



EHESP

DESSMS

Promotion : **2015 - 2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

**Construire un projet « Conditions de
Travail » dans un EHPAD :
Exemple de la Maison de Retraite
« Les Cordeliers »
Le Donjon, Allier**

Stéphanie SAMYN

Remerciements

Tout d'abord, mes remerciements s'adressent à Madame Françoise PAUMIER, directrice de la Maison de Retraite « Les Cordeliers ». Sa volonté de transmettre le métier de directeur de structure médico-sociale accueillant des personnes âgées, sa disponibilité, son implication dans ma formation m'ont permis d'aborder l'ensemble des champs de connaissances et de compétences de la fonction de chef d'établissement.

De plus, je remercie l'ensemble du personnel de la maison de retraite, en particulier l'équipe administrative et la cadre de santé, Madame Corinne CHANUT.

Je tiens également à remercier Madame Nathalie ROBIN-SANCHEZ, Responsable de l'unité d'enseignement Gestion des Ressources Humaines à l'EHESP et mon encadrant mémoire, pour son investissement et la qualité de ses conseils lors de nos différents entretiens.

Les enseignements de ce stage sont d'ordre professionnel et personnel. Ils me seront utiles dans l'exercice des mes futures fonctions.

Sommaire

Introduction	1
1 Présentation de la Maison de Retraite « Les Cordeliers » et du concept de la motivation de F. HERZBERG	3
1.1 Présentation de l'établissement.....	3
1.2 Le concept de F. HERZBERG, une théorie des motivations issue de la sociologie des organisations.....	7
2 Une cartographie de l'EHPAD justifiant la construction d'un projet « Conditions de Travail »	11
2.1 La mesure de l'absentéisme pour raisons de santé : une étape indispensable du diagnostic	11
2.1.1 La méthodologie d'étude de l'absentéisme pour raisons de santé.....	11
2.1.2 Le recueil et l'analyse des données quantitatives et qualitatives	12
2.1.3 Les démarches et outils de prévention, de gestion et de suivi de l'absentéisme pour raisons de santé déployés dans l'EHPAD	20
2.1.4 Les coûts de l'absentéisme pour raisons de santé	21
2.1.5 Les forces et les faiblesses de la politique de gestion de l'absentéisme pour raisons de santé	23
2.2 L'évaluation de la satisfaction du personnel	25
2.2.1 Le contexte de l'enquête de satisfaction du personnel 2016	25
2.2.2 Les modalités de réalisation de l'enquête.....	25
2.2.3 La synthèse et l'analyse des données recueillies	26
2.3 Un dialogue social existant.....	30
2.3.1 Des instances et des rencontres, les composantes du dialogue social.....	30
2.3.2 Les plans de formation, un atout pour le personnel et une réponse aux objectifs institutionnels	34
2.3.3 Une politique d'investissement initiée et programmée	35

3	Des préconisations pour une politique d'amélioration continue des conditions de travail au sein de l'EHPAD	37
3.1	Des démarches visant l'amélioration des conditions de travail	37
3.1.1	La poursuite du dialogue social	37
3.1.2	Un effort d'investissement continu	38
3.1.3	Une diffusion des données de l'absentéisme pour raisons de santé	39
3.1.4	Une meilleure gestion de l'amont et de l'aval de l'absentéisme	40
3.2	Des outils pour mettre en œuvre les choix stratégiques de l'EHPAD	41
3.2.1	Les actions du CHSCT à initier et à pérenniser	42
3.2.2	La création d'outils d'évaluation et de comparaison de l'absentéisme	44
3.2.3	La formalisation des régulations conjointes suite à un arrêt de travail	50
	Conclusion	53
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACH	Adjoint des Cadres Hospitaliers
AT	Accident du Travail
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ASHQ	Agent des Services Hospitaliers Qualifié
CA	Conseil d'Administration
CH	Centre Hospitalier
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLACT	Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail
CRISS	Commission Régionale des Institutions Sanitaires et Sociales
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DU	Document Unique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GRH	Gestion des Ressources Humaines
ITMO	Installations Techniques, Matériel et Outillage
LM/LD	Longue Maladie / Longue Durée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MO	Maladie Ordinaire
MP	Maladie Professionnelle
PHARES	Projet Hospitalier Absentéisme Recherche Efficience et organisation Santé au travail
PSC1	Prévention et Secours Civiques de niveau 1
PPI	Plan Pluriannuel d'Investissement
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SAMETH	Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

Introduction

Dans un contexte de transformation du travail et de son organisation, « la gestion des ressources humaines c'est la gestion des hommes au travail dans des organisations ». C'est le pilotage socio-économique, le respect de la réglementation et l'animation du dialogue. Le directeur/gestionnaire doit ainsi initier une démarche stratégique et la mettre en œuvre au quotidien grâce à des outils opérationnels¹.

Les établissements de la fonction publique hospitalière (FPH) sont également concernés par cette évolution dans un contexte de contraintes budgétaires, de réorganisation de l'offre par la mise en place des filières, par les mutualisations de moyens et par le déploiement des coopérations territoriales.

Les personnels de la FPH exercent aujourd'hui des métiers pénibles dans des conditions de travail toujours plus contraignantes. Le rapport sur l'état de santé de la fonction publique édition 2015 met en évidence l'exposition aux risques professionnels dans la FPH. Les auteurs ont réalisé un classement des expositions².

Des études menées auprès d'agents travaillant auprès des personnes âgées ont permis de démontrer que les contraintes organisationnelles, physiques et psychosociales sont plus importantes pour eux. Malgré ces contraintes, ces professionnels sont attachés à leur métier et éprouvent une satisfaction dans l'exercice de leurs fonctions³.

Soumis aux fortes contraintes budgétaires, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) doivent également répondre aux attentes et besoins d'une société qui vieillit.

La Maison de Retraite « Les Cordeliers » est actuellement inscrite dans un projet architectural d'envergure qui a pour finalité l'amélioration de la qualité de vie au sein de l'établissement pour les résidents et le personnel. La dépendance des personnes âgées hébergées est croissante et visible notamment au nombre de résidents en fauteuil roulant, incontinents... Ce projet implique des nouvelles organisations de travail dans le cadre de l'ouverture de l'unité Alzheimer et de l'agrandissement de l'établissement. Pour concrétiser l'aboutissement de ce projet, la directrice a souhaité la mise en place du

¹ B. MARTORY, D. CROZET, 2013, Gestion des ressources humaines, pilotage social et performances, 8^{ème} éd, Dunod, pp 1, 6-7

² Rapport de l'état de la fonction publique Edition 2015, p234 et 246

³ A. DECOSTER, I. CAMUS, B. CHARBOTEL, et al. Umrestte. Lyon. FRA., 2011, Conditions de travail et santé des salariés travaillant auprès des personnes âgées, Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, p14

Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) durant le premier semestre 2016. Ainsi l'amélioration de la qualité de vie au travail pourra avoir un impact sur la qualité des prestations et de l'accompagnement des résidents.

Pourquoi construire un projet « Conditions de Travail » dans un EHPAD tel que celui du Donjon, au regard de sa capacité d'hébergement (70 lits aujourd'hui, 84 en fin 2016), de ses effectifs (proches du seuil des 50 agents) et de sa localisation (zone rurale, 1.000 habitants) ?

Pour répondre à cette question, j'ai pris connaissance de l'ensemble des documents institutionnels, tels que le projet d'établissement, les documents budgétaires, les procès-verbaux des instances et comptes rendus de réunions,

Lors d'une période d'immersion en début de stage, j'ai mené des entretiens auprès du personnel des différents corps de métier. J'ai également observé certains professionnels dans l'accomplissement de leurs missions. Ainsi j'ai pu comprendre le fonctionnement de l'établissement.

J'ai participé à la vie institutionnelle de la maison de retraite en animant des réunions, en réalisant une enquête de satisfaction du personnel et en instaurant le CHSCT.

J'ai analysé de manière empirique l'absentéisme à partir des données de la SOFAXIS et des informations transmises par l'équipe administrative, la cadre de santé.

Des recherches documentaires, législatives et réglementaires ont complété mon analyse de terrain et ont contribué à la conceptualisation du projet « Conditions de Travail », à la mise en œuvre du CHSCT et à l'analyse de l'absentéisme.

Après une présentation de la Maison de Retraite « Les Cordeliers » et du concept de la motivation de F. Herzberg (Partie 1), un diagnostic et une analyse des conditions de travail seront réalisés autour de trois axes : l'absentéisme pour raisons de santé, la satisfaction du personnel et le dialogue social (Partie 2). Des préconisations découlant de cette cartographie seront proposées dans ce mémoire (Partie 3).

1 Présentation de la Maison de Retraite « Les Cordeliers » et du concept de la motivation de F. HERZBERG

1.1 Présentation de l'établissement

Sa localisation

La Maison de Retraite « Les Cordeliers » est située dans l'Allier, en Auvergne – Rhône Alpes, dans la commune Le Donjon d'environ 1.000 habitants. Sa particularité est sa localisation : à 25 km de la Saône et Loire en Bourgogne – Franche-Comté et à égale distance de la Loire en Auvergne – Rhône-Alpes. Les Centres Hospitaliers (CH) de Vichy et Moulins sont à 50 km de l'établissement. Le CH de rattachement est Vichy.

C'est un établissement situé dans une zone rurale avec une activité artisanale, commerciale et des services diversifiés. La commune Le Donjon présente des atouts tant pour la population active que non active, au regard de sa localisation et de ses commerces et services intramuros et environnants.

Son histoire

L'histoire de l'EHPAD commence dans les années 1850 avec l'acquisition d'une maison bourgeoise par souscription et legs en 1851 et la création de l'Hôpital du Donjon en 1853. Il accueille alors les nécessiteux de la commune.

En 1989, l'établissement devient juridiquement une maison de retraite d'une capacité de 50 lits. Rapidement, dès avril 1990, un accord est trouvé avec la Commission Régionale des Institutions Sanitaires et Sociales pour un projet de construction d'un nouveau bâtiment accueillant 70 résidents, projet qui a abouti le 1^{er} mars 1993 (inauguration par le Premier Ministre Pierre Bérégovoy). A cette occasion, l'établissement est baptisé « Les Cordeliers ».

Le 20 février 2002, la maison de retraite est transformée par arrêté préfectoral en EHPAD.

Ses résidents

Les caractéristiques de la population accueillie peuvent être illustrées par les données chiffrées suivantes :

GIR	Nombre de résidents (fin 2013)	Nombre de résidents (fin 2014)	Nombre de résidents (fin 2015)
1	19	21	18
2	24	17	29
3	13	18	10
4	10	7	13
5	3	4	0
6	2	3	0

GMPS	(fin 2009,)	(janvier 2011)	(fin 2015)
GMP	666	723	777
PMP	235	235	270

Moyenne d'âge des résidents	(fin 2014)	(fin 2015)
Hommes	84	86,5
Femmes	89	88,5
Total	86,5	87,5

Sa structure

L'établissement est actuellement composé de deux unités de trente-cinq lits, chacune sur un étage. Les deux niveaux de l'ancien bâtiment sont structurellement identiques avec des locaux dédiés à la prise en charge infirmière, au stockage des produits d'entretien, d'incontinence. Une salle de détente est à la disposition du personnel au premier étage.

Les résidents peuvent prendre leur repas au premier étage et au rez-de-chaussée. Deux salles à manger sont à leur disposition en fonction de leur état de dépendance.

