



**EHESP**

---

**DESSMS**

Promotion : **2012 - 2013**

Date du Jury : **décembre 2013**

---

# **L'absentéisme pour maladie ordinaire au Centre Hospitalier de Martigues**

**Analyse des causes et préconisations pour un plan d'actions de  
réduction et de prévention**

---

**Hélène LAMY**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Monsieur Nicolas ESTIENNE, Directeur du Centre Hospitalier de Martigues pour son accueil et la confiance qu'il a bien voulu me témoigner tout au long du stage.

Je tiens tout particulièrement à remercier Monsieur Christian COURRIER, Directeur des Ressources Humaines et maître de stage pour son encadrement, ses conseils, son partage d'expérience et le temps consacré à ce projet.

Je souhaite également remercier Madame Nadine DEGRACE, Cadre Supérieur faisant fonction de Directeur de Soins, pour le partage de ses connaissances des personnels et de leurs situations ainsi que Madame Claude NAVARRO, Cadre Supérieur en charge de la Gestion des Ressources Humaines, pour les informations sur la gestion des plannings, de l'absentéisme et pour la poursuite de ce projet dans la mise en œuvre du plan d'actions.

Je remercie vivement Madame Josette ARIBAUD, Cadre Supérieur, pour son aide, sa disponibilité et sa patience pour les relectures de ce travail.

Mes remerciements vont également aux cadres soignants de pôle, aux cadres et aux agents pour leur précieuse contribution et à Madame Marie-Elisabeth COSSON, Responsable du Dispositif Mémoire à l'EHESP, pour ses conseils et ses recommandations méthodologiques.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 La santé au travail et les « moyens » à la disposition du directeur pour préserver la santé des agents .....	5
1.1 La réglementation applicable en matière de santé au travail .....	5
1.1.1 La prévention des risques professionnels.....	5
1.1.2 Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail .....	7
1.1.3 Le service de santé au travail.....	8
1.2 L'absentéisme, entre réglementation, définition et objectivation .....	9
1.2.1 Les différents types d'absences prévues par la législation .....	9
1.2.2 L'absentéisme, phénomène complexe à définir.....	11
1.2.3 L'objectivation de l'absentéisme par le taux d'absentéisme.....	14
1.3 La préparation de l'étude de l'absentéisme au Centre Hospitalier de Martigues	15
1.3.1 La collecte des données quantitatives.....	15
1.3.2 Les entretiens collectifs et individuels.....	16
1.3.3 La visite au Centre Hospitalier de Chambéry .....	17
2 La mise en lumière des causes de l'absentéisme pour maladie ordinaire au Centre Hospitalier de Martigues en 2012 .....	20
2.1 La situation du Centre Hospitalier de Martigues .....	20
2.1.1 L'engagement institutionnel de réduction de l'absentéisme .....	20
2.1.2 Les coûts de l'absentéisme pour maladie ordinaire .....	22
2.1.3 Le jour de carence, réducteur de l'absentéisme de très courte durée ?.....	23
2.2 Le congé de maladie ordinaire au Centre Hospitalier de Martigues.....	24
2.2.1 Les caractéristiques individuelles et collectives des personnels absents....	24
2.2.2 Les facteurs explicatifs de l'absentéisme.....	30
2.2.3 Les facteurs explicatifs de la présence au travail.....	37
2.3 Les autres types d'absentéisme au Centre Hospitalier de Martigues.....	40
2.3.1 Les accidents du travail.....	40
2.3.2 Les congés longue maladie et de longue durée .....	41

2.3.3	Les autres absences.....	42
3	Les préconisations concernant la gestion de l'absentéisme dans la dynamique institutionnelle du CHM.....	44
3.1	Les politiques institutionnelles actuelles.....	44
3.1.1	Le projet social .....	44
3.1.2	Les risques psycho–sociaux .....	45
3.1.3	La politique du handicap.....	47
3.2	Les propositions d'actions.....	48
3.2.1	La charte de l'absentéisme .....	48
3.2.2	L'entretien de retour et de suivi.....	49
3.2.3	Les indicateurs et les tableaux de bord.....	50
3.3	Les propositions de choix institutionnels humains et financiers.....	50
3.3.1	Le renforcement du service santé au travail .....	51
3.3.2	La prévention des risques liés à l'activité physique au travail.....	52
3.3.3	Le développement d'une politique institutionnelle de prévention.....	52
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH : Attaché Administration Hospitalière  
ANACT : Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail  
ANFH : Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AS : Aide-Soignante  
ASH: Agent des Services Hospitaliers  
AT : Accident du Travail  
BDHF : Banque de Données Hospitalières de France  
CAE : Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi  
CHM : Centre Hospitalier de Martigues  
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail  
CLD: Congé de Longue Durée  
CLM : Congé de Longue Maladie  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CTIME : Comité Technique d'Insertion et de Maintien dans l'Emploi  
DAF : Direction des Affaires Financières  
DRH : Direction des Ressources Humaines ou Directeur des Ressources Humaines  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
ETP : Equivalent Temps Plein  
FHF : Fédération Hospitalière de France  
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat  
JF : Jour Férié  
MO : Maladie Ordinaire  
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur  
PNM : Personnel Non Médical  
RH : Ressources Humaines  
RPS : Risques Psycho-Sociaux  
RTT : Réduction du Temps de Travail  
TMS : Troubles Musculo-Squelettiques  
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

Lors d'une conférence, qui s'est tenue dans le cadre des Salons de la santé et de l'autonomie à Paris, le 30 mai 2013, Frédéric KLETZ a expliqué que l'hôpital est « *le plus touché par l'absentéisme. Il y est 2 à 4 fois supérieur à celui des autres secteurs* »<sup>1</sup>. Ce maître-assistant à l'Ecole des Mines a participé à l'étude PHARES<sup>2</sup>, menée en Pays-de-Loire. Cette « *démarche de recherche [vise] à produire un ensemble d'analyses et de repères d'ordre organisationnel destiné à aider les établissements relevant de la fonction publique hospitalière à mieux gérer l'absentéisme des personnels* »<sup>3</sup>. Sujet de préoccupation pour les directeurs, notamment des structures sanitaires et médico-sociales, car les questions de gestion des ressources humaines et de performance en font des enjeux prégnants.

L'absentéisme sous-tend une répétition d'absences au travail. Néanmoins, il est couramment utilisé comme synonyme de l'absence et caractérisé par le fait qu'une personne « *ne se trouve pas dans l'espace collectif au moment où elle devrait l'être* »<sup>4</sup>. Selon l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), l'absentéisme et les conditions de travail sont liées d'où la nécessité de comprendre le rôle de ces dernières dans le mécanisme de survenue de l'absence au travail. Cependant, différentes études démontrent qu'il est plurifactoriel et que ses origines peuvent être sociodémographiques, médicales, institutionnelles, organisationnelles et / ou personnelles. Ce phénomène complexe nécessite de connaître et de comprendre la chaîne causale pour mettre en œuvre des actions spécifiques à la situation de l'établissement.

De plus, aucune référence officielle n'est disponible pour définir ce que serait un taux d'absentéisme satisfaisant. Les établissements ont, alors, recours aux publications des assurances<sup>5</sup> et de la banque de données hospitalières de France (BDHF) pour se situer. Ainsi en 2011, le taux d'absentéisme serait compris entre 10 et 14%<sup>6</sup>. Selon les chiffres

---

<sup>1</sup>MARQUES A. *l'hôpital gangrené par l'absentéisme*. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.espaceinfirmier.com/actualites/detail/66407/l-hopital-gangrene-par-l-absenteisme.html>

<sup>2</sup>Projet Hospitalier ligérien sur l'Absentéisme, Recherche intervention, Efficience et organisation de la Santé au travail.

<sup>3</sup>Fédération Hospitalière de France. *Présentation PHARES*. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://federation.fhf.fr/en/Federation/Federations-regionales/Pays-de-la-Loire/P.H.A.R.E.S/Presentation-PHARES>.

<sup>4</sup>ROUSSEAU T., 2012, *Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence*. Lyon, ANACT, p.10.

<sup>5</sup>SOFAH. *Les absences pour raisons de santé dans les établissements hospitaliers*. [25/11/2012], disponible sur Internet : [http://www.dexia-creditlocal.fr/sante/expertises-dexia-credit-local/Documents/regard-sur\\_hop\\_mai2011.pdf](http://www.dexia-creditlocal.fr/sante/expertises-dexia-credit-local/Documents/regard-sur_hop_mai2011.pdf).

<sup>6</sup>Méthode de calcul non précisée.

de la BDHF<sup>7</sup> pour cette même année, le nombre de jours d'arrêt pour maladie ordinaire (MO) chez les personnels non médicaux (PNM) est d'environ de 9000 journées pour les centres hospitaliers dont le budget est supérieur à 70 millions d'euros, catégorie dans laquelle se situe le Centre Hospitalier de Martigues (CHM) et pour lequel, on dénombre 15802 journées non travaillées au titre de la MO. Par ailleurs « *selon la DARES<sup>8</sup>, la durée moyenne d'arrêt de travail d'un soignant en France est de vingt journées par an* »<sup>9</sup> alors qu'elle est de 22,5 jours à Martigues. Ces données le placent au-dessus de ces statistiques et il convient d'en trouver l'explication.

Le CHM est un établissement public de santé de 543 lits et places. Il assure des activités d'urgence, de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique, de moyen séjour et de psychiatrie. Il dispose d'un pôle de gériatrie avec un Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et une Unité de Soins de Long Séjour (USLD). Entre 2009 et 2012, l'évolution du taux d'absentéisme tous motifs confondus de l'établissement montre un accroissement de 2,4 points. Cela représente donc une augmentation d'environ de 12000 journées sur les quatre dernières années. La MO, à elle seule, représente 42% de toutes les absences et de ce fait, elle sera l'objet de l'étude. Il convient d'appréhender pourquoi l'absentéisme a-t-il augmenté au CHM, d'en diagnostiquer les causes et de rechercher des leviers qui permettraient la mise en place d'un plan d'actions pour réduire et prévenir l'absentéisme pour MO.

La catégorie des personnels soignants, socio-éducatifs et de rééducation représente 70% des effectifs de l'établissement. Trois métiers comptabilisent à eux seuls 45% des personnels de celle-ci. Ils cumulent un peu plus de 50% de l'absentéisme total et 49% pour la MO. Ainsi, le choix a été fait de réduire l'observation aux infirmiers (IDE), aides-soignants (AS) et agents des services hospitaliers (ASH) qui représentent près de la moitié du total de ces absences. Les ASH seront intégrés au terme « personnel soignant » pour ce travail.

La démarche de compréhension de l'absentéisme pour MO a débuté par une revue de littérature. Elle a montré, d'une part, sa complexité dans ses origines et d'autre part, dans son mécanisme de formation. Ensuite, une étude quantitative a permis de décrire les

---

<sup>7</sup> Fédération Hospitalière de France. *Nombre de jours d'arrêts du personnel hospitalier*. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Chiffres-et-debats/Ressources-humaines/Absenteisme/> - Il est à noter que les méthodes de calcul ne sont pas précisées.

<sup>8</sup> Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.

<sup>9</sup> RAVALLEC C. et al., 2009, « Personnels soignants en milieu hospitalier, des performances sous perfusions », *Travail et sécurité* [en ligne], p 27. [25/08/2013], disponible sur Internet : <https://www.google.fr/#fp=7997d539ae353fef&q=RAVALLEC+C.+et+al.%2C+Personnels+soignant+s+en+milieu+hospitalier%2C+des+performances+sous+perfusions%2C+Travail+et+s%C3%A9curit%C3%A9%2C+mars+2009%2C+p+27>

comportements et les logiques des agents. Elle a contribué à identifier les relations entre les différents types d'absentéisme et celui pour MO chez les IDE, AS et ASH. Pour compléter ces données, le recours à une enquête par questionnaire a été envisagé puis abandonné. Cet outil sera utilisé pour une prochaine étude inter-régionale en lien avec les risques psycho – sociaux (RPS). Ainsi, la collecte d'informations qualitatives a été réalisée à partir d'entretiens collectifs et individuels auprès d'un échantillon d'agents du secteur sanitaire et médico-social. Ces trente-quatre entretiens ont eu pour objectif de favoriser l'expression libre des personnes enquêtées. Ils ont permis de comprendre leurs motivations aussi bien pour les absences que pour la présence au travail. La retranscription intégrale des enregistrements a été ensuite réalisée afin d'en faire l'analyse thématique. Une visite au Centre Hospitalier de Chambéry nous a permis un partage d'expériences enrichissant pour le choix des préconisations à faire en lien avec la situation au CHM.

La gestion des ressources humaines est un enjeu pour les directeurs car les personnels représentent la ressource indispensable pour la production des soins. Actuellement dans un contexte budgétaire contraint, les moyens sont adaptés en fonction des objectifs et des résultats. Ainsi, les organisations de travail ont été repensées pour une meilleure efficacité. Cependant, « *le dévouement des cadres soignants, infirmières et autres personnels de santé ne doit pas cacher le profond malaise qui les affecte aujourd'hui : salaires trop faibles, charges de travail trop lourdes pour compenser le manque d'effectifs [...]* »<sup>10</sup>. Heureusement, « *le métier est considéré comme un métier noble dont les soignants sont fiers* »<sup>11</sup>. La satisfaction au travail explique la présence au travail<sup>12</sup>. De plus, la relation française au travail est fortement identitaire car elle représente un lien social, « *une fierté individuelle et collective* »<sup>13</sup>, un épanouissement voire une réalisation personnelle et un sentiment d'appartenance et d'engagement envers l'employeur. Ces facteurs explicatifs de la motivation au travail nécessitent une dynamique institutionnelle qui donne un sens au travail. Le directeur doit mettre en œuvre la réglementation qui permet aux agents de travailler dans de bonnes conditions de travail et de sécurité. Ces critères sont d'ailleurs évalués par la certification. De plus, dans le cadre d'une étude sur l'absentéisme, sujet sensible qui nécessite le dialogue social et la communication avec le

---

<sup>10</sup> GIRAUD R., 2005, Les centres hospitaliers et universitaires : réflexion sur l'évolution de leurs missions. Rapport au Premier Ministre, Paris, p.19.

<sup>11</sup> ESTRYN-BEHAR M., 2008, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes, Presses de l'EHESP, p.32.

<sup>12</sup> RANTANEN I., 2010, Relative magnitude of presenteeism and absenteeism and work-related factors affecting them among health care professionals, International Archives of Occupational and Environmental Health, 84:225–230, p.1. This article is published with open access at Springerlink.com. Fichier obtenu en PDF.

<sup>13</sup> ROUSSEAU T., *op. cit.* p.19.



personnel et les partenaires sociaux. En effet, ce sujet génère des enjeux humains et économiques.

Dans une première partie, nous aborderons la réglementation en matière de santé au travail. La préservation de la santé des agents requiert, à la fois, la prévention des risques, l'action du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et du service de santé au travail. Ensuite, définir et objectiver l'absentéisme permettront de comprendre la situation au Centre Hospitalier de Martigues et le recueil des informations donnera la matière à la description de la situation de l'établissement.

Dans une seconde partie, les résultats obtenus au Centre Hospitalier de Martigues nous permettront de dresser le bilan de l'absentéisme pour maladie ordinaire. Les données collectées nous permettront de comprendre à la fois les causes des absences au travail mais aussi les facteurs qui expliquent la présence au travail.

Enfin dans une dernière partie, nous aborderons les politiques mises en place au Centre Hospitalier de Martigues avant de faire des préconisations d'une part, en termes d'actions et d'autre part, en termes de choix institutionnels pour la définition d'un plan d'action pluriannuel 2013-2016 visant la réduction du taux d'absentéisme pour maladie ordinaire chez les personnels non médicaux de l'établissement.

# **1 La santé au travail et les « moyens » à la disposition du directeur pour préserver la santé des agents**

Le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social a l'obligation de protéger la santé des agents travaillant dans l'établissement dont il a la responsabilité. La réglementation met à sa disposition des moyens de prévenir les risques inhérents à l'activité professionnelle à travers l'amélioration des conditions de travail en lien avec l'hygiène et la sécurité et par le suivi médical.

## **1.1 La réglementation applicable en matière de santé au travail**

La réglementation prévoit la préservation de la santé des agents en lien avec les risques professionnels, l'hygiène et la sécurité et le suivi médical.

### **1.1.1 La prévention des risques professionnels**

La prévention des risques professionnels est une obligation légale<sup>14</sup> prévue par le code du travail. Il s'agit des risques pouvant altérer la santé des agents que ce soit par une maladie ou par un accident. L'employeur, a fortiori le directeur, a donc l'obligation d'assurer la sécurité et de préserver la santé des travailleurs. Selon l'article L 4121-1 du code du travail, des mesures doivent être prises pour protéger la santé physique et mentale des travailleurs y compris contre les risques psycho-sociaux (article L.230 – 2 du code du travail)<sup>15</sup>. Il s'agit donc de mettre en œuvre des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Ces mêmes exigences sont posées par l'article 23<sup>16</sup> de la loi n° 83 - 634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

En ce qui concerne la Fonction Publique Hospitalière, le fonctionnaire est titulaire de garanties et de droits<sup>17</sup> comme la protection contre le harcèlement sexuel et moral<sup>18</sup>. La loi

---

<sup>14</sup> MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. *La prévention des risques professionnels*. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/sante-conditions-de-travail,115/la-prevention-des-risques,1046.html>.

<sup>15</sup> CHOUANIERE D., 2006, « Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention », Document pour le médecin du travail, n°106, pp.169 – 186.

<sup>16</sup> « Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux fonctionnaires durant leur travail ».

<sup>17</sup> DERRENNE O. LUCAS A. et al., 2011, *Le Fonctionnaire hospitalier, manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalier*, Presses de l'EHESP, Rennes, p.480.

<sup>18</sup> MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Circulaire DGT n°2012-14 du 12 novembre 2012, loi n°2012-954 du 6 août

du 26 juillet 2005<sup>19</sup> a introduit l'article 6 quinquies à la loi du 13 juillet 83 qui prévoit qu'« *aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* ».

Enfin, la réglementation a prévu de collecter et de recenser les risques professionnels dans le document unique<sup>20</sup> selon le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Il est également constitué des évaluations et de la mise en œuvre des actions de prévention en lien avec l'activité de l'établissement. Les préconisations, qui en découlent, ont pour objectif de prévenir, réduire, voire supprimer les risques identifiés. Celui du CHM date de 2007 (ANNEXE I). Il fait l'objet d'une évaluation et d'une réactualisation depuis cette année dans le cadre d'un groupe de travail. Cette évaluation fait l'inventaire des risques identifiés dans les unités de travail.

Il est à noter qu'il existe d'autres acteurs, qui interviennent dans la prévention des risques, que sont :

- les inspecteurs du travail,
- l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) et l'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT),
- l'Agence Régionale de Santé (ARS) par le biais de financement d'actions dans le cadre de signature de contrats locaux d'amélioration des conditions de travail.

---

2012relative au harcèlement sexuel [en ligne]. Texte non paru au Journal officiel, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://travail-emploi.gouv.fr/publications/picts/bo/30122012/TRE\\_20120012\\_0110\\_0002.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/publications/picts/bo/30122012/TRE_20120012_0110_0002.pdf) et les articles L 1152 – 1 et 1153 – 1 du code du travail.

<sup>19</sup>MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Loi n°2005-843 du 26 juillet 2005 portant diverses mesures de transposition du droit communautaire à la fonction publique (1).- art. 6 [en ligne]. Journal officiel, n°173, 27 juillet 2005, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000265767&dateTexte=&catégorieLien=id>.

<sup>20</sup>MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [en ligne]. Journal officiel n°258, 7 novembre 2001, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408526&dateTexte=&catégorieLien=id>.

### 1.1.2 Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

En ce qui concerne l'hygiène et la sécurité, les dispositions du Code du Travail sont opposables aux établissements de la Fonction Publique.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) des établissements de santé répondent à un certain nombre de règles spécifiques<sup>21</sup>. Il a été créé par la loi n°82-1097 du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Son application est définie par le décret n°85-946 du 16 août 1985 modifiant le code du travail (deuxième partie: décrets en Conseil d'Etat) et relatif aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans les établissements mentionnés à l'article L. 792 du code de la santé publique et dans les syndicats inter hospitaliers.

Ses missions sont fixées par le code du travail et des précisions dans les missions spécifiques à l'hôpital ont été apportées par les circulaires DH/8D n°311 du 8 décembre 1989 et n° 91-50 du 6 août 1991. Il contribue à la protection de la santé et de la sécurité des agents mais également à l'amélioration des conditions de travail.

Selon l'article R 4615-3 du code du travail, le CHSCT est obligatoire dans tout établissement hospitalier de plus de 50 agents. Le CHM est situé sur deux sites, les Rayettes et le Vallon. Il dispose d'un seul CHSCT pour les deux.

Le CHSCT est composé de membres ayant une voix délibérative et de membres ayant une voix consultative. Le chef d'établissement ou son représentant assure la présidence. Au CHM, la présidence est assurée par le Directeur en charge de la qualité et des relations avec les usagers. Le CHSCT se réunit au moins une fois par trimestre et des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu en cas d'accident ou à la demande d'au moins deux membres représentants du personnel.

De plus, il émet un avis sur les documents se rapportant à sa mission, notamment le règlement intérieur, les projets d'aménagement de poste, les mesures de formation des agents en matière de sécurité au travail, le document unique pour la prévention des risques professionnels, le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail et toute question lorsqu'il est saisi par le chef d'établissement dans le cadre de sa compétence.

Enfin, il a un droit d'alerte en cas de danger grave et imminent pour un agent. Il peut avoir recours à des experts agréés lorsqu'un risque grave et révélé (que ce soit par un accident du travail ou de maladie professionnelle ou pas) et en cas de projets importants ayant une

---

<sup>21</sup> MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Circulaire DHOS/RH3 no 2009-280 du 7 septembre 2009 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail [en ligne]. [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-09/ste\\_20090009\\_0100\\_0053.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-09/ste_20090009_0100_0053.pdf) et les articles R 4615-3 à R 4615-21 du Code du Travail.

action sur les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail. Ainsi en 2010, des personnels ont alerté le Directeur des Ressources Humaines (DRH) et le CHSCT de dysfonctionnements importants dans un secteur de psychiatrie, ce qui a entraîné un audit et une enquête de l'ARS. Des mesures correctives ont été mises en œuvre pour améliorer les conditions de travail des agents.

### 1.1.3 Le service de santé au travail

Le Code du Travail fixe les dispositions relatives à l'organisation des services de santé au travail dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière<sup>22</sup> qui sont celles des chapitres I à V du Titre II du Code du Travail (articles L4 1621-1 à L4 1624-1 et aux articles R 4621-1 à D4626-35). Un médecin du travail est obligatoire à temps plein pour 1500 salariés. Le CHM compte 1666 agents ce qui représente 1357 équivalents temps plein (ETP).

Le médecin exerce en toute indépendance. Il a une fonction de conseil et de coordination avec le directeur et les membres du CHSCT. Son activité se partage entre suivi individuel et rôle de prévention sur le milieu du travail.

