



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2013-2015**

Date du Jury : **décembre 2014**

**Examen de l'absentéisme au centre
hospitalier de Vitré (35) : une approche
managériale pour maîtriser le phénomène.**

Pascal WESTRELIN

Remerciements

Je tenais, en tout premier lieu, à adresser mes plus vifs remerciements à ma maîtresse de stage, Madame Delphine DUSSOL, directrice des ressources humaines, pour tout le temps qu'elle m'a consacré, son implication dans ma formation, nos très nombreux échanges, ainsi que ses précieux enseignements qui m'auront été particulièrement utiles pour la rédaction de mon mémoire. Ces remerciements s'étendent également aux membres de l'équipe du service des ressources humaines dont j'ai apprécié le concours pour les études analytiques que j'ai pu conduire.

Je témoigne également ma reconnaissance à Monsieur François BARRENECHEA, directeur des soins, pour toutes les discussions que nous avons eues sur les différentes problématiques autour de l'organisation des soins et ses conseils avisés dont je saurai tenir compte dans le cadre de mon futur exercice.

Enfin, je tenais à remercier Monsieur Alain GROHEUX, chef d'établissement du centre hospitalier de Vitré, sans qui ce stage professionnel n'aurait jamais été possible, ainsi qu'à Madame Sylvie LE QUEAU, directrice des affaires financières, pour son accompagnement tout au long de mon stage, le partage de son expérience, son écoute et sa grande disponibilité.

Cette période restera pour longtemps une véritable force en termes d'apprentissage et d'enrichissement, tant professionnel que personnel.

Examen de l'absentéisme au centre hospitalier de Vitré (35) : une approche managériale pour maîtriser le phénomène

Sommaire

Introduction.....	1
1 DESSINER LES CONTOURS DE L'ABSENTEISME ET LES ENJEUX QUI S'Y RAPPORTENT	3
1.1 Comprendre les mécanismes favorisant l'absentéisme	4
1.1.1 Un phénomène puisant sa source dans la routine du quotidien	4
1.1.2 Un absentéisme susceptible d'être induit par un mal-être au travail.....	5
1.1.3 Des facteurs exogènes à l'exercice professionnel.....	6
1.1.4 Lorsque problématiques personnelles et professionnelles se confondent.....	6
1.1.5 La réponse à un conflit de personnes ou d'idées	7
1.2 Des réponses législatives aux effets contrastés	7
1.2.1 La prise de conscience des pouvoirs publics pour améliorer les conditions de travail	8
1.2.2 Les politiques récentes en termes de lutte contre l'absentéisme.....	10
1.2.3 Les effets de l'instauration du jour de carence... et de son retrait	11
1.3 Impacts sur les volets sociaux, médicaux et financiers d'un établissement de santé	13
1.3.1 Les interactions et relations avec les collègues de travail	14
1.3.2 Une qualité de la prise en charge à l'épreuve de la désorganisation.....	15
1.3.3 Le surcoût financier que l'absentéisme génère	16

2 CARTOGRAPHIE, ANALYSE ET COMPREHENSION DES MECANISMES DE L'ABSENTEISME AU CH DE VITRÉ	19
2.1 Approche comptable autour de l'absentéisme	21
2.1.1 Réflexion sur la pertinence de l'analyse comparative.....	21
2.1.2 Une méthode de calcul au plus juste pour une analyse pluridimensionnelle	22
2.2 Investigation et analyse pluridimensionnelle des données de l'absentéisme	23
2.2.1 Etude comparative entre les différentes catégories socio-professionnelles.....	23
2.2.2 Approfondissements et prise en compte de certaines spécificités.....	27
2.2.3 Mise en exergue et développement d'éléments saillants	29
2.3 Identification / explication des différentes problématiques – détermination des causes	31
2.3.1 Observations globales d'un absentéisme en hausse à l'échelle nationale	32
2.3.2 Eclairages et enseignements tirés des premiers constats à l'échelon local.....	33
3 RELEVER LE DEFI DE LA DIMINUTION DE L'ABSENTEISME : LEVIERS D' ACTIONS ET APPROCHES MANAGERIALES	36
3.1 D'un système persuasif à un processus d'intéressement présentiel	38
3.1.1 Vérifier le motif de l'absence par le contrôle médical et/ou administratif.....	38
3.1.2 La piste de la promotion du présentéisme	40
3.1.3 Premières réflexions et analyses	41
3.2 La qualité de vie au travail au centre des préoccupations du DRH	43
3.2.1 Evaluation des conditions de travail par la mesure de la satisfaction des salariés	43
3.2.2 Amélioration et optimisation des conditions de travail	46
3.3 Pour un management efficient et performatif	49
3.3.1 Un encadrement de proximité, pierre angulaire du dispositif... ..	49
3.3.2 ... complété par la mise en œuvre d'une politique RH au plus près du terrain	51
Conclusion.....	54
Bibliographie.....	I
Liste des annexes.....	II
Annexes.....	III à XVII

Liste des sigles utilisés

ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ARACT : agence régionale l'amélioration des conditions de travail
AP/HP : assistance publique hôpitaux de Paris
AS : aide-soignant(e)
ASH : agent de service hospitalier
AT : accidents du travail
CDD : contrat à durée déterminée
CDI : contrat à durée indéterminée
CH : centre hospitalier
CHU : centre hospitalier universitaire
CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLM : congés longue maladie
CLD : congés longue durée
CMO : congés maladie ordinaire
CNRACL : caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CTE : comité technique d'établissement
DARES : direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DMS : durée moyenne de séjour
DRH : direction des ressources humaines
DSI : direction des soins infirmiers
D.U. : document unique
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP : équivalent temps plein
IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé
FHF : fédération hospitalière de France
FPH : fonction publique hospitalière
HAS : haute autorité de santé
JO : journal officiel
MP : maladies professionnelles
RTT : récupération du temps de travail
SSR : soins de suite et de réadaptation
USLD : unité de soins de longue durée

Introduction

L'absentéisme véhicule une image généralement négative dans le milieu professionnel. S'il coûte cher au contribuable, notamment à l'endroit des indemnités journalières versées, ses répercussions globales sont estimées, en France, à près de 25 milliards d'euros par an selon une analyse convergente de différents experts en économie et ressources humaines du monde de l'entreprise, de la santé ou du secteur public. Cette somme comprend, au-delà des coûts générés par les remplacements, le surcoût engendré par les heures supplémentaires, l'intérim, le temps de charge administrative additionnel associé à la gestion des arrêts de travail, la formation des remplaçants, etc. Par ailleurs, les arrêts maladie peuvent être l'objet de tensions entre les salariés. Les personnes concernées se sentent parfois stigmatisées par leur(s) chef(s) ou leur(s) collègue(s), qui eux, sont en bonne santé et n'entretiennent que peu de compassion envers ceux qui « s'arrêtent » ou « se font arrêter ». Ce phénomène est également susceptible de s'étendre à d'autres salariés par simple effet de mimétisme.

L'absentéisme se définit par l'observation d'absences du lieu de travail, accentuées par la répétition et la durée de celles-ci sur une période donnée. Ce terme revêt également un caractère polysémique puisqu'il est déterminé par des arrêts maladie aux causes multiples : en lien direct avec l'exercice professionnel (usure physique, accidents du travail, maladies professionnelles, stress, dépression...), une santé fragile ou le résultat d'activités de loisirs (accidents de ski, blessures au sport...).

L'absentéisme peut également traduire le témoignage d'une insatisfaction de l'employé vis-à-vis de son travail, ou encore, s'expliquer par le fait que certains salariés soient plus enclins que d'autres à solliciter ouvertement leur médecin afin d'être arrêtés.

La sémantique de ce mot souligne également une connotation péjorative. En effet, le suffixe « isme » est utilisé pour former un nom correspondant à une doctrine, un dogme, une idéologie ou une théorie.

Les chiffres de l'absentéisme en France s'élèvent, en moyenne, à 14 jours d'absence par personne et par an pour un taux moyen de 5,8 % dans le secteur privé à 10 % dans le secteur public, soit une moyenne nationale établie à 7 %. S'agissant des salariés de la fonction publique hospitalière, les chiffres varient selon la taille des établissements, s'étalant de 10 à 14 %, selon l'étude conduite par le cabinet SOFAXIS, l'un des principaux assureurs des établissements publics de santé^{1 2}.

¹ Communiqué du cabinet d'assurance SOFAXIS (novembre 2012) - http://emailing.sofaxis.com/x/2012_11_cp_ac_2011.html

² Etude du cabinet d'assurance SOFAXIS sur les chiffres de l'absentéisme à l'hôpital (mai 2012) - http://www.sofaxis.com/sites/default/files/note_regard_Sur_H_2012_R2335.pdf

Gérard Vincent, directeur général de la FHF, dressait le constat d'une situation dégradée au regard de ce fort taux d'absentéisme. Il en dénonçait les effets délétères ayant un impact sur la qualité des soins et portant en germe les facteurs de son autoreproduction, notamment en raison du rappel des agents en repos. Il regrettait, par ailleurs, la suppression du jour de carence dont les externalités positives avaient été observées³.

La situation de l'absentéisme est une problématique reconnue au centre hospitalier de Vitré, puisque la part de la masse salariale consacrée aux remplacements des personnels s'est élevée à 6,31 % en 2011, 7,15 % en 2012, et 6,85 % en 2013.

Les prévisions 2014 sont des plus pessimistes, augurant d'un niveau comparable, voire supérieur à celui de 2012.

Ainsi, dans un contexte de maîtrise des dépenses intégrant le maintien de la qualité de la prise en charge, de la sécurité des soins, et des conditions favorables de vie au travail, quelles sont les réflexions à conduire en matière d'analyse ? Quels éléments de réponse apporter face à un absentéisme aux répercussions financières importantes ? S'agissant d'un questionnement exacerbé par la mise en œuvre d'une tarification à l'activité peu favorable aux hôpitaux de proximité, quelles sont les marges de manœuvre existantes, conciliant valorisation du facteur humain et préservation des intérêts de l'établissement ?

Ce phénomène revêtant un caractère pluridimensionnel, les travaux de recherche du présent mémoire se concentreront essentiellement sur un absentéisme circonscrit à la maladie ordinaire et/ou professionnelle au niveau desquels les établissements de santé sont en capacité d'interagir. Seront donc exclus des réflexions les congés de longue maladie ou de longue durée, les congés exceptionnels pour événements familiaux ou fonctions électives.

S'il importe de s'attacher à conduire un examen du phénomène de l'absentéisme, délimité supra, afin de comprendre les raisons qui y président et les enjeux qui s'y rapportent (I), il conviendra d'en explorer les mécanismes, de tenter d'analyser et d'identifier les causes ou les catégories socio-professionnelles à risque (II). Enfin, une réflexion globale sera portée sur la mise en œuvre de leviers d'action et d'approches managériales en vue de conduire une dynamique de maîtrise de l'absentéisme au centre hospitalier de Vitré (III), celle-ci pouvant être étendue à l'ensemble des établissements de santé.

³ Article paru dans « Les échos » (9 décembre 2013) - http://www.lesechos.fr/09/12/2013/lesechos.fr/0203177578097_collectivites--hopitaux--l-absenteisme-a-fortement-recule.htm

1 DESSINER LES CONTOURS DE L'ABSENTEISME ET LES ENJEUX QUI S'Y RAPPORTENT

Comme s'il n'existait pas suffisamment de clivages alimentant la querelle public / privé (salaires, sécurité de l'emploi, conditions de travail, retraite..), l'absentéisme souligne encore la dichotomie culturelle entre les deux secteurs, jetant, cette fois, l'opprobre sur les fonctionnaires. S'agissant de la FPH, les arrêts maladie ont enregistré une progression de 7 % en 2011, et, selon le cabinet SOFAXIS, les agents ont davantage fait l'objet d'arrêts de travail, ces derniers ayant été plus longs et plus fréquents. Cette propension à l'augmentation est une constante observée depuis 2007⁴.

Pour autant, s'il est intéressant de comparer, à taille d'établissement équivalent, le taux d'absentéisme entre le secteur public et privé, il convient de prendre en considération que le fonctionnement des hôpitaux publics diffère de celui des cliniques. En effet, les cliniques regroupent plusieurs sociétés : une société anonyme (SA) pour le fonds de commerce, une société civile immobilière (SCI) pour les murs et la logistique, une SA pour autant de services tels que le laboratoire d'analyses ou la radiologie... les chirurgiens exercent le plus souvent à titre privé et louent leurs blocs ainsi que leurs équipes. Une clinique privée reste une entreprise qui poursuit un but lucratif, qui doit rester rentable pour exister et qui effectue rarement des missions de service public dont on sait que celles-ci sont bien moins valorisées par l'assurance maladie.

Si les représentants des organisations syndicales déplorent l'absentéisme, il leur est souvent reproché de préférer dénoncer des sous-dimensionnements d'effectifs et l'épuisement professionnel pour en expliquer les raisons. Or, d'un regard extérieur, cette position peut sembler paradoxale et poser question à l'aune d'effectifs hospitaliers qui n'ont jamais été aussi élevés depuis ces dernières années⁵, mais également face à la diminution du temps de travail réduite à 35 heures par semaine depuis 2001.

Il convient néanmoins de regarder la problématique sous un angle différent. Ce serait une vision réductrice et partisane que de ne vouloir se concentrer sur ces seuls chiffres en occultant les différentes réformes hospitalières qui se sont succédé et qui pèsent sur les organisations : la prégnance de la démarche qualité, la culture de la traçabilité, la révision des conditions techniques de fonctionnement, l'évolution des pratiques professionnelles, etc. et qui s'ajoutent au quotidien et aux tâches des professionnels de santé.

⁴ Article paru dans le journal « Le Figaro » (28 novembre 2012) - <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2012/11/28/20002-20121128ARTFIG00522-forte-progression-en-2011-de-l-absenteisme-a-l-hopital.php>

⁵ Note d'analyse relative aux ressources humaines des établissements de santé antérieurement sous dotation globale sur la période 2008-2010 (29 novembre 2013) - <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000BC00001FF> (1er document)

1.1 Comprendre les mécanismes favorisant l'absentéisme

L'absentéisme est loin de pouvoir s'expliquer sur la base d'une science exacte, preuve en est, les plus grands cabinets de management ou de consultants s'efforcent d'apporter des explications (voire des solutions) sans que celles-ci ne soient nécessairement transposables d'un établissement ou d'une société à un(e) autre.

Bien que d'autres facteurs entrent en ligne de compte, à l'image du poids de l'histoire, des habitudes, du droit coutumier, du bassin de population, du lieu géographique⁶, etc., il est néanmoins possible de recenser les principales raisons qui président à l'absentéisme afin d'en dresser les premiers constats.

Les observations décrites ci-après sont à la fois le fruit de l'expérience professionnelle, mais également des observations et des investigations conduites sur le terrain (cf. annexes III et III bis), celles-ci s'appuyant sur le positionnement des agents et des cadres ou responsables rencontrés au cours du stage de direction au centre hospitalier de Vitré.

1.1.1 Un phénomène puisant sa source dans la routine du quotidien

Absentéisme et exercice professionnel sont étroitement liés. Aussi, il convient en premier lieu d'aborder les conditions de travail difficiles, voire pénibles, ayant un impact direct sur la santé des salariés telles que :

- la répétition mécanique des mêmes gestes (troubles musculo-squelettiques) à l'exemple des agents travaillant en blanchisserie ;
- les ports de charges lourdes ou les efforts physiques importants comme la manutention d'une personne âgée dépendante ;
- une organisation du travail qui se dégrade avec le temps, qui n'a jamais été réévaluée ou réformée, en dépit des évolutions des missions de l'établissement ou des évolutions sociologiques (à l'image de l'accueil de personnes agressives au service des urgences de certains établissements situés en zone urbaine sensible) ;
- une surcharge de travail progressive mais au sujet de laquelle le volume des effectifs n'a jamais été revu. La concomitance de tâches liées à la traçabilité réclamant davantage de temps et s'ajoutant à celles du quotidien en est l'illustration ;

⁶ Site internet de l'IRDES - Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? - <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes177.pdf>

- un contact régulier avec un public devenu plus exigeant (prégnance de l'information sur internet, gestion des plaintes et des réclamations) dans un contexte sociologique de radicalisation, de judiciarisation et de dictature de l'urgence, ce qui occasionne une lassitude et un épuisement intellectuel plus importants.

1.1.2 Un absentéisme susceptible d'être induit par un mal-être au travail

S'il n'est pas directement lié aux dégradations physiques, ce phénomène peut naître de causes plus profondes, étalées dans le temps. Il peut être source de stress permanent, avec, en filigrane, l'émergence du risque psychosocial. Celui-ci peut apparaître sous plusieurs formes et c'est principalement sur ce terreau que prospèrent les ferments d'un absentéisme qui se renouvelle de manière récurrente :

- des relations conflictuelles entretenues avec sa hiérarchie ou ses pairs et qui se sédimentent avec le temps. Parfois, certaines situations deviennent inextricables, au point que les gens en viennent à travailler les uns contre les autres ;
- une précarisation de la situation professionnelle (renouvellement de contrats successifs) sans vision ou perspective professionnelle à moyen ou long terme. Cette situation fait régulièrement planer la crainte du lendemain et freine toute velléité d'investissement personnel ;
- un management inexistant ou défaillant s'illustrant par la réception de consignes non concordantes, parfois contradictoires, en provenance de différents interlocuteurs hiérarchiques ;
- l'absence de reconnaissance du travail accompli, ne fusse qu'*a minima*, qui conduit à une démotivation ou un désengagement des agents ;
- l'absence de reconnaissance des personnes elles-mêmes, parfois aux frontières du déni de l'individu lorsque, par exemple, les formes les plus élémentaires de politesse ou de savoir-vivre disparaissent progressivement et deviennent presque un mode de fonctionnement quotidien ;
- un turn-over trop fréquent de l'encadrement ou des équipes qui nécessite une réadaptation récurrente se renouvelant au gré des habitudes de travail différentes des uns et des autres ;
- un environnement de travail vétuste, lugubre ou dégradé au sein duquel les agents ne se reconnaissent plus et finissent par rejeter.

1.1.3 Des facteurs exogènes à l'exercice professionnel

Une santé précaire, le recul de l'âge de la retraite qui atteint le seuil de l'espérance de vie sans incapacité (62 ans pour les femmes, 61 ans pour les hommes)⁷ constituent les premiers facteurs d'absences extérieures aux conditions de travail. Par ailleurs, il importe d'établir une corrélation entre l'âge et une dégradation de l'état de santé qui se manifeste particulièrement chez les plus de 50 ans. Les maladies chroniques⁸ qui se développent avec l'augmentation de l'espérance de vie ou les accidents liés à la pratique d'activité de loisirs viennent grossir les rangs de l'absentéisme, même s'ils restent à la marge en termes de proportionnalité comparés à l'ensemble des arrêts maladie.

Enfin, hormis le travail et ses effets délétères sur la santé (physiques ou psychiques), les problèmes personnels ou les accidents de la vie, il existe également un absentéisme jugé de confort ou abusif qui doit également être pris en considération. Il est la conséquence directe d'une conscience professionnelle que l'on pourrait qualifier d'« édulcorée » et se manifeste par une sollicitation directe, et souvent récurrente, du médecin traitant en vue d'obtenir un arrêt de travail.

1.1.4 Lorsque problématiques personnelles et professionnelles se confondent

La recrudescence des arrêts maladie est également liée à des difficultés rencontrées dans l'articulation entre vie professionnelle et vie familiale avec, en creux, des problématiques organisationnelles ou financières :

- des contraintes particulières d'emploi du temps comme les horaires de travail décalés (et alternés), en coupure ou atypiques ;
- des temps de transport allongés liés à l'embolisation des voies de circulation ou l'engorgement des transports en commun dans les grandes villes, quand, s'agissant de ces derniers, ce ne sont pas des mouvements sociaux qui viennent alourdir un temps de trajet déjà pénible ;
- une longue distance à parcourir entre le logement et le lieu d'exercice professionnel en raison de l'augmentation croissante des prix de l'immobilier qui a « poussé » les gens hors des villes.

⁷ Site internet de l'INSERM - <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/les-dernieres-donnees-sur-l-espérance-de-vie-en-bonne-sante-dans-les-27-pays-de-l-ue-rendues-publiques-a-paris-cette-semaine>

⁸ 5^{ème} baromètre santé au travail Malakoff/Médéric (avril 2014) - <http://www.malakoffmederic.com/groupe-media/presse-actualites/2014-04-07-barometre-sante-malakoff-mederic.htm>

1.1.5 La réponse à un conflit de personnes ou d'idées

L'absentéisme peut, dans certains cas, revêtir une forme revendicative, et s'exprimer par un arrêt maladie faisant suite à un conflit, une opposition frontale entre agents ou avec l'encadrement. Il peut se trouver au cœur des motivations qui président tant à la contestation, qu'au souhait de placer sa hiérarchie dans l'embarras face à une situation délicate. En effet, qui, au cours de son exercice professionnel n'a jamais entendu les expressions suivantes : « je vais me faire arrêter » ou « je me suis fait arrêter », alors qu'en toute logique, ne devrait-on pas plutôt entendre : « le médecin m'a arrêté » ?

Il arrive parfois que l'absentéisme amorce un virage corporatiste, syndical ou contestataire, dans ses formes plus radicales. Ainsi, dans le courant du mois de décembre 2013, le mouvement de grève des sages-femmes a pris une tournure qui a posé question. Au sein de plusieurs établissements de santé franciliens et parisiens, de nombreux arrêts maladies de professionnels de santé ont été transmis au même moment, désorganisant ainsi l'activité de soins et la qualité de la prise en charge⁹. D'aucuns ont considéré que les protagonistes se sont « servi(e)s » de l'absentéisme, à la fois pour se soustraire aux obligations d'assignation, mais également parce que les jours de maladie sont rémunérés ; ce qui n'est pas le cas pour les jours de grève, dérogeant ainsi à la règle statutaire du traitement salarial attribué aux fonctionnaires pour service fait¹⁰.

1.2 Des réponses législatives aux effets contrastés

L'absentéisme a un impact majeur sur l'économie nationale : pesant sur les dépenses de sécurité sociale, il génère également des coûts importants pour les employeurs, comprenant, outre le maintien du salaire, le coût de remplacement des salariés (estimé à 6,98 milliards d'euros pour 2012). Par ailleurs, selon le dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, le coût pour l'Etat de cet absentéisme est estimé à 8,8¹¹ milliards d'euros d'indemnités journalières versées. La facture totale de l'absentéisme s'est donc élevée à près de 16 milliards d'euros en 2012 (hors les coûts cachés liés aux remplacements, à l'intérim, aux heures supplémentaires, aux temps de charge administrative additionnel associé à la gestion des arrêts de travail, à la formation des remplaçants, etc..).

⁹ Article paru dans le journal l'Express du 19 décembre 2013 - http://www.lexpress.fr/actualites/1/societe/nouvelle-journee-d-arrets-maladie-massifs-dans-des-maternites-en-greve_1309019.html

¹⁰ Loi du 13 juillet 1983 portant sur les droits et les obligations des fonctionnaires – article 20

¹¹ Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2013 - http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss_9-2013_vdef_15-11-2013.pdf (page 42)

Par ailleurs, le salarié (et, collatéralement, les personnes à sa charge) voit souvent son revenu se réduire en raison des absences liées à la santé, plus particulièrement lorsque celles-ci se prolongent dans le temps.

Différentes mesures ont été engagées depuis des décennies afin de limiter ce phénomène, que ce soit en s'attaquant à la racine du mal (pénibilité au travail), en tentant de sensibiliser les prescripteurs, ou en pointant la responsabilisation individuelle. Sans faire l'exégèse de l'ensemble des dispositifs, cette partie du mémoire s'attachera à développer l'analyse et/ou à la critique des plus symboliques ou représentatifs.