Le rez-de-chaussée est consacré aux locaux administratifs (bureaux, salle de réunion), techniques (ateliers) et logistiques (cuisine, lingerie, pharmacie, locaux de stockage, vestiaires).

Ses projets institutionnels

Un projet architectural d'envergure est en cours et représente un des leviers d'action pour répondre aux attentes de la population du secteur et aux besoins des résidents. Ce projet permet également d'améliorer l'environnement de travail du personnel, tant pour l'équipe soignante que pour les services généraux (équipe administrative, technique et de restauration).

Les locaux de la cuisine ont été rénovés en 2014 pour une mise en service en janvier 2015. Durant ces travaux, une cuisine provisoire a été installée et a permis d'assurer la prestation, malgré la désorganisation induite par les locaux temporaires et les dysfonctionnements survenus.

Ce projet comprend également la réalisation d'une unité Alzheimer de douze chambres, la mise à disposition de deux chambres dédiées à l'hébergement temporaire et des travaux de rénovation des locaux et de dédoublement des chambres. Depuis mai 2015, l'unité Alzheimer est achevée avec un revêtement innovant composé de capteurs permettant le signalement des chutes, installation financée par des fonds publics et privés, nationaux et européens.

Cet espace est utilisé comme « opération tiroir » dans l'attente de la réception des travaux de restructuration des bâtiments existants en cinq phases. Leur finalisation est prévue pour le dernier semestre 2016.

Au terme du projet architectural, la structure aura une capacité de quatre-vingt-quatre lits, dont une unité sécurisée Alzheimer de douze lits, une chambre dédiée à l'hébergement temporaire et une autre à l'accueil d'une personne âgée dans le cadre du « lit-relais » en partenariat avec les CH de Moulins et Vichy.

Cette augmentation de capacité implique le recrutement de personnels soignants de jour pour assurer l'hébergement des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer ou de syndrome apparenté au sein de l'unité sécurisée, de personnels chargés de l'entretien des locaux et l'augmentation de la quotité de travail du médecin coordonnateur pour répondre à la réglementation en vigueur, soit cinq demi-journées de présence hebdomadaire.

En complément des aides-soignants de l'unité Alzheimer, l'établissement pourra recruter un neuvième aide-soignant afin d'organiser les deux étages de manière identique : le premier étage est aujourd'hui réparti en trois secteurs avec du personnel en conséquence ; le second étage fera l'objet d'une réorganisation spatiale et donc en termes de personnels soignants à partir de l'ouverture de l'unité Alzheimer, soit un agent supplémentaire chaque jour de la semaine sur cet étage.

Les autorités de tarification n'accordent pas de crédits supplémentaires pour modifier les effectifs de nuit : un aide-soignant et un agent des services hospitaliers continueront d'assurer la surveillance nocturne de l'ensemble des résidents et des locaux. Malgré les extensions construites, la rénovation des bâtiments, la présence du sol détecteur de chute dans les chambres de l'unité Alzheimer, ainsi qu'un allègement de leurs tâches (certains travaux seront attribués à l'agent d'entretien recruté à l'ouverture de l'unité Alzheimer) permettront à ces agents d'assurer leurs missions dans de bonnes conditions.

Les projets institutionnels visent des objectifs clairs et connus de tous : améliorer la qualité de vie des résidents et la qualité de vie au travail des personnels ; pérenniser l'image de l'établissement. Aujourd'hui l'EHPAD bénéficie d'une attractivité auprès des personnes âgées du canton et au-delà, mais aussi auprès de la population au regard des personnels recrutés dans le cadre de postes permanents et temporaires et des interactions entre l'établissement et son environnement (conventions, partenariats, mission de préparation des repas à domicile livrés par le Centre Social Rural, ...).

Son personnel

L'organigramme de la Maison de Retraite permet de visualiser et de comprendre les liens hiérarchiques et fonctionnels existant entre les différents personnels et équipes :

- tout d'abord, une directrice est à la tête de l'établissement. Celle-ci est secondée par une équipe administrative composée de deux adjoints des cadres hospitaliers (ACH). De plus, elle est directement chargée de la gestion des ressources humaines des équipes techniques, de la lingerie et de la cuisine.
- la cadre de santé est le supérieur hiérarchique de l'équipe soignante, des agents du service d'entretien des locaux et de l'animatrice.
- la psychologue et le médecin coordonnateur complètent l'équipe d'encadrement chargée de la coordination des soins prodigués aux résidents.
- un responsable est identifié pour chaque service logistique et technique.

Pour 2016, l'ensemble du personnel (fonctionnaires et contractuels de droit public et privé) représente 64,23 équivalent temps plein (ETP) autorisés au regard du tableau des effectifs du budget prévisionnel, avec la création de six postes d'aides-soignants inscrits dans la convention tripartite 2011-2015 (ouverture de l'unité Alzheimer) et d'un poste d'agent des services hospitaliers qualifié (ASHQ).

A noter que le poste d'ergothérapeute n'est plus pourvu depuis le 31 décembre 2015 suite au départ de l'agent dans une autre région pour convenance personnelle. Ainsi son contrat n'a pas été renouvelé après trois années dans l'établissement.

De plus, le médecin coordonnateur recruté à 40% de quotité de travail, en maladie durant l'année 2015, a démissionné en décembre dernier. Parallèlement et après une prospection auprès des médecins généralistes des communes voisines, il a été partiellement remplacé à partir d'octobre 2015 à hauteur d'une, puis de deux demi-journées par semaine.

L'ensemble du personnel fonctionnaire (titulaires et stagiaires) représente quarante-neuf agents. Ce chiffre est stable depuis de nombreuses années⁴.

En moyenne entre 2011 et 2015, le personnel est réparti au sein des filières soignante et éducative (76% environ), technique (20% environ) et administrative (6%).

88% sont des femmes.

L'évolution de la pyramide des âges est synonyme de stabilité du personnel dont la carrière se déroule au sein de la maison de retraite. Ce constat est confirmé par le calcul de l'ancienneté moyenne des agents au 31 décembre 2015 : 13 ans et 3 mois toutes

⁴ Source : Panoramas des absences de la SOFAXIS, 2011 2015

filières confondues, 22 ans et 10 mois pour la filière technique, 18 ans et 3 mois pour la filière administrative et 13 ans et 1 mois pour la filière soignante et éducative.

La moyenne d'âge des agents fonctionnaires et contractuels sur poste permanent est de 44,02 ans au 31 décembre 2015, de 53,67 ans pour la filière administrative, de 45,78 ans pour la filière technique et de 42,74 ans pour la filière soignante et éducative. Le calcul prend en compte des agents allant de 3 mois d'ancienneté (responsable cuisine recruté en octobre 2015) à 32 ans et 6 mois (ASHQ du service hôtellerie).

Pour terminer la présentation du personnel de l'établissement, il m'a semblé important d'analyser les mouvements en termes de recrutements et de départs des agents titulaires et stagiaires, ainsi que de recours aux agents contractuels subventionnés par l'Etat (Pôle Emploi) et par le Conseil Départemental.

A partir des bulletins de paie de janvier et décembre des années 2014 et 2015, j'ai comptabilisé :

- pour 2014, le départ de deux titulaires et le recrutement d'un titulaire, le départ de cinq contractuels d'accompagnement et le recrutement de six agents de cette catégorie ;
- pour 2015, le départ de deux titulaires suite à la validation des droits à la retraite et au souhait d'absence de renouvellement d'un contrat sur poste permanent (l'ergothérapeute) et le recrutement de deux titulaires, le départ de trois agents en contrat d'accompagnement et le recrutement de quatre agents de même catégorie.

Ainsi, même si l'analyse des mouvements n'est réalisée que sur deux années, en corrélant ces informations avec les données précédentes, on peut conclure qu'il y a peu de turn over du personnel et que les départs sont majoritairement en raison de la mise à la retraite de l'agent, de départs volontaires (non renouvellement de contrat, mutation, disponibilité pour convenance personnelle) ou de fin d'éligibilité aux contrats d'accompagnement tels que les contrats d'insertion.

1.2 Le concept de F. HERZBERG, une théorie des motivations issue de la sociologie des organisations

Au-delà du contexte intrinsèque de l'établissement, le projet « Conditions de Travail » est une application de la théorie des organisations du courant des « Ressources Humaines » des années 1950.

En effet, ces théories sont créatrices de signification et dotent (...) les praticiens [ici le chef d'établissement] de certaines ressources symboliques pour donner du sens à leur action. Une théorie peut être définie comme un ensemble de connaissances donnant l'explication d'un certain ordre de faits, ou un ensemble d'énoncés permettant d'expliquer, de comprendre, voire de maîtriser des phénomènes réels.⁵

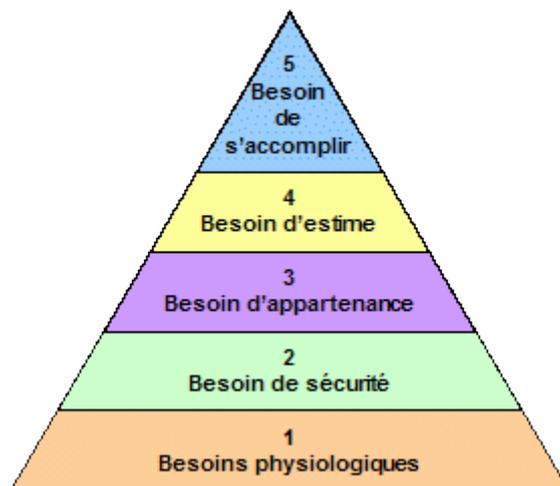
La sociologie des organisations est une discipline dans laquelle les besoins et les motivations des travailleurs ont été étudiées. A.H. MASLOW a été un théoricien initiateur de plusieurs théories des motivations, dont celles de D. Mc GREGOR, de C.P. ALDERFER et de F. HERZBERG.

Les recherches de F. HERZBERG ont été la source principale de la conceptualisation du projet « Conditions de Travail » de la Maison de Retraite « Les Cordeliers » au regard des résultats de ses études menées sur le terrain, au sein d'entreprises.

Les besoins de l'homme identifiés par A.H. MASLOW constituent la base de réflexion des travaux de F. HERZBERG :

- les besoins d'accomplissement de soi ;
- les besoins d'estime ;
- les besoins d'appartenance ;
- les besoins de sécurité ;
- les besoins physiologiques.

A.H. MASLOW a hiérarchisé ces besoins sous la forme d'une pyramide.



Pyramide de Maslow

⁵ A. DESMEURAU, 2015, Théorie des organisations, 3^{ème} édition, Edition EMS Management & Société, p 11 et p 28.

A partir de ces besoins, F. HERZBERG a recherché « une définition des besoins globaux de l'homme qui soit compatible avec le monde du travail »⁶.

Il a ainsi déterminé :

- cinq facteurs de satisfaction au travail :
 - les accomplissements,
 - la reconnaissance,
 - le travail proprement dit,
 - la responsabilité,
 - et l'avancement ;
- cinq facteurs de mécontentement :
 - la politique de l'administration de l'entreprise,
 - le supérieur,
 - la rémunération,
 - les relations avec les personnes,
 - et les conditions de travail.

Les premiers facteurs sont dits « valorisants », les seconds « d'ambiance ».⁷

Sa théorie valorisants – ambiance n'oppose pas satisfaction et insatisfaction au travail.

F. HERZBERG conclut que les dirigeants doivent agir sur les facteurs d'ambiance, extrinsèque au milieu professionnel, pour accroître la motivation des salariés de son institution, même si mécontentement ne signifie pas systématiquement insatisfaction au travail.