Ainsi, il émet des recommandations individuelles ou collectives sur l'amélioration des conditions de vie et de travail, l'adaptation à la physiologie des postes, des techniques et des rythmes de travail. Il « *est habilité à proposer des mesures individuelles (mutations, transformation de postes) justifiées par des considérations relatives à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs* »<sup>23</sup>. Il participe également aux missions concernant l'hygiène générale de l'établissement, les aménagements des postes de travail, les nouvelles constructions ou l'aménagement de locaux anciens, les modifications apportées aux équipements et aux changements de l'organisation du travail de nuit. Il participe à toutes les recherches, études et enquêtes en rapport avec ses missions.

De plus, le médecin du travail assure la surveillance médicale des agents (visite d'aptitude préalable à la prise de fonction, visite de titularisation et suivi médical régulier). Il rédige un rapport d'activité annuel, qui est présenté au CHSCT et transmis au chef d'établissement.

Actuellement, une vacation de deux demies-journées est assurée par un médecin d'un service de santé au travail inter-entreprises contre huit en 2012. Ce recours à un vacataire résulte de la difficulté à recruter un médecin spécialisé en santé au travail<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Articles L 4622-17 et D 4626-1 du Code du Travail.

<sup>23</sup> DERRENNE O., *op. cit.* P.666.

<sup>24</sup> Le quotidien du médecin. *Mesures contre la pénurie de médecins du travail : les syndicats restent sceptiques.* [25/08/2013], disponible sur Internet :

suite au départ du précédent en 2011. La situation du CHM va évoluer grâce au recrutement d'un médecin du travail à mi-temps (choix du praticien) en septembre 2013. Depuis 2012, une politique de prévention n'a pas pu véritablement être mise en œuvre dans ces conditions. Cela est dommageable pour la prévention, voire la réduction de l'absentéisme.

La législation, comme nous venons de le voir, encadre la protection des travailleurs et leur santé au travail. Cependant, nous pouvons constater qu'il existe hors congés réglementés de l'absentéisme au travail. Les responsables d'établissement doivent y faire face et le gérer.

## **1.2 L'absentéisme, entre réglementation, définition et objectivation**

Certaines absences sont prévues dans le calcul du temps de travail (repos hebdomadaire, congé annuel...) alors que d'autres ne le sont pas (congé maladie, accident du travail...). Nous ne retiendrons que celles en lien avec la MO. La définition de l'absentéisme permettra, ensuite, de le comprendre et de l'objectiver.

### **1.2.1 Les différents types d'absences prévues par la législation**

Différents congés sont prévus dans la législation pour caractériser le fait de ne pas être présent à son poste de travail. Ces absences sont prévues dans le calcul du temps de travail. Les congés en lien avec la maladie constituent l'absentéisme dit « compressible ». Il est, en effet, possible d'avoir une action de réduction sur certains types d'absence (maladie, accident du travail...) alors que pour d'autres, cela n'est pas possible à l'instar du congé maternité. Même si nous avons fait le choix de nous intéresser à l'absentéisme pour MO et donc au congé de maladie ordinaire, il reste néanmoins souvent le préalable à d'autres congés prévus pour les fonctionnaires. Ces différents types de congés correspondent chacun à un type d'absentéisme présent au CHM.

#### **Le congé de maladie ordinaire**

Le fonctionnaire a droit à un congé de maladie en cas de maladie constatée et « *le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Le fonctionnaire doit fournir un*

---

<http://www.lequotidiendumedecin.fr/mesures-contre-la-penurie-de-medecins-du-travail-les-syndicats-restent-sceptiques>.

*certificat émanant d'un médecin, d'un chirurgien ou d'une sage-femme* »<sup>25</sup> dans un délai de 48h à l'autorité administrative. Pour le renouvellement du congé de maladie, il doit fournir un nouveau justificatif. Il a droit à des congés de maladie pour une période maximale de douze mois consécutifs. Il conserve son plein traitement durant quatre-vingt-dix jours puis le demi-traitement pour les neuf mois suivants. A l'issue de cette période et après avis du comité médical, soit l'agent est réintégré si l'avis est favorable soit il est placé en disponibilité d'office, reclassé à sa demande dans un autre emploi ou mis à la retraite si l'inaptitude est définitive.

### **Le congé de longue maladie (CLM)**

Le fonctionnaire a droit à un congé de longue maladie « *dans le cas où il est constaté que la maladie*<sup>26</sup> *met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaire un traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée* »<sup>27</sup>. Il a une durée maximale de 3 ans, et un agent peut bénéficier de plusieurs CLM durant sa carrière. A l'issue de cette période et après avis du comité médical soit l'agent est réintégré si l'avis est favorable soit il est placé en disponibilité d'office, reclassé à sa demande dans un autre emploi ou mis à la retraite si l'inaptitude est définitive.

### **Le congé de longue durée (CLD)**

Certaines pathologies<sup>28</sup> telles que la maladie mentale, l'affection cancéreuse peuvent donner droit au fonctionnaire à un congé de longue durée. Il est d'abord placé en congé de longue maladie pendant un an avant l'avis du comité médical. Il a une durée maximale de 5 ans. A l'issue de cette période et après avis du comité médical soit l'agent est réintégré si l'avis est favorable soit il est placé en disponibilité d'office, reclassé à sa demande dans un autre emploi ou mis à la retraite si l'inaptitude est définitive.

### **Le congé de maternité / paternité**

Le fonctionnaire a droit « *au congé pour maternité, avec traitement d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la Sécurité Sociale* »<sup>29</sup>. Il bénéficie de l'intégralité de son traitement. Le congé de paternité est un droit. Sa durée est de onze jours consécutifs dans un délai de quatre mois suivant l'accouchement.

---

<sup>25</sup> DERRENNE O., *op.cit.* P.669.

<sup>26</sup> *Ibidem*, p.676.

<sup>27</sup> *Ibidem*, p.675.

<sup>28</sup> *Ibidem*, p.682.

<sup>29</sup> *Ibidem*, p.698.

## **L'accident de service et la maladie contractée en service :**

Le fonctionnaire bénéficie d'une couverture sociale particulière jusqu'à la reprise de ses fonctions ou son admission à la retraite pour invalidité. L'accident de service est « *un fait matériel qui peut être décrit et daté et qui survient sur le lieu d'exercice des fonctions et pendant l'exercice des fonctions* »<sup>30</sup>. Les maladies contractées en service sont d'évolution progressive et « *dont il convient de faire le lien avec l'exercice des fonctions* ». Il s'agit plus généralement des maladies d'origine professionnelle inscrites aux tableaux des maladies professionnelles du code de la Sécurité Sociale »<sup>31</sup>.

## **Les autorisations spéciales d'absence<sup>32</sup>**

Nous nous limiterons aux autorisations d'absence pour la garde d'enfants malades. Elles sont accordées sur présentation d'un certificat médical et jusqu'aux seize ans de l'enfant. Leur nombre est de six jours par an ou douze jours, si le conjoint ne peut exercer le même droit.

### **1.2.2 L'absentéisme, phénomène complexe à définir**

L'utilisation du terme absentéisme a tendance à insinuer une connotation péjorative et culpabilisante<sup>33</sup> pour les personnels, qui préfèrent parler d'arrêt maladie.

Dans le dictionnaire Larousse, l'absentéisme est défini simplement par le « *fait de ne pas être au travail* »<sup>34</sup> et l'absence par le « *fait pour quelqu'un de ne pas se trouver à l'endroit où l'on s'attend à ce qu'il soit* »<sup>35</sup>. Nous utiliserons ainsi l'un ou l'autre terme indifféremment.

Ces définitions ne donnent pas d'indication sur les causes des absences au travail, hormis les congés pris en compte dans le temps de travail. Ainsi, l'ANACT propose de le caractériser comme « *toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradations des conditions de travail entendues*

---

<sup>30</sup> DERRENNE O., *op.cit.* P.689.

<sup>31</sup> *Ibidem.*

<sup>32</sup> *Ibidem*, pp.781 - 783.

<sup>33</sup> ROUSSEAU T., *op. cit.*, p.24.

<sup>34</sup> LAROUSSE. *Absentéisme*. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/absent%C3%A9isme/261>.

<sup>35</sup> LAROUSSE. *Absence*. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/absence/258>.



*au sens large (les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc.) »<sup>36</sup>.*

Nous constatons dès lors l'importance des acteurs intervenant dans la prévention et dans l'amélioration des conditions de travail à savoir le CHSCT, le médecin du travail et la mise en œuvre d'une politique institutionnelle ad hoc. Cependant, les conditions de travail ne peuvent à elles seules expliquer toutes les causes de l'absentéisme. Il semble nécessaire d'approfondir les définitions par une prise en compte de facteurs causals individuels, médicaux ou organisationnels. Ainsi, BOUVILLE <sup>37</sup> propose quatre catégories d'approches :

- L'approche personnelle / individuelle : elle est en lien avec l'âge, le sexe, l'état de santé comme exemple la grossesse, la dépression, l'ancienneté et les responsabilités familiales, les revenus.
- L'approche attitudinale : elle est fonction de l'implication, de la satisfaction, de l'engagement au travail, du stress et du burn out.
- L'approche médicale : elle est en lien avec les conditions de travail telles que la charge de travail ou les postures inadaptées.
- L'approche organisationnelle : elle concerne l'organisation et l'ambiance au travail comme les horaires de travail, la latitude de décision, le manque de récompense, l'environnement de travail et le harcèlement moral.

La classification d'HARRISON et MARTOCCHIO (1998) met en évidence trois types de facteurs<sup>38</sup> :

- Les origines distantes : la personnalité et les caractéristiques démographiques (le genre, l'âge, la dépression, le tabagisme, l'alcoolisme, la drogue, le manque d'exercice).
- Les origines médianes : les attitudes à l'égard du travail comme le manque de satisfaction au travail, d'engagement professionnel de sens dans le travail et

---

<sup>36</sup> ROUSSEAU T., 2010, *Outils et méthodes pour agir*, Lyon : ANACT, p3. [En ligne], disponible sur Internet : <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/2196357.PDF>.

<sup>37</sup> BOUVILLE G., *Progression de l'absentéisme : nouveaux comportements des salariés ou nouvelles contraintes organisationnelles ?* [15/09/2013], disponible sur Internet : <http://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/4827/2010bouville.pdf?sequence=2>.

<sup>38</sup> HARRISON D-A., MARTOCCHIO JJ., 1998, *Time for absenteeism: a 20-year review of origins, offshots and outcomes*, Journal of management, 24 (3), pp.305-351. Emprunt de Sophie RANDON. RANDON, *op.cit.*, p.136.

contexte social comme le travail de nuit, la rigidité des horaires de travail et une culture tolérante envers l'absentéisme.

- Les origines proches : l'absence d'incitations à la présence, des obstacles majeurs conjugués à une certaine pression, le constat d'injustices et l'absence de plaisir au travail.

D'après ces auteurs, l'absentéisme a, entre autres, un lien de causalité avec la satisfaction et l'engagement au travail. Pour HERZBERG (1960), la satisfaction au travail consisterait en l'accomplissement, la reconnaissance de l'engagement, le travail, la responsabilité et la progression sociale. Dès lors, l'absentéisme peut être la « conséquence d'une difficulté d'engagement au travail »<sup>39</sup> que l'on définit par « 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 »<sup>40</sup>. C'est ainsi que MC GREGOR distingue deux groupes de travailleurs. La théorie Y part du postulat que les humains ont besoin de s'accomplir personnellement ce qui les pousse à travailler et à vouloir progresser dans l'exercice des responsabilités. A l'inverse, la théorie X suppose que les humains n'affectionnent pas le travail mais il leur est nécessaire d'avoir la perspective d'un salaire. D'ailleurs, ils ne trouvent pas de motivation dans le travail.

« Toutes les écoles de management de la seconde moitié du XXème siècle ont insisté sur le fondement de la motivation de l'homme au travail »<sup>41</sup>. Elle a fait l'objet de nombreuses définitions par des auteurs tels que MASLOW<sup>42</sup> ou HERZBERG. Il est possible de la caractériser<sup>43</sup> par les raisons, les intérêts et les éléments qui poussent quelqu'un à l'action. La motivation serait donc un argument pour être présent au travail<sup>44</sup>. Néanmoins et bien que propre à l'individu, il a été identifié qu'elle pouvait être modifiée par les interactions qui ont lieu dans un groupe<sup>45</sup>. Il est donc nécessaire de le prendre en compte dans le management d'équipe. Si la motivation favorise la présence au travail à l'inverse la démotivation pourrait-elle être source d'absentéisme ? Cette hypothèse est probable

---

<sup>39</sup> ROUSSEAU T., 2010, Outils et méthodes pour agir, Lyon : ANACT, p.10 [en ligne], disponible sur Internet : <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/2196357.PDF>.

<sup>40</sup> *Op.cit.*, p.10.

<sup>41</sup> BOYER L. EQUILBREY N., 2013, *Evolution des organisations et du management, rétrospective et prospective*, Caen : Editions EMS, p.43.

<sup>42</sup> MASLOW A. A theory of human motivation. [15/09/2013], disponible sur Internet : <http://psycnet.apa.org/journals/rev/50/4/370/>.

<sup>43</sup> CASNAV-CAREP. Éducation à la citoyenneté. [25/08/2013], disponible sur Internet : [http://www.ac-nancy-metz.fr/casnav/edcit/edcit\\_motivation.htm](http://www.ac-nancy-metz.fr/casnav/edcit/edcit_motivation.htm).

<sup>44</sup> BOUVILLE. Les modèles explicatifs de l'absentéisme : question de mode ? [25/08/2013], disponible sur Internet : [http://www.academia.edu/662962/Les\\_modeles\\_explicatifs\\_de\\_labsenteisme\\_question\\_de\\_mode](http://www.academia.edu/662962/Les_modeles_explicatifs_de_labsenteisme_question_de_mode). P.4.

<sup>45</sup> ARCHAMBAULT H., 2006, « Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie », *Gérontologie et société*, n° 118, p.90.

car HERZBERG décrit les conditions de travail, évoqués par les autres auteurs, l'encadrement ou la rémunération comme des facteurs de démotivation.

Tous ces éléments de définition conduisent à prendre conscience de la pluralité et de la complexité des causes de l'absentéisme qui peuvent être cumulatives. La connaissance de la chaîne causale est un préalable nécessaire à la définition d'une politique de prévention et de réduction des absences. Enfin, il convient de ne pas envisager l'absentéisme comme un comportement déviant mais plutôt comme un signal d'alerte d'un dysfonctionnement. La connaissance de son origine est utile au chef d'établissement pour gérer le phénomène même s'il est nécessaire de le mesurer afin de pouvoir suivre son évolution.

### **1.2.3 L'objectivation de l'absentéisme par le taux d'absentéisme**

Différents modes de calcul sont possibles pour objectiver l'absentéisme, notamment en calculant un taux. Le choix a, donc, été fait de l'aborder par le biais du bilan social car il présente l'avantage de pouvoir faire des comparaisons annuelles et de suivre son évolution. Il sert d'indicateur d'alerte même s'il doit être analysé plus finement. Le bilan social a pour objectif de récapituler dans un même document les principales données chiffrées qui permettent d'apprécier la situation de l'établissement dans le domaine social, de consigner les réalisations et de mesurer les changements intervenus. Il fait l'objet d'un allègement et d'une simplification de son contenu par le décret n°2012-1292 du 22 novembre 2012 portant modification du décret n°88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les 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 et l'arrêté du 5 décembre 2012. L'objectif du bilan social est de devenir un « *document stratégique et dynamique...*, et d'autre part, un ancrage à la fois infra établissement, avec la présentation de certains indicateurs par pôle d'activité, mais aussi territorial avec la mise en évidence d'actions ou de projets communs à l'échelon régional ou infrarégional »<sup>46</sup>. Il est adressé au Directeur Général de l'ARS.

Le mode de calcul actuel du taux d'absentéisme est le nombre de jours d'absences du personnel (hors congés, réduction du temps de travail (RTT), jours fériés (JF), repos hebdomadaires, et hors absences pour formation et autres autorisations d'absence) divisé (ETP moyen sur l'année n x 365), exprimé en pourcentage.

---

<sup>46</sup>MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. INSTRUCTION N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 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, [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir\\_36377.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36377.pdf).

La méthode<sup>47</sup> antérieure prenait le nombre de jours théoriques travaillés (224 jours théoriques travaillés \* nombre des ETP). Le taux d'absentéisme était obtenu en divisant le nombre de journées d'absence tous motifs confondus par le nombre de jours théoriques travaillés, exprimé en pourcentage.

Le changement de calcul a pour conséquence une modification des résultats et une impossibilité de faire des comparaisons entre les années antérieures et postérieures à 2012. A titre d'exemple, le calcul de 2011 pour le CHM donnait un taux de 11,8%<sup>48</sup> d'absentéisme. En appliquant le nouveau mode de calcul, le résultat est de 7,2%<sup>49</sup>.

Il convient, donc, d'être prudent sur les prochaines années pour suivre et comparer l'évolution du taux d'absentéisme au CHM du fait de l'évolution de la méthode de calcul.

L'objectif du directeur du CHM est d'agir sur l'évolution de l'absentéisme pour le réduire. Afin de mettre en œuvre un plan d'actions adapté, il est nécessaire de conduire une étude pour l'objectiver et le définir dans l'établissement.

### **1.3 La préparation de l'étude de l'absentéisme au Centre Hospitalier de Martigues**

La connaissance des causes de l'absentéisme pour MO nécessite de recueillir des données quantitatives et qualitatives. Le partage d'expérience avec le Centre Hospitalier de Chambéry nous permettra d'affiner nos préconisations pour le plan d'actions de réduction et de prévention de l'absentéisme.

#### **1.3.1 La collecte des données quantitatives**

Après une recherche documentaire sur différents thèmes, notamment sur l'absentéisme et les conditions de travail, nous avons débuté la collecte quantitative des données.

Dans un premier temps, nous avons sollicité le contrôleur de gestion de la direction des ressources humaines pour obtenir une extraction informatique à partir du logiciel de la paie, ce qui nécessite d'utiliser les requêtes de Business Object afin de recueillir les données souhaitées (ANNEXE II). De nombreuses difficultés ont retardé le début de l'étude quantitative, ce qui a contribué à faire le choix d'une cartographie sur l'année 2012

---

<sup>47</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les 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, [en ligne], 30 décembre 2012, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0030D99C39778A334531F0E784064653.tpdjo05v\\_2&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000314817&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0030D99C39778A334531F0E784064653.tpdjo05v_2&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000314817&categorieLien=cid).

<sup>48</sup> Journées d'absence (31718) / nombre de jours théorique travaillés (1200 ETP \* 224 c'est-à-dire le nombre de jours théoriques travaillés soit 268738), exprimé en pourcentage soit 11,80%.

<sup>49</sup> Nombre de jours d'absence (31718) / (1199,72ETP moyen \* 365 soit 437897,8), exprimé en pourcentage soit 7,24%.

et suivre l'évolution macro à partir des données des bilans sociaux. La base de données a été constituée à partir des éléments collectés dans un tableau Excel. Puis dans un deuxième temps, des retraitements ont été nécessaires pour la fiabiliser (doublons) manuellement et pour certaines à partir de fonctionnalités du tableur. De plus, des erreurs persistantes nous ont obligé à travailler une base simplifiée et importer des données au fur et à mesure des besoins pour renseigner l'analyse qualitative.

### 1.3.2 Les entretiens collectifs et individuels

Les entretiens, qu'ils soient collectifs ou individuels, ont pour objectif d'approfondir l'étude quantitative par des données qualitatives.

Dans le cadre de l'étude institutionnelle, deux groupes de quinze personnes ont participé à des entretiens collectifs de deux fois trois heures à partir d'une grille d'entretien semi-directif (ANNEXE III). L'un regroupait des cadres (proximité et supérieur) des personnels soignants, médico-techniques et l'autre l'encadrement des personnels de « services prestataires » tels que la restauration, le standard / accueil, les transports, les ateliers et les assistantes médico-administratives. Dans chaque groupe, des représentants des partenaires sociaux ont participé. La prise de note a été utilisée lors de l'animation du groupe. Nous avons gardé uniquement les données en lien avec l'objet de l'étude pour ce travail.

Nous avons complété cette étude par trente entretiens individuels auprès des personnels IDE, AS et ASH car la part de ces métiers dans l'absentéisme pour maladie ordinaire est importante au CHM. L'analyse a été thématique afin de déterminer les causes des absences à partir d'une grille d'analyse (ANNEXE IV). Les entretiens ont eu lieu dans les services pour la facilité que cela représentait pour les personnels.

Un échantillon d'unités de soins dans chaque pôle a été déterminé, selon deux critères. D'une part, nous avons étudié le nombre d'absences dans le service en le rapportant à la durée de l'absentéisme par grade en fonction du cadre de l'effectif. D'autre part, nous avons choisi, comme deuxième critère, la « hiérarchie des disciplines (entre les prestigieuses et les moins reconnues, les plus nobles et les plus pauvres) »<sup>50</sup>. Ainsi, le classement commence par des services tels que la réanimation ou les urgences et se termine par la gériatrie. Il nous semblait que la valorisation et la reconnaissance induite

---

<sup>50</sup> MIHAÏ DINU G. MOATTY F., 2005, « Les conditions du travail en équipe. Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé », DRESS [en ligne], n°43, p.63. [25/08/2013], disponible sur Internet : [http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cee-recherche.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fwebfm%2Fpublications%2Fdocdetravail%2F43-travail\\_equipe.pdf&ei=mjoaUq2cPKLG0QXtgoHgAg&usg=AFQjCNGXoGEBa2snPoJjHRp0\\_H0DKErPtg](http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cee-recherche.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fwebfm%2Fpublications%2Fdocdetravail%2F43-travail_equipe.pdf&ei=mjoaUq2cPKLG0QXtgoHgAg&usg=AFQjCNGXoGEBa2snPoJjHRp0_H0DKErPtg)

par la spécialité pouvait avoir une influence sur l'engagement au travail par la reconnaissance.

Ainsi, nous avons réalisé des entretiens en médecine interne, en réanimation, en gynécologie-obstétrique, aux urgences et à l'EHPAD / USLD, que nous nommerons également gériatrie. Nous avons laissé les cadres de santé paramédicaux choisir les personnels acceptant de répondre afin qu'il n'y ait pas de motif de stigmatisation possible. Ainsi, nous avons rencontré huit infirmières, treize aides-soignantes et huit agents des services hospitaliers pour des entretiens semi-directifs. (ANNEXE V). Suite à notre sollicitation de rencontrer des personnels de l'EHPAD, l'équipe nous a invité afin de venir observer ses pratiques (toilettes, repas, transmissions) en plus des entretiens. Certains n'ont pu être réalisés suite à des changements de quart de travail ou à une charge de travail importante le jour de l'interview. Certains ont pu être reprogrammés, d'autre pas.

Des rencontres informelles ont également eu lieu avec l'encadrement de proximité et supérieur à l'occasion de réunions institutionnelles. Le Directeur des Ressources Humaines, l'infirmière de santé au travail et la psychologue du travail ont répondu à notre questionnement sur les politiques institutionnelles sur le handicap et les RPS. Il n'a pas été possible de rencontrer le médecin du travail en raison de sa faible quotité de travail.

