de l'absentéisme de l'établissement et, dans ce cadre, l'animation du groupe de travail relatif à l'absentéisme.

Mes remerciements vont également à toute l'équipe de la direction des ressources humaines, ainsi que les membres du groupe de travail précité avec qui j'ai été amené à travailler dans le cadre de l'élaboration du plan de réduction et de prévention de l'absentéisme.

Enfin, je désire exprimer mes remerciements à Mme Emmanuelle Sabot, Directrice des Affaires financières, mon maître de stage, pour son encadrement et ses précieux conseils au cours de ce stage de direction.

Sommaire

Introduction.....	1
1 L'absentéisme à l'hôpital constitue un phénomène complexe aux causes protéiformes dont les multiples coûts justifient la nécessité de le combattre.....	- 4 -
1.1 Un phénomène protéiforme dont il convient de délimiter les contours.....	- 4 -
1.1.1 Les différents types d'absence au travail et délimitation du champ de l'absentéisme.....	- 4 -
1.1.2 Définition de l'absentéisme et typologies des différentes formes afférentes.	5
1.1.3 L'intervention à court terme et à moyen terme de la direction et de l'encadrement d'un hôpital n'est possible (ou souhaitable) que sur certaines formes d'absentéisme	7
1.2 Des causes multiples : quels mécanismes contribuent-ils à engendrer l'absentéisme ?	7
1.2.1 Typologies des causes	7
1.2.2 Les facteurs liés aux conditions de travail et organisationnels de l'absentéisme.....	8
1.2.3 Les facteurs attitudinaux de l'absentéisme à l'hôpital.....	10
1.2.4 L'impact des facteurs exogènes à l'activité professionnelle : les caractéristiques des populations au travail.....	12
1.3 Des conséquences néfastes plurielles de l'absentéisme pour un établissement public de santé qui justifient l'impérieuse nécessité de le prévenir	13
1.3.1 Impacts social et relationnel de l'absentéisme dans les services de soins ..	14
1.3.2 Des coûts organisationnels et des effets négatifs en matière de qualité et de sécurité des soins	15
1.3.3 Un impact financier notable pour les établissements publics de santé	17
1.4 Un phénomène d'une ampleur significative, notamment au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis.....	18
1.4.1 Une stabilité structurelle de l'absentéisme au CHIAP et un niveau légèrement plus élevé que la moyenne nationale	18

1.4.2	Un absentéisme du personnel soignant supérieur à celui du personnel non médical	20
1.4.3	L'absentéisme par type d'absence.....	21
2	Agir pour réduire et prévenir l'absentéisme à l'hôpital s'apparente à un défi global qui doit reposer sur des leviers d'action protéiformes	23
2.1	Lutter contre l'absentéisme hospitalier implique la mise en en place d'une stratégie globale s'appuyant sur un plan d'action dont le déploiement ne peut réussir qu'à certaines conditions	23
2.1.1	Elaborer une démarche de réduction de l'absentéisme passe par l'établissement d'un plan d'action et repose sur l'engagement de la direction de l'hôpital et le rôle fondamental de la Direction des ressources humaines.....	24
2.1.2	La réussite de la mise en place d'un plan de réduction et de prévention de l'absentéisme nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés dans un cadre participatif en veillant à bien associer les représentants du personnel	24
2.1.3	La démarche d'élaboration d'un plan de réduction et de prévention de l'absentéisme.....	26
2.1.4	Un plan d'action efficace doit à la fois englober l'ensemble des volets possibles permettant de réduire l'absentéisme et adapter la réponse au contexte de l'établissement hospitalier	27
2.1.5	Communiquer sur le plan de réduction et de prévention de l'absentéisme et en assurer un suivi régulier constituent des conditions indispensables à sa réussite	27
2.2	Vouloir vaincre l'absentéisme par le biais d'une démarche principalement répressive et de valorisation du présentéisme apparaît illusoire	28
2.2.1	La non-optimalité d'une politique de renforcement des contrôles médicaux pour réduire l'absentéisme.....	28
2.2.2	Le caractère imparfait d'une valorisation financière du présentéisme	29
2.3	Une tentative de résorption du phénomène par le truchement d'une gestion améliorée de l'absentéisme et d'une communication accrue sur la situation de l'absentéisme	30
2.3.1	Une meilleure gestion de l'absentéisme grâce à la mise en place d'une charte de l'absentéisme	30
2.3.2	Une communication renforcée sur la situation de l'absentéisme.....	32
2.4	Renforcer le suivi et l'accompagnement des professionnels dans le but d'éviter les absences	33

2.4.1	Mettre en place des entretiens de retour à l'emploi.....	33
2.4.2	Autres mesures de suivi et d'accompagnement.....	35
2.5	Résoudre l'absentéisme à travers une politique globale de prévention visant à améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail.....	36
2.5.1	Inscrire ces mesures dans une démarche de qualité de vie au travail	36
2.5.2	Assurer la prévention des risques professionnels	37
2.5.3	Prévenir l'apparition de troubles musculo-squelettiques	38
2.5.4	Empêcher le développement de risques psychosociaux et y remédier	40
2.5.5	Développer la réflexion sur le travail et les pratiques à travers la mise en place d'une analyse des pratiques professionnelles	42
2.5.6	Renforcer la reconnaissance au travail des agents et le sens du travail	43
2.5.7	Favoriser le bien-être au travail	44
2.5.8	Prévoir des actions portant spécifiquement sur le management	44
	Conclusion.....	47
	Bibliographie.....	48
	Liste des annexes.....	50

Liste des sigles utilisés

ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ASH	Agent des services hospitaliers
AT	Accident du travail
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CHIAP	Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLD	Congé de longue durée
CLM	Congé de longue maladie
CMO	Congé de maladie ordinaire
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DRH humaines	Directeur des ressources humaines/Direction des ressources
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPI	Equipement de protection individuelle
FHF	Fédération hospitalière de France
QVT	Qualité de vie au travail
RPS	Risques psychosociaux
TMS	Troubles musculo-squelettiques

Introduction

Dès 1991, Henri Leteurtre mettait en exergue le fait que « l'absentéisme apparaît comme un dysfonctionnement social très important dans le secteur hospitalier public »¹.

De fait, alors que l'absentéisme s'apparente à une préoccupation ancienne dans les entreprises privées, cette thématique représente à l'heure actuelle un enjeu éminent dans la fonction publique hospitalière. Les statistiques nationales révèlent que non seulement les taux d'absentéisme s'avèrent bien plus élevés dans les établissements hospitaliers que dans les autres secteurs de l'économie, mais que cette différence tend à s'accroître encore davantage.

Le phénomène de l'absentéisme dans les établissements publics de santé apparaît fortement spécifique par rapport aux autres fonctions publiques. En effet, les conditions de travail sont telles que les agents hospitaliers sont ceux qui sont le plus confrontés aux risques professionnels.

L'absentéisme à l'hôpital est à la fois le reflet de difficultés liées aux conditions matérielles de travail des agents et de facteurs organisationnels (procédures, outils de gestion, modes de coordination, etc.). D'après les auteurs de l'ouvrage issu du programme de recherche PHARES, « loin de n'être qu'un indicateur de l'état de santé des salariés (épidémies, longues maladies, etc.) ou de leurs problèmes personnels, l'absentéisme est au centre de problématiques profondément ancrées dans les organisations »². Il constitue le témoin de la situation organisationnelle des établissements publics de santé en ce qu'il est la traduction du rejet d'une organisation du travail se matérialisant par des symptômes tels que le stress au travail, l'épuisement professionnel, la souffrance au travail, etc.

L'absentéisme constitue une préoccupation majeure des directions de l'ensemble des hôpitaux publics français. Cette préoccupation concerne aussi bien le droit, les ressources humaines ou encore les finances hospitalières. Il s'apparente en effet à un phénomène récurrent qui est source de nombreux effets négatifs : remplacement au pied levé des agents absents, service de qualité amoindrie, etc. L'absentéisme dans les services de soins notamment, tend à désorganiser le travail des équipes, à compromettre la continuité et la qualité des soins et démotive les personnels présents. Il joue sur les organisations, la gestion, la motivation des agents et, corrélativement, agit sur l'engagement au travail des agents qui en est à la fois une cause et une conséquence, et soulève à ce titre de nombreuses questions. Pour les équipes, les absences de certains agents induisent également des effets préjudiciables : report de charge de travail, difficulté à prendre des congés, etc. Un absentéisme important peut affecter la cohésion des collectifs de travail. L'accroissement de l'absentéisme peut induire des dysfonctionnements organisationnels, le rallongement des délais de production du service public, ou encore une diminution de l'efficacité du service rendu du fait de la baisse du niveau de réactivité et de disponibilité des équipes.

La thématique de l'absentéisme n'est pas nouvelle mais elle devient centrale par les enjeux qu'elle sous-tend : développement de la prévention des risques psychosociaux, impact budgétaire, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Les tensions qui pèsent à l'heure actuelle, en raison du niveau de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et du plan triennal d'économies, sur la gestion de la masse salariale et les emplois contribuent à amplifier les impacts de l'absentéisme, d'où une perception toujours plus aiguë de ce phénomène. Globalement, l'absentéisme à l'hôpital a légèrement progressé ces dernières années. Toutefois, les contraintes financières croissantes qui affectent la gestion des établissements publics de santé concourent à en amplifier les impacts, notamment financiers. Le contexte contraint qui pèse sur les

¹ LETEURTRE Henri, *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, 1991

² DAMART Sébastien et al., *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : Comprendre et agir*, 2014

établissements publics de santé, notamment ceux qui sont engagés dans un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) avec les Agences régionales de santé, les incite à rechercher toutes les marges de manœuvre pour réaliser des économies. Or l'absentéisme constitue un axe essentiel sur lequel les établissements peuvent établir des plans d'action. La contrainte financière induit dès lors un regain de préoccupation pour le sujet de l'absentéisme à l'hôpital.

Face à ses moult facteurs et manifestations et à ses conséquences néfastes protéiformes, l'action contre l'absentéisme s'apparente pour les établissements publics de santé à une injonction impérieuse qu'il convient d'activer. La problématique est également mise en avant au niveau national. Le ministre de l'Action et des Comptes publics s'est d'ailleurs récemment saisi de la question de l'absentéisme dans la fonction publique en annonçant le rétablissement prochain du jour de carence. Dans sa plateforme politique à destination des candidats à l'élection présidentielle, la Fédération hospitalière de France recommande d'encourager les établissements à déployer des politiques actives de prévention de l'absentéisme en accompagnant les établissements à l'échelon national par le biais de la mise en œuvre d'une démarche de simplification réglementaire pour favoriser la reprise du travail après maladie³. Pourtant, il apparaît qu'une minorité d'établissements ont élaboré des plans d'action spécifiques consacrés à la problématique de l'absentéisme : ainsi, un baromètre RH Obea-FHF dévoilé en octobre 2016 mettait en évidence le fait que seulement 46 % des directeurs des ressources humaines hospitaliers interrogés avaient mis en place des actions relatives à la prévention de l'absentéisme.

La lutte contre l'absentéisme relève de la politique globale d'un établissement public de santé mais aussi plus spécifiquement de la gestion des ressources humaines. La réduction de l'absentéisme par des mesures actives et préventives contribue, par les effets bénéfiques qu'elle induit en réduisant les coûts associés qu'ils soient financiers ou ayant trait à la qualité des soins, à l'optimisation des ressources humaines et de l'organisation de l'établissement.

S'il existe des actions correctrices basiques (rappel des règles, entretien de retour, contre-visites médicales, incitations financières à la présence...), elles ne permettent pas de remédier aux causes du dysfonctionnement. Il importe dès lors de construire une démarche afin de prévenir le phénomène : une démarche inscrite dans le long terme, sous la forme d'un plan d'action cohérent, suivant une approche propre à chaque structure et adaptée à la situation de l'établissement public de santé, engageant l'ensemble des acteurs, suivant une démarche participative, qui commence par la réalisation d'un diagnostic en croisant les données chiffrées et du terrain, puis conduit à la mise en place d'actions hiérarchisées. Il est primordial, afin de réduire l'absentéisme, de le prévenir par le truchement de mesures diverses garantissant la mise en place des conditions qui favorisent le présentéisme à l'hôpital. Ainsi une démarche de réduction et de prévention de l'absentéisme à l'hôpital doit-elle s'inscrire dans un cadre plus global de long terme visant à améliorer les conditions matérielles et non matérielles de travail et la qualité de vie au travail, à favoriser le bien-être au travail des agents, leur reconnaissance et leur satisfaction au travail ainsi qu'à renforcer le sens de leur travail.

Face à un absentéisme relativement stable mais situé légèrement au-dessus de la moyenne nationale des établissements publics de santé⁴, et alors qu'aucun plan d'action d'envergure globale spécifiquement consacré à la problématique de l'absentéisme n'a été mené depuis de nombreuses années au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, à l'exception de quelques actions éparses, la Directrice des ressources humaines a décidé de s'emparer de la question en souhaitant la mise en place d'une démarche globale visant à réduire et à prévenir l'absentéisme dans l'établissement. Elle nous a ainsi confiés la responsabilité de l'élaboration d'un tel plan d'action devant contenir à la fois des mesures de nature institutionnelle et des mesures ayant trait à la qualité de vie au travail et, dans ce cadre, l'animation d'un groupe de travail afférent à

³ Cahier technique de la plateforme FHF 2017-2022

⁴ Voir infra

l'absentéisme rassemblant des acteurs de l'hôpital issus de divers horizons devant servir d'appui et de support à l'élaboration de ce plan.

Auparavant, le CHIAP avait déployé à partir de 2013 un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des risques psychosociaux, dont une majorité des mesures peuvent permettre de façon indirecte et à long terme de prévenir l'absentéisme à travers l'amélioration des conditions de travail et le renforcement du bien-être au travail.

Il importera de s'interroger sur la manière dont les établissements publics de santé, et notamment le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, tentent d'enrayer la progression de l'absentéisme, notamment dans les services de soins, et d'évaluer l'efficacité des actions types qui sont fréquemment mises en place. Ce questionnement portera sur l'ensemble des volets d'actions, c'est-à-dire la gestion et la prévention de l'absentéisme. Il s'agira également de mettre en évidence les conditions de déploiement et d'efficacité d'un plan de réduction et de prévention de l'absentéisme en proposant une méthode d'élaboration d'une démarche pour agir contre le phénomène absentéiste. Il nous appartiendra également de mettre en exergue les différentes mesures mises en œuvre au centre hospitalier d'Aix-en-Provence et la démarche adoptée afin de combattre l'absentéisme.

Avant cela, il s'agira de mettre en lumière l'ampleur du phénomène de l'absentéisme à l'hôpital, ses causes, ses coûts, ses conséquences, afin de montrer en quoi il est impérieux d'agir en la matière pour les établissements.

1 L'absentéisme à l'hôpital constitue un phénomène complexe aux causes protéiformes dont les multiples coûts justifient la nécessité de le combattre

1.1 Un phénomène protéiforme dont il convient de délimiter les contours

L'absentéisme pour raisons de santé englobe un domaine restreint d'absences. Il s'agit de catégories spécifiques au sein du champ des absences au travail.

1.1.1 Les différents types d'absence au travail et délimitation du champ de l'absentéisme

Le fonctionnaire hospitalier se trouve en principe placé en position normale d'activité. En contrepartie du service rendu, l'agent se voit verser un traitement et bénéficie de droits à congés⁵, qui s'apparentent à des formes d'absences au travail. Le statut de la fonction publique hospitalière énumère ainsi les différentes causes d'absence légales. Il s'agit notamment des congés annuels, des repos hebdomadaires, des congés maladie, des congés pour maternité, paternité et adoption, du congé parental des congés pour formation professionnelle, des congés pour formation syndicale, des congés de solidarité familiale et des autorisations spéciales d'absence.

Parmi ces types d'absences, il importe d'établir une distinction entre absences prévisibles et absences imprévisibles. La première catégorie comprend les congés annuels, les congés de formation professionnelle, les congés pour formation syndicale ou les congés pour paternité/maternité/adoption ; la seconde rassemble, quant à elle, essentiellement les congés maladie et les absences injustifiées

A l'exception des congés maternité, qui figurent parmi les motifs d'absentéisme devant figurer dans les bilans sociaux des établissements publics de santé, il convient de restreindre le champ de l'absentéisme aux absences imprévisibles en excluant les absences prévisibles que l'établissement apparaît à même d'identifier et d'anticiper et, par conséquent, et face auxquelles, il est ainsi possible de mettre en place avec anticipation des mesures permettant de les pallier. Ces absences prévisibles sont ainsi intégrées dans le fonctionnement normal de l'établissement. A l'inverse, les absences imprévisibles qui constituent l'absentéisme sont inattendues pour l'établissement et nécessitent la recherche immédiate de solutions afin d'y faire face le plus rapidement et le plus efficacement possible.

Qui plus est, l'absentéisme regroupe des absences pour raisons de santé qui se révèlent non volontaires, à l'exception des absences injustifiées ou dites « abusives » et subies par les agents. Elles peuvent être dues à l'état de santé de l'agent ou résulter de difficultés liées aux conditions de travail et à l'environnement de travail.

En outre, il semble primordial de différencier l'absence de l'absentéisme. Alors que l'absence s'apparente à un phénomène individuel, correspondant à la non-présence à son poste de travail d'un agent de l'établissement, l'absentéisme décrit un phénomène collectif, le fait qu'il y ait régulièrement des agents absents de leur poste de travail et une tendance ou un comportement

⁵ Article 41 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

considéré comme contraire à une attente sociale. L'absentéisme se décline et se traduit en différentes formes d'absences.

1.1.2 Définition de l'absentéisme et typologies des différentes formes afférentes

L'absentéisme peut ainsi s'appréhender comme « toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail entendues au sein large (les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnels et privés, etc.) »⁶.

Certains types d'absences ne peuvent ainsi être inclus dans la définition de l'absentéisme, et il n'est par conséquent pas opportun de les prendre en compte, tels que les congés de formation et autres autorisations d'absences. La liste des motifs pris en compte dans le calcul du taux d'absentéisme est fixée par une instruction de la DGOS du 2 janvier 2013 qui précise son mode de calcul⁷. Ce dernier prend en compte outre les absences pour motifs médicaux, les absences pour motifs non médicaux ci-après, congé de maternité, paternité et adoption.

Afin de prétendre agir pour réduire et prévenir l'absentéisme par le biais de diverses mesures permettant d'intervenir sur les différents facteurs et différents types d'absentéisme, il est fondamental de bien cerner les contours du phénomène de l'absentéisme, en mettant en évidence les principales catégories d'absence qui apparaissent essentielles du point de vue des conditions de travail.

*Les absences pour maladie ordinaire

Il s'agit de la catégorie qui rassemble la plus forte proportion d'absences. L'agent perçoit l'intégralité de son traitement durant trois mois, puis, en cas de prolongement de l'absence, ne touche plus que la moitié pendant les 9 mois suivants. Il est tenu d'adresser un certificat médical à son employeur, dans un délai de 48 heures, afin de justifier de son absence.

Le plus souvent, ces absences s'avèrent justifiées par un certificat médical et, par conséquent, font l'objet d'une motivation. Souvent courtes (inférieures à 6 jours), ou plus longues, elles nuisent de façon sensible au fonctionnement de l'établissement hospitalier. Eu égard au caractère fortement large et subjectif, les absences pour maladie ordinaire résultent en réalité de nombreux facteurs dont les liens avec la maladie sont plus ou moins ténus. La motivation individuelle peut interagir avec le fait de décider d'être présent ou absent. En outre, l'aptitude au travail, qui peut constituer un motif médical justifiant l'absence, est liée aux caractéristiques du poste de travail et de la fonction exercée. En particulier, les variations de la charge de travail et les exigences de service peuvent avoir un impact sur l'absence des agents.

Cette catégorie d'absences, qui tend à caractériser l'interaction entre l'état de santé de l'agent et les nécessités du poste de travail, eu égard à ses moult conséquences négatives pour l'hôpital et à son poids statistique, requiert une attention particulière de la part des cadres de proximité et plus largement des directions des ressources humaines hospitalières. De plus, ce type d'absence tend à constituer le révélateur du climat social dans lequel évoluent les agents⁸.

*Le Congé Longue Maladie (CLM) concerne les absences pour maladie qui nécessitent un traitement et des soins prolongés, et qui présentent un caractère invalidant. Il peut s'étendre sur une durée de 3 ans, et fait l'objet d'un octroi par périodes de 3 ou 6 mois.

⁶ ANACT, « L'absentéisme : outils et méthodes pour agir »

⁷ Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

⁸ Ibid.

*Le Congé Longue Durée (CLD) concerne les cas de « tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis ». Le congé peut s'étendre sur une durée de 5 ans, et est accordé après l'avis d'un comité médical.

*Les accidents du travail et de trajet

Les absences résultant d'un accident du travail représentent l'exemple même d'une absence involontaire, imposée par un événement grave et subi. Est assimilé à un accident du travail, qu'elle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs. L'accident doit résulter de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant, au cours du travail, une lésion au corps. Trois catégories d'accidents du travail peuvent être mises en évidence : les AT provoquant une incapacité permanente partielle, une incapacité permanente totale ou le décès ; les AT avec arrêt de travail d'au moins 24 heures ; les AT sans arrêt de travail mais qui peuvent nécessiter des soins médicaux.

Il importe par conséquent, pour les directions des établissements publics de santé, de prendre en compte la catégorie des accidents du travail et de prévoir la mise en place de mesures ayant trait à l'analyse des accidents du travail et à l'amélioration des conditions de travail, dans le but d'assurer la prévention de tels accidents (connaissance des règles de sécurité, port des équipements de protection individuelle, utilisation du matériel de prévention et d'aide à la manutention, remontée et analyses des incidents, par le CHSCT et les « préventeurs sécurité ») et, par-là même, leur diminution.

*Les maladies professionnelles

Le Congé pour Maladie professionnelle concerne une maladie contractée ou aggravée dans l'exercice de ses fonctions, ou à l'occasion d'un acte de dévouement (ex : don du sang) ou de bravoure (exemple : pompier volontaire). Il doit être établi un lien de causalité entre la maladie et le service, la maladie devant apparaître comme la conséquence de l'exposition à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession (risque chimique, physique ou biologique).

Le processus menant à la déclaration de maladies professionnelles a un impact sur l'absentéisme. Les pathologies dont l'origine est professionnelle, avant l'éventuel licenciement pour inaptitude, induisent des restrictions et des journées d'absence. Ces pathologies sont notamment dues aux troubles musculo-squelettiques. Les pathologies liées aux TMS peuvent être expliquées par divers facteurs : organisation du travail (gestes répétitifs et/ou à forte contrainte), ports de charges lourdes, efforts prolongés, exposition au bruit ou à des produits chimiques, etc.

*Les absences injustifiées

Cette catégorie d'absences, qui englobe les absences pour maladie ordinaire, constitue une portion très limitée du total des absences. Elles sont de courte durée et l'absence de justification ou la justification insuffisante ou incorrecte induisent généralement des sanctions pour les agents qui ne sont pas en mesure de mettre en avant les motifs de leurs absences : non-paiement des journées d'absence, sanctions disciplinaires, etc.

Ce type d'absence peut être le reflet d'une relation problématique de l'agent avec son service ou avec l'hôpital en général : insatisfaction sous-jacente vis-à-vis des conditions d'emploi, fatigue, stress, insuffisance de motivation, non-respect des règles de prévenance, etc. Les absences injustifiées peuvent également être le baromètre d'un climat social général dégradé dans l'établissement.

1.1.3 L'intervention à court terme et à moyen terme de la direction et de l'encadrement d'un hôpital n'est possible (ou souhaitable) que sur certaines formes d'absentéisme

Il importe à cet égard d'établir une différenciation entre les formes d'absentéisme sur lesquelles il est possible d'agir et celles sur lesquelles un établissement hospitalier ne peut agir. Ainsi, l'absentéisme incompressible est celui sur lequel il n'est pas opportun d'élaborer des pistes d'action particulières, à l'exception d'assurer l'exercice des droits sociaux des agents (certains congés maladie ordinaire, congés de longue maladie et de longue durée). Il renvoie à des absences reconnues socialement et légalement légitimes par un médecin, du fait de l'existence d'une pathologie. L'absentéisme compressible est à l'inverse celui sur lequel il est fondamental d'agir. Il regroupe certains congés maladie ordinaire, les arrêts de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle, et au-delà, ceux qui se situent dans la frontière floue entre arrêts de complaisance et dépression non reconnue au titre des maladies professionnelles.