1.2.1 La prise de conscience des pouvoirs publics pour améliorer les conditions de travail

Soucieux de préserver la santé des salariés et de réduire les coûts induits par les AT/MP, le législateur a progressivement mis en place un ensemble de dispositions destinées à la prévention, la formation et l'information autour des risques professionnels et, plus généralement, des conditions de travail. Parmi les plus marquantes, la création du CHSCT en 1982¹² ¹³ aura impulsé une dynamique majeure en termes de volonté de réduction des accidents et de prise de conscience autour des conditions d'exercice professionnel des salariés.

Constitué dans tous les établissements de santé accueillant au moins 50 salariés, le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des agents ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail. Dans l'hypothèse où l'effectif se situerait en deçà de ce seuil, ce sont, dans les hôpitaux de proximité et établissements médico-sociaux, les membres élus du CTE qui exercent les attributions normalement dévolues à cette instance.

Si les missions de cette instance sont centrées sur la protection du salarié, elles soulignent également l'importance de l'activité professionnelle autour :

- ✓ de la protection de la santé physique et mentale et la sécurité des salariés ;
- ✓ de l'application des textes en matière d'hygiène et de sécurité ;
- ✓ de l'analyse des risques professionnels et des accidents du travail auxquels peuvent être exposés les travailleurs ainsi qu'à l'analyse de l'exposition des agents à des facteurs de pénibilité ;
- ✓ du déclenchement de la procédure d'alerte en cas de danger grave ou imminent ;

¹² Loi n° 82-1097 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (promulguée le 23 décembre 1982) – dite loi Auroux

¹³ Article L. 4612-1 du code du travail

- ✓ de la conduite d'enquêtes consécutives à des AT/MP ;
- ✓ de la proposition d'actions de prévention, du développement de la prévention par des actions de sensibilisation et d'information.

L'élaboration du Document Unique (D.U.)^{14 15} permet, quant à elle, d'identifier les risques encourus par l'ensemble des agents de l'établissement dans le cadre de leurs activités professionnelles. L'objectif est de pouvoir dresser un constat de la situation à un instant « T », mettant en exergue les dangers existants et/ou potentiels, les points perfectibles et actions correctives à conduire au sein de chaque service.

Composante essentielle du dialogue social, son élaboration concourt directement à la réduction de l'absentéisme. D'une part car il permet de rappeler certaines actions de promotion autour de la sécurité et des conditions de travail, d'autre part car il permet de prendre (ou reprendre) conscience de l'existence des risques professionnels auxquels les agents sont susceptibles d'être exposés.

La mise en œuvre d'actions de prévention adaptées permet d'offrir de meilleures conditions de travail et augure d'une diminution du risque d'accident susceptible d'intervenir dans le cadre professionnel, mais également sous l'angle de l'apparition de maladies professionnelles.

Enfin, les agences nationales et régionales d'amélioration des conditions de travail (ANACT, ARACT)^{16 17} viennent en soutien des établissements de santé qui le souhaitent, s'agissant de promouvoir la santé au travail.

Ces organismes ont vocation à améliorer, tant la situation des salariés et l'efficacité des entreprises, que de favoriser l'appropriation des bonnes pratiques et méthodes adaptées par tous les acteurs concernés. Ces agences viennent également en aide aux établissements qui souhaitent développer des projets innovants touchant à l'amélioration des conditions de travail.

Les agences régionales, quant à elles, sont composées d'équipes pluridisciplinaires, aux expériences et compétences partagées afin de pouvoir répondre aux sollicitations qui concerneraient les organisations, la gestion des RH, l'ergonomie du travail, la prévention des risques professionnels, ou l'analyse du travail.

¹⁴ Décret n° 2001-1016 du 05.11.2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs + circulaire d'application n°6 DRT du 18.01.2002

¹⁵ Circulaire DGOS/RH3 n° 2011-491 du 23.12.2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière

¹⁶ Site internet de l'ANACT - <http://www.anact.fr/>

¹⁷ Site internet de l'ARACT Bretagne - http://bretagne.aract.fr/SWAM_5_PORTAIL/SWAM_5_Accueil#.Us1nsvvcPvh

A l'aune de l'ensemble de ces dispositifs, les pouvoirs publics ont pris toute la mesure de l'importance des conditions de travail en incitant à les optimiser. Cela a permis de réduire de manière significative l'absentéisme dû aux AT/MP en lien direct avec l'exercice professionnel. Par ailleurs, l'influence des conditions de travail a une incidence directe sur les dépenses de santé¹⁸.

1.2.2 Les politiques récentes en termes de lutte contre l'absentéisme

En 2010, l'assurance maladie a conduit une étude sur la répartition des arrêts maladie en fonction de la durée, qui a mis en lumière les proportions suivantes :

- 37 % d'une durée inférieure à 8 jours ;
- 22 % de 8 à 14 jours ;
- 15 % de 15 jours à un mois ;
- 15 % de un à trois mois et 11 % au-delà.

59 % des arrêts concentrent à eux-seuls les durées inférieures à deux semaines. Le médecin dispose traditionnellement d'une grande liberté de prescription en termes d'arrêt de travail, même s'il est tenu, dans toutes ses prescriptions, d'en observer la stricte économie en regard du code de la sécurité sociale. Toutefois, une question se pose : quelle est la juste durée de l'arrêt, sachant que par le comportement du patient ou ses déclarations, le jugement du praticien peut être faussé ?

Ainsi, pour tenter de répondre à certains abus, la loi du 13 août 2004¹⁹ dispose du principe selon lequel la prolongation de l'arrêt de travail doit être établie par le prescripteur de l'arrêt initial. En outre, mais il s'agit d'un garde-fou fragile face au nomadisme médical, le dispositif du médecin traitant (institué par cette même loi) peut dissuader certains comportements abusifs. Toutefois, l'assuré demeure libre de changer de médecin traitant ou même, d'assumer la contrepartie d'une moindre prise en charge du remboursement de la consultation en cas de non-respect du parcours patient, sans pour autant subir la moindre diminution d'indemnisation pour les jours où il se sera absenté.

Afin de mieux responsabiliser les médecins libéraux, la convention médicale de février 2005 comportait même un engagement collectif des médecins sur la maîtrise des prescriptions d'arrêt de travail.

¹⁸ L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé – document de travail de l'IRDES (mars 2011) - <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT41InfluenceConditionsTravailDepensesSante.pdf>

¹⁹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>

Cette disposition avoue toutefois ses limites, puisque lorsque l'on compare les salariés français avec leurs voisins européens, ceux-ci ne sont pas plus enclins qu'ailleurs à bénéficier d'un arrêt de travail pour raison médicale. Une longue étude publiée en 2010 par deux chercheurs du CNRS²⁰ démontrait qu'entre 1994 et 2001, le taux d'absence et son évolution (pour raisons de santé ou non) pouvait varier selon les pays mais restait dans une fourchette réduite. Les absences du lieu de travail sont essentiellement dépendante du revenu moyen, des habitudes de vie et du système social de santé.

1.2.3 Les effets de l'instauration du jour de carence... et de son retrait

La CRNACL a enregistré une augmentation sensible de la fréquence des arrêts maladie au sein de la fonction publique hospitalière. Ainsi la progression a été de 12 % entre 2007 et 2011. Sous le quinquennat de Nicolas SARKOZY, il a été décidé d'instaurer un jour de carence pour les fonctionnaires. Cette disposition législative souhaitait s'inscrire aussi bien sous l'angle du rapprochement des règles public/privé que dans un certain équilibre de traitement des salariés de ces deux secteurs.

Mais au-delà, elle avait également pour ambition de réaliser des économies non négligeables par une incitation forte des agents à limiter leurs arrêts maladie ou éviter de d'être arrêtés trop fréquemment sur des courtes durées. Ce faisant, une baisse de l'absentéisme de courte de durée pouvant aller jusqu'à 20 % a été observée par la DRH des hôpitaux de Saint Maurice (94)²¹. Séverine MASSON, DRH du CHU de Poitiers au moment de l'interview, confirmait cette tendance avec 380 personnes (sur 5.000) absentes en moins sur l'exercice 2012 (soit – 7,6 %)²².

Depuis la mise en œuvre du jour de carence au 1er janvier 2012, la FHF a enregistré, par le biais des remontées d'informations qui lui ont été fournies, un net recul du nombre d'arrêts maladie de courte durée, ce dont les responsables de la fédération se réjouissaient.

A l'occasion d'une rencontre organisée à l'EHESP le 11 février 2013, entre délégués FHF et les élèves DH et directeur d'ESMS, Gérard Vincent réaffirmait les effets positifs de cette disposition, soulignant que les agents qui avaient une propension à l'absentéisme abusif n'en subissaient jusqu'alors aucune conséquence.

²⁰ Bureau d'économie théorique et appliquée – « Les déterminants individuels des absences au travail : une comparaison européenne » - <http://www.beta-umr7522.fr/productions/publications/2010/2010-17.pdf>

²¹ Article paru dans « journal international de médecine » (31 janvier 2013) - http://www.jim.fr/en_direct/pro_societe/e-docs/00/02/17/15/document_actu_pro.phtml

²² Article d'Aurélien HELIAS paru dans Gazette Santé Social – mensuel des acteurs sanitaires et sociaux – Mai 2013/n° 96

Le 21 février 2013, Marylise Le Branchu, à ce moment ministre de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique, annonce la suppression du jour de carence qui devait être votée à la session parlementaire de l'automne 2013 avec prise d'effets dans les meilleurs délais. Pour la FHF, revenir sur cette disposition coûterait entre 60 et 75 millions d'euros supplémentaires par an (soit ceux économisés depuis la mise en place du jour de carence). Le 19 novembre, les députés approuvaient à la majorité le projet de loi de finance 2014 (publiée au JO du 30 décembre 2013) prévoyant, en son article 126²³, l'effectivité de la mesure au 1^{er} janvier 2014 en lui substituant d'autres dispositifs de contrôle.

Les 9 et 10 décembre 2013, probablement en écho à l'officialisation de cette modification législative, la presse écrite²⁴ et plusieurs radios nationales (RTL, BFM, France Info...) rapportaient la dernière étude de l'assureur Sofaxis enregistrant un net recul, au sein des hôpitaux, du nombre d'arrêts maladie de très courte durée en 2012 : - 40 % pour les arrêts d'une journée, - 31,8 % pour ceux de deux jours et - 16,3 % pour ceux de plus de trois jours.

Le jour de carence avait certes fait l'objet de vives critiques des organisations syndicales, mais au-delà des rôles que chacun doit jouer, il convient d'en mettre en exergue les possibles effets délétères. Ainsi, certains agents (plus particulièrement ceux dont les salaires sont les moins élevés) sont, malgré tout, venus travailler au mépris des risques de contagion éventuelle. Par ailleurs, ils ont supposément aggravé leur état de santé à venir travailler et se sont affaiblis pour être, *in fine*, encore plus malades que s'ils s'étaient reposés. D'autres, en réaction au système, auront pu être tentés de faire prolonger un arrêt afin de « compenser » ou de se « rembourser » d'une manière détournée ce jour non indemnisé. Ce faisant, lorsqu'ils ont été arrêtés deux ou trois jours, certains auront fait en sorte de pouvoir l'être une semaine.

Il semblerait que cette tendance se soit traduite par une durée moyenne d'absence qui est passée de 20 à 21 jours en 2012 au CHU de Poitiers²⁵, même s'il est difficile d'établir un lien de causalité avec l'instauration du jour de carence.

Les études tendant à démontrer la diminution de l'absentéisme de courte durée n'ont, pour autant, pas étendu la réflexion à la mesure des absences un peu plus longues.

²³ Loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014 - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000028402464&dateTexte=20140110>

²⁴ Article paru dans « Les Echos » du 10 décembre 2013 – <http://www.lesechos.fr/economie-politique/politique/actu/0203178410628-hopitaux-collectivites-locales-le-jour-de-carence-a-fait-chuter-l-absenteisme-635938.php>

²⁵ Article d'Aurélien HELIAS paru dans Gazette Santé Social – mensuel des acteurs sanitaires et sociaux – Mai 2013/n° 96

Paradoxalement à ce qui a été annoncé sur la base des chiffres précédemment évoqués, la mise en œuvre du jour de carence n'a vu, au centre hospitalier de Vitré, qu'une très faible diminution de l'absentéisme de courte durée (de l'ordre de 5 %) entre l'exercice 2013 et 2012.

A contrario, et à titre de comparaison de proximité, sur la base de ces mêmes éléments, le centre hospitalier de Guillaume Régnier (35) a enregistré une baisse de l'absentéisme de très courte durée de - 20.37 % entre 2012 et 2013 et de - 24.41 % entre 2011 et 2013.

Enfin, de l'avis même des professionnels des ressources humaines, il semble que les avis concernant les bénéfices attendus du jour de carence soient contrastés. En effet, seuls 52 % des DRH jugent positif l'effet du jour de carence sur l'absentéisme²⁶.

1.3 Impacts sur les volets sociaux, médicaux et financiers d'un établissement de santé

L'absentéisme reste toujours une problématique préoccupante, quelle que soit la nature de l'entreprise ou de la structure. Dans un établissement de santé, il peut être jugé comme anormal au regard de la relation étroite que l'utilisateur entretient avec l'hôpital, plus particulièrement à l'aune d'un service public (payé par le contribuable) ainsi que de la continuité qui s'y rapporte et que l'on est en droit d'attendre.

Dans des formes plus prononcées, de nombreuses voix s'élèvent contre un fort taux d'absentéisme pouvant potentiellement mettre en exergue un certain désintérêt professionnel et des patients au mépris :

- des collègues : par l'augmentation de leur charge de travail liée à la désorganisation ou leur changement de planning ;
- de la satisfaction des usagers ;
- de la réputation de l'hôpital ;
- de l'équilibre financier de l'établissement et de son avenir en termes d'activité dans un contexte concurrentiel de plus en plus prégnant.

²⁶ Article paru dans Hospimédia – 28 mai 2014 - http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20140528-ressources-humaines-52-des-drh-de-la-fph?c=0&f=EQ&s=8DE111114B2B6D2754A26ACEB92B7CBE&u=70513&utm_source=sim&utm_medium=email&utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_content=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_term=

1.3.1 Les interactions et relations avec les collègues de travail

Un absentéisme, plus particulièrement lorsqu'il est récurrent ou de « dernière minute », est souvent mal vécu par le personnel présent qui le subit directement, soit parce qu'il est contraint de revenir sur son temps de repos, soit parce que son planning se trouve transformé (ce qui a un impact sur l'organisation personnelle et familiale).

Le flux tendu des effectifs hospitaliers ne permet pas toujours de disposer d'un pool de remplaçants et le rappel des salariés en repos doit alors être effectué.

Par souci de répondre à ces absences dans les meilleurs délais, il n'est pas rare que le cadre ou l'administrateur de garde fasse appel aux mêmes agents pour les remplacements qui se trouvent être des personnes ressources parce que l'on sait qu'elles ne refuseront pas de revenir (par bonne volonté ou nécessité pécuniaire). Lorsqu'il n'est pas possible de remplacer faute d'effectif, la charge de travail se répartit alors entre les équipes restantes, ce qui risque d'accroître le stress face à la crainte de ne pouvoir faire face aux tâches du quotidien.

Les temps de repos se retrouvant ainsi réduits ou interrompus, ceci ajouté au stress induit s'agissant de la planification de la vie privée et d'un présentéisme plus marqué au travail, les agents se fatiguent davantage. Ces problématiques portent donc en germe les effets de l'autorenouveaulement de l'absentéisme, et le plus souvent, de son augmentation.

Les relations entre collègues se trouvent également dégradées, certains reprochant aux autres de ne pas se soucier des conséquences de leurs absences, tant à l'endroit des personnes qui se trouvent dans l'obligation de les remplacer que dans l'organisation du service ou la qualité de la prise en charge des patients.

D'autres fustigent le fait que ce soient les mêmes agents qui s'absentent pour raison médicale, ce qui est susceptible de créer une mauvaise ambiance au sein du service. Au pire, ce phénomène peut alors s'étendre à ces agents qui, face aux absences récurrentes de leurs collègues, auraient moins de scrupules à être arrêtés.

L'absentéisme revêt également un caractère à géométrie variable selon la situation socio-professionnelle. La DARES (direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques), dans son bulletin de février 2013²⁷, indique que la probabilité d'absence d'un salarié (pour maladie) diffère selon la catégorie à laquelle il appartient.

²⁷ Site internet du ministère de l'emploi, du travail, de la formation professionnelle et du dialogue social - <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-009.pdf>

Ainsi, il apparaît que les salariés en CDI avec plus d'un an d'ancienneté et les agents fonctionnaires sont plus souvent absents que les personnes en CDD ou récemment embauchées en CDI. Cette observation se retrouve dans le dernier rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale²⁸.

Il semble donc qu'à la faveur d'un statut plus protecteur, les agents aient l'impression de se sentir moins menacés et consentent plus facilement d'être arrêtés par leur médecin.

A l'inverse, les personnels contractuels redoutent que tout arrêt maladie (fut-il justifié) ait un impact des plus négatifs sur leurs perspectives d'avenir au sein de l'institution. Certains dissimulent à l'employeur leurs maladies ou TMS afin d'éviter de voir leur contrat non renouvelé et les femmes qui souhaitent avoir un enfant reportent ce projet de vie en l'attente d'être plus sécurisées du point de vue statutaire.

La vérification de l'ensemble de ces hypothèses se confirme dans les études conduites au sein du centre hospitalier de Vitré (illustrées aux paragraphes 2.2.1. et 2.2.3.).

Il reste à rappeler que la plupart des managers s'accordent sur le fait que l'absentéisme reste le thermomètre d'un bon ou mauvais climat social au sein du pôle, du service ou de l'établissement.

1.3.2 Une qualité de la prise en charge à l'épreuve de la désorganisation

Outre les problématiques identifiées précédemment, l'absentéisme a un impact sur le quotidien de l'encadrement de proximité et le service des ressources humaines. Effectivement, du « temps agent » se retrouve consommé afin de rechercher des solutions de remplacements, plus particulièrement lorsqu'ils sont inopinés, ce qui s'opère au détriment d'autres tâches qui accuseront alors un retard dans leur exécution.

Ce phénomène peut être d'autant plus exacerbé à l'épreuve de situations difficiles telles que des effectifs se trouvant déjà réduits (période de vacances) ou à flux tendu (par exemple, réorganisation d'un service rendu nécessaire par un équilibre financier de plus en plus délicat à atteindre dans un contexte de tarification à l'activité).

Ce faisant, le recours à des remplaçants qui ne connaissent rien du service ou de son organisation n'augure en rien d'une optimisation de la qualité de prise en charge des patients, les équipes en place devant se réorganiser, et consacrer (certains préféreront le terme « perdre ») du temps pour expliquer *a minima* le fonctionnement de l'unité de soins aux remplaçants.

²⁸ Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2013 - http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss_9-2013_vdef_15-11-2013.pdf (page 44)

Parallèlement, si le système de mutualisation des moyens en personnel est choisi, ce qui arrive fréquemment les jours non ouvrables, cela se traduit par un moindre déploiement d'agents auprès des usagers (patients et/ou résidents). Ainsi, des choix et des priorités doivent être arrêtés, l'organisation se concentrera alors sur le patient au détriment du ménage, des temps d'échanges passés auprès des malades, de l'accueil et des explications ou informations données aux familles...

Au-delà d'une qualité de prise en charge dégradée, c'est également l'image de marque de l'établissement qui se ternit, aussi bien auprès des usagers que de leur entourage.

Enfin, l'absentéisme a d'autres conséquences négatives dans la qualité de la prise en charge, notamment lorsqu'il est utilisé pour faire entendre ses revendications. Ainsi, lors du mouvement grève de décembre 2013 organisé par les sages-femmes pour la revalorisation de leur statut, la direction de l'AP/HP a souligné la nécessité de conserver le sens des responsabilités, tant au regard des parturientes que des enfants à naître²⁹. Effectivement, adresser simultanément des arrêts maladie groupés a fortement perturbé le fonctionnement des services alors qu'un compromis et un équilibre doivent être trouvés entre respect du droit de grève et organisation d'un service minimum.

En de pareilles circonstances, il convient de réaffirmer les enjeux liés à la continuité du service public, clé de voute des institutions publiques et de leur fonctionnement. En effet, la législation³⁰ garantit à tout patient accueilli un égal accès à des soins de qualité ainsi que la permanence de l'accueil et de la prise en charge.

1.3.3 Le surcoût financier que l'absentéisme génère

Une étude de l'IRDES³¹ rappelait que les indemnités journalières versées aux salariés avaient représenté, pour 2010, plus de 5 % des dépenses de santé, avec 11,3 milliards d'euros. Sur cette somme, 24 % concernaient les congés maternité, 22 % les accidents du travail, et 54 % les arrêts maladie.

Selon le dernier rapport de la direction de la sécurité sociale, 22 % des dépenses de la branche AT/MP sont consacrées aux seules indemnités journalières³².

²⁹ Article paru dans les dépêches d'APM International - <http://www.apmnews.com/story.php?numero=L243657>

³⁰ Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST – Titre 1^{er}, chapitre 1^{er}, article 1 IV et article L.6112-3 du code de la santé publique

³¹ Site internet de l'IRDES (juin 2012) - <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/IndemniteJournalieres/IndemniteJournalieresComptesSante.htm>

³² Les chiffres clés de la sécurité sociale (2012) – direction de la sécurité sociale - http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2013_chiffres_cles.pdf

Le coût annuel généré par les absences pour raisons de santé est loin d'être anodin : entre 2.589 € et 3.640 € en moyenne annuelle par agent titulaire³³. Ce sont les établissements les plus modestes (moins de 50 agents) qui paient le plus lourd tribut au regard de la faiblesse de leurs dispositifs et moyens de remplacement en ressources propres lorsque, parallèlement, l'établissement employant plus de 100 agents se positionne sur la fourchette basse³⁴.

Au centre hospitalier de Vitré, la part des dépenses consacrées aux remplacements des personnels s'est élevée (en euros et pourcentage de la masse salariale) à 1,64 millions (6,31 %) en 2011, 1,86 millions (7,15 %) en 2012, et 1,78 millions (6,85 %) en 2013. Tout porte à croire que l'exercice 2014 enregistrera une hausse comparable, voire supérieure à l'exercice 2012.

Par ailleurs, 40 % de la quotité de travail d'un cadre supérieur de santé et 60 % de celle d'un adjoint administratif affecté à la direction des ressources humaines de l'établissement sont phagocytés pour gérer les besoins en remplacements résultant de l'absentéisme. Cela se traduit par un ensemble de tâches : révision des plannings / recherches de solution de remplacement / interface avec les agents disponibles, l'encadrement et les sociétés d'intérim / mise à jour des emplois du temps / suivi des arrêts maladie...).

Ainsi, devoir recruter et rémunérer des agents exclusivement dédiés à la gestion de l'absentéisme s'ajoute, en coût caché, à la charge financière de l'absentéisme qui pèse sur l'établissement. Ces postes pourraient, avec un absentéisme moindre, être utilisés à d'autres tâches laissées de côté ou mises en sommeil.

En effet, la recherche de l'équilibre financier pour l'établissement ne saurait supporter la charge financière d'un recrutement supplémentaire d'encadrement supérieur ou d'agent administratif, pourtant nécessaire au regard des besoins exprimés par le quotidien.

Par ailleurs, au-delà des différents coûts abordés précédemment, il convient d'y ajouter celui induit par la désorganisation des services. Dans un contexte concurrentiel entre établissements de santé et de tarification à l'activité, les surcoûts de personnel ne concourent ni à l'amélioration de l'équilibre financier des hôpitaux, ni, par effet collatéral, à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

³³ Site internet du cabinet d'assurances SOFAXIS - Rapport 2012 – analyses et conjonctures - http://www.sofaxis.com/sites/default/files/publications/files/analyse_conj_h_2012.pdf

³⁴ Etude de la revue Politiques de santé (décembre 2012) - <http://politiquedesante.fr/2012/12/15/les-hopitaux-francais-battent-un-triste-record-14-dabsenteisme-pour-raison-de-santeun-comble-non/>

Enfin, selon le cabinet d'assurances Malakoff/Médéric³⁵, le nombre moyen de jours d'absence par salarié (en jours calendaires et toutes raisons confondues) s'établit à 34,7 jours. Au total, dans une entreprise de 1.000 salariés, les arrêts maladie représentent en moyenne 40 ETP, soit pour l'hôpital une somme estimée à 1.500.000 €.