Des échanges par messages électroniques, téléphone et une rencontre ont eu lieu avec un étudiant en master 2 spécialisé dans la direction d'établissement médico-social, en stage dans un autre centre hospitalier. Cela nous a permis de partager des références bibliographies, du partage d'expérience et une confrontation des résultats collectés. Nous avons également répondu à la sollicitation d'une étudiante cadre de santé du Centre Hospitalier d'Annecy sur le travail sur l'absentéisme mené au CHM pour son mémoire de fin d'études.

### **1.3.3 La visite au Centre Hospitalier de Chambéry**

Une visite au Centre Hospitalier de Chambéry a permis un partage d'expérience avec trois personnes du CHM que sont un cadre administratif de pôle, deux cadres supérieurs de santé dont un cadre de pôle.

Le Centre Hospitalier de Chambéry a débuté sa démarche de réduction de l'absentéisme dès 2003 et cela a permis une diminution de plus de 17% de celui-ci qui est actuellement inférieur à 7% depuis 2008. Une politique de prévention est également développée afin de préserver la santé des agents des risques a priori et a posteriori. Par exemple, entre 2010 et 2011, le taux d'absentéisme pour accident du travail a été réduit de 21%.

Nous avons rencontré l'attachée d'administration hospitalière (AAH), adjointe du DRH, en charge du suivi de l'absentéisme dans l'établissement, un cadre supérieur de pôle, le

responsable de la prévention des risques professionnels et l'infirmière formée en ergo-motricité en charge de la formation sur les gestes et postures notamment la manutention des patients / résidents et / ou des charges. Cette visite a été l'occasion de s'entretenir avec chacun des interlocuteurs pendant une heure et demie, de les questionner et d'obtenir un partage d'informations sur la politique institutionnelle, la démarche et les outils.

Nous avons saisi qu'une politique telle que celle menée à Chambéry implique une volonté directoriale engageant un investissement en ressources tant humaines (suivi de l'absentéisme, prévention, formation...) que financières (salaires des personnels dédiés, coût de formation, investissement dans le matériel...). Elle donne des résultats.

La procédure de gestion de l'absentéisme est pluridisciplinaire car elle associe le Directeur des Ressources Humaines, l'AAH, les cadres supérieurs de pôle, les cadres, le responsable de la prévention des risques professionnels, la formatrice en ergo-motricité, le service de santé au travail, la psychologue du travail et l'assistante sociale du personnel.

La procédure repose sur des règles de gestion clarifiant les étapes à suivre. Elle repose également sur des entretiens :

- Pour faire émerger un éventuel problème (en lien avec l'organisation du travail, les relations dans le travail ou leur santé) pour y apporter la solution la plus adaptée (intervention des autres professionnels tels que l'assistante sociale du personnel, le médecin du travail...) chez des agents ayant des absences fréquentes (à partir de 3) ou de longue durée (30 jours).
- Pour maintenir le lien social et avec l'institution pour des agents ayant des absences d'un an et plus.
- Pour contractualiser une reprise du travail (aménagement de poste, changement de poste, reconversion...) en lien avec des restrictions partielles ou totales d'aptitude à l'exercice du métier.

Enfin malgré de bons résultats, l'AAH nous a précisé que le dispositif fonctionne dans 50% des situations rencontrées. Actuellement, une évaluation est en cours pour faire évoluer précisément la procédure. Une des difficultés rencontrées concerne les arrêts maladie en lien avec la grossesse car les agents s'arrêtent « rapidement » malgré les essais par les cadres d'aménagement de poste durant la grossesse. L'autre difficulté importante concerne le devenir des AS pour lesquelles les restrictions d'aptitude pour la manutention sont définitives. Enfin, concernant le suivi des événements indésirables, il est

parfois difficile de mettre en place les mesures au niveau institutionnel (chute des barres de lit). Elles se limitent au service concerné.

Le recueil d'éléments quantitatifs et qualitatifs, confrontés à une expérience de réduction de l'absentéisme dans un établissement à peu près similaire, va nous permettre d'affiner l'analyse du phénomène au CHM.



## **2 La mise en lumière des causes de l'absentéisme pour maladie ordinaire au Centre Hospitalier de Martigues en 2012**

La réduction de l'absentéisme sera en lien avec l'analyse de la situation du CHM. L'exploitation des données nous permettra de qualifier l'absentéisme pour MO. Il n'en demeure pas moins qu'il est nécessaire d'identifier les différents types d'absence afin d'en comprendre les liens avec la MO.

### **2.1 La situation du Centre Hospitalier de Martigues**

Le CHM s'appuie sur des outils de gestion et de suivi pour mener à bien la réduction de l'absentéisme. De ce fait, cet objectif est un véritable enjeu de performance suite au constat de sa progression depuis 2009, et des surcoûts qu'il génère. L'établissement s'interroge également sur les effets de l'application règlementaire du jour de carence.

#### **2.1.1 L'engagement institutionnel de réduction de l'absentéisme**

Les moyens mis en œuvre pour réduire l'absentéisme se situent à différents niveaux : contractualisation avec les autorités de tutelle, mise en place de logiciel et d'outils de suivi et de partage d'informations, bilans réguliers entre la DRH, la Direction des Affaires Financières (DAF) et les pôles.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)<sup>51</sup> du CHM pour la période 2011–2016 a été conclu avec l'ARS de Provence–Alpes–Côte d'Azur (PACA). Le CPOM a pour finalité d'être un dispositif pour la gestion interne de l'établissement et de régulation régionale. Il est également un outil d'amélioration de la performance, notamment en matière de qualité, de service rendu aux patients, d'efficience économique et d'optimisation de la gestion des ressources humaines. Il permet une évaluation et un suivi régulier à travers la réalisation d'un bilan annuel. Ainsi, le CHM a inscrit dans son CPOM une réduction de son taux d'absentéisme avec un taux final à 9,6% en 2016. La réforme du bilan social permet au Directeur de l'ARS de suivre l'évolution de l'atteinte des objectifs et des engagements de l'établissement concernant l'absentéisme. Il convient de prendre en compte le changement de la méthode de calcul afin de suivre l'évolution de la politique mise en œuvre au CHM.

---

<sup>51</sup>MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. CIRCULAIRE N°DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des contrats, [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste\\_20120004\\_0100\\_0063.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0063.pdf). Le CPOM du CHM a été rédigé avec une version antérieure.

Depuis plusieurs années, le CHM s'est doté d'un outil de gestion des plannings (tableur Excel développé par un ingénieur informatique) qui permet le suivi de l'absentéisme, or faute d'une utilisation correcte par les cadres, il n'est pas possible d'en tirer des informations telles que le suivi individuel, le temps de remplacement de cet agent et par qui (intérim ou heures supplémentaires). Ces informations nécessitent un retraitement manuel pour les obtenir ce qui constitue une perte de temps et un risque d'erreur. De plus, le CHM a prévu d'acquérir un pro-logiciel qui fera l'interface entre les plannings informatisés et le service de la paie. Le suivi pourrait être automatisé et fiabilisé.

Par ailleurs, le CHM dispose d'une procédure de gestion de l'absentéisme. Une fiche de liaison, dématérialisée (ANNEXE VI), relaie l'information sur les absences de l'encadrement vers le service de gestion du personnel. Le constat posé par l'encadrement est l'absence d'un retour d'information en sens inverse. En effet, l'agent a l'obligation de transmettre à l'autorité administrative<sup>52</sup> le certificat médical attestant son impossibilité de travailler, mais il n'est pas mentionné dans les droits et obligations des fonctionnaires l'information à l'encadrement. Ceci pourrait faire l'objet d'un paragraphe dans un règlement intérieur afin que les agents préviennent l'encadrement des dates d'arrêt, de reprise et d'une éventuelle prolongation. Or, le CHM ne dispose pas à ce jour de règlement intérieur. Afin de pallier ce problème temporairement, l'accès en lecture seule du logiciel de gestion des ressources humaines sera autorisé à l'encadrement du pôle.

Enfin, le DRH rencontre régulièrement la cadre supérieure faisant fonction de directeur des soins, le cadre supérieur responsable de la gestion des ressources humaines, les cadres de pôle et les responsables des services (le directeur des services logistiques, le directeur des affaires financières, les responsables des assistantes médico-administratives....) pour faire un bilan de l'absentéisme, des recrutements, des remplacements et des besoins en personnel. Du fait d'un déficit financier, le CHM a entrepris un plan de retour à l'équilibre en 2009. Ce dernier a, entre autre, impliqué la réduction des effectifs. A cette occasion, les organisations dans les services de soins ont été revues pour être optimisées. Les marges de manœuvre pour les remplacements et les recrutements sont plus faibles et elles doivent correspondre aux sommes allouées pour le fonctionnement du pôle dans le cadre de l'équilibre prévisionnel des recettes et des dépenses.

---

<sup>52</sup> DERRENNE O. *op.cit.*, p.669.

## 2.1.2 Les coûts de l'absentéisme pour maladie ordinaire

L'absentéisme est un enjeu du fait de ses conséquences financières, humaines et organisationnelles. La gestion des ressources humaines repose sur quatre notions<sup>53</sup>. Dans le cadre d'un absentéisme, il est indispensable de les prendre chacune en compte :

- La gestion administrative et statutaire du fait des droits du fonctionnaire.
- La gestion financière individuelle par la rémunération et collective par la maîtrise de la masse salariale.
- La gestion des métiers et des compétences par la prévision des besoins de l'établissement dans le cadre de mobilité interne (horizontale et verticale) ou d'un reclassement.
- La gestion de l'organisation du travail et des conditions de vie au travail par la gestion des problématiques individuelles en lien avec les postes de travail, avec le sens du travail, le fonctionnement des services et l'amélioration des conditions de travail.

L'absentéisme est caractérisé par les différents coûts qu'il induit. Cependant, le contexte budgétaire actuel rend l'impact financier prégnant dans une politique de lutte contre l'absentéisme. En effet pour la MO en 2012, il a coûté 6 107 793 € dont 4 036 080 € uniquement pour les personnels soignants et éducatifs. Une politique de réduction de l'absentéisme permettrait un réinvestissement d'une partie des sommes dans une démarche de prévention de la santé au travail, une politique de gestion des modalités des remplacements des absents et des économies.

Néanmoins, les coûts humains et organisationnels sont certainement les plus importants car la personne absente du collectif de travail « *[génère] surcharge pour ses collègues et risque pour la performance* »<sup>54</sup>. En effet, les absences induisent un bouleversement de l'organisation du travail du fait de leur imprévisibilité et un transfert de la charge de travail sur les présents. Des solutions sont nécessaires pour assurer le fonctionnement de l'hôpital, du service et de l'unité en lien avec la continuité de service. En effet, la gestion de l'absence nécessite de prendre en compte la charge de travail, les possibilités de rappels des agents, leur éventuel refus, l'aménagement du temps de travail, le choix de demander de l'intérim ou de payer des heures supplémentaires (ces deux derniers items sont essentiellement réservés à la catégorie des IDE).

---

<sup>53</sup> DERRENNE O. *op.cit.*, p.22.

<sup>54</sup> ROUSSEAU T., *Absentéisme ...*, *op.cit.*, p.10.

Le rappel des agents pour modifier leur planning ou supprimer des repos surajoute une fatigue pour les personnels surtout lorsque cela se répète. Dès lors, il apparaît une augmentation du risque d'arrêt pour fatigue car les repos ne permettent plus aux agents de récupérer. Ceci est d'autant plus prégnant lorsque la modalité de gestion choisie implique la diminution des effectifs par rapport à l'organisation habituelle. La perte de la qualité est un élément constitutif de l'absentéisme soit par la détérioration des conditions de travail ou par les risques d'erreur dus à la fatigue.

L'enjeu sur les coûts directs, cachés et de non qualité engendrés par l'absentéisme dans la Fonction Publique Hospitalière, a, sur un plan national, fait l'objet d'un alignement de la réglementation privé / public pour l'absentéisme de courte durée.

### **2.1.3 Le jour de carence, réducteur de l'absentéisme de très courte durée ?**

Le jour de carence consiste à ne pas rémunérer la première journée de chaque congé de maladie ordinaire d'un agent, quel que soit le jour sur lequel il tombe (JF, samedi, dimanche...). Il a pour objectif de lutter contre l'absentéisme, « *supposé plus élevé, dans la Fonction Publique et de restaurer l'équité entre salariés et agents publics* »<sup>55</sup>. Mis en place en janvier 2012<sup>56</sup>, il est en projet de le supprimer en 2014 a annoncé la Ministre de la Réforme de l'Etat, de la Décentralisation et de la Fonction Publique. Selon la Fédération Hospitalière de France (FHF), « *des économies substantielles* »<sup>57</sup> ont ainsi été obtenues. Elles seraient de l'ordre de 60 à 75 millions d'euros<sup>58</sup>.

Au CHM, nous n'avons pu avoir l'estimation financière de l'impact du jour de carence pour l'année 2012. Cependant, l'extraction des absences de très courtes durées, de trois et de sept jours, a permis de constater une diminution de ces arrêts, comme le montre le tableau 1. Il semblerait qu'il n'y a pas eu de transfert d'arrêt par un allongement de la période de trois à sept jours (Annexe VII - Tableau 1 – L'évolution du nombre d'arrêts de courtes durées entre 2009 et 2012).

---

<sup>55</sup>PORTAIL DU GOUVERNEMENT. Prochaine suppression de la journée de carence dans la Fonction publique. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/prochaine-suppression-de-la-journee-de-carence-dans-la-fonction-publique>.

<sup>56</sup>MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ÉTAT et MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE. Loi n°2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 - article 105 - [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir\\_34929.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir_34929.pdf) et circulaire du 24 février 2012 relative au non versement de la rémunération au titre du premier jour de congé de maladie des agents publics, [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir\\_34795.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir_34795.pdf).

<sup>57</sup>Fédération Hospitalière de France. Jour de carence. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://fichiers.fhf.fr/documents/13-105-Marylise-Lebranchu-jour-de-carence.pdf>.

<sup>58</sup>Le Figaro. Le jour de carence rapporte aux hôpitaux publics. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2012/09/25/20002-20120925ARTFIG00615-le-jour-de-carence-rapporte-aux-hopitaux-publics.php>.

Enfin, ces chiffres sont faussés car l'encadrement accepte pour certains agents de positionner un repos sur le planning au lieu d'exiger un certificat médical pour éviter le jour de carence et la perte financière qui en découle car, « *c'est du donnant donnant si l'agent n'abuse pas de la pratique* » disent les cadres supérieurs.

Même si la mesure de l'impact sur le CHM de cette orientation nationale est peu parlante, il est, par contre, important de définir l'absence pour MO sur l'établissement afin de proposer des actions correctrices pertinentes, mesurables et fiables.

## **2.2 Le congé de maladie ordinaire au Centre Hospitalier de Martigues**

Les absences pour MO représentent la proportion la plus importante de l'absentéisme total, ce qui justifie le fait de le retenir comme objet de la présente étude car il est accessible aux mesures de réduction et de prévention. Son analyse quantitative permet de déterminer les caractéristiques des personnes absentes. Ensuite, les entretiens donnent des éclaircissements sur les causes de l'absentéisme pour MO. Enfin, l'analyse de ces derniers apporte des éléments d'explication sur le choix (ou non) d'être présent au travail.

### **2.2.1 Les caractéristiques individuelles et collectives des personnels absents**

Les données statistiques et l'analyse des entretiens vont nous permettre d'établir la proportion d'absences pour congé de maladie ordinaire sur l'établissement et d'en définir un profil type.

- ***Les données collectives***

L'absentéisme pour MO représente 42% de l'absentéisme total. Etant accessible à une politique de réduction et de prévention, cela en fait un objectif privilégié (Annexe VII - Graphique I – La part des différentes absences rencontrées chez les personnels non médicaux en 2012 et Tableau 2 – Les différentes absences des personnels non médicaux, en valeur et en pourcentage, en 2012).

L'absentéisme pour MO concerne 487 agents dont 241 soignants. Entre 4000 et 4500 journées sont perdues par trimestre pour les personnels non médicaux (PNM). La part annuelle pour les soignants est de 7500 journées soit la moitié de l'absentéisme pour MO. (Annexe VII - Graphique II – Le nombre de journées non travaillées en fonction de la catégorie d'absence chez les personnels non médicaux en 2012).

- **Un profil type ?**

### **L'âge**

La pyramide des âges de 2012 au CHM montre que 60% des agents ont plus de 40 ans (ANNEXE VIII). 50% des agents ont moins de 10 ans d'ancienneté et 30% ont une ancienneté de 20 ans ou plus. Selon HARRISON et MARTOCCHIO<sup>59</sup>, l'âge fait partie des causes possibles à l'absentéisme. En effet, « *le vieillissement de la population employée (la moyenne d'âge était de 42,6 ans fin 2009 dans la Fonction Publique Hospitalière) conjugué à la pénibilité des métiers hospitaliers et au recul programmé de l'âge de départ à la retraite à taux plein placent les politiques de gestions des ressources humaines parmi les enjeux majeurs pour les établissements hospitaliers* »<sup>60</sup>. L'âge moyen des personnels du CHM est de 42,5 ans et de respectivement 40 ans, 44 ans et 43 ans pour les IDE, les AS et les ASH. L'analyse des données montre que l'âge moyen dans l'absentéisme pour MO est de 45,5 ans. Sans être néanmoins totalement prédictif, il apparaît comme un facteur à prendre en compte et à surveiller.

Le turn-over des IDE, plus important que celui des autres professions, permet le rajeunissement de ce corps de métier car « *après quelques années (entre cinq et dix ans) ils choisissent d'aller travailler dans d'autres secteurs. Il y a toujours eu des départs en libéral mais là c'est de plus en plus car il y a l'appât du gain* » ont évoqué des IDE et AS.

De plus, le dispositif de suivi de la santé au travail des agents montre l'existence d'un lien entre le travail et l'altération de la santé avec l'avancée en âge, notamment dans les métiers dont la pénibilité est reconnue. L'usure professionnelle a un lien avec l'absentéisme, notamment au CHM, car les arrêts ont une durée moyenne assez longue c'est-à-dire vingt et un jour pour les agents qui ne s'arrêtent qu'une seule fois.

Il convient néanmoins de nuancer ce lien car nous avons rencontré trois agents qui avaient choisi de se reconvertir pour devenir soignants (IDE et AS). L'un d'eux a évoqué des « *problèmes de dos* » bien antérieurs à sa reconversion. Il explique : « *On va mettre en place des mécanismes de défense. On n'est pas tout seul, on peut attendre son collègue. On apprend les gestes et les postures. Je suis obligé de le faire car j'ai un dos qui est catastrophique et ça m'oblige à les respecter* ».

Enfin, l'absentéisme entre 30 et 35 ans semble être en lien avec la maternité. Après un deuxième pic entre 50 et 55 ans, la part de l'absentéisme diminue probablement en lien avec le passage en CLM ou CLD traduisant des pathologies médicales graves (Annexe VII - Graphique III – La part de l'absentéisme pour maladie ordinaire en 2012 chez les soignants

---

<sup>59</sup> RANDON S., *op.cit.*, p.136.

<sup>60</sup> SOFCAH, 2011, « absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers 2010 », *Analyse et conjoncture*, [25/08/2013], disponible sur Internet : [http://www.sofcap.com/file/soflink/pj/analyse\\_conj\\_h\\_88529.pdf](http://www.sofcap.com/file/soflink/pj/analyse_conj_h_88529.pdf).

par tranches d'âge). La tranche d'âge 25–30 ans en présente un supérieur à 8%. La maternité ne peut être la seule explication. Il convient de s'interroger sur un défaut d'intégration dans le collectif de travail.

### ***L'intégration et l'ancienneté***

La maternité explique, en grande partie, l'absentéisme pour la tranche d'ancienneté entre 5 et 10 ans. En dehors de cette dernière ou d'une pathologie, l'explication viendrait de l'intégration des agents au sein des équipes et de l'institution.

En effet, Serge PAUGAM parle d'intégration laborieuse<sup>61</sup> (insatisfaction au travail et stabilité de l'emploi) et d'intégration disqualifiante (insatisfaction au travail et instabilité de l'emploi)<sup>62</sup>. Ces deux notions sont importantes car les IDE sont généralement stagiaires et titulaires dans les mois qui suivent leurs recrutements. Leurs emplois sont donc stables mais ils n'éprouvent pas toujours de satisfaction au travail. Un agent enquêté en est parfaitement conscient. Il en parle en ces termes : « *Le service public a changé depuis que je suis entré. La crise fait que l'on ne peut pas se permettre de... mais avant c'était la stagiairisation, la titularisation. Au bout de deux ans c'était plié. Là, c'est fini* ». Ainsi, les AS sont de plus en plus en contrat à durée déterminée avant la mise en stage et les contrats d'accompagnement dans l'emploi (CAE), chargés du bio-nettoyage, sont en situation de précarité car « *elles savent qu'elles ne vont pas rester* » disent plusieurs ASH titulaires. L'intégration disqualifiante concerne certaines d'entre elles car le métier ne les intéresse pas (indépendamment des possibilités) même s'il y a des opportunités d'embauches ultérieures et des perspectives de promotion professionnelle.

Après une ancienneté de 30 ans, l'âge redevient un facteur explicatif de l'absentéisme (Annexe VII - Graphique IV – L'absentéisme pour maladie ordinaire et l'ancienneté des soignants en 2012).

### ***Le genre***

Les femmes représentent 83% du personnel de l'établissement et elles comptabilisent 89% des absences pour MO. Il s'avère que les femmes et les hommes comptabilisent respectivement 42 jours et 37 jours d'arrêt maladie. Il nous semble imprudent de conclure rapidement que le sexe a une influence sur l'absentéisme. En effet, nous avons vu que les agents féminins ont eu recours à de la MO en lien avec une grossesse et en dehors des congés prévus légalement. Nous avons souhaité isoler cet absentéisme et nous

---

<sup>61</sup>PAUGAM S., 2013, « Quand l'intégration professionnelle devient disqualifiante », *Economie et humanisme*, n°381, p.24. [25/08/2013], disponible sur Internet : [http://www.revue-economie-et-humanisme.eu/bdf/docs/r381\\_24\\_integrprofdisqualifiante.pdf](http://www.revue-economie-et-humanisme.eu/bdf/docs/r381_24_integrprofdisqualifiante.pdf).

<sup>62</sup>.*Ibidem*.

avons constaté que la durée d'absence des femmes était, au final, de 34 jours ; ce qui est quasiment équivalent à la durée d'absentéisme des hommes.

### ***Le métier***

Les professions qui cumulent le plus d'absentéisme sont les IDE, les AS et les ASH avec respectivement 20%, 16% et 13% d'absentéisme. Ces professions sont reconnues comme pénibles par l'association des différents facteurs<sup>63</sup> que sont le travail de nuit, les horaires alternés, le port de charges lourdes, les contraintes physiques et posturales ainsi que les facteurs liés au stress ou aux risques psychosociaux. Actuellement, l'allongement de la vie active pose la question de la pénibilité.