Cette classification recoupe la distinction entre l'absentéisme conjoncturel, qui comprend toutes les absences sur lesquelles l'établissement a la possibilité d'intervenir en totalité ou en partie⁹, et l'absentéisme structurel, lié à la démographie des agents, et sur lequel il existe peu de marge de manœuvre. Il s'agit des congés de maternité, congés de longue maladie et congés de longue durée.

1.2 Des causes multiples : quels mécanismes contribuent-ils à engendrer l'absentéisme ?

L'absentéisme est dû à un ensemble de facteurs.

1.2.1 Typologies des causes

Harrison et Martocchio (1998) identifient trois types de facteurs de l'absentéisme en général :

- « Distal origins » ou origines distantes : Personnalité et caractéristiques démographiques (le genre, l'âge, la dépression, le tabagisme, l'alcoolisme, la drogue et le manque d'exercice)
- « Medial origins » ou origines médianes : Attitudes à l'égard du travail comme le manque de satisfaction au travail, d'engagement professionnel, de sens dans le travail et contexte social comme le travail de nuit, la rigidité des horaires de travail et une culture tolérante envers l'absentéisme.
- « Proximal origins » ou origines proches : Absences d'incitations à la présence, des obstacles majeurs conjugués à une certaine pression, le constat d'injustices et l'absence de plaisir au travail.

Bouville (2009) distingue quant à lui :

- Les approches individuelles : approche personnelle (âge, sexe, état de santé, etc.) et approche attitudinale (implication, intention de départ) ;
- Les approches organisationnelles : caractéristiques générales de l'organisation, ambiance de travail, organisation du travail ;
- Les approches médicales : conditions de travail.

⁹ Pascal GALLOIS, *L'absentéisme : comprendre et agir*, 2015

Il est possible de rassembler l'ensemble des facteurs de l'absentéisme hospitalier en quatre grandes familles de facteurs¹⁰ permettant d'analyser l'absentéisme à l'hôpital:

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

-Approche attitudinale : satisfaction, engagement au travail, stress et burn-out,

-Approche organisationnelle : horaires de travail, latitude de décision, manque de récompense, environnement de travail, harcèlement moral

-Approche médicale : charge de travail, postures inadaptées.

1.2.2 Les facteurs liés aux conditions de travail et organisationnels de l'absentéisme

A) L'impact des conditions de travail

Il est souvent possible d'établir un lien direct entre les caractéristiques du travail et l'état de santé du personnel hospitalier et par-là même les absences au travail : port de charges lourdes, efforts physiques importants tels que la manutention de patients lourds et personnes âgées dépendantes, la répétition mécanique de gestes identiques, à l'image des agents travaillant en blanchisserie, risques liés à la circulation, pression temporelle, stress, une organisation du travail se dégradant avec le temps, n'ayant jamais été réévaluée ou réformée, malgré les évolutions des missions de l'établissement ou des évolutions sociologiques, etc. En ce sens, les caractéristiques physiques de l'activité des soignants permettent d'expliquer les absences au travail à l'hôpital, notamment du fait des TMS et des contraintes physiques de ces professions. A cet égard, une étude de février 2013 du ministère du Travail met en avant l'important impact des conditions de travail sur les absences au travail pour raisons de santé.

En premier lieu, les conditions matérielles de réalisation du travail peuvent exercer un rôle sur les absences au travail des agents hospitaliers : la configuration des locaux, l'état de ceux-ci, les horaires de travail, les facilités d'accès, etc. Les aspects physiques afférents à la fonction exercée rentrent également en ligne de compte : les efforts, les déplacements de charges, les risques et les contraintes liées à l'environnement (bruit, température, présence de produits toxiques, etc). Cette question devient de plus en plus prégnante du fait de l'attention croissante accordée à l'ergonomie et aux troubles musculo-squelettiques (TMS). Le travail peut être particulièrement pénible dans certains services de soins dans lesquels l'aménagement spatial amène à de nombreux déplacements. En outre, à titre d'exemple, l'absence ou l'existence en nombre insuffisant de matériel de prévention et d'aide à la manutention, tels les lève-malades, peut conduire les aides-soignants à lever les malades manuellement, pouvant par-là même induire des absences pour mal de dos.

L'enquête Conditions de travail de 2005 et l'enquête Emploi de 2007 du ministère du Travail ont permis d'élaborer des indicateurs de contraintes tant physiques que psychosociales. Les contraintes physiques repérées sont notamment l'exposition à des poussières, des fumées, des vapeurs ou des produits chimiques, le contact ou la respiration de produits dangereux, le port de charges lourdes, les postures pénibles ou fatigantes (torsions, bras levés, station debout prolongée...), l'exposition au bruit ou aux vibrations. L'analyse du ministère du Travail de 2013 révèle ainsi que l'absentéisme s'accroît fortement avec le niveau d'exposition aux contraintes physiques. Seuls 2,5 % des salariés non exposés connaissent une absence pour cause de maladie ou d'accident, alors que ce taux se situe à 4 % pour les agents subissant deux contraintes pour atteindre 5,5% en cas de cumul de trois contraintes physiques.

¹⁰ RANDON Sophie, BARET Christophe, PRIOUL Christine, « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », in *Management & Avenir*, 2011/9 n°49

Outre l'impact des conditions matérielles de travail sur l'absentéisme à court terme, de mauvaises conditions de travail peuvent induire à long terme des absences par l'intermédiaire du phénomène de l'usure professionnelle. Elle s'entend comme un processus d'altération de la santé liée au travail¹¹. Ce processus s'inscrit dans le temps et débouche sur une accumulation d'exposition des agents à des contraintes de natures diverses, telles que les contraintes physiques. L'usure peut ainsi concerner tous les âges et se manifester au travers de divers symptômes physiques (TMS, cancers professionnels...), cognitifs (troubles de la mémorisation...) ou encore psychologiques ou psychiques (démotivation, dépression...). Un service de soins à l'hôpital, à fortiori un service gériatrique, est souvent marqué par cette usure, en lien avec l'âge des agents, mais également en raison du stress, de la lourdeur des patients, des postures pénibles, du port de charges, de l'inadéquation de certains locaux, des contraintes organisationnelles, d'un non-reconnaissance de leurs métiers, moult facteurs induisant des plaintes, des arrêts de travail courts, voire un basculement en congé de longue maladie, voire des inaptitudes.

Il est pertinent d'agir sur ces conditions matérielles de réalisation du travail dans le cadre de la prévention des risques professionnels et des troubles musculo-squelettiques, en se reposant notamment sur le CHSCT et la médecine du travail.

En sus de l'accélération des rythmes de travail qu'il est parfois possible d'observer dans certains services, on assiste également à une certaine densification des exigences attachées à la réalisation du travail. Cette densification des exigences du travail réside, pour l'agent, dans la nécessité, dans le cadre de son activité quotidienne, de résoudre des problèmes, d'affronter des situations inédites, d'intervenir en temps limité ou de faire face à l'exigence de qualité de service. Selon l'ANACT, « tenir un poste de travail, ce n'est plus alors seulement assurer une série de tâches préprogrammée par la hiérarchie, c'est aussi prendre en compte les contraintes de l'environnement externe à l'entreprise dans le cours de l'activité quotidienne ». Appliquée à l'hôpital, cette exigence conduit les agents à s'interroger sur « jusqu'où aller dans le soin » dans un contexte de resserrement budgétaire et alors qu'il y va de la santé des personnes. Cette interrogation fait appel et requiert l'autonomie des agents au travail¹². Cet appel à l'autonomie s'apparente à une forme d'injonction impérieuse qui exige des agents qu'ils fassent preuve d'initiative et d'implication dans leur quotidien de travail. Elle tend à caractériser à l'heure actuelle la situation d'un certain nombre de personnels. Face à ces exigences, des agents éprouvent des difficultés à établir des repères adéquats. Ils peuvent répondre à ces incertitudes par de l'absentéisme.

Dans le cadre d'une étude sur les conditions de travail des infirmières canadiennes, Shamian (2003) atteste qu'en 2002, plus de 13 000 infirmières autorisées, représentant environ 7,4 % des infirmières canadiennes, avaient été absentes à la suite d'une blessure, d'une maladie, un burn-out ou une invalidité. Shamian note qu'une part substantielle de l'absentéisme infirmier résulte d'une blessure liée à un trouble musculo-squelettique ou à une tension physique. L'accroissement du risque de blessure ou de maladie chez les infirmières peut s'expliquer, selon Shamian, par la restructuration massive et les diminutions d'effectifs à l'œuvre dans les établissements hospitaliers qui induisent une modification de la nature du travail et des caractéristiques de la main d'œuvre¹³.

B) Autres facteurs organisationnels de l'absentéisme

Il s'agit en premier lieu du contexte et du poids des exigences institutionnelles. Le secteur hospitalier a connu ces dernières années de nombreuses réformes qui avaient pour finalité de le modifier en profondeur. Dans ce cadre, les établissements publics de santé ont procédé à des changements dans les organisations du travail et ont élaboré de nouveaux leviers afin d'assurer la gestion des ressources hospitalières, en particulier des ressources humaines. Selon les auteurs de

¹¹ CANFIN-DOCO René (dir.), *Lutter contre l'absentéisme : outils et méthodes*, 2014

¹² ANACT, « L'absentéisme : outils et méthodes pour agir »

¹³ SHAMIAN J. (2003), « Nurse absenteeism, stress and workplace injury : What are the contributing factors and what can/should be done about it », *International Journal of Sociology and Social Policy*, n°23

l'ouvrage issu du programme de recherche PHARES, ces changements ont induit « les logiques comptables qui marquent l'appréhension du phénomène de l'absentéisme »¹⁴. L'absentéisme des agents des services de soins résulte pour partie de ces transformations issues des réformes hospitalières de dernières décennies.

Par ailleurs, les responsables du programme de recherche PHARES ont mis en évidence d'autres déterminants de l'absentéisme spécifique à l'hôpital. Il s'agit tout d'abord de l'absentéisme auto-alimenté. En effet, les dispositifs mis en place afin de pallier et de compenser les effets de l'absentéisme des personnels soignants constituent en partie des facteurs favorisant non pas la réduction de l'absentéisme, mais bien davantage son renforcement. De plus, ces dispositifs peuvent être légitimants : plus ils sont utilisés et plus leur recours est vécu comme légitime inhibant toute possibilité de changement pour faire baisser l'absentéisme. L'absentéisme apparaît de ce fait pour partie auto-alimenté. Il s'agit en outre de l'éloignement des cadres du travail opérationnel. Le management (les cadres de proximité, les directions) est parfois démuné face aux enjeux de l'absentéisme. Les cadres ne disposent pas suffisamment d'outils de pilotage de la gestion des ressources humaines, manquent de compétences et, surtout, de marges de manœuvre. Au-delà, les cadres se voient empêchés dans certaines de leurs fonctions et tendent à s'éloigner du quotidien des soignants. Or l'éloignement des cadres du terrain a pu conduire certaines équipes soignantes à instituer de façon totalement ascendante et non hiérarchique des mécanismes et des routines d'auto-organisation. Certaines auto-organisations peuvent avoir un véritable impact sur l'absentéisme, mettant les personnels soignants dans des situations très complexes d'hyper sollicitation et d'épuisement professionnels.

1.2.3 Les facteurs attitudinaux de l'absentéisme à l'hôpital

- A) Une fuite de la situation de travail en raison de l'existence de contraintes psychosociales et d'un stress au travail

Les causes environnementales de l'absentéisme, c'est-à-dire l'impact des conditions matérielles et non matérielles de travail ou les dysfonctionnements organisationnels, peuvent interagir avec des facteurs psychosociaux. Ces causes peuvent en effet induire des situations de stress professionnel.

D'une manière analogue aux contraintes physiques, les études sur les conditions de travail et la santé de 2005 et 2007 susmentionnées ont permis l'élaboration d'indicateurs d'expositions aux contraintes psychosociales. C'est sur cette base qu'a été mesuré l'effet de ces contraintes sur l'absentéisme des salariés qui passe ainsi, selon la même étude de 2013 du ministère du Travail, de 2,5 % pour les agents non exposés à 7,5 % pour les agents exposés à trois contraintes cumulées.

Cinq sources de stress au travail sont distinguées par ces études : le contenu du travail qui se révèle monotone, très contrôlé ; l'organisation du service caractérisée par des exigences contradictoires ou paradoxales, par une absence d'objectifs ; les relations entre collègues ; les incertitudes pesant sur le statut et les missions des agents ; l'environnement de travail, notamment le manque d'espace, le bruit, le manque d'isolement. Ces sources de stress s'appliquent au milieu hospitalier, qui concentre également d'autres facteurs de stress professionnel : l'ambiguïté des rôles et une perte d'autonomie dans le travail ; un sentiment d'incapacité à influencer les décisions administratives ; une difficulté à concilier le travail avec l'implication familiale personnelle ; une impression d'être surchargé par le travail ; un manque de personnel.

Les professions soignantes se révèlent plus particulièrement exposés au stress professionnel en raison de la charge émotionnelle de la relation avec le patient, le ressenti au quotidien de la souffrance, l'imprévisibilité de la charge de travail.

¹⁴ DAMART Sébastien et al., *L'Absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : Comprendre et agir*, 2014

Le modèle de Karasek constitue l'un des modèles de référence d'explication du stress et des problèmes de santé liés au travail. Selon ce modèle, les risques de développer un problème de santé au travail dépendent de trois facteurs : la charge mentale et le niveau d'exigence ; la capacité d'autonomie dont dispose l'agent ; le soutien des collègues et de la hiérarchie, ainsi que la reconnaissance.

Le mal-être des agents au travail peut être également induit par des relations conflictuelles entretenues avec l'encadrement ou avec ses collègues et qui se cristallisent avec le temps, un management inexistant, ou dysfonctionnant, l'absence ou l'insuffisance de reconnaissance du travail effectué, pouvant conduire à une démotivation ou un désengagement des agents.

La culture du service peut aussi exercer un effet sur l'absentéisme. L'absentéisme dans un service peut être la résultante du délitement des liens entre membres du même collectif de travail, notamment du fait d'un trop fort cloisonnement des tâches et de la perte de sens du collectif. L'impact de l'absentéisme se fait sentir sur les autres agents du service, notamment en termes de planning, sans que l'agent ne se sente concerné car il ne se perçoit pas comme membre d'un collectif solidaire.

B) Le rapport au travail : l'engagement et le désengagement

L'absentéisme peut également résulter d'une difficulté à s'engager et à s'impliquer dans le travail. L'engagement au travail peut être entendu comme « le degré selon lequel une personne perçoit son travail comme étant une partie importante de sa vie et de son identité, grâce aux opportunités qu'il offre de satisfaire des besoins importants »¹⁵. Cette notion met l'accent sur ce que l'individu investit dans son travail ou son organisation, sur le rapport réciproque qui lie une personne avec une situation de travail et son employeur.

S'agissant des professions en relation avec le public, tels les personnels soignants à l'hôpital, la présence en direct de l'utilisateur, en l'occurrence le patient, présente des contraintes spécifiques de travail. L'impossibilité de différer la réponse apportée au patient, à laquelle s'ajoute la proximité physique, constitue une source possible de tension, surtout si l'organisation du travail n'est pas adaptée. Cette catégorie de risques peut entraîner un important stress chez les agents. Lorsque ce stress devient trop intense, il peut se traduire par une position de retrait ou de désengagement des personnels les plus fragiles, si aucune mesure n'est prise.

Cet engagement est, en outre, lié à la motivation des agents. A cet égard, Herzberg met en évidence deux éléments de motivation : le contenu de la tâche, entendu comme l'intérêt que l'agent lui porte, et le contexte dans lequel cette tâche est accomplie. Si les conditions de travail apparaissent comme optimales, on arrive à un « point neutre » au niveau duquel l'agent ne se plaint pas sans se sentir épanoui et motivé. Dès lors, de meilleures conditions de travail ne sont pas suffisantes pour remédier au phénomène de l'absentéisme. Il apparaît ainsi fondamental de mettre en place des outils de gestion des ressources humaines qui provoquent un effet incitatif sur les agents.

L'engagement au travail des personnels hospitaliers dépend également de la satisfaction au travail et de la latitude de décision dont ils disposent. Ainsi, Vandenberghe, Stordeur et D'Hoore (2009) se sont évertués à tester l'impact de la satisfaction au travail sur l'absentéisme des infirmières. Ils ont également intégrés à leur modèle de recherche d'autres variables considérées comme pertinentes pour rendre compte des raisons de l'absentéisme professionnel, la latitude de décision et l'épuisement émotionnel¹⁶. La latitude de décision au travail s'entend comme le « sentiment de contrôle éprouvé par l'individu par rapport à son environnement de travail et à la manière d'effectuer son travail » (Vandenberghe et al., 2009). L'épuisement professionnel constitue l'une des trois dimensions du syndrome de burn-out avec la dépersonnalisation et le manque

¹⁵ LAWLER E. & HALL D. (1970), « Relationship of job characteristics to job involvement, satisfaction, and intrinsic motivation », *Journal of Applied Psychology*

¹⁶ VANDENBERGHE C., STORDEUR S. & D'HOORE W. (2009), « Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers », in *Le travail humain*, n°72

d'accomplissement. Vandenberghe et al. parviennent à la conclusion que la latitude de décision au travail et la satisfaction au travail représentent deux variables qui influencent directement le taux d'absentéisme dans les unités de soins infirmiers. Il apparaît que l'épuisement émotionnel n'agit que de manière indirecte sur l'absentéisme par le truchement de la satisfaction au travail.

*Il existe également un absentéisme dit de confort ou abusif qu'il convient de mentionner. Il constitue un effet direct d'une conscience professionnelle minorée et qui se manifeste par une sollicitation directe, et souvent récurrente, du médecin traitant afin d'obtenir un arrêt de travail.

1.2.4 L'impact des facteurs exogènes à l'activité professionnelle : les caractéristiques des populations au travail

L'analyse des causes de l'absentéisme passe également par la prise en considération des dimensions sociales, sanitaires et démographiques qui dépassent le seul exercice professionnel. L'âge et l'ancienneté peuvent constituer des déterminants de certaines formes d'absentéisme. L'analyse démographique de la population des agents peut permettre de mettre en place des mesures adaptées, ayant trait à la prévention de l'usure professionnelle, prévention des inaptitudes, à l'organisation du travail, à la souplesse des horaires, etc, permettant de prévenir ces formes d'absentéisme.

A) Age, usure professionnelle et absentéisme

L'examen du rapport entre l'âge, les facteurs d'usure professionnelle et l'état de santé de la population permet de contribuer à l'appréhension du phénomène de l'absentéisme. L'usure professionnelle concourt en effet à l'absentéisme : une population qui vieillit présente souvent un profil spécifique d'absences. Le taux d'absentéisme tend ainsi à s'accroître à partir de 50 ans en lien avec la hausse des absences de longues durées. Il s'agit d'absences moins fréquentes mais qui durent davantage dans le temps. Dans certaines situations, l'absentéisme de cette population peut représenter un signe avant-coureur d'un risque de sortie précoce d'activité pour raisons de santé par l'inaptitude. L'augmentation du taux d'absentéisme à partir de 50 ans peut se comprendre par l'apparition de pathologies plus lourdes affectant les agents plus âgés, un phénomène de lassitude des agents proches de la retraite, ainsi que par une occurrence plus forte des accidents de service touchant cette population.

Inversement, une population plus jeune, dans un certain contexte, peut avoir tendance à s'absenter plus fréquemment mais pour des durées plus courtes.

Dans la majorité des situations, ce sont différents facteurs, englobant l'âge et l'usure professionnelle mais ne s'y résumant pas, qui s'entrecroisent et peuvent s'additionner pour entraîner une situation d'absence. Un établissement hospitalier peut ainsi concentrer une importante proportion d'agents âgés (plus de 45 ans), alors que le contexte de travail d'un hôpital peut être considéré comme singulièrement difficile : rythmes irréguliers, patients lourds, efforts répétitifs, etc. Cette population peut également avoir rencontré des expositions professionnelles spécifiques, notamment « usantes ». Dans d'autres cas, il s'agit d'une réorganisation des services qui, provoquant une déstabilisation des situations acquises depuis longtemps, induit une hausse des absences pendant une période d'adaptation, davantage exigeantes s'agissant des agents les plus anciens.

Dans ce type de cas, qui fait rentrer en considération un croisement subtil entre les caractéristiques démographiques du personnel et le travail, une augmentation du taux

d'absentéisme peut être assimilée à la manifestation d'une certaine usure touchant des populations spécifiques de l'établissement.

B) La conciliation travail et hors travail

Le contexte de travail ne peut refléter à lui seul l'ensemble des situations d'absentéisme. La vie en dehors du travail et ses aléas exercent également un rôle certain dans le déclenchement des absences au travail, que ce soit pour des raisons ponctuelles (l'absentéisme court lié à des petits problèmes de santé...) ou bien récurrentes comme pour des problèmes de garde d'enfants. Les problèmes de transport entre le domicile et le travail peuvent également se traduire par des absences.

L'absentéisme peut assurément être expliqué par les évolutions sociétales qui échappent aux établissements : modification du rapport au travail, évolutions des rapports sociaux, transformations de la perception des métiers liés à la santé dans nos sociétés actuelles, etc.

En guise de synthèse des causes permettant d'expliquer les absences au travail à l'hôpital, Estryn-Behar (2008) met en évidence plusieurs facteurs de l'absentéisme propres et consubstantiels au personnel soignant : niveau important de burn-out, environnement de travail, stress dû au travail, harcèlement moral, postures inadaptées/demandes physiques et grossesse¹⁷. L'analyse de Rajbhandary et Basu (2010)¹⁸ tend à résumer les causes liées aux conditions de travail, organisationnels et attitudeaux de l'absentéisme à l'hôpital : Sur la base d'une étude relative au lien entre les conditions de travail et les absences pour maladie et blessure des infirmières, ils montrent que la dépression, la charge de travail et le manque de récompense de leurs efforts s'apparentent à des déterminants essentiels de l'absentéisme.

L'absentéisme à l'hôpital apparaît ainsi multifactoriel. Toutefois, aucun facteur ne tend à se dégager par rapport aux autres et n'est donc significatif seul. L'absentéisme constitue l'aboutissement d'un processus, reposant sur des éléments multiples et imbriqués. Les causes de l'absentéisme accomplissent chacune un rôle favorisant le phénomène, elles s'enchevêtrent et conduisent à un retrait du travail. Certains facteurs peuvent être qualifiés de strictement personnels et exogènes alors que d'autres sont davantage liés à l'organisation, au contenu du travail et aux conditions de travail. C'est sur ces derniers facteurs que les encadrants et les directions hospitalières ont la possibilité d'exercer une influence en instituant un environnement de travail favorisant l'épanouissement et la motivation des agents.

Il importe dès lors de mettre en œuvre des mesures touchant aux différents aspects du phénomène de l'absentéisme, répondant à des différentes causes et explications sur lesquelles l'établissement peut influencer, rassemblées dans une démarche globale.

1.3 Des conséquences néfastes plurielles de l'absentéisme pour un établissement public de santé qui justifie l'impérieuse nécessité de le prévenir

L'absentéisme pour raisons de santé induit d'importants effets négatifs pour un hôpital, en ce qui concerne à la fois le fonctionnement de l'établissement, la qualité de vie au travail des agents et la qualité du service rendu aux patients. Un important taux d'absentéisme dans un établissement hospitalier peut témoigner d'un certain désintérêt professionnel et nuire aux agents du même

¹⁷ ESTRYN-BEHAR M. (2008), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*

¹⁸ RAJBHANDARY S. & BASU K. (2010), « Working conditions of nurses and absenteeism: Is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses », *International Conference on Applied Economics*

service du fait de l'accroissement de leur charge de travail due à la désorganisation du service en cas de non-remplacement ou de leur modification de planning, à la satisfaction des usagers, à la réputation de l'établissement ainsi qu'à la situation financière de l'établissement.