Les mécanismes de l'absentéisme sont donc pluriels et le législateur s'est attaché à en comprendre les effets pour en limiter la portée au fil des décennies. Pour autant, il n'en demeure pas moins que des impacts sont des plus visibles, qu'il s'agisse des relations interpersonnelles, de la qualité de la prise en charge, ou d'un équilibre financier délicat à tenir dans un contexte de maîtrise de la dépense publique de plus en plus prégnant. Dès lors, il apparaissait nécessaire d'étudier en détail l'absentéisme du centre hospitalier de Vitré, d'en extraire les causes et de les expliquer, ce que la seconde partie de ce mémoire s'attachera à développer.

³⁵ 5^{ème} baromètre santé au travail Malakoff/Médéric (avril 2014) - http://www.malakoffmederic.com/groupe_media/presse-actualites/2014-04-07-barometre-sante-malakoff-mederic.htm

2 CARTOGRAPHIE, ANALYSE ET COMPREHENSION DES MECANISMES DE L'ABSENTEISME AU CH DE VITRÉ

La DARES, dans son bulletin de février 2013³⁶, indiquait que la probabilité d'arrêt maladie d'un salarié est essentiellement dépendante de variables sociodémographiques (âge, sexe, composition du foyer, catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité). Constat qui, pour une grande partie, s'est vérifié au travers des réflexions conduites en première partie du mémoire.

Par ailleurs, l'absentéisme est particulièrement corrélé avec le niveau d'exposition aux contraintes physiques et psychosociales. L'étude faisant apparaître que les cadres sont beaucoup moins souvent absents pour maladie que les ouvriers (1,6 % contre 4,5 %). Elle démontre également que c'est parce qu'ils sont, dans l'ensemble, moins exposés aux contraintes physiques et psychosociales dans le travail. Il importe également de souligner que le niveau de vie a un impact dans l'hygiène de vie et la santé (cf. étude de Whitehall présentée en annexe IV).

Parallèlement, une étude de l'IRDES (2012) traitant des disparités départementales sur le volume des arrêts maladie³⁷ s'avère particulièrement intéressante, tant les chiffres sont disparates d'un endroit à un autre : de 13 % dans le département des Hautes-Alpes à 28 % dans celui des Ardennes. Plus généralement, hormis le département du Finistère qui est le plus touché, le grand quart Nord-Est connaît davantage de départements au taux d'arrêt maladie plus élevé que le grand quart Sud-Ouest. Plusieurs variables se dégagent et sont susceptibles d'en expliquer les raisons :

- L'âge (la probabilité d'être arrêté est plus forte entre 35 et 55 ans) ;
- La succession d'épisodes d'arrêts maladie : davantage d'arrêts maladie pour les salariés qui en ont pris les années précédentes ;
- La densité de médecins généralistes ;
- Les caractéristiques des emplois : les salariés à temps partiel sont moins arrêtés que ceux à temps complet ;
- La taille de l'établissement : les salariés des petites structures prennent moins d'arrêts maladie que ceux des grands établissements.

³⁶ Site internet du ministère de l'emploi, du travail, de la formation professionnelle et du dialogue social - <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-009.pdf>

³⁷ Site internet de l'IRDES - Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? - <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes177.pdf>

Enfin, la situation du marché de l'emploi (notamment s'agissant de la politique de rémunération et du revenu moyen des habitants) peut, pour partie, expliquer les disparités régionales ou départementales en matière d'absentéisme. S'agissant de Vitré et de son hôpital, aucun fait saillant à portée négative ne se dégage.

Le Centre Hospitalier de Vitré disposant d'une capacité de 445 lits et places se trouve dans le secteur sanitaire n° 5, à environ 35 kilomètres de Rennes. Il s'agit d'un établissement de proximité comprenant trois sites géographiques, situés en centre-ville et dans sa périphérie immédiate :

- ✓ le site Hôpital (MCO), qui regroupe l'ensemble des services de soins de court séjour (144 lits : gynécologie-obstétrique, pédiatrie, chirurgie, unités de médecine, unité de surveillance continue, hôpital de jour), les consultations externes spécialisées, le plateau médicotechnique (imagerie, pharmacie, bloc opératoire, urgences), ainsi que les services administratifs, techniques, informatique et logistiques (cuisine, blanchisserie, magasin général) ;
- ✓ le site gériatrique de la Gautrays, situé en ville à environ trois kilomètres du site Hôpital, compte 301 lits, dont un service de soins de suite et de réadaptation de 53 lits, une unité de soins de longue durée de 53 lits et des unités d'EHPAD pour un total de 195 lits, parmi lesquels 30 lits sont spécialement dédiés à l'accueil de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.
- ✓ un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), situé sur un troisième site en ville.

L'établissement est, par ailleurs, en direction commune avec le Centre Hospitalier de la Guerche-de-Bretagne (ex-hôpital local), distant d'environ 25 kilomètres, assurant des activités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, de soins de suite et de réadaptation et de médecine (pour un total de 295 lits).

En 2013, l'établissement a réalisé 54.247 journées d'hospitalisation (MCO et SSR) et 86.906 journées d'hébergement (EHPAD et USLD), soit une présence moyenne de 387 patients ou résidents par jour. Il a employé (en moyenne sur l'exercice 2013) 713 agents ETP, dont 58 ETP en personnels médicaux (tous budgets confondus).

Le territoire dans lequel se situe l'établissement, soit le Pays de Vitré, compte une population d'environ 70.000 habitants, plutôt jeune, avec une démographie croissante. La proximité de Rennes est un atout (recrutement médicaux, population en augmentation, dynamisme économique, moyens de communications...). La commune de Vitré est celle qui enregistre un taux de chômage les plus faibles de France (avec un peu plus de 5 %).

2.1 Approche comptable autour de l'absentéisme

Certes, l'absentéisme revêt un caractère pluridimensionnel. Si les réflexions se focalisent essentiellement sur une problématique liée à l'exercice professionnel, voire extra-professionnel, il serait donc inopportun et inapproprié d'inclure des chiffres associés aux CLM ou CLD. En effet, de l'avis unanime des différents DRH avec lesquels je me suis entretenus, il est impossible de conduire quelque action que ce soit sur la diminution des CLM ou CLD, tant ces affections sont imprévisibles et relèvent d'un facteur strictement endogène. C'est la raison pour laquelle il importe de circonscrire l'absentéisme à la maladie ordinaire, AT/MP et maternité. Charge ensuite à chaque établissement d'en extraire les données sur la base desquelles il pourra conduire les optimisations organisationnelles qu'il jugera opportunes. Par ailleurs, les absences pour formation, congés exceptionnels, fonctions électives ou exercice de mandat syndical seront également écartées de l'analyse, chacune de ses rubriques relevant davantage des dispositions statutaires que des problématiques professionnelles ou personnelles.

2.1.1 Réflexion sur la pertinence de l'analyse comparative

Il n'est pas possible de comparer l'absentéisme entre les trois fonctions publiques, les paramètres retenus étant trop divergents, ce que confirme un récent article de presse³⁸. Problématique connue depuis longtemps, l'absentéisme à l'hôpital peut également s'avérer difficile à quantifier. La plupart des hôpitaux et des établissements médico-sociaux ne disposent pas de définition et d'identifications uniformes et universelles. Certaines structures agrègeront de manière homogène, mais pas forcément analytique, les différents congés maladie et longue maladie avec les congés de formation, les congés exceptionnels. Elles n'isolent pas nécessairement les congés maternité, le tout rendant alors les comparaisons difficiles entre établissements et les conclusions qu'il est possible de tirer.

L'article paru dans Santé RH³⁹ postule que le taux d'absentéisme serait inversement proportionnel à la taille de l'établissement. Par exemple, les établissements de plus de 100 agents enregistrent un taux moyen de l'ordre de 10,1 % contre 13,9 % (selon l'ancienne méthode de calcul – cf. explications détaillées en annexe I) s'agissant des structures de moins de 50 agents.

³⁸ Article paru dans le « Figaro Economie » (3 septembre 2014) - <http://www.lefigaro.fr/social/2014/09/03/09010-20140903ARTFIG00003-l-incomparable-absenteisme-des-fonctionnaires.php>

³⁹ Article d'Henri HAIRON paru dans Santé RH – lettre des RH dans les ESMS – Janvier 2013 – n° 46

Cette tendance se confirme dans l'étude de l'IRDES citée en introduction du paragraphe 2 (cf. note de bas de page n° 37). Elle se vérifie également au sortir des conclusions du sixième baromètre réalisé avec l'institut CSA du 2 avril au 21 mai 2014 à l'endroit desquelles « une corrélation très forte entre la taille des équipes et le taux d'absentéisme » a été observée⁴⁰.

Ce constat est d'ailleurs repris par l'agence technique de l'informatisation sur l'hospitalisation (ATIH) démontrant, dans des proportions plus mesurées, une différence à la baisse au profit des plus gros établissements, ce que j'ai pu vérifier en comparant Vitré avec des établissements qui lui sont proches mais de taille différente (CH de Fougères, 750 agents – CHS de Guillaume Régnier, 2.300 agents – CHU de Rennes, 7.200 agents).

2.1.2 Une méthode de calcul au plus juste pour une analyse pluridimensionnelle

Pour autant, la méthode de calcul de l'absentéisme n'est pas universelle, chaque établissement de santé dispose de son propre raisonnement pour l'intégration des facteurs d'absentéisme (comme abordé en propos liminaires du paragraphe 2.1.). Parallèlement, l'instruction ministérielle⁴¹ relative au bilan social conduit, dans son indicateur n° 6, à un autre calcul du taux d'absentéisme et édicte une nouvelle formule de calcul appelant à un changement de paradigme (cf. explications figurant en annexe I).

Si le taux reste une base comparative entre établissements, il convient néanmoins de préciser le champ des absences qui feront l'objet d'une étude. Ce faisant, au sortir des réflexions issues du colloque de l'adHRess (association pour le développement des ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux) du 10 avril 2014, il ne faut pas nécessairement confronter ses propres résultats avec ceux des autres établissements. Il importe avant tout de constater la progression (ou la diminution) des arrêts maladie au sein de sa propre structure. En effet, selon son importance, l'absentéisme est parfois révélateur d'un malaise et d'un dysfonctionnement au sein de l'établissement. Il est donc nécessaire de l'identifier, de l'expliquer et de pouvoir en mesurer l'évolution.

C'est la raison pour laquelle j'ai préféré, à l'instar du baromètre de mesure de l'assureur Malakoff/Médéric, prendre en compte le nombre de jour d'absence moyen par agent (cf. méthode de calcul développée en annexe I). C'est d'ailleurs celle utilisée par le centre hospitalier de Vitré depuis des années.

⁴⁰ Article paru dans « Libération » (2 septembre 2014) - http://www.liberation.fr/economie/2014/09/02/l-absenteisme-dans-les-entreprises-reste-eleve_1092499

⁴¹ Instruction ministérielle n° DGOS/RH3/ DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics de santé - http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-02/ste_20130002_0100_0064.pdf

2.2 Investigation et analyse pluridimensionnelle des données de l'absentéisme

Afin de pouvoir conduire un travail de recherche permettant de recouper les informations avant de les approfondir, j'ai croisé deux approches. L'une depuis un travail qui avait été conduit par un enseignant-chercheur de l'EHESP en 2009, proposant une comparaison méthodologique afin de tirer les enseignements les plus justes de l'absentéisme pour raison de santé⁴². L'autre, issue des réflexions nourries dans le cadre du colloque (du 10 avril 2014) de l'adRHess où il importe de préciser le champ des absences et dont les principaux indicateurs à retenir sont les suivants :

- ✓ Historicité des arrêts maladie au sein de l'établissement (pour constater l'évolution de l'absentéisme au sein de sa propre structure),
- ✓ Croisement des données avec les réalités du travail au sein de l'hôpital,
- ✓ Recoupement d'informations et analyse.

La démarche pourra alors se dérouler en trois temps : l'extraction des données, la contextualisation et la comparaison. En effet, l'absentéisme est parfois révélateur d'un malaise et/ou d'un dysfonctionnement au sein de l'établissement qu'il faut savoir identifier avec précision. Cette investigation est le préalable indispensable afin de permettre au décideur de conduire toute action d'amélioration qu'il jugera nécessaire, à la fois pour le bien-être des agents mais aussi pour réduire un absentéisme reconnu et expliqué.

2.2.1 Etude comparative entre les différentes catégories socio-professionnelles

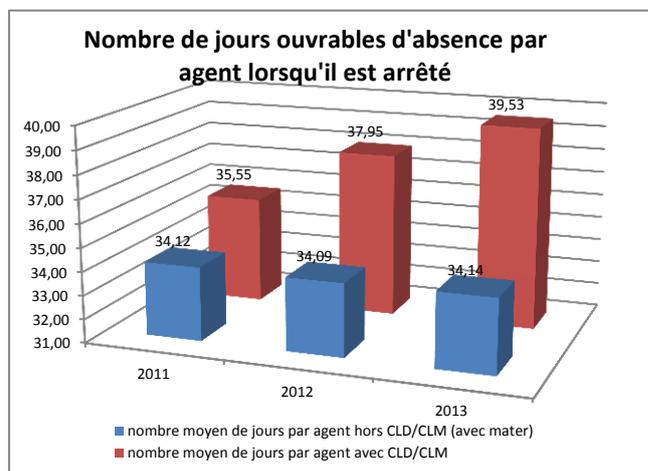
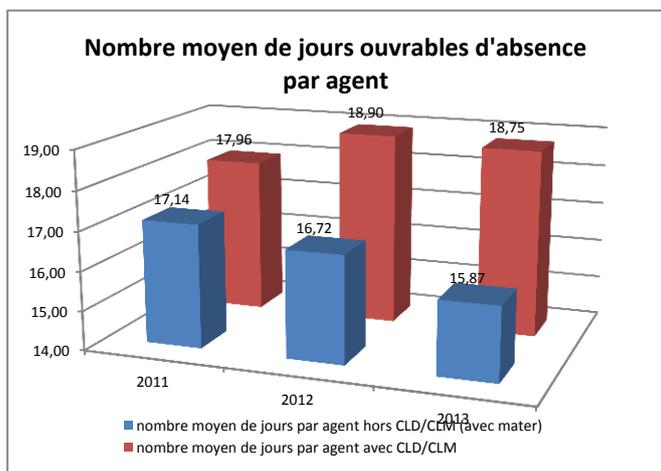
L'absentéisme du corps médical restant très peu significatif, les études et analyses comparatives se concentreront sur le personnel non médical. La répartition des effectifs du centre hospitalier de Vitré reste dans les ordres de grandeurs identiques à la moyenne nationale, à savoir :

- soignants (DS, CS, SF, puer, IDE, AS, ASH) : 73 %
- administratifs (DH, D3S, AAH, ACH, AA, AMA) : 10 %
- techniques et ouvriers (ingénieur, TSH, ouvriers) : 12 %
- Médicotechniques (manip radio, ergo, kiné) : 4 %
- Socio-éducatifs (éducateurs, assistante sociale) : 1 %

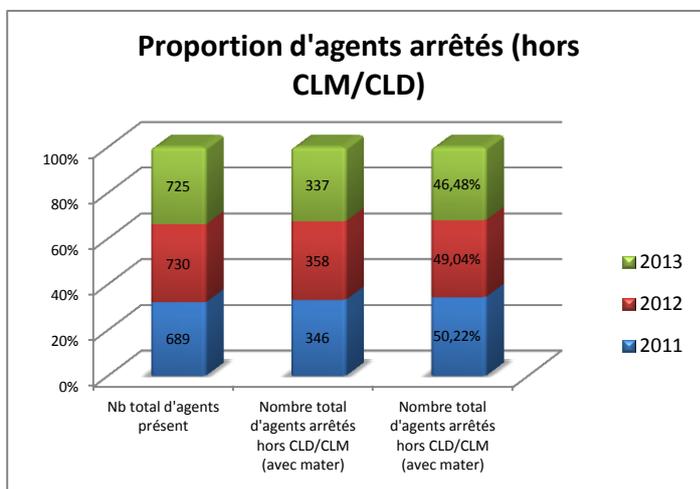
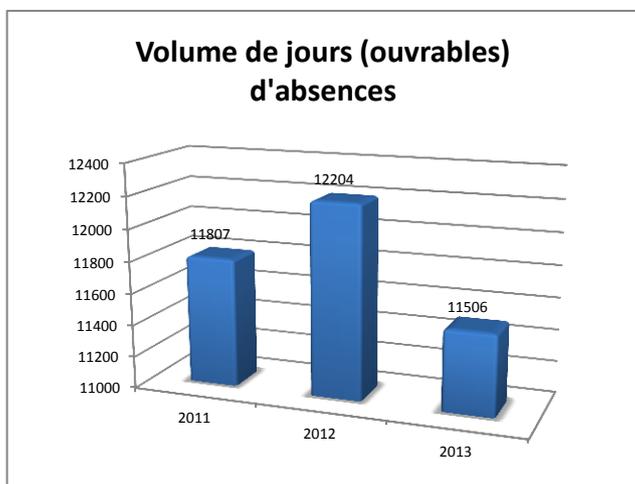
⁴² Site internet de CAIRN Info - L'absentéisme pour raison de santé : comparaison méthodologique (J-P Dumond 2009) - <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-1-page-25.htm>

Il importe de rappeler qu'un agent travaille entre 206 et 223 jours par an en fonction du nombre de RTT auquel il ouvre droit et selon qu'il exerce de jour ou de nuit. Les premiers éléments présentés dans les pages qui suivent permettent d'obtenir une première photographie de la situation du centre hospitalier de Vitré au regard de l'absentéisme.

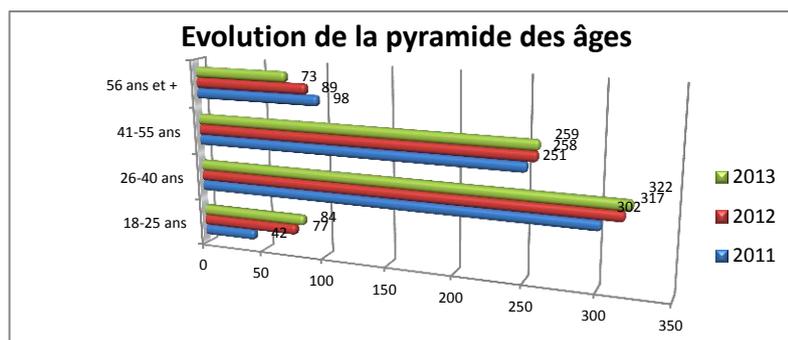
Cartographie d'ensemble



Sur le graphique de gauche, il est constaté une légère diminution de l'absentéisme en nombre moyen de jours ouvrables d'absence par agent. Le graphique de droite montre que nombre de jours ouvrables pris par arrêt reste stable (hors CLM/CLD) alors que celui des CLM/CLD augmente significativement. Les deux graphiques ci-dessous confirment la tendance à la baisse (proportionnée au nombre d'agents).

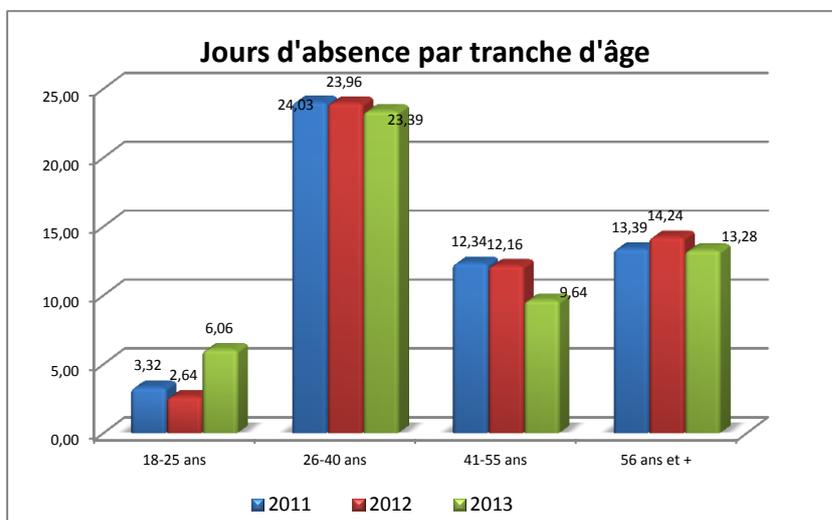


La diminution de l'absentéisme 2011/2013 (en nombre de jour ouvrable moyen par agent) s'explique par un rajeunissement de la pyramide des âges (voir ci-contre), l'âge étant étroitement corrélé à l'absentéisme (cf. paragraphe 2.2.2.).



Pour mémoire, la suite des études ne retiendra plus que les CMO, congés maternité et AT/MP. Seront donc exclus des réflexions sur les CLM, CLD, les congés exceptionnels pour événements familiaux ou fonctions électives.

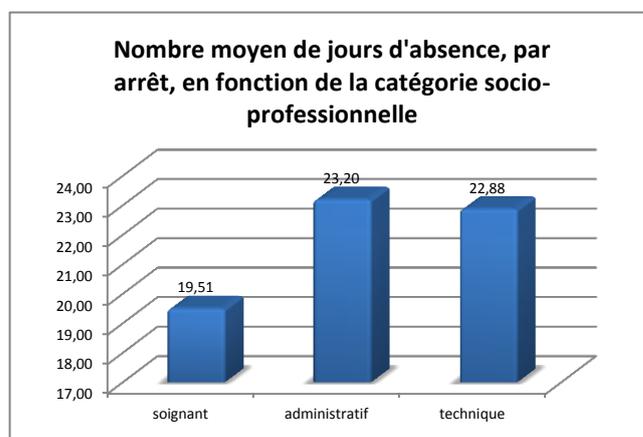
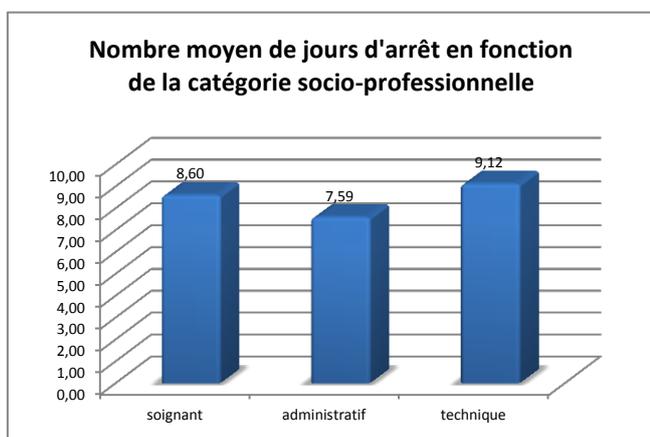
Comparaison par tranche d'âge 18/25 – 26/40 – 41/55 – 56 et +



A la lecture de ces premiers résultats, on pourrait comprendre que la tranche d'âge des 26-40 ans est, en moyenne, la plus « arrêtée ». Cela peut poser question et renverser le paradigme selon lequel plus on avance dans l'âge, plus

on rencontre des difficultés de santé. Toutefois, il m'a paru opportun d'écarter le biais de sélection lié à l'état de grossesse susceptible de fausser les résultats, ce qui se vérifie au paragraphe 2.2.2.