Ainsi les travaux de F. HERZBERG ont permis de mettre en perspective la complexité des motivations humaines et ont un impact sur les organisations à travers le mouvement d'amélioration de la qualité de vie au travail. Cet impact n'est pas négligeable. En effet, les travaux de F. HERZBERG ont été une source pour l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) dès les années 1970⁸.

⁶ P. BERNOUX, 2014, La sociologie des organisations, 6^{ème} édition, Edition Essais, p 100.

⁷ Ibidem, p 98.

⁸ JM PLANE, 2012, Théorie et management des organisations, 3^{ème} édition, Editions Dunod, p 90.

2 Une cartographie de l'EHPAD justifiant la construction d'un projet « Conditions de Travail »

Cette partie sera consacrée au diagnostic et à l'analyse des bases du projet « Conditions de Travail » de la maison de retraite.

Un taux d'absentéisme pour raisons de santé qui augmente fortement entre 2014 et 2015 m'a amenée à analyser le phénomène de manière empirique et thématique. Une mission confiée par la directrice a été une des sources de mon diagnostic : l'évaluation de la satisfaction du personnel par la réalisation d'une enquête durant le premier semestre 2016. J'ai enfin élargi mon diagnostic au dialogue social et à ses implications sur les conditions de travail car le dialogue social est un moyen de construction d'un projet « Conditions de Travail ».

2.1 La mesure de l'absentéisme pour raisons de santé : une étape indispensable du diagnostic

2.1.1 La méthodologie d'étude de l'absentéisme pour raisons de santé

L'absentéisme peut être défini par « toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail entendues au sens large (les ambiances physiques, mais aussi l'organisation, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnels et privés, etc) »⁹.

Les natures d'absentéisme peuvent être classées de la manière suivante : absences pour maladie, congés maternité (pré et post natal inclus), absences pour accidents du travail et MP [maladie professionnelle], absences pour accidents du trajet, congés formation, us et coutumes (fêtes calendaires), absences conventionnelles (congés légaux, délégations), absences autorisées, absences non autorisées¹⁰.

Elles peuvent être explicitées selon deux axes : les absences pour motif médical (maladie ordinaire, longue maladie / longue durée, accident du travail, accident de trajet, maladie professionnelle, maladie à caractère professionnelle ou contractée dans l'exercice des fonctions) ; les absences pour motif non médical (maternité, paternité, adoption)¹¹.

Dans ce mémoire, je traiterai des absences pour motif médical sur la période 2011 – 2015, avec le calcul d'écart annuel et d'écart période en valeur, en points et en pourcentage, pour certaines données en coefficient multiplicateur.

⁹ ANACT, 2009, Absentéisme Outils et méthodes pour agir, l'Anact Réseau Edition

¹⁰ B. MARTORY – D. CROZET, 2013, Gestion des ressources humaines, pilotage social et performances, 8^{ème} éd, p 200-201

¹¹ JM. BARBOT, 2014, L'absentéisme à l'hôpital : diagnostic et moyens d'actions, Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, p 11

Les panoramas des absences pour raisons de santé de la SOFAXIS ont été la source principale de mon étude. J'ai ainsi analysé l'absentéisme des personnels titulaires et stagiaires de la maison de retraite inscrits à la CNRACL pour les motifs suivants : maladie ordinaire, congé longue maladie, congé longue durée, accident de travail (exclusion de la maternité).

Les risques couverts par l'assurance du personnel sont avec ou sans franchise : avec une franchise exprimée en jours d'arrêt la maladie ordinaire (MO), l'accident du travail (AT) ; sans franchise la maternité / paternité (MAT / PAT), la longue maladie / longue durée (LM/LD), le décès (DC).

	2011	2012	2013	2014	2015
AT	30 jours d'arrêt	30 jours d'arrêt	30 jours d'arrêt	30 jours d'arrêt	20 jours d'arrêt
MAL	15 jours d'arrêt	15 jours d'arrêt	30 jours d'arrêt	30 jours d'arrêt	20 jours d'arrêt
MAT / LM / LD / DC / PAT	SF				

SF : sans franchise

2.1.2 Le recueil et l'analyse des données quantitatives et qualitatives

L'analyse de l'absentéisme pour raisons de santé porte sur des indicateurs tels que le taux d'absentéisme, la durée moyenne d'arrêt, la fréquence, la gravité, l'exposition. A partir des panoramas de la SOFAXIS, le recensement de la définition et du mode de calcul de ces indicateurs a été regroupé en annexe 1.

L'analyse chiffrée et thématique de l'absentéisme est explicitée et illustrée par des tableaux et des graphiques (annexe 2). Des comparaisons sont également réalisées entre établissements équivalents.

Tout d'abord, j'ai analysé le phénomène de l'absentéisme pour raisons de santé dans l'établissement au regard des chiffres bruts : taux d'absentéisme, durée moyenne d'arrêt, nombre d'arrêts, nombre de jours d'arrêt, exposition au regard de l'absentéisme global, de l'absentéisme hors maternité et de l'absentéisme par nature d'arrêt (MO, LM/LD et AT/MP).

Puis, l'analyse est thématique : la répartition de l'absentéisme par agents absents, nombre d'arrêts, nombre de jours d'arrêts ; les arrêts AT, en distinguant accident de service et MP, par nombre d'agents accidentés, nombre d'accidents, nombre d'accidents avec arrêt, nombre de jours d'arrêt ; les arrêts MO par fréquence d'arrêts en fonction de la durée de l'arrêt (moins de 4 jours, entre 4 et 7 jours, entre 1 semaine et 1 mois et plus

d'un mois) et par nombre d'agents selon leur nombre d'arrêts dans l'année (de 1 à 4 arrêts).

Enfin, je vous présenterai une analyse quantitative et qualitative des absences : les chiffres des absences, arrêts par tranche d'âge, par agent ; les chiffres des AT (nombre d'accidents avec et sans arrêt, par nature de lésion, par élément matériel mis en cause, par activité lors de l'accident)

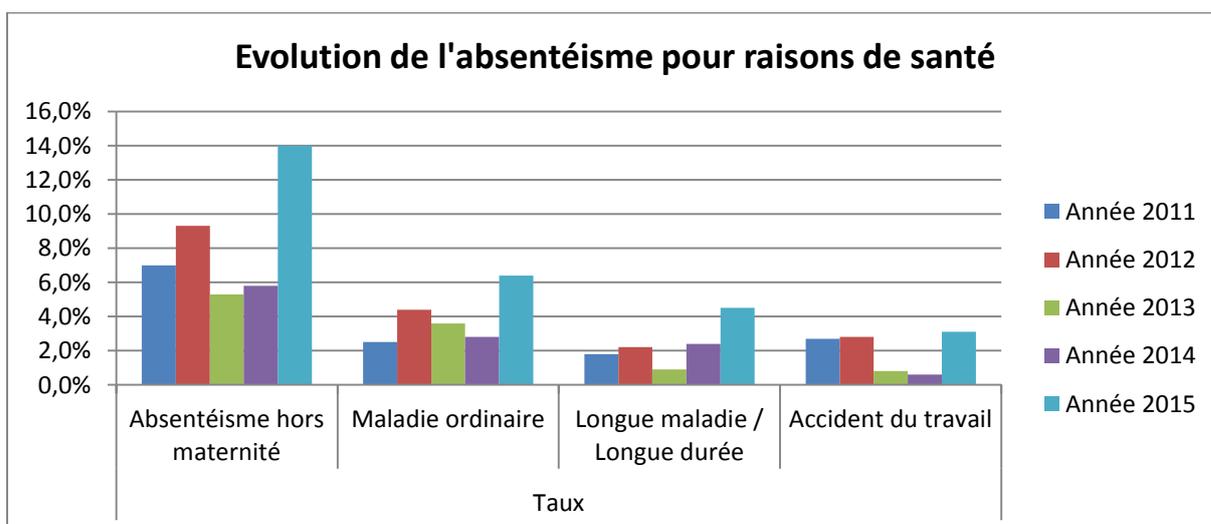
Le taux d'absentéisme

L'absentéisme global est marqué par une nette augmentation en 2015 (17%) après 2 années de faible taux (6,3% en 2013 et 7% en 2014). Le taux 2015 représente l'équivalent de 8 agents absents tout au long de l'année, contre 3 les années précédentes. Il ne faut pas négliger les données 2011 et 2012 qui montrent des chiffres plus élevés que les années qui suivent, sans atteindre ceux de 2015.

Sur la période étudiée, le taux d'absentéisme global augmente de 7 points.

L'absentéisme pour raisons de santé (MO, LM/LD et AT incluant les accidents de service et la MP) représente 14% d'absentéisme en 2015, contre 5,8% en 2013 et 5,3% en 2014. 14% d'absentéisme représente l'équivalent de 7 agents absents sur l'année. Pour 2013 et 2014, le taux représente uniquement 3 agents.

L'analyse du taux d'absentéisme pour raisons de santé met en évidence une nette augmentation en 2015, après 2 années de diminution concernant les absences pour MO et AT. L'évolution des absences pour congé LM/LD est marquée par une augmentation depuis 2014. Respectivement pour la MO, les congés LM/LD et suite à un AT, le taux d'absentéisme est de 6,4%, 4,5% et 3,1% en 2015, taux les plus élevés sur la période 2011 – 2015.



La répartition de l'absentéisme pour raisons de santé (MO, LM/LD, AT)

La répartition de l'absentéisme pour raisons de santé par nature d'arrêt (MO, LM/LD et AT) peut être analysée en termes de proportion d'agents absents sur la base de 50 agents en 2011 et 2012 et de 49 agents de 2013 à 2015, de nombre d'arrêts et de nombre de jours d'arrêt.

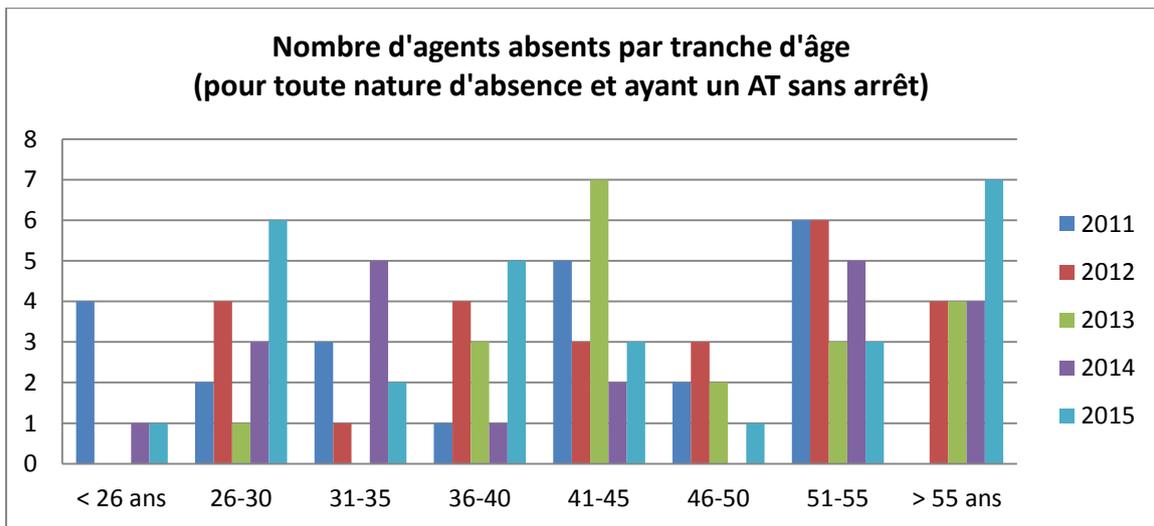
L'étude de la répartition de l'absentéisme analysée sous l'angle de la proportion d'agents absents montre une augmentation constante de la MO entre 2011 et 2014, suivie d'une baisse en 2015 pour atteindre 65% de l'absentéisme ; un doublement de l'absentéisme pour LM/LD en 2015, après une stabilité entre 2012 et 2014 ; une diminution continue de la proportion d'agents absents suite à un AT entre 2011 et 2015 pour n'atteindre que 8% de l'absentéisme.