L'absentéisme dans une organisation s'apparente à un enjeu significatif. En effet, il tend à constituer un « baromètre très fidèle des dysfonctionnements d'une institution et de la qualité des conditions de travail » (Maley, 1995)¹⁹. L'absentéisme peut être également considéré comme un indicateur de non-performance²⁰. En ce sens, il représente un coût tridimensionnel : financier, du fait du remplacement du salarié absent et des coûts indirects qu'il risque d'induire, organisationnel, dans la mesure où il tend à dérégler le processus de production et, culturel, à travers la remise en cause implicite de la norme de travail qu'est la présence.

Il n'est pas toujours possible de quantifier et de percevoir le coût lié à l'absentéisme. Le non-remplacement des agents absents engendre en effet des coûts institutionnels que Bureau et Genin nomment le « coût de régulation »²¹. Ce coût de régulation se manifeste par une augmentation de la production, « une augmentation du rebut chiffrable, [ainsi que par des risques élevés] d'accidents, d'erreurs graves, de détérioration du climat social [et de] rotation élevée du personnel ». Dans un établissement public de santé, le temps consacré par le cadre ou les agents eux-mêmes à ajuster sans cesse les plannings représente du temps qui n'est pas utilisé à une autre tâche comme celle d'améliorer la qualité des soins ou celle de se trouver auprès du patient. Ces changements intempestifs dans les plannings induisent en outre des mécontentements de la part des soignants sollicités pour remédier à l'insuffisance de l'effectif en revenant notamment sur des jours de repos. Il est très malaisé de mesurer ces coûts sociaux, humains et organisationnels, à l'inverse de l'impact financier.

1.3.1 Impacts social et relationnel de l'absentéisme dans les services de soins

Un absentéisme imprévu a pour conséquence une dégradation des conditions de travail pour les agents présents mais également un risque de démotivation des équipes. Il perturbe l'organisation et la vie quotidienne des services de soins.

L'absentéisme, notamment lorsque qu'il intervient de manière récurrente ou imprévue, fait l'objet d'un ressenti négatif par les agents présents qui en subissent les conséquences directement, soit car ils se voient demander de revenir sur leurs repos, leurs jours de réduction du temps de travail, soit du fait de modifications touchant à leur planning, ce qui tend à affecter leur organisation personnelle et familiale. Les cadres agissent ainsi afin de préserver la qualité des soins prodigués aux patients.

Les contraintes financières pesant sur les effectifs hospitaliers et les flux tendus qui en découlent peuvent conduire à l'absence de pool de remplaçants dans un établissement ou à un pool dont la taille réduite ne permet pas d'absorber la totalité de l'absentéisme imprévu. Il en est ainsi du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis. Il est dès lors nécessaire et récurrent que des rappels sur repos soient réalisés, ce qui peut induire un certain épuisement des équipes.

Lorsqu'il n'est pas possible de procéder au remplacement d'agents absents, la charge de travail se trouve répartie entre les agents présents dans le service, conduisant à une intensification du rythme de travail pour les agents présents. Cela peut amener à augmenter la fatigue et le stress des agents, notamment face à la crainte de ne pouvoir faire face aux tâches du quotidien. Une augmentation des risques psychosociaux au sein du service est alors possible. Un report de charge peut également avoir lieu mais partiel lorsqu'il est fait appel à un personnel de remplacement extérieur à l'établissement ou à un intérimaire, dans la mesure où ces agents ne feront pas montre de la même efficacité qu'un agent aguerri aux soins effectués dans un service

¹⁹ Maley E (1995), « L'absentéisme, un baromètre social très sensible », *Stratégie santé mensuel* (67), pp.24-25

²⁰ Thévenet M. (1992), *Impliquer les personnes dans l'entreprise*, Liaisons, Paris

²¹ Bureau N. & Genin M-G. (1981), « Absentéisme du personnel soignant », *Gestion hospitalière* (205, Avril), p. 356

spécialisé. L'accroissement de la fatigue et du stress risque d'engendrer le basculement dans un cercle endogène de l'absentéisme, l'absentéisme générant un nouvel absentéisme pour raisons psychosociales du fait de l'épuisement des agents restants et du stress professionnel.

Ce cercle vicieux de l'absentéisme peut également s'enclencher de manière plus insidieuse et indirecte, non seulement à cause du report de charge, mais aussi en raison du développement d'un sentiment de découragement devant l'absence d'action de la direction de l'établissement pour combattre les absences injustifiées et récurrentes de certains agents. L'absentéisme peut ainsi conduire à un risque de démotivation au travail des agents présents. Un affichage clair des mesures mises en place afin de lutter contre l'absentéisme peut dès lors contribuer à affermir la motivation des agents.

Qui plus est, il est possible que, dans certaines situations, l'absentéisme entraîne une dégradation des relations et l'apparition de tensions entre agents d'un même service de soins. En premier lieu, il peut être alors reproché aux personnes ayant été absentes de ne pas se préoccuper des conséquences néfastes de leurs absences, tant vis-à-vis des personnes qui se voient contraintes d'assurer leur remplacement qu'en matière d'organisation et de fonctionnement de l'unité et de qualité de la prise en charge et du service rendu aux patients. En second lieu, il est parfois fait mention de ce que ce sont souvent les mêmes agents qui tendent à s'absenter pour raisons de santé, d'où la détérioration potentielle des relations entre agents et de l'ambiance au sein du service.

1.3.2 Des coûts organisationnels et des effets négatifs en matière de qualité et de sécurité des soins

Il apparaît que « l'absentéisme pour raison de santé constitue un enjeu de gestion- par les désorganisations et les coûts, principalement cachés, qu'il suscite » (Dumond, 2009)²².

Bernard Martory et Daniel Crozet mentionnent « les coûts des dysfonctionnements » et les « coûts de la régulation » : coûts directs, coûts de remplacement, coûts de la gestion de l'absence (temps de management et d'administration du personnel).

En matière organisationnelle, l'absentéisme affecte le travail quotidien des cadres de santé, des agents du secteur « Absentéisme » de la Direction des Ressources humaines et de la Direction des soins. Une partie du travail quotidien des cadres est consacré à la modification des plannings et à la recherche de solutions de remplacements, notamment lorsque les absences sont imprévues, ce qui nuit aux autres tâches de ces personnes, telles que l'animation et la mobilisation des agents du service et la recherche d'améliorations dans l'organisation du travail au quotidien. Le traitement quotidien des absences peut ainsi se révéler notablement chronophage.

Les coûts organisationnels sont encore renforcés lorsqu'un contexte d'effectifs réduits intervient, notamment en périodes de vacances, ou à flux dit tendu, quand les agents du pool de remplacement central, celui du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis étant peu doté en effectifs IDE et aides-soignantes, sont affectés sur des remplacements de longue durée, et que les cadres ne peuvent dès lors plus faire appel au pool pour faire face à une absence inopinée, ou en cas de réorganisation d'un service rendu nécessaire par un équilibre financier contraint.

De fait, faire appel à des remplaçants ou à des agents d'autres services qui ne connaissent pas l'organisation et le fonctionnement du service affecte la qualité de prise en charge des patients et nuit à la productivité de l'équipe soignante, les équipes en place devant se réorganiser et dédier du temps à l'explication du fonctionnement du service de soins aux agents remplaçants. A cet égard, Henri Leteurtre souligne qu'un groupe de travail a été en mesure d'établir un écart de productivité d'environ 15 % entre les agents absents et les agents remplaçants²³. En outre, Bureau et Genin

²² Dumond J.P (2009), « L'absentéisme pour raisons de santé : comparaison méthodologique », *Santé publique*, pp. 24-25

²³ LETEURTRE Henri, *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, 1991

(1981) ont montré, sur la base d'une observation d'aides-soignantes remplaçantes pendant trois jours, que, s'agissant de ces agents remplaçants, sur cette période, la part de travail non effectué, de risques d'erreurs et de dysfonctionnements divers, correspond à 35 % du travail.

L'absentéisme concourt à empêcher les personnels soignants présents de réaliser pleinement leurs objectifs et d'exploiter de façon optimale leurs ressources matérielles et humaines. Un personnel en nombre restreint dispose de davantage de difficultés pour mener à bien les missions qui lui sont confiées. Le niveau général des prestations offertes présente un risque de détérioration, tant en ce qui concerne les soins que de la qualité de l'accueil réservé à l'utilisateur.

La dégradation de la qualité des soins rendus aux patients peut prendre la forme d'une augmentation des délais d'attente, notamment s'agissant des consultations externes de médecine et de chirurgie et des examens de radiologie, en l'absence de remplacement des agents absents ou si le remplaçant n'a pas fait l'objet d'une formation spécifique au poste. Dans le cas d'une absence de remplacement, il est possible que les agents présents aient tendance à accélérer la rapidité des soins prodigués, ce qui peut accroître le risque d'erreur, notamment d'administration d'un mauvais médicament ou encore d'erreur de posologie, ou de négligence, voire de maltraitance, notamment dans les services gériatriques.

Plus globalement, les soins ne correspondant pas uniquement aux gestes techniques réalisés par les soignants, l'absentéisme non remplacé dans un service entraîne une altération de la prise en charge globale des patients qui comprend également, outre les soins techniques, l'écoute du patient ou encore la considération qui lui est accordée. La définition établie par l'Organisation mondiale de la Santé met en avant le fait que la qualité des soins repose à la fois sur les caractéristiques techniques et sur les caractéristiques relationnelles des patients²⁴. Les capacités relationnelles du personnel soignant sont fondamentales et rassemblent un certain nombre d'éléments tels que l'écoute, le tact, l'empathie, la sensibilité, mais également l'information du patient sur sa maladie et la prise en charge. La mise en œuvre de ces compétences relationnelles nécessite la participation d'un collectif formé, disponible et nourri par un projet de soins correspondant. Cette qualité est d'autant plus primordiale dans les services gériatriques d'un établissement public de santé, tels que les unités de soins de longue durée ou les EHPAD, au sein desquels le service rendu aux patients/résidents s'appuie davantage sur la réalisation de soins de confort, d'écoute psychologique et relationnels que d'actes techniques. Or, le fonctionnement en procédure dégradée du fait du non-remplacement d'un agent absent induit un risque d'accroissement des cadences et une priorisation des gestes techniques au détriment de l'attention accordée au patient et plus généralement des soins non techniques.

Il n'existe toutefois pas d'indicateurs fiables permettant d'établir une mesure de l'effet de l'absentéisme sur la qualité des soins.

En sus de l'amointrissement de la qualité du service rendu au patient, l'image de marque de l'hôpital auprès des patients et de leur famille est dégradée. Le risque de détérioration de la notoriété de l'établissement est éminemment problématique dans la mesure où elle nuit à l'attractivité de l'hôpital pour les patients ou résidents comme pour le personnel sur le moyen et le long terme. Cette perte d'image peut en effet entraîner une diminution de la fréquentation de l'établissement public de santé en général ou de certains de ses services en particulier, et, par-là même, un décrochement de son activité. Dans un contexte de financement des hôpitaux par les recettes issues de leur activité (tarification à l'activité), une baisse de l'attractivité d'un établissement hospitalier en raison d'un important absentéisme contribue à un renforcement des conséquences financières négatives de l'absentéisme à long terme.

²⁴ « Quality of care is the level of attainment of health systems' intrinsic goals for health improvements and responsiveness to legitimate expectations to the populations" in *Assuring the Quality of Health Care in the EU: A Case for Action, WHO, Observatory Studies n°12*

1.3.3 Un impact financier notable pour les établissements publics de santé

L'absentéisme du personnel soignant non médical a des conséquences financières très importantes dans la mesure où environ 70 % du budget d'un établissement hospitalier est consacré aux dépenses de personnel et où les exigences de permanence des soins et de continuité du service public hospitalier tendent à forcer les établissements à remplacer, au moins partiellement, le personnel absent. En sus du paiement du traitement des agents absents, l'établissement public de santé se voit contraint d'engranger des dépenses de personnel additionnelles pour suppléer à l'absence de l'agent. Différentes solutions s'offrent à l'établissement : il peut déclencher le paiement d'heures supplémentaires en faisant appel à des agents du même service en sus de leurs obligations de travail, du même pôle ou de l'établissement. Il est également possible de mettre en place des équipes de remplacement permanentes, dites « pools de remplacement », qui peuvent être centralisées au niveau de la Direction des soins ou des équipes de remplacement par pôle en fonction de la taille de l'établissement, de l'ampleur du phénomène absentéiste et de la situation financière de l'établissement. Le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis a fait le choix de constituer deux équipes de remplacement, une de jour et une de nuit. En outre, l'établissement a la possibilité de recruter des agents contractuels pour pallier les absences, soit pour remédier à des absences prévues et imprévues de moyenne durée (quelques semaines ou plusieurs mois), soit pour pallier les absences de courte durée en général en période de tension et de fort absentéisme, ces agents remplaçants pouvant alors s'agréger aux pools de remplacement. Enfin, l'hôpital peut faire appel à des personnels intérimaires, ce qui s'avère financièrement très pernicieux.

Au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, la somme des dépenses consacrées aux remplacements des personnels a progressé de 19,59 % entre 2014 et 2015 et de 7,54 % entre 2015 et 2016, soit au total un accroissement de 28,62%. Elle s'est élevée à 1 665 147 euros en 2014, 1 991 421 euros en 2015 et 2 141 710 euros en 2016, ce qui suggère la hausse des dépenses de remplacement concomitamment à la stabilisation de l'absentéisme au CHIAP ces dernières années.

Parallèlement, le coût des heures supplémentaires induites par les absences au travail au CHIAP a également augmenté : il était de 151 478 euros en 2013, 209 002 euros en 2014, 328 473 euros en 2015 et 359 208 euros en 2016. Il s'est accru de 9,36 % entre 2015 et 2016, et au total de 137,14% entre 2013 et 2016.

Les employeurs publics assument davantage le poids financier de l'absentéisme que les entreprises privées. De fait, celles-ci payent des cotisations sociales afin de prendre en charge le risque maladie des salariés. Toutefois, ces cotisations sont intégrées dans la masse salariale. Pour les salariés du régime général, les indemnités journalières sont versées par l'Assurance maladie et un délai de carence de trois jours s'applique. Un établissement hospitalier employeur prend en charge, lui, le traitement de l'agent absent, dès le premier jour. Il finance ainsi les prestations en espèces (traitement, demi-traitement) et indemnités accessoires (indemnité de résidence...), les coûts des remplacements pour assurer la continuité des soins, les coûts mal mesurés du travail accompli par l'encadrement, les directions des ressources humaines. S'agissant des agents hospitaliers fonctionnaires, l'Assurance maladie ne prend en charge que le versement des prestations en nature. L'hôpital constitue son propre assureur en la matière. En outre, les agents titulaires de la fonction publique hospitalière ont la possibilité de bénéficier, dans certaines conditions, de la prise en charge des frais et des soins médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers par leur établissement.

Le coût annuel engendré par les absences au travail pour motif de santé à l'hôpital apparaît relativement important : entre 2589 euros et 3640 euros en moyenne annuelle par agent titulaire²⁵.

En outre, un temps significatif de travail, au sein des Directions des ressources humaines hospitalières, peut être accaparé par la gestion des besoins en remplacement dus à l'absentéisme,

²⁵ SOFAXIS Rapport 2012

qui nécessite un certain nombre de tâches : révision des plannings, recherche de solutions de remplacement, interface avec les agents disponibles. La gestion du suivi des arrêts maladie occupe également plusieurs agents à la DRH. Etre contraint de disposer d'agents se consacrant exclusivement à la gestion de l'absentéisme induit un coût caché notable pour l'établissement, en sus de l'impact financier direct de l'absentéisme qui affecte l'hôpital. Ces agents pourraient, avec un absentéisme moins élevé, être affectés à d'autres fonctions administratives au sein de l'établissement.

Au surplus, un absentéisme élevé tend à désorganiser les services de soins. Dans un environnement concurrentiel entre hôpitaux publics et privés et de tarification à l'activité, les surcoûts en matière de dépenses de personnels provoqués par la situation de l'absentéisme contribuent à la dégradation de la situation financière des établissements publics de santé ainsi qu'au déséquilibre des comptes de la sécurité sociale.

En définitive, les nombreux effets néfastes de l'absentéisme attestent de l'impérieuse nécessité pour les établissements publics de santé de mettre en place diverses actions à dessein de combattre, réduire et prévenir ce phénomène qu'il importe d'inscrire dans une démarche globale de long terme.

1.4 Un phénomène d'une ampleur significative, notamment au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis

1.4.1 Une stabilité structurelle de l'absentéisme au CHIAP et un niveau légèrement plus élevé que la moyenne nationale

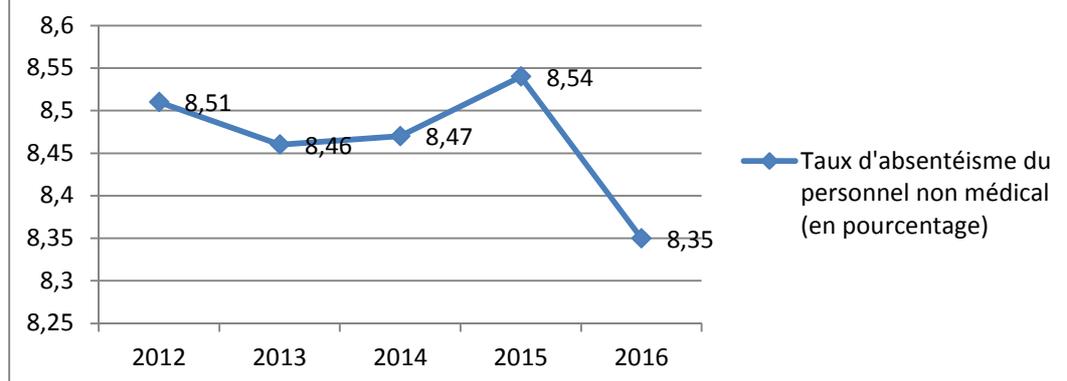
Le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis présente une situation de l'absentéisme légèrement supérieure à la moyenne nationale des établissements publics de santé. En 2015, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) mettait en évidence à l'échelle nationale un taux d'absentéisme du personnel non médical de 8,1 %, dont 0,4 % pour l'absentéisme inférieur à 6 jours, et 7,6 % pour l'absentéisme supérieur ou égal à 6 jours. Le taux d'absentéisme du CHIAP en 2015 était de 8,54%. En 2016, il est de 8,35 %, soit une légère baisse par rapport aux années précédentes, et le nombre moyen de jours d'absence par agent représente 28,80 jours.

Le niveau d'absentéisme du personnel non médical au CHIAP apparaît ainsi élevé, mais pas préoccupant par rapport à la moyenne nationale et à la moyenne régionale. En 2014, d'après les données de l'ATIH, le taux d'absentéisme moyen des établissements publics de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur s'établissait à 8,14%. Le CHIAP se situait ainsi à un niveau très légèrement supérieur à la moyenne régionale.

Le taux d'absentéisme du personnel non médical est ainsi bien inférieur à celui d'autres centres hospitaliers de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur de taille et de budget comparables, tels que les centres hospitalier d'Avignon (9,48% en 2016) et de Toulon (10,10%).

Le graphique ci-dessous présente l'évolution du taux d'absentéisme au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis depuis 2012 :

Taux d'absentéisme du personnel non médical (en pourcentage)



Depuis 2012, date de la création du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, résultant de la fusion entre le Centre hospitalier du Pays d'Aix et du Centre hospitalier de Pertuis, le taux d'absentéisme apparaît relativement stable, malgré quelques oscillations. Il convient toutefois de noter une légère baisse entre 2015 et 2016, à l'inverse de la faible hausse entre 2014 et 2015. Le taux d'absentéisme du personnel non médical diminue ainsi seulement de 2,22 % entre 2015 et 2016 après une hausse de 0,83 % entre 2014 et 2015.

Parallèlement, le nombre de jours moyen d'absences pour raisons de santé par agent connaît une oscillation depuis 2014, concomitante aux variations du taux d'absentéisme du personnel non médical : ce nombre était de 27,97 en 2014, 29,11 en 2015, 28,80 en 2016. Ces variations du nombre de jours moyens d'absences par agent et plus généralement du taux d'absentéisme résultent des variations de la durée des arrêts correspondant aux motifs maladie ordinaire et congé de longue maladie/congé de longue durée. La durée des arrêts pour maladie ordinaire augmente entre 2014 et 2015, passant de 32,02 à 32,97 jours, puis diminue entre 2015 et 2016, descendant à 31,52. De même, la durée des arrêts pour congé de longue maladie/congé de longue durée s'accroît entre 2014 et 2015, passant de 245,88 à 282,88 jours, avant de redescendre à 269,37 jours en 2016. Les durées moyennes des absences pour accident du travail et maladie professionnelle ne cessent quant à elles de diminuer depuis 2014, tandis que la durée moyenne des absences pour maternité/paternité adoption tend à s'accroître entre 2015 et 2016.

Durée moyenne des absences pour maladie et des absences pour maternité-paternité-adoption, par motif (Nombre total de jour d'absence divisé par nombre d'agent ayant eu au moins un jour d'arrêt de travail)

Motifs d'absence	Personnel Non Médical			dont Personnel Soignant		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Maladie ordinaire	32,03	32,97	31,52	32,19	34,57	33,57
Congé longue maladie / longue durée	245,88	282,88	269,37	233,36	277,37	257,86
Accident du travail	67,59	51,92	36,68	67,42	52,08	40,16
Accident du trajet	25,21	20,53	41,16	27,69	13,53	61,13
Maladie professionnelle	179,71	154,80	72,22	212,25	169,00	90,43
Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions						
Maternité, paternité, adoption	90,11	77,53	87,88	91,43	84,65	89,41
Total	45,87	45,35	44,38	45,35	46,06	46,16

Parallèlement au niveau légèrement au-dessus de la moyenne nationale des hôpitaux du taux d'absentéisme, le nombre moyen de jours d'absences par agent au CHIAP en 2015 est un peu supérieur à la moyenne nationale, de 29,11 jours contre 27,6.

Par ailleurs, il importe de constater que si le poids des arrêts supérieurs à 6 jours demeure extrêmement majoritaire, la part des arrêts courts, inférieur à 6 jours, s'accroît continûment depuis 2013.

Répartition en pourcentage des arrêts selon la durée : il s'agit de la répartition en pourcentage du nombre d'arrêts selon la durée de l'absence.

	2012	2013	2014	2015	2016
Arrêts inférieurs à 6 jours	7,40%	3,07%	4,96%	5,03%	5,87%
Arrêts supérieurs à 6 jours	92,60%	97,04%	95,04%	94,84%	94,13%

Il convient également de souligner que les absences courtes, correspondant à des arrêts inférieurs à 6 jours, sont au CHIAP sensiblement aussi nombreuses que dans la moyenne nationale des établissements publics de santé. En 2015, le pourcentage d'absences inférieures à 6 jours du CHIAP, de 0,43 %, est très proche du pourcentage de la moyenne nationale des hôpitaux (0,4%). En revanche, le taux d'absences de plus de 6 jours, de 8,1%, est supérieur à la moyenne nationale des hôpitaux (7,6%). Ce constat suggère une importance plus grande des arrêts longs et des congés de longue durée/congé de longue maladie au CHIAP que dans la moyenne nationale. Toutefois, le taux d'absences inférieures à 6 jours s'accroît très légèrement entre 2015 et 2016 (0,49 % contre 0,43%), tandis que le taux d'absences supérieures à 6 jours connaît, lui, une diminution (7,86 % contre 8,10%).

1.4.2 Un absentéisme du personnel soignant supérieur à celui du personnel non médical

Parmi le personnel non médical, le taux d'absentéisme des personnels soignants, structurellement plus élevé que celui de l'ensemble du personnel non médical, se situe également à un niveau un peu supérieur à la moyenne nationale des établissements publics de santé. Ainsi, en 2015, le taux d'absentéisme du personnel soignant du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis est de 9,29%, alors que le taux national s'établit à 8,8%.

Il importe de souligner qu'alors que le taux d'absentéisme du personnel soignant connaît des oscillations analogues à celle du taux d'absentéisme de l'ensemble du personnel non médical, au sein du personnel soignant, le taux correspondant aux IDE ne cesse de croître depuis 2014 (5,75 % en 2014, 6,70% en 2015 et 7,20% en 2016) tandis que le taux relatif aux AS augmente entre 2015 et 2016 (10,57% en 2016 contre 9,78% en 2015). Un tel constat suggère qu'à l'inverse, le taux d'absentéisme des ASH devrait, quant à lui, connaître une diminution entre 2015 et 2016 (chiffre non communiqué).