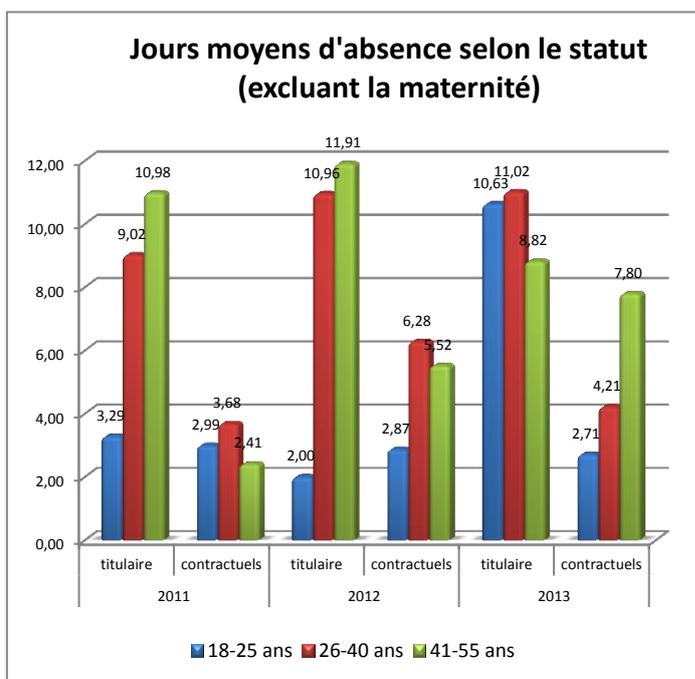
Cartographie par catégorie socio-professionnelle



Les congés maternité ainsi que les agents médico-techniques (leur nombre étant peu significatif pour permettre une comparaison) ont été écartés de l'étude afin de ne pas fausser les résultats. Il est à noter que les personnels administratifs sont, en moyenne, un peu moins absents que leurs collègues soignants, eux-mêmes moins absents que leurs collègues des services techniques ou logistiques (graphique de gauche).

En revanche, la durée de l'absence, pour chaque arrêt, est moindre chez les personnels soignants (graphique de droite de la page précédente). Il importe néanmoins de souligner que la moyenne d'âge chez les agents soignants est moins élevée (38 ans) que les personnels administratifs (45 ans) ou techniques et logistiques (44 ans).

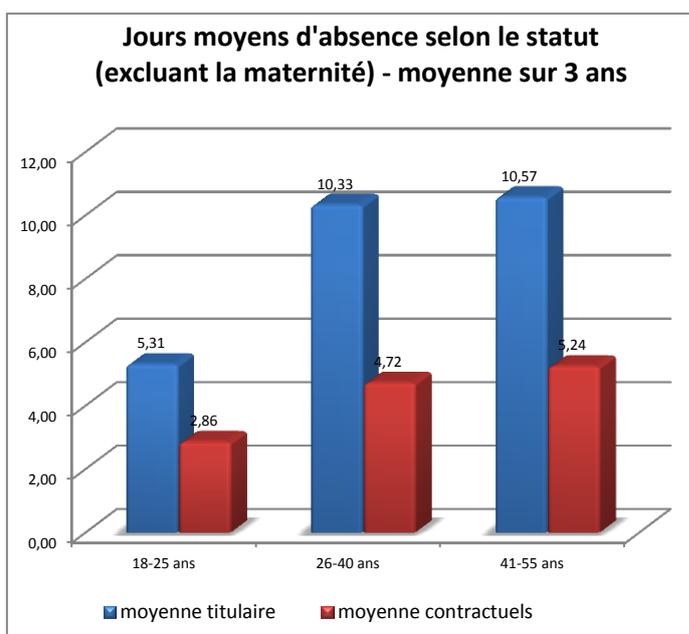
Comparaison par statut (fonctionnaire et contractuel)



L'analyse s'est faite par tranche d'âge afin d'éviter le biais de sélection du lien entre la prise d'âge et l'évolution statutaire.

La tranche d'âge des + de 56 ans n'est pas comparée dans la mesure où il n'existe plus d'agents contractuels à ce niveau.

Les congés maternité ont également été exclus, car les disparités sont plus importantes (cf. paragraphe 2.2.3.).



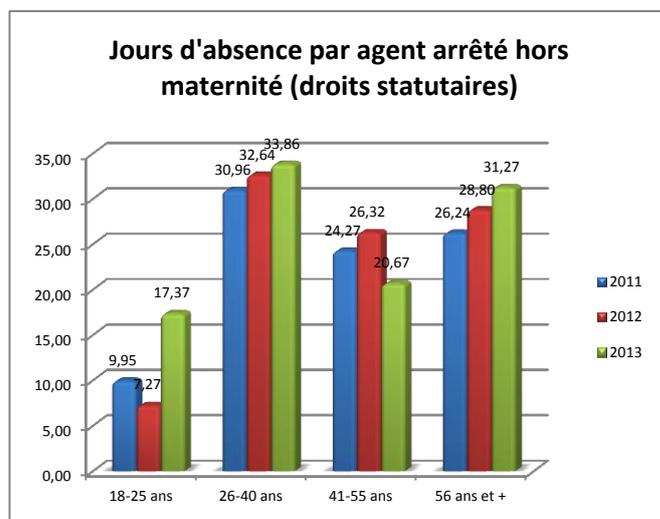
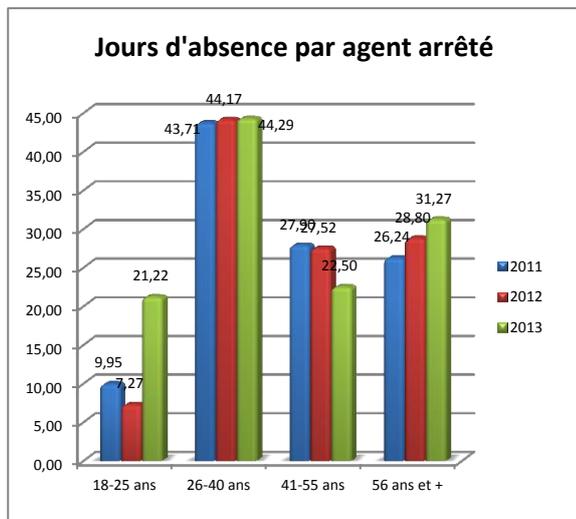
L'ensemble de ces résultats démontre que les agents titulaires ont une propension à s'absenter davantage que les agents contractuels. Cela renvoie aux observations et analyses abordées dans la seconde partie du paragraphe 1.3.1.

Il reste néanmoins à préciser qu'au centre hospitalier de Vitré, les CDD ne voient pas leur contrat renouvelé en cas d'arrêt de longue durée, ce qui peut légèrement biaiser le résultat. Enfin, le nombre d'agents

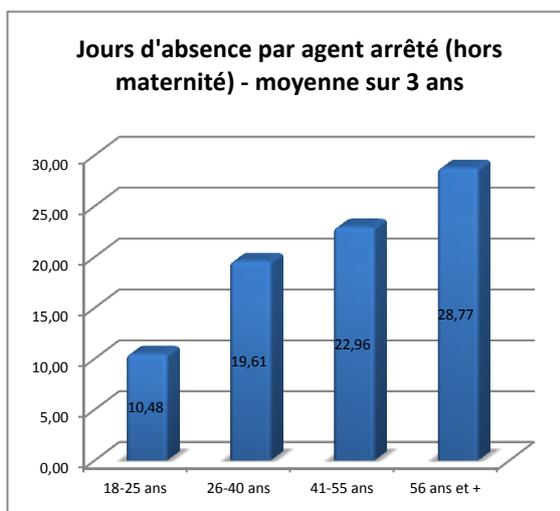
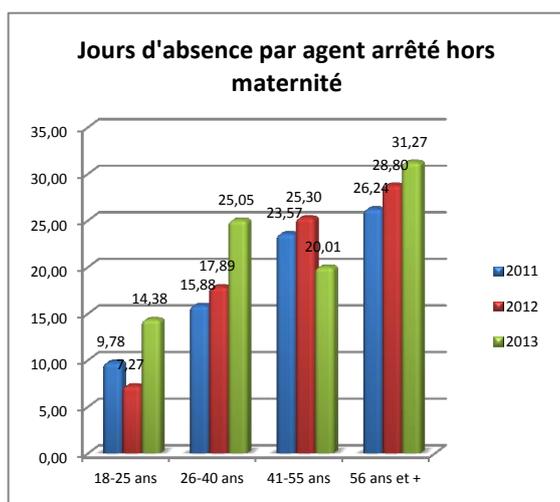
en CDI reste peu représentatif (moins de 2 % des agents contractuels en moyenne sur les exercices 2011, 2012 et 2013). Les CDI ont, en effet, vocation à être titularisés à brève échéance.

2.2.2 Approfondissements et prise en compte de certaines spécificités

Comparaison par tranche d'âge en dissociant les congés maternité

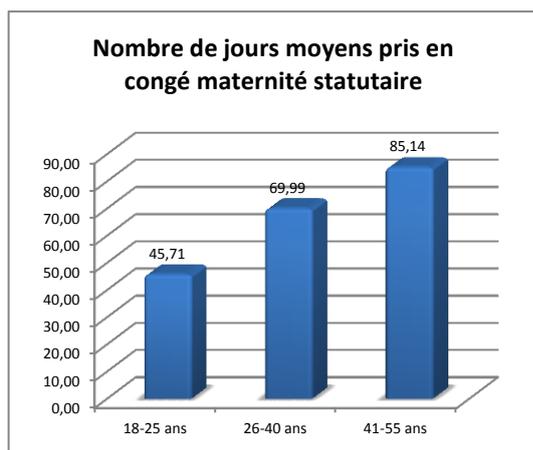


Comme abordé au paragraphe précédent, la mesure de l'absentéisme (en jours ouvrables) par tranche d'âge faisait apparaître que les 26-40 ans étaient ceux qui étaient les plus arrêtés. Ainsi, parmi les agents arrêtés (graphique de gauche), le nombre de jours moyen d'absence confirmerait cette tendance. Toutefois, l'écart entre les tranches d'âges diminue (graphique de droite) lorsque l'on retire les congés maternité (droits statutaires). Cependant, lors de l'étude, je me suis aperçu qu'un nombre important de jours d'arrêt étaient prescrits juste avant que le congé maternité statutaire ne débute (non codés comme tels dans la base de donnée). Ainsi, en retirant toutes les absences liées à la maternité (droits statutaires, congés pathologiques, congés maladie en lien direct avec l'état de grossesse), les résultats obtenus sont les suivants :



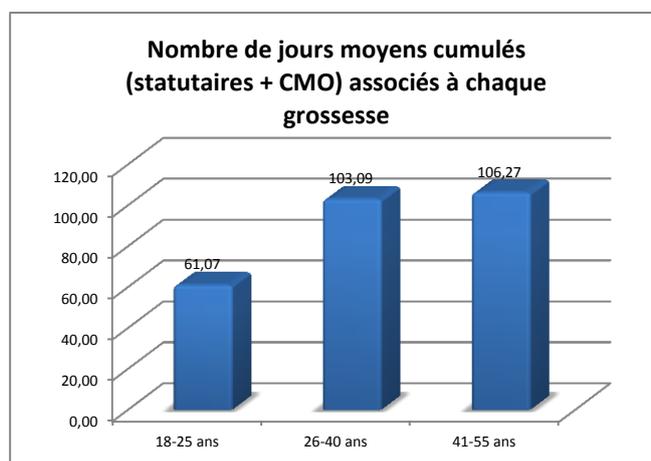
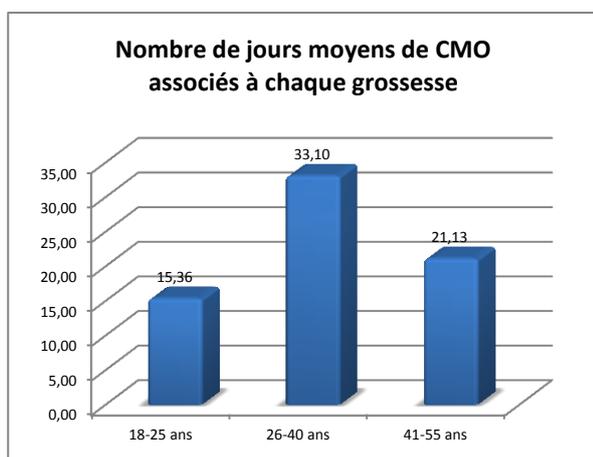
Ces résultats confirment bien la tendance selon laquelle plus on prend de l'âge, plus l'on rencontre des problèmes de santé (cf. constat sur la diminution de l'absentéisme, pour la maladie ordinaire, corrélé à l'évolution de la pyramide des âges – paragraphe 2.2.1.).

Congés maternité

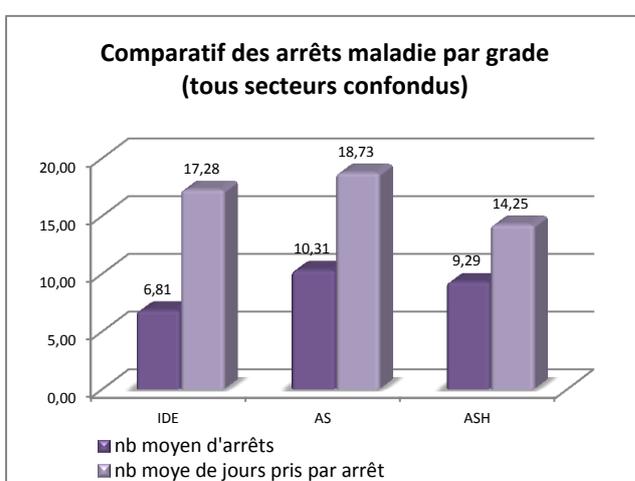


Cette augmentation s'explique mécaniquement par l'agrandissement de la famille avec le temps. Plus le nombre d'enfants est important (jusqu'à trois et au-delà), plus la durée du congé maternité est importante (pré et post natal). L'ensemble des chiffres indiqués reste toujours en jours ouvrables.

Avec la prise d'âge, les arrêts maladie en lien direct avec la grossesse (en plus des congés statutaires) augmentent significativement entre les deux premières tranches d'âge mais, curieusement, diminuent dans la dernière tranche (graphique ci-dessous à gauche).



Par métiers du soin les plus représentatifs

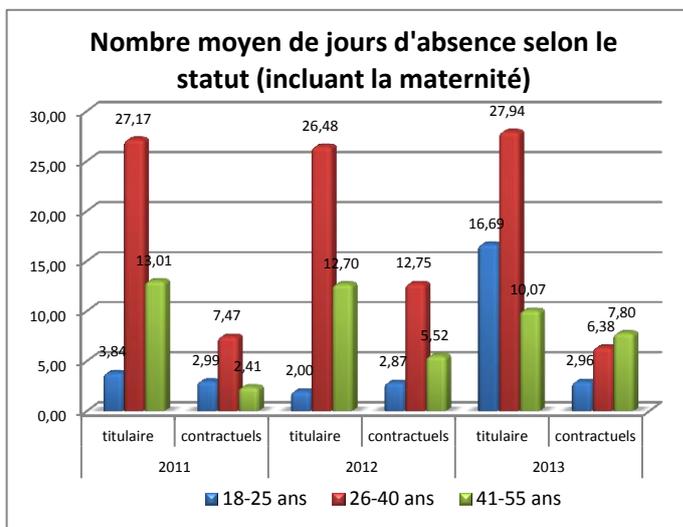


Les métiers de l'hôpital les plus représentés (IDE / AS / ASH) ont été retenus dans cette analyse qui exclut, une fois encore, les congés maternité pour ne pas fausser les observations. Il apparaît que les IDE sont, en général, moins absent(e)s que les AS et les ASH. Le nombre moyen de jour par arrêt reste quasiment le même, tant pour les IDE que les AS, alors qu'il est

plus faible pour les ASH. Le paragraphe 2.2.3. apportera quelques précisions au sein des deux grands secteurs de soins (MCO et EHPAD/USLD).

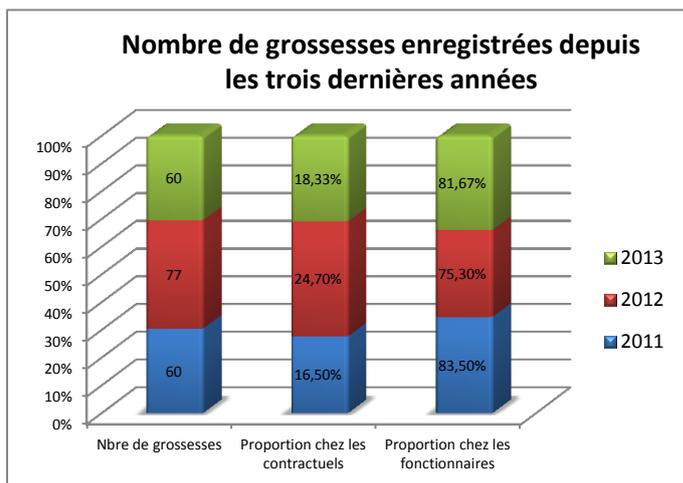
2.2.3 Mise en exergue et développement d'éléments saillants

Statut et congé maternité



Ces premiers chiffres (graphique ci-contre) mettent en exergue un écart important, notamment dans la tranche d'âge 26-40 ans, selon que l'agent soit fonctionnaire ou contractuel.

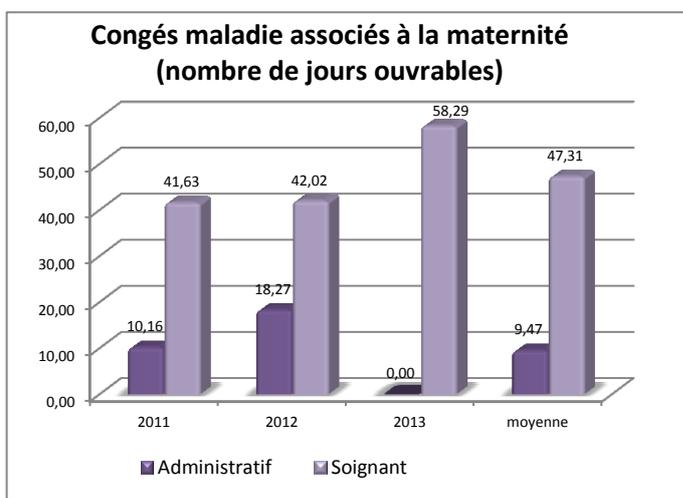
Toutefois, il importe de pondérer ces résultats en analysant la part des congés maternité.



Ce nouveau graphique indique que les grossesses sont enregistrées, en écrasante majorité, chez les agents fonctionnaires.

Il convient d'y reconnaître les effets jugés plus protecteurs du statut de fonctionnaire et à l'endroit duquel les femmes se sentent plus sécurisées, avec la perspective de conserver leur emploi malgré leur grossesse.

Congé maladie associé à la maternité

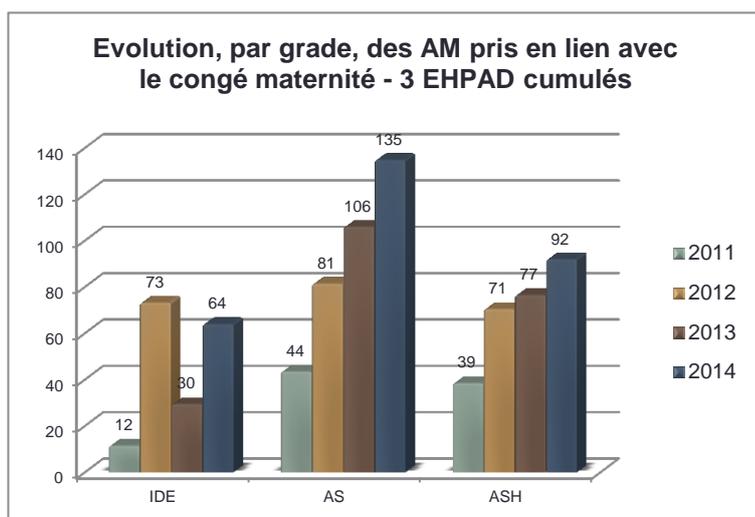


La représentation féminine des agents du secteur technique et logistique étant trop faible, la comparaison ne s'est faite qu'entre les secteurs du soin et celui de l'administration.

On observe que le nombre de congés maladie associé à la maternité est bien plus important chez les agents soignants que les

personnels administratifs (les raisons seront expliquées au paragraphe 2.3.2.).

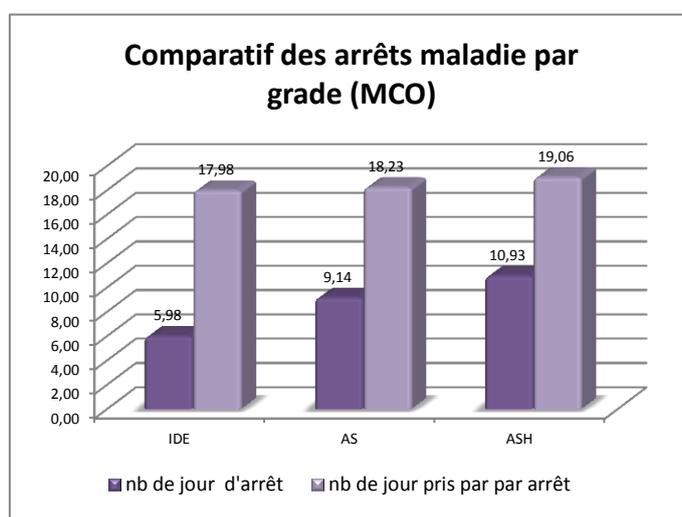
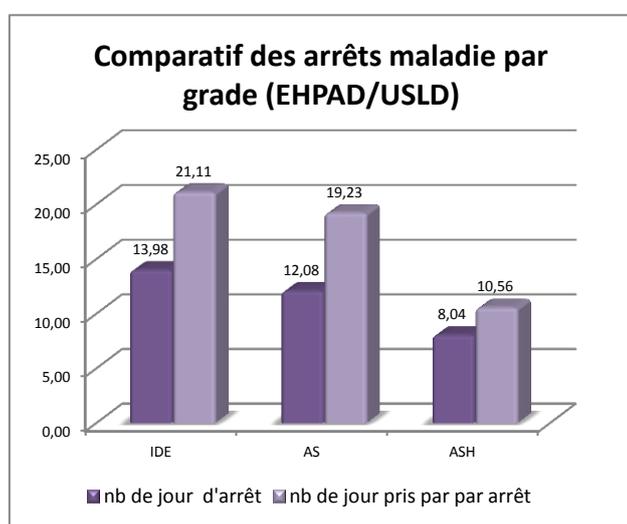
Congé maternité en EHPAD



Au cours des différents entretiens conduits avec l'encadrement, il est apparu que l'absentéisme en EHPAD semblait progresser, plus particulièrement en 2014, ce que j'ai cherché à vérifier. Effectivement, cette tendance se confirme et peut s'expliquer, pour partie, de deux manières. L'une par l'augmentation régulière, d'année en année, des CMO en lien direct

avec le congé maternité. Il s'agit là d'une évolution particulièrement saillante (graphique ci-contre). L'autre, en revanche, s'explique par une augmentation en 2014 du nombre de grossesses, ce phénomène étant strictement factuel et aucunement conjoncturel. Une étude plus détaillée (figurant en annexe V) matérialise l'ensemble de ces tendances dont l'analyse sera développée au paragraphe 2.3.2.

Comparaison par métiers du soin les plus représentatifs



Il est intéressant de noter l'inversion de la tendance de la courbe selon le secteur d'activité. En EHPAD/USLD, les IDE s'absentent davantage que les AS, elles-mêmes étant plus malades que les ASH, alors que c'est exactement l'inverse en MCO. La pénibilité est donc variable selon le métier et le secteur où celui-ci est exercé, visiblement en raison des contraintes différentes susceptibles de peser (et dont les explications seront développées au paragraphe 2.3.2.).

Comparaison de l'absentéisme sur le travail à temps partiel

J'ai cherché à comparer l'absentéisme entre les agents à temps partiel (majoritairement à 80 %) et leurs collègues à temps plein. Je suis parti de l'hypothèse que ceux à temps partiels étaient, potentiellement, moins fatigués par une semaine de 4 jours (soit 28 heures de travail hebdomadaire pour les agents de jour). L'interrogation de la base de données s'est faite sur la base des critères suivants :

- recensement des métiers les plus représentatifs (ASH, AS, IDE – titulaires et contractuels) sur les deux secteurs de l'établissement (MCO et EHPAD),
- arrêts inférieurs ou égaux à 21 jours et inférieurs ou égaux à 5 jours.