### ***Le service / la spécialité médicale et la durée***

La spécialité médicale sert de dénomination pour les services. Ainsi, nous étudierons les services sur cette base. En outre, le nombre de jours d'absence des soignants pour MO a servi pour le classement des services (Annexe VII - Tableau 3 – Le nombre de jours d'absentéisme des soignants pour maladie ordinaire par service en 2012). Nous avons extrait, de manière à avoir une représentativité des pôles, les deux premiers services soignants comportant le plus d'absences, puis deux autres en milieu de classement et nous avons choisi la gériatrie parmi les services où il y avait le moins d'absentéisme. Ce dernier choix résulte de deux critères. En effet, la gériatrie a une représentation bien moins positive et valorisante que les autres services de soins. De plus, elle a été identifiée, en 2011, comme un « service » où les personnels présentaient des facteurs de RPS suite à une étude interrégionale<sup>64</sup>. Une grande souffrance au travail pour les personnels, toutes catégories confondues, et l'encadrement a été mise en évidence ainsi qu'un fort taux d'absentéisme.

Ainsi, le service de médecine interne présente le plus grand nombre de jours d'absence pour MO. Cela s'explique pour partie par des congés MO avant maternité. Les résultats pour les services de médecine, de réanimation et de gynécologie–obstétrique nécessiteraient, également, un traitement informatique afin d'extraire les périodes de maladie en lien avec la grossesse et d'affiner les conclusions.

Néanmoins, il est possible de constater que la durée des absences est en lien avec des problèmes de santé, personnels et / ou sociaux pour lesquels le CHM n'est, actuellement, pas en mesure d'apporter de réponse. En effet, la faible quotité de temps de présence du

---

<sup>63</sup> ARACT. La pénibilité, fiche 3. [13/02/2013], disponible sur Internet : [http://basse-normandie.anact.fr/portal/page/portal/SWAM\\_3\\_PORTAIL/SWAM\\_3\\_Ressources\\_documentaires](http://basse-normandie.anact.fr/portal/page/portal/SWAM_3_PORTAIL/SWAM_3_Ressources_documentaires)

<sup>64</sup> Etude RPS, 2011, APAVE. Les résultats présentés ne sont que ceux du CHM et pas de comparaison possible au niveau régional par rapport aux données obtenues.



médecin du travail et l'absence d'une assistante sociale dédiée au personnel ne permettent pas de répondre à toutes les difficultés des agents malgré les politiques institutionnelles mises en place. Les cadres supérieurs s'accordent à dire : *« on est, de plus en plus, obligée de faire du social quelle que soit la catégorie ou le grade car la paupérisation touche tous les agents surtout les familles monoparentales. On demande à nos assistantes sociales des patients car on ne sait pas toujours comment aider nos personnels ».*

### **Focus sur la gériatrie et influence du management**

Outre les problématiques médicales, sociales et personnelles des agents, il ressort des entretiens que le management a une influence sur la réduction de l'absentéisme et des RPS. Il s'est avéré que le changement d'encadrement a permis également une redynamisation dans le travail. Les personnels en ont conscience et l'expriment. *« Depuis que C., la cadre, est là, il y a moins d'absentéisme. On avait deux cadres qui avaient beaucoup d'arrêts et qui m'ont posé la question alors j'ai répondu, « Posez-vous la question ». A un moment donné, c'est aussi le cadre qui fait la coordination dans une équipe. On était livré à nous-même et je trouve que l'on se débrouillait pas mal. Les deux anciens cadres ont très mal géré le service et il y avait des arrêts tous les quinze jours et tous les mois. Un cadre s'était accaparé un groupe de filles, il y avait les gentilles et elle avait ses têtes. Le cadre, c'est comme un chef d'orchestre et ça a un rôle très important ».* Pourtant, *« nombre d'agents ne sont pas préparés à travailler en gériatrie alors que les soins aux personnes âgées demandent des aptitudes spécifiques : autonomie, prise en charge des pluri-pathologies, confrontation à la démence et au corps de la personne âgée »*<sup>65</sup>. Les entretiens ont montré que seule une IDE a choisi de travailler au sein de l'EHPAD. Les AS expriment qu'elles *« devaient y être pour trois mois et ça fait maintenant plusieurs années ».* Bien que n'ayant pas choisi le secteur d'activité, les agents sont engagés dans leur travail quand ils se sentent valorisés.

Enfin, la gériatrie se trouve sur un autre site et cette distance du site principal donne l'impression au personnel qu'il est *« abandonné ».* Un agent explique que : *« depuis qu'elle [nouvelle cadre] est là... nous, les oubliés de l'hôpital... c'est vrai que depuis, on a plus de reconnaissance de la part d'en bas sinon on est perdu là-haut sur la colline ».*

### **Le statut / la catégorie**

Sans surprise, l'absentéisme se concentre sur les fonctionnaires titulaires et les contractuels permanents (contrat à durée indéterminée) du fait de la sécurité

---

<sup>65</sup> RANDON S., *op.cit.*, p.146.

professionnelle liée à leur statut (Annexe VII - Graphique V – La part de l'absence en fonction du statut chez les soignants en 2012).

58% des agents de la catégorie C ont été arrêtés en 2012, 13% pour la catégorie B et 29% pour la catégorie A. En effet, la catégorie C regroupe les métiers ASH et AS, métiers peu ou pas qualifiés dont les tâches entraînent beaucoup de sollicitations physiques des agents. Les taux d'absentéisme de la catégorie A et B sont représentatif des IDE. En effet depuis 2010<sup>66</sup>, les IDE du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés qui l'ont souhaité, ont basculé de la catégorie B vers la catégorie A (d'actif à sédentaire).

### ***Les motifs évoqués***

Les motifs d'arrêt sont confidentiels. Nous nous baserons sur le déclaratif de la part des agents, des cadres et de la cadre supérieure de santé faisant fonction de Directrice des Soins.

Le cancer – dans sa phase de découverte - est la pathologie la plus fréquemment citée. Un agent explique que : « *j'ai une collègue qui est arrêtée parce qu'elle a un cancer du sein* ». Viennent ensuite la fatigue, qu'elle soit physique ou psychologique en lien avec le manque d'effectif, les troubles anxio-dépressifs, les pathologies psychiatriques, la charge de travail, les conditions de travail ou le fonctionnement du service. Ainsi, un agent évoque : « *les raisons, ça peut être la fatigue au travail, physique ou psychologique* ». Le stress dû au travail et / ou le stress personnel sont également des causes évoquées dans l'absentéisme pour MO. Au-delà de la maladie, les agents ont évoqué la démotivation, la perte de sens du travail<sup>67</sup> ou le manque d'esprit d'équipe. Un agent dit : « *il y a des moments où je me sens démotivée* ». Ces motifs entrent dans le champ de l'étude car l'absence est justifiée par un certificat médical.

En conclusion, les critères en lien avec un potentiel absentéisme sont l'âge, l'ancienneté, la pénibilité et le statut. Il faut y ajouter la part de l'absentéisme lié à la maternité. De plus, la fatigue, le stress et la démotivation sont des motifs qui amènent les agents à s'arrêter. Enfin, il est important de travailler avec l'encadrement sur l'intégration des nouveaux arrivants. Une journée d'accueil institutionnelle est organisée mais il semble nécessaire de travailler sur un temps d'accueil spécifique dans le pôle, le service, l'unité et l'équipe.

---

<sup>66</sup>MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière, [en ligne]. Journal officiel, n°227, 30 septembre 2010, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022866295&dateTexte=&categorieLien=id>.

<sup>67</sup> Etude RPS, 2011, APAVE. Les agents ont répondu à 65 % avoir le sentiment d'une perte de sens du travail.

Le travail et les conditions d'exercice peuvent, également, donner des indications sur les causes d'absentéisme comme l'ont souligné BOUVILLE, HARRISON et MARTOCCHIO.

### **2.2.2 Les facteurs explicatifs de l'absentéisme**

Les conditions de travail et la pénibilité sont des facteurs pouvant expliquer l'absentéisme au CHM. Bien que cela ait donné lieu à différentes études<sup>68</sup>, l'analyse des entretiens corrobore ces résultats.

- **Les conditions de travail**<sup>69</sup>

Les conditions de travail peuvent être définies comme les conditions dans lesquelles le travail peut être réalisé.

Celles-ci s'organisent autour :

- Du cadre du travail (statut, formation, organisation du travail, charge de travail, intégration, management, temps de travail...),
- Des relations professionnelles (relations avec les collègues, avec l'encadrement, avec les services prestataires...),
- Des individus (exigences, sens du travail, reconnaissance, autonomie / marges de manœuvres),
- De l'environnement du travail (stratégie de l'établissement, sens donné au changement...).

Nous nous intéresserons à l'équipe, à l'encadrement, à la charge de travail et à la reconnaissance.

#### ***L'équipe et l'encadrement***

Les personnels ne sont pas forcément enclins à rester après leur temps de travail ou à revenir pour participer aux réunions mais il ressort des entretiens qu'une partie des

---

<sup>68</sup>MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. 2013-009 - *Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail.* [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques-de,76/etudes-et-recherches,77/publications-dares,98/dares-analyses-dares-indicateurs,102/2013-009-les-absences-au-travail,15889.html>.

<sup>69</sup> ARACT Pays de Loire. *Définitions - Les conditions de travail.* [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.conditionsdetravail.com/index.php/comprendre/definitions/les-conditions-de-travail>.

agents souhaiteraient avoir des réunions où ils pourraient débattre de points positifs et négatifs dans le service. Ils verbalisent néanmoins le besoin d'avoir des temps d'échange formel, particulièrement lorsqu'il y a des tensions. Or, ils en existent au sein des équipes du fait notamment des problèmes de sous-effectif (réels ou ressentis), de l'absentéisme et de la manière de travailler. Globalement et en dépit des affinités entre les personnes, une bonne cohésion reste présente dans les équipes. Une grande partie des tensions est résolue par la communication et la discussion à l'initiative des personnels eux-mêmes. Les agents évoquent la solidarité existant entre eux, ce qui leur permet d'adoucir les conditions de travail et surtout lorsque la charge de travail s'accroît. Un cadre soignant de pôle note, néanmoins, que bien qu'il y ait un « *sentiment d'appartenance à l'équipe, il y a une plus grande individualité* ». En outre, les entretiens ont montré que les personnels recherchent le travail en équipe. Ce dernier est vécu comme enrichissant et il leur permet de partager les difficultés du quotidien par de l'entraide.

Cependant lors de longues absences, les liens entre agents sont le plus souvent distendus. Selon les affinités, il peut arriver qu'un collègue ait encore des nouvelles de temps à autre. L'administration, quant à elle, n'a pas d'information concernant l'agent en arrêt maladie.

L'intégration des nouveaux est, également, importante afin de favoriser la cohésion d'équipe, comme nous l'avons vu précédemment. En effet dans le service des urgences, le nouveau cadre a mis en place une organisation pour l'intégration des arrivants. Les personnels rencontrés apprécient ce changement car ils attendent qu'il diminue le sentiment de clans entre les anciens et les nouveaux qui étaient « *livrés à eux-mêmes* » en termes de formation selon les propos des agents. Leurs pratiques de travail et leurs connaissances n'étaient pas celles attendues d'un service spécialisé et cela entraînait des tensions car tous les personnels étaient amenés à travailler ensemble.

Enfin, l'encadrement de proximité joue un rôle prépondérant dans l'animation de l'équipe et dans sa cohésion. D'ailleurs, les personnels attendent unanimement ce rôle de la part du cadre. Certains parlent de celui-ci comme « *chef d'orchestre* » et de l'importance de sa place car il « *impulse la dynamique* » dans l'équipe. Cependant, le cadre de proximité passe une grande quotité de temps - sans objectivation - pour assurer la continuité du service, pour trouver des solutions, afin de pallier la ou les absences de courtes ou de longues durées. De ce fait, le temps d'animation de l'équipe s'en trouve réduit. Certains cadres essaient de privilégier « *une bonne ambiance, le plaisir de venir au travail même si les conditions ne sont pas faciles* ».

## **La charge de travail**

Différents faits ont contribué à la croissance de l'activité (tarification à l'activité, recherche de part de marché, développement de nouvelles activités...). Le plan de retour à l'équilibre de 2009 a entraîné une réduction des effectifs par une réorganisation des services. Ceci a eu pour conséquences une augmentation de la charge de travail des personnels. Il est possible de le dire en parlant de recherche de la performance. Le CHM doit à la fois rechercher la performance économique mais aussi sociale.

Il ressort que les personnels ressentent cela comme une dégradation des conditions de travail. Les termes de « *manque de personnels* » et de « *sous effectifs* » ressortent dans 75% des entretiens en lien avec de mauvaises conditions de travail<sup>70</sup>. L'absentéisme a augmenté depuis 2009 et cela se ressent dans les services. En effet, les personnels ne sont plus forcément remplacés ou le sont très tardivement. Une des solutions choisies par les personnels pour éviter les rappels est la baisse des effectifs. Elle est aussi retenue lorsqu'il n'y a pas de possibilité de rappels (nombreux absents dans un grade). « *Il suffit qu'il y ait quelqu'un qui s'absente pour maladie et là ça change tout. On a de plus en plus de mal à remplacer alors soit on travaille en effectif encore réduit (un du matin, un du soir et un de journée), ce n'est pas l'idéal mais on pallie comme ça ou alors on supprime des repos et là c'est le cercle vicieux surtout pour les temps plein* » explique un aide-soignant. Par exemple, nous pouvons l'illustrer ainsi :

Grade / quart de travail	Matin	Après - midi	Journée
<b>ORGANISATION NORMALE</b>			
AS	2	2	0
<b>ORGANISATION DEGRADEE</b>			
AS	1	1	1

Tableau 4 – Un exemple de modification de l'organisation du travail pour pallier l'absence d'agents.

La charge de travail est donc accrue pour les personnels présents. Ils feront l'intégralité des tâches afin de « *ne pas laisser de travail à leurs collègues* ». Ceci ressort dans la totalité des entretiens. Les agents ont le sentiment d'être débordés et cela les frustre de ne pas pouvoir réaliser correctement leur travail. Ils le vivent comme un facteur négatif qui retentit sur leur santé et sur leur vie privée car ils pensent au travail, à ce qu'ils n'ont pas pu faire ou oublier, lorsqu'ils sont chez eux. Cela a tendance à entraîner des symptômes de stress dû au travail<sup>71</sup>. Les agents reconnaissent alors ne pas profiter de leur repos car leur « *esprit reste au travail* ».

<sup>70</sup> Etude RPS, 2011, APAVE. Les agents ont déclarés à 73% qu'une dégradation des conditions de travail avait eu lieu au cours des dernières années.

<sup>71</sup> Etude RPS, 2011, APAVE. 79 % des agents éprouvaient des symptômes du stress du au travail.

Dans le service des urgences et le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), la capacité d'accueil a été augmentée (locaux et nombres d'entrées) sans qu'il y ait eu une adaptation des différents effectifs à cette nouvelle réalité, ce qui est d'autant plus vrai pour les AS. Il est également à noter que les effectifs IDE des urgences, bien que renforcés, comprennent l'IDE de l'équipage de SMUR qui s'absente « *environ six heures en moyenne par jour* ». Les agents sont unanimes à percevoir des sentiments négatifs vis-à-vis de cette situation de travail.

De même, les personnels de la gériatrie estiment que leur charge de travail les oblige à « *booster* » les résidents alors qu'ils aimeraient « *prendre le temps des soins* ». Cependant, ils relativisent, car de nouveaux recrutés viennent d'établissements privés où il y a une AS pour dix à douze personnes, alors qu'eux ont la charge de neuf résidents. Globalement, les soignants sont insatisfaits de la qualité des soins qu'ils dispensent du fait de la densification de l'activité. Un agent exprime : « *j'ai le sentiment de ne pas toujours faire de la qualité. Un jour, heureusement qu'il n'y avait pas trop de travail sinon, la dame serait morte seule dans le box* ». Un autre parle « *d'un sentiment d'inachevé* » à la fin de son quart de travail.

### ***Focus sur la charge mentale induite par la charge de travail***

L'augmentation de la charge de travail a tendance à accroître les sollicitations intellectuelles des personnels qui caractérise la charge mentale. Elle est pointée comme « *importante* », notamment lorsque le personnel n'a « *pas le temps de tout faire* ». Néanmoins, elle résulte, également, de l'interruption fréquente des tâches et de l'obligation de se dépêcher tout le temps. Elle conduit à un risque d'erreur, ce que les soignants redoutent. « *On coupe les repos mais il y a de la fatigue et au bout d'un moment on a peur d'être dangereux pour prendre les patients en charge* ». La crainte de commettre une erreur est plutôt due à la fatigue qu'au manque de transmissions<sup>72</sup>.

La charge mentale au travail, lorsqu'elle est trop importante, peut avoir comme des conséquences sur la santé avec des atteintes :

- Physiques (des troubles musculo-squelettiques (TMS), des troubles cardiaques et / ou gastro-intestinaux...),
- Psychiques (de la fatigue, des troubles du sommeil, de l'angoisse, un burn out...)
- Des troubles du comportement (de la consommation de substances (médicaments, alcool, drogue...), des erreurs d'exécution, des performances réduites...).

---

<sup>72</sup> ESTRYN – BEHAR M., *op.cit.*, p.36.

Ainsi en gériatrie, la prise en charge de personnes âgées atteintes de démences (cris ininterrompus, répétitions des paroles...) peut être difficile pour les personnels au quotidien. Le cadre souhaite faire venir une psychologue pour aider les soignants et diminuer la charge mentale (« *résident qui crie, répète la même chose...* »).

Enfin, les infirmiers, en soins généraux ou spécialisés, sont les seuls à être remplacés par de l'intérim selon des critères définis par la Direction des Soins. Cependant, les remplacements ne sont possibles, dans les services spécialisés (réanimation, dialyse...) qu'après une formation de plusieurs semaines. Les remplacements ne peuvent être assurés que par les agents formés. Ainsi pour tous les agents, les rappels et les changements de plannings entraînent une pression psychologique à la fois parce qu'ils interviennent à la dernière minute et parce qu'ils modifient leur organisation personnelle. Ce constat de déséquilibre sur la vie personnelle a, déjà, été posé lors de l'étude sur les RPS.

### ***La reconnaissance professionnelle***

La reconnaissance est importante face aux efforts que les personnels doivent fournir car elle a une incidence sur l'engagement au travail, l'estime de soi et la confiance en soi. Il ressort des entretiens que la reconnaissance professionnelle vient de la hiérarchie essentiellement de proximité puis de l'équipe. Elle est le plus souvent exprimée lors de l'entretien annuel et parfois gratifiée par une bonification sur la note. Une minorité d'agents<sup>73</sup> est insatisfaite de la reconnaissance de leur investissement au travail. Ainsi, un agent explique : « *je suis référente du planning, je fais plein de choses et je ne pense pas être mieux reconnue que les autres* ». Un tiers ne l'attend pas. Cependant, elle vient aussi des patients, de leur prise en charge et de la satisfaction des « *choses bien faites* ». Un cadre soignant de pôle est conscient du sentiment des agents vis-à-vis de la « *non reconnaissance du travail et des efforts effectués* ». Selon l'ANACT, la reconnaissance ne se limite pas à la rémunération<sup>74</sup>. Toutefois quelques agents ont évoqué le salaire de la fonction publique comme non attractif notamment pour les IDE par « *rapport au nombre d'années d'études* ».

Comme nous l'avons évoqué, la spécialité a une influence sur la représentation. « *La gérontologie ne fait pas envie alors on revalorise le travail, le travail en binôme AS et ASH. On constate une diminution de l'absence au travail. Chaque pôle et service doit fidéliser son personnel et donner envie aux étudiants infirmiers* » disent deux cadres.

---

<sup>73</sup> Etude RPS, 2011, APAVE. Des efforts qui ne font pas l'objet de compensations et une considération insuffisante par rapport à l'investissement dans le travail pour respectivement 82% et 62% des agents.

<sup>74</sup> JOUVENOT C., 2008, « la reconnaissance au travail », Travail et changement, n°317, p.3.

- **La pénibilité**<sup>75</sup>

La pénibilité au travail est définie par une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé (article L. 4121-3-1 du Code du travail). Ces facteurs de pénibilité sont définis dans le Code du travail (article D. 4121-5) ce peut être des contraintes physiques (manutentions de charges, postures...), un environnement physique agressif (agents chimiques...) ou encore les rythmes de travail (travail de nuit, travail en quart...). L'absentéisme, les accidents du travail, le turn-over sont, entre autres, des indicateurs de l'usure professionnelle<sup>76</sup>.

### ***Les rythmes de travail***

La contrainte des horaires et des rythmes de travail sont connus par les personnels à l'embauche ou lors des études. Cependant, le choix de travailler à l'hôpital ou d'être soignant est motivé par le contact avec le patient, à l'unanimité des réponses des interviewés. L'hôpital de par la continuité et la permanence des soins organise son activité par le recours aux quarts de travail de différentes amplitudes. Le travail au CHM est organisé en différentes amplitudes de travail. Le temps de travail est de 7h45 par jour avec des modulations selon le pourcentage du temps de travail des agents et 10h de nuit. Des agents travaillent également en 12h sur la base du volontariat. Un représentant du personnel analyse le choix « *de travailler en 12 heures même si cela présente des risques pour la santé, c'est une façon à ne pas être souvent là [à l'hôpital]* ».

Les plannings prévisionnels sont majoritairement réalisés par un référent planning par grade et ils sont validés par le cadre. Chaque agent note ses desiderata pour le mois et le référent compose avec les demandes. Généralement, les arrangements se font entre agents. Ces derniers sont unanimes sur la nécessité d'un roulement équilibré entre les temps de travail et les repos pour qu'ils soient récupérateurs. Au cours du mois, les changements entre collègues sont possibles et sont faits sur la base de la négociation entre eux. « *Les cycles de travail ne sont pas mis en place partout et pourtant il permet d'avoir une vision sur l'année et ainsi de prévoir* » explique un agent qui a connu ce fonctionnement.

Un représentant syndical est en faveur d'un « *travail institutionnel [...]* » car certains agents font leur carrière uniquement sur un type d'horaire (nuit, matin, après-midi) et les

---

<sup>75</sup> INRS. *Mesures pour prévenir la pénibilité au travail*. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr/accueil/demarche/evaluation-risques/penibilite.html>.

<sup>76</sup> ANACT. Prévenir les situations de pénibilité, fiche n°4. [25/08/2013], disponible sur Internet : [http://www.anact.fr/portal/page/portal/web/publications/NOTINMENU\\_affichage\\_document?p\\_thingIdToShow=5437303](http://www.anact.fr/portal/page/portal/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thingIdToShow=5437303).



plus anciens « *en bénéficient par rapport à une organisation personnelle et ça veut dire que les nouveaux personnels prennent ce qu'il reste* ». Cela pose la question de l'équité dans les roulements de travail.

### ***L'articulation vie privée / vie professionnelle***

La vie familiale peut être bousculée par le rythme de travail hospitalier. Les changements de plannings, l'absence lors des jours fériés peuvent entraîner des « *reproches* » des familles. Les personnels interviewés ont rencontré ou rencontrent des difficultés essentiellement concernant la garde des enfants, ce d'autant plus lorsqu'ils sont malades. De plus, l'encadrement reconnaît unanimement qu'« *il existe des situations familiales compliquées et ça a un impact sur le travail (enfant en bas âge, pas de relais familial à proximité, seul avec la garde d'enfants...)* ». Chacun met en place des stratégies comme le soutien familial, le recours à une nourrice ou l'aide ponctuelle du voisinage.