Au sein des personnels soignants, le taux d'absentéisme des aides-soignants est plus élevé que celui des infirmiers diplômés d'Etat, que ce soit au CHIAP (10,57% contre 7,20% en 2016, 9,78% contre 6,70 % en 2015) qu'au niveau national (9,9 % pour les AS contre 7,8% pour les IDE en 2015).

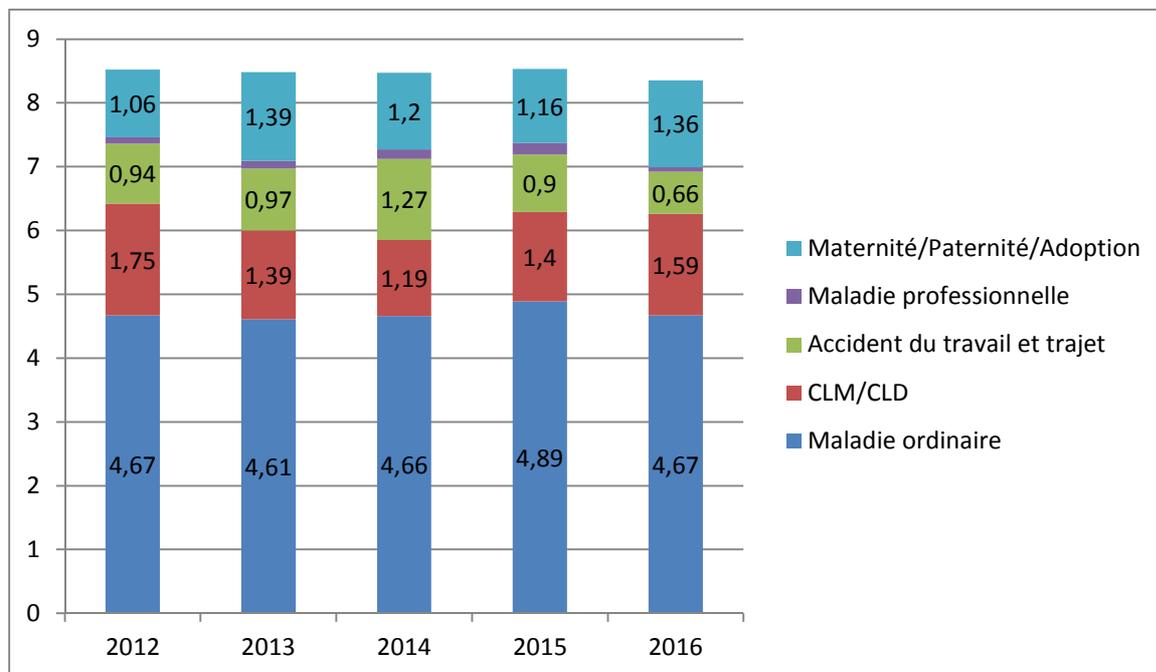
En lien avec le taux d'absentéisme du personnel des services de soins qui est quelque peu supérieur à celui de l'ensemble du personnel non médical, le nombre moyen de jours d'absences par agent des services de soins au CHIAP se révèle en 2016 supérieur à celui de l'ensemble des agents non médicaux (31,46 contre 28,80).

D'une manière analogue, la durée moyenne des absences du personnel soignant est supérieure à celle de l'ensemble du personnel non médical (46,16 contre 44,38).

Au total, il apparaît que l'absentéisme du personnel soignant est plus élevé que celui du personnel non médical, les absences des agents soignants durent plus longtemps et ces agents connaissent

un nombre moyen de jours d'absences supérieur à celui de l'ensemble du personnel non médical. Par conséquent, même si un plan de réduction et de prévention de l'absentéisme à l'hôpital doit s'inscrire dans un cadre global concernant l'ensemble des agents de l'établissement, il est fondamental d'inclure dans un tel plan d'action des mesures qui ciblent avant tout les personnels soignants dans le but de perfectionner leurs conditions de travail et leur environnement de travail, de valoriser davantage leur travail et leur reconnaissance et d'accroître leur satisfaction au travail.

1.4.3 L'absentéisme par type d'absence



L'analyse de l'évolution de l'absentéisme par type d'absence de l'ensemble du personnel non médical depuis 2012 tend à confirmer la tendance générale à la stabilité relative du taux d'absentéisme du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis et les oscillations à la hausse et à la baisse qui la constituent.

De fait, concomitamment et corrélativement à l'évolution du taux d'absentéisme du personnel non médical du CHIAP entre 2012 et 2016, le taux d'absences pour maladie ordinaire s'accroît entre 2013 et 2015 avant de diminuer entre 2015 et 2016.

Il ne disconvient toutefois pas de constater un accroissement du taux d'absences longues pour congé de longue maladie/congé de longue durée qui est continu et s'est monté à 33,61 % entre 2014 et 2016. Cette augmentation des CLM/CLD est particulièrement flagrante chez les agents âgés de 25 à 40 ans (+131,25%) et chez les plus de 55 ans (+74,43%). Cette hausse des absences de longue durée signifie qu'il conviendra de prévoir des mesures pour tenter de la juguler en agissant notamment pour améliorer les conditions de travail, notamment matérielles, en renforçant la prévention des risques psychosociaux et des troubles musculo-squelettiques.

A l'inverse, le taux d'absences du PNM liées à un accident du travail est en diminution constante depuis 2014 : il diminue de 55,37 % entre 2014 et 2015 (1,21 % en 2014, 0,86 % en 2015 et 0,54 % en 2016).

Il importe en outre d'observer une hausse d'environ 17 % du taux d'absences pour maternité/paternité/adoption.

*Répartition des absences entre motifs d'absence

En ce qui concerne la répartition des absences entre motifs d'absence, en 2016, les absences pour maladie ordinaire représentent 55,93 % des absences du personnel non médical au CHIAP, les congés de longue maladie/congés de longue durée 19,04%, les congés pour maternité/paternité/adoption 16,29 % et les congés pour accident du travail 4,31 %.

La part des absences pour maladie ordinaire diminue légèrement par rapport à 2015 où elle représentait 57,26 % des absences. A l'inverse, corrélativement à la hausse du taux d'absences pour CLM/CLD entre 2014 et 2016, la part des absences pour ces motifs ne cesse de progresser depuis 2014 : 14,04 % en 2014 et 16,39% en 2015.

Concomitamment à la diminution continue des absences pour accident du travail depuis 2014, la part des absences pour accident du travail, quant à elle, continue de décroître, puisqu'elle représentait 14,99 % des absences du personnel non médical en 2014 et 10,54 % en 2015.

2 Agir pour réduire et prévenir l'absentéisme à l'hôpital s'apparente à un défi global qui doit reposer sur des leviers d'action protéiformes

2.1 Lutter contre l'absentéisme hospitalier implique la mise en place d'une stratégie globale s'appuyant sur un plan d'action dont le déploiement ne peut réussir qu'à certaines conditions

Combattre et prévenir efficacement l'absentéisme n'est possible qu'à la condition de mettre en place un plan d'action global prenant en compte le caractère multiforme du phénomène absentéiste, permettant d'agir de manière à la fois globale et individualisée.

La mise en exergue des conditions de déploiement et d'efficacité et des modalités d'élaboration d'un plan de réduction et de prévention de l'absentéisme s'inspire de la méthode employée au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis afin de construire et mettre en place un tel plan d'action grâce à la mobilisation et l'implication d'acteurs divers.

La Fondation de Dublin, fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, a dressé dix recommandations pour qu'un plan de réduction de l'absentéisme soit efficace²⁶ :

- L'adoption d'une approche systémique : le combat contre l'absentéisme doit se placer dans une démarche plus globale de promotion de la santé au travail et d'amélioration des conditions de travail ;

- La coordination de l'équipe de travail : la réussite du projet dépend beaucoup de la qualité et surtout de la cohésion de l'équipe-projet ;

- La clarification des tâches et des responsabilités de l'équipe-projet : les objectifs et les ressources à la disposition de l'équipe-projet sont à définir de manière précise ;

- Le soutien des dirigeants : l'implication de l'encadrement au plus haut niveau facilite celle de l'encadrement intermédiaire ;

- La participation active des agents : l'amélioration de la qualité de vie au travail ne se décrète pas d'en haut, ce sont les agents qui connaissent le mieux les limites de leur environnement de travail ;

- La qualité de l'information et la communication : ce sont des points-clés afin que les plans d'action se mettent effectivement en œuvre ;

- L'implication du CHSCT et des syndicats : le CHSCT en particulier peut exercer un rôle essentiel dans la démarche à adopter ;

- L'instauration de mesures équilibrées : les mesures doivent à la fois renforcer le contrôle, la prévention et la réintégration au travail ;

26 Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, « La prévention de l'absentéisme sur le lieu de travail », 1997 : travail de recueil de bonnes pratiques mené dans huit pays européens

-La prise en compte récurrente de l'absentéisme : l'absentéisme pour maladie est un phénomène normal mais qui doit être pensé dans les politiques RH et l'organisation du travail.

La méthode proposée ci-dessous pour réduire et prévenir l'absentéisme à l'hôpital s'inspire de ces recommandations de la Fondation de Dublin.

2.1.1 Elaborer une démarche de réduction de l'absentéisme passe par l'établissement d'un plan d'action et repose sur l'engagement de la direction de l'hôpital et le rôle fondamental de la Direction des ressources humaines

La mise en place d'une stratégie visant à réduire et à prévenir l'absentéisme repose sur l'élaboration d'un plan d'action. Celui-ci s'entend comme un ensemble cohérent de mesures à mettre en place et d'actions à mener²⁷. Il s'agit d'une démarche qui s'effectue suivant plusieurs étapes successives, et qui met en jeu les acteurs de l'établissement hospitalier.

L'enjeu essentiel de l'élaboration d'un plan d'action visant à réduire et à prévenir l'absentéisme consiste à établir un diagnostic partagé autour de l'absentéisme et à en faire un objet commun pour les différents acteurs de l'établissement hospitalier (Direction, DRH, cadres administratifs, cadres techniques, cadres soignants, personnel médical, personnel soignant non médical, organisations syndicales...). Il est fondamental pour la réussite d'un tel plan d'action, de garantir une mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés.

*L'engagement de la direction

L'implication de la hiérarchie constitue un facteur clé de la mise en œuvre d'une stratégie visant à la réduction et à la prévention de l'absentéisme. La direction est le garant à chaque étape de l'information transparente des agents et des instances. L'engagement de la direction s'apparente à une condition essentielle pour que l'ensemble des acteurs mobilisés dans le plan d'action se sentent soutenus et disposent des moyens pour agir²⁸. En outre, cet engagement tend à favoriser un affichage en matière de communication qui témoigne de la détermination à agir de la direction.

*Le rôle déterminant de la Direction des ressources humaines

La Direction des ressources humaines exerce un rôle éminent dans la mise en place et l'élaboration d'une démarche de réduction et de prévention de l'absentéisme. En effet, la DRH recommande au chef d'établissement la mise en place d'un plan d'action pour combattre et prévenir l'absentéisme ainsi que les outils de gestion permettant d'améliorer la présence au travail. En outre, c'est sur la DRH que repose essentiellement la mise en œuvre de la majorité des mesures. Un certain nombre d'acteurs pilotes sont en effet des membres de la direction des ressources humaines (Directrice des ressources humaines, attaché d'administration, responsable de la formation continue, adjoint des cadres en charge de la gestion de l'absentéisme, adjoint des cadres en charge du contrôle de gestion social, psychologue du travail, etc.). La DRH doit en outre fournir les services en conseils, support et expertise aux cadres dans la mise en œuvre d'un certain nombre d'actions visant à réduire et à prévenir l'absentéisme, tels les entretiens de retour. De plus, les services de la DRH analysent mensuellement et de façon globale la situation de l'établissement hospitalier en matière d'absentéisme et identifient les services et les pôles présentant des situations problématiques.

2.1.2 La réussite de la mise en place d'un plan de réduction et de prévention de l'absentéisme nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés

27 ANACT, *L'absentéisme, outils et méthodes pour agir*

28 Pascal GALLOIS, *L'absentéisme, comprendre et agir*, 2015

dans un cadre participatif en veillant à bien associer les représentants du personnel

Il importe en premier lieu de recenser et de rassembler les acteurs dans le but d'enclencher une démarche participative.

Cette mobilisation des acteurs doit s'incarner dans la constitution d'un groupe de travail relatif à l'absentéisme, qui a vocation à participer à l'élaboration du plan d'action et doit rassembler des acteurs issus d'horizons divers.

Un tel groupe de travail doit être conduit par le Directeur des Ressources humaines, et doit comprendre différents échelons managériaux. La Direction des Ressources humaines doit être en premier lieu représentée à divers niveaux : outre le DRH, il est judicieux d'inclure dans un tel groupe l'attaché d'administration de la DRH dans la mesure où il s'agit d'un acteur qui aura vocation à superviser et/ou à conduire la mise en place de plusieurs mesures qui figureront dans le plan d'action de réduction et de prévention de l'absentéisme. Il est en outre pertinent d'inclure un agent du secteur de la DRH traitant au quotidien des absences des personnels, par exemple un adjoint des cadres responsable de ce secteur. Eu égard à l'importance de l'absentéisme chez le personnel soignant non médical, il apparaît nécessaire d'intégrer à un tel groupe le Coordonnateur général des soins ou un membre de la Direction des soins, mais aussi des cadres soignants, par exemple un cadre supérieur de santé et deux cadres de santé, et surtout des agents soignants de diverses catégories, tels qu'une infirmière, une aide-soignante et une agent des services hospitaliers (ASH). La présence d'un médecin chef de service ou chef de pôle est très opportune, aux fins de sensibiliser le personnel médical à l'ampleur du phénomène de l'absentéisme et à la nécessité de trouver des solutions partagées impliquant les médecins pour enrayer les absences au travail. Les représentants du personnel et/ou les organisations syndicales doivent naturellement être associés à la démarche afin de susciter la participation et l'adhésion du personnel à une stratégie globale de réduction et de prévention de l'absentéisme.

L'intégration de l'ensemble de ces acteurs divers dans un groupe de travail consacré à la problématique de l'absentéisme a pour finalité de les sensibiliser à cette question et de les réunir dans une démarche commune visant à élaborer un plan d'action permettant de lutter contre l'absentéisme.

Mettre en place une approche visant à la participation des agents à la définition d'une telle politique de réduction et de prévention de l'absentéisme nécessite d'impliquer des représentants du personnel. Dans ce contexte, le CHSCT constitue l'interlocuteur adéquat et légitime pour intervenir sur la problématique de l'absentéisme eu égard à sa mission de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail qui s'incarne dans un champ d'intervention éminemment large : organisation matérielle du travail (charge du travail, rythme, nature des tâches, etc.), ambiance physique, travail posté, etc. Or les différents domaines d'intervention du CHSCT tendent à recouper de façon significative les différents champs dans lesquels des actions et mesures visant à prévenir l'absentéisme peuvent être élaborées. Aussi est-il important de veiller à l'inclusion dans un tel groupe de travail ou comité de pilotage d'un ou plusieurs membres du CHSCT. Leur participation a pour visée de faire remonter le ressenti et les préoccupations des agents de divers horizons et non pas uniquement soignants face à la question de l'absentéisme et leurs idées de pistes d'actions possibles à définir. Il s'agit, somme toute, d'être en capacité de disposer, dans le groupe de travail, du point de vue du personnel pris dans sa globalité. Au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, il a ainsi été fait le choix d'intégrer au groupe de travail le secrétaire du CHSCT.

Les cadres de proximité occupent en outre une place prépondérante dans la démarche de prévention de l'absentéisme d'un établissement public de santé. Ils sont les premiers à être mis au courant des absences des agents. En outre, c'est sur eux que reposent l'effectivité de la réalisation des actions essentielles d'une stratégie de réduction et de prévention de l'absentéisme, notamment la conduite des entretiens de retour. Ils sont également responsables de la gestion

opérationnelle des absences. Ainsi est-il essentiel d'associer de tels encadrants à un groupe de travail ayant vocation à initier un plan global visant à réduire l'absentéisme.

2.1.3 La démarche d'élaboration d'un plan de réduction et de prévention de l'absentéisme

A l'issue de sa mise en place, le groupe de travail doit se voir confier un programme, qui peut regrouper alternativement plusieurs dimensions: mesurer l'absentéisme grâce à un certain nombre d'indicateurs cohérents, analyser les causes, produire et valider les données chiffrées, proposer des actions multidimensionnelles afin de remédier aux diverses causes de l'absentéisme, effectuer un tri et une hiérarchisation des actions en fonction de leur horizon temporel, qu'il convient d'articuler en un plan d'action cohérent dans la durée.

La réunion du groupe de travail relatif à l'absentéisme qui va proposer le plan d'action poursuit trois objectifs :

- Faire partager aux membres du groupe les facteurs qui composent les causes de l'absentéisme
- Faire produire des idées d'action et un plan ordonné pour mettre en œuvre ces actions.
- Mettre les membres de ce groupe en « ordre de marche » pour déployer le plan d'action.

Les réunions d'un tel groupe de travail peuvent comporter trois temps. Un premier temps est dévolu à la présentation de la situation de l'absentéisme et à son appropriation. Un deuxième temps de brainstorming sur les pistes d'action face aux causes identifiées de l'absentéisme ou à des facteurs plus globaux pouvant agir sur l'absentéisme. Un troisième temps consiste en l'ordonnancement des idées d'action en un plan d'action.

Au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, le groupe de travail relatif à la problématique de l'absentéisme s'est concentré sur la recherche de pistes d'actions permettant de réduire et de prévenir l'absentéisme plutôt que sur l'identification des causes de l'absentéisme dans la mesure où l'absentéisme au CHIAP n'apparaissait pas fortement supérieur à la moyenne nationale des hôpitaux. Ce groupe avait pour double mission de faire advenir des propositions opérationnelles provenant des « forces vives » de l'hôpital et de tester la faisabilité pratique et adaptée au contexte et à la situation de l'établissement de préconisations théoriques ou de mesures mises en place par d'autres établissements publics de santé.

La participation des agents est rendue possible grâce à la communication à toutes les étapes et à la co-construction d'un plan d'actions contenant des mesures significatives imaginées dans le cadre d'un groupe de travail composée d'agents issus du « terrain ».

A l'issue de l'élaboration du plan de réduction et de prévention de l'absentéisme et de sa présentation pour information en réunion de direction et pour avis devant le Directoire, le CHSCT et le Comité technique d'établissement, il importe d'enclencher la phase de mise en œuvre des différentes mesures incluses dans le plan. Pour ce faire, il est nécessaire d'établir un calendrier de mise en place et d'entrée en vigueur de chaque action en établissant des échéances de début et de fin, et surtout d'identifier un acteur pilote responsable du déploiement de chaque action et de son suivi. Qui plus est, afin de faciliter la montée en charge des mesures, il est primordial de mettre en mouvement l'ensemble de la chaîne managériale : sensibiliser, former, établir des objectifs...

2.1.4 Un plan d'action efficace doit à la fois englober l'ensemble des volets possibles permettant de réduire l'absentéisme et adapter la réponse au contexte de l'établissement hospitalier

Un plan de lutte contre l'absentéisme doit allier mesures répressives et correctives et mesures préventives. Il importe de prévoir des actions relevant de différents canaux : contrôle de l'absentéisme, gestion de l'absentéisme, mesure de l'absentéisme, communication sur l'absentéisme, mise en place de dispositifs de suivi et d'accompagnement aux professionnels absents, prévention de l'absentéisme par le biais d'actions touchant aux conditions de travail et à la qualité de vie au travail. Le seul volet répressif ne permet pas à lui-même de réduire l'absentéisme. Il est toutefois nécessaire de mettre en place des mesures en matière de contrôle des arrêts aux fins de marquer la volonté de la direction d'agir sur les éventuels abus dans le but d'éviter les effets pervers d'un sentiment d'impunité²⁹.

Par ailleurs, il importerait d'allier dans un plan de réduction et de prévention de l'absentéisme des actions d'un niveau général telles que la communication sur la problématique de l'absentéisme et des actions au niveau local, actions de proximité, conduites par l'encadrant.

*Adapter la réponse au contexte de l'établissement hospitalier

Il existe pléthore de mesures possibles pour essayer de combattre le phénomène de l'absentéisme et de le prévenir en agissant à travers différents canaux. Toutefois, aucune action ne représente à elle-même la mesure miracle qui va permettre de réduire l'absentéisme. C'est un ensemble d'actions rassemblées dans un plan qui pourront parvenir à produire des effets à moyen terme. En outre, il est tentant de mettre en place un grand nombre de mesures dont on pense dans l'absolu qu'elles permettront de lutter contre l'absentéisme. Cependant, il importe d'établir la liste des actions qui correspondent à la culture de l'établissement et surtout au type d'absentéisme auquel il convient de faire face. Au-delà des actions mises en place, il s'agit de leur cohérence, leur pertinence et leur caractère adapté, par rapport au contexte social et à la situation de l'établissement, qui constitueront les vecteurs de leur efficacité. En outre, même s'il existe des ressemblances, chaque établissement public de santé possède un absentéisme différent : il n'obéit pas aux mêmes causes, n'a pas la même signification et ne se manifeste pas de la même manière.

2.1.5 Communiquer sur le plan de réduction et de prévention de l'absentéisme et en assurer un suivi régulier constituent des conditions indispensables à sa réussite

La communication sur le plan d'action à travers une démarche d'information et de sensibilisation apparaît fondamentale, notamment pour la réussite de la stratégie de réduction et de prévention de l'absentéisme. Il importe ainsi d'établir un plan de communication sur le bilan des travaux du groupe de travail et les actions prioritaires issues du plan d'action qui seront les premières à être mises en place. Il convient en outre de communiquer régulièrement sur l'entrée en vigueur des différentes mesures au fur et à mesure de leur déploiement, par des outils tels que l'intranet de l'établissement, la publication du journal interne, ou bien encore l'envoi d'un courrier informatif joint avec les bulletins de salaire.

Le groupe de travail afférent à la problématique de l'absentéisme doit continuer à être réuni régulièrement sous la forme d'un Comité de suivi de la mise en œuvre du plan aux fins d'effectuer un bilan de l'avancement du déploiement des différentes mesures du plan et un point sur les progrès réalisés ou non quant aux statistiques mensuelles de l'absentéisme. A cet égard, il convient, afin d'assurer le suivi des actions et d'effectuer des évaluations régulières, d'élaborer un

29 Pascal Gallois, Op. Cit.

document de suivi du plan d'action et des tableaux de bord qu'il importe de mettre à jour régulièrement.

Il est opportun que la composition du comité de suivi soit élargie par rapport à celle du groupe de travail chargé d'élaborer le plan d'action, afin d'y inclure certains acteurs pilotes d'un certain nombre de mesures incluses dans le plan, tels le responsable du secteur formation continue de la Direction des ressources humaines.

2.2 Vouloir vaincre l'absentéisme par le biais d'une démarche principalement répressive et de valorisation du présentéisme apparaît illusoire

2.2.1 La non-optimalité d'une politique de renforcement des contrôles médicaux pour réduire l'absentéisme

Il s'agit de vérifier que les absences sont réellement justifiées et de traquer les abus afin de produire un effet dissuasif. Le recours aux contrôles médicaux permet également d'assurer le respect des droits et obligations statutaires pour l'ensemble des agents, de mieux évaluer la durée probable d'une absence, de justifier d'une demande de réintégration d'un agent à son poste de travail avant le terme de l'arrêt initial. Un contrôle administratif ou médical peut être lancé soit de façon systématique (pour toutes les absences de plus d'un mois, par exemple, dès la troisième absence dans l'année, etc.), soit de manière ciblée sur les agents pour lesquels le cadre éprouve certains doutes quant à la véracité de la maladie.

Il importe de souligner que le contrôle médical constitue l'une des obligations réglementaires auxquelles sont assujettis les agents publics dans le cadre de l'octroi d'un congé pour raisons de santé. Le contrôle médical est fondé sur les décrets du 30 juillet 1987 et du 19 avril 1988 pour les fonctionnaires et sur le décret du 20 mars 1991 pour les agents non titulaires.