Les conclusions de l'étude confirment l'hypothèse émise (cf. analyse détaillée et jointe au présent mémoire – annexe II) : les agents travaillant à 80 % sont moins absents que ceux exerçant à 100 %. L'écart enregistré, sur la base d'un résultat cumulé sur l'exercice de 3 années, est de + 16,60 % pour les absences inférieures ou égales à 21 jours et de + 9,69 % pour les absences inférieures ou égales à 5 jours. Ces résultats ne sont pas à pondérer au regard d'un possible biais de sélection lié à l'âge, la moyenne d'âge des agents travaillant à 80 % est de 40 ans, celle de ceux à temps plein est de 41 ans.

2.3 Identification / explication des différentes problématiques – détermination des causes

Parallèlement aux interprétations qu'il est possible de faire à la lecture des données des paragraphes 2.2.2. et 2.2.3., j'ai tenu, au cours de mon stage long à l'hôpital de Vitré, à « prendre la température du terrain » afin de confronter l'impression générale des professionnels et de l'encadrement avec la réalité des chiffres tirés des analyses croisées que j'ai réalisées. J'ai donc pris l'attache de l'ensemble des cadres des services de soins ainsi que des responsables administratifs et techniques sur la base d'un guide d'entretien (cf. annexes III et III bis). Très majoritairement, il apparaît que presque aucun d'entre eux n'a eu l'impression de connaître un absentéisme prégnant au sein de son service (notamment mesuré aux autres unités). Au-delà des comparaisons, des échanges particulièrement fructueux ont conduit à des discussions quant aux raisons et explications en lien avec l'absentéisme des différentes structures. Les propositions de solutions ou réflexions managériales formulées ont également été analysées et débattues (celles-ci seront abordées en troisième partie du mémoire).

2.3.1 Observations globales d'un absentéisme en hausse à l'échelle nationale

L'un des premiers éléments conduisant à l'arrêt maladie reste, indubitablement, l'état de santé des salariés.

A l'examen approfondi du 5^{ème} baromètre de l'absentéisme édité par le cabinet Alma Consulting Group⁴³ affichant une augmentation de 18 % de l'absentéisme en 2012, deux grands facteurs regroupent l'ensemble des principales raisons qui président aux absences (celles-ci sont, pour rappel, recensées en première partie du mémoire) :

- les facteurs exogènes à l'entreprise, attachés à la personnalité du salarié et matérialisés par les accidents de la vie, une santé fragile, les problématiques du quotidien liées à la prise d'âge, les situations personnelles (célibat géographique, temps de trajet, horaires décalés ou coupés), ainsi que les absences répétées considérées comme abusives ;
- les facteurs endogènes, relevant directement de la responsabilité (directe ou indirecte) de l'entreprise tels que ceux puisant leur source dans la routine du quotidien (AT/MP, TMS, port de charges lourdes, organisation du travail dégradée, surcharge de travail...), d'un mal-être au travail (conflits, précarisation professionnelle, management défaillant, manque de reconnaissance individuelle ou salariale...) ou en réaction avec des problèmes rencontrés avec la hiérarchie.

D'après ce baromètre, « 59 % des DRH estiment que la hausse du taux d'absentéisme est liée à l'état de santé des salariés (maladies saisonnières, problèmes de santé, fatigue et état de santé physiologique ou psychologique fragile). 41 % des DRH, invoquent les conditions de travail : ergonomie des postes, ambiances physiques de travail (bruit, température, lumière, odeurs, etc.) et inconfort dans le poste.

Enfin, pour 40 % d'entre eux, ce sont les charges de travail et une organisation dysfonctionnante ou perfectible. Cette dimension fait référence à la quantité de choses à faire, aux contraintes temporelles ainsi qu'à la charge mentale de l'activité ».

Par ailleurs, une corrélation entre l'âge et l'absence pour maladie a été actée par ce baromètre, constatant que l'écart s'est particulièrement creusé chez les seniors (tranche d'âge supérieure à 50 ans).

⁴³ Site internet du cabinet d'expertise Alma Consulting Group (septembre 2013) – 5ème baromètre sur l'absentéisme - <http://www.almacg.fr/fileadmin/webmaster-media/espace-presse/communiqués-de-presse/2013/barometre-absenteisme/almacg-CP-barometre-de-l-absenteisme-septembre2013.pdf>

Bien que cette frange de population s'absente peu fréquemment, les absences sont généralement de plus longue durée ce qui explique pour partie le niveau de leur taux d'absentéisme (ce qui se vérifie dans les analyses conduites au paragraphe 2.2.2.).

« La gestion des séniors, leur maintien dans l'emploi sont des problématiques RH de plus en plus récurrentes dans les entreprises ». Des leviers de motivation transgénérationnels doivent être mis en place efficacement pour éviter les risques de décrochage » indique Y. Jarlaud, l'auteur de l'étude. En revanche, la tranche d'âge des salariés de moins de 30 ans enregistre un absentéisme pour maladie fréquent mais de courte durée.

Une multitude de facteurs, qu'ils soient historiques, culturels, organisationnels ou structurels doivent peut-être conduire à des remises en questions en termes de méthodes d'encadrement et de management. Outre les conditions de travail sur lesquelles il convient également de s'appesantir, le désengagement et/ou le désinvestissement des professionnels doit également, pour tout manager ou directeur d'hôpital, faire l'objet d'interrogations et d'investigations.

2.3.2 Eclairages et enseignements tirés des premiers constats à l'échelon local

La pénibilité des tâches au sein des établissements de santé est essentiellement concentrée à l'endroit du personnel soignant. Il s'agit d'un phénomène observé et mesuré pour avoir participé aux tâches de leur quotidien durant le stage d'immersion professionnelle dans les services de soins. En outre, il importe de souligner qu'aux contraintes physiques, viennent s'ajouter les problématiques psychiques.

En effet, avec l'augmentation de l'espérance de vie, les patients ou résidents accueillis sont de plus en plus âgés, de plus en plus dépendants et présentant de plus en plus de troubles cognitifs.

Les frontières du soin et de la prise en charge deviennent de plus en plus liquides entre, par exemple, le SSR, l'USLD ou l'EHPAD. Outre une manutention de patients en constante augmentation qui conduit à davantage de fatigue physique, les pathologies mentales que les patients ou résidents développent sont plus nombreuses, plus profondes. C'est une charge supplémentaire qui vient s'ajouter aujourd'hui.

Cela peut à la fois expliquer que les arrêts maladie soient plus fréquents pour les AS et les IDE au sein des services de gériatrie ou d'EHPAD, comme démontré au paragraphe 2.2.3. L'attractivité dans ces secteurs pour ces professionnels de santé est d'ailleurs bien moindre s'agissant des recrutements qui deviennent plus difficiles.

La problématique d'un absentéisme plus élevé dans les secteurs de soins (malgré une moyenne d'âge moins élevée) peut également s'expliquer par une récurrence trop forte dans la formation des nouveaux agents. En effet, une certaine lassitude est susceptible de s'installer lorsque de nombreuses fois, les agents du service doivent former de nouvelles personnes aux fonctionnements et organisations de l'unité de manière systématique, voire systémique lorsque le service connaît un fort taux d'absentéisme ou un turnover important.

Certes, le recours aux mensualités de remplacement est une pratique habituelle durant la période estivale. Toutefois, les remplacements en cas de maladie de courte durée ainsi que le renouvellement des recrutements d'agents en contrats aidés ou d'intérim expose davantage les agents « titulaires » du service à un risque de surmenage. En effet, en plus de leur charge de travail habituelle, ils doivent également former les nouveaux et s'assurer que leurs tâches sont correctement exécutées. Cela concourt, entre autres motifs exposés tout au long de ce mémoire, à une certaine usure professionnelle.

Enfin, il apparaît nettement que les femmes attendant un bébé qui travaillent dans les services de soin font davantage l'objet d'arrêts maladie (directement corrélés avec les congés maternité) que leurs collègues de l'administration (cf. para. 2.3.3.). Il n'est pas rare que certaines d'entre elles soient même arrêtées dès la fin du 3^{ème} mois de grossesse, ce qui peut poser question. Cela s'explique vraisemblablement par le fait qu'un travail plus physique puisse véhiculer des peurs et des appréhensions quant aux possibles impacts pathologiques sur la grossesse. Ce peut être alors au nom du principe de précaution que les médecins traitants ou gynécologues-obstétriques soustraient les futures mères d'un travail pénible au regard d'une situation décrite, celui-ci étant en mesure d'avoir des répercussions sur la grossesse.

A ces différents constats, s'ajoute le vieillissement du personnel induit par le report de l'âge de la retraite. Si l'on vit plus vieux, ce dont on peut se réjouir, le seuil d'espérance de vie sans incapacité se confond de plus en plus avec l'âge de la retraite⁴⁴. Cela n'augure en rien d'une quelconque diminution de l'absentéisme si aucune disposition stratégique n'est prise, au sein des établissements de santé, en vue d'anticiper et d'accompagner ce phénomène.

⁴⁴ Site internet de l'institut national des études démographiques (étude de janvier 2011 sur l'espérance de vie sans incapacité en France) - http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1529/publi_pdf1_170.pdf

La catégorie professionnelle des agents soignants ne détient pas le monopole de la pénibilité des tâches. D'autres métiers sont également touchés, directement ou indirectement, par un quotidien parfois difficile : agents affectés aux cuisines, à la blanchisserie, au ménage... A ce sujet, l'un des graphiques du paragraphe 2.1.1. démontre que les agents des services techniques et logistiques s'absentent davantage que les personnels soignants. Cependant, leur moyenne d'âge (44 ans) est à prendre en compte par rapport à celle des soignants (38 ans).



Comme l'indique ce dernier graphique, cette pénibilité se matérialise, vraisemblablement, par une prise de conscience des médecins et des professionnels au regard de l'augmentation significative du nombre de déclarations de maladies professionnelles et du nombre de jours d'absence qui leur est associé.

Il s'agit là d'une problématique émergente à laquelle l'ensemble des DRH sont déjà confrontés et avec laquelle ils seront de plus en plus contraints de composer, plus particulièrement dans la perspective des reclassements professionnels, également en augmentation.

Quels que soient les enseignements à tirer de ces observations et de ces analyses, des marges de manœuvre peuvent exister au sein de chaque structure, de chaque service. Il est nécessaire d'en exploiter la moindre piste afin de s'attacher à améliorer le bien-être au travail, qu'il soit physique ou psychique. Cela repose essentiellement sur le développement de méthodes managériales et organisationnelles. C'est ce que la dernière partie de ce mémoire aura pour ambition de traiter, s'agissant des réflexions conduites autour des différents axes d'amélioration proposés.

3 RELEVER LE DEFI DE LA DIMINUTION DE L'ABSENTEISME : LEVIERS D' ACTIONS ET APPROCHES MANAGERIALES

Il n'existe pas de stratégie « prête à porter » ou de recette miracle en termes de régulation de l'absentéisme. S'il est parfois explicable, comme nous l'avons vu précédemment, il n'obéit pas nécessairement à une logique préexistante. Certes, il est toujours possible de recouper les informations, mais celles-ci ne parviendront pas à identifier avec certitude les causes ou les raisons de ce phénomène de manière uniforme ou universelle. Les raisons peuvent être hospitalo-dépendantes, et donc, varier d'un établissement à un autre.

Parmi les différentes initiatives qui ont été conduites en matière d'analyse de l'absentéisme, le consortium Loire-Atlantique Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé (CLARTE) s'est intéressé à la question^{45 46}. Les objectifs sont nombreux :

- Mise à disposition d'un outil validé de mesure de l'absentéisme ;
- Développement d'un outil de mesure du turn-over des personnels ;
- Mise en place d'une coordination nationale d'échanges de pratiques ;
- Exploitation des résultats avec démarche comparative spatiale et temporelle et discussion des modalités de diffusion publique éventuelle ;
- Élaboration de recommandations pour une généralisation éventuelle et pour une utilisation interne aux fins d'amélioration des pratiques de GRH et d'organisation du travail.

A ce jour, les résultats n'ont pas encore été publiés.

Parallèlement, le Projet Hospitalier ligérien sur l'Absentéisme, Recherche, intervention, Efficience, organisation et Santé au travail (PHARES) s'est inscrit dans une dynamique de recherche et d'intervention en partenariat avec une dizaine de centres hospitaliers de la région Pays de Loire.

⁴⁵ Site internet CLARTE - Indicateurs « Absentéisme » et « Turn-over » du personnel non médical - <http://www.clarte-sante.fr/accueil/actualites/>

⁴⁶ Site internet CLARTE - http://www.clarte-sante.fr/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/Contenus_site/Revue_de_presse/Protocole-V3-01102010.pdf&t=1411047741&hash=daee684df75b90758ea223f36b0925051b4bc6c9

Un grand travail d'investigation⁴⁷ conduit par sept chercheurs de l'institut des Mines de Paris, Nantes et universités de Nantes et Rouen a été mené pour tenter de comprendre les mécanismes autour desquels s'articulait l'absentéisme. L'objectif était de pouvoir en dégager les principales préconisations et indications nées des observations et réflexions qui les ont inspirées.

Les résultats témoignent de certaines insuffisances et carences managériales, principalement liées à l'absence de compétences en termes de gestion du phénomène, qu'elles soient organisationnelles et/ou décisionnaires. Pour autant, certaines pistes ont été avancées, méritant d'être exploitées et approfondies en fonction du contexte, des moyens et des facultés dont disposent les établissements de santé. Parmi celles-ci, se dégagent la coordination des professionnels de santé, l'action tant en amont qu'en aval sur le phénomène ainsi que les postures de management^{48 49}.

Enfin, j'ai participé au colloque organisé la journée du 10 avril 2014 par l'adRHess à Levallois-Perret (92) intitulé « absentéisme à l'hôpital, et si l'on parlait de présentéisme ? », au cours duquel intervenaient des chefs d'établissements, des DRH, des sociologues ainsi que des consultants. De nombreux témoignages et retours d'expérience ont été apportés et des pistes de réflexion autour des outils d'action et de prévention ont été abordées⁵⁰.

De nombreux établissements de santé se sont engagés dans des réflexions croisées, tant la réponse à résorption de l'absentéisme peut apparaître parfois complexe et protéiforme. Ainsi, la plupart des DRH préconisent la mise en œuvre d'une politique pluridimensionnelle⁵¹.

La dernière partie de ce mémoire sera donc consacrée à l'analyse, la critique et la proposition des différentes options qu'il est possible de suivre en termes d'approches managériales visant à endiguer, voire réduire, l'absentéisme. Ces réflexions ont été nourries à la lumière de la lecture des différents travaux de recherches, des entretiens avec les professionnels du soin (directeurs, médecins, encadrement, personnel soignant et non soignant) et de 26 années d'expérience professionnelle (dont 10 passées au sein de la fonction publique hospitalière).

⁴⁷ Article paru dans Revue Hospitalière de France du mois de décembre 2012 - http://www.cgs-mines-paristech.fr/wp-content/uploads/2013/01/SKMBT_36113012816441.pdf

⁴⁸ Site internet [directhopital.com](http://www.directhopital.com) des manageurs hospitaliers - http://www.directhopital.com/Absenteisme--premiere-cause-une-mauvaise-organisation-du-travail-NS_1199.html

⁴⁹ Site internet [infirmiers.com](http://www.infirmiers.com) - <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/infirmiere-dans-la-fonction-publique/quand-hopital-rime-avec-absenteisme.html>

⁵⁰ Bulletin « L'écho actualité JuriSanté » – l'absentéisme à l'hôpital, colloque de l'adRHess – 2014 – <http://asp-indus.secure-zone.net/v2/index.jsp?id=1322/1789/3946&startPage=3>

⁵¹ Article d'Aurélien HELIAS paru dans Gazette Santé Social – mensuel des acteurs sanitaires et sociaux – Mai 2013/n° 96

3.1 D'un système persuasif à un processus d'intéressement présentiel

En première intention, et dans la perspective de vouloir diminuer l'absentéisme en quelques mois, il pourrait être tentant d'avoir recours à des modes opératoires pragmatiques tels que le renforcement des contrôles ou toute forme de récompense à l'assiduité. Toutefois, à y regarder d'un peu plus près, les effets escomptés ne seraient pas nécessairement au rendez-vous des promesses véhiculées par leurs promoteurs ; il est donc nécessaire d'en dégager les forces comme les faiblesses.

3.1.1 Vérifier le motif de l'absence par le contrôle médical et/ou administratif

Afin de mieux responsabiliser les médecins libéraux, la convention médicale conclue au mois de février 2005 comporte un engagement collectif des médecins sur la maîtrise des prescriptions d'arrêt de travail. Par ailleurs, l'assuré a pour obligation d'envoyer dans les 48 heures (sous peine de sanction financière) son avis d'arrêt de travail. Le contrôle exercé par l'assurance maladie peut consister en la visite d'agents en dehors des heures de sortie autorisées. Il est rappelé que la loi du 13 août 2004 renforce les sanctions financières vis à vis des fraudeurs (assurés, employeurs, médecins).

Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les échelons locaux du contrôle ciblent certains motifs d'arrêt, dits « à risque », tels que les lombalgies ou douleurs dorsales. Ils sont considérés comme prétextes à des arrêts injustifiés, décelés sur des assurés en arrêt de travail répétés ou sur des médecins gros prescripteurs.

Si le système législatif en place est en mesure de dissuader certains comportements que d'aucuns pourraient juger douteux, et au-delà du signal envoyé aux agents, le contrôle médical rencontre toutefois des limites incontournables :

- ✓ certains symptômes, plus bénins, permettent au choix de l'assuré l'exercice ou l'interruption de son travail ;
- ✓ lorsque le contrôle intervient plusieurs jours ou semaines après l'arrêt comment contredire le diagnostic initial du confrère ou déceler l'arrêt complaisant ? ;
- ✓ les arrêts de moins de 8 jours demandent un délai très rapide de déclenchement du contrôle difficile à gérer en pratique. Ainsi, seuls les arrêts de plus de 3 mois font l'objet d'un contrôle systématique.

En outre, s'agissant de la FPH, un décret⁵² indique que pour effectuer le contrôle de l'arrêt maladie d'un fonctionnaire hospitalier, il n'existe qu'une seule solution : procéder à tout moment à une contre-visite médicale. Le contrôle a lieu au domicile de l'agent ou sur convocation. Or, les horaires de sortie ne sont pas applicables dans la fonction publique ; si le contrôle peut être inopiné, il ne peut rien donner si le fonctionnaire est absent. Le Conseil d'Etat, par sa jurisprudence, a indiqué que l'absence de l'agent à son domicile le jour d'une contre-visite ne permettait pas la suspension de son salaire. Le contrôle ne peut se faire que sur la base d'une contre-visite dans les locaux des services du contrôle médical. Si l'arrêt n'est pas justifié, l'agent doit être invité à retourner au travail. Et ce n'est seulement après que l'agent n'ait pas rejoint son lieu de travail qu'une procédure disciplinaire peut alors être engagée.

Entre temps, une nouvelle circulaire ministérielle⁵³ met en œuvre, à titre expérimental, un processus de contrôle à peu près semblable à celui applicable dans le secteur privé. Dans ce projet, les CPAM jouent un rôle de contrôle sur les seuls CMO (ne relevant donc ni du CLM, ni du CLD). Ce faisant, les CPAM contrôlent les arrêts inférieurs à six mois et parmi ceux-ci, les arrêts itératifs et les arrêts supérieurs à 45 jours (les arrêts itératifs sont les arrêts qui correspondent à une succession de trois arrêts maladies ainsi que d'un quatrième d'une durée supérieure à 15 jours).

Ce qui est actuellement expérimenté n'est donc pas une solution miracle. Les critères de contrôle par la CPAM, comme vus précédemment, sont restrictifs. L'expérimentation prévoit l'envoi d'une lettre d'avertissement avant le quatrième arrêt dans le cadre d'arrêts itératifs, pour prévenir l'agent du risque de contrôle.

Dans l'expérimentation, si le médecin conseil de la CPAM déclare l'arrêt injustifié, il y a une mise en demeure de revenir au travail pour l'agent. Si l'agent ne reprend pas, le comité médical peut être saisi. Si l'arrêt est injustifié, il faut enclencher la procédure d'abandon de poste. Mais si l'agent ne s'est pas rendu à la convocation, il faut le mettre en demeure de justifier l'absence à la convocation. Si la justification n'est pas satisfaisante, l'administration peut suspendre l'intégralité de la rémunération de l'agent.

La mise en œuvre de cette procédure actuellement à l'étude nécessite donc un suivi régulier et minutieux de toutes les situations d'absence et supposerait presque de dédier (et de rémunérer) une personne à temps plein pour la gestion de cette organisation.

⁵² Décret 88-386 du 29 avril 1988 (article 15) relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

⁵³ Circulaire N°DGOS/RH3/DSS/2A/2012/23 du 17 janvier 2012 relative au contrôle, à titre expérimental, des arrêts maladie des fonctionnaires hospitaliers par les caisses primaires d'assurance maladie

Parallèlement à l'expérimentation, la loi de finances pour 2014 vise le renforcement des procédures de contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires. Actuellement, tout fonctionnaire doit transmettre son arrêt de travail dans les 48 heures. Passé ce délai, il s'expose à une retenue sur salaire. Or, le conseil commun de la fonction publique examine un projet de décret prévoyant qu'en cas de non envoi des pièces nécessaires dans les 48 heures, l'agent serait informé, dans un premier temps, des sanctions auxquelles il s'expose en ne satisfaisant pas à ses obligations statutaires. Il disposerait ensuite de 24 heures pour envoyer ses justificatifs. Ce n'est qu'au second arrêt et d'envoi tardif des documents que l'agent serait rémunéré en demi-traitement. Ce système serait, en l'espèce, plus favorable à l'agent et moins favorable au contrôle des arrêts maladie.

Enfin, le fait pour un fonctionnaire hospitalier d'être absent de son domicile pendant son congé de maladie à des heures de sortie non autorisées n'est pas constitutif d'une sanction disciplinaire⁵⁴. Certes, il ne faut pas généraliser une situation d'abus des arrêts maladie. Néanmoins, pour mettre les choses à plat, il convient de pouvoir contrôler et il serait bon de disposer dans la FPH d'un système partagé par tous, plus simple et plus équitable au regard de l'éthique et de l'équité entre salariés de tous secteurs.

3.1.2 La piste de la promotion du présentéisme

La promotion du présentéisme est l'une des voies vers lesquelles une politique de ressources humaines pourrait se diriger. Ainsi, au nom d'un principe d'égalité, bon nombre d'agents qui jouissent d'une bonne santé, lorsqu'ils sont parfois malades, se rendent malgré tout sur leur lieu de travail. Cette forme d'abnégation ne se traduit, sauf au travers d'une gratitude exprimée par leurs collègues ou leurs cadres, par aucune reconnaissance matérielle en retour.

L'idée de promouvoir le présentéisme reposerait alors sur la valorisation de ces comportements en octroyant aux agents concernés une gratification supplémentaire.

L'un des principaux leviers de la promotion du présentéisme repose sur l'action à mener par la prime de service. Actuellement, le calcul de cette prime se définit par une formule prenant en compte l'indice salarial et la note de l'année précédente. D'autres critères, à la diligence du chef d'établissement, peuvent pondérer cette formule de calcul. Les agents qui ont été absents durant l'année, hormis les cas liés au AT/MP, se voient amputer d'1/140^{ème} de la prime de service par jour d'absence.

⁵⁴ Arrêts CE du 29 avril 1983 (Rec. 167) et CE du 28 septembre 2011 (n° 345238)

Certains établissements mutualisent alors cette somme issue de tous ces 140^{èmes} prélevés pour la reverser à l'ensemble des agents.

Si ce mode de calcul, peut, en théorie, se révéler juste socialement, il n'envoie pas de signal suffisamment fort, en termes de gain substantiels supposés promouvoir le présentéisme.