Une difficulté vient des personnels ayant une garde alternée des enfants. En effet, les changements de week-end de travail peuvent engendrer des complications pour les agents. Certains pensent à s'arrêter s'ils sont obligés de venir travailler. Un cadre de pôle explique que : « *l'encadrement fait part de son rôle de plus en plus social auprès des agents quel que soit le grade* ». De plus, le territoire est propice pour avoir un conjoint qui travaille également en « *horaires postés* ». Les agents essayent de faire coïncider leurs plannings ou de travailler en douze heures pour passer le maximum de temps en famille. En effet, ils « *donne[nt leurs] desideratas au référent planning et après si ça coince, on s'arrange* ».

### ***Les contraintes physiques***

La manutention des charges (rangement des solutés, pharmacie, des sacs de linge...) et des patients (poids, degré de dépendance, nombre de personnes à prendre en charge...) reste une des premières sources de contrainte du métier soignant hospitalier avec les postures.

Tout d'abord, les chariots de ménage et les seaux représentent des contraintes pour les ASH car ils sont lourds à manipuler. Le brancardage est une contrainte pour les personnels des urgences IDE et AS. Cette charge s'accroît avec la croissance de l'activité ces dernières années. Des AS ont trouvé la solution pour se préserver en vidant les « *ballots* » (sacs à linge) à moitié pour les soulever plus facilement et les entreposer dans le chariot de transport du linge sale.

Le marché des chariots de repas est en cours de renouvellement et une ASH interviewée y participe. Il ressort que ce matériel est obsolète et il entraîne des accidents du travail

(condensation d'eau et chute sur sol mouillé) et des troubles au niveau des membres supérieurs (la motorisation ne fonctionne pas toujours correctement et « *arrache parfois les bras* ». Elle « *fait mal dans le dos* » et beaucoup de plaintes d'ASH sont recensées). De plus, la manutention (patients, charges, brancardage) représente également une contrainte pour les personnels quel que soit leur grade. Cependant, des personnels soulignent le respect des gestes et postures pour la manutention des patients ou des charges car soit ils souffrent de TMS (pathologies dorsales et membres supérieurs) soit ils se préservent. Dans l'ensemble, ils restent minoritaires à les mettre en œuvre.

### ***L'environnement***

A l'hôpital, le personnel peut être confronté à des agents chimiques et biologiques selon les différents métiers. Les soignants rencontrés peuvent parfois être exposés aux cytostatiques, aux agents pathogènes par exemple. Régulièrement, les personnels s'arrangent afin de « *ne pas exposer les femmes enceintes à ces risques* ».

L'ensemble des facteurs évoqués, ci-dessus, a permis la compréhension sur les causes de l'absentéisme dans le contexte du CHM. Cependant, l'analyse des entretiens a amené à mettre en évidence des facteurs favorisant la présence au travail.

#### **2.2.3 Les facteurs explicatifs de la présence au travail**

ROUSSEAU parle de présentéisme<sup>77</sup> dans trois situations c'est-à-dire lorsqu'un salarié est présent au travail mais sans y être totalement ou qu'il passe plus de temps au travail que ce qui est prévu ou qu'il vient au travail alors qu'il est malade parce qu'il refuse d'être absent ou parce qu'il estime qu'il ne peut pas s'absenter. Parmi les facteurs explicatifs observés au CHM, certains entrent dans cette catégorie. Toutefois, il semble que d'autres éléments favorisent la présence au travail.

- ***Le métier et la motivation pour l'exercer***

Les IDE et les AS sont unanimement fiers de leurs métiers. Elles ont fait le choix de privilégier la relation soignant-soigné. Le contact avec le patient / résident est la principale motivation que l'on retrouve également chez les ASH car elles participent à la manutention des patients, à la distribution des repas. Lors de l'entretien des chambres, elles bénéficient d'un temps privilégié avec les patients.

---

<sup>77</sup> ROUSSEAU T., 2012, *Absentéisme...*, *op.cit.*, p.38.

Le travail en équipe est aussi un facteur important dans le choix de travail en milieu hospitalier. Une AS évoque que « *ce qui me plaît c'est de travailler ensemble et de faire les soins aux patients. J'ai travaillé quelques temps au SSIAD mais il manque le travail d'équipe* ». Les relations interprofessionnelles apportent un fort soutien social. De plus, les agents ont besoin de se sentir bien dans leurs équipes. L'entente entre les différents métiers est également importante.

La plupart du temps, les agents bénéficient des affectations dans la spécialité de leur choix. Ainsi, le choix de travailler en réanimation vient de la spécialité, du travail en secteur normé qui permet la prise en charge globale de trois patients et de la présence médicale.

- **La santé exprimée par les agents**

Les agents expriment des problèmes de santé, le plus souvent en lien avec des TMS. Ils admettent que le travail a des conséquences sur leur santé. Une aide-soignante dit que « *les charges lourdes provoquent des douleurs dorsales et des migraines* » même si elle connaît et met en pratique les gestes et postures. « *On a des problèmes de dos d'épaules du fait des différentes manipulations [manutentions] alors on jongle avec les kinésithérapeutes et les ostéopathes. On ne va pas s'arrêter pour ça car ça nous met dans l'embarras* ». A défaut de prendre conscience des effets du travail sur leur santé, les soignants se retranchent derrière l'équipe pour justifier leur présence au travail malgré des phases aiguës de TMS. Les personnels ont été formés aux gestes et postures pour la manutention des patients et / ou des charges. L'ergonomie au travail est connue mais pas toujours appliquée car ce n'est pas un automatisme. Le formateur « gestes et postures », kinésithérapeute de formation, a pris une disponibilité. Depuis plusieurs mois, il n'avait pas pu dispenser de cours du fait de la pénurie de personnels de rééducation. L'absence de rappel a pour conséquence l'absence de mise en pratique des techniques sauf lors de douleurs. Par exemple en situation « *d'urgence* », les personnels ne prennent pas le temps d'utiliser le matériel. Ainsi, une ASH souffre de douleurs au niveau de l'épaule qu'elle n'a d'ailleurs pas déclarée à la médecine du travail et pour lesquelles elle reçoit des soins sur ses jours de repos afin de ne pas avoir à s'absenter. Elle a été sollicitée par une AS car un patient était tombé au sol. Elle a commencé à le soulever avec sa collègue mais son bras n'a pas supporté la charge. Elle est partie chercher le lève-malade. Entre temps, l'AS avait glissé un drap sous le patient et l'a obligé à le soulever avec le drap. Elle a ressenti une douleur qui l'a empêché de dormir et a nécessité un nouveau traitement médical. Elle n'a jamais pris rendez-vous au service de santé au travail.

La plupart des agents sont conscients des problèmes de santé auxquels ils sont confrontés mais ils essaient au maximum de les minimiser afin de ne pas changer de

service et d'équipe. La mobilité interne leur paraît impensable même dans le cas d'une procédure institutionnelle pour préserver leur santé.

- ***L'équipe et la culpabilité d'être absent***

Parmi les agents rencontrés, certains ont connu des absences suite essentiellement à des accidents du travail ou à des pathologies invalidantes nécessitant de la chirurgie. Tous parlent de la difficulté dans laquelle leur absence met l'équipe et les collègues. Les agents rencontrés disent venir travailler même s'ils sont souffrants. « *Je ne me sentais pas en incapacité de travailler alors je suis venu travailler même si j'étais malade* ». Les agents parlent de sentiment de faute lorsqu'ils sont absents. « *On culpabilise de rester à la maison. On se dit, je suis malade mais je peux quand même bouger* ».

De plus, il y a « *la solidarité* » et « *on sait combien ça va être compliqué d'être remplacé, ça surcharge pour les collègues. En plus, les repos sont supprimés et les plannings modifiés. Cette solidarité se retrouve là aussi et là où l'on pourrait s'arrêter et bien on va un peu plus loin* ». Un autre agent dit qu'il « *pense que ça vient de notre éducation car nos parents même malades, ils allaient travailler. J'ai toujours eu cette image* ». L'influence de l'éducation parentale permet l'acquisition de comportements notamment par rapport à l'engagement envers l'employeur mais aussi dans la définition du sens du travail. Ce dernier permet de sentir utile par la production de soins et d'être intégré socialement. L'appartenance à une équipe recrée un engagement de la part de ces agents et donc un sentiment de culpabilité s'ils s'absentent.

- ***Le management***

« *Si certains partent du principe que « l'absentéisme génère de l'absentéisme », on peut inverser la tendance et faire la démonstration que le "présentéisme génère le présentéisme" »<sup>78</sup>. Il est donc important de valoriser la présence et l'importance des agents dans le collectif de travail sans néanmoins basculer dans le présentéisme.*

Le management a une influence sur l'absentéisme, « *perlé* »<sup>79</sup> ou pas. Il est le moyen que l'encadrement de proximité a pour la définition des règles, l'organisation du travail, les conditions de travail et pour les faire appliquer. Le cadre doit « *faire émerger les bonnes pratiques* »<sup>80</sup>, amener les agents à être responsables, à les valoriser et à les faire participer à la dynamique de l'équipe. L'exemple de la gériatrie montre l'influence de l'encadrement dans la dynamique de l'équipe et dans la réduction des absences.

---

<sup>78</sup>SARAZIN B., 2005, « l'absentéisme des solutions à bâtir ensemble », *Travail et changement*, n°300, l'ANACT, p.6.

<sup>79</sup> *Ibidem*.

<sup>80</sup> *Ibidem*.

L'encadrement est malheureusement parfois débordé par la gestion de l'absentéisme et n'arrive pas à remplir l'ensemble de ses missions, notamment celle d'animation d'équipe.

- **L'aspect financier**

Il semblerait, d'une part, que la perte financière (compensations de travail de dimanche, jour de carence, diminution de la prime de service) ne soit pas un facteur explicatif de la présence au travail. Cependant, les mêmes agents estiment que l'absentéisme a un coût non négligeable et qu'il peut peser dans le choix de s'arrêter ou pas.

Notre étude nous amène à détailler les facteurs explicatifs de l'absentéisme pour MO, cependant les autres types d'absence ne doivent pas être négligés.

## **2.3 Les autres types d'absentéisme au Centre Hospitalier de Martigues**

L'objet de ce travail est l'absentéisme pour MO. Toutefois, il nous semble important de faire l'analyse des autres types d'absences car il y a souvent un arrêt maladie en première intention.

### **2.3.1 Les accidents du travail**

L'absentéisme pour accident du travail (AT) est le troisième type d'absentéisme rencontré au CHM et il est en augmentation depuis trois ans. En 2012, 36 agents ont été victimes d'un AT dont 21 soignants. La durée des arrêts pour ces personnes s'échelonnent de dix jours à un an selon leur gravité. Globalement, la durée des absences sont d'environ 30 jours pour les IDE. Pour les AS, elle est soit d'une durée inférieure ou égale à 30 jours soit de nombreux mois. Elle est vraisemblablement en lien la pénibilité des tâches afférentes au métier.

Les missions du médecin du travail en rapport avec la prévention et le suivi des accidents du travail sont indispensables, en plus, du suivi individuel et collectif des agents. Assurer la santé au travail des personnels est une obligation. Il convient de s'interroger sur un éventuel lien de causalité entre ce constat et la situation actuelle au sein du service de santé du CHM.

Néanmoins dans le cadre de la politique de la gestion des risques, des mesures ont été prises suite à des 11 AT, en 2011, consécutifs à des dysfonctionnements des chariots alimentaires (chutes consécutives à de la condensation, pathologies des membres supérieurs en lien avec des défaillances du système de traction). Les AS et les ASH ont

été les principales victimes. Un certain nombre d'entre elles font partie du groupe de travail pour le renouvellement de ce matériel.

Il y a eu deux accidents du trajet en 2012 contre 11 en 2011 et 12 en 2010. Une politique a été entreprise par la DRH afin de les réduire. Celle-ci semble fonctionner. Il n'y a pas de lien entre travail<sup>81</sup> de nuit et accident de trajet, risque souvent mis en lumière dans la littérature.

Les troubles anxio-dépressifs sont le deuxième motif d'AT après les troubles musculo-squelettiques qui restent toujours majoritaires au fil des années. Ils représentent environ un tiers des AT. Tous les personnels sont amenés à la prise en charge de situations difficiles (fin de vie, violence...) cependant les agents des urgences et les plus jeunes (ancienneté) sont les plus exposés. La formation et le travail en équipe servent, essentiellement, de protection. Le risque de subir un AT augmente après 40 ans. Parmi les personnels, 21 soignants ont été concernés. Les AT concernent essentiellement les AS (30%) et les ASH (30%) puis les IDE (24%), métiers reconnus pénibles<sup>82</sup>. Une hypothèse pourrait être posée à savoir relier l'âge et l'usure physique en lien avec l'activité professionnelle, résultat mis en lumière certains auteurs<sup>83</sup>.

Cependant, il faut prendre en compte l'ancienneté car il existe des soignants âgés en début de carrière suite à une reconversion professionnelle. Il ne faut pas négliger la part du « capital santé » propre à chaque individu qui se dégrade plus ou moins avec le travail. Lors des entretiens, 16 agents ont évoqué avoir subi un AT durant leur carrière. Il s'agissait pour 8 de TMS et 5 ont eu lieu suite à une chute sur sol mouillé

Le CHM connaît malheureusement une recrudescence de violence dans son enceinte et particulièrement aux urgences. En fin d'année 2012, elle a entraîné quatre AT suite à un traumatisme post-agression. Une déclaration à l'Observatoire Nationale des Violences en milieu de Santé a été faite et des plaintes ont été déposées (agents et le CHM). La protection fonctionnelle a été accordée à ces agents.

### **2.3.2 Les congés longue maladie et de longue durée**

La part des congés longue maladie (CLM) et de longue durée (CLD) représente 20% de l'absentéisme total. Ils sont stables entre 2011 et 2012 mais en forte progression depuis 2010 car ils n'étaient que de 10% de l'absentéisme. Les soignants totalisent 60% de ces congés. Les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont les cancers (30%), les pathologies digestives (25%), les TMS (20%) et les pathologies psychiatriques (15%).

---

<sup>81</sup> INRS. *Horaires décalés et travail de nuit, sécurité et santé au travail*. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr/accueil/situations-travail/horaires-decales.html>.

<sup>82</sup> ESTRYN – BEHAR M., *op.cit.*, p.101.

<sup>83</sup> *Ibidem*, p.100.

Concernant les agents souffrant de TMS, deux agents ont été reclassés. Deux agents sont passés de CLM à CLD pour des pathologies cancéreuses.

Les soignants âgés de plus de 45 ans comptabilisent 92% des CLM et 94% des CLD. C'est ainsi que 40% des CLM concernent des AS, 20% des IDE et 13% des ASH.

Il n'a pas été possible de faire le lien entre l'apparition de certaines pathologies et le travail, comme par exemple travail de nuit et cancer du sein<sup>84</sup>. Par contre, il est montré que les troubles musculo-squelettiques ont un lien avec le travail pour certains agents pour lesquels ils ont été reconnus comme maladie professionnelle.

### 2.3.3 Les autres absences

#### ***Les congés maternité et les autorisations « enfant malade »***

Les congés maternité représentent la deuxième part des absences dites incompressibles. En 2012, il s'avère qu'un premier pic apparaît pour la tranche d'âge 30–34 ans car il y a eu 61 congés maternité et 38 agents ont bénéficié d'un congé maladie ordinaire précédant les « quatorze jours pathologiques ». Au niveau national, l'âge moyen pour un premier enfant est de 28,5 ans et de 30 ans pour un second enfant<sup>85</sup>. Au CHM, il est de 34 ans car il s'agit majoritairement d'un second enfant<sup>86</sup>. Les congés maternité ont concerné 28,5% des IDE, 14,5% des AS et 7% des ASH. 64% des IDE ont eu recours aux autorisations spéciales d'absence pour « enfant malade ».

Les arrêts maladie précédant les congés maternité représentent 17% du total des arrêts pour MO. Nous constatons que 80% des agents s'arrêtent avant les congés réglementaires. Les IDE sont 70% à le faire précocement au début de leur grossesse. La durée moyenne est de 61 jours. Certains cadres ont essayé de mettre des mesures d'allègement dans les tâches de l'agent sans véritablement de succès. Lors d'un entretien, une IDE déclare : *« je viens d'apprendre que je suis enceinte et j'ai de très grosses nausées. Heureusement, j'ai seize jours de repos. Le matin, je ne fais que vomir et je me dis que si c'est comme ça à mon retour, je ne pourrais pas. Si ça ne va vraiment pas j'essayerais de m'arranger avec mes collègues sinon je m'arrêtera »*.

---

<sup>84</sup> INSERM. *Le travail de nuit, un risque pour les femmes ?* [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/le-travail-de-nuit-un-risque-pour-les-femmes>.

<sup>85</sup> DAVIE E., 2012, « Un premier enfant à 28 ans », *INSEE PREMIERE*, n°1419, p.1.

<sup>86</sup> L'âge moyen est de 34,3 ans au CHM lors de la grossesse du 2ème enfant contre et 30,5 ans dans la moyenne nationale.

### ***Les maladies professionnelles***

Concernant les maladies professionnelles, elles sont présentes à partir de 40 ans. Sur 8 agents, 6 sont des soignants dont la moitié d'AS et un tiers d'ASH. Il s'agit uniquement de TMS.

L'étude, conduite sur l'absentéisme au CHM, nous permet de mieux en cerner les causes et les effets de ce phénomène. L'âge apparaît comme un facteur explicatif dans la survenue des pathologies quel que soit l'arrêt (MO, CLM, CLD, AT...). Il est également en lien avec la pénibilité reconnue de certains métiers. Les conditions de travail ont une influence évidente sur l'absentéisme. D'autres facteurs influencent les agents à ne pas s'absenter et notamment, le management. Ainsi, nous sommes en mesure de proposer des pistes d'amélioration.



### 3 Les préconisations concernant la gestion de l'absentéisme dans la dynamique institutionnelle du CHM

Les actions institutionnelles mises en œuvre au CHM ont une action de réduction de l'absentéisme mais elles se révèlent, actuellement, insuffisantes. Il nous semble nécessaire de les compléter et de poser des choix institutionnels pour poursuivre et développer une démarche de réduction et de prévention opérationnelle.

#### 3.1 Les politiques institutionnelles actuelles

Dans sa gestion des ressources humaines (RH), le CHM s'appuie sur différents projets en lien avec la santé au travail et les aménagements possibles pour l'amélioration de conditions de travail pour tous.

##### 3.1.1 Le projet social

Le projet social fait partie du projet d'établissement<sup>87</sup>. Il « *définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels* »<sup>88</sup>. Négocié entre le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement, il fait l'objet d'un bilan annuel. Sa formalisation se traduit dans un document où sont consignées les orientations de l'établissement pour les quatre années à venir en matière de développement des compétences, de recrutement, d'amélioration des conditions de travail et de communication.

Le projet social du CHM a été défini pour période 2012–2016 et a pour objectif, entre autres, de « *consacrer le rôle central des personnels et de l'encadrement dans le processus de modernisation* »<sup>89</sup>. Il s'organise autour de trois actions que sont la qualité et l'amélioration des conditions de vie au travail, la consolidation du rôle et de la place des cadres dans l'institution et de la formation continue et la promotion professionnelle.

---

<sup>87</sup> MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, article 1, [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905>.

<sup>88</sup> Article L6143-2-1 du Code de la Santé Publique modifié par la LOI n°2010-751 du 5 juillet 2010 - art. 25 - [en ligne]. Journal officiel 154, 6 juillet 2010, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022436528&dateTexte=&catégorieLien=id>.

<sup>89</sup> Projet d'établissement du CHM-2012-2016, p.56.

Nous ne retiendrons que les éléments en lien avec l'objet de l'étude. La politique à mettre en œuvre se traduit par les objectifs suivants :

- *La prévention des pathologies et risques professionnels liés à la situation de travail.* Cette politique est portée, conjointement, par le CHSCT, la DRH, la Direction des Soins, la Direction Qualité et Gestion des Risques, l'encadrement, les pôles (TMS, RPS et la violence).
- L'analyse et la mise en œuvre d'actions sur les causes de l'absentéisme ordinaire et des accidents du travail. En effet, l'efficacité et la compétitivité du CHM sont fortement impactées par l'absentéisme à cause des surcoûts en personnel, de la désorganisation de la productivité des services et de la dégradation des conditions de travail. L'absentéisme est un phénomène complexe, dont les formes sont spécifiques à chaque établissement, et qu'il convient d'objectiver.
- L'accompagnement social des personnels hospitaliers et leurs familles, qu'ils soient actifs ou retraités, peuvent être confrontés à des difficultés médico-psycho-sociales appelant des actions de conseil et de soutien.
- La consolidation du rôle et de la place des cadres dans l'institution car le rôle de l'encadrement (soignant, administratif, technique, médico-technique) est fondamental dans la motivation des agents et la mobilisation des équipes, en particulier dans le déploiement opérationnel du projet stratégique. Il aura également une place déterminante dans le management des équipes.

La volonté institutionnelle de réduction et de prévention de l'absentéisme transparaît dans le projet social. Il donne des pistes d'actions qui nécessiteront de faire des choix.

### **3.1.2 Les risques psycho-sociaux**

Il n'existe pas de définition communément admise pour les RPS<sup>90</sup>. Le concept est complexe et la réalité difficile à appréhender. Toutefois, on admet qu'il s'agit des risques professionnels (stress, violences) portant atteinte à l'intégrité psychique d'un salarié. Ils ont un impact délétère sur la santé des agents. *« Au regard d'une littérature ayant souligné les liens existant entre facteurs de RPS et maladies cardio-vasculaires, TMS ou pathologies mentales (dépression, anxiété), les RPS se révèlent être un enjeu majeur en termes de santé publique ».*

---

<sup>90</sup>MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Les RPS : c'est quoi ? [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html>.

Les conséquences des RPS peuvent être majeures pour le collectif de travail. En effet, un lien entre l'apparition de ces risques et l'absentéisme a été mis en lumière. Dès lors, il est possible de considérer l'absentéisme comme un indicateur d'alerte. La psychologue du travail souligne que les différentes politiques – handicap, RPS, absentéisme, lutte contre les violences – font partie de la démarche de prévention des RPS.

En 2009, une étude sur les TMS a été faite dans l'établissement. En 2010, des personnels ont alerté le DRH et le CHSCT de dysfonctionnements importants dans un secteur de psychiatrie. A la demande du CHSCT, la mission d'expertise a démarré afin d'aboutir à une cartographie des risques avec un plan de prévention sur les trois préventions tertiaires, secondaires et primaires. Une cartographie des RPS a été réalisée par services (gériatrie, psychiatrie, sécurité...) et par métiers (AS, IDE, cadres de santé...). Cependant, la psychologue du travail reconnaît que la « *souffrance est distillée dans l'établissement et que le repérage des conditions de travail apparaît délicat et difficile* »

Le plan d'actions s'organise donc autour de 4 champs d'actions que sont le développement des politiques concernant les ressources humaines et le management, l'accompagnement des changements au travail, l'information et la communication autour des RPS et l'évaluation des RPS (indicateurs sociaux, de climat social ou de santé au travail...).