La contre-visite médicale constitue un examen effectué de manière exclusive par un médecin agréé dont la mission est uniquement de vérifier la justification médicale de l'arrêt. Il peut concerner aussi bien un arrêt pour maladie ordinaire qu'un arrêt consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Le contrôle médical peut être utilisé tant pour les arrêts courts que pour les congés de longue maladie ou de longue durée. L'agent doit se soumettre au contrôle médical sous peine d'interruption du versement de son traitement.

Dans le cas d'un arrêt court, ce type de contrôle permet non pas de déclarer apte l'agent et de lui faire reprendre le travail, mais bien davantage de prouver à l'agent absent la vigilance exercée par l'établissement hospitalier et peut permettre de dissuader, le cas échéant, une éventuelle demande de prolongation.

Il est préférable de ne pas rendre systématiques ces contrôles, mais plutôt les mettre en place de façon ciblée en cas de doute sur une utilisation dite « abusive ».

Un facteur essentiel de la réussite d'une politique de contrôles médicaux conduite par un établissement public de santé réside dans la communication, en amont, auprès des agents et réeffectuée de façon périodique, sur les raisons de cette politique et sur l'organisation des contrôles, afin qu'ils ne soient pas surpris de pouvoir être contrôlés. L'objectif est que l'effet de dissuasion puisse réellement produire son effet.

La politique des contrôles médicaux par le truchement des visites par des médecins agréés présente toutefois certaines limites. Elle représente tout d'abord un coût certain pour l'hôpital. Elle peut en outre donner le sentiment d'une « chasse aux sorcières » et conduire à une culpabilisation des agents absents. Le risque des contrôles est alors de dégrader le climat social. En outre, si les contrôles médicaux constituent un moyen d'action aisé à mettre en place à condition de disposer

de temps de médecin agréé suffisant, les cadres commanditaires du contrôle s'avèrent souvent déçus par les résultats obtenus : le taux d'arrêts « abusifs » est généralement très faible. De plus, les médecins agréés ne remettent que très rarement en cause les arrêts de travail délivrés par leurs confrères.

La mise en place de contrôles correspond à un moyen de faire diminuer le taux d'absentéisme à court terme. La logique « disciplinaire » tend toutefois à produire des résultats limités à plus long terme. Les contrôles doivent principalement être utilisés tel un vecteur de communication auprès des agents et de l'encadrement, dans le but de rassurer les agents qui ne sont jamais absents.

Ce type d'action peut être considéré comme nécessaire de façon marginale et ciblée en cas d'abus manifeste. Il ne constitue toutefois en aucun cas une solution permettant de s'attaquer aux véritables origines de l'absentéisme.

Afin que l'ensemble des volets permettant de lutter contre l'absentéisme soient intégrés dans le plan de réduction et de prévention de l'absentéisme du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, il a néanmoins été prévu dans ce cadre deux mesures afférentes au contrôle de l'absentéisme. Il s'agira pour la Direction des ressources humaines d'effectuer un travail, à partir de l'analyse des arrêts de travail, d'identification d'éventuels médecins du CHIAP prescripteurs récurrents d'arrêt de travail pour les agents de l'établissement et, le cas échéant, de régulation de ces pratiques via la commission médicale d'établissement. Un travail analogue sera effectué s'agissant des médecins extérieurs à l'établissement, et, le cas échéant, un signalement à la Caisse primaire d'Assurance maladie pourra être réalisé.

Rappel des règles et sanctions

Il s'agit de lutter contre les absences injustifiées et de garantir l'équité entre les agents régulièrement absents et ceux plus assidus. La première étape consiste à s'assurer du bon respect des règles en cas d'absence. Le simple fait de rendre obligatoire le justificatif des arrêts de travail provoque une baisse des arrêts du lundi et du vendredi. En outre, le fait de devoir prévenir soi-même, et non par un collègue, son cadre de son absence fait également diminuer l'absentéisme.

Il importe, afin que cette action fonctionne, de faire montre de pédagogie à l'égard de la personne sanctionnée par une retenue sur traitement pour absence injustifiée, mais aussi auprès de ses collègues afin de ne pas heurter les agents et d'éviter les cercles vicieux d'escalade de conflit.

2.2.2 Le caractère imparfait d'une valorisation financière du présentéisme

Un certain nombre d'établissements publics de santé ont tenté de réduire l'absentéisme par le truchement de la valorisation du présentéisme des agents les plus assidus et les plus disponibles sous forme d'incitation financière dans le cadre de la prime de service.

La création de ce type de prime requiert la définition de critères objectifs définis dans une procédure claire, cohérente, notamment dans le but de préciser les modalités de comptabilisation des jours travaillés pour appliquer des règles égalitaires et claires à l'ensemble des agents.

Il convient en outre d'établir un plafond maximal de journées travaillées rentrant en compte dans ce dispositif de rémunération en vue de ne pas induire des effets d'épargne de jours de congé en rémunération en contradiction avec l'objectif de favoriser la santé au travail des agents.

L'avantage de ce type de prime de présentéisme consiste en ce que les acteurs modifient leur optique par rapport aux pratiques de sanction ou de contrôle. Ils prennent en compte le côté positif de la lutte contre l'absentéisme.

Cette méthode présente toutefois des insuffisances manifestes. En premier lieu, le non-versement de la seconde part de la prime de service aux agents absents au-delà d'un certain nombre de jours risque de pénaliser les agents absents pour des causes médicales bien réelles, pouvant par-là même conduire à une fragilité accrue de ces agents. Qui plus est, dans la mesure où l'absentéisme peut être interprété comme le révélateur de dysfonctionnements variés, une valorisation du présentéisme dans la prime de service pourrait fausser le sens de cet indicateur pour l'encadrement. En outre, l'incitation financière à la présence tend à perdre de son efficacité au fil du temps : elle s'apparente rapidement à un élément considéré comme normal de la rémunération, et, en cas d'absence, l'agent ne discerne plus les motifs de sa suppression. Par ailleurs, ce type d'action peut induire un sentiment d'injustice et de discrimination chez les agents en congés maladie longue durée. Par ailleurs, une telle prime de présentéisme n'agit pas sur les raisons de l'absentéisme. Enfin, une telle prime peut rencontrer une limite à son efficacité suivant le système de rétribution mis en place : elle peut se révéler contre-productive chez les agents les plus absents : un agent s'apercevant qu'il a dépassé le nombre de jours d'absences lui permettant d'obtenir la deuxième part de la prime de service peut alors décider d'être davantage absent. Sauf en cas de dégressivité, à partir d'une absence, l'agent n'a plus intérêt à ne pas être absent.

2.3 Une tentative de résorption du phénomène par le truchement d'une gestion améliorée de l'absentéisme et d'une communication accrue sur la situation de l'absentéisme

2.3.1 Une meilleure gestion de l'absentéisme grâce à la mise en place d'une charte de l'absentéisme

Dans le cadre de son volet d'amélioration de la gestion de l'absentéisme, le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis a prévu, dans son Plan de prévention et de réduction de l'absentéisme, la création d'une Charte de l'absentéisme.

A) Enjeux et objectifs d'une Charte de l'absentéisme

Une charte de gestion de l'absentéisme a vocation à établir des règles partagées sur les modalités et principes de gestion des absences au travail, aux différentes catégories d'acteurs de l'établissement public de santé (agents, cadres, Direction, etc.) en les réunissant dans un cadre global tout en rappelant l'existence d'une certaine latitude d'action pour les encadrants³⁰.

En outre, l'établissement d'une telle charte de l'absentéisme vise à rétablir une équité dans les remplacements des agents absents, pour les agents qui se montrent davantage disponibles pour les besoins de remplacements.

La charte de l'absentéisme s'apparente à une consolidation de règles claires qui permettent de partager a priori les modalités de gestion des absences au travail, tout en établissant certaines limites dans la sollicitation des professionnels afin de remplacer les absents dans une logique de prévention de l'aggravation potentielle de l'absentéisme. Elle représente la totalité des droits et devoir des agents et de l'encadrement.

D'après les responsables du programme de recherche PHARES³¹, une telle charte de l'absentéisme cherche à atteindre un triple objectif : fixer des règles claires et connues de tous, les faire respecter dans un espace borné de réajustements, les faire évoluer.

³⁰ Voir Annexe 2

³¹ Sébastien DAMART, *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir*, 2015

B) Contenu de la charte de l'absentéisme

La charte de l'absentéisme doit établir les principes afférents à la gestion des absences en mettant en place une procédure récapitulant les différentes règles et étapes quant à la gestion des absences, qu'elles soient prévues ou imprévues. La charte mise en place par la Direction des Ressources humaines du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis institue une procédure en plusieurs phases.

En premier lieu, la procédure doit commencer par la référence au signalement des absences. La charte rappelle le caractère indispensable pour tout personnel qui ne peut assurer sa prise de poste telle que fixée par le planning mensuel, de l'information à son supérieur hiérarchique, par téléphone prioritairement et dans les plus brefs délais en rapport avec ses horaires de présence.

En deuxième lieu, la charte met en évidence un ordre des priorités, qui concerne essentiellement les agents des services de soins :

-Le cadre de proximité effectue une évaluation de la situation du service et de l'ampleur de la charge de travail de l'équipe. En fonction de ces éléments, il décide du besoin ou non de procéder au remplacement de l'agent absent et prend toutes les mesures organisationnelles rendues nécessaires par la situation.

-Si le remplacement apparaît indispensable, il est préférable de privilégier une solution à l'intérieur du service qui tend à moins affecter l'efficacité du travail dans la mesure où les agents connaissent déjà les patients.

-Cependant, dans l'urgence, ou face à l'impossibilité de trouver un agent du service, il est possible de faire appel à un agent d'un autre service, aux fins de pallier l'absence imprévue.

-En dernier ressort, le cadre peut appeler un agent (à domicile ou sur son portable). La charte rappelle toutefois que l'agent n'est tenu ni de répondre, ni d'accepter la demande de remplacement.

-Au cas où aucun remplacement n'est effectué, une procédure dégradée de gestion de l'absentéisme en service de soins est déclenchée.

En sus de la procédure relative à la gestion des absences, la charte de l'absentéisme doit souligner que les agents disposent de droits, tels que le droit de se voir fournir leurs plannings suffisamment à l'avance (pré-positionnement dans un planning 15 jours au moins à l'avance), avec la possibilité d'échanger entre agents d'un même service, dans les 15 jours, avec validation du cadre et, concomitamment, la possibilité pour l'encadrant d'accomplir des modifications jusqu'à un délai de prévenance de 48 heures à l'avance, avec l'accord de l'agent.

La charte de l'absentéisme peut également mettre en évidence les règles et possibilités pour l'agent qui prévalent en cas de retour au travail après une absence : elle peut ainsi mentionner la nécessité de prévenir le plus tôt possible de sa reprise. La Charte évoque également les visites de pré-reprise et les entretiens de retour effectués par les cadres de proximité.

C) Modalités de suivi et d'évolution de la charte

Dans la mesure où la charte de l'absentéisme constitue un outil d'organisation de la gestion de l'absentéisme à l'hôpital, il peut être opportun d'en effectuer régulièrement un bilan et une évaluation et, le cas échéant, de faire évoluer les règles qu'elle contient, selon les objectifs de l'établissement et de sa situation. Ainsi au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, le Comité de suivi de la mise en œuvre du Plan de réduction et de prévention de l'absentéisme assurera-t-il un suivi de la bonne application et applicabilité de la charte et décidera d'éventuelles modifications de ce document.

2.3.2 Une communication renforcée sur la situation de l'absentéisme

Les agents sont les premiers concernés par l'absentéisme, d'autant plus qu'ils en subissent parfois eux-mêmes les conséquences négatives. Il importe par conséquent de les sensibiliser aux impacts de leur absence pour l'hôpital afin de faire diminuer le taux d'absences.

La communication sur l'absentéisme apparaît efficace dans la mesure où elle concourt à la prise de conscience collective que, d'une part, le « surabsentéisme » ne constitue pas une situation normale et que, d'autre part, il a des conséquences en matière de dysfonctionnements dans le service ou dans l'établissement hospitalier. Une communication structurée sur l'absentéisme tend à réduire de 0,5 à un point de pourcentage l'absentéisme pour maladie ordinaire dans une structure ayant plus de 11 jours d'absences en moyenne par salarié par an³².

Dans le cadre de la communication sur l'absentéisme, il importe d'effectuer un rappel des règles en réévoquant les consignes en cas d'absence (la personne à prévenir, téléphoner soi-même le plus tôt possible, apporter dans les temps un justificatif de l'absence, etc.). Il est également essentiel de souligner que l'absentéisme provoque un certain nombre d'incidences négatives pour l'agent et pour le service, notamment le coût direct des absences, le coût indirect en matière de performance et de qualité, voire de maintien de la position concurrentielle du service par rapport à un service relevant de la même spécialité dans une clinique dans un autre hôpital public, le report de charges de travail sur les agents présents, une difficulté accrue pour les agents à pouvoir disposer de leurs congés, de leurs RTT et autres repos compensateurs, du fait des modifications de plannings induites par les absences, voire le risque de désocialisation des agents trop souvent absents. Il convient ainsi de sensibiliser les agents par une campagne d'information (affichage des taux d'absentéisme dans les services, impacts économiques, mode de calcul, etc.) et l'envoi d'un document accompagnant les bulletins de salaires. La Direction des Ressources humaines du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis va ainsi rédiger une lettre d'information à destination des agents sur la situation de l'absentéisme, ses coûts, la réglementation relative aux absences et les principales mesures incluses dans le Plan de réduction et de prévention de l'absentéisme qui sera couplée dans les bulletins de salaires à l'automne 2017. Cette action sera reproduite chaque année.

Cette communication et le rappel des règles doivent être également la tâche de l'encadrement intermédiaire, les managers de proximité (cadres de santé et encadrants des services administratifs et techniques).

Ceux-ci ont une fonction majeure de rappel des règles et usages aux agents régulièrement absents. Le cadre a, à cet égard, un rôle important à exercer dans le combat contre l'absentéisme à travers un suivi régulier des absences des agents placés sous son autorité. Dans le but d'accompagner les encadrants dans cette mission, il est nécessaire que des procédures de suivi et d'alerte soient élaborées et diffusées aux encadrants et aux agents. Il peut s'agir, à titre d'exemple, de questionner de façon systématique l'agent sur son absence non prévue, sur sa durée, sa justification, sur la transmission de l'arrêt de travail. La finalité est d'indiquer à l'agent que sa présence s'avère non seulement obligatoire, mais aussi souhaitée par son cadre, que ce dernier lui témoigne de l'intérêt, que son absence est ressentie dans le service. S'agissant des absences répétées, le cadre doit aller au-delà et prévoir une rencontre avec l'agent à dessein d'approfondir et déceler les raisons de ces absences, sous la forme notamment d'un entretien de retour à l'emploi. Ainsi les managers de proximité ont-ils pour première mission de rappeler et d'expliquer ces règles. Il importe également qu'ils les appliquent équitablement aux agents absents.

La définition et le rappel des règles par le cadre doit se doubler d'une démarche de communication insistant sur cette démarche de lutte contre l'absentéisme en sensibilisant sur l'impact des absences. Il s'agit non de stigmatiser les comportements mais bien davantage de viser la « résolution du problème ». Une communication sur l'absentéisme de la part du cadre à son

32 SIA Partners, « 30 actions pour lutter efficacement contre l'absentéisme », 2016

équipe ne peut être efficace qu'à certaines conditions³³. Il importe, en premier lieu, d'évaluer toutes les idées reçues pour éviter que les agents aient un a priori. En deuxième lieu, il est nécessaire de faire preuve de transparence en ouvrant le débat sur la réalité de l'absentéisme, ses conséquences sur l'organisation et sur l'ambiance entre agents. Enfin, il convient d'écouter et d'entendre le point de vue des agents sur ce sujet ainsi que leurs idées pour, à défaut de réduire le phénomène, mieux y faire face.

2.4 Renforcer le suivi et l'accompagnement des professionnels dans le but d'éviter les absences

2.4.1 Mettre en place des entretiens de retour à l'emploi

A) Enjeux de l'entretien de retour

L'entretien de retour a pour objectifs de mieux cerner les motivations professionnelles de l'absentéisme hors motif médical, de préparer le retour de l'agent au sein du collectif de travail, aux fins qu'il ne retrouve pas les mêmes conditions de travail qui ont pu le cas échéant l'amener à se retirer du service en s'arrêtant de travailler, de déceler les éventuels signaux de malaise au travail ou de dysfonctionnement dans le service et de favoriser une réintégration durable et son maintien dans l'emploi tout en prévenant les absences dites « évitables ». Il doit être conduit avec comme finalité de mieux appréhender les problèmes vécus par l'agent. L'entretien de retour constitue le moment permettant de discuter avec l'agent de ce qui ne va pas et a pu induire l'absence : surcharge répétée de travail, problèmes de santé, mauvais état d'esprit au sein du collectif, démotivation, matériel inadapté, problème d'ergonomie, etc. Plus globalement, un tel entretien de retour à l'emploi a pour dessein de fournir à l'agent, par le biais de la procédure qui devra être suivie pendant l'entretien, la possibilité de faire un retour sur l'organisation en s'interrogeant sur différents facteurs : quelles difficultés ou insuffisances a-t-il pu rencontrer ou ressentir dans son travail ? Quels dysfonctionnements a-t-il perçus ? Quels aspects de coordination ou de réalisation de son activité ont-ils été problématiques ? De ce fait, l'entretien de retour concourt à une meilleure appréhension de l'origine des arrêts de travail : sont-ils le signe d'une fragilité individuelle, d'une difficulté à faire face à ses tâches professionnelles ou encore de difficultés relationnelles avec des collègues ou avec l'encadrant ?

Les auteurs de l'ouvrage issu du programme de recherche PHARES³⁴ considèrent que la procédure relative à l'entretien de retour a en fin de compte pour finalité de replacer le professionnel soignant de retour d'arrêt « au centre du « redesign » organisationnel » : il s'agit, en mettant l'agent au cœur de son organisation en tant qu'acteur, et non plus passif par rapport à cette organisation, d'instituer un moment privilégié de création d'une nouvelle posture pour les agents.

S'agissant d'une absence de longue durée, l'entretien de retour permet d'écouter l'agent évoquer les conséquences de son état de santé, dans le but d'en tirer des enseignements pour l'avenir.

Il s'agit également de l'occasion permettant d'évoquer avec l'agent les modalités de sa réinsertion dans l'organisation du service.

L'entretien de retour permet in fine de remédier aux éventuels dysfonctionnements existants dans le service en agissant notamment sur les facteurs d'organisation.

33 Pascal GALLOIS, *L'absentéisme. Comprendre et agir*, 2015

34 Sébastien DAMART, *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir*, 2015

B) Procédure et modalités de l'entretien

Il importe pour un établissement public de santé, dans le cadre d'une démarche de mise en place des entretiens de retour à l'emploi, de créer une procédure qu'il convient de décrire dans un guide d'entretien diffusé à l'ensemble des cadres de l'établissement, détaillant les différentes modalités de mise en œuvre de l'entretien.

Il est fondamental, en premier lieu, dans un tel document, de préciser les différentes catégories d'agents concernés par l'entretien de retour. A cet effet, le choix a été fait au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis de soumettre les agents suivants à un tel entretien :

-les agents ayant connu des arrêts de manière récurrente sur une courte période, par exemple plus de 3 arrêts courts de moins d'une semaine, consécutifs ou non, en moins d'un quadrimestre, cette modalité devant être encore avalisée par le Comité de suivi de la mise en œuvre du Plan de réduction et de prévention de l'absentéisme.

-Les agents revenant de plusieurs arrêts de travail intervenant peu de temps après un arrêt long, supérieur à 21 jours ;

-ou juste après une reprise par le biais d'un temps partiel thérapeutique

-Les agents revenant d'un arrêt de longue durée (le Comité de suivi devra encore déterminer le nombre de jours d'arrêt au-delà desquels un tel entretien sera déclenché, 21 ou 30 jours).

L'entretien de retour doit être réalisé le jour du retour ou le lendemain au plus tard, par le supérieur hiérarchique direct (cadre de proximité) ou, à défaut, par le supérieur hiérarchique situé au-dessus du cadre de proximité (cadre supérieur de pôle pour les agents des services de soins).

L'entretien peut durer entre 30 et 45 minutes. S'agissant de son contenu, il doit permettre d'évoquer tant les conditions de reprise du travail, avec de possibles aménagements du poste repris (remise à niveau, formation, stage sur le nouveau poste proposé, conditions de travail) que les éventuels freins à la reprise du travail et les représentations de l'agent sur les problèmes et insuffisances d'organisation dans le service : dysfonctionnements, conditions de travail, pénibilité, stress, etc.

Il est en outre essentiel que le cadre fasse état au début de l'entretien des événements importants intervenus au cours de l'absence de l'agent, tels que les éventuels mouvements de personnels, la mise en place de nouvelles procédures, des évolutions et modifications ayant trait aux projets du service, etc. S'agissant d'un entretien de retour pour un agent ayant des absences répétitives de court durée, le cadre peut évoquer également tout ce qui s'est passé au cours de la dernière absence de l'agent : réunion d'équipe/de service manquée, événement particulier, etc. Il doit en outre évoquer les modalités relatives au remplacement de l'agent durant son absence (moyens au sein du service, recours à des heures supplémentaires, à l'intérim, à un professionnel en CDD). En outre, afin de faciliter la réintégration de l'agent, il est opportun de lui communiquer au cours de l'entretien sa fiche de poste, lui rappeler les différentes missions qui lui incombent dans son exercice professionnel, tout en lui fixant le cas échéant des objectifs pour la période à venir.

Les responsables du programme PHARES recommandent de prévoir une démarche de capitalisation des entretiens de retour. Cela correspond en effet à un élément essentiel de l'élargissement des représentations des encadrants sur l'organisation et les conditions de travail dans leurs services. De fait, face aux événements qui surviennent et aux éventuelles perturbations qui peuvent en découler, les agents du service peuvent se trouver dans des situations difficiles. Certains professionnels peuvent être individuellement mis en difficulté et être confrontés à un épuisement dans des situations d'isolement qui provoquent des absences. Dès lors, l'entretien de retour tend à constituer un outil pour l'encadrant afin de lui donner la possibilité de discerner les causes ayant trait à l'organisation dans la gestion, a posteriori, des situations d'absences individuelles.

Afin que cette démarche de capitalisation permette d'identifier, le cas échéant, des difficultés organisationnelles plus globales affectant plusieurs services au sein d'un même pôle ou de plusieurs pôles, il est recommandé de traduire le contenu de l'entretien en un compte-rendu établi par l'encadrant, rendu anonyme, ne contenant aucune information individuelle sur l'agent concerné. Ce compte-rendu doit, au contraire, mettre en évidence les raisons à caractère organisationnel. Un modèle de fiche doit être élaboré, ce qu'il est pertinent d'effectuer dans le cadre d'un groupe de travail pluriprofessionnel. Au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, ce modèle de fiche va ainsi être élaboré très prochainement par le groupe de travail relatif à l'absentéisme. Il est ensuite judicieux de transmettre ces fiches d'entretien, à l'issue de l'entretien, au cadre supérieur de pôle, au chef de pôle, au cadre administratif de pôle et à la Direction des Ressources humaines.

Il apparaît important de formaliser le déroulement et le contenu des entretiens de retour dans le but de pouvoir s'y reporter dans le suivi du retour de l'agent voire pour approfondir l'analyse des conditions d'absence des agents.

Qui plus est, il est primordial de mettre en place des formations des cadres à l'entretien de retour afin qu'ils conduisent celui-ci de manière positive pour instaurer un véritable dialogue avec l'agent et dans le but d'éviter les dérives et de veiller à l'harmonisation des pratiques. Ces entretiens doivent être conduits avec discernement pour qu'ils ne soient pas vécus comme des interrogatoires par les agents et qu'ils ne se révèlent ainsi pas contreproductifs.

In fine la démarche de mise en place des entretiens de retour favorise une compréhension améliorée des absences et du lien avec la vie professionnelle ainsi qu'une reconnaissance accrue de l'agent revenant d'un arrêt, en lui témoignant l'intérêt que l'encadrement et l'hôpital lui accordent.