La solution proposée serait de mutualiser cette somme issue de tous ces 140^{èmes} pour ne la reverser qu'aux seuls agents qui n'ont pas été absents durant l'année. Certes, ce dispositif, tout à fait légal et à la diligence du directeur, peut faire débat. Cependant, il aurait pour effet de promouvoir le présentéisme en récompensant de manière plus appuyée les agents présents tout au long de l'année qui auront eu une charge de travail supplémentaire, en partie due à l'absence de leurs collègues qui ne sont pas nécessairement remplacés.

Néanmoins, la seule promotion du présentéisme ne saurait suffire, au risque de voir une montée en puissance de la stigmatisation des agents dont la santé est plus fragile et/ou dérivées pouvant conduire à dresser les personnels les uns contre les autres.

La position à tenir reste délicate s'agissant de cette proposition. En effet, valoriser le présentéisme par une politique trop incitative, trop exclusive, revient à condamner l'absentéisme. A l'inverse, il peut sembler juste et équitable de vouloir valoriser l'assiduité au regard des contraintes qui pèsent sur les agents présents lorsque leurs collègues sont absents. Ainsi, certains DRH restent convaincus par le fait que de ne pas valoriser suffisamment le présentéisme peut facilement conduire des agents à se laisser porter par une certaine facilité et faire preuve d'une conscience professionnelle peut-être un peu plus édulcorée.

Pour autant, il est également nécessaire de trouver et d'imaginer d'autres actions. Ainsi, plusieurs approches, réparties dans les thèmes abordés aux prochains paragraphes, nécessiteront d'être étudiées et explorées.

3.1.3 Premières réflexions et analyses

Une politique managériale résolument tournée vers le présentéisme est susceptible de présenter des effets délétères. En effet, les salariés présentant une certaine vulnérabilité financière seraient plus enclins à venir travailler au mépris des risques de contagion, d'affaiblissement physique (et/ou psychique) ou d'aggravation de leur état de santé.

Différentes pistes peuvent être exploitées pour tenter de réduire l'absentéisme au travail. Toutefois, il importe d'en étudier et d'en anticiper les effets dans le temps.

Ainsi, d'après une récente étude de l'Alma Consulting Group, il apparaîtrait que la systématisation des contre-visites médicales, les trop fortes incitations financières au présentéisme ou les sanctions soient sans effet ou peu efficaces dans la lutte contre l'absentéisme. Des effets délétères ont été mesurés à l'aune de ces actions qui, *in fine*, se sont avérées contre-productives et ont coûté plus que ce qu'elles n'ont rapporté à l'entreprise.

C'est ce que démontre le Docteur Philippe RODET, ancien médecin urgentiste, selon lequel « pour diminuer l'absentéisme, on a parfois été tenté de recourir à des subterfuges qui ont trop souvent tendance à transformer l'absentéisme en un présentéisme encore plus coûteux »⁵⁵. En effet, d'après l'auteur, plusieurs études tendent à démontrer que le présentéisme est en mesure de coûter plus cher que l'absentéisme.

En marge du présentéisme, une méthode canadienne pousse la réflexion jusqu'à développer une dynamique de prévention sanitaire en fonction du profil sanitaire des employés⁵⁶. Ainsi, le programme s'attaque aux facteurs de risques personnalisés des employés afin d'obtenir de meilleurs résultats sur la productivité. Il se traduit par le développement de politiques de dépistage, de lutte contre le tabagisme, contre l'obésité..., le tout assorti de l'octroi de « subventions » aux employés pour favoriser leur inscription à un club de sport ou l'achat de certaines variétés d'aliments.

Bien que cette démarche, inspirée des théories développées dans l'étude de Whitehall (cf. annexe IV), soit fondée sur un mode participatif, elle se substitue pour autant à toute politique nationale de prévention et franchit allègrement les limites entre prévention et immixtion dans la vie privée.

Enfin, si la valorisation du présentéisme (action sur la prime de service, renforcement des contrôles), fut-elle mesurée à l'aune des réflexions précédentes, est supposément en mesure de produire des effets, la politique de lutte contre l'absentéisme ne saurait reposer sur ses seules épaules.

Ce sont autant de raisons pour lesquelles il importe de s'appesantir sur d'autres pistes, peut-être plus efficaces, fussent-elles s'inscrire sur une politique à moyen ou long terme pour en retirer les bénéfices escomptés.

⁵⁵ Site internet l'Express l'Entreprise (RH & management) – http://lentreprise.lexpress.fr/rh-management/management/le-presenteisme-en-entreprise-bien-plus-couteux-que-l-absenteisme_1513874.html

⁵⁶ Article paru dans la revue Avantages du mois de décembre 2013 - <http://www.bppgcreative.ca/avantages/1213/08-presenteisme-1213.pdf>

3.2 La qualité de vie au travail au centre des préoccupations du DRH

Comme abordé au cours de la première partie de ce mémoire, l'absentéisme puise principalement sa source dans l'exercice professionnel, que ce soit directement ou indirectement. Aussi, il est nécessaire de s'attacher au maximum à recenser les conditions de travail rendues difficiles par la mécanisation des tâches, les gestes du quotidien, les surcharges de travail, les organisations à revoir ou tout dysfonctionnement de nature à perturber le quotidien des équipes.

Il est, par ailleurs, à noter que la qualité de vie au travail est l'un des axes sur lequel la HAS établit un lien fort avec la qualité des soins et qu'elle envisage d'intégrer à la procédure de la prochaine campagne de certification.

Un rapport conjoint HAS/ANACT reprend l'histoire des travaux menés en ce sens⁵⁷, et propose une analyse ainsi que des enseignements en vue de favoriser le déploiement d'expériences à-même de concourir à l'amélioration de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé⁵⁸.

3.2.1 Evaluation des conditions de travail par la mesure de la satisfaction des salariés

Les travaux sur ce sujet, qui ont été développés par la HAS en partenariat avec l'ANACT, se sont inscrits dans une logique d'apports croisés, dont l'objectif était de construire un référentiel partagé. Reposant sur l'expérience concrète de chacun autour des enjeux de qualité et sécurité de soins, ces travaux se sont matérialisés par la publication de documents qui soulignent et réaffirment la nécessité d'évaluation des conditions de travail, notamment au travers de la mesure de la satisfaction des agents.

Comme le souligne le rapport de l'IGAS 2012 sur l'hôpital⁵⁹, les questions de fond sur les conditions de travail doivent être abordées avant de présider à certains arbitrages. C'est sur la base de ce constat que ce rapport cite, entre autres, l'exemple du CHU de Brest qui a mis en œuvre un baromètre social du mal-être au travail.

⁵⁷ Repères et principes d'une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/demarche_qvt_note_es.pdf

⁵⁸ Investiguer la qualité de vie au travail dans le cadre de la certification - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/resultat_experimentation_qvt.pdf

⁵⁹ Rapport de l'IGAS 2012 sur l'hôpital - <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000107/0000.pdf>

Ainsi, un suivi d'indicateurs de qualité de vie au travail est mis en place ; il regroupe les demandes de changements de service, les fiches de signalement d'événement indésirable (FSEI) qui témoignent de relations dégradées entre collègues de travail, d'agressions ou de maltraitance. Il est ensuite croisé avec les déclarations d'AT/MP, les arrêts maladie de courte durée (moins de 3 jours et 4 à 8 jours).

C'est dans cet ensemble d'éléments de contexte qu'il importe de réfléchir sur la conduite d'une enquête de satisfaction à destination du personnel. L'indicateur de qualité de vie au travail, le plus souvent suivi en routine, reste le taux d'absentéisme. En effet, l'établissement est en mesure de mettre en œuvre des systèmes d'analyse et de réaction rapide afin d'anticiper ou de régler des situations problématiques au plus vite, avant qu'elles ne dégénèrent.

Pour autant, il n'existe aucun indicateur susceptible de prendre la mesure objective et sincère des conditions de travail ; pas plus qu'un tableau de bord ne peut faire apparaître des difficultés à court ou moyen terme. L'appréciation de certaines situations repose, pour partie, sur la subjectivité.

Toutefois, c'est par le développement d'un outil visant à anticiper les risques psychosociaux (RPS) que l'établissement sera en mesure d'apporter des réponses précises et concrètes à toute forme de souffrance au travail qu'il aura su détecter suffisamment en amont. C'est essentiellement sur la base de ce postulat que les établissements de santé peuvent mettre en place une enquête de satisfaction auprès du personnel débouchant sur un plan d'amélioration des conditions de travail et de prévention des RPS.

Ainsi, mieux cerner les problèmes présents ou émergents par l'analyse fine des réponses formulées permettrait de lutter, pour partie, contre l'apparition d'un absentéisme en lien direct avec des RPS, notamment au travers :

- ✓ de la compréhension de certaines situations conflictuelles ou en devenir ;
- ✓ de la détection de problématiques susceptibles de positionner les salariés en situation de souffrance ;
- ✓ de la prise éventuelle de mesures avant que des difficultés organisationnelles ne surviennent et ne placent les agents en difficulté ;
- ✓ de certaines propositions ou suggestions émises par les agents eux-mêmes destinées à améliorer les conditions de travail.

Deux questionnaires sont principalement utilisés (KARASEK et SIEGRIST) mais restent, malgré tout, circonscrits à la prévention des RPS, ne laissant finalement que peu d'ouverture à d'autres problématiques sur lesquelles il est également important de se pencher. Le questionnaire de KARASEK⁶⁰ est fondé sur l'idée que ce qui génère le RPS est l'absence de latitude décisionnelle au travers de l'évaluation des contraintes de l'environnement psychosocial au travail⁶¹.

Le questionnaire de SIEGRIST⁶² est basé sur la prédiction de la détresse psychologique et des problèmes de santé qui peuvent survenir, lorsqu'il existe un déséquilibre entre les efforts requis par l'activité et la reconnaissance reçue⁶³.

A titre indicatif, le cabinet d'assurances SOFAXIS (principal assureur des établissements de santé sur le volet RH), par l'intermédiaire de sa filiale DS Services, propose d'accompagner les chefs d'établissements et DRH dans les réponses qu'ils souhaitent obtenir concernant la qualité de vie au travail du personnel.

Sur la base d'un ensemble de questions (cf. annexe VI), ce prestataire procède à une analyse des points susceptibles d'être en tension (changement des organisations, contraintes au travail, relations et comportements, valeurs et exigences du salarié). Une fois les questionnaires recensés, SOFAXIS établit un diagnostic dont il confronte les premiers enseignements à des entretiens individuels et collectifs ainsi qu'à des observations sur le terrain. Enfin, pour chaque facteur de tension, une restitution est effectuée, mettant en exergue les points de vigilance, assortie, le cas échéant, de préconisations. Au sortir de cette enquête de satisfaction des agents de l'établissement, un plan global « objectifs, actions, moyens, indicateurs de suivi, pilotes » est alors proposé avec des niveaux de priorité.

Le projet scientifique de recherche sur l'absentéisme (cf. page 35) développé par le consortium Loire-Atlantique Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé (CLARTE) traite également de la pertinence de l'enquête de satisfaction au travers du questionnaire Saphora-Job version 2004 à 51 items)⁶⁴.

⁶⁰ Exemple de questionnaire : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Qsumer021.pdf>

⁶¹ Site internet de l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles) - <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?reflNRS=FRPS%202>

⁶² Exemple de questionnaire : <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/mesure-desequilibre-efforts-recompenses-questionnaire-siegrist/>

⁶³ Site internet de l'INRS - <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?reflNRS=FRPS%203>

⁶⁴ Site internet CLARTE – projet scientifique (pages 44 et 45 du projet) - http://www.clarte-sante.fr/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&file=fileadmin/Contenus_site/Revue_de_presse/Protocole-V3-01102010.pdf&t=1411047741&hash=daee684df75b90758ea223f36b0925051b4bc6c9

3.2.2 Amélioration et optimisation des conditions de travail

D'après le rapport statistique de la CNRACL⁶⁵, Les accidents interviennent pour 77 % d'entre eux dans les services de soins (78 % des accidents de service, 72 % des accidents de trajet et 66% des maladies professionnelles).

S'il est difficile de lutter contre les accidents de trajets, bien que les établissements puissent promouvoir des campagnes de prévention routière, les accidents en service doivent être l'une des priorités majeures dans la politique de réduction des AT.

A titre indicatif, sur la base du rapport de la CNRACL, les accidents les plus fréquents sont (extrait des données chiffrés du rapport) :

Éléments matériels	Nombre de jours moyens par arrêt
Efforts liés à la manutention de malades	40,1
Chutes ou glissades	39,5
Manipulation d'outils ou d'instruments coupants, piquants ou tranchants, souillés (sang, urine, produit biologique, etc.)	15,9
Efforts liés à la manutention de charges	34,2
Objet ou masse en mouvement accidentel ou non	28,8

Ces informations statistiques sont issues de données concernant près d'un million de personnes affiliées à la CNRACL et ayant participé au dispositif d'enquête sur les AT/MP (ce qui représente presque 20 % des effectifs de la fonction publique).

A la lumière de ces résultats, il est opportun de concentrer et/ou poursuivre les efforts des établissements de santé sur l'amélioration et l'optimisation des conditions de travail.

Si les ANACT et ARACT apportent leur expérience et leur expertise aux centres hospitaliers qui le souhaitent, s'agissant de promouvoir la santé au travail comme cela a été abordé dans l'avant dernier paragraphe 1.2.1., d'autres dispositifs peuvent venir en soutien d'une démarche efficiente en termes de prévention.

La première des démarches porte sur la commande d'un audit organisationnel sur certains services dont la fréquence des AT/MP est supérieure à celle des autres et à l'endroit desquels l'établissement n'est pas en mesure d'apporter de réponse significative.

⁶⁵ Site internet du fonds national de prévention (FNP) de la CNRACL https://www.cdc.retraites.fr/portail/IMG/pdf/rapport_hospitalier_2012-2.pdf

Si cela fait appel à un investissement au départ, l'opération serait vraisemblablement rentabilisée à court ou moyen terme via les économies réalisées sur la diminution des AT/MP du service. En effet, le regard expert et extérieur reste le plus objectif et mettra plus facilement en lumière les dysfonctionnements organisationnels auxquels les équipes sont parfois confrontées et habituées.

L'autre axe principal d'amélioration des conditions de travail s'articule autour du Document Unique. S'il revêt un caractère obligatoire, il importe, au-delà de sa mise en place initiale, de le réévaluer chaque année pour le faire évoluer. En effet, de trop nombreux établissements possèdent un document unique dont la mise à jour n'a pas été effectuée depuis quelques années, quand parfois, il n'en existe tout simplement pas.

L'évaluation des risques et la proposition d'un plan d'actions au travers du D.U. est une composante essentielle du dialogue social. Par ailleurs, au regard des enjeux dans la perspective d'une véritable politique de prévention des risques professionnels, son absence peut entraîner des effets particulièrement délétères. En effet, la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées permet d'offrir de meilleures conditions de travail et augure d'une diminution du risque d'accident ou de maladies professionnelles.

Le plan d'actions et le programme annuel de prévention en découlant du D.U. sont susceptibles de favoriser l'amélioration des conditions de travail. Ceci, notamment au travers d'aménagement des postes de travail ou d'acquisition de matériels ou de systèmes visant à lutter contre la pénibilité des tâches du quotidien. A titre d'exemple, l'acquisition de lits à hauteur variable ou de lève-malades permet de prévenir les lombalgies (pathologie la plus relevée chez les AS). Ces équipements peuvent être financés dans le cadre de contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) signés entre établissements de santé et ARS.

En vue de soutenir certains axes d'amélioration des conditions de travail, il peut être également fait appel au fonds national de prévention (FNP) des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Positionné au sein de la CNRACL, le Fonds propose de participer au financement de mesures de prévention, plus particulièrement orientées, actuellement, sur les risques psycho-sociaux (RPS), et dont peuvent bénéficier les établissements publics de santé. Ainsi, durant mon stage professionnel, j'ai constitué un dossier de demande d'aide financière afin d'accompagner le centre hospitalier de Vitré dans les différents projets d'amélioration des conditions de travail.

Ceux-ci, en lien direct avec certaines orientations du projet social, s'inscrivaient notamment dans la conduite des actions de prévention des RPS. Si le dossier est accepté par le FNP⁶⁶, le financement porterait sur un accompagnement total ou partiel (pouvant s'élever jusqu'à 50.000 €) du temps agent qui aura été déployé pour accompagner les orientations décrites ci-après :

- promouvoir la qualité de vie au travail par la mise en place une enquête de satisfaction auprès du personnel débouchant sur un plan d'amélioration des conditions de travail (cf. axe développé au paragraphe 3.2.1.) ;
- accompagner les agents en difficulté professionnelle par :
 - ✓ le déploiement d'une cellule d'accompagnement à l'emploi et/ou à la reconversion au sein de l'hôpital dédiée aux agents en retour de longue maladie ou inaptitude professionnelle,
 - ✓ la mise en place d'un dispositif de détection et de signalement des situations de mal-être au travail (dispositif de formation / action).
- redéfinir la politique de gestion des remplacements par la valorisation des actions conduites (réunions de travail entre encadrement, organisations syndicales et direction des ressources humaines et direction des soins) en vue d'arrêter de manière collégiale et consensuelle une procédure définitive sur la gestion des remplacements. La gestion des remplacements repose actuellement sur le système dit de « zones de pointage ». Cette procédure est anxiogène pour les agents puisqu'ils sont susceptibles d'être rappelés pour remplacer leurs collègues malades avec, parfois, un faible préavis.

Enfin, certains éléments de la formation professionnelle peuvent concourir à l'amélioration des conditions de travail. En effet, le déploiement de professionnels référents (reposant, par exemple, sur les kinésithérapeutes ou les ergothérapeutes) permettrait de dispenser aux autres agents des formations aux bons gestes et postures. Une acculturation progressive aux bonnes pratiques, par la conduite d'enseignements réguliers, favorise la diminution sensible du nombre d'AT/MP liés aux manipulations des patients, aux manutentions d'objets encombrants, lourds ou en mouvement.

Quelles que puissent être les stratégies développées dans ce paragraphe, au-delà de la nécessité d'être partagées par un large collectif, l'implication du manager ou du décideur reste essentielle dans la dynamique à impulser en termes de qualité de vie au travail.

⁶⁶ à la date de clôture du présent mémoire, le dossier transmis à la CNRACL le 2 septembre était encore en attente d'examen par la commission du FNP.

3.3 Pour un management efficient et performatif

Un management efficient consiste à recentrer le responsable sur le facteur humain et la motivation qu'il saura en tirer. Spontanément, la motivation pour un métier, un poste, une tâche, une fonction, voire un établissement de soin, n'est pas le plus souvent innée, tant il est vrai qu'il ne s'agit pas d'une qualité intrinsèque. Le secteur public ne dispose que de très peu de latitude en termes de motivation salariale. C'est donc bien l'hôpital, son projet, son encadrement et sa politique de gestion qui posent les fondations de la motivation des agents et de l'enthousiasme professionnel susceptible de s'y rapporter.

3.3.1 Un encadrement de proximité, pierre angulaire du dispositif...

L'encadrement joue un rôle éminemment stratégique dans la bonne marche des organisations et de la chaîne fonctionnelle des établissements de santé. Pour autant, si la latitude de décision semble étendue, les réalités contextuelles et économiques réduisent d'autant les marges de manœuvre. La gestion des remplacements est une problématique d'envergure qui dépasse parfois le responsable et qui nécessite peut-être une interrogation quant à la sensibilisation et l'intéressement des équipes.

Face à un absentéisme régulier, peut-être serait-il opportun d'introduire une notion d'engagement réciproque, notamment en période de vacances estivales. L'idée serait d'établir un contrat moral avec les agents du service au terme duquel l'étalement des congés d'été, traditionnellement effectué sur 3 mois (ce qui est règlementaire et qui arrange fort peu les équipes) pourrait être réduit à 2 mois, à condition que les effectifs puissent être constants. Cette action de sensibilisation aurait peut-être pour effet de dépasser (dans la mesure du raisonnable) certaines difficultés ou particularismes individuels au profit d'un collectif qui saurait alors en tirer profit. Si ce contrat ne pouvait être respecté l'année de sa mise en œuvre, il ne serait pas reconduit l'année suivante (on peut alors espérer une prise de conscience pour l'avenir). Si le contrat était rempli, en ce cas, il pourrait être reconduit les années suivantes voire étendu par une plus grande souplesse dans la prise de congés sur d'autres périodes (notamment au moment des fêtes de fin d'année).

L'implication de l'encadrement reste également la clé de voute du management d'équipe. En première ligne pour impulser une dynamique collective et participative, il importe au responsable ou au cadre d'être au plus près des agents, tant à l'écoute de leurs problématiques, que dans l'information et la communication autour des projets de l'établissement et des enjeux qui y sont associés.

Mais au-delà de ces dispositions, il convient également d'assurer le suivi de ceux dont il est de « notoriété publique » que leurs arrêts maladie s'inscrivent dans un absentéisme jugé de confort ou abusif. Il est important que cette démarche puisse être entreprise, à la fois pour éviter que les situations ne se cristallisent ou ne se sédimentent, mais également pour prévenir certains de ces comportements susceptibles de faire écho au sein des équipes. En effet, au cours des différents échanges avec les professionnels durant le stage, j'ai pu observer que des agents souffrant parfois du dos (par exemple) se rendaient malgré tout au travail. Ceux-ci, regrettant que d'autres soient restés chez eux pour moins que cela, pourraient bien être tentés, à la faveur d'un nouveau problème de santé, d'en faire de même.

Il m'est effectivement arrivé à plusieurs reprises, lorsque j'étais administrateur de garde, d'être appelé pour intervenir sur des remplacement d'agents qui ne venaient pas travailler en raison de céphalées ou de vertiges deux heures avant de prendre leur service (le plus souvent à la veille d'un week-end).

Bien que ces comportements restent à la marge (3 à 5 % des effectifs), c'est un signal fort envoyé aux équipes que de s'attacher à cerner les causes du problème. Il est nécessaire d'y remédier avec l'agent en étudiant avec lui toute possibilité pour sortir par le haut de cette situation. L'instauration systématique d'un entretien dès le retour au travail après chaque absence pourrait, selon le cas, aboutir à une réflexion. S'il s'avérait que les conditions de travail n'étaient plus réunies ou plus supportables par l'agent au point que cela influe sur sa santé, une décision pourrait alors être prise. Celle-ci porterait sur la perspective d'un changement de service, d'un changement d'horaires (passage de nuit en jour ou inversement), voire une procédure de reclassement professionnel.

Par ailleurs, à la lumière des problématiques soulevées en fin de paragraphe 2.3.3. concernant les femmes enceintes en service de soin, il serait opportun que les cadres soient en mesure d'aménager des postes spécifiques ou des organisations temporaires. Ce faisant, elles se sentiraient davantage rassurées sur le fait que leur exercice professionnel ne constitue pas une entrave à leur grossesse et ne risque pas de conduire à des problématiques pathologiques. Certes, les futures mamans seraient retirées temporairement des tâches les plus physiques, ce qui peut faire appel à une réorganisation ponctuelle, voire irrégulière. Pour autant, elles pourraient être employées à d'autres tâches (en lien avec la certification qualité par exemple) parfois laissées en attente par les nécessités et/ou les urgences du quotidien. Cette réflexion doit néanmoins dépasser le périmètre du service pour être étendue à l'ensemble de l'établissement.

Sous un angle différent en termes d'encadrement de proximité, le contrat de pôle impulsé par la loi HPST a pu poser les premières bases d'une gestion concertée entre l'administration et le corps médical.

Cette délégation de gestion a vu naître une plus grande implication des acteurs dans la vie du service dans le cadre d'une responsabilité collective et partagée. Au-delà de la logique comptable, d'autres aspects peuvent être intégrés dans la contractualisation. Ainsi, celle de l'allocation de moyens financiers supplémentaires en échange de la diminution de l'absentéisme permet de s'inscrire dans une dynamique de cercle vertueux où chaque partie peut retirer les bénéfices qu'elle peut faire fructifier avec le temps : un pôle qui développe des stratégies payantes pour réduire les arrêts maladie (à condition que des marges de manœuvre existent) voit ses moyens augmenter, ce qui concourt directement à l'amélioration des conditions de travail.