L'étude de la répartition de l'absentéisme analysée sous l'angle du nombre d'arrêts montre une augmentation constante de la MO entre 2011 et 2014, suivie d'une baisse en 2015 pour atteindre 73% de l'absentéisme ; une augmentation de l'absentéisme pour LM/LD en 2015, après une stabilité entre 2012 et 2014 ; une diminution continue du nombre d'arrêts suite à un AT entre 2011 et 2015 pour n'atteindre que 6% de l'absentéisme.

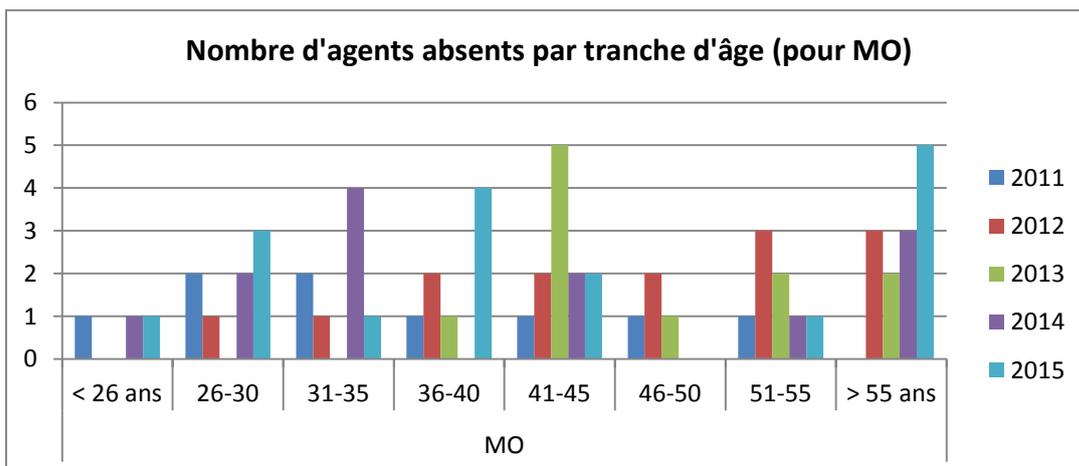
L'étude de la répartition de l'absentéisme analysée sous l'angle du nombre de jours d'arrêt montre une part de la MO la plus élevée en 2013 (57%), précédée d'une augmentation entre 2011 et 2013 et suivie d'une diminution sur 2014 et 2015 pour atteindre 32% ; une constante augmentation de l'absentéisme pour LM/LD jusqu'en 2014, une stabilité en 2015 (33%) ; une diminution continue du nombre de jours d'arrêt suite à un AT entre 2011 et 2014, puis une augmentation nette en 2015 (+ 8 points, de 9% en 2014 à 17% en 2015).

Les absences et les accidents du travail sans arrêt par tranche d'âge

Sur la période étudiée, les absences toute nature confondue et AT sans arrêt concernent l'ensemble des tranches d'âge. L'analyse du nombre d'absences et d'accidents permet de classer les tranches de manière décroissante : entre 51 et 55 ans (23 agents) ; entre 41 et 45 ans (20 agents) ; plus de 55 ans (19 agents) ; entre 26 et 30 ans (16 agents) ; entre 36 et 40 ans (14 agents) ; entre 31 et 35 ans (11 agents) ; entre 46 et 50 ans (8 agents) ; et moins de 26 ans (6 agents).



L'analyse du nombre d'absences pour MO entre 2011 et 2015 permet de classer les tranches de manière décroissante : plus de 55 ans (13 agents) ; entre 41 et 45 ans (12 agents) ; entre 51 et 55 ans, entre 36 et 40 ans, entre 31 et 35 ans et entre 26 et 30 ans (8 agents pour chaque tranche d'âge) ; entre 46 et 50 (4 agents) ; moins de 26 ans (3 agents).



L'analyse du nombre d'absences pour LM/LD entre 2011 et 2015 montre que la tranche d'âge 46-50 ans est davantage touchée par les congés LM/LD.

De plus, 2015 est une année particulière avec 3 agents en congé LM/LD. Cette situation est l'un des facteurs d'augmentation de l'absentéisme en 2015 pour l'établissement.

Entre 2011 et 2015, 15 arrêts de travail sont consécutifs à un AT (accident de service et MP). 67% de ces absences concernent du personnel entre 51 et 55 ans et ont eu lieu entre 2011 et 2014.

En fin 2014, un agent a été arrêté suite à un AT. Puis, après avis du comité médical, il a été déclaré en MP. Cet agent a été absent durant 11 mois en 2015. Il est le seul agent absent pour accident de travail en 2015.

Entre 2011 et 2015, 14 agents répartis dans toutes les tranches d'âge ont eu un AT sans arrêt. Les personnels âgés entre 41 et 45 ans représentent 1/3 de ces agents. Les autres tranches d'âge sont touchées de manière équivalente sur la totalité de la période étudiée (2 agents, 3 agents pour les 51-55 ans).

En complément de l'analyse par tranche d'âge, les listes des agents absents par nature d'arrêt et ayant eu un AT sans arrêt permettent de mettre en évidence que certains personnels sont davantage absents que d'autres.

A titre d'exemple, peuvent être citées les situations suivantes :

- un agent a été arrêté chaque année suite à un accident de service et pour MO en 2012, 2013, 2014 et 2015 ;
- un personnel a été arrêté pour MO chaque année, à l'exception de 2011 ;
- un agent, aujourd'hui reclassé en service hôtelier, a été absent pour LM/LD sur l'ensemble de la période 2011 – 2015 ;
- suite à un accident de service, l'animatrice a été absente en 2011, 2012 et 2013 ; les années suivantes ses absences étaient de nature MO ;
- un agent de nuit a été absent pour MO et suite à un accident de service sur l'ensemble de la période 2011 – 2015, à l'exception de 2014, année durant laquelle elle a eu un accident de travail sans arrêt.

Les absences et les accidents du travail sans arrêt par genre

Les absences pour raisons de santé et les AT sans arrêt concernent presque exclusivement les personnels féminins de l'établissement. Entre 2011 et 2015, uniquement 3 hommes ont été absents ou eu un AT sans arrêt.

L'analyse de la durée moyenne d'arrêt

La durée moyenne d'arrêt des personnels titulaires et stagiaires de l'établissement doit être analysée au regard du nombre d'arrêts, du nombre de jours d'arrêt et de l'exposition (proportion d'agents absents).

Les chiffres et évolutions à retenir concernant l'analyse de la durée moyenne d'arrêt sont :

- une durée moyenne d'arrêt pour absentéisme hors maternité multipliée par 1,5 entre 2011 et 2015, avec une stabilité de la durée moyenne dans le cadre de la MO, un doublement dans le cadre de la LM/LD et une durée moyenne multipliée par 3,8 pour les accidents du travail entre 2011 et 2015, ainsi qu'une durée moyenne d'arrêt en cas d'AT augmentant de 162 jours entre 2014 et 2015 ;
- un nombre d'agents en congé LM/LD égal à 3 en 2015, soit +2 agents entre 2014 et 2015 ;

- une diminution nette du nombre d'arrêt en cas d'AT : -5 entre 2011 et 2015 pour atteindre que 2 arrêts en 2015 ;

L'analyse du nombre de jours d'arrêt met en évidence :

- une forte diminution de l'absentéisme global en 2013 ;
- une très forte augmentation de l'absentéisme global en 2015, multiplication par 2,4 du nombre de jours d'arrêt par rapport à 2014, +1.376,5 jours ;
- l'absentéisme hors maternité est également multiplié par 2,4 entre 2014 et 2015, +1.128,5 jours ;
- un doublement du nombre de jours d'arrêt pour MO entre 2014 et 2015, après deux années de diminution en 2013 et 2014 ; cette évolution est identique à celle entre 2011 et 2015 ;
- le nombre de jours d'arrêt dans le cadre de congé LM/LD est également multiplié par 2,4 entre 2014 et 2015, pour atteindre 771 jours ; sur la période étudiée les calculs permettent de trouver un coefficient égal à 3,1 ;
- la déclaration de MP pour un agent a impacté le nombre de jours d'arrêt suite à un AT : 408,5 jours d'absences, soit +328,5 jours et une multiplication du nombre entre 2014 et 2015 par 3,8.

Pour compléter cette analyse, il me semble important de comptabiliser le nombre d'agents arrêtés : en 2015, 22 agents ont été absents pour raisons de santé ; dont 17 pour MO (chiffre le plus élevé dans la période étudiée) ; 3 pour LM/LD (+2 agents entre 2014 et 2015) et 2 dans le cadre d'un AT (stabilité depuis 2013)

Ainsi, au regard des effectifs de l'établissement, le nombre d'agents bénéficiant d'un congé LM/LD et celui d'agents absents pour une durée longue dans le cadre d'une MP ont un impact fort et direct sur les chiffres de l'absentéisme pour raisons de santé.

L'analyse des arrêts de nature maladie ordinaire

Les arrêts pour MO peuvent être analysés en termes de fréquence d'arrêts par durée de l'arrêt et par le nombre d'agents absents selon leur nombre d'arrêts.

En adaptant les indicateurs du Projet Hospitalier Absentéisme Recherche Efficience et organisation Santé au travail (PHARES) (I9, I10 et I11), l'étude de la fréquence d'arrêts peut être réalisée au regard des durées d'arrêt suivantes : durée inférieure à 4 jours, entre 4 et 7 jours, entre une semaine et un mois et durée supérieure à un mois.

Les panoramas des absences pour raisons de santé de la SOFAXIS mettent en évidence la quasi absence d'arrêts de moins de 4 jours sur la période étudiée (1 agent en 2011, 2013, 2014 et 2015 ; aucun en 2012) ; peu d'arrêts d'une durée comprise entre 4 et 7 jours (maximum 5 arrêts en 2012, 4 en 2015) ; une augmentation continue des arrêts entre une semaine et un mois entre 2012 et 2015 pour atteindre 12 arrêts cette dernière année ; une irrégularité des absences de plus d'un mois entre 2011 et 2015 avec un chiffre qui oscille entre 3 et 8 arrêts par an.

La proportion d'agents absents une fois dans l'année augmente entre 2011 et 2015. A noter que les chiffres de 2012 sont proches de 2015 avec respectivement 12 et 13 agents absents durant une unique période.

L'année 2015 est marquée par des agents absents durant 3 et 4 arrêts, ce qui n'était pas constaté les années précédentes.