En 2013, une démarche RPS inter-régionale (PACA-Languedoc Roussillon) a été lancée à l'initiative conjointe de l'Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier (ANFH) et des ARS. Le CHM est engagé pour y participer. Le premier diagnostic a été abordé par la souffrance, le mal-être et un niveau de stress. Il est prévu que cette démarche soit analysée sous l'angle de l'engagement professionnel en fonction du bien-être ou du mal-être de l'agent. La démarche sera donc complémentaire et elle permettra d'établir un comparatif inter-établissements.

Enfin, ce sera une aide à la mise à jour réglementaire du document unique, à la communication, information et formation interne sur ce domaine des RPS. Elle permettra également d'avoir une action indirecte sur l'absentéisme par une amélioration des conditions de travail.

### 3.1.3 La politique du handicap

Depuis 1987<sup>91</sup>, les entreprises d'au moins 20 salariés ont l'obligation d'embaucher au moins 6% de personnes handicapées sans quoi elles doivent s'acquitter d'une contribution à l'Association nationale pour la gestion du fond d'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH). Depuis 2005<sup>92</sup>, ces mesures ont été renforcées et les pénalités rendues plus sévères. L'hôpital ne déroge pas à cette obligation.

En 2010, sur proposition conjointe de l'ANFH et de l'AGEFIPH a été lancé un projet handicap PACA-Languedoc Roussillon. 26 établissements ont adhéré à la démarche. Au final, 6 conventions signées dont le CHM. Pour une durée de trois ans, l'AGEFIPH débloque des fonds annuellement en fonction d'actions définies. Pour le recrutement ou pour le maintien dans l'emploi, l'établissement s'engage à atteindre ses objectifs et à tenir ses engagements. Les actions peuvent être des études ergonomiques, l'achat de matériel, de la communication et de la formation. Enfin, la convention permet une plus grande réactivité pour répondre aux besoins des personnels par rapport à l'utilisation de la plateforme.

Le plan d'actions est basé tout d'abord sur la structuration d'un dispositif handicap au sein de l'établissement et la nomination d'un référent handicap. Ensuite, le comité technique d'insertion et de maintien dans l'emploi (CTIME), équipe pluridisciplinaire comprenant des personnels de la DRH, de la Direction des Soins, la responsable de la formation, le référent handicap et la psychologue du travail, a été créé. Il se réunit mensuellement, met en place des actions en lien avec les compensations du handicap et travaille en lien avec la cellule insertion et orientation professionnelle composée de la responsable de la formation et de la psychologue du travail, pour faire les bilans de compétence, aider à la définition du projet professionnel, voire favoriser la réorientation pour d'une personne en situation de handicap. Lors des recrutements, les candidatures en interne (maintien dans l'emploi) ou en externe (organisme spécialisé dans le placement des personnes handicapées) seront examinées « avec *bienveillance* ». Enfin, des actions de communication et de sensibilisation des professionnels sur le thème du handicap ont été organisées en 2012. A ce jour, deux journées ont été organisées pour présenter le travail à l'encadrement.

---

<sup>91</sup>MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069003&dateTexte=20100222>.

<sup>92</sup>MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, [en ligne]. Journal officiel n°36, 12 février 2005, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000523/0000.pdf>.

Nous constatons au travers de ses projets RH, la préoccupation des responsables du CHM en matière de santé au travail. Notre étude sur la réduction de l'absentéisme va dans ce sens et nous conduit à définir le plan d'actions. Chaque choix a été réfléchi et évalué de façon à être le plus stratégique pour l'établissement.

## **3.2 Les propositions d'actions**

En fonction des choix institutionnels, les actions qui seront retenues devront faire l'objet d'une communication auprès des personnels, des partenaires sociaux afin d'obtenir leur adhésion au projet. Les propositions portent sur différents aspects à prendre en compte, le fonctionnement à mettre en œuvre, la relation à établir avec les agents et enfin le suivi des effets au travers d'indicateurs.

### **3.2.1 La charte de l'absentéisme**

Le terme a été emprunté à l'étude PHARES menée dans les Pays-de-Loire<sup>93</sup>. La charte de l'absentéisme est définie comme « *ensemble de règles* »<sup>94</sup> concernant la gestion des absences en établissant des limites dans la sollicitation des professionnels. Elle a également pour objectif la prévention de l'aggravation possible de l'absentéisme.

La charte pourrait permettre de formaliser un certain nombre de fonctionnements organisationnels. En effet, le CHM n'a pas de règlement intérieur. Il nous semblait que cette charte de l'absentéisme pourrait faire l'objet d'un paragraphe sur l'information de la hiérarchie, plainte faite par l'encadrement. L'agent a pour obligation d'informer son employeur mais rien ne stipule de prévenir le cadre ou le service de son absence.

Cette charte permettrait de rédiger les règles de gestion de l'absence et de clarifier les étapes à suivre (arbre décisionnel, niveau de décision, indicateurs décisionnels, pool de remplacement ou mobilité des agents, entretiens...).

Le document pourrait également contenir des informations sur les différentes visites médicales et leurs objectifs (reprise, embauche, absentéisme...) car nous avons constaté que ces informations ne sont toujours pas connues du personnel et de l'encadrement notamment concernant la visite de reprise du travail.

Chaque agent en recevrait un exemplaire (transmis par le cadre, signature à la réception). Pour les nouveaux arrivants, il pourrait être remis lors la journée d'intégration. De plus, ce pourrait être l'occasion d'une révision de la procédure d'accueil dans l'établissement

---

<sup>93</sup> BRAMI L. et al., 2012, « Absentéisme : les principaux enseignements du projet PHARES », *Revue Hospitalière de France*, n° 1331, p.3.

<sup>94</sup> *Ibidem*.

(pôle, unité, service). En effet, l'intégration est déterminante en raison des conséquences en termes d'absentéisme lorsqu'elle n'est pas réussie.

### 3.2.2 L'entretien de retour et de suivi

S'entretenir avec les agents semble important pour répondre à différents objectifs. Les entretiens, qu'ils soient de retour ou de suivi, ont pour premier objectif de connaître et de comprendre les causes de l'absentéisme afin de mettre en œuvre des solutions individuelles - voire collectives - par le recours aux professionnels concernés en fonction du problème (médecin du travail, assistante sociale...). Ensuite, les entretiens permettent de garder le contact<sup>95</sup> et préparer le retour<sup>96</sup> de l'agent. Enfin, ils ont pour troisième objectif de rappeler aux agents l'importance de leur participation à la vie du service et de l'importance du travail.

Dans le cadre de la politique sociale du CHM, la formation à l'entretien permettrait la consolidation de la place et du rôle de l'encadrement de proximité et de pôle, en lien avec le projet social. L'encadrement doit créer son guide d'entretien et définir les modalités de déclenchement des différents types d'entretien à l'instar de ce qui a été fait au Centre Hospitalier de Chambéry ou dans la collectivité territoriale de la Petite Couronne, en région parisienne<sup>97</sup>.

Ces entretiens seraient réalisés par l'encadrement de proximité, le cadre supérieur ou le DRH selon les modalités et les critères définis institutionnellement. Les entretiens seraient menés seul ou conjointement avec le supérieur hiérarchique.

Enfin, le CHM doit communiquer auprès des personnels et des partenaires sociaux sur les objectifs de ces entretiens.

---

<sup>95</sup> EVELIEN P. And al., 2009, Predicting Return to Work in Employees Sick-Listed Due to Minor Mental Disorders, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19:323–332 DOI 10.1007/s10926-009-9198-8, p 10. This article is published with open access at Springerlink.com. Fichier obtenu en PDF.

<sup>96</sup> Direct Hôpital. Absentéisme : première cause, une mauvaise organisation du travail. [25/08/2013], disponible sur Internet : [http://www.directhopital.com/Absenteisme--premiere-cause-une-mauvaise-organisation-du-travail-NS\\_1199.html#ixzz2d0fmXBmS](http://www.directhopital.com/Absenteisme--premiere-cause-une-mauvaise-organisation-du-travail-NS_1199.html#ixzz2d0fmXBmS).

<sup>97</sup> ROUSSEAU T. FERCOQ S. HIRTI A. BARBIER K. PRIOUR D., « 2011 CONFERENCE ANNUELLE 2011 EMPLOI ET RESSOURCES HUMAINES EN PETITE COURONNE " Absentéisme : quels leviers RH pour agir ? », 31 mars 2011, Villiers-sur-Marne, les diagnostics de l'emploi territorial repères RH, 2011, p.13.

### 3.2.3 Les indicateurs et les tableaux de bord

Un indicateur est une information mesurant une variable utilisée pour des analyses. Il doit être pertinent et précis comme le nom de l'agent, la nature des absences, la durée, la fréquence, l'évolution de l'absentéisme, entre autres.

La construction des indicateurs doit être adaptée à la situation du CHM. Pour ce faire, il faut tout d'abord pouvoir extraire les données du fichier du personnel, car celui-ci contient toutes les informations qui serviront à piloter la politique de réduction et de prévention de l'absentéisme. Il s'avère nécessaire de fiabiliser l'extraction informatique.

Certes, il existe un tableau de suivi mensuel fourni par la DRH mais il nous semble important de le consolider afin qu'il devienne un outil d'alerte et de prise de décision. A titre d'exemple, il semble nécessaire de définir de nouveaux indicateurs et de faire le lien avec les conditions de travail.

Au cours de la visite du Centre hospitalier de Chambéry, nous avons fait le choix d'emmenager un cadre administratif de pôle. En effet, il a un rôle primordial dans le pilotage médico-économique. Il nous semblait judicieux de l'inclure dans le suivi de l'absentéisme, il peut représenter un niveau de déclenchement d'actions pour l'encadrement.

La diffusion mensuelle des tableaux de bord et des indicateurs auprès de l'encadrement et du personnel permettrait, nous semble-t-il, de favoriser la communication sur l'absentéisme et la politique institutionnelle. En effet, nous avons constaté lors des entretiens que les politiques menées ne sont pas connues par les agents en général.

Enfin et selon l'expérience menée au Centre Hospitalier d'Avignon, « *on s'aperçoit que parler de l'absentéisme contribue à lutter contre l'absentéisme* »<sup>98</sup>.

### 3.3 Les propositions de choix institutionnels humains et financiers

Pérenniser une politique de prévention et de réduction des risques nécessite d'investir dans des ressources humaines et financières. Les gains et / ou les bénéfices permettraient un retour sur un investissement sur les plans de la santé des personnes, de la qualité, de la réduction des coûts et enfin de la performance pour l'institution. Ainsi, renforcer le temps de médecin du travail, former une infirmière en ergonomie et recruter une assistante sociale pour le personnel permettrait de compléter et de renforcer les politiques actuelles au CHM.

---

<sup>98</sup> PETIT DE GRANVILLE M., 2013, Réduire l'absentéisme, *Challenge*, n° 55, p.13. [Journal interne].

### 3.3.1 Le renforcement du service santé au travail

Le rôle d'un médecin du travail est central en matière de politiques institutionnelles et pour la prévention de l'absentéisme. La croissance des absences dues à la MO mais aussi les AT, les CLM / CLD montrent la nécessité d'avoir un service de santé au travail plus présent au CHM. Un médecin du travail va être recruté en septembre prochain à mi-temps (choix de l'agent). Il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une politique de santé au travail pour une meilleure prévention des risques professionnels, des actions de suivis individuels et collectives comme l'a montré le constat de la situation du CHM. La place du médecin du travail est, nous semble-t-il, de participer aux politiques institutionnelles de prévention des RPS, de handicap avec la participation au CTIME. Ceci requiert du temps médical or le CHM n'est pas en mesure de fournir.

La réforme<sup>99</sup> du service de santé au travail permet l'accès au métier de médecin du travail par « *la création du statut de collaborateur, qui autorise des médecins non qualifiés en médecine du travail, s'engageant dans une démarche de formation, à exercer certaines fonctions dans les services de santé au travail sous la responsabilité d'un médecin du travail* ». Il serait, donc, intéressant d'envisager le recrutement d'un médecin ayant ce projet professionnel. En effet, cela permettrait de dégager du temps au médecin du travail pour réaliser des entretiens avec les agents (gestion de l'absentéisme, information sur les CLM / CLD si nécessaire mais aussi de favoriser et préparer la reprise dans de bonnes conditions en étudiant les possibilités et les restrictions d'une reprise de travail), traiter les questions de prévention. Ce d'autant que cette réforme entraîne la modification de la périodicité des visites médicales. Elle a aussi pour objectif « *de dégager du temps médical au profit d'une part des salariés dont les situations professionnelles et individuelles justifient une expertise plus poussée, et d'autre part des actions en milieu de travail* »<sup>100</sup>.

Ainsi, le recrutement d'un médecin collaborateur permettrait de dégager du temps au médecin du travail, qui n'est présent qu'à mi-temps.

---

<sup>99</sup> MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Circulaire DGT/ n°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail, [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir\\_36058.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36058.pdf), p.13.

<sup>100</sup> *Ibidem*.



### 3.3.2 La prévention des risques liés à l'activité physique au travail

Le Centre Hospitalier de Chambéry a fait le choix de former une infirmière en ergomotricité pour mener les actions de formation et de prévention des risques professionnels en lien avec les gestes, la manutention des patients et des charges.

Habituellement, ce rôle est dévolu aux kinésithérapeutes du fait de leur formation. Cependant, leur choix nous semble intéressant pour deux raisons. D'une part, la difficulté de recruter et de fidéliser les kinésithérapeutes serait « contournée » par le recours à une infirmière. D'autre part, et même si la formation et la prévention concernent l'ensemble des personnels d'un hôpital, une infirmière a une place particulière dans un hôpital du fait de sa connaissance de l'activité soignante et du travail avec les services prestataires (blanchisserie, restauration, services logistiques...).

L'expérience professionnelle infirmière lui permettrait de comprendre les risques liés avec l'activité physique professionnelle (fatigue, douleurs, postures, TMS, chute...). Elle paraît être un interlocuteur légitime de par sa connaissance de l'hôpital et de son rôle dans la prévention (primaire, secondaire et tertiaire). Elle aurait pour mission notamment des interventions organisationnelles et ergonomiques (méthode de travail, actions individuelles et collectives, réflexion sur les conditions de travail...) et serait sollicitée avec le médecin du travail pour l'achat d'équipement adapté (rails au plafond pour la manutention en gériatrie par exemple), pour les travaux (restructurations, les projets architecturaux...). La formation aux gestes et postures n'a « *aucun effet, alors que le réaménagement participatif de l'environnement a réellement réduit les arrêts pour TMS* »<sup>101</sup>. Nous constatons que l'association et l'adhésion des personnels à la prévention est indispensable pour qu'elle soit efficace. La démarche doit être portée au niveau institutionnel.

### 3.3.3 Le développement d'une politique institutionnelle de prévention

Mettre en œuvre une politique institutionnelle dynamique de prévention (santé au travail, prévention des risques, sécurité et hygiène) nécessite des investissements en moyens humains et financiers. Cela résulte donc d'une volonté directoriale et de l'adhésion des personnels dont les partenaires sociaux. Il ne faut pas déconnecter le projet de la situation financière de l'établissement. Néanmoins, les coûts financiers de l'absentéisme montre qu'une telle démarche permettrait de compenser les salaires des personnels (médecin du travail, médecin collaborateur, un formateur « gestes et postures », une assistante sociale du personnel).

---

<sup>101</sup> ESTRYN-BEHAR M., *op.cit.*, p.250.

Il existe des outils qui permettent de faire les diagnostics (check-list OSHA<sup>102</sup>, OREGÉ<sup>103</sup>, questionnaire TMS de l'INRS...) mais la prévention nécessite d'agir simultanément sur les équipements, le matériel, l'aménagement des postes de travail, l'organisation du travail et la formation. Ces actions nécessitent un investissement en ressources humaines et en moyens matériels.

Cette politique institutionnelle serait à harmoniser avec celles existantes afin que les agents ne la prennent pas pour une nouvelle mesure séparée de ce qui est actuellement en cours, comme par exemple la prévention des RPS qui a un impact sur certains TMS (cervicalgies, maux de dos en phase aiguë)<sup>104</sup>. Elle doit être portée par des personnels spécialisés et reconnus dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire. Enfin, il est nécessaire d'y intégrer les indicateurs de suivi qui permettront l'évaluation de la démarche entreprise et de l'améliorer et / ou la faire évoluer.

Dans un premier temps, il faudrait débiter par la rédaction de la charte de l'absentéisme afin d'y définir la future procédure de gestion des absences. Cette dernière est envisagée par l'accompagnement des groupes de travail dans la clarification du dispositif (critères et rôle des différents acteurs). Parallèlement, il nous semble nécessaire de revoir la procédure d'accueil des nouveaux arrivants (institution, pôle, service, unité). Cette première phase sera réalisée avec la participation des partenaires sociaux. Une campagne de communication sera initiée auprès de l'ensemble des personnels. Elle aura pour objectif de les faire adhérer à cette nouvelle démarche institutionnelle de gestion des absences. Néanmoins, il faudra la valoriser dans la continuité de ce qui est, déjà, initié au CHM.

Dans un second temps, la formation des acteurs aux entretiens permettrait d'impliquer les cadres et indirectement de consolider leur rôle dans le déploiement de cette politique opérationnelle.

Enfin, il semble possible de créer un poste d'IDE par le redéploiement des effectifs pour la former à l'ergonomie et à la prévention des TMS. Ainsi, elle pourrait intervenir tant sur la formation et que pour des interventions sur site (unité, atelier...). Le recrutement d'une assistante sociale pour le personnel devrait, également, intervenir rapidement mais nécessite de prendre en compte la situation financière du CHM. Certes, la réduction de l'absentéisme permettra de faire des économies mais il faudra négocier avec les partenaires sociaux pour financer la création du poste (diminution d'un jour de RTT, d'un congé annuel local...). Concernant le médecin collaborateur au sein du service de santé

---

<sup>102</sup> Occupational Safety and Health Administration

<sup>103</sup> Outil de Repérage et d'Évaluation des gestes

<sup>104</sup> BERGSTRÖM G. and al., 2013, Prediction of Sickness Absenteeism, Disability Pension and Sickness Presenteeism Among Employees with Back Pain. Journal of Occupational Rehabilitation, DOI 10.1007/s10926-013-9454-9, p.1. This article is published with open access at Springerlink.com. Fichier obtenu en PDF.

au travail, il nous semble important d'attendre. Il n'est nécessaire de laisser l'actuel médecin du travail définir ses besoins en termes de temps pour participer aux différentes politiques de l'établissement.

Cette démarche devra faire l'objet de présentation au comité technique d'établissement et au CHSCT.

## Conclusion

Le taux d'absentéisme, en général et pour la MO en particulier, est problématique pour le CHM. Cela en fait un axe du projet social et du CPOM pour la période 2012–2016. La présente étude consacrées aux absences pour MO chez les personnels soignants a permis de prendre la mesure de la pression à laquelle sont soumis ces personnels, notamment par rapport aux risques professionnels pour leur santé (TMS, RPS, risques infectieux, risques d'exposition au sang...) en plus de leur confrontation quotidienne à la maladie, à la souffrance et à la mort. Les conditions de travail et la pénibilité des métiers soignants ont été mises en évidence comme facteurs causals de l'absentéisme pour MO. Nous pouvons ajouter le lien entre l'âge, le grade et le statut. Il apparaît, cependant, qu'un certain nombre d'agents ne s'autorise pas à s'arrêter et continue à travailler même s'ils sont malades. Cela pose la question de la prise en compte de leur santé au travail.

La réduction et la prévention de l'absentéisme passent par la limitation des facteurs de risques, de pénibilité et l'amélioration des conditions de travail. Elles nécessitent une politique dynamique qui prenne en compte des axes de progrès pour le personnel (accompagnement psychologique, social et / ou médical), concernant le management (reconnaissance professionnelle, motivation, dynamique d'équipe, entretien et prise en compte de la santé au travail) et la réglementation (document unique, étude de poste, formation aux gestes et postures, actions contre la violence).

L'absentéisme à travers la prévention des RPS, du stress, la prévention des risques amène à s'intéresser à la qualité de vie au travail, qui est devenue un sujet d'actualité dans la gestion des ressources humaines. Concept multi-dimensionnel né dans les années 50, ses effets<sup>105</sup> sont déclinés selon quatre axes qui sont la psychologie (motivation...), l'économie (performance...), le comportement (engagement...) et la santé (réduction du stress et de la pénibilité, préservation de l'intégrité physique...). La démarche est pilotée par l'ANACT et elle a également une action sur l'absentéisme. L'amélioration de la qualité de vie au travail permet d'avoir une approche globale du management des hommes et des organisations. Ceci est un véritable enjeu pour un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. En effet, la qualité des prises en charge et les conditions de travail sont liées, par ce que nous en avons, vu à l'absentéisme.

Le périmètre de cette étude a été réduit à la population soignante, néanmoins, l'absentéisme touche l'ensemble des agents du Centre Hospitalier de Martigues. Quatre

---

<sup>105</sup> [http://www.anact.fr/web/dossiers/performance-durable/qvt?p\\_thingIdToShow=27635627](http://www.anact.fr/web/dossiers/performance-durable/qvt?p_thingIdToShow=27635627).

catégories ont été identifiées en plus des soignants – les éducatifs, les médico-techniques, les administratifs et les techniques. Les TMS et autres pathologies retrouvés chez les soignants sont également présents dans ces catégories de travailleurs. Ces métiers des services contribuent à la prise en charge des patients et résidents indirectement – services dits prestataires ou fonctions support. Ces derniers s'estiment non reconnus et non valorisés par rapport aux soignants, créateurs de valeurs par la production de l'offre de soins et « *cœur de métier de l'hôpital* ».

En conclusion, il nous semble important de rappeler aux agents du Centre Hospitalier de Martigues que leurs contributions à la qualité de la prise en charge des patients et résidents sont importantes quels que soient leurs métiers.

---

## Bibliographie

---

### TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069003&dateTexte=20100222>.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, article 1, [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905>.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, [en ligne]. Journal officiel n°36, 12 février 2005, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000523/0000.pdf>.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Loi n°2005-843 du 26 juillet 2005 portant diverses mesures de transposition du droit communautaire à la fonction publique (1).- art. 6 [en ligne]. Journal officiel, n°173, 27 juillet 2005, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000265767&dateTexte=&categorieLien=id>.

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ÉTAT et MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE. Loi n°2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 - article 105 - [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir\\_34929.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir_34929.pdf) et circulaire du 24 février 2012 relative au non versement de la rémunération au titre du premier jour de congé de maladie des agents publics, [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir\\_34795.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir_34795.pdf).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les 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, [en ligne], 30 décembre 2012, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0030D99C39778A334531F0E784064653.tpdjo05v\\_2&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000314817&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0030D99C39778A334531F0E784064653.tpdjo05v_2&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000000314817&categorieLien=cid).