3.3.2 ... complété par la mise en œuvre d'une politique RH au plus près du terrain

Si des audits ponctuels sur l'absentéisme de l'établissement sont en mesure d'apporter un éclairage instantané, voire rétrospectif s'ils sont étendus aux exercices précédents, il est peut-être préférable de pérenniser un outil partagé de lecture et d'analyse.

Celui-ci, à l'instar d'un tableau de bord élaboré collégialement avec la DRH, la direction des soins et toute personne dont l'expertise peut s'avérer utile ou nécessaire, permettrait non seulement de suivre l'évolution du phénomène en temps réel, mais également de solutionner plus rapidement certaines problématiques et fournirait une aide à la décision.

Cela peut être couplé à une décentralisation du processus de gestion et de suivi de l'absentéisme au niveau le plus pertinent, à savoir le pôle.

A titre d'illustration, l'outil VENUS, créé pour le centre hospitalier de Lens, a été déployé sur les pôles cliniques afin de moderniser la procédure de remplacement des absences du personnel soignant. Il s'agit d'un dispositif informatique fonctionnant en réseau qui permet un suivi en temps réel les arrêts maladie dans les différents services et de connaître le taux de compensation nécessaire.

L'outil VENUS offre également une anticipation des besoins de remplacement sur la base de choix raisonnés. Ses règles de fonctionnement ont recréé du lien entre les services et permis de remettre en place une dynamique de gestion, notamment entre directions et cadres de proximité.

La DRH et la DSI disposent d'une meilleure visualisation de la situation, et peuvent donc faire preuve d'une plus grande réactivité. L'objectif principal est d'améliorer la rapidité de la réponse et de la garantir une confiance mutuelle entre directions et unités de travail.

S'agissant des organisations, lorsque certaines prises en charge évoluent (notamment avec le vieillissement de la population) ou que les taux d'occupation des services fluctuent (à la hausse ou à la baisse), certaines problématiques d'absentéisme apparaissent.

Ce peut être l'occasion pour procéder à une révision de la répartition des charges de travail et un redimensionnement des équipes, sur la base d'une étude entre l'adéquation des ratios « effectifs / patients ». Cette dynamique peut également associer une remise en question sur certaines procédures ou pratiques professionnelles afin d'améliorer les conditions de travail en termes organisationnels. C'est précisément ce que le centre hospitalier de Vitré a entrepris pour le service de SSR dont les choix se sont avérés payants.

Parmi les autres pistes de réflexions, il importe également de promouvoir la mobilité professionnelle. En effet, même si chaque service connaît, globalement des problématiques génériques, il n'en demeure pas moins qu'il existe des disparités et que certains services de soins sont réputés être plus difficiles que d'autres, lorsque ce ne sont pas des tensions qui rendent l'exercice professionnel difficile. Il suffit parfois d'étudier les demandes de changement de service pour s'en convaincre.

Aussi, tant au nom du principe d'équité entre agents, que de lutte contre une certaine forme de burnout ou de lassitude professionnelle, le développement d'une stratégie de mobilité professionnelle, fondée sur le volontariat, contribuerait largement au mieux-être au travail. En effet, tout un chacun pourrait y trouver son compte :

- ✓ Un épuisement professionnel concentré sur une certaine patientèle qui se trouverait limité ou contraint dans sa durée ;
- ✓ Des tensions entre agents et/ou responsables qui ne se sédimenteraient pas avec le temps ;
- ✓ Une meilleure compréhension des problématiques que peuvent rencontrer d'autres services lorsque celles-ci sont vues sous un autre angle ;
- ✓ Un regard nouveau favorisant à la fois le partage de l'expérience et des pratiques professionnelles ;
- ✓ L'apport d'une culture différente et d'un enrichissement mutuel conduisant à un développement des compétences...

L'idée serait de pouvoir proposer, par exemple, un renouvellement des effectifs du service par quart tous les quatre ans (ou par cinquième tous les cinq ans). Bien entendu, les salariés ne souhaitant pas être intégrés à ce dispositif auraient tout à fait le droit de rester à l'endroit où ils se trouvent.

Avec le temps, ils seraient peut-être convaincus du bienfondé de la mesure et des bénéfices qu'ils pourraient en tirer. Il importe de souligner qu'il s'agit d'un concept couramment pratiqué au sein de certains services logistiques. En effet, la polyvalence dans les différents postes de travail (comme en blanchisserie ou en cuisine) permet de lutter contre la répétition des mêmes tâches afin d'éviter l'apparition de TMS ou d'enfermement dans son exercice professionnel.

Enfin, le projet social, élaboré en concertation avec l'ensemble des partenaires sociaux, permet à l'hôpital de définir clairement sa politique de développement social et de fédérer l'ensemble des personnels autour d'objectifs communs dans une culture d'établissement partagée. L'élaboration du projet social reste un outil de dialogue autour duquel les instances décisionnelles du centre hospitalier se réunissent afin de conduire un travail de réflexion et de construction dans le cadre de l'exercice professionnel. Cette démarche poursuit plusieurs objectifs essentiellement concentrés sur l'amélioration des conditions de travail et la prévention des RPS.

Il participe également à la démarche globale de résorption des risques professionnels et psycho-sociaux. En effet, les éléments de réponse à certaines problématiques ne reposent pas essentiellement entre les mains des experts. La réflexion élargie à l'ensemble des agents, par l'intermédiaire de leurs représentants, pose les fondations d'une prévention dont certains pans du projet social se font l'écho.

Conclusion

Au-delà des spécificités d'emploi, qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés de santé, de petites ou moyennes entreprises, le taux d'absentéisme constitue généralement l'un des principaux indicateurs socio-professionnels au regard du bien-être au travail, du climat social et des liens tissés entre professionnels.

Sans nécessairement analyser dans le détail les raisons susceptibles de présider aux arrêts maladie, plus ce taux est faible, plus il est révélateur de conditions de travail satisfaisantes, d'une ambiance professionnelle agréable, ainsi que d'une bonne santé physique et morale des salariés. Ceux qui sont motivés et qui se sentent bien dans leur environnement professionnel outrepasseront plus volontiers, dans la limite du raisonnable, certains soucis de santé qu'ils laisseront à la porte de leur lieu de travail.

Quelle que soit la fonction : chef d'établissement, DRH ou directeur des soins, chacun est pleinement conscient que l'établissement public de santé a atteint un haut niveau d'exigence de qualité et d'efficience dont les effets peuvent, supposément, avoir un impact sur le travail et la santé des agents.

S'il n'existe que peu de marges de manœuvre en termes de valorisation salariale, il est primordial de souligner l'importance du facteur humain et la nécessité de reconnaissance des individus, tant professionnelle que personnelle.

Qu'il s'agisse de la littérature ou des études empiriques conduites sur le sujet, il ressort clairement que l'existence d'un cercle vertueux associant qualité de vie au travail, conditions d'exercice et qualité des soins est bien réelle. Cela se vérifie chaque jour et doit rester en mémoire de tout manager dans la perspective d'une future prise de poste.

Ce sont autant de raisons pour lesquelles il convient de mettre en perspective l'ensemble des mesures à prendre. Celles-ci devront nécessairement reposer sur quatre piliers qui soutiendront la qualité des actions conduites en termes de stratégie ou de management : éthique, transparence, équité et pédagogie.

Enfin, l'implication de tous les acteurs, le contexte économique de l'établissement et un climat social apaisé ne pourront que contribuer à jouer un rôle majeur dans la limitation des effets de l'absentéisme qui, s'il incarne une réalité, n'est pas une fatalité.

Bibliographie

Références juridiques

Loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014

Instruction n° DGOS/RH3/ DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics de santé

Circulaire N°DGOS/RH3/DSS/2A/2012/23 du 17 janvier 2012 relative au contrôle, à titre expérimental, des arrêts maladie des fonctionnaires hospitaliers par les caisses primaires d'assurance maladie.

Circulaire DGOS/RH3 n° 2011-491 du 23.12.2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière

Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 – dite HPST – Titre 1er, chapitre 1er, article 1 IV et article L.6112-3 du code de la santé publique

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Décret n° 2001-1016 du 05.11.2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs et sa circulaire d'application n°6 DRT du 18.01.2002

Décret 88-386 du 29 avril 1988 (article 15) relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

Loi du 13 juillet 1983 portant sur les droits et les obligations des fonctionnaires – article 20

Loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) – dite loi Auroux – et article L. 4612-1 du code du travail relatif au CHSCT

Manuels, ouvrages, rapports, articles spécialisés

Bulletin « L'écho actualité JuriSanté » – l'absentéisme à l'hôpital, colloque de l'adRHess – 2014

DERENNE, O. LUCAS, A. - Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, la gestion et l'organisation des ressources, Tome 1, Editions EHESP, 2014

Bernard MARTORY, Daniel CROZET – Gestion des ressources humaines, pilotage social et performances (8^{ème} édition) – 2013

François MEULEMAN – Vaincre l'absentéisme – 2011

Dr Philippe RODET, Romain BOURDU – Se protéger du stress et réussir : Sept leviers de motivation – septembre 2011

Sophie RANDON, Christophe BARET, Christine PRIOUL - Revue Management & Avenir Le management des ressources humaines. La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale - Novembre 2011

Yvon BRUNELLE – Revue Pratiques et Organisation des soins - Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner – 2009

Chantal de SINGLY – Rapport de la mission cadres hospitaliers – ministère de la santé et des sports - 2009

Florence DOUGUET, Jorge MUNOZ – Santé au travail et travail de santé – 2008

Madeleine ESTRYN-BEHAR – Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe - 2008

Jean-Pierre BRUN – Management d'équipe, 7 leviers pour améliorer bien-être et efficacité au travail - 2008

Philippe POITOU – Souffrances, le coût du travail humain – 2005

<Pascal WESTRELIN> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2014>

Liste des annexes

ANNEXE I : METHODE DE CALCUL DE L'ABSENTEISME	III
ANNEXE II : ETUDE COMPARATIVE (EXTRAIT) DE L'ABSENTEISME ENTRE AGENTS TRAVAILLANT A TEMPS PLEIN ET AGENTS TRAVAILLANT A TEMPS PARTIEL (80%)	VI
ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE CADRE OU LE RESPONSABLE DE L'UNITE DE TRAVAIL	X
ANNEXE III bis : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES AU COURS DES DIFFERENTS ENTRETIENS CONDUITS	XI
ANNEXE IV : ANALYSE SANITAIRE ET SOCIOLOGIQUE EN MESURE D'EXPLIQUER UN CERTAIN ABSENTEISME	XII
ANNEXE V : ETUDE EVOLUTION DE L'ARRET MALADIE LIE A L'ETAT DE GROSSESSE EN EHPAD	XIV
ANNEXE VI : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION TYPE	XVII

ANNEXE I

METHODE DE CALCUL DE L'ABSENTEISME

J'avais initialement souhaité partir *ex-nihilo* pour établir un mode de calcul de l'absentéisme. Mon souci était, d'une part, de mettre en cohérence les paramètres à retenir, d'autre part, l'outil devait permettre une comparaison dans la durée.

Je me suis également entretenu avec de nombreux DRH et/ou chefs d'établissement (15 établissements au total) en vue de recueillir leurs avis sur la question.

Ma logique, partagée par l'ensemble des DRH contactés, arrêtait le calcul suivant :

$$\frac{\text{Nombre total de jours d'absence du personnel}}{\text{Nombre total d'agents x nombre de journées de présence théorique dans l'année}} \times 100 = \text{taux d'absentéisme (en \%)}$$

Toutefois, le nombre de journées théoriques diffère selon que l'on travaille à repos fixe, à repos variable, de nuit, ou que l'on bénéficie de 14 ou 19 RTT. Ainsi, dans un souci d'objectivité et de finesse du résultat, j'avais imaginé la formule suivante afin de respecter les proportions (les agents à repos variable de jour étant bien plus nombreux que ceux de nuit ou à repos fixe par exemple) :

Nb total de jours d'absence des agents...	à repos fixe (14 RTT)	+ repos fixe (19 RTT)	+ repos variable de jour	+ repos variable de nuit
Nb total d'agents...	à repos fixe (14 RTT)	+ repos fixe (19 RTT)	+ repos variable de jour	+ repos variable de nuit
x le nombre de jours théoriques travaillés (a)	x 211	x 207	x 206	x 223

(a) celui diffère selon la catégorie socio-professionnelle (A, B ou C) et le nombre de RTT de l'agent

Exemple simplifié et argumenté :

Un ets hospitalier composé de :

- 30 agents à repos fixe (14 RTT)
- 19 agents à repos fixe (19 RTT)
- 230 agents à repos variable de jour (14 RTT)
- 15 agents à repos variable de nuit (0 RTT)

Chaque « catégorie » ouvre donc droit à un nombre différent de jours travaillés dans l'année, soit :

- 211 pour les repos fixe à 14 RTT
- 207 pour les repos fixe à 19 RTT
- 206 pour les agents de jour (repos variable arrêté à 14 RTT)
- 223 pour les agents de nuit (repos variable sans RTT)

Nb total de jours d'absence des agents...	à repos fixe (14 RTT)	+ repos fixe (19 RTT)	+ repos variable de jour	+ repos variable de nuit
	900	+ 300	+ 5500	+ 300
	(30 x 211)	+ (19 x 207)	+ (230 x 206)	+ (15 x 223)

Donc :

$$\frac{900 + 300 + 5.500 + 300}{(30 \times 211) + (19 \times 207) + (230 \times 206) + (15 \times 223)} = \frac{7.000}{(6.330) + (3.933) + (47.380) + (3.345)} = \frac{7.000}{60.988} \times 100 = 11,48 \%$$

Ce mode de calcul tient compte du volume d'effectifs de chaque catégorie par rapport à son propre taux d'absentéisme. En effet, le résultat peut être différent selon que l'on calcule une moyenne globale ou que l'on individualise les catégories car les résultats risquent d'être biaisés.

Ces réflexions se sont toutefois heurtées à la parution de l'instruction n° DGOS/RH3/ DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics de santé qui conduit, dans son indicateur n° 6, à une autre lecture du taux d'absentéisme comprenant une formule qui m'a posé question (et également aux DRH contactés) :

Nombre de jours d'absence du personnel

$$\frac{\text{-----}}{\text{ETP moyen sur l'année x 365}} \times 100 = \text{taux d'absentéisme (en \%)}$$

A la lumière du calcul de l'absentéisme, on ne peut que conclure à un bouleversement des signaux que tous les chefs d'établissements et DRH se faisaient jusqu'alors s'agissant des résultats obtenus. En effet, si l'on applique cette méthode pour l'établissement et avec les chiffres repris dans l'exemple précédent cela donnerait :

$$\frac{7.000}{273 \text{ (b)} \times 365} = \frac{7.000}{99.465} \times 100 = 7,04 \%$$

(b) estimation moyenne d'ETP par rapport à un réel de 294 agents (cf. la proportion de 92.75 % pour le CH de Vitré – chiffres 2013)

Ce nouveau mode de calcul appelle donc à un changement de paradigme puisque pour des données identiques en termes de jours d'absence (cf. la formule sur laquelle j'avais travaillé), le taux d'absentéisme chute de 11,48 % à 7,04 %, soit, - 38,67 %

Après avoir pris contact avec l'un des chargés de mission de la DGOS qui a collaboré à ce dossier, il ressort que cette stratégie a été adoptée dans un souci de comparabilité et de meilleure lisibilité entre les différentes fonctions publiques. Si cela peut, de prime abord, surprendre en raison de la spécificité des différents métiers et contraintes des trois fonctions publiques, il importe désormais de se projeter rapidement vers des représentations nouvelles.

C'est la raison pour laquelle j'ai préféré, à l'instar du baromètre de mesure de l'assureur Malakoff/Médéric, mesurer le nombre de jour d'absence moyen par agent sur les 3 dernières années (2011/2012/2013) au CH de Vitré en appliquant la formule de calcul suivante :

$$\frac{\text{Nombre de jours total d'absence}}{\text{ETP moyen sur l'année}} \times 5/7 *$$

(par catégorie choisie : grade, service, budget.....)

* les agents travaillant en moyenne 5 jours par semaine

ANNEXE II

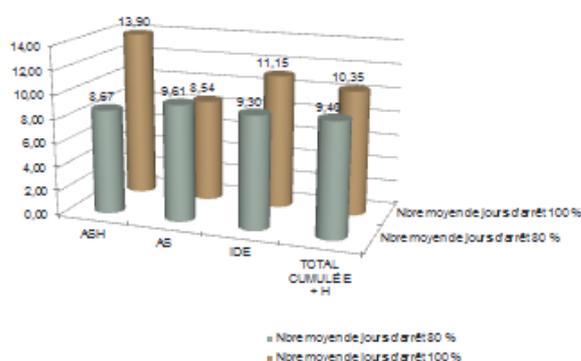
ETUDE COMPARATIVE (EXTRAIT) DE L'ABSENTEISME ENTRE AGENTS TRAVAILLANT A TEMPS PLEIN ET AGENTS TRAVAILLANT A TEMPS PARTIEL (80%)

CHAMP DE L'ETUDE

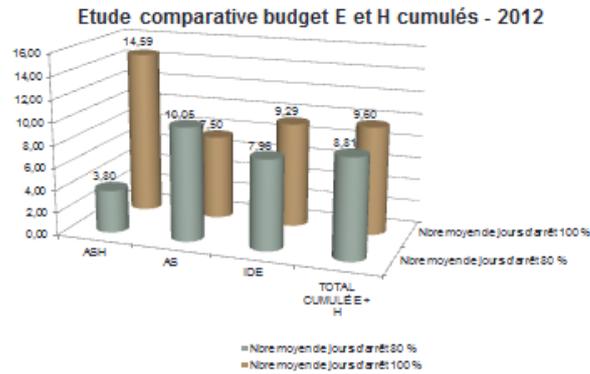
- ❑ ASH/AS/IDE (et assimilés), titulaires, stagiaires et en CDI, des budgets E et H : catégories socio-professionnelles les plus représentatives (70 % des effectifs de l'ets)
- ❑ Comparaison entre les 80 % et les 100 % : le 80 % représente la quotité de temps majoritairement demandée par les agents
- ❑ Exclusion des CLD, CLM, congés maternité et jours exceptionnels (sauf garde d'enfant malade) : éviter les biais de sélection
- ❑ Etude portant sur l'absentéisme inférieur ou égal à 21 jours (courte et moyenne durée) et inférieur ou égal à 5 jours (très courte durée) :
- ❑ Etude conduite sur les exercices 2011 / 2012 / 2013 : volontairement fait pour dissiper l'éventuel effet « jour de carence »
- ❑ Formule de calcul : (Nombre de total de jours d'arrêt par catégorie socio-professionnelle divisé par le nombre d'agents de la catégorie) divisé par 5/7^{ème} = nombre de jour moyen d'arrêts par agent de la catégorie socio-professionnelle étudiée sur l'année

EXERCICE 2011 (arrêts < ou = à 21 jours)

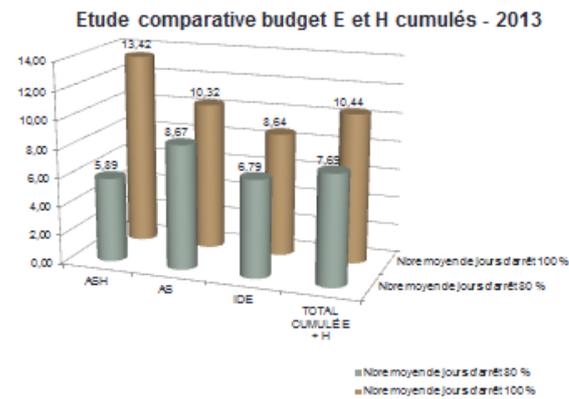
Etude comparative budget E et H cumulés - 2011



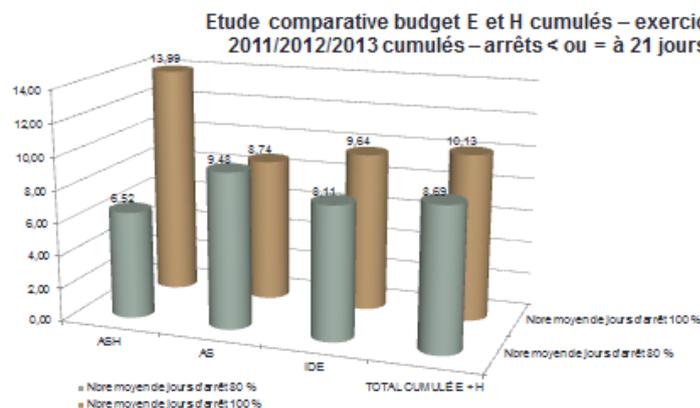
EXERCICE 2012 (arrêts < ou = à 21 jours)



EXERCICE 2013 (arrêts < ou = à 21 jours)

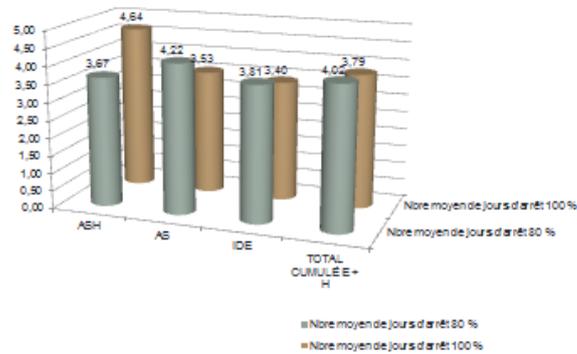


SYNTHESE GLOBALE (arrêts < ou = à 21 jours)



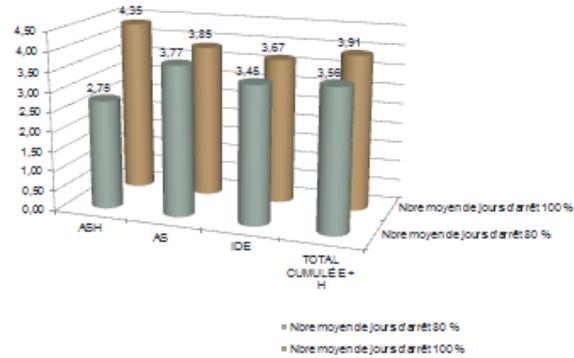
EXERCICE 2011 (arrêts < ou = à 5 jours)

Etude comparative budget E et H cumulés - 2011



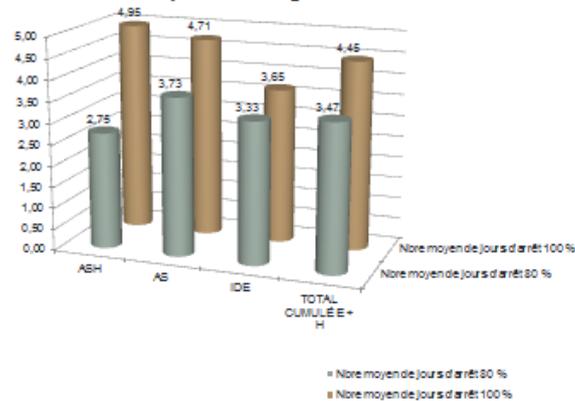
EXERCICE 2012 (arrêts < ou = à 5 jours)

Etude comparative budget E et H cumulés - 2012



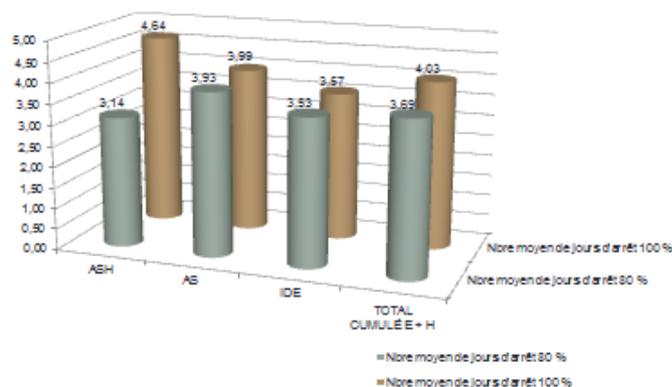
EXERCICE 2013 (arrêts < ou = à 5 jours)