La mise en place des entretiens de retour apparaît comme une mesure incontournable pour réduire et prévenir l'absentéisme en permettant d'éviter les absences ultérieures des agents ayant fait l'objet d'un tel entretien. Fortement préconisée par la littérature théorique, comme les responsables du programme de recherche PHARES, une telle mesure a été déployée par la majorité des établissements publics de santé s'étant lancés dans une démarche de réduction de l'absentéisme et est reconnue comme efficace à condition que les entretiens de retour soient menés de façon adéquate par les encadrants.

2.4.2 Autres mesures de suivi et d'accompagnement

A) Accompagner les professionnels réintégrant leur poste de travail

Il est essentiel de veiller au maintien d'un contact tout au long de l'absence de longue durée aux fins de s'enquérir de l'état de santé de l'agent, mais aussi de lui communiquer des informations sur l'hôpital et sur le service dont il fait partie.

Le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis a prévu dans son Plan de réduction et de prévention de l'absentéisme d'assurer la sensibilisation de l'ensemble des professionnels du service dont fait partie l'agent absent revenant d'un arrêt dans le but de rendre plus aisée sa réintégration. La finalité de cette mesure est que le collectif de travail contribue à l'accueil de l'agent et prenne en considération les éventuelles limites/restrictions de ses fonctions, sans stigmatisation. Il s'agira, par cette action, d'informer les agents du service de l'ensemble des informations utiles sur l'agent réintégrant le service, dans le respect du secret médical et de la protection de la vie privée : horaires aménagés pour la poursuite des soins, l'adaptation du poste et/ou les modalités accordées (temps partiel thérapeutique, par exemple).

La Fédération hospitalière de France, dans la fiche 4 bis de son Kit Phares publiée en février 2017, recommande en outre de mettre en place des groupes de remotivation rassemblant les professionnels absents pour motif de santé (absences longues ou périodiques) et réintégrant le

service. L'organisation de tels groupes conduits par des personnes formées à cet effet vise à valoriser ce que l'exercice professionnel apporte dans l'épanouissement individuel à dessein de favoriser une réintégration durable. Ces groupes peuvent permettre d'identifier des leviers de motivation professionnelle. La mise en place de tels groupes a fait l'objet d'un débat au sein du groupe de travail relatif à l'absentéisme au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis. Cette solution n'a finalement pas été retenue en raison d'une crainte des cadres de santé membres du groupe de travail que la mise en place de ces groupes de remotivation s'apparente à du « flicage ».

B) Permettre le maintien dans l'emploi des agents

Le maintien de l'employabilité constitue à l'heure actuelle un défi majeur auquel sont confrontés les DRH hospitaliers eu égard au nombre croissant d'agents ayant des restrictions médicales.

Il importe de ce fait de rechercher l'affectation des agents qui font l'objet de restrictions médicales sur des postes aménagés afin de faciliter leur réintégration et d'éviter des absences prolongées et ultérieures.

De même, il est opportun d'envisager le reclassement des agents reconnus comme inaptes à l'exercice de leurs fonctions en tenant compte des conséquences financières consubstantielles à cette procédure, conséquences pouvant être significatives lorsque le régime indemnitaire est important (cas des aides-soignants).

Globalement, ce reclassement doit s'inscrire dans une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, afin de permettre à l'agent de s'intégrer dans son nouveau métier³⁵. Il ne s'agit pas seulement de fournir à l'agent un nouveau grade, il est primordial de lui octroyer toutes les chances d'exercer une nouvelle profession dans des conditions qui peuvent se révéler difficiles, comme dans la situation fréquente de passage d'un métier soignant à un métier administratif. Il importe donc d'élaborer un véritable parcours individuel permettant à l'agent de développer les compétences indispensables pour assurer son intégration dans son nouveau métier.

Il est judicieux, afin d'assurer un retour à l'emploi durable des professionnels absents, de mettre en place une commission d'accompagnement et de maintien dans l'emploi et de prévention des inaptitudes. Cette commission vise à proposer des mesures individuelles afin de garantir un maintien dans l'emploi d'une personne ayant des restrictions, de prévenir les inaptitudes et de reclasser certains agents. Ce groupe de maintien dans l'emploi est informé des situations individuelles qualifiées de complexes. Il a pour rôle de vérifier l'adéquation des inaptitudes avec les postes disponibles, et peut proposer des mobilités professionnelles selon les compétences exigées. Elle a connaissance des dispositions réglementaires afférentes au reclassement. Une telle commission se doit d'être composée de façon pluridisciplinaire. Elle rassemble ainsi nécessairement les médecins du travail, des représentants de la Direction des Ressources humaines (gestionnaire, service social du personnel, responsable formation continue), un psychologue du travail, un représentant de la Direction des soins et des représentants de l'encadrement.

2.5 Résoudre l'absentéisme à travers une politique globale de prévention visant à améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail

Les mesures préventives de l'absentéisme peuvent être axées sur la personne, elles permettront alors d'aider les agents à travailler et les inciter à travailler. Mais, bien davantage, les mesures préventives peuvent être également axées sur l'organisation du travail, en œuvrant à la réduction

35 Interview de Jean-Marie Barbot, in *Actualités JuriSanté* n°82, Avril-juin 2014

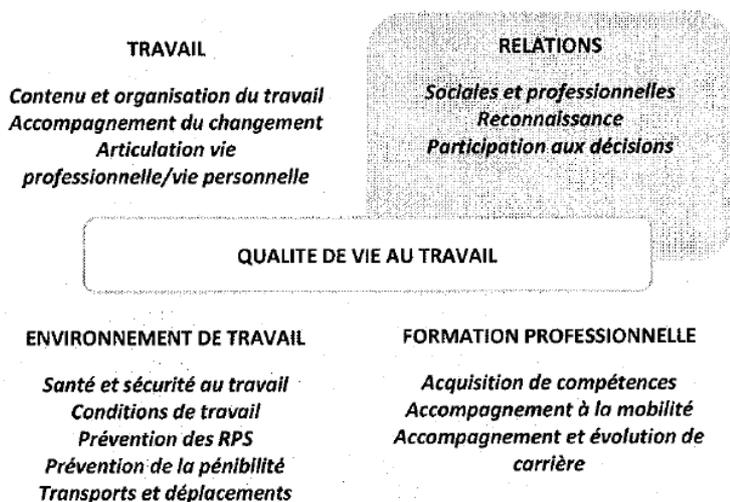
voire à la suppression des facteurs professionnels générateurs d'absentéisme et liés à des problèmes ayant trait à la sécurité, à la santé, au stress et aux conditions de travail.

2.5.1 Inscrire ces mesures dans une démarche de qualité de vie au travail

Selon l'Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013, la QVT « peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué ». La qualité de vie au travail concourt à l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les agents et à la performance collective de la structure.

Le projet d'accord-cadre sur la qualité de vie au travail dans la fonction publique du 12 janvier 2015 retenait quant à lui la définition suivante : « La notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples, qui touchent les agents individuellement comme collectivement et permettent, à travers le choix des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail, de concilier la qualité des conditions de vie et de travail des agents et la qualité du service public. L'amélioration de la qualité de vie au travail est une démarche qui regroupe toutes les actions permettant d'assurer cette conciliation. Il s'agit d'un processus social concerté permettant d'agir sur le travail (contenu, organisation, conditions, contexte) à des fins de développement des personnes et des services ».

Dès lors, la démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail réside dans la définition d'un cadre de travail ouvert renforçant le partage de l'information et les échanges entre agents et entre les agents et leur hiérarchie, la mise en place d'une organisation du travail respectueuse des temps personnels, l'adaptation des modes de management afin d'améliorer la coordination et le soutien des agents au sein des collectifs de travail, et le fait de donner du sens à l'action du collectif à travers l'écoute et la responsabilisation, tout en favorisant la participation des agents aux choix et aux décisions.



Champ de la qualité de vie au travail

Source : Projet d'Accord-cadre sur la qualité de vie au travail dans la fonction publique du 12 janvier 2015

Une démarche de qualité de vie au travail à l'hôpital, outre l'amélioration de l'engagement et de la motivation professionnelles des agents, a pour enjeu la réduction in fine de l'absentéisme.

2.5.2 Assurer la prévention des risques professionnels

Les enquêtes de mai 2012 de la SOFCAH et de 2010 de la DARES sur les risques professionnels mettaient en lumière le fait que les agents de la fonction publique hospitalière sont davantage concernés par les risques professionnels du fait d'horaires atypiques, des agressions de la part du public dans le cadre du travail et sont plus fréquemment exposés à des produits chimiques et des agents biologiques.

La prévention des risques professionnels, qui représentent une cause importante de l'absentéisme, doit s'appuyer sur l'élaboration et la mise à jour régulière du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Même si les mesures de prévention collective doivent être de manière prioritaire mises en place par rapport aux mesures individuelles, il est malgré tout essentiel pour un établissement hospitalier de prévoir, pour certaines catégories d'agents, le port d'équipements de protection individuelle (EPI). On entend par là des équipements portés par l'agent et qui concourent à la santé et à la sécurité au travail : gants de protection, lunettes ou chaussures de sécurité, protection respiratoire... Les EPI peuvent être classés en trois grandes catégories : les équipements de travail couvrant les risques mineurs (classe I) ; les équipements de protection spécifique pour les risques importants (classe II) ; les équipements de sécurité (classe III) pour les risques graves à effets irréversibles ou mortels (classe III).

Afin de garantir l'effectivité du recours par les agents concernés aux EPI, l'établissement hospitalier se doit de favoriser le choix des EPI les plus adaptés aux risques encourus et compatibles entre eux, la fourniture gratuite et individuelle de l'EPI, l'information, voire la formation, des agents utilisateurs a minima par des fiches de consignes d'utilisation, la vérification du port effectif et conforme aux règles d'utilisation des EPI par les agents concernés, la maintenance et la vérification périodique des EPI ainsi que le remplacement des EPI détériorés³⁶.

En sus des actions régulières conduites pour assurer le recours aux EPI, le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis a décidé de renforcer la sensibilisation au port des EPI dans le but d'accroître l'utilisation par les agents concernés de ces équipements et d'attirer leur attention sur l'impact du port des EPI en matière de prévention des absences au travail. Il importera dans ce cadre d'optimiser l'utilisation par les agents des équipements de protection individuelle en redéfinissant l'ensemble des EPI exigés et en rappelant les consignes sur leur port, par le truchement notamment d'un travail d'évaluation et de rédaction de notes de service. Le Plan de réduction et de prévention de l'absentéisme du CHIAP prévoit, en outre, la réalisation par les médecins du travail d'un travail d'évaluation du port des EPI grâce à l'analyse des déclarations d'accidents du travail ou lors du remplissage des déclarations d'AT en vue de prévenir les AT/MP en lien avec les équipements inadaptés ou le non-port des EPI.

2.5.3 Prévenir l'apparition de troubles musculo-squelettiques

L'amélioration des conditions de travail passe par la prise en compte des risques physiques et des risques psychosociaux consubstantiels aux métiers soignants. Cette amélioration permet d'accroître le bien-être des agents, de lutter contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Il s'agit principalement de prévenir les arrêts maladie de longue durée.

La branche accident du travail-maladie professionnelle a constaté, en 2009, que les TMS constituent la première cause de maladie professionnelle reconnue et que leur nombre s'est accru d'environ 18 % par an depuis 15 ans.

Le développement des TMS est induit, généralement, par une combinaison, dans le contexte professionnel, de facteurs psychosociaux et de risques biomécaniques. Peuvent être notamment mis en cause une très forte sollicitation des articulations se caractérisant par des paramètres

36
2014

René Canfin-Doco (dir.), *Lutter contre l'absentéisme : outils et méthodes*,

comme la force, la répétitivité ou la posture, l'environnement physique du poste de travail, la perception subjective par l'agent de son environnement et de ses conditions de travail, telles que la monotonie, le caractère répétitif, les contraintes temporelles, l'appauvrissement du contenu des tâches, le manque d'autonomie, le stress.

Dans les services de soins, et notamment dans les services gériatriques où l'absentéisme est le plus élevé, les TMS peuvent être en particulier liés au port de charge. A titre d'exemple, une étude réalisée par un médecin du travail sur les conditions de travail dans un EHPAD des Côtes-d'Armor révèle que les aides-soignants de cet établissement parcourent en moyenne 4,6 kilomètres par jour, qu'ils réalisent plus de cent manutentions quotidiennes (déplacements au fauteuil, levages, transferts, soulèvements ou maintien) pour un poids moyen des résidents de 60 kg.

Afin de prévenir les troubles musculo-squelettiques et les pathologies dorsolombaires, l'hôpital peut mettre en place des actions diverses, telles que des études ergonomiques, des formations gestes et postures, l'achat de petits équipements permettant de soulager le port de charge ou la répétition de certains gestes, notamment les lève-malades, faire évoluer les procédures et techniques de travail, procéder à des aménagements des postes de travail, voire des locaux.

Il importe dès lors de prévoir un effort d'investissement pour compléter les dotations en matériel adapté (lève-malades, chaises de pesée). Ainsi le Centre hospitalier Aix-Pertuis a fait l'acquisition de plusieurs lève-malades. Toutefois, il apparaît que dans certains services, le matériel d'aide à la manutention n'est pas suffisamment utilisé par les agents car ils n'ont pas nécessairement connaissance de l'existence d'un tel matériel ou n'en éprouvent pas la nécessité. Afin d'optimiser l'utilisation de l'ensemble du matériel de prévention et d'aide à la manutention, il conviendra, au CHIAP, dans le cadre du Plan de réduction et de prévention de l'absentéisme, d'effectuer un recensement du matériel à disposition de chaque service et d'évaluer son utilisation par le biais d'un questionnaire. Il s'agira de déterminer si l'établissement possède du matériel de prévention et d'aide à la manutention en nombre suffisant et dans quelle mesure il fait l'objet d'une utilisation suffisante et adéquate par les agents des services de soin. En fonction des résultats du questionnaire, de nouveaux achats pourront être décidés ou une meilleure répartition entre les services. Le recensement sera réalisé par la formatrice Ergonomie du dos. Par ailleurs, il importera parallèlement de sensibiliser les personnels soignants et leurs cadres à l'utilisation du matériel de prévention et d'aide à la manutention dans le but d'accroître son utilisation et de faire comprendre aux agents l'impact de ce type de matériel en matière de prévention des absences et des accidents du travail et d'amélioration des conditions matérielles de travail. Cette sensibilisation pourrait prendre la forme d'envoi de notes de service dans les services disposant d'un tel matériel.

Ces investissements s'accompagnent de formations assurées par des formateurs internes à l'établissement, sensibilisant chaque agent aux techniques de lever limitant le développement de troubles musculo-squelettiques. Au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, une aide-soignante en reclassement a été formée il y a plusieurs années pour devenir formatrice « Ergonomie du dos », c'est-à-dire formatrice en manutention et en gestes et postures. Un module de formation autour des gestes, postures et manutention est proposé à l'ensemble du personnel. Des sessions régulières de formation en salle sont organisées à destination des soignants, des personnels techniques et des personnels administratifs. La formatrice peut également se déplacer dans les services à la demande du personnel afin d'adapter leurs gestes et l'utilisation du matériel à un cas particulier de patients (obésité, paralysie, etc.). Toutefois, il est apparu que cette formation fonctionnait de manière trop théorique, que les cadres de certains services de soins n'envoyaient jamais d'agents à cette formation et qu'un certain nombre de soignants estimaient n'avoir pas besoin de cette formation pour connaître les bons gestes et les bonnes postures. Le groupe de travail relatif à l'absentéisme a ainsi proposé d'intégrer au Plan de réduction et de prévention de l'absentéisme une reconfiguration de la formation Ergonomie du dos, en la faisant évoluer vers une formation de terrain sur le poste de travail, en faisant intervenir les formateurs Ergonomie du dos auprès des agents directement dans les services de façon régulière afin de les accompagner et de les suivre sur le poste.

L'ensemble de ces actions relatives à la lutte contre les troubles musculo-squelettiques et les accidents du travail peuvent toutefois présenter certaines limites. Il est tout d'abord malaisé de mesurer l'impact direct de ces actions sur l'absentéisme car elles produisent généralement leurs effets à long terme. En outre, lorsqu'un agent a une forte ancienneté dans son poste et se plaint de troubles musculo-squelettiques, il est souvent déjà tard pour agir. Ces actions jouent dès lors essentiellement sur le taux d'accidents du travail et à titre préventif. Par ailleurs, la mobilisation peut tendre à un certain essoufflement avec le temps. Il peut donc être opportun d'effectuer une remise à jour et une réactualisation de ces différentes actions.

2.5.4 Empêcher le développement de risques psychosociaux et y remédier

Les établissements publics de santé font à l'heure actuelle face à un certain nombre de contraintes pesant sur eux : l'intensification du travail liée aux organisations, les contraintes budgétaires, les pressions des normes réglementaires ou professionnelles visant à renforcer la qualité et la sécurité des soins face aux exigences croissantes des usagers. Ces facteurs organisationnels peuvent affecter la qualité de vie au travail et peuvent conduire à l'apparition de risques psychosociaux qui « recouvrent en réalité des risques professionnels d'origine et de natures variées, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et ont, par conséquent, un impact sur le bon fonctionnement des entreprises. On les appelle psychosociaux car ils sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail »³⁷. La définition des risques sociaux apparaît large dans la mesure où elle englobe aussi bien le stress professionnel, l'épuisement professionnel, ou encore les violences au travail.

La définition des risques psychosociaux a été stabilisée par le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux en 2011 : « Les risques psychosociaux sont définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ».

D'après la synthèse du travail de recherche « La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public et privé) » publié en février 2017, les manifestations les plus courantes et les plus dérangeantes de la problématique des risques psychosociaux à l'hôpital résident dans les absences au travail pour raisons de santé³⁸.

La montée en puissance des risques psychosociaux à l'hôpital est perceptible dans différents textes d'ordre législatif et réglementaire. Le socle du dispositif juridique applicable s'appuie sur le code du travail, applicable dans les établissements sanitaires et sociaux, notamment les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ». Pour l'hôpital, la circulaire n° DGOS/RH/491 du 23 décembre 2011 rappelle précisément les obligations en matière d'évaluation des risques professionnels.

La circulaire du Premier ministre en date du 30 mars 2014 relative à la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques souligne que les risques psychosociaux constituent des risques professionnels à part entière et qu'il convient dès lors de les intégrer dans les politiques de prévention et de la qualité de vie au travail des structures publiques. Cette circulaire requiert notamment la réalisation par chaque employeur public d'un diagnostic des facteurs de risques psychosociaux et son intégration dans les documents uniques d'évaluation des risques professionnels.

Le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis s'est lancé dans cette démarche avec pour objectif d'identifier des RPS par métier, de les inscrire dans le Document unique d'évaluation des risques professionnels, et de mettre en œuvre, en sus des mesures existantes en matière de lutte contre les RPS inscrites dans le cadre du Plan d'action relatif à la qualité de vie au travail et aux

37 Définition établie par le Ministère du travail

38 DGAFP, Etudes, Recherche et débats, « La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public et privé). Observations de terrains et analyses à partir de l'enquête Conditions de travail 2013 »

risques psychosociaux de 2013, un plan d'action destinée à lutter contre les facteurs de RPS par la mise en place de nouvelles mesures.

Agir pour prévenir les risques psychosociaux consiste, pour un établissement hospitalier, en la mise en place d'actions diverses permettant d'organiser la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire a pour dessein d'identifier et de supprimer les dangers dans les situations de travail dans le but de réduire les risques. La prévention secondaire, elle, vise à diminuer la gravité d'un danger que l'on ne peut empêcher. La prévention tertiaire, enfin, a pour but de réparer, empêcher la récurrence ou l'aggravation d'un danger déjà survenu.

Il importe, en premier lieu, de prévoir la mise en place de dispositifs d'écoute et d'accompagnement. Le premier niveau d'écoute et de veille repose sur le rôle du médecin du travail, de l'assistante sociale et/ou du psychologue du travail. La psychologue du travail peut ainsi effectuer un accompagnement psychologique individuel des agents en souffrance, en mal-être au travail ou ayant vécu un événement traumatisant sur leur lieu de travail.

Le Plan d'action relatif à la qualité de vie au travail et aux risques psychosociaux de 2013 du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis a, à cet égard, planifié le recrutement d'un deuxième médecin du travail dont le rôle en matière de prévention de l'absentéisme est bien plus large que la seule prévention des risques psychosociaux, et d'une psychologue du travail à temps plein.

Il est également possible d'instituer une alerte davantage structurée à travers, par exemple, la création d'un numéro d'appel disponible pour tous les agents de l'hôpital ou encore la structuration d'un réseau d'alerte et de veille à travers la désignation de référents au sein de chaque direction fonctionnelle administrative et de chaque service de soins ou pôle.

A la suite d'une alerte RPS, la phase d'accompagnement tant individuel que collectif peut s'accomplir. Différents acteurs (médecin du travail, assistante sociale, psychologue du travail, médiateurs internes ou externes) peuvent envisager de concert des mesures d'accompagnement de l'agent concerné à court et moyen termes.

Dans le cadre de la démarche de prévention des RPS au sein du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, une cellule de veille a été constituée, répondant à la fois au premier niveau d'alerte et d'écoute et au deuxième niveau d'accompagnement.

La cellule de veille s'apparente à un espace d'analyse et d'action qui a plusieurs objectifs. Elle a en premier lieu vocation à exercer un rôle d'alerte institutionnel et à identifier les situations de souffrance au travail relevant des risques psychosociaux, vécus par un agent, une équipe ou un service. Dans ce contexte, la cellule de veille vise à proposer des dispositifs de corrections et/ou des accompagnements appropriés, tant individuels que collectifs. En outre, elle effectue un bilan annuel présenté au CHSCT permettant un suivi des risques psychosociaux, mais également la définition d'une politique de prévention adaptée aux situations et aux risques identifiés. Dans le cadre de son rôle de traitement des situations de souffrance au travail, la cellule de veille RPS a pour mission d'élaborer un état des lieux des situations individuelles et/ou collectives à risque ou impliquant une souffrance au travail, d'analyser les situations de souffrance au travail par le biais d'indicateurs objectifs de risques psychosociaux, d'orienter, si nécessaire, vers d'autres professionnels de soutien, d'élaborer des préconisations, plans d'actions, mesures d'accompagnement appropriées et d'en assurer le suivi.

La cellule de veille RPS se compose d'une équipe pluridisciplinaire : la Directrice des Ressources humaines, une cadre supérieure de santé référente RPS, les médecins du travail et la psychologue du travail.

Tous les personnels (encadrement ou les représentants du personnel compris) concernés ou interpellés par une situation de souffrance au travail, peuvent solliciter l'un de ses membres. Ce dernier décide, après analyse de la situation, de réunir ou non la cellule. La cellule se réunit en outre une fois par mois afin d'échanger sur des situations professionnelles présentant un risque de

dégradation psychosociale. L'accord préalable de l'agent est recueilli en amont pour que sa situation soit traitée par la cellule.

En cas de nécessité, il importe de prévoir un accompagnement collectif qui peut être effectué par les psychologues du travail, les ergonomes, les éventuels préventeurs et autres conseillers en organisations, sous la forme d'audit des situations de travail ou encore de l'organisation ponctuelle de groupes de discussion, de régulation et de cohésion d'équipe, relatifs à certaines situations ou pratiques professionnelles au sein du service permettant de résorber les tensions existantes qui peuvent induire des absences au travail.

2.5.5 Développer la réflexion sur le travail et les pratiques à travers la mise en place d'une analyse des pratiques professionnelles

Il importe de mettre en place des sessions d'analyses des pratiques professionnelles conduites par un psychologue du travail dans le but de limiter l'épuisement des équipes. Il s'agit de proposer des espaces pour réfléchir aux pratiques professionnelles. Ces séances permettent d'ouvrir un cadre d'échanges autour des situations complexes dont la gestion pose problème au sein des services.

L'analyse des pratiques professionnelles entre pairs a notamment pour objectif d'échanger sur les difficultés et de mutualiser les bonnes pratiques professionnelles.