Fréquence d'arrêts par durée d'arrêt	2011	2012	2013	2014	2015
Fréquence d'arrêts très courts (durée < 4 jours)	1	0	1	0	1
Fréquence d'arrêts très courts (durée entre 4 et 7 jours)	1	5	2	2	4
Fréquence d'arrêts moyennement courts (durée 1 semaine et 1 mois)	8	3	6	10	12
Fréquence d'arrêts longs (durée > 1 mois)	3	8	6	4	7

Nombre d'agents absents selon leur nombre d'arrêts	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre d'agents - 1 arrêt	5	12	7	10	13
Nombre d'agents - 2 arrêts	4	2	4	3	2
Nombre d'agents - 3 arrêts	0	0	0	0	1
Nombre d'agents - 4 arrêts	0	0	0	0	1

A noter que entre 2011 et 2015, 10 congés maternité, soit 71%, ont été précédés et suivis de congés MO ; 4 n'ont pas fait l'objet d'absences pré et post-natales sur la même période.

Il me semble important de préciser que la majorité du personnel arrêté moins de 4 jours préfère poser des jours RTT, des récupérations d'heures afin que leur absence n'ait pas d'incidence sur le calcul de la prime de service. Ce procédé constitue un biais pour l'étude de l'absentéisme de très courte durée.

L'analyse des accidents du travail avec et sans arrêt

Le tableau ci-dessous montre une répartition égalitaire entre les accidents du travail avec et sans arrêt sur la période 2011 – 2015.

	Nombre d'agents		Nombre d'agents
AT avec arrêt	15	AT sans arrêt	14
2011	7	2011	2
2012	4	2012	3
2013	2	2013	4
2014	1	2014	3
2015	1	2015	2

Les données à retenir de l'analyse des accidents du travail au regard de l'activité réalisée lors de l'accident, de l'élément mis en cause et de la nature des lésions sont : 38% des accidents de travail ont lieu lors de la mobilisation et du transfert du malade (ici du résident) et la deuxième activité cause d'AT est l'hygiène du malade (28% sur la période étudiée) ; 45% des accidents sont causés par un effort de manutention ; les chutes de plain pied et avec dénivellation représentent 28% des causes d'accidents ; les accidents provoquent principalement des lésions cutanées et musculaires superficielles (69% entre 2011 et 2015), les déchirures/douleurs musculaires, les troubles musculo-squelettiques et les fractures/fêlure sont également consécutives à un AT avec une fréquence plus faible.

La comparaison avec d'autres établissements

Les panoramas des absences pour raisons de santé de la SOFAXIS permettent de comparer l'absentéisme de la maison de retraite à des EHPAD équivalents en taille ayant souscrit au même assureur, la SOFAXIS étant un des leaders du marché dans ce secteur d'activité.

Les données présentées prennent en compte l'évolution des effectifs de l'établissement : pour 2011 et 2012, établissements hospitaliers pour personnes âgées employant 50 à 99 agents CNRACL et pour 2013, 2014 et 2015, établissements hospitaliers pour personnes âgées employant 30 à 49 agents CNRACL.

Le graphique illustrant le taux d'absentéisme (annexe 2) montre que l'évolution de l'absentéisme dans les établissements équivalents est régulière entre 2011 et 2015, contrairement à la situation constatée au sein de l'EHPAD « Les Cordeliers ».

Le taux d'absentéisme de l'établissement est inférieur ou légèrement supérieur au taux des établissements équivalents en 2011, 2012, 2013 et 2014 pour l'absentéisme global, la MO, la LM/LD et les accidents du travail. 2015 contraste avec les années précédentes avec une différence supérieure à 2 points pour l'absentéisme global et les absences pour LM/LD. Le taux d'absentéisme pour MO est inférieur au taux des autres établissements et celui pour AT est très proche.

La comparaison avec d'autres établissements de même taille peut être également réalisée au regard de la proportion d'agents arrêtés (graphique en annexe 2).

L'étude montre des chiffres inférieurs ou égaux pour l'absentéisme global et pour MO entre 2011 et 2015 ; un écart important (+ 2,4 points) pour l'absentéisme LM/LD entre les données de l'établissement et de ses équivalents SOFAXIS pour 2015 uniquement ; l'exposition aux AT est plus élevée au sein des établissements équivalents 2013, 2014 et 2015 ; les chiffres de 2011 montrent une inversion de cette situation ; ceux de 2012 une égalité entre la maison de retraite et les autres structures.

2.1.3 Les démarches et outils de prévention, de gestion et de suivi de l'absentéisme pour raisons de santé déployés dans l'EHPAD

L'établissement a mis en place des démarches et outils de gestion de l'absentéisme pour raisons de santé afin de le prévenir, de le gérer et de le suivre.

La direction et l'encadrement travaillent en collaboration avec le médecin du travail. Celui-ci participe à l'élaboration des fiches de poste aménagées afin de maintenir un agent dans l'emploi malgré des restrictions médicales. Cela prévient l'absentéisme en complément de la mission de contrôle régulier de l'aptitude du personnel de la structure lors de visites programmées.

Au sein de la maison de retraite, la direction et l'encadrement, en particulier le cadre de santé, sont les acteurs principaux chargés de la gestion de l'absentéisme. Ils impulsent la démarche préventive en associant le personnel dans le choix des équipements, en rencontrant les agents qui reviennent d'une absence de longue durée dans le cadre d'un entretien de retour. Ce dernier permet à l'agent de s'exprimer sur son ressenti face à une situation peut-être difficile à vivre (être absent d'une structure pendant longtemps peut créer un sentiment d'isolement vis-à-vis de ses collègues, des changements peuvent être survenus au sein des organisations et ainsi générer de l'angoisse). Il est aussi l'occasion de fixer des objectifs à l'agent et de transmettre les attentes de l'encadrement quant à la réalisation des missions.

Lorsqu'un agent est absent, la direction et l'encadrement informe le personnel présent et sont amenés à modifier les organisations de travail et/ou à solliciter des personnes en repos (RTT, heures récupérées). A noter l'absence de pool de remplacement.

L'ACH chargée des ressources humaines assure la gestion administrative des absences : déclaration des absences et AT et contacts réguliers avec les personnes absentes afin

de prévenir le risque d'isolement social et de les informer des suites et conséquences administratives et financières de leur arrêt.

Dans le cadre des marchés publics des assurances, la structure a souscrit un contrat pour les risques statutaires du personnel. Ce contrat a été signé avec la SOFAXIS. Il permet à l'établissement d'être remboursé d'une partie des charges sociales liées à l'absentéisme, de disposer de services tels que les expertises et visites dans le cadre des absences de courte et longue durée. Il permet également au personnel de bénéficier, sur la base du volontariat, d'un accompagnement dans des programmes spécifiques (Chance et Repère) avec notamment des consultations auprès d'un psychologue.

Enfin, le CTE est une instance impliquée dans la gestion de l'absentéisme pour raisons de santé. Il donne un avis et valide les fiches de postes du personnel. La directrice lui présente les chiffres de l'absentéisme à l'occasion de l'approbation du compte administratif. De plus, les membres de cette instance sont informés des personnels recrutés en CDD et CDI à leur demande. Cette communication est un outil de prévention et de suivi de l'absentéisme et constitue une démarche importante pour un bon climat social au sein de la maison de retraite.

2.1.4 Les coûts de l'absentéisme pour raisons de santé

Pour estimer le coût de l'absentéisme pour raisons de santé, il faut prendre en compte les dimensions financière, organisationnelle et sociale du phénomène.

Le coût financier

Le coût financier de l'absentéisme pour raisons de santé comprend des coûts directs et indirects. Les coûts directs sont :

- la rémunération du personnel de remplacement (contractuels et intérimaires) ;
- les charges liées aux salaires du personnel de l'établissement (charges patronales réparties selon la nature d'absence et incluant la contribution CGOS reversée pour maladie) ;
- les cotisations d'assurance du personnel ;
- et les frais de formation du personnel remplaçant.

Ce coût doit être corrigé par les remboursements d'indemnités journalières par la SOFAXIS, inclus dans le contrat d'assurance du personnel.

Le tableau de calcul du coût financier de l'absentéisme pour la période 2013 – 2015 (annexe 3) met en évidence :

- un coût global égal à 146.641 euros pour 2013 ; 164.026 euros pour 2014 et 257.322 euros pour 2015 ; une augmentation constante du coût total, après déduction des recettes SOFAXIS : + 12% entre 2013 et 2014 ; + 57 % entre 2014 et 2015 ; + 75% sur la période étudiée ;
- une stabilité des dépenses liées aux rémunérations des agents contractuels remplaçants et des charges patronales des salaires des personnels absents en 2013 et 2014 ;
- une répartition des charges patronales en cohérence avec la fréquence des arrêts de chaque nature ; elle montre notamment une forte augmentation continue des charges liées à la LM/LD entre 2013 et 2015 ;
- un coût de l'absentéisme pour l'année 2015 marqué par une augmentation de l'ensemble de ses composants et le rajout de rémunération du personnel remplaçant intérimaire et d'une formation pour un agent remplaçant.

Le coût organisationnel

Le coût organisationnel peut être défini au regard des impacts des absences pour le personnel et pour l'encadrement et la direction :

- pour l'encadrement et la direction : le temps consacré à la recherche d'un agent remplaçant et/ou d'une adaptation de l'organisation du travail ;
- pour le personnel : la désorganisation du travail ; la charge de travail supplémentaire à réaliser dans le même temps en cas d'absence du personnel titulaire, stagiaire et contractuel sur poste permanent, mais également durant l'absence du personnel remplaçant en formation, temps indispensable pour certains postes de travail (pour exemple, le responsable cuisine recruté en octobre 2015 a suivi une formation de plusieurs jours dans le mois suivant son recrutement) ; le temps à consacrer pour l'accompagnement de l'agent remplaçant s'il ne connaît pas le poste de travail.

Le coût social pour l'agent absent

Le risque de perte de socialisation pour les agents absents sur une longue période en fonction de l'isolement peut être induit par l'éloignement du lieu de travail qui est, en complément de la sphère privée, un espace de socialisation de l'individu (risque difficilement quantifiable, mais à ne pas négliger).

2.1.5 Les forces et les faiblesses de la politique de gestion de l'absentéisme pour raisons de santé

A partir des données recueillies sur l'absentéisme pour raisons de santé et des outils de gestion, de prévention et de suivi de ces absences, des forces et des faiblesses peuvent être identifiées dans la politique de gestion de l'absentéisme et plus largement des ressources humaines au sein de l'établissement.

Les forces peuvent être explicitées selon deux axes : celles relatives à la gestion de l'absentéisme pour raison de santé proprement dite et celles relatives à la GRH avec un impact sur l'absentéisme.

Les forces relatives à la gestion de l'absentéisme pour raisons de santé sont :

- les rencontres régulières entre la direction et l'encadrement de proximité ;
- l'enquête d'imputabilité d'un AT (qu'il soit de service ou de trajet) en cas de doute : recherche de témoignages, de lien direct entre l'activité professionnelle et l'accident en termes de cause et de dommage ;
- les contacts (et tentatives de contact) réguliers avec les personnels absents durant une longue période ;
- l'entretien de retour après une absence de longue durée ;
- la collaboration étroite et régulière avec le médecin du travail pour le suivi de l'état de santé du personnel en général et la prévention et la gestion des absences pour raisons de santé.