Etude comparative budget E et H cumulés - 2013



SYNTHESE GLOBALE (arrêts < ou = à 5 jours)

Etude comparative budget E et H cumulés - exercices
2011/2012/2013 cumulés – arrêts < ou = à 5 jours



SYNTHESE / CONCLUSION

- La **moyenne d'âge** des agents travaillant à 80 % est de **40 ans**, celle des agents à **temps plein** est de **41 ans**
- Les **arrêts inférieurs ou égaux à 21 jours** sont, en moyenne et par personne, de **1,44 jours** de moins pour les agents travaillant à 80 % (cf. graphiques des **3 exercices cumulés**) – concerne en totalité **219 agents** sur les 3 ans
- Les **arrêts inférieurs ou égaux à 5 jours** sont, en moyenne et par personne, de **0,34 jour** d'arrêt de moins pour les agents travaillant à 80 % (cf. graphiques des **3 exercices cumulés**) – concerne en totalité **180 agents** sur les 3 ans

ANNEXE III

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE CADRE OU LE RESPONSABLE DE L'UNITE DE TRAVAIL

CONNAISSANCE DU CADRE / RESPONSABLE DANS SON ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL

- Ancienneté dans la FPH
- Autres expériences dans le privé ou ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif)
- Cursus professionnel
- Expérience similaire d'encadrement dans d'autres établissements
- Ancienneté dans l'établissement

PERCEPTION GLOBALE DE L'ETABLISSEMENT ET DU SERVICE DONT IL/ELLE ASSURE L'ENCADREMENT OU LA RESPONSABILITE

- Premières impressions générales ; détection de particularités ou singularités
- Evolution du profil des patients, des résidents,
- Evolution de l'état d'esprit des agents
- Les forces et faiblesses du service

L'EXERCICE PROFESSIONNEL DES AGENTS DONT IL ASSURE L'ENCADREMENT OU LA RESPONSABILITE

- La charge de travail
- La formation professionnelle
- Le glissement de tâches
- Les conditions de travail
- Les relations entre agents et avec les patients
- Ce qui fonctionne bien, les organisations perfectibles, les éventuelles difficultés rencontrées par les agents

APPRECIATION DE L'ABSENTEISME AU SEIN DU SERVICE OU DE L'UNITE

- Observation du service et perception de la situation
- Comparaison avec les expériences professionnelles passées (dans les précédents exercices professionnels, dans d'autres services ou établissements)
- Analyse objective de la situation
- Critique de certaines pistes d'amélioration ou mesures développées en 3^{ème} partie du mémoire et, le cas échéant, contre-propositions

ANNEXE III bis

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES AU COURS DES DIFFERENTS ENTRETIENS CONDUITS

M. BARRENECHEA, directeur des soins
Mme LE BOZEC, cadre supérieur de santé
Mme ROZÉ, cadre supérieur de santé

M. BEDIER, cadre de santé (service de chirurgie / hôpital de jour / consultations externes)
Mme ROUXEL, cadre de santé (médecine A)
Mme BELLIER, cadre de santé (médecine B)
Mme LECANU, cadre sage-femme (maternité)
Mme MORFOISSE, faisant fonction de cadre de santé (pédiatrie)
Mme LEMETAYER, cadre de santé (bloc opératoire)
Mme LE DENMAT, cadre de santé (radiologie)
Mme COLLET, cadre de santé (urgences / unité de soins continus)
Mme EHRHART, cadre de santé (soins de suite et de réadaptation)
Mme CHAREYRE, cadre de santé (unités de soins de longue durée)
M. LORGUILLOUX, faisant fonction de cadre de santé (EHPAD)
Mme JOSSET, cadre de santé en fin de formation (appelée à encadrer le service des urgences)
Mme JOUQUAND, cadre de santé en fin de formation (appelée à encadrer un EHPAD)

-

M. HUBERT, ingénieur (services techniques)
Mme LE GALL, attachée d'administration (service des ressources humaines)
Mme GUENOLE, attachée d'administration (services économiques et logistiques)
M. MARC, technicien supérieur hospitalier (blanchisserie)
M. DEMAS, technicien hospitalier (cuisine)
M. ROZÉ, maître ouvrier (magasin / logistique)
M. LEFEUVRE, technicien hospitalier (équipe ménage)

-

Mme GAVARD, représentante de l'organisation syndicale CFTC
M. BOUDAN, représentant de l'organisation syndicale CFTC
M. SOURDIN, représentant de l'organisation syndicale CFTC
Mme MARTIN, représentante de l'organisation syndicale FO
M. DUCHEMIN, représentant de l'organisation syndicale FO
Mme BERTHELIN, représentante de l'organisation syndicale FO
Mme MAIGNAN, représentante de l'organisation syndicale CFDT

ANNEXE IV

ANALYSE SANITAIRE ET SOCIOLOGIQUE EN MESURE D'EXPLIQUER UN CERTAIN ABSENTEISME

Si les propos liminaires de la première partie du mémoire avaient pour objectif de dresser l'ensemble des causes susceptibles de présider à l'absentéisme en entreprise ou établissement de santé, il existe une étude sociologique et épidémiologique qui tend à établir un lien direct entre maladie et catégorie socioprofessionnelle.

Ces travaux soulèvent par ailleurs des questionnements en termes de particularismes sociaux ou d'inégalités.

L'étude de cohorte de Whitehall (baptisée ainsi en référence au médecin qui l'a menée) a été conduite en 1960 pour étudier les déterminants de santé sur près de 18.000 personnes appartenant à la fonction publique britannique. Elle est des plus révélatrices s'agissant des inégalités de santé entre salariés. Cette étude a démontré que plus l'on se situait à un niveau hiérarchique élevé (avec une répartition sur 5 niveaux de grades distincts), meilleure était l'hygiène de vie (tabac, alcool, surpoids, exercice) et moins la prévalence et l'incidence de maladies (AVC, HTA, diabète) était élevée.

Bien entendu, à cette époque peu de femmes travaillaient, ce qui pouvait biaiser les résultats épidémiologiques. C'est la raison pour laquelle une nouvelle étude conduite, cette fois par le Professeur Sir Michael Marmot (sur une même population de 10.000 individus, incluant hommes et femmes). Celle-ci a été réalisée en 1985 (baptisée Whitehall 2 en l'honneur du médecin qui en avait été à l'origine).

Les résultats ont été en tous points identiques aux premiers constats de l'étude qui avait été menée en 1960 : plus le niveau hiérarchique est élevé, moins le risque de maladie cardiovasculaire est élevé, meilleure est la santé⁶⁷.

A titre d'illustration, la prévalence du tabagisme en France démontre que 40 % des ouvriers fument contre 26 % des cadres. Ce n'est pas tant que « les fumeurs pauvres » souhaitent continuer de fumer par goût délibéré, cette différence s'explique davantage par leur incapacité d'arrêter en raison du plus grand stress de vie professionnelle qu'ils se plaignent de subir.

⁶⁷ Site internet UCL RESEARCH DEPARTMENT OF EPIDEMIOLOGY AND PUBLIC HEALTH - Whitehall II Study (Stress & Health Study) - <http://www.ucl.ac.uk/whitehallII/>

Certains programmes d'information ciblés sur des produits (5 fruits et légumes par jour) accroissent les inégalités. Si l'on pouvait penser qu'auparavant, la plus large information suffisait à positionner tout le monde sur un même pied d'égalité, force est de constater qu'aujourd'hui, seules les classes plus aisées peuvent se permettre de consommer des produits de meilleure qualité. Ceux-ci sont plus chers, mais concourent à réduire l'incidence de certaines maladies liées au surpoids telles que l'hypertension artérielle, le diabète, le cholestérol, ou les maladies cardiovasculaires.

En France, 15 % de la population adulte est obèse (c'était 8,5 % il y a 12 ans) et un enfant sur six se trouve en excès de poids. La prévalence de l'obésité est inversement proportionnelle au niveau d'instruction et aux revenus du foyer : le taux d'obésité est de 22 % à partir du seuil de pauvreté. À l'inverse, au-delà de 5.000 € mensuels, le taux d'obésité plafonne à 6 %.

En conclusion de cette réflexion, la précarité financière favorise la consommation de tabac, la mauvaise alimentation, la faible activité sportive. Tout autant de facteurs auxquels s'agrège un recul d'accès au soin.

Par ailleurs, à l'aune des différentes études sociologiques, il existe une différence comportementale entre ouvriers et cadres au regard de la dénégaration du risque plus importante, du rapport différent au corps, et du rapport au soin.

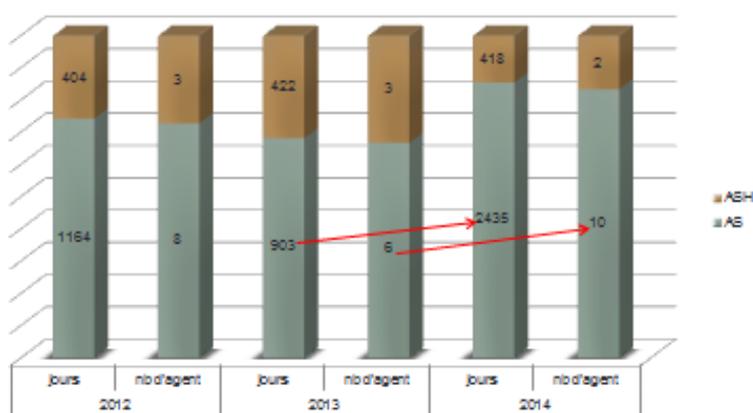
Il est à noter que 40 % des agents d'un centre hospitalier appartiennent à la catégorie C, soit celle où les salaires sont le moins élevés.

ANNEXE V

EVOLUTION DE L'ARRÊT MALADIE LIE A L'ETAT DE GROSSESSE EN EHPAD (EXTRAIT)

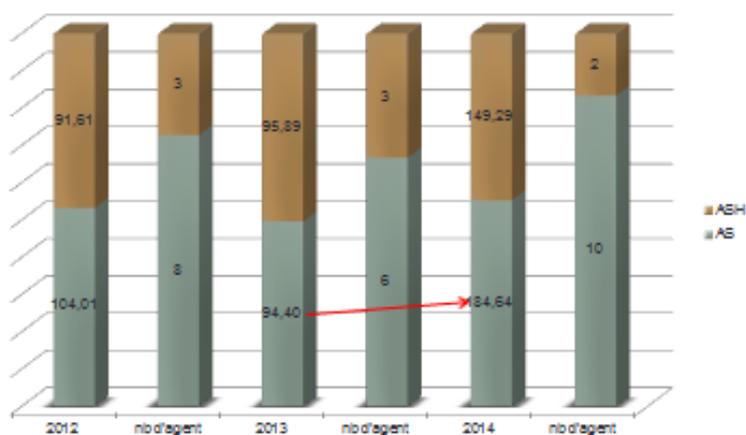
EVOLUTION DU NOMBRE D'ARRÊTS MATERNITÉ ET CMO ASSOCIÉS

Cumulé du nb de jours de congés mater et arrêts maladie associés (tous EHPAD confondus)



EVOLUTION DU NOMBRE D'ARRÊTS MATERNITÉ ET CMO ASSOCIÉS

Nombre moyen de jours de congés mater et arrêts maladie associés (tous EHPAD confondus)



IMPACT DES CONGÉS MATERNITÉ ET DES CONGÉS MALADIE ASSOCIÉS A LA MATERNITÉ (COMPARATIF 2013 / 2014)

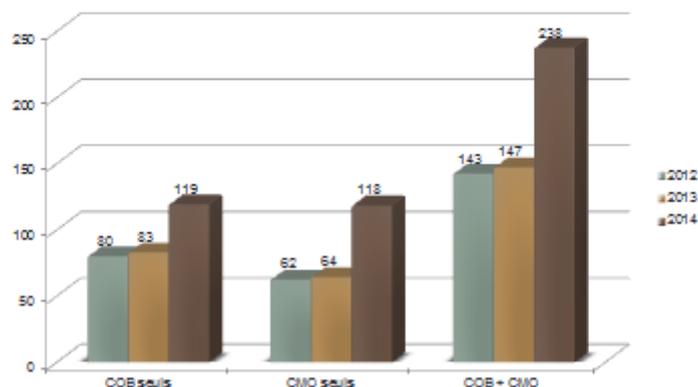
EHPAD 2 absences incluant COB + CMO associés : **+ 4,76 ETP**
 EHPAD 2 CMO hors maternité et CMO associés : **+ 1,08 ETP**
 Part des COB + CMO associés : **+ 3,68 ETP**

JDV absences incluant COB + CMO associés : **+ 2,17 ETP**
 JDV CMO hors maternité et CMO associés : **- 0,52 ETP**
 Part des COB + CMO associés : **+ 2,69 ETP**

EHPAD 1 absences incluant COB + CMO associés : **- 0,24 ETP**
 EHPAD 1 CMO hors maternité et CMO associés : **+ 1,09 ETP**
 Part des COB + CMO associés : **- 1,33 ETP**

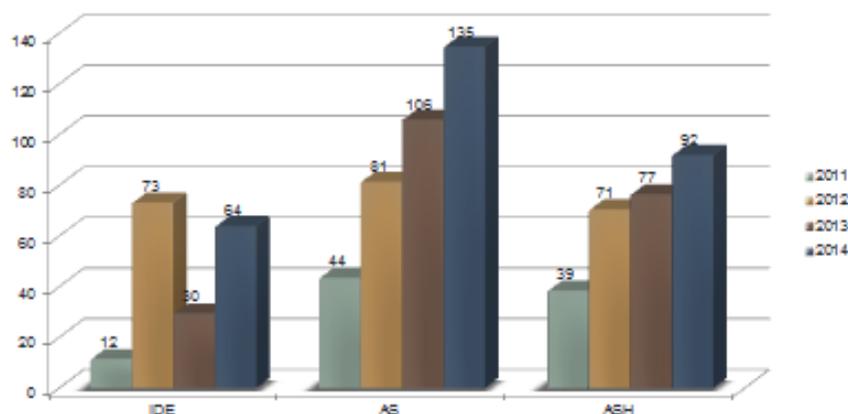
EVOLUTION DU NOMBRE DE JOUR MOYEN PRIS PAR AGENT EN COB / CMO

Evolution du nombre de jour moyen pris par agent en COB / CMO / COB + CMO



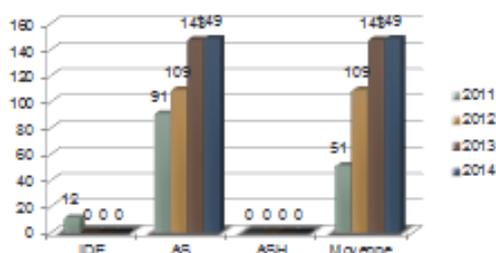
EVOLUTION DU NOMBRE D'ARRÊTS UNIQUEMENT DES CMO ASSOCIÉS A LA MATERNITÉ

Evolution, par grade, des AM pris en lien avec le congé maternité - 3 EHPAD cumulés

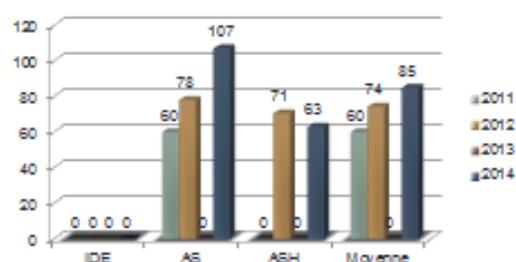


EVOLUTION DU NOMBRE D'ARRÊTS UNIQUEMENT DES CMO ASSOCIÉS A LA MATERNITÉ

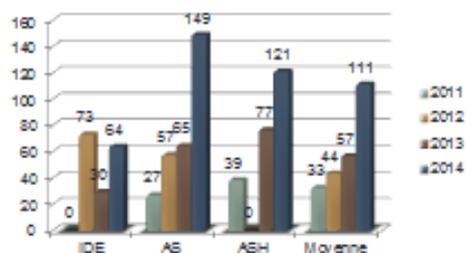
Evolution EHPAD 1



Evolution EHPAD 2



Evolution JDV



ANNEXE VI

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION TYPE

VOTRE AVIS SUR LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Ce questionnaire, individuel et anonyme, est remis à tous les agents titulaires ou contractuels sur un emploi permanent de l'établissement.
Il vise à évaluer la qualité de vie au travail dans vos services.

Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse ! Ce que nous souhaitons, c'est que vous répondiez sincèrement : les résultats seront exploitables et pourront déboucher sur des actions d'amélioration seulement s'ils reflètent vos opinions personnelles.

COMMENT SERONT ETUDIEES VOS REPONSES ?

L'ensemble des questionnaires sera lu anonymement par lecture optique, puis donnera lieu à une analyse globale du contenu de vos réponses.
Les résultats de cette enquête vous seront présentés oralement.

COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

Nous vous remercions de remplir soigneusement, au stylo ou au feutre noir, ce questionnaire en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation ou à votre avis.

OU REMETTRE CE QUESTIONNAIRE ?

Nous vous remercions de remettre ce questionnaire sous enveloppe cachetée dans l'urne prévue à cet effet dans votre service avant le XX/XX/2014.
Pour toute information concernant ce questionnaire, vous pouvez contacter Monsieur XXXXX.

Merci de votre participation.

- 1. La Direction vous fixe-t-elle des objectifs clairs ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 2. Avez-vous un projet professionnel ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 3. Les équipements que vous utilisez sont-ils adaptés à votre travail ?**
 Tous La plupart Quelques-uns Aucun
- 4. Réactualisez-vous vos connaissances dans votre métier ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 5. Vous sentez-vous soutenu(e) pour gérer des situations difficiles ?**
 Toujours Souvent Rarement Jamais
- 6. L'absentéisme de vos collègues est-il démotivant ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 7. Souhaitez-vous participer à l'évolution de votre établissement ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 8. Etes-vous satisfait(e) du poste que vous occupez actuellement ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 9. Connaissez-vous les critères sur lesquels vous êtes évalué(e) ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 10. Vos collègues font-ils preuve de solidarité ?**
 Toujours Souvent Rarement Jamais
- 11. Dans votre service, la charge émotionnelle liée à la souffrance et à la mort vous paraît :**
 Rare ou nulle Modérée Importante Difficilement supportable
- 12. Etes-vous fier(e) de travailler dans l'établissement ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 13. Avez-vous confiance dans votre Direction ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 14. La formation reçue est-elle adaptée au besoin de votre service ?**
 Toujours Souvent Rarement Jamais
- 15. Avez-vous des moments de souffrance au travail ?**
 Toujours Souvent Rarement Jamais
- 16. Avez-vous le sentiment d'appartenir à une équipe ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 17. Les informations dont vous disposez sont-elles suffisantes pour assurer correctement votre travail ?**
 Toujours Souvent Rarement Jamais

- 18. L'ambiance est-elle bonne dans votre travail ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 19. Avez-vous été bien intégré(e) lors de votre arrivée dans l'établissement ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 20. Rencontrez-vous des conflits avec votre encadrement ?**
 Toujours Souvent Rarement Jamais
- 21. Pouvez-vous mettre en pratique dans votre service les acquis de la formation ?**
 Toujours Souvent Rarement Jamais
- 22. Etes-vous satisfait(e) des relations avec l'équipe médicale ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 23. Votre encadrement direct est-il à l'écoute de vos suggestions ou de vos difficultés ?**
 Toujours Souvent Rarement Jamais
- 24. Vous sentez-vous reconnu(e) par la Direction de l'hôpital ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 25. Votre travail a-t-il du sens ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 26. Vos horaires sont-ils adaptés à votre vie personnelle ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 27. Etes-vous associé(e) à la prise de décision dans votre service ?**
 Toujours Souvent Rarement Jamais
- 28. Adhérez-vous aux objectifs de votre service ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 29. Vous sentez-vous respecté(e) par votre chef de service direct ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 30. Votre travail vous semble-t-il reconnu ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 31. Vos missions au sein de l'établissement sont-elles bien définies ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 32. Aimeriez-vous disposer de plus d'autonomie dans le cadre de votre travail ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout
- 33. Etes-vous au courant des projets de votre service pour les prochaines années ?**
 Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout

34. Avez-vous l'impression de risquer votre santé au travail ?

Tout a fait Plutôt oui Plutôt non Pas du tout

35. Pensez-vous répondre aux attentes du malade ?

Toujours Souvent Rarement Jamais

Dans quel service travaillez-vous (facultatif) ?

Service 1 Service 4
 Service 2 Service 5
 Service 3 Service 6

Permettez-nous d'établir globalement un baromètre du taux de satisfaction du personnel de l'établissement en indiquant votre propre pourcentage de satisfaction. Cochez le pourcentage le plus proche de votre satisfaction personnelle.

0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 75% 80% 85% 90% 95% 100%

Si dans le cadre de cette consultation vous avez une suggestion, une remarque ou une question, n'hésitez pas à la formuler ci-dessous.

(Pour le maximum de précision, veuillez écrire en lettres capitales en évitant de toucher le bord des cases.)

Il est important de vérifier que vous ayez répondu à toutes les questions.
Une fois complété, nous vous remercions de remettre ce questionnaire sous enveloppe cachetée dans l'urne prévue à cet effet dans votre service avant le XX/XX/2014.

Les informations que vous nous communiquez seront bien entendu traitées
confidentiellement.

Merci de votre participation.

Enquête réalisée en collaboration avec Dexia Sofcah.

Notes personnelles : Il importe de souligner que ce questionnaire mériterait d'être adapté au contexte, à l'historique et à la culture de l'établissement de santé. Par ailleurs, une réorganisation des questions par item gagnerait à être conduite. Toutefois, cela peut servir de base de départ pour toute enquête de satisfaction des agents de l'hôpital dans le cadre des interrogations portant sur le climat social.

WESTRELIN	Pascal	<Date du jury>
DIRECTEUR D'HOPITAL Promotion 2013-2015		
Examen de l'absentéisme au centre hospitalier de Vitré (35) : une approche managériale pour maîtriser le phénomène		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /		
<p>Résumé :</p> <p>Les chiffres de l'absentéisme en France portent, en moyenne, sur 14 jours d'absence par personne et par an pour un taux moyen de 5,8 %. S'agissant des salariés de la fonction publique hospitalière, les chiffres varient selon la taille des établissements, s'étalant de 10 à 14 % (toutes catégories de congés confondues), selon l'étude conduite par le cabinet SOFAXIS.</p> <p>La situation de l'absentéisme est une problématique non négligeable au centre hospitalier de Vitré, puisque la part des dépenses consacrées aux remplacements des personnels en congés maladie représente, en 2013, 6,85 % de la masse salariale. Ainsi, dans un souci d'équilibre budgétaire auquel il convient d'adosser la qualité de la prise en charge, quelles sont les réflexions à conduire en matière d'analyse afin de mieux expliquer le phénomène ? Quels éléments de réponse apporter afin de faire face à un absentéisme aux répercussions non seulement humaines, mais également organisationnelles, qualitatives et financières ?</p> <p>La compréhension des mécanismes et des raisons présidant à l'absentéisme ainsi que son étude approfondie conduiront à proposer un ensemble de réflexions sur les stratégies managériales (dissociées ou concomitantes), qu'il est possible de développer. Celles-ci auront pour ambition d'endiguer, voire de réduire l'absentéisme, tout en s'attachant à développer la qualité des conditions de vie au travail, l'efficience des organisations, avec, en filigrane, le souci de préserver des équilibres budgétaires particulièrement contraints.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>absentéisme – arrêt maladie – accident du travail – maladies professionnelles – conditions de travail – management – ressources humaines – facteur humain – document unique – qualité de vie au travail – risques psycho-sociaux.</p>		
<i>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.</i>		