L'analyse des pratiques professionnelles peut s'effectuer sous différentes formes : réunions cliniques, supervisions ou analyse de la pratique dans les services de soin au niveau des équipes mais aussi entre pairs au niveau transversal. Le développement d'échanges et d'analyses sur les pratiques professionnelles entre équipes et entre pairs (par métier) est important car il permet de faire face à plusieurs facteurs de risques et de contraintes tels que la nature de l'activité induisant une forte mobilisation psychologique ainsi qu'une charge émotionnelle significative, notamment pour les personnels soignants en lien direct avec les patients ou encore les conséquences potentielles du travail sur autrui et la peur de mal faire.

L'analyse des pratiques professionnelles peut prendre la forme de l'organisation de groupes de codéveloppement. Ces groupes ont vocation à permettre d'offrir aux cadres un temps de réflexion sur leurs pratiques professionnelles et le cas échéant de les faire évoluer et leur donner la possibilité de développer des relations de confiance, de solidarité et de partage avec un groupe d'appartenance professionnelle. Les groupes de codéveloppement s'appuient sur une méthode pédagogique développée au Québec au début des années 1980 par Adrien Payette et Claude Champagne.

Le concept de codéveloppement repose sur le principe que le professionnel apprend de sa pratique en partageant ses expériences et ses difficultés avec ses pairs et en appliquant ses nouveaux apprentissages dans son milieu professionnel. Les groupes de codéveloppement ont pour finalité de permettre à chaque participant d'apprendre à être plus efficace dans sa pratique, de prendre un temps de réflexion et de recul sur sa pratique professionnelle, de créer un groupe d'appartenance professionnelle en brisant l'isolement, de consolider l'identité professionnelle des agents en apprenant aux pairs à mieux se connaître, de favoriser une dynamique d'entraide et de collaboration ainsi que de développer une vision globale de l'institution.

L'établissement de groupes de co-développement a été prévu dans le cadre du Plan Qualité de vie au travail et prévention des risques psychosociaux mis en œuvre par le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis à partir de 2013. La psychologue du travail de l'établissement a pour l'instant créé ces groupes pour les seuls encadrants. Un premier groupe a été mis en place, prennent la forme de la réunion de dix cadres soignants sans liens hiérarchiques qui se rencontrent une fois par mois pendant trois heures sur une période de six à douze mois. Ces réunions permettent aux cadres d'améliorer leurs pratiques professionnelles en apprenant les uns des autres tout en réfléchissant sur des problématiques qu'ils vivent dans leur quotidien professionnel (une situation difficile, des projets, des préoccupations, etc.).

Ces groupes de co-développement se déroulent de la manière suivante : à chaque séance, un participant nommé « client » choisit de présenter au groupe un aspect de sa pratique, une préoccupation qu'il estime importante (problème, projets, défis, etc.). Les autres participants appelés « consultants » l'accompagnent dans sa réflexion pour l'aider à enrichir sa compréhension et sa capacité d'action. Le « client » expose dans un premier temps sa problématique, puis les autres participants posent des questions d'information aux fins de bien appréhender la situation. Le client définit ensuite la demande de consultation. Les consultants réagissent, partagent leurs impressions, commentaires, suggestions, idées. Le client précise alors les principaux éléments retenus et formule un plan d'action. Le client et les consultants échangent ensuite sur leurs apprentissages. Un animateur externe, la psychologue du travail, accompagne le processus. D'une session à l'autre, des retours permettent de valider la mise en œuvre et la pertinence des actions proposées.

Le Plan de réduction et de prévention de l'absentéisme dont l'élaboration nous a été confiées et qui va être mis en œuvre progressivement au dernier quadrimestre 2017 a inclus l'élargissement des groupes au-développement à diverses catégories de professionnels. Il est ainsi prévu de mettre en place des groupes de co-développement dédiés aux cadres non-soignants, aux infirmières, aux aides-soignants et aux ASH.

2.5.6 Renforcer la reconnaissance au travail des agents et le sens du travail

Renforcer la motivation des équipes et leur bien-être au travail nécessite de donner du sens au travail en valorisant l'action quotidienne qui est conduite auprès des patients.

Il importe dans ce cadre de prévoir des mesures spécifiques aux agents des services hospitaliers (ASH) afin d'assurer la valorisation de leur travail. Au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, les ASH constituent la catégorie d'agents connaissant le plus fort taux d'absentéisme dans les services de soins. Or, eu égard au faible nombre d'ASH dans les services, la multiplication des absences de ce type d'agents entraîne des conséquences négatives significatives en matière d'organisation. Dès lors, il semble opportun de mettre en place des actions dédiées exclusivement aux ASH dans le but de consolider leurs conditions de travail par une meilleure formation et de favoriser la reconnaissance de leur travail. Ainsi, afin d'accompagner les ASH dans leurs fonctions au sein de l'établissement, une amélioration de leur formation est prévue. En premier lieu, la formation visant à les familiariser avec les procédures liées à l'hygiène, effectuée en lien avec l'Unité d'hygiène hospitalière, va être renforcée et aura lieu tous les semestres selon les besoins dans le but de coller au mieux au recrutement. En élevant le niveau de qualification, cette formation a deux objectifs : impliquer les agents dans le fonctionnement de l'établissement et leur fournir les outils pour accomplir efficacement les missions qui leur sont confiées. Qui plus est, la formation incluse dans le plan de formation de l'établissement portant sur la place de l'ASH dans l'institution va être totalement revue dans la mesure où elle apparaît relativement obsolète et où un certain nombre d'ASH de l'établissement l'ont déjà suivie. Enfin, afin de favoriser l'accompagnement au quotidien des ASH, il conviendra de conduire, dans le cadre du groupe de maintien dans l'emploi, une réflexion sur la définition d'un profil de poste d'agent en reclassement dont la mission serait consacrée à la formation et à l'accompagnement des ASH au quotidien.

En outre, la reconnaissance du travail des agents, notamment des personnels soignants, passe par l'octroi de conditions matérielles de travail adéquates en faisant en sorte que les agents disposent des instruments de travail adaptés pour leurs tâches. En effet, au cours des discussions du groupe de travail relatif à l'absentéisme, les cadres de santé participantes ont régulièrement fait état de difficultés liées au matériel, notamment de matériels cassés, en nombre insuffisant ou régulièrement défectueux, de nouveaux matériels ou produits inadaptés ou mal utilisés ou trop compliqués à utiliser par les agents du fait d'une méconnaissance de leur fonctionnement. Ainsi a-t-il été décidé, dans le cadre du plan de réduction et de prévention de l'absentéisme, et en accord avec la Direction des moyens opérationnels, à dessein de favoriser le choix de matériel adapté au service et à l'hôpital, d'accroître le périmètre de test de nouveaux matériels et/ou produits ainsi que le nombre d'agents testant le matériel au sein de ces services pilotes. Qui plus est, aux fins d'accompagner les agents à l'utilisation du matériel, notamment du matériel nouveau, il importera,

lorsqu'une commande de matériel non utilisé auparavant est effectuée, de mettre en place systématiquement une formation des agents des services concernés à l'utilisation de ce matériel, par exemple par un représentant de la société fournissant le matériel en question.

Par ailleurs, une piste consiste à recréer des collectifs de travail, dans le but de faire baisser le sentiment de solitude que d'aucuns peuvent connaître, gagner en convivialité et favoriser le sentiment d'appartenance à une équipe et les liens de solidarité. Une telle voie permet d'affermir le bien-être au travail des agents et contribue à l'amélioration de leurs conditions de travail, permettant ainsi de prévenir les absences au travail.

La reconnaissance de l'apport particulier de chacun des métiers soignants est en outre possible par le truchement de l'instauration progressive, dans tous les services, de réunions de service transdisciplinaires régulières (idéalement mensuelles). Ces réunions doivent rassembler médecins, soignants et professionnels paramédicaux. Ce temps partagé ouvre un espace de parole à chaque professionnel, quel que soit son grade et sa fonction, avec l'idée que chacun est à même d'apporter une information susceptible d'améliorer l'organisation et le fonctionnement du service. De telles réunions permettent en outre de renforcer la communication et les échanges entre professionnels autour de questions portant sur l'accueil des nouveaux arrivants, la mise en perspective de l'activité du service, la prise en charge des patients, l'organisation et les modalités de fonctionnement, la synchronisation des temps médicaux et non médicaux, l'identification de dysfonctionnements ou les projets de service. Au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, l'organisation de conseils de services réguliers sera incluse dans la négociation des futurs contrats de pôle. La systématisation de ces réunions correspond à l'engagement 6 de la Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, qui vise à redonner plus de place à l'écoute, à l'expression et aux initiatives individuelles ou collectives au sein des équipes. Au surplus, la participation systématique des ASH au staff quotidien et/ou hebdomadaire devra être recherchée.

2.5.7 Favoriser le bien-être au travail

Il peut être ainsi opportun de créer un espace ressource pour les professionnels, une sorte de maison des professionnels, qui consiste en un espace de rencontres entre professionnels pour faciliter le décroisement et permettre aux uns et aux autres d'échanger dans une ambiance conviviale. Dans cet espace, il est possible de prévoir des ateliers de prévention et gestion du stress, relaxation, sophrologie, yoga, massages, hypnose...

Les cours de sophrologie peuvent dans un premier temps être destinés aux infirmiers. De fait, ces professionnels sont en première ligne concernant les risques psychosociaux en raison de leur positionnement entre les cadres, les équipes, les médecins, les patients et leurs familles. Ces cours consistent en une initiation à des méthodes de relaxation destinées à permettre de prendre de la distance vis-à-vis des situations vécues et à gérer leur stress, conditions nécessaires à un exercice professionnel apaisé.

Favoriser le bien-être au travail à travers ces différents types d'ateliers et cours peut contribuer à l'amélioration des conditions de travail, et, par-là même, indirectement, à la réduction de l'absentéisme.

2.5.8 Prévoir des actions portant spécifiquement sur le management

Les cadres de proximité exercent un rôle déterminant sur l'absentéisme, participant aussi bien à le renforcer qu'à le diminuer. En effet, de mauvaises conditions de travail en lien notamment à des insuffisances de management s'apparentent à des causes souvent prépondérantes d'un absentéisme qu'il est alors possible d'assimiler à un retrait, à une défense des agents face à des situations de travail qu'ils considèrent comme difficilement supportables. Dès lors, les encadrants doivent être mobilisés et sensibilisés à cette thématique. Les cadres, en particulier les cadres de santé, exercent un rôle fondamental dans la gestion de l'absentéisme. Cependant, la fonction des cadres consiste aussi et surtout dans la prévention de l'absentéisme dont les causes individuelles et collectives sont plurielles. Dès lors, le cadre a un rôle important à accomplir aussi bien au

niveau du management stricto sensu qu'en matière de prévention des risques professionnels, et notamment celle des risques psychosociaux.

En premier lieu, les cadres ne connaissent pas précisément la somme des absences des agents dont ils ont la responsabilité. De ce fait, il importe de leur communiquer régulièrement les données relatives à l'absentéisme de leur service. En outre, afin de se comparer aux autres services et de produire une émulation, il est judicieux de diffuser les données à l'ensemble des cadres. Enfin, renforcer les formations en management constitue un moyen d'éviter ou de réduire les pratiques managériales propices à la production de l'absentéisme.

Ces actions ont pour objectif d'ancrer la place et le rôle du cadre, donner aux encadrants les outils pour mener à bien leur action tout en étant respectueux de la qualité de vie au travail.

Il importe d'améliorer les pratiques managériales en lien avec la qualité de vie au travail. Pour ce faire, il convient de sensibiliser les encadrants au fait qu'ils constituent des acteurs de la qualité de vie au travail des agents qu'ils encadrent. Ils doivent faire l'objet d'un accompagnement aux fins d'améliorer leurs pratiques managériales du point de vue de leur impact sur les conditions de travail des agents. La circulaire du Ministère de la fonction publique du 31 mars 2017 relative au renforcement de la politique de prévention et de contrôle des absences pour raison de santé dans la fonction publique recommande à cet égard également de veiller à ce que les cadres soient formés à la détection des signes pouvant montrer qu'un collaborateur se trouve en difficulté, dans le but de l'orienter dans de bonnes conditions vers une prise en charge adaptée de ses difficultés. Cette circulaire recommande fortement que les leviers de la formation des encadrants aux bonnes pratiques managériales en lien avec leur impact sur les conditions de travail et à la détection des signes de souffrance figurent bien dans les plans de formation continue des employeurs publics. En conformité avec la recommandation de la circulaire du 31 mars 2017, la Direction des Ressources humaines du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis a fait inscrire dans le plan de formation afférent à l'année 2018 une formation de l'encadrement à la détection des risques psychosociaux qui n'existait pas jusqu'alors.

La formation des encadrants peut également prendre la forme de l'organisation d'ateliers thématiques qui ne figurent pas dans le plan de formation de l'établissement et dont la finalité est de contribuer à donner aux cadres les bons outils pour mener à bien leur action, sous une forme d'accompagnement à la fonction managériale en lien avec les risques psychosociaux. A cet égard, le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis est actuellement en train de mettre des ateliers thématiques qui se dérouleront ponctuellement à destination des cadres, qu'ils soient soignants, techniques ou administratifs, et qui seront assurés par la psychologue du travail. Ces ateliers doivent permettre de mettre l'accent sur une notion de management ou une notion de psychologie, en donnant aux cadres la possibilité, sur une thématique donnée, de prendre du recul, de réfléchir, d'acquérir de nouvelles connaissances, d'échanger sur une notion entre pairs. Plusieurs thématiques ont d'ores et déjà été retenues : la justice organisationnelle, outil de management ; l'épuisement professionnel ; la détection des signes de souffrance au travail et la compréhension des mécanismes afférents ; la gestion des situations de violence et d'agressivité ; la gestion des conflits ; le repérage des pathologies psychiques au travail ; la cohésion d'équipe ; les leviers de la reconnaissance. Ces ateliers thématiques ont notamment pour objectif, conformément au deuxième engagement de la Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail portée par le Ministère de la Santé, de donner à l'encadrement les outils pour faciliter le repérage, par le collectif de travail, des professionnels en situation de fragilité sur le plan psychosocial, et de développer l'attention portée à chaque professionnel en renforçant le management d'équipe.

Il est en outre primordial de favoriser les espaces et temps collectifs d'échanges entre cadres de même niveau hiérarchique dans la mesure où ces échanges permettent de capitaliser les bonnes pratiques professionnelles entre encadrants³⁹. En outre, ils sont l'occasion d'identifier des facteurs de reconnaissance pour le personnel en s'interrogeant sur la signification du travail bien fait et sur

39 Centre hospitalier spécialisé Saint-Cyr au Mont d'Or, *Plan de prévention des risques psychosociaux et d'amélioration de la qualité de vie au travail*, 2015

la manière de le valoriser en tant que cadre. Ces échanges entre managers représentent un moyen de discuter de comment apporter des réponses en ce qui concerne le sentiment de manque de reconnaissance et de considération des agents. Enfin, ils permettent de diminuer le sentiment d'isolement pouvant être ressenti par les cadres. A cet égard, la DRH et la Direction de soins du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis vont tenter de mettre en place un collectif cadre afin de favoriser l'émergence d'une culture cadre.

Conclusion

En définitive, eu égard à ses importantes conséquences négatives, la problématique de l'absentéisme tend à constituer un enjeu essentiel pour les directeurs d'hôpital, qu'il soient chef d'établissement ou directeur des ressources humaines, qui ne doivent pas seulement déployer des leviers de lutte contre l'absentéisme qui ne permettent pas à eux-seuls de combattre le phénomène mais doivent bien davantage assurer sa prévention en l'inscrivant dans un cadre plus global d'amélioration des conditions de travail et de promotion de la qualité de vie au travail, en veillant notamment à la prévention des risques et au renforcement du bien-être au travail des agents et à la reconnaissance de leur travail. Il s'agit somme toute d'agir à la racine sur les facteurs déclenchant des absences au travail à l'hôpital, notamment les conditions matérielles et non matérielles de travail ou bien encore la motivation et la satisfaction des agents au travail. Le directeur d'hôpital doit savoir mobiliser autour de ce sujet, et accompagner les personnels de l'établissement, et principalement les cadres de proximité, dans les évolutions et les changements. La démarche de réduction et de prévention de l'absentéisme doit devenir une véritable politique institutionnelle qui s'inscrit dans la durée et qui fédère le plus grand nombre possible d'acteurs de l'établissement, et avant tout les agents.

Il importe toutefois de souligner qu'il est malaisé de mesurer l'impact pris isolément de chaque action sur l'absentéisme ainsi que d'observer à court terme les effets sur le taux d'absentéisme de l'hôpital des différentes mesures mises en place. En effet, les liens entre une mesure et la diminution espérée des absences au travail apparaissent très complexes. Tout d'abord, dans la mesure où l'absentéisme résulte d'un ensemble d'explications cohérentes imbriquées entre elles, les moyens à travers lesquels combattre l'absentéisme sont nécessairement nombreux et protéiformes. En outre, parvenir à évaluer de manière précise l'impact qu'a pu induire une action précise sur l'absentéisme semble illusoire, parce que chaque action interagit, par le biais d'un jeu complexe, avec le reste de l'organisation⁴⁰. Par ailleurs, certaines actions peuvent parvenir à remédier aux causes génératrices d'absentéisme sans que cela influence directement le taux d'absentéisme. Qui plus est, la majorité des mesures figurant dans un plan de réduction et de prévention de l'absentéisme, ayant comme finalité d'agir sur les facteurs d'augmentation de l'absentéisme, par le biais d'une amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail, ne produiront un effet sur l'absentéisme qu'à moyen ou long terme en instituant une dynamique d'organisation aux effets bénéfiques : restauration d'un dialogue social facilité, accroissement de la satisfaction au travail des agents, et corrélativement de leur bien-être et de leur engagement au travail, amélioration de la qualité des soins ou encore amélioration de l'efficacité des établissements⁴¹.

⁴⁰ DAMART Sébastien et al., op. cit.

⁴¹ Ibid.

Bibliographie

*Documents

Actualités JuriSanté n°82, Avril-juin 2014

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2017, « Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2015 »

Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis, Bilans sociaux 2012 à 2016

Centre hospitalier spécialisé Saint-Cyr au Mont d'Or, *Plan de prévention des risques psychosociaux et d'amélioration de la qualité de vie au travail*, 2015

DGAFP, Etudes, Recherche et débats, « La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public et privé). Observations de terrains et analyses à partir de l'enquête Conditions de travail 2013 »

Kit PHARES de la Fédération hospitalière de France

« L'absentéisme. Outils et méthodes pour agir », Le guide ANACT

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, « La prévention de l'absentéisme sur le lieu de travail », 1997

LACHMANN Henri LAROSE Christian, PENICAUD Muriel, Rapport sur le Bien-être et l'efficacité au travail, 2010

Ministère de la Santé, Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, Prendre soin de ceux qui nous soignent, décembre 2016

SIA Partners, « 30 actions pour lutter efficacement contre l'absentéisme », 2016

*Ouvrages

BOUVILLE G. (2010), « La progression de l'absentéisme : nouveaux comportements des salariés ou nouvelles contraintes organisationnelles ? », Congrès AGRH

BOUVILLE G. (2010), « L'influence de l'organisation et des conditions de travail sur l'absentéisme. Analyse quantitative et étude de cas », Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université de Rennes 1

CANFIN-DOCO René (dir.), *Lutter contre l'absentéisme : outils et méthodes*, 2014, Territorial Editions

DAMART Sébastien et al., *L'Absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : Comprendre et agir*, 2014, Presses des Mines

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

GALLOIS Pascal (2015), *L'absentéisme comprendre et agir*, Editions de Liaison, Paris

LETEURTRE Henri (1991), *L'audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, Berger-Levrault

MEULEMAN François (2011), *Vaincre l'absentéisme*, Dunod

MONNEUSE Denis (2015), *L'absentéisme au travail : de l'analyse à l'action*, Afnor

ROUSSEAU Thierry (2012), *Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence*, Anact

THEVENET M. (1992), *Impliquer les personnes dans l'entreprise*, Liaisons, Paris

*Articles

BARBOT Jean-Marie, « L'Absentéisme à l'hôpital : diagnostic et moyens d'actions », *Santé RH*, Septembre 2014, p11-15

BUREAU N. & GENIN M-G. (1981), « Absentéisme du personnel soignant », *Gestion hospitalière* (205, Avril), p. 356

DUMOND J.P (2009), « L'absentéisme pour raisons de santé : comparaison méthodologique », *Santé publique*, pp. 24-25

« L'absentéisme, des solutions à bâtir ensemble », Dossier, *Travail et changement. Revue de la qualité de vie au travail*, janvier/février 2005

« L'absentéisme à l'hôpital, colloque AdRHess 10 avril 2014 », *Actualités JuriSanté*, Avril-Juin 2014

LEBEE Emilie, « Comment sécuriser et recrutements et fidéliser les personnels en EHPAD ? », *Revue hospitalière de France*, Mai-juin 2011, p32-35

KANITZER Cécile, VAISSIERE-BONNET Marie-Gabrielle, LIMOGES Pascale, « Absentéisme : Agir et accompagner. Organiser un retour durable au travail », *Revue hospitalière de France*, janvier-février 2017, p. 46-47

MALEY E (1995), « L'absentéisme, un baromètre social très sensible », *Stratégie santé mensuel* (67), pp.24-25

RAJBHANDARY S. & BASU K. (2010), « Working conditions of nurses and absenteeism : Is there a relationship ? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses », *International Conference on Applied Economics*

RANDON Sophie, BARET Christophe, PRIOUL Christine, « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », in *Management & Avenir*, 2011/9 n°49, p. 133-149

SHAMIAN J. (2003), « Nurse absenteeism, stress and workplace injury : What are the contributing factors and what can/should be done about it », *International Journal of Sociology and Social Policy*, n°23

VANDENBERGHE C., STORDEUR S. & D'HOORE W. (2009), « Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers », *Le travail humain*, 72 (3), P. 209-220

Liste des annexes

Annexe 1 : Plan de réduction et de prévention de l'absentéisme du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis : ensemble des mesures

Annexe 2 : Projet de charte de l'absentéisme du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis

Annexe 3 : Données sur l'absentéisme au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis

Annexe 1 : Plan de réduction et de prévention de l'absentéisme du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis : Ensemble des mesures



Plan de réduction et de prévention de l'absentéisme

Levier Contrôle de l'absentéisme

- 1) a) Sur les prescripteurs : Identification des médecins CHIAP prescripteurs et régulation via la CME (ex : APHM)
- b) Identification des médecins externes prescripteurs récurrents et signalement CPAM/Conseil de l'ordre

Levier Action sur la gestion de l'absentéisme

- 1) Mise en place d'une charte de l'absentéisme

Levier Mesure et analyse de l'absentéisme

- 1) Renforcer le suivi de l'absentéisme par le renforcement des statistiques mensuelles de l'absentéisme par pôle et par UF

Levier Communication autour de l'absentéisme

- 1) Informer cette année les services sur la situation de l'absentéisme, sur les conséquences des absences au travail et le coût de l'absentéisme pour l'hôpital : réunions avec DRH et chaque service :

Pérenniser cette mesure à l'occasion des réunions de l'ensemble des cadres animés par la Direction et la DRH

- 2) Informer les agents sur la situation de l'absentéisme, sur les conséquences des absences au travail et le coût de l'absentéisme pour l'hôpital, rappeler les règles en cas d'absence : Modalité à définir

- 3) Présentation par la DRH des statistiques trimestrielles de l'absentéisme au CHSCT

Levier Valorisation du présentéisme

- 1) Accroître la valorisation du présentéisme dans la prime de service par le truchement de la révision des critères d'attribution de la 2^e part : Réflexion à conduire

Levier Mise en place de dispositifs de suivi, d'accompagnement et de soutien aux professionnels absents pour permettre une réintégration durable et prévenir des absences ultérieures

- 1) Développer l'information administrative et financière relative aux arrêts de 3 et 6 mois. Objectifs : Informer les agents et favoriser la reprise/Garder le lien pendant l'arrêt

Rédiger des courriers types : à partir de 3 mois d'arrêt (rappel des modalités financières et préconisation de la visite de pré-reprise)/à partir de 6 mois d'arrêt (envoi du dossier au comité médical)

2) Mise en place d'entretiens de retour assurés par l'encadrement

3) Action Sensibiliser le collectif pour faciliter la réintégration après une absence longue

Objectif : sensibiliser le collectif de travail afin qu'il participe à l'accueil de la personne à son retour après une absence longue. La sensibilisation du collectif est nécessaire, pour aider celui-ci à intégrer les limites/restrictions de la/du collègue dans l'exercice de ses fonctions, sans pour autant que sa place ne soit remise en cause et sans stigmatisation.