Les forces relatives à la politique de GRH avec un impact sur l'absentéisme sont :

- les projets institutionnels en faveur des conditions de travail du personnel et de qualité de vie des résidents ;
- le programme d'investissement qui bénéficie à l'ensemble du personnel avec un engagement sur le long terme au regard du plan pluriannuel d'investissement initié en 2016 ;
- la pluridisciplinarité dans les réflexions sur les projets institutionnels ;
- l'adaptation des organisations de travail aux pratiques de l'établissement, à son histoire, sans négliger l'évolution des postes de travail, des attentes et des besoins des usagers ;
- le dialogue social qui permet l'expression directe du personnel ou indirecte par l'intermédiaire de ses représentants au cours des instances formelles et des rencontres informelles, tant au niveau collectif qu'individuel ;
- le plan de formation annuel qui répond aux objectifs institutionnels et aux aspirations et souhaits du personnel : la promotion professionnelle est accordée

accompagnée d'un engagement de reprise du personnel après obtention du diplôme ; il existe une cohérence entre l'évolution des postes de travail et les plans de formation ;

- la mise en place du CHSCT avec une formation pré et post première instance et une progression dans l'apprentissage des missions des membres du CHSCT à moyen terme (formation jusqu'au premier trimestre 2017) ;
- en matière de recrutement de personnel, une réflexion sur les effectifs nécessaires suite à la restructuration de l'EHPAD et à l'augmentation du nombre de lits ; un recours aux agents contractuels d'accompagnement mesuré ; une priorité donnée aux recrutements de personnels qualifiés et par mutation suite à un départ et dans le cadre de la création de postes.

La politique de gestion de l'absentéisme pour raisons de santé présente **des faiblesses** :

- l'absence d'analyse des données de l'absentéisme malgré une disponibilité sur le site de la SOFAXIS, à la demande et de manière continue ;
- une communication insuffisante des données de l'absentéisme dans le cadre des instances formelles et à destination du personnel ;
- par conséquent, un manque d'utilisation des services associés souscrits dans le contrat d'assurance du personnel et notamment les programmes de suivi psychologique (Repère et Réaction) et dans l'aide et le soutien à l'aménagement des postes et au reclassement du personnel (Chance) ;
- l'absence d'un pool de suppléance qui limiterait la sollicitation du personnel (faiblesse à pondérer au regard du bassin de vie de l'établissement en zone rurale, qui implique une difficulté de recrutement de personnel qualifié uniquement de manière ponctuelle pour pallier aux absences pour raisons de santé) ;
- une analyse des conditions de travail limitée par le retard dans la mise en place du CHSCT et par l'absence d'analyse des causes d'AT : en effet, les membres du CHSCT ont été désignés lors des dernières élections professionnelles en décembre 2014 ; les missions du CHSCT relatives aux conditions travail, notamment l'analyse des causes d'accident de service, l'évaluation des risques professionnels ne sont pas réalisées par le CTE.

2.2 L'évaluation de la satisfaction du personnel

La directrice m'a chargée de réaliser l'enquête de satisfaction du personnel dans le cadre de la mise en place du CHSCT. Cette enquête m'a permis de compléter le diagnostic de la situation de l'établissement concernant les conditions de travail. En effet, l'absentéisme pour raisons de santé ne constitue qu'une composante du contexte du projet « Conditions de Travail ».

2.2.1 Le contexte de l'enquête de satisfaction du personnel 2016

La dernière enquête de satisfaction a été menée en 2011 lors de la rédaction du projet d'établissement, réalisé avec un accompagnement par un prestataire extérieur.

Cette enquête a lieu durant les travaux d'extension et de restructuration de l'établissement depuis septembre 2013 avec une réception finale fin 2016 et suite à des mouvements de personnel d'encadrement en 2015 (retraite de la cadre de santé, son remplacement, recrutement d'un responsable cuisine, départ et remplacement de la psychologue).

Les résultats de l'enquête seront une base de travail pour les membres du CHSCT.

2.2.2 Les modalités de réalisation de l'enquête

La préparation et la réalisation de l'enquête ont nécessité différentes étapes et une méthode participative permettant à la direction, à l'encadrement et aux membres du CHSCT de travailler ensemble :

- Au préalable, information de l'ensemble du personnel de la réalisation de l'enquête en janvier 2016 ;
- Début mars, réunion des membres du CHSCT pour présenter la démarche de mise en place du CHSCT et la rédaction du questionnaire conjointement par la direction, la cadre de santé et les représentants du personnel au CHSCT avec rédaction du texte introductif, ainsi que des modalités de recueil et de dépouillement des réponses ;
- Fin mars, réunion de rédaction du questionnaire et envoi avec le bulletin de paie de mars ;

Un texte introductif a été écrit par les membres du CHSCT lors de cette réunion :

« Ce questionnaire est anonyme. Il a été élaboré en collaboration entre la direction et les membres du CHSCT. Il s'adresse à tous les agents employés par l'établissement.

La date limite de dépôt est le lundi 18 avril à 10h.

Une urne est à votre disposition dans le bureau d'A.G. (*le nom de l'agent d'accueil a été anonymisé*).

Dans le cadre de la mise en place du CHSCT au sein de l'établissement, cette enquête permettra une approche globale de la satisfaction de l'ensemble du personnel. Des axes de travail pourront être identifiés, priorisés et exploités par les membres du CHSCT.

Les résultats seront présentés lors du CHSCT du 10 mai et à l'occasion d'une réunion de l'ensemble du personnel le 2 juin.

Nous comptons sur votre participation pour réaliser cette enquête de satisfaction. »

Le questionnaire (annexe 4) est composé de questions ouvertes, fermées, à choix multiples (échelle de satisfaction : pas satisfaisant, peu satisfaisant, satisfaisant, très satisfaisant) et des réponses avec texte libre. Les thématiques abordées dans l'enquête sont : la motivation au travail, la qualité d'accompagnement des résidents, les conditions de travail, la communication et la participation, la formation, et enfin la satisfaction globale. La catégorisation du personnel est réalisée par la distinction Soignant / Non soignant.

- Fin avril, ouverture de l'urne, saisie des données dans un tableau excel avec des menus déroulants pour les questions fermées ou avec l'échelle de satisfaction et présentation des premiers résultats bruts de l'enquête remise aux membres du CHSCT en vue de la réunion de mise en place de cette instance début mai ;
- Début mai, discussion des premiers résultats en CHSCT, demande d'analyse plus fine des résultats avec distinction personnel soignant – personnel non soignant et analyse qualitative des commentaires et suggestions issues des questions à texte libre ;
- Début juin, présentation des résultats à l'ensemble du personnel lors d'une réunion générale.

2.2.3 La synthèse et l'analyse des données recueillies

La saisie des questionnaires a montré : peu de non-réponses aux différentes questions ; des réponses non exploitables en cas de modification de l'échelle de satisfaction, de plusieurs réponses cochées et d'indécision de la part du répondant en cas de réponse oui/non.

Chaque question a fait l'objet d'une présentation des résultats toute catégorie de personnel confondue, puis séparément le personnel soignant et le personnel non soignant, en valeur et en pourcentage (annexe 5).

Voici quelques chiffres préalables à l'analyse thématique des réponses :

- Taux de réponse : 70% (tout personnel confondu), 59% (personnel soignant) et 95% (personnel non soignant) ;
- Répartition du personnel au 31 mars 2016 : 70% de personnel soignant, 30% de non soignant ;
- Réponses par catégorie de personnel : 44 réponses au total, dont 26 par le personnel soignant et 18 par le personnel non soignant.

Thématique « Motivation au travail »

89% du personnel répondant est motivé pour venir au travail. Une personne a répondu négativement (personnel soignant), justifiant sa réponse par une ambiance moyenne dans l'équipe.

Thématique « Qualité de l'accompagnement des résidents »

Les réponses sont majoritairement « qualité satisfaisante » (70%, 31 réponses dont 55% par le personnel soignant et 45% par le personnel non soignant) et « qualité peu satisfaisante » (20%, 9 réponses réparties 2/3 personnel soignant – 1/3 personnel non soignant). Une réponse « très satisfaisante » (personnel soignant). Une réponse « pas satisfaisante » (personnel soignant).

Les propositions d'amélioration sont en faveur des résidents et du personnel (27 réponses, quasi exclusivement émanant de personnel soignant).

Thématique « Conditions de travail »

L'organisation du travail est adaptée aux missions d'hébergement de l'établissement pour 84% des répondants (37 réponses dont 56% de personnel soignant et 43% de personnel non soignant). 5 personnes dont 4 soignants, soit 11%, ont répondu négativement et les causes évoquées sont en relation avec les plannings et l'organisation du travail (fiches de poste, charge de travail et modalités de transmissions des équipes soignantes).

89% des répondants estiment pouvoir prendre des initiatives dans leur travail. 3 personnels soignants et 1 non soignant ont répondu négativement à cette question.

Les locaux sont fonctionnels pour 77% des répondants. L'absence de fonctionnalité est justifiée par les travaux, mais surtout par la taille et les équipements des salles à manger et de certaines chambres.

70% du personnel répondant estiment avoir les matériels et équipements suffisants. Seuls 8 personnels soignants ont répondu négativement à cette question et 11 ont suggéré des équipements tels que des dispositifs médicaux, des installations techniques (rails) et du matériel et mobilier pour la prestation repas.

Thématique « Communication et participation »

En ce qui concerne la communication au sein de l'équipe :

- 26 personnes, 59% des personnels répondant évalue la qualité de la communication « satisfaisante » dont 69% de personnel soignant et 31% de personnel non soignant ;
- 8 personnes, soit 18% « très satisfaisante » dont 2 soignants et 6 non soignants ;
- 9 personnes « peu satisfaisante » avec une répartition 2/3 soignant – 1/3 non soignant.

En ce qui concerne la communication entre les services :

- 24 personnes, soit 55% des réponses « satisfaisante » (58% soignant, 42% non soignant) ;
- 19 personnes, soit 43% des réponses « peu satisfaisante » (2/3 soignant, 1/3 non soignant).

Ces réponses amènent à s'interroger sur les modalités d'amélioration de la situation.

En ce qui concerne la communication avec le supérieur hiérarchique :

- « très satisfaisante » pour 25% des répondants (50% soignant et 50% non soignant) ;
- « satisfaisante » pour 64% des répondants (2/3 soignant, 1/3 non soignant) ;
- « peu satisfaisante » pour 7% des répondants (3 soignants) ;
- « pas satisfaisante » pour 2% des répondants (1 soignant).

En ce qui concerne la communication avec la direction :

- « très satisfaisante » pour 23% des répondants (2/3 soignant et 1/3 non soignant) ;
- « satisfaisante » pour 68% des répondants (77% soignant, 23% non soignant) ;
- « peu satisfaisante » pour 1 soignant ;
- « pas satisfaisante » pour 1 non soignant.

Sur 44 personnels répondants, seuls 2 soignants et 3 non soignants ne s'estiment pas impliqués dans les projets de l'établissement. Ainsi, 84% des répondants se sentent impliqués.

Thématique « Formation »

84% des répondants ont répondu que les formations correspondaient à leurs attentes, dont 2/3 de personnel soignant et 1/3 de non soignant.

2 soignants et 2 non soignants ont répondu par la négative, soit 9% des répondants.

86%, soit 38 personnes estiment que les formations suivies contribuent à une réflexion sur leurs pratiques professionnelles, dont 60% de soignant et 40% de non soignant.

4 personnes n'ont pas répondu à cette question (2 personnels de chaque catégorie).

Thématique « Satisfaction globale »

- « très satisfaisante » : 6 réponses, soit 14%, réparties de manière égale entre les personnels soignants et non soignants ;
- « satisfaisante » : 34 réponses, soit 77% avec une majorité de personnel soignant (58%) et 42% pour le personnel non soignant ;
- « peu satisfaisante » : 2 réponses de personnel soignant.