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [en ligne]. Journal officiel n°258, 7 novembre 2001, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408526&dateTexte=&categorieLien=id>.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière, [en ligne]. Journal officiel, n°227, 30 septembre 2010, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022866295&dateTexte=&categorieLien=id>.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Circulaire DHOS/RH3 no 2009-280 du 7 septembre 2009 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail [en ligne]. [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-09/ste\\_20090009\\_0100\\_0053.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-09/ste_20090009_0100_0053.pdf) et les articles R 4615-3 à R 4615-21 du Code du Travail.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Circulaire N°DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des contrats, [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste\\_20120004\\_0100\\_0063.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0063.pdf). Le CPOM du CHM a été rédigé avec une version antérieure.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Circulaire DGT/ n°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail, [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir\\_36058.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36058.pdf), p.13.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Circulaire DGT n°2012-14 du 12 novembre 2012, loi n°2012 – 954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel [en ligne]. Texte non paru au Journal officiel, [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://travail-emploi.gouv.fr/publications/picts/bo/30122012/TRE\\_20120012\\_0110\\_0002.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/publications/picts/bo/30122012/TRE_20120012_0110_0002.pdf).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 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, [en ligne], [visité le 25.08.2013], disponible sur Internet : [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir\\_36377.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36377.pdf).

## **OUVRAGES**

BOYER L. EQUILBREY N., 2013, Evolution des organisations et du management, rétrospective et prospective, Caen : Editions EMS, 112 p.

DERRENNE O. LUCAS A. et al., 2011, Le Fonctionnaire hospitalier, manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalier, Presses de l'EHESP, Rennes, 1023 p.

ESTRYN – BEHAR M. et al., 2008, Santé, satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Rennes : Presses de l'EHESP, 376 p.

ROUSSEAU T., 2012, Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence. Lyon, ANACT, 183 p.

ROUSSEAU T., 2010, Outils et méthodes pour agir, Lyon : ANACT, 44 p. [en ligne], disponible sur Internet : <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/2196357.PDF>



## ARTICLES

ARCHAMBAULT H., 2006, « Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie. Gérontologie et société, n° 118, pp. 85-100.

BERGSTRÖM G. and al., 2013, Prediction of Sickness Absenteeism, Disability Pension and Sickness Presenteeism Among Employees with Back Pain. Journal of Occupational Rehabilitation, DOI 10.1007/s10926-013-9454-9, p1. [en ligne] This article is published with open access at Springerlink.com. Fichier obtenu en PDF.

BOUFFARTIGUES P et al. La perception des liens travail / santé, Revue Française de sociologie 2 / 2010, volume 51, pp 247 – 280. [08/09/2013] disponible sur Internet : [http://www.ac-aix-marseille.fr/pedagogie/upload/docs/application/pdf/2012-06/rfs\\_512\\_02471.pdf](http://www.ac-aix-marseille.fr/pedagogie/upload/docs/application/pdf/2012-06/rfs_512_02471.pdf).

BOUVILLE G. La progression de l'absentéisme : nouveaux comportements des salariés ou nouvelles contraintes organisationnelles ? 26p. [08/09/2013] disponible sur Internet : <http://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/4827/2010bouville.pdf?sequence=2>.

BOUVILLE. Les modèles explicatifs de l'absentéisme : question de mode ? [25/08/2013], disponible sur Internet : [http://www.academia.edu/662962/Les\\_modeles\\_explicatifs\\_de\\_labsenteisme\\_question\\_d\\_e\\_mode](http://www.academia.edu/662962/Les_modeles_explicatifs_de_labsenteisme_question_d_e_mode).

BRAMI L. et al., 2012, « Absentéisme : les principaux enseignements du projet PHARES », Revue Hospitalière de France, n° 1331, 4 p.

CHOUANIERE D., 2006, « Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention », Document pour le médecin du travail, n°106, pp169 – 186.

DAVIE E., 2012, « Un premier enfant à 28 ans », INSEE PREMIERE, n°1419, 4 p.

EVELIEN P. And al., 2009, Predicting Return to Work in Employees Sick-Listed Due to Minor Mental Disorders, Journal of Occupational Rehabilitation, 19:323–332 DOI 10.1007/s10926-009-9198-8, p 10. [En ligne] This article is published with open access at Springerlink.com. Fichier obtenu en PDF.

JOUVENOT C., 2008, « la reconnaissance au travail », Travail et changement, n°317, pp. 1-4.

MIHAÏ DINU G. MOATTY F., 2005, « Les conditions du travail en équipe. Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé », DRESS [en ligne], n°43, p 63. [25/08/2013], disponible sur Internet :

[http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cee-recherche.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fwebfm%2Fpublications%2Fdocdetravail%2F43-travail\\_equipe.pdf&ei=mj0aUq2cPKLG0QXtgoHgAg&usg=AFQjCNGXoGEBA2snPojJHRp0\\_H0DKErPtg](http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cee-recherche.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fwebfm%2Fpublications%2Fdocdetravail%2F43-travail_equipe.pdf&ei=mj0aUq2cPKLG0QXtgoHgAg&usg=AFQjCNGXoGEBA2snPojJHRp0_H0DKErPtg)

PAUGAM S., 2013, « Quand l'intégration professionnelle devient disqualifiante », Economie et humanisme, n°381, p 24. [25/08/2013], disponible sur Internet : [http://www.revue-economie-et-humanisme.eu/bdf/docs/r381\\_24\\_integrprofdisqualifiante.pdf](http://www.revue-economie-et-humanisme.eu/bdf/docs/r381_24_integrprofdisqualifiante.pdf).

PETIT DE GRANVILLE M., 2013, Réduire l'absentéisme, Challenge, n° 55, p 13. [Journal interne].

RANDON S., 2009, « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale ». Management & Avenir, n°49, p 133 – 149.

SOFCAH. .Les absences pour raisons de santé dans les établissements hospitaliers. [25/11/2012], disponible sur Internet : [http://www.dexia-creditlocal.fr/sante/expertises-dexia-credit-local/Documents/regard-sur\\_hop\\_mai2011.pdf](http://www.dexia-creditlocal.fr/sante/expertises-dexia-credit-local/Documents/regard-sur_hop_mai2011.pdf).

RANTANEN I., 2010, Relative magnitude of presenteeism and absenteeism and work-related factors affecting them among health care professionals, International Archives of Occupational and Environmental Health, 84:225–230. [En ligne] This article is published with open access at Springerlink.com. Fichier obtenu en PDF.

RAVALLEC C. et al., 2009, « Personnels soignants en milieu hospitalier, des performances sous perfusions », Travail et sécurité [en ligne], p 27. [25/08/2013], disponible sur Internet : <https://www.google.fr/#fp=7997d539ae353fef&q=RAVALLEC+C.+et+al.%2C+Personnels>

+soignants+en+milieu+hospitalier%2C+des+performances+sous+perfusions%2C+Travail  
+et+s%C3%A9curit%C3%A9%2C+mars+2009%2C+p+27.

SARAZIN B., 2005, « l'absentéisme des solutions à bâtir ensemble », Travail et changement, n°300, l'ANACT, 10 p.

## **RAPPORTS**

GIRAUD R., 2005, Les centres hospitaliers et universitaires : réflexion sur l'évolution de leurs missions. Rapport au Premier Ministre, Paris, 65 p.

## **CONFERENCES**

ROUSSEAU T. FERCOQ S. HIRTI A. BARBIER K. PRIOUR D., « 2011 CONFERENCE ANNUELLE 2011 EMPLOI ET RESSOURCES HUMAINES EN PETITE COURONNE" Absentéisme : quels leviers RH pour agir ? », 31 mars 2011, Villiers-sur-Marne, les diagnostics de l'emploi territorial repères RH, 2011, 39 p.

## **SITES INTERNET**

ANACT. Prévenir les situations de pénibilité, fiche n°4. [25/08/2013], disponible sur Internet : [http://www.anact.fr/portal/page/portal/web/publications/NOTINMENU\\_affichage\\_document?p\\_thingIdToShow=5437303](http://www.anact.fr/portal/page/portal/web/publications/NOTINMENU_affichage_document?p_thingIdToShow=5437303)

ANACT. Définir la qualité de vie au travail. [08/09/2013], disponible sur Internet : [http://www.anact.fr/web/dossiers/performance-durable/qvt?p\\_thingIdToShow=27635627](http://www.anact.fr/web/dossiers/performance-durable/qvt?p_thingIdToShow=27635627).

ARACT. La pénibilité, fiche 3. [13/02/2013], disponible sur Internet : [http://basse-normandie.anact.fr/portal/page/portal/SWAM\\_3\\_PORTAIL/SWAM\\_3\\_Ressources\\_documentaires](http://basse-normandie.anact.fr/portal/page/portal/SWAM_3_PORTAIL/SWAM_3_Ressources_documentaires).

ARACT Pays de Loire. Définitions - Les conditions de travail. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.conditionsdetravail.com/index.php/comprendre/definitions/les-conditions-de-travail>.

Direct Hôpital. Absentéisme : première cause, une mauvaise organisation du travail. [25/08/2013], disponible sur Internet : [http://www.directhopital.com/Absenteisme--premiere-cause-une-mauvaise-organisation-du-travail-NS\\_1199.html#ixzz2d0fmXBmS](http://www.directhopital.com/Absenteisme--premiere-cause-une-mauvaise-organisation-du-travail-NS_1199.html#ixzz2d0fmXBmS).

Fédération Hospitalière de France. Présentation PHARES. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://federation.fhf.fr/en/Federation/Federations-regionales/Pays-de-la-Loire/P.H.A.R.E.S/Presentation-PHARES>.

Fédération Hospitalière de France. Nombre de jours d'arrêts du personnel hospitalier. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Chiffres-et-debats/Ressources-humaines/Absenteisme>.

Fédération Hospitalière de France. Jour de carence. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://fichiers.fhf.fr/documents/13-105-Marylise-Lebranchu-jour-de-carence.pdf>.

INRS. Mesures pour prévenir la pénibilité au travail. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr/accueil/demarche/evaluation-risques/penibilite.html>.

INRS. Horaires décalés et travail de nuit, sécurité et santé au travail. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.inrs.fr/accueil/situations-travail/horaires-decales.html>.

INSERM. Le travail de nuit, un risque pour les femmes ? [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/le-travail-de-nuit-un-risque-pour-les-femmes>.

Le Figaro. Le jour de carence rapporte aux hôpitaux publics. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2012/09/25/20002-20120925ARTFIG00615-le-jour-de-carence-rapporte-aux-hopitaux-publics.php>. Le quotidien du médecin. Mesures contre la pénurie de médecins du travail : les syndicats restent sceptiques. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.lequotidiendumedecin.fr/mesures-contre-la-penurie-de-medecins-du-travail-les-syndicats-restent-sceptiques>.

LAROUSSE. Absentéisme. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/absent%C3%A9isme/261>.

LAROUSSE. Absence. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/absence/258>.

MARQUES A. l'hôpital gangrené par l'absentéisme. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.espaceinfirmier.com/actualites/detail/66407/l-hopital-gangrene-par-l-absenteisme.html>.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Les RPS : c'est quoi ? [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html>.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. 2013-009 - Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques-de,76/etudes-et-recherches,77/publications-dares,98/dares-analyses-dares-indicateurs,102/2013-009-les-absences-au-travail,15889.html>.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. La prévention des risques professionnels. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/sante-conditions-de-travail,115/la-prevention-des-risques,1046.html>.

PORTAIL DU GOUVERNEMENT. Prochaine suppression de la journée de carence dans la Fonction publique. [25/08/2013], disponible sur Internet : <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/prochaine-suppression-de-la-journee-de-carence-dans-la-fonction-publique>.

---

## Liste des annexes

---

Annexe I - Extrait du document unique

Annexe II - Extrait de la base de données

Annexe III - Tableau de présentation des personnes enquêtées et guide d'entretien semi-directif collectif

Annexe IV - Grille d'analyse des entretiens

Annexe V - Tableau de présentation des personnes enquêtées et guide d'entretien semi-directif individuel

Annexe VI - Fiche déclarative d'absence au CHM et memento

Annexe VII - Graphiques et tableaux

Tableau 1

Graphique I

Tableau 2

Graphique II






Graphique III

Graphique IV

Tableau 3

Graphique V

Annexe VIII - Pyramide des âges des personnels du CHM

Centre de gérontologie		Danger					
Unité de travail		Action	Objectif	Décal	Etat	Suivi	Réalisation
	Biologique:Exposition au sang et liquides biologiques (AES)  800	Respecter les procédures	Diminuer les risques d'AES	01/01/2007	A faire		
	Comportement:Contact avec personnes agitées  116	<b>Observations :</b> Les familles des patients peuvent se montrer agressives.					
	Ambiance climatique:Température ambiante (basse, élevée)  116	<b>Observations :</b> Personnel se déplaçant chez les usagers. Différence de température importante entre l'extérieur et l'intérieur.					
	Comportement:Harcèlement sexuel  101	Contact régulier avec le psychologue de l'hôpital	Gérer ce type de situation	01/01/2007	A faire		
		<b>Observations :</b> Sollicitations de quelques familles de patient.					
SSR - Long Séjour	Circulation de véhicules:Zone de circulation commune piétons / véhicules (croisements)  10100	Panneaux de signalisation : roulez au pas	Réduire le risque d'accident de la circulation.	31/12/2007	A faire		
		<b>Observations :</b> Parking.					

## ANNEXE II – Extrait du tableau de données anonymisées

Nom	Prénom	Nom de jeune fille	Matricule	Sexe (M/F)	Age	Lib. UF	Code UF	Lib. SER	Code SER	POLE
				F	54,16	UNITE DE	1148	UNITE DE	0148	POLE 1 ME
				F	56,01	HOSPITAL	4050	PSYCHIAT	0111	POLE 6 PS
				F	46,50	STANDARD	1261	D.R.U.	0308	POLE 9 AD
				F	46,50	STANDARD	1261	D.R.U.	0308	POLE 9 AD
				F	46,50	STANDARD	1261	D.R.U.	0308	POLE 9 AD
				F	46,50	STANDARD	1261	D.R.U.	0308	POLE 9 AD
				F	59,79	HOSPITAL	4050	PSYCHIAT	0111	POLE 6 PS
				F	59,79	HOSPITAL	4050	PSYCHIAT	0111	POLE 6 PS
				F	52,26	HYGIENE S	3652	HYGIENE H	0401	POLE 9 AD
				F	52,26	HYGIENE S	3652	HYGIENE H	0401	POLE 9 AD
				F	52,26	HYGIENE S	3652	HYGIENE H	0401	POLE 9 AD
				F	35,32	INGENIER	3500	INGENIER	0452	POLE 9 AD
				F	35,32	INGENIER	3500	INGENIER	0452	POLE 9 AD
				F	32,08	CUISINE R	3132	RESTAUR	0404	POLE 9 AD
				F	39,48	UHTCD	2102	URGENCE	0201	POLE 23 C
				F	39,48	UHTCD	2102	URGENCE	0201	POLE 23 C
				F	39,48	UHTCD	2102	URGENCE	0201	POLE 23 C

Batiment	Grade	Code grade	Catégorie personnel	Code catégorie fonctionnaire	Métier	Statut	Code statut
DECINE	A.S.H.Q.	3256	PERSONNEL	C	Agent de bio-nettoyage	TITULAIRE	00
VALLON	INF. PSY. C	2758	PERSONNEL	B	Infirmier(ère) en soins généraux	TITULAIRE	00
RAYETTES	A.S.H.Q.	3256	PERSONNEL	C	Agent d'accueil	TITULAIRE	00
RAYETTES	A.S.H.Q.	3256	PERSONNEL	C	Agent d'accueil	TITULAIRE	00
RAYETTES	A.S.H.Q.	3256	PERSONNEL	C	Agent d'accueil	TITULAIRE	00
RAYETTES	A.S.H.Q.	3256	PERSONNEL	C	Agent d'accueil	TITULAIRE	00
VALLON	P.H. TEMP	M214	PERSONNEL MEDICAL		Médecin psychiatre	PRATICIEN HOSPITALIER	66
VALLON	P.H. TEMP	M214	PERSONNEL MEDICAL		Médecin psychiatre	PRATICIEN HOSPITALIER	66
MINISTRAT	AGENT EN	4437	PERSONNEL	C	Agent de bio-nettoyage	CONTR. PERMANENT	40
MINISTRAT	AGENT EN	4437	PERSONNEL	C	Agent de bio-nettoyage	CONTR. REMPLACEMENT	44
MINISTRAT	AGENT EN	4437	PERSONNEL	C	Agent de bio-nettoyage	CONTR. REMPLACEMENT	44
MINISTRAT	INGENIEU	5715	PERSONNEL	A	Responsable d'unité biomédicale	TITULAIRE	00
MINISTRAT	INGENIEU	5715	PERSONNEL	A	Responsable d'unité biomédicale	TITULAIRE	00
MINISTRAT	AGENT EN	4437	PERSONNEL	C		CONTR. REMPLACEMENT	44
RAYETTES	AIDE SOIG	3001	PERSONNEL	C	Aide-soignant(e)	CONTR. REMPLACEMENT	44
RAYETTES	AIDE SOIG	3001	PERSONNEL	C	Aide-soignant(e)	CONTR. REMPLACEMENT	44
RAYETTES	AIDE SOIG	3001	PERSONNEL	C	Aide-soignant(e)	CONTR. REMPLACEMENT	44



Quotité Travail	Affectation de nuit(O/N)	ANCETB - Date effet	ANCCOR - Date effet	Date début grade	Date début echelon	Type absence
1	N	01/02/2004	01/02/2004	27/02/2006	27/02/2011	PRESENCE
0,8	N	01/02/2004	01/02/2004	01/12/2010	01/01/2012	PRESENCE
1	N	15/05/1990	01/08/1995	27/02/2006	03/07/2009	CONGE LONGUE
1	N	15/05/1990	01/08/1995	27/02/2006	03/07/2009	CONGE MALADIE
1	N	15/05/1990	01/08/1995	27/02/2006	03/07/2009	CONGE MALADIE
1	N	15/05/1990	01/08/1995	27/02/2006	03/07/2009	PRESENCE
1	N	22/08/2009	22/08/2009	22/08/2009	07/06/2010	PRESENCE
1	N	22/08/2009	22/08/2009	22/08/2009	07/06/2012	PRESENCE
0,5	N	01/10/2000	01/11/2006	01/06/2012	01/06/2012	PRESENCE
0,7	N	01/10/2000	01/11/2006	01/11/2006	01/11/2006	CONGE MALADIE
0,7	N	01/10/2000	01/11/2006	01/11/2006	01/11/2006	PRESENCE
1	N	03/10/2005	03/10/2005	01/07/2007	10/05/2010	CONGE MATERNI
1	N	03/10/2005	03/10/2005	01/07/2007	10/05/2010	PRESENCE
1	N	02/10/2003	27/02/2006	19/11/2012	19/11/2012	PRESENCE
0,5	N	01/09/2010	01/09/2010	01/09/2010	01/09/2010	PRESENCE
0,75	N	01/09/2010	01/09/2010	01/09/2010	01/09/2010	PRESENCE
1	N	01/09/2010	01/09/2010	01/09/2010	01/09/2010	PRESENCE

## ANNEXE III – Tableau de présentation des personnes enquêtées et guide d’entretien semi-directif collectif

Personnels interviewés collectivement	âge (ans)	Ancienneté CHM (années)
Cadre soignant de pôle	53	25
Cadre soignant de pôle	53	13
Cadre soignant de pôle	58	36
CSS FF DS	60	29
CSS GRH	52	22
Cadre supérieur de santé	52	9
Cadre de santé	43	21
Cadre de santé	43	21
Psychologue du travail	58	18
ACH standard	54	4
AAH DRH	47	27
FF cadre de santé	52	31
FF cadre de santé	50	8
Responsable blanchisserie	52	8
Responsable transport	44	2
Responsable atelier	59	37
Responsable secrétariat	40	18
Responsable sécurité	53	33
Secrétaire	44	23
Référent handicap	55	5
Etudiante cadre de santé	NSP	
IDE	NSP	NSP
ASH	NSP	NSP
Responsable cuisine	54	12
Responsable standard	42	6
Représentant syndicat	61	37
Représentant syndicat	64	31
Représentant syndicat	53	13
Représentant syndicat	53	33
Représentant syndicat	61	22

Ne sait pas	NSP
Cadre supérieur de santé	CSS
Faisant fonction	FF
Directeur des soins	DS
Adjoint des cadres hospitalier	ACH
Attaché d'administration hospitalier	AAH

Tableau 0 – caractéristiques des personnes rencontrées en entretiens collectifs

## **Trame de l'entretien semi-directif collectif**

- **Les causes et les conséquences identifiées**

Quelles sont les catégories d'agents, qui, selon vous, sont les plus exposées à l'absentéisme ?

Quelles sont les causes identifiées par les acteurs ?

Causes d'origine sociodémographique : âge, précarité, etc.

Causes liées à la santé des agents : TMS, épisodes épidémiques, etc.

Causes liées à l'organisation : ligne directrice et sens de l'action du CHM, pilotage stratégique, communication interne, climat social, moyens humains, nouvelles exigences au travail (qualité, productivité)

Causes liées à l'organisation du travail : gestion des congés, des plannings, des remplacements, des heures supplémentaires, de la récupération, conditions matérielles et organisationnelles, les facteurs de pénibilité, spécialisation et polyvalence, etc.

Causes liées au management : valorisation des équipes (individuellement et collectivement), accompagnement des agents dans l'évolution de leur carrière, soutien technique apporté par l'encadrement, gestion des âges, le sens du travail, outils de gestion

Causes liées à la politique RH : avancement, remplacement, formation, recrutement, etc.

Contraintes liées à l'articulation entre la vie professionnelle et personnelle ...

Quelles sont, selon vous, les causes sur lesquelles le Centre hospitalier dispose de marges de manœuvre ?

Quelles sont les incidences des absences sur l'organisation du travail et la gestion des équipes ? Sur les agents présents ?

Comment est adaptée la gestion des plannings aux absences de courte et de longue durée ?

- **Les modes de gestion et les leviers mobilisés pour le personnel**

Comment l'absentéisme est-il géré au sein des différents pôles, de votre équipe ?

Comment les décisions d'effectuer des remplacements sont-elles prises ? Quels sont les indicateurs qui permettent d'évaluer la pertinence d'un remplacement ? Ces indicateurs sont-ils toujours satisfaisants ?

Quels sont les agents mobilisables en cas d'absentéisme ?

Quels sont les outils existants permettant de suivre l'absentéisme et d'en anticiper les effets ?

Comment les absences sont-elles signalées ?

Quelles sont les modes de fonctionnement existants entre la médecine professionnelle et préventive et le Centre hospitalier ?

Quels sont les leviers dont disposent les cadres pour mobiliser et valoriser leurs équipes ?

Quelles sont les actions actuellement mises en œuvre pour réduire et réguler les absences dans les différents pôles ? Quelle est leur efficacité ? Quelles sont les difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre ?

Les évolutions organisationnelles récentes ont-elles favorisé ou au contraire contribué à réguler l'absentéisme ?

Comment évaluer la politique de l'établissement en matière de maintien et de retour à l'emploi ?