Contenu : informer le collectif/l'équipe des mesures mises en place et les motivations (horaires adaptés pour la poursuite des soins, adaptation du poste...).

Modalités à définir

Actions sur les conditions de travail et la qualité de vie au travail

1) Actions sur l'absentéisme avant congé maternité : Objectif de réduire les arrêts maladie avant maternité et maintenir dans l'emploi les femmes enceintes :

- a) Prévoir un entretien entre le cadre et l'agent afin de définir ses besoins et attentes
- b) Engager une étude sur l'aménagement possible du temps de travail et sur l'adaptation des postes de travail pour les femmes enceintes avant le début d'un congé maternité

2) Accompagner les agents à l'utilisation du matériel, notamment du matériel nouveau

a) Lorsqu'une commande de matériel non utilisé auparavant est effectuée, mettre en place systématiquement une formation des agents à l'utilisation de ce matériel, par exemple par un représentant de la société fournissant le matériel en question

b) Accroître le périmètre de test de nouveaux matériels et/ou produits (par exemple 5 services) et le nombre d'agents testant le matériel au sein de ces services pilotes

3) Evaluation du matériel de prévention existant et de son utilisation. Objectif : optimiser l'utilisation du matériel acquis par l'établissement. Recenser le matériel à disposition de chaque service et évaluer son utilisation par le biais d'un questionnaire.

4) Sensibiliser les agents et les cadres à l'utilisation du matériel d'aide à la manutention par des actions de communication

5) Sensibilisation au port des EPI :

- a) Optimiser le port des EPI : Définir les EPI exigés. Rappeler les consignes.
- b) Prévenir les AT/MP en lien avec les équipements inadaptés : Evaluer le port des EPI grâce à la déclaration d'AT et mettre en œuvre des actions à partir de ces éléments

6) Renforcer la communication sur la vaccination contre la grippe en mettant en corrélation le nombre d'agents vaccinés sur l'ensemble de l'effectif de l'établissement, les pics de grippe et le fort absentéisme à cette période

7) Reconfigurer la formation Ergonomie du dos : Faire évoluer la formation vers une formation de terrain sur le poste de travail, en faisant intervenir les formateurs Ergonomie du dos auprès des agents directement dans les services de façon régulière afin de les accompagner et de les suivre sur le poste de travail

8) Reconfigurer la formation des ASH en la renouvelant et en la professionnalisant, et en prévoyant des modules de formation plus réguliers et plus nombreux dans le but de coller au mieux au recrutement

9) Favoriser l'accompagnement au quotidien des ASH : réflexion à conduire sur un profil de poste d'agent de maintien dans l'emploi dont la mission serait consacrée à la formation et à l'accompagnement des ASH sur le terrain

10) Améliorer le bien-être au travail en :

a) Favorisant la montée en charge des formations de de gestion du stress ainsi que de réflexologie et de sophrologie à travers des actions de communication

b) Ouvrant un espace « Ressources » à disposition des agents : dans le cadre de cet espace, mettre en place des temps de méditation et des ateliers de réflexologie.

c) Organisant chaque année au sein de l'établissement un rendez-vous consacré aux conditions et aux organisations du travail/Organisation d'une semaine du bien-être au travail

11) Donner du sens au travail par l'intermédiaire de :

a) la possibilité d'organiser un staff hebdomadaire en y incluant les AS et les ASH, en leur donnant la parole. Ces échanges donnent du sens au travail, réduisent le stress, renforcent l'équipe et désamorcent les conflits.

b) Favoriser l'organisation de conseils de service (fréquence à définir selon les services), avec comme objectifs d'améliorer la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux et la communication et de discuter des projets de service

c) Favoriser la participation à la relève quotidienne des ASH

12) Assurer le développement de sessions d'analyse des pratiques professionnelles animées par la psychologue du travail. Ces séances ouvriront un cadre d'échanges autour des situations complexes dont la gestion pose problème au sein des unités.

13) Communication pour rappeler le rôle de la psychologue du travail : affichage dans les services

14) Relancer le baromètre social et le rendre plus régulier afin de mieux mesurer les perceptions et les attentes du personnel par rapport à leurs conditions de travail

Levier Dynamisation et valorisation de la fonction d'encadrement

1) Mettre en place une formation des cadres à la détection des signes pouvant montrer qu'un collaborateur est en difficulté, afin de l'orienter dans de bonnes conditions vers une prise en charge adaptée de ses difficultés

2) Mise en place d'ateliers pratiques pour les cadres assurés par la psychologue du travail : dans ce cadre, proposition d'accompagnement à la fonction managériale (Ateliers du vendredi)

3) Développer les groupes de co-développement pour les cadres et mieux communiquer sur ces séances

4) Développer le collectif cadre

Suivi du plan de réduction et de prévention de l'absentéisme : Ce plan d'action aura vocation à faire l'objet d'un suivi régulier par le groupe de travail relatif à l'absentéisme qui deviendra un comité de suivi de la mise en œuvre du plan.



CHARTRE DE L'ABSENTEISME

L'**absentéisme non planifié** peut nuire à la qualité des relations de travail, à la santé des salariés, à la prise en charge des patients, il a une incidence financière.

En effet, il perturbe les organisations de travail et reporte les efforts sur le personnel présent. C'est ainsi que **l'absentéisme engendre l'absentéisme**.

Bien le gérer, c'est donc mieux le prévenir.

Pourquoi une charte ?

La rédaction d'une « charte » permet au personnel et à la direction de s'engager collectivement sur des actions permettant de limiter les perturbations causées par les épisodes d'absence au travail en posant des règles claires et connues de tous, formalisées dans le Guide du temps de travail (GTT) accessible sur l'intranet

Le signalement des absences

- Dès que je sais que je vais être absent, je prévois **le plus tôt possible**, si possible par téléphone ou par tout moyen préconisé par l'encadrement:



- ◆ **ma hiérarchie** (le cadre ou son remplaçant éventuel ou le cadre supérieur de santé),
- ◆ Pour les agents de nuit, le cadre de nuit ET le cadre de jour du service
- ◆ Le cadre supérieur de garde de 16h à 20h la semaine
- ◆ Le cadre de garde les samedis- dimanches et fériés,

ou, en dernier ressort, si personne n'est joignable, le secrétariat de la Direction des ressources humaines

- Si je suis malade sur un jour de repos et que je pense ne pas pouvoir reprendre, **j'en informe ma hiérarchie**, afin de lui permettre d'anticiper l'absence.

- Dès que je connais la durée de mon absence, **j'en avertis ma hiérarchie et je transmets l'arrêt de travail à la DRH dans les 48h.**
- Je préviens **le plus tôt possible** d'une éventuelle prolongation de mon arrêt, **ou au contraire de mon retour au travail.**

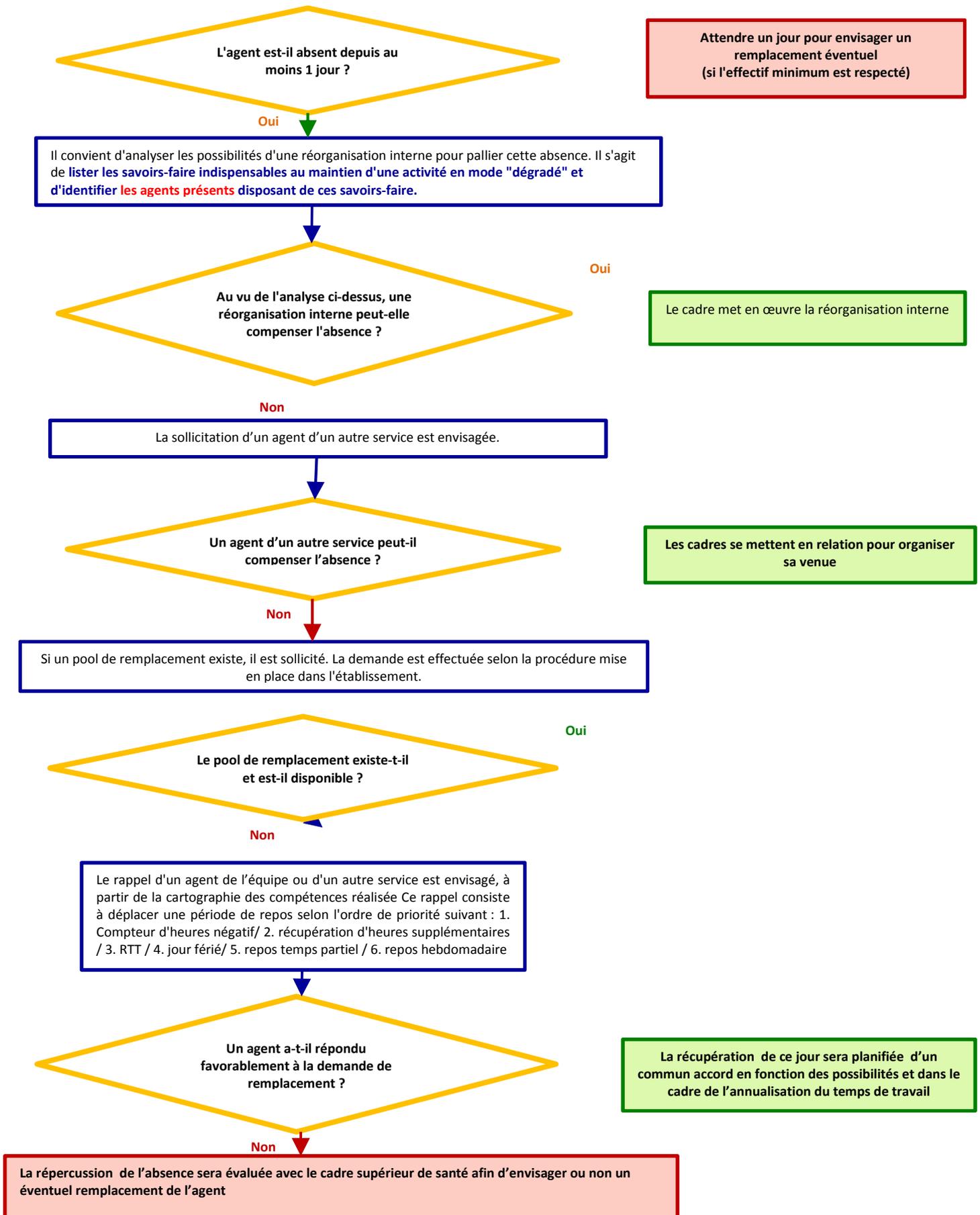
Ces actions **facilitent la réorganisation du travail** dans les services touchés par l'absence d'un agent et favorisent la qualité de la prise en charge du patient

Les règles d'organisation suite à une absence imprévue

Lorsqu'une absence est déclarée, la première attitude du cadre est de trouver une solution qui évite de rappeler un agent :

- Evaluer le niveau d'occupation du service et la charge de travail
- Voir les possibilités offertes auprès des autres services en fonction du taux d'occupation ou de la charge de travail
- Si possible se réorganiser en mode dégradé

L'encadrement procède de la manière suivante :



Règles de bon fonctionnement

Précisions en cas de rappel d'un agent :

- Le cadre n'appelle un agent de son équipe à son domicile ou sur son portable **que s'il n'a pas trouvé de solution sur place**. Le rappel sur congés annuels doit être le plus possible évité.
- L'agent sollicité par téléphone par son cadre de santé est invité à le rappeler pour l'informer de sa disponibilité.
- L'agent a la possibilité de refuser dans un délai inférieur à 48 heures

Retour au travail :

- Je préviens **le plus tôt possible** de mon retour au travail.
- Au cours de mon arrêt, à tout moment, je peux solliciter un rendez-vous avec le service de santé au travail et/ou la psychologue du travail.
- Dans les 15 jours avant mon retour, je peux solliciter une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail
- Juste avant ma reprise je prends obligatoirement rendez-vous avec le médecin de santé au travail, **si mon arrêt de travail est supérieur à 30 jours**.
- A ma reprise, je transmets à mon cadre mon certificat d'aptitude et je bénéficie d'un entretien de retour à l'emploi si mon arrêt est supérieur à 21 jours.
- Le cadre réalise des entretiens pour les soignants qui se sont absentés sur une durée et une fréquence spécifique (congés scolaires, fin d'année...) ainsi que pour les agents absents sur une durée supérieure à 21 jours ou les agents absents pour une courte durée mais de façon répétée

Rappel concernant la régularisation des absences

- Les congés exceptionnels sont soumis à autorisation et ne sont pas obligatoirement validés.

Annexe 3 : Données sur l'absentéisme au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis

Tableau n°1 : Taux d'absentéisme (TOUS MOTIFS D'ABSENCE)

PERSONNEL NON MEDICAL

Catégories de personnel	Genre	2014			2015			2016		
		<6J	>=6J	GLOBAL	<6J	>=6J	GLOBAL	<6J	>=6J	GLOBAL
Catégorie A	Femmes	0,30%	5,69%	5,99%	0,30%	6,22%	6,52%	0,37%	6,94%	7,31%
	Hommes	0,15%	1,14%	1,29%	0,30%	2,37%	2,66%	0,38%	1,36%	1,74%
Catégorie B	Femmes	0,29%	6,77%	7,06%	0,31%	6,87%	7,18%	0,35%	5,84%	6,18%
	Hommes	0,24%	7,18%	7,42%	0,18%	5,27%	5,45%	0,31%	4,17%	4,48%
Catégorie C	Femmes	0,57%	10,67%	11,25%	0,59%	10,55%	11,14%	0,64%	10,20%	10,84%
	Hommes	0,46%	8,44%	8,91%	0,48%	8,36%	8,84%	0,54%	8,44%	8,98%
Taux par sexe	Femmes	0,43%	8,29%	8,72%	0,44%	8,42%	8,86%	0,49%	8,23%	8,72%
	Hommes	0,37%	6,96%	7,33%	0,39%	6,64%	7,03%	0,46%	6,17%	6,63%
TAUX GLOBAL		0,42%	8,05%	8,47%	0,43%	8,10%	8,54%	0,49%	7,86%	8,35%

Tableau n°2 : Taux d'absentéisme du personnel soignant

Catégories de personnel	Genre	Dont Personnel Soignant																											
		Total Soignants									dont IDE									dont AS									
		2014			2015			2016			2014			2015			2016			2014			2015			2016			
	<6J	>=6J	GLOBAL	<6J	>=6J	GLOBAL	<6J	>=6J	GLOBAL	<6J	>=6J	GLOBAL	<6J	>=6J	GLOBAL	<6J	>=6J	GLOBAL	<6J	>=6J	GLOBAL	<6J	>=6J	GLOBAL	<6J	>=6J	GLOBAL		
Catégorie A	Femmes	0,31%	5,80%	6,11%	0,31%	6,42%	6,73%	0,38%	6,96%	7,34%	0,34%	5,92%	6,26%	0,32%	6,36%	6,68%	0,43%	7,80%	8,23%										
	Hommes	0,15%	1,57%	1,72%	0,37%	2,97%	3,34%	0,45%	1,71%	2,15%	0,13%	0,67%	0,79%	0,34%	2,45%	2,79%	0,46%	2,02%	2,48%										
Catégorie B	Femmes	0,30%	5,94%	6,25%	0,41%	8,46%	8,87%	0,38%	6,42%	6,80%	0,32%	5,28%	5,60%	0,40%	8,35%	8,75%	0,34%	5,27%	5,61%										
	Hommes	0,05%	0,33%	0,38%	0,00%	1,07%	1,07%	0,13%	3,22%	3,36%	0,00%	0,67%	0,00%	1,85%	1,85%	0,00%	0,00%	0,00%											
Catégorie C	Femmes	0,56%	11,33%	11,89%	0,57%	11,07%	11,65%	0,61%	10,87%	11,48%									0,52%	10,08%	10,60%	0,52%	9,56%	10,08%	0,54%	9,88%	10,42%		
	Hommes	0,67%	8,57%	9,24%	0,65%	9,46%	10,11%	0,58%	9,68%	10,26%									0,65%	9,31%	9,97%	0,40%	7,35%	7,75%	0,53%	11,07%	11,61%		
Taux par sexe	Femmes	0,44%	8,66%	9,10%	0,46%	9,07%	9,53%	0,50%	8,94%	9,44%	0,33%	5,81%	6,14%	0,33%	6,77%	7,11%	0,41%	7,28%	7,69%	0,52%	10,08%	10,60%	0,52%	9,56%	10,08%	0,54%	9,88%	10,42%	
	Hommes	0,47%	5,91%	6,39%	0,51%	6,67%	7,18%	0,50%	6,32%	6,82%	0,11%	0,67%	0,78%	0,32%	2,41%	2,73%	0,43%	1,88%	2,31%	0,65%	9,31%	9,97%	0,41%	7,35%	7,76%	0,53%	11,07%	11,61%	
TAUX GLOBAL		0,44%	8,38%	8,83%	0,46%	8,82%	9,29%	0,50%	8,67%	9,17%	0,32%	5,40%	5,72%	0,33%	6,37%	6,70%	0,41%	6,78%	7,20%	0,54%	9,97%	10,51%	0,51%	9,27%	9,78%	0,54%	10,03%	10,57%	

Tableau n°3 : Nombre moyen de jours d'absence par agent

Motifs d'absence	Personnel Non Médical			dont Personnel Soignant		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Maladie ordinaire	15,38	16,68	16,12	15,88	18,31	17,87
Congé longue maladie / longue durée	3,93	4,76	5,49	3,31	4,13	5,04
Accident du travail	4,00	2,95	1,85	4,55	3,25	2,38
Accident du trajet	0,19	0,15	0,40	0,20	0,11	0,27
Maladie professionnelle	0,50	0,61	0,25	0,48	0,56	0,35
Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions			0,00			0,00
Maternité, paternité, adoption	3,96	3,97	4,68	4,15	4,67	5,54
Nombre moyen global	27,97	29,11	28,80	28,58	31,04	31,46

Tableau n°4 : Taux d'absentéisme par motif du personnel non médical par classe d'âge

Classe d'âge	Motifs d'absence	Personnel Non Médical			dont Personnel Soignant		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016
moins de 25 ans	Maladie ordinaire	3,09%	3,45%	2,86%	3,56%	4,06%	2,86%
	Congé longue maladie / longue durée	0,00%	0,71%	0,20%	0,00%	0,86%	0,25%
	Accident du travail	0,46%	0,13%	0,16%	0,56%	0,12%	0,13%
	Accident du trajet	0,13%	0,02%	0,03%	0,16%	0,03%	0,02%
	Maladie professionnelle	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Maternité, paternité, adoption	0,14%	0,94%	0,68%	0,00%	1,15%	0,86%
de 25 à 40 ans	Maladie ordinaire	4,88%	5,35%	5,21%	5,04%	5,77%	5,91%
	Congé longue maladie / longue durée	0,32%	0,39%	0,74%	0,35%	0,53%	0,76%
	Accident du travail	0,59%	0,61%	0,35%	0,75%	0,73%	0,39%
	Accident du trajet	0,04%	0,05%	0,17%	0,05%	0,06%	0,15%
	Maladie professionnelle	0,00%	0,15%	0,00%	0,00%	0,05%	0,00%
	Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Maternité, paternité, adoption	3,19%	2,94%	3,45%	3,19%	3,29%	3,89%
de 41 à 55 ans	Maladie ordinaire	4,33%	4,29%	4,28%	4,59%	4,73%	4,94%
	Congé longue maladie / longue durée	1,70%	1,84%	1,66%	1,59%	1,64%	1,52%
	Accident du travail	1,68%	1,09%	0,72%	2,09%	1,45%	1,01%
	Accident du trajet	0,04%	0,01%	0,07%	0,05%	0,02%	0,01%
	Maladie professionnelle	0,00%	0,18%	0,17%	0,19%	0,26%	0,25%
	Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Maternité, paternité, adoption	0,10%	0,05%	0,08%	0,14%	0,06%	0,03%
plus de 55 ans	Maladie ordinaire	5,72%	5,95%	4,94%	6,44%	7,70%	4,83%
	Congé longue maladie / longue durée	2,19%	2,87%	3,82%	1,51%	2,28%	3,77%
	Accident du travail	1,52%	1,08%	0,61%	1,30%	0,51%	0,83%
	Accident du trajet	0,15%	0,13%	0,14%	0,11%	0,00%	0,09%
	Maladie professionnelle	1,12%	0,29%	0,01%	0,56%	0,32%	0,02%
	Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Maternité, paternité, adoption	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%
Taux global	Maladie ordinaire	4,66%	4,89%	4,67%	4,91%	5,48%	5,21%
	Congé longue maladie / longue durée	1,19%	1,40%	1,59%	1,02%	1,24%	1,47%
	Accident du travail	1,21%	0,86%	0,54%	1,41%	0,97%	0,69%
	Accident du trajet	0,06%	0,04%	0,12%	0,06%	0,03%	0,08%
	Maladie professionnelle	0,15%	0,18%	0,07%	0,15%	0,17%	0,10%
	Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions			0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Maternité, paternité, adoption	1,20%	1,16%	1,36%	1,28%	1,40%	1,62%
	Taux général	8,47%	8,54%	8,35%	8,83%	9,29%	9,17%

VALLAURI

Antoine

Octobre 2017

DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2016-2017

AGIR POUR REDUIRE ET PREVENIR L'ABSENTEISME A L'HOPITAL : L'EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL AIX- PERTUIS

Résumé :

L'absentéisme à l'hôpital constitue un phénomène complexe, de nature protéiforme qu'il convient de bien définir et délimiter dans le but de déterminer les formes d'absentéisme sur lesquelles il est possible d'agir et la part incompressible de l'absentéisme. L'absentéisme hospitalier résulte de multiples facteurs dont certains sont endogènes aux établissements publiés de santé, touchant aux conditions de travail, à l'organisation, à la satisfaction et à l'engagement des agents au travail. A l'inverse, les absences peuvent être également liées à des causes exogènes à l'activité professionnelle qui correspondent aux caractéristiques des populations au travail. L'absentéisme induit des conséquences néfastes plurielles pour un établissement public de santé qui justifient l'impérieuse nécessité de le prévenir. Ainsi, il engendre des impacts sociaux et relationnels dans les services de soins, des coûts en matière d'organisation et des effets négatifs en matière de qualité et de sécurité des soins. Surtout, l'absentéisme recèle des conséquences financières significatives pour les établissements hospitaliers. Par ailleurs, l'absentéisme s'apparente à un phénomène d'une ampleur significative, notamment au Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis.

Agir pour réduire et prévenir l'absentéisme à l'hôpital s'apparente à un défi global qui doit reposer sur des leviers d'action protéiformes. Lutter contre l'absentéisme hospitalier implique la mise en place d'une stratégie globale s'appuyant sur un plan d'action dont le déploiement ne peut réussir qu'à certaines conditions. En ce qui concerne les actions qu'il est opportun de faire figurer dans un plan de prévention et de réduction de l'absentéisme, vouloir vaincre l'absentéisme par le biais d'une démarche principalement répressive et de valorisation du présentéisme apparaît illusoire. Il importe tout d'abord de tenter de résoudre le phénomène par le truchement d'une gestion améliorée de l'absentéisme et d'une communication accrue sur la situation de l'absentéisme. Il est en outre fondamental de renforcer le suivi et l'accompagnement des professionnels ayant été absents dans le but d'éviter les absences ultérieures, par la mise en place de divers dispositifs tels que les entretiens de retour à l'emploi. Mais il convient surtout de remédier à la problématique de l'absentéisme à travers une politique globale de prévention visant à améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail. Cette politique doit permettre par diverses mesures, d'assurer la prévention des risques professionnels, de prévenir l'apparition de troubles musculo-squelettiques, d'empêcher le développement de risques psychosociaux et d'y remédier, de renforcer la reconnaissance au travail des agents et le sens du travail et de favoriser leur bien-être au travail.

Mots clés :

Absentéisme ; établissement public de santé ; prévention ; conditions de travail ; qualité de vie au travail ; risques psychosociaux ; troubles musculo-squelettiques ; reconnaissance au travail ; bien-être au travail

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.