Cette thématique peut être analysée de manière plus fine en corrélant les réponses à cette question et celles des questions 2, 5, 7, 8 et 9 :

- Même si la personne a répondu négativement à la question relative à la motivation au travail, sa satisfaction globale est « satisfaisante ».
- Les personnels qui expriment une absence ou un manque d'adaptabilité de l'organisation du travail au regard des missions de l'établissement font part d'une satisfaction globale « satisfaisante ».
- Pour les 2/3 des répondants négativement à la question de la fonctionnalité des locaux, la satisfaction globale est « satisfaisante ». Seul une personne est peu satisfaite et exprime une absence de fonctionnalité des locaux. De même pour la corrélation satisfaction globale « très satisfaisante » et absence de fonctionnalité des locaux (1 personnel soignant).
- Un personnel soignant estime ne pas disposer d'équipements suffisant tout en évaluant sa satisfaction globale « très satisfaisante ». 7 questionnaires de personnel soignant mettent en évidence une satisfaction globale « satisfaisante » malgré une réponse négative à la question relative aux équipements et matériels.
- La communication au sein de l'établissement a été évaluée :
 - o au sein de l'équipe de manière « peu satisfaisante » par 8 personnes avec une satisfaction globale « satisfaisante » et par 1 personne avec une satisfaction globale « peu satisfaisante » ;
 - o entre les services « peu satisfaisante » par 1 personne avec une satisfaction globale « très satisfaisante », par 16 personnes avec une satisfaction globale « satisfaisante » et par 1 personne avec une satisfaction globale « peu satisfaisante » ;
 - o avec le supérieur hiérarchique « pas satisfaisante » par 1 personne avec une satisfaction globale « satisfaisante » (non soignant) et « peu satisfaisante » par 3 personnels soignants avec une satisfaction globale « satisfaisante » ;
 - o avec la direction « pas satisfaisante » par 1 personnel non soignant avec une satisfaction globale « satisfaisante » et « peu satisfaisante » par 1 personnel soignant avec une satisfaction globale « satisfaisante ».

Cette analyse met en évidence une satisfaction du personnel liée à la qualité de communication au sein de l'établissement et aux conditions de travail créées par les locaux et les équipements mis à disposition.

2.3 Un dialogue social existant

Le dialogue social est un des moyens pour améliorer les conditions de travail. Il peut être analysé sous l'angle de ses modalités (instances et rencontres) et de ses impacts sur les organisations de travail à travers les plans de formation et les équipements acquis dans le cadre du plan d'investissement.

2.3.1 Des instances et des rencontres, les composantes du dialogue social

Force est de constater l'absence de bilan social, de projet social dans le projet d'établissement 2011 – 2015, mais également l'absence d'enquête de satisfaction du personnel entre 2012 et 2015. Elle a été réalisée en 2011 à l'occasion de la rédaction du projet d'établissement et en 2016 dans le cadre de la mise en place du CHSCT. Ces outils sont essentiels pour le dialogue social, les échanges entre la direction, l'encadrement et le personnel, mais aussi entre les différents services. En effet, le dialogue permet une qualité de vie pour les résidents et un cadre professionnel en adéquation avec les attentes des personnels (en termes de qualité de vie au travail et de santé). Ainsi, la prévention et la gestion de l'absentéisme pour raisons de santé pourraient être des axes de la politique de GRH de la structure.

Ce constat peut être nuancé car le dialogue social dans l'établissement est tout de même effectif au sein des instances obligatoires, des rencontres informelles et au niveau individuel.

Les instances formelles sont le CTE et CHSCT.

Le CTE est bien implanté dans l'établissement. Ses membres se réunissent régulièrement sur les thématiques en lien avec leurs missions. L'ordre du jour est élaboré par la présidente du CTE (la directrice), puis complété par les deux syndicats siégeant au CTE. Ces compléments lui parviennent par courrier ou lors d'une rencontre préalable à la réunion. Ce procédé permet à la directrice d'apporter une réponse lors de l'instance. Lors des réunions, des personnels sont conviés, notamment la cadre de santé, un adjoint administratif chargé des ressources humaines et de la gestion financière, ce qui enrichit les échanges durant l'instance.

Le CHSCT est mis en place durant le premier semestre 2016, après une formation du président et de l'ensemble des membres représentants du personnel (titulaires et suppléants). Il est important de souligner que cette formation a été proposée et suivie par d'autres personnels (la cadre de santé, le médecin coordonnateur au regard de leur implication dans la démarche d'amélioration des conditions de travail et de contribution à la préservation de la santé des personnels ; les adjoints des cadres chargés des

ressources humaines et de la gestion financière de l'établissement dans l'objectif d'une information générale sur le cadre juridique du CHSCT (textes prescriptifs de la fonction publique hospitalière, rôles et missions, ...)). Cette formation dure cinq jours, répartis sur 2016 et 2017 afin d'aborder l'ensemble des missions du CHSCT et d'initier un programme d'actions en faveur du personnel (contribution à la préservation de la santé physique et mentale des agents, analyse des risques professionnels, amélioration des conditions de travail).

La première réunion du CHSCT s'est déroulée en mai en présence de la directrice, de l'ensemble des membres du personnel (titulaires et suppléants, à l'exception d'un suppléant en arrêt maladie), le médecin du travail, le médecin coordinateur, la cadre de santé et les deux ACH. L'inspecteur du travail s'est excusé.

Le secrétaire et son adjoint ont été respectivement élus et désigné parmi les représentants du personnel. Le règlement intérieur de l'instance a été également rédigé. Pour finir, les premiers résultats de l'enquête de satisfaction (résultats chiffrés des réponses toute catégorie de personnel confondu) ont été présentés. Un complément de présentation a été demandé afin de préparer la réunion du personnel de début juin.

Le dialogue social existe également au travers de **rencontres informelles** qui associent la direction, l'encadrement et le personnel.

Des réunions générales du personnel sont organisées à l'occasion des vœux, d'évènements impliquant une modification du fonctionnement et des organisations de l'établissement (par exemple les travaux d'extension et de restructuration du bâtiment existant), pour présenter des procédures, des démarches impliquant l'ensemble du personnel de l'établissement.

Des réunions de communication sont régulièrement programmées (environ une par quinzaine) et à des moments clés de la vie de la structure. Ces réunions, qui ont lieu à horaire fixe (13 h 30) et qui durent environ trente minutes, sont à l'initiative de la directrice et de la cadre de santé. Elles convient chaque responsable de service (cuisine, lingerie, entretien des locaux, services techniques) qui peut se faire représenter, une infirmière, un(e) aide-soignant(e), l'animatrice, le médecin coordonnateur et la psychologue s'ils sont présents dans l'établissement ce jour-là. Ces réunions permettent d'échanger des informations de manière descendante, ascendante et entre les services, de prendre des décisions dans le cadre de l'amélioration de l'accompagnement des résidents et de l'amélioration des conditions de travail du personnel. Chaque participant est chargé de transmettre le contenu de la réunion à ses collègues par écrit dans un cahier spécifique et à l'oral. Depuis fin 2015, un relevé de décision est rédigé après chaque réunion afin d'assurer un suivi avec détermination d'un délai, d'un pilote, d'un délai et des modalités

d'évaluation, sans oublier une case pour le suivi. Ces relevés de décision sont repris avant chaque réunion afin de compléter l'ordre du jour composé d'informations générales et d'informations spécifiques à chaque secteur (lingerie, cuisine, soins, services techniques, entretien des locaux).

Parallèlement à ces réunions de communication, le dialogue social s'exerce au sein de chaque équipe. Des réunions du personnel de cuisine, du personnel soignant sont organisées. Une unité sécurisée ouvre en 2016, ce qui implique des modifications d'effectif et d'organisation du travail. La cadre de santé et la psychologue rencontrent l'équipe soignante dans le cadre de la préparation à ces changements afin de préparer l'arrivée de nouveaux personnels et la nouvelle sectorisation du deuxième étage de l'établissement en juin et en septembre. Cette démarche permettra des échanges quant au ressenti des personnels et de répondre à leurs questions concernant la planification de cette nouvelle organisation.

La direction et les cadres (cadre de santé, responsable cuisine, ...) se réunissent afin d'organiser le travail des équipes et d'apporter une réponse aux dysfonctionnements induits par une désorganisation, par exemple suite à une absence pour raisons de santé d'un agent. Ces rencontres permettent également d'évaluer le climat social au sein de l'établissement dans un contexte de travaux architecturaux qui durent depuis plusieurs années.

Des réflexions au sein de groupes de travail sur les projets institutionnels et d'organisation du travail sont menées au sein des équipes. Peut être citée l'ouverture de l'unité Alzheimer qui nécessite l'élaboration du projet de service avec ses objectifs, son organisation au quotidien, ses moyens humains, techniques et logistiques. Ce projet implique des personnels soignants de la structure, agents pressentis pour intégrer l'unité depuis l'ébauche de projet. La cadre de santé les a réunis à plusieurs reprises et prévoit une rencontre pour finaliser l'organisation du service et notamment en termes de plannings qui pourront être réalisés par les agents au regard d'une proposition de la cadre de santé.

Une dernière modalité collective de dialogue social me semble pertinente dans l'établissement : la consultation du personnel dans le choix des équipements et matériels acquis. Durant le stage, j'ai pu observer comment la direction et l'encadrement impliquent le personnel dans le choix de leurs outils de travail. Par exemple, après des rencontres avec plusieurs fournisseurs de lit, les agents ont pu bénéficier d'une information – formation sur l'équipement, tester le lit pendant plusieurs jours et émettre leur avis sur le matériel le plus adapté à leurs pratiques quotidiennes. La direction et l'encadrement

respectent le choix des personnels, conscients qu'en tant qu'utilisateurs les agents peuvent et doivent donner leur avis. L'adhésion du personnel est primordiale. Elle n'est possible que s'il est impliqué dans le processus de décision d'un équipement.

Ces rencontres informelles permettent un dialogue social réel et effectif, à l'origine d'un climat social de bonne qualité, malgré l'intensification du travail et un vieillissement du personnel de l'établissement.

Le dialogue social est également présent **au niveau individuel** au sein de la maison de retraite.

La disponibilité de la directrice et de l'encadrement, les évaluations annuelles, les entretiens réalisés au retour d'une absence de longue durée et les contacts gardés avec les agents absents sont des atouts pour l'expression du personnel.

Durant le stage, j'ai participé à de nombreuses rencontres entre la directrice et le personnel de toute catégorie et de toute filière, à l'initiative de l'agent. Des sujets d'ordre personnel et professionnel ont été abordés, avec le respect du principe de confidentialité quand cela le nécessitait. Les échanges entre la directrice et le personnel peuvent ainsi être sans intermédiaire ou en présence du cadre (cadre de santé et responsable cuisine principalement).

A l'occasion du retour de l'animatrice après deux années d'absence (formation et maternité), des entretiens avec la cadre de santé et la directrice ont été réalisés afin de préparer sa réintégration dans l'équipe. Ces rencontres ont permis à l'agent de soumettre des idées d'activités, des projets et de recueillir son ressenti quant à son retour dans l'établissement. Elles ont également été l'occasion pour la directrice et la cadre de santé d'informer l'animatrice des attendus de l'établissement en termes d'animations proposées aux résidents et les modifications survenues durant son absence au sein de l'équipe d'animation et plus largement au sein de l'ensemble du personnel.