## **ANNEXE IV – Grille d’analyse des entretiens**

La grille d’analyse est inspirée de la grille de diagnostic de l’absentéisme en situations de travail établie par Thierry ROUSSEAU<sup>106</sup>.

### **Les caractéristiques du travail :**

- Contraintes physiques (charge, postures, manutention...)
- Poste de travail (bruit, chaleur, configuration des locaux...)
- Horaires et rythmes de travail
- Répartition des tâches, charge de travail
- Contrainte temporelle, charge mentale...
- Conditions de travail / gestion des plannings (horaires, congés, rappel en cas d’absentéisme...)
- Contexte relationnel (tensions dans l’équipe, climat social...)
- Modes de management (engagement des agents, conduite de projets, motivation, réunions...)
- Prise en charge des conflits liés au travail
- Gestion des âges (prises en compte des spécificités des générations)

### **Articulation vie professionnelle - vie personnelle :**

- Difficultés liés à la vie familiale (garde des enfants, horaires postés du conjoint...)
- Autres (attentes vis-à-vis du CHM ....)

---

<sup>106</sup> ROUSSEAU T., 2012, Absentéisme et conditions de travail : l’énigme de la présence. Lyon, ANACT, p 116.

## ANNEXE V - Tableau de présentation des personnes enquêtées et guide d'entretien semi – directif individuel

Personnels interviewés individuellement	âge (ans)	Ancienneté service (années)	Ancienneté CHM (années)
AS EHPAD	28	3,5	4
AS EHPAD	40	4	reconversion
AS EHPAD	48	12	23
AS EHPAD	43	8	20
AS maternité	42	9 ans	20 ans
AS maternité	34	2 ans	mutation
As maternité	43	7 ans	7 ans
AS maternité	41	13	20
AS médecine interne	51	3	15
AS réanimation	45	12	21
AS réanimation	28	CDD	4
AS urgence	55	32	32
AS urgence	43	5	20
ASH EHPAD	39	4	18
ASH EHPAD	29	?	?
ASH maternité	39	8 ans	11 ans
ASH médecine interne	44	5	9
ASH médecine interne	61	9	15
ASH médecine interne	45	9	14
ASH urgence	36	4	remplacements
ASH urgence	46	3	15
EIDE 3A REA	35	NSP	NSP
IDE EHPAD	23	1,5	1,5
IDE médecine interne	25	3,5	3,5
IDE réanimation	45	1,5	reconversion
IDE réanimation	54	25	30
IDE réanimation	34	10 mois	reconversion
IDE urgence	36	13	16
IDE urgence	38	16	16
IDE urgence	48	20	29

Ne sait pas

NSP

Tableau 0 bis – caractéristiques des personnes rencontrées en entretiens

## **Trame de l'entretien semi-directif individuel**

1 - Âge, ancienneté dans l'établissement et dans le service

- **Caractéristiques du travail :**

2 - Pouvez-vous me parler de votre métier ? L'intérêt de votre métier ? Qu'est-ce qui vous plaît / déplaît ?

3 - Avez-vous déjà eu un AT ? MP (TMS) ?

4 - Globalement êtes-vous satisfait de votre travail ? (critère de pénibilité / utilisation des compétences)

- **Contexte organisationnel :**

5 - Qu'est-ce que de bonnes conditions de travail selon vous ? Travaillez-vous dans de bonnes conditions (charge de travail, autonomie...) ? (critère de pénibilité / organisation du travail et qualité des soins / spécificité du service)

6 - Qu'évoque pour vous le terme d'absentéisme ?

7 - Existe-t-il un lien entre absentéisme et conditions de travail, selon vous ?

8 - Comment sont organisés les plannings ? La répartition des congés ?

9 - Comment sont organisés les horaires de travail des agents dans l'unité, le pôle ?

10 - Quels sont les problèmes générés par l'absentéisme ?

11 - Pour vous, qu'est-ce que la reconnaissance professionnelle ?

12 - Quelles sont les relations avec les membres de l'équipe, les autres personnels de l'établissement (cuisine, transport, blanchisserie...) ?

13 - Existe-t-il des tensions ? Si oui, de quelle nature ? Comment sont-elles gérées ?

14 - Parlez-moi du management (implication dans des projets, des groupes de travail, prise en compte de proposition venant des agents...) ?

15 - Comment se passe vos relations avec la hiérarchie, ambiance de travail ?

16 - Y a-t'il des réunions d'équipe ? Si oui, à quelle fréquence ?

17 - Travaillez-vous en équipe ? Existe-t-il une solidarité entre vous ?

18 - Comment sont accueillis les nouveaux agents ? Et vous-même, comment avez-vous été accueilli ?

- **Articulation vie personnelle – vie professionnelle :**

19 - Pouvez – vous me parler de vous ?

- Statut matrimonial, enfant

20 - Rencontrez – vous des difficultés ? Les horaires vous conviennent ils ?

- Gestion des âges
- Temps de trajet

- **Absentéisme :**

21 - Qu'est ce qui provoque selon vous une absence ? (causes)

22 - Comment sont gérées les absences (longues, courtes, congés enfant malade ...) ?

23 - Etes-vous amenés à faire des heures supplémentaires ? Quelles conséquences, cela a-t-il sur votre vie ?

24 - Quels sont les leviers pour mobiliser, valoriser et reconnaître les agents et notamment ceux qui sont présents, selon vous ?

25 - Comment vivez – vous la désorganisation du à l'absentéisme, transfert de la charge de travail ?

26 - Quelles sont les marges de manœuvre pour faire diminuer l'absentéisme, selon vous ?



# ANNEXE VI – Extrait de la fiche de liaison dématérialisée et mémento



Centre Hospitalier de Martigues  
 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES  
 ☎ 04.42.43.26.60

## FICHE DE LIAISON

### CONCERNANT L'ABSENTEISME DU PERSONNEL

**Titre** Signalisation d'une absence --- Cadre  
**Destinataire** [gestionnaires-drh@ch-martigues.fr](mailto:gestionnaires-drh@ch-martigues.fr) accuse réception OUI

<b>Emetteur :</b>		
<b>Téléphone :</b>	<b>TELEPHONE</b>	<a href="mailto:aaa.bbb@ch-martigues.fr">aaa.bbb@ch-martigues.fr</a>

VOTRE CHOIX

<input checked="" type="radio"/> Absence	<input type="radio"/> Reprise 😊	<input type="radio"/> les deux
--	---------------------------------	--------------------------------

**Signalisation d'une absence**

<b>Identification de l'agent</b>
<b>Nom prénom</b> <b>Nom patronymique</b> ✓ - <b>Fonction:</b> ✓ - <b>Matricule:</b> ✓ - <b>Statut</b> ✓ -

<b>Est absent depuis le :</b>		
à		
<b>Type d'absence:</b>		
<b>Commentaire :</b>		
Arrêt de travail <input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non	pas d'arrêt de travail	date de fin prévisionnelle
A prévenu son responsable <input type="radio"/> oui <input checked="" type="radio"/> non	N'a pas prévenu son cadre	
<b>Fait le:</b>		

SAISIE																	
MOIS	Service	Grade	pool	Nom Prénom	Nom patronymique	matricule	Fonction	Etp%	pers J / N	type ABS	Arrêt de W	cadre ok	DATE DEBUT	heure début	DATE FIN	DUREE ARRET	reprise effective
Janvier	service			Choisir le nom dans la liste					J				mar 01 janv 08		sam 12 janv 08	12	dim 13 janv 08
CHOISIR DANS LA				Données mises à jour après avoir cliqué sur le triangle Ces données sont modifiables				CHOISIR DANS LA LISTE				SAISIR LA DATE JJ/MM/AAAA				CALCUL AUTOMATIQUE	

Choisir le nom dans la liste ou le compléter s'il n'existe pas

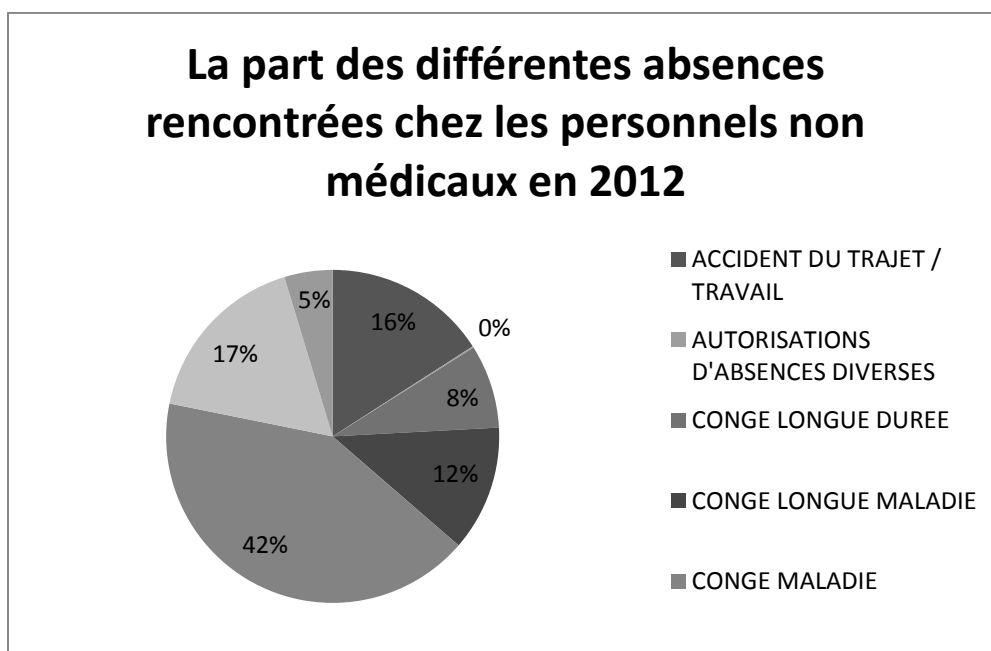
Se placer sur le NOM / Prénom  
Cliquer sur le TRIANGLE pour afficher les données de l'agent

**A la fin de la saisie, pour accéder à la fiche de liaison se placer sur NOM PRENOM et cliquer sur le bouton rouge**

## ANNEXE VII – Tableaux et graphiques<sup>107</sup>

Durée de l'arrêt pour maladie / Année	2009	2010	2011	2012
3 jours	33	35	34	21
7 jours	33	41	46	25

Tableau 1 – L'évolution du nombre d'arrêts de courtes durées entre 2009 et 2012.

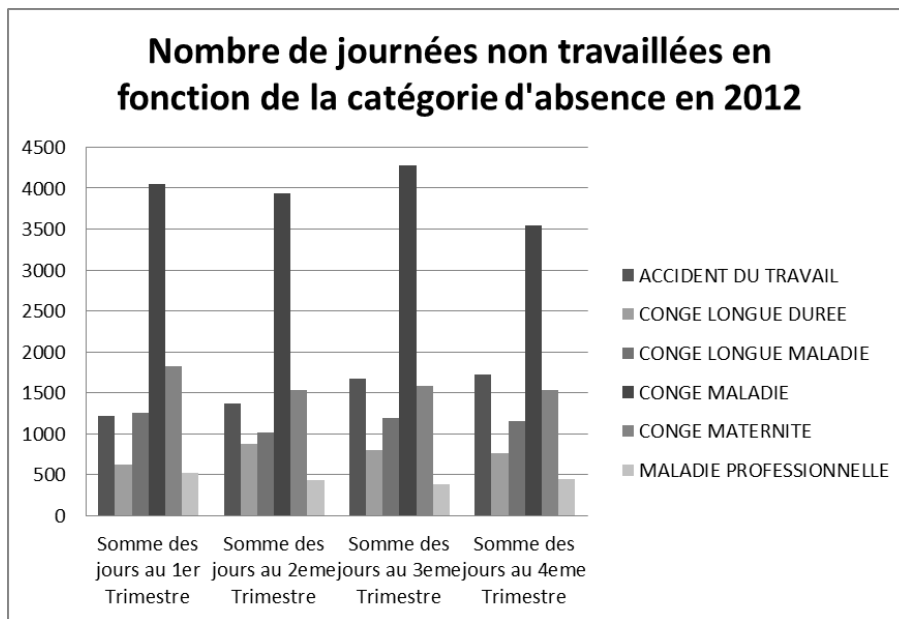


Graphique I – La part des différentes absences rencontrées chez les personnels non médicaux en 2012.

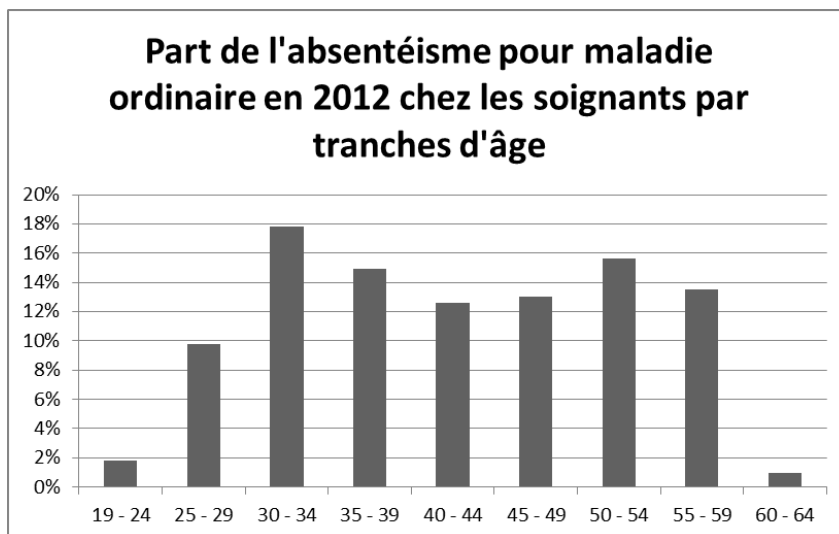
Type absence	Total	Part %
ACCIDENT DU TRAJET / TRAVAIL	6011	16
AUTORISATIONS D'ABSENCES DIVERSES	53	0
CONGE LONGUE DUREE	3066	8
CONGE LONGUE MALADIE	4612	12
CONGE MALADIE	15802	42
CONGE MATERNITE	6482	17
MALADIE PROFESSIONNELLE	1770	5
Total général	37918	100

Tableau 2 – Les différentes absences des personnels non médicaux, en valeur et en pourcentage, en 2012.

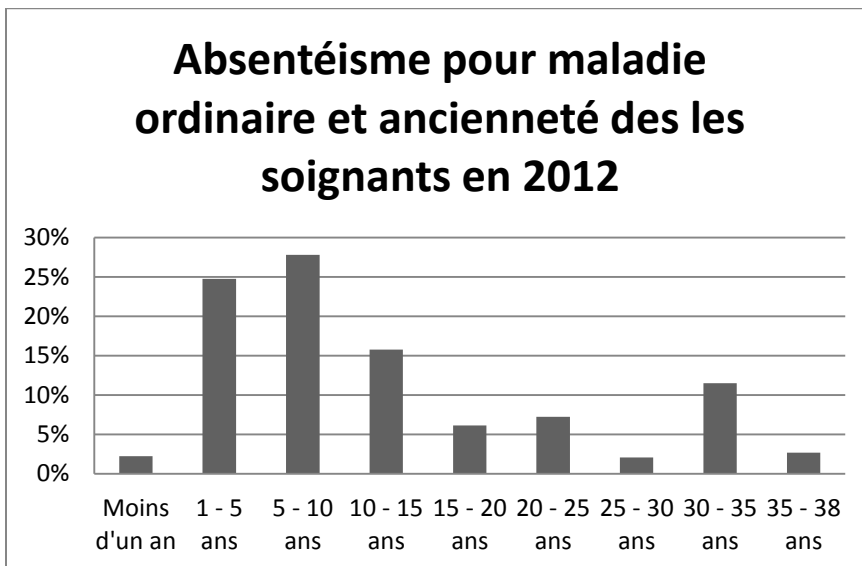
<sup>107</sup> Source : traitement personnel des données issues du logiciel de la paie.



Graphique II – Le nombre de journées non travaillées en fonction de la catégorie d'absence chez les personnels non médicaux en 2012.



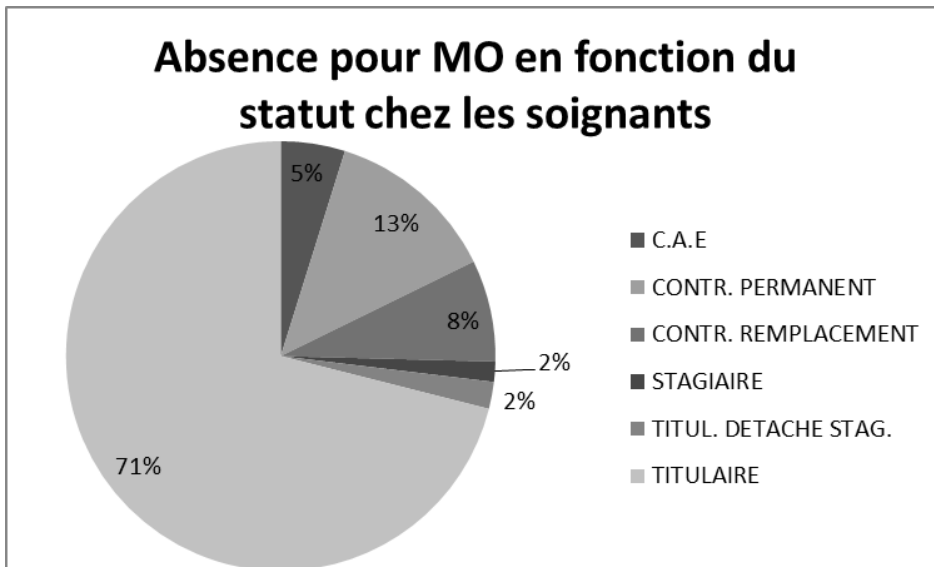
Graphique III – La part de l'absentéisme pour maladie ordinaire en 2012 chez les soignants par tranches d'âge.



Graphique IV – L'absentéisme pour maladie ordinaire et l'ancienneté des soignants en 2012.

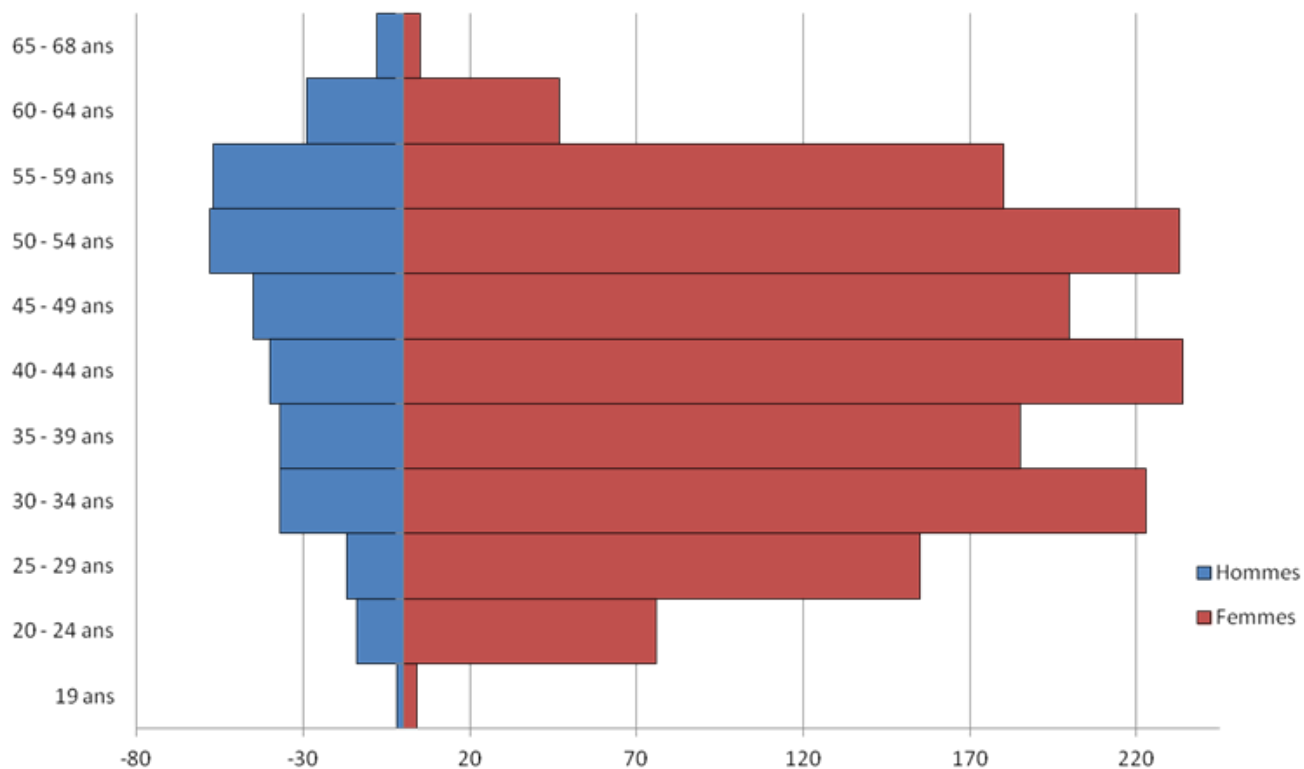
<b>SERVICE</b>	<b>Somme des jours d'absence pour MO</b>	<b>ETP / cadre des effectifs</b>	<b>Nombre de jours en moyenne d'absence par agent</b>
MEDECINE INTERNE 6 SUD	2150	22,17	97,0
MEDECINE INTERNE 6E NORD	1648	21,77	75,7
REANIMATION	2153	52,25	41,2
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	3226	94,75	34,0
EHPAD ET LG SEJOUR	932	59,95	15,5

Tableau 3 – Le nombre de jours d'absentéisme des soignants pour maladie ordinaire par service en 2012.



Graphique V – La part de l'absence en fonction du statut chez les soignants en 2012.

## ANNEXE VIII - Pyramide des âges de l'ensemble des personnels travaillant au Centre Hospitalier de Martigues en 2012



LAMY

Hélène

Décembre 2013

## DESSMS

Promotion 2012 - 2013

### L'absentéisme pour maladie ordinaire au Centre Hospitalier de Martigues

Analyse des causes et préconisations pour un plan d'actions de réduction et de prévention

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

#### **Résumé :**

La performance est un véritable enjeu pour les établissements de santé. La politique de gestion des ressources humaines mise en œuvre est un moyen de tendre vers l'atteinte de cet objectif. Au Centre Hospitalier de Martigues, les préoccupations du Directeur sont la réduction et la prévention de l'absentéisme dont le taux est supérieur à la moyenne nationale.

A cette fin, une étude est conduite pour définir l'absentéisme en termes de causes et d'effets. Le champ de prospective retenu est celui de la MO chez le personnel soignant.

La méthodologie de recherche utilisée est l'analyse qualitative et quantitative de ce phénomène au travers de données statistiques et d'entretiens semi-directifs.

L'identification des causes de MO permet de faire des préconisations adaptées et de mettre en œuvre un plan d'actions spécifiques de prévention et de réduction de ce type d'absence.

#### **Mots clés :**

Absentéisme, conditions de travail, pénibilité, maladie ordinaire, centre hospitalier

*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.*