En 2016, trois agents sont en congé longue maladie. Les équipes gardent le contact avec ces personnes dans le cadre de leur dossier administratif, médical, mais également afin de préparer leur retour quand leur état de santé le permettra et que le comité médical et le médecin du travail les autoriseront à reprendre leur activité. Cela permet à l'agent de conserver sa place au sein du personnel malgré son absence prolongée.

2.3.2 Les plans de formation, un atout pour le personnel et une réponse aux objectifs institutionnels

J'ai analysé les plans de formation des années 2013 à 2016 en classant les formations par objectif poursuivi : la promotion professionnelle, l'acquisition de nouvelles compétences, l'adaptation au poste (de travail) et à ses évolutions, l'amélioration de l'accompagnement des résidents, la sécurité des biens et des personnes (annexe 6).

Chaque année, un personnel bénéficie d'une formation diplômante ou d'une préparation à un concours dans le cadre de la promotion professionnelle au sein de l'établissement.

L'ensemble des postes de travail fait l'objet d'évolution au sein d'une structure, en particulier dans le domaine normatif. C'est pourquoi ont notamment été inscrites des formations telles que la méthode RABC (Risk Analysis and Biocontamination Control, en français l'Analyse du Risque et le Contrôle de Biocontamination), les règles relatives à l'hygiène et à l'entretien des locaux, l'initiation à la plomberie, la gestion des carrières des personnels titulaires et contractuels, la gestion budgétaire et financière, ... sur la période étudiée.

Le recrutement de personnel d'encadrement (dont le responsable de cuisine) a impliqué une formation sur le management et le positionnement d'un responsable face à une équipe.

L'accompagnement des résidents est indéniablement un axe majeur dans les plans de formation de la maison de retraite. En effet, de nombreuses actions ont été programmées entre 2013 et 2016 auprès des personnels soignants et hôteliers : le toucher-massage, la bienveillance, les soins esthétiques, la musicothérapie, la manutention des personnes, « le prendre soins à travers le moment du repas », ... Le respect de la personne, la préservation de son autonomie, la valorisation de l'image de soi sont les valeurs du personnel de la maison de retraite. Les actions de formation dans le cadre de l'amélioration de l'accompagnement des résidents en sont des illustrations concrètes.

Pour finir, les obligations réglementaires relatives à la sécurité des biens et des personnes ne sont pas négligées dans les plans de formation. Le personnel suit chaque année la formation « Prévention incendie et mise en sécurité du résident en cas d'incendie ». Aujourd'hui, trois personnes ont l'habilitation électrique au regard de leurs fonctions dans l'établissement. Suite à une demande lors du CTE de novembre 2015, une première formation Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (PSC1) a été organisée

en 2016. Cette formation sera reconduite annuellement afin que l'ensemble du personnel puisse assurer les premiers soins nécessaires en cas de situation d'urgence.

En 2016, un plan de formation sera proposé au personnel pour les années 2017 – 2019. L'entretien annuel d'évaluation 2015 a permis de recenser les vœux des agents en termes de formations. A partir de ce recueil et des projets institutionnels, des formations seront programmées. Ainsi, les formations pourront répondre aux besoins de la population hébergée, aux attentes du personnel et aux objectifs fixés par la direction et l'encadrement dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie au sein de l'EHPAD.

2.3.3 Une politique d'investissement initiée et programmée

Afin de comprendre la politique d'investissement au sein de la maison de retraite, voici les éléments de contexte : l'établissement a été construit en 1993 ; des travaux de mise en conformité ont été demandés par les commissions de sécurité de 2005 et 2010 ; le projet architectural en cours depuis septembre 2013.

Le bilan financier 2013 – 2015 réalisé à l'aide de l'outil ANADES¹², sur la base des comptes de gestion, et la liste des biens par imputations des comptes administratifs 2014 – 2015 et du budget prévisionnel ont permis l'élaboration du tableau des biens amortis en 2016 (annexe 7) et le recueil des données suivantes : la vétusté des équipements et le taux de renouvellement des immobilisations par catégorie d'immobilisations corporelles (installations techniques, matériel et outillage (ITMO), autres).

Les documents financiers permettent de mettre en évidence un taux de vétusté des immobilisations corporelles élevé, notamment pour les ITMO (84,4%) et autres (73%) en 2016. Cependant, il me semble important de souligner l'évolution du taux de vétusté pour la catégorie Autres immobilisations corporelles : diminution entre 2013 et 2015 avec une baisse de 10 points par année (92,7% en 2013, 82,4% en 2014). On constate une stabilité du taux de vétusté des ITMO entre 2013 et 2015.

Pour une analyse plus fine, ces chiffres doivent être corrélés au taux de renouvellement des immobilisations. L'analyse des données relatives aux ITMO et Autres immobilisations corporelles montre des taux de renouvellement dans la moyenne des établissements publics de santé pour les années 2014 et 2015 : respectivement 7,54% et 10,38%, soit 72.317 euros et 111.068 euros d'achats d'équipements. L'investissement est ainsi un axe non négligeable de la politique financière de l'établissement. Le projet architectural en cours est un des facteurs favorisant l'effort d'investissement de la structure. La volonté

¹² Logiciel des Presses de l'EHESP, Analyse financière et plan de financement des établissements sociaux et médico-sociaux

d'améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au sein de la maison de retraite est concrétisée par ces acquisitions au service du personnel et des résidents hébergés.

La liste des équipements amortis en 2016 permet de confirmer l'effort d'investissement chiffré dans les documents financiers.

L'ensemble des services est concerné par les achats d'investissement.

L'aménagement des locaux est réalisé progressivement, suivant le rythme des travaux.

Du matériel informatique est régulièrement acheté.

La finalisation des travaux de la cuisine en janvier 2015 a permis aux personnels de travailler dans des locaux et avec du matériel adaptés et neufs.

L'établissement a prévu un programme d'investissement annuel de 50.000 euros à partir de 2017 afin de renouveler l'ensemble des équipements et matériels vétustes. A noter que les mobiliers des salles à manger datent de l'ouverture de la structure (1993), de même pour une partie des lits.

Ce diagnostic montre une situation favorable à un projet « Conditions de Travail » basé sur une implication de l'ensemble des acteurs, une démarche d'écoute des besoins et attentes du personnel. La directrice de la maison de retraite a ainsi bien initié son programme d'amélioration des conditions de travail et permet par ailleurs celle de la qualité de vie des résidents.

Au-delà de 2016, des démarches et outils permettraient de mener une politique continue d'amélioration des conditions de travail. Je propose des préconisations pour atteindre cet objectif dans la partie 3 de ce mémoire.

3 Des préconisations pour une politique d'amélioration continue des conditions de travail au sein de l'EHPAD

Dans cette partie, je proposerai des démarches, outils et méthodes en cohérence avec le contexte local et le diagnostic réalisé en partie 2. En effet, pour reprendre M. GIRIER, « Si les solutions sont nombreuses, souvent bien connues, seul un éventail large de dispositifs adaptés à la situation de l'établissement permet d'avoir un effet sensible sur les organisations et d'agir durablement sur les conditions de travail des agents »¹³.

Malgré des limites intrinsèques à l'établissement (la culture de l'oral, l'absence de formalisation de certaines pratiques, le départ à la retraite de la directrice en 2017), la mise en œuvre de ces leviers permettra une politique d'amélioration continue des conditions de travail. Ainsi la direction et l'encadrement pourra « comprendre, agir, accompagner et prévenir » l'absentéisme pour raisons de santé¹⁴. Ces préconisations pourront également avoir des effets sur le dialogue social et permettre d'atteindre l'un des objectifs principaux de la GRH, la satisfaction du personnel, au regard de ses impacts sur les organisations et sur la qualité de vie au sein de la maison de retraite.

3.1 Des démarches visant l'amélioration des conditions de travail

Des démarches initiées par la directrice peuvent être poursuivies telles que le dialogue social et l'effort d'investissement. D'autres peuvent faire l'objet d'un développement nécessaire au regard de leur importance dans le processus d'amélioration des conditions de travail : la communication autour de l'absentéisme pour raisons de santé et la gestion de ce phénomène.

3.1.1 La poursuite du dialogue social

Le dialogue social est primordial au sein de toute structure afin de permettre l'expression du personnel, de répondre à leurs attentes et d'atteindre les objectifs d'une politique axée sur l'amélioration des conditions de travail.

Le dialogue social a permis à l'établissement de mener à son terme son projet architectural dans de bonnes conditions de travail. La finalisation des travaux est

¹³ M. GIRIER, 2014, Suivre, analyser et savoir répondre à l'absentéisme : L'exemple du centre hospitalier de Lens, Techniques hospitalières - La revue des technologies de la santé, p68

¹⁴ JM. BARBOT, 2014, L'absentéisme à l'hôpital : diagnostic et moyens d'actions, Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, p12-14

l'occasion de la mise en place de nouvelles organisations du travail. La direction ne doit pas négliger le contexte d'évolution constante des pratiques professionnelles et des attentes des usagers et des autorités institutionnelles.

Un dialogue social efficace est ainsi nécessaire. C'est pourquoi je propose la poursuite de la concertation formelle et informelle, notamment par les réunions de communication et les entretiens de retour.

En effet, les réunions de communication doivent être maintenues après la finalisation des travaux, à un rythme régulier, tous les quinze jours par exemple ou quand la situation rend nécessaire cette rencontre interservices, lieu d'échanges descendants, ascendants et transversaux. Il me semble important de continuer à élaborer le relevé de décisions à l'issue de ces réunions (annexe 8). Durant mon stage, la directrice m'a chargée de construire un document simple destiné à suivre les décisions prises lors des réunions de communication. Ce procédé a permis de recenser les thèmes à aborder aux réunions, de tenir informé le personnel sur les suites données aux discussions et d'être informé de la mise en œuvre d'un dispositif ou d'une action. Ainsi, le chef d'établissement assure son rôle de liant, de connecteur et d'ambassadeur de la politique de la structure.

L'établissement ayant un absentéisme pour raisons de santé principalement lié à des congés LM/LD, je propose de systematiser l'entretien de retour, dispositif d'expression de l'agent et de la direction / l'encadrement sur les conditions de retour au travail.

Cet entretien doit être précédé de contacts réguliers avec la personne absente. En complément de l'équipe administrative chargée des ressources humaines, il me semble important que la direction, avec l'encadrement, soit impliquée dans le processus de retour à l'emploi afin de montrer à l'agent qu'il fait toujours partie du personnel de la maison de retraite, même si des raisons de santé en lien ou non avec les conditions de travail l'éloignent de l'établissement. Ce travail de la part du chef d'établissement est une des clés de succès de retour de l'agent.

3.1.2 Un effort d'investissement continu

Le plan pluriannuel d'investissement (PPI) initié en 2016 constitue une démarche d'amélioration des conditions de travail par ses impacts sur les organisations et la pénibilité du travail induite par les missions d'hébergement de personnes âgées de plus en plus dépendantes.

Ainsi, les équipements acquis chaque année doivent répondre à des critères de priorisation tels que les obligations réglementaires, l'évolution des pratiques

professionnelles en fonction du public accueilli, des référentiels métier et des innovations et nouveautés matérielles disponibles.

Par exemple, le renouvellement des lits, du mobilier des salles à manger, l'installation de rails dans les chambres des résidents suggérés lors de l'enquête de satisfaction 2016 pourraient être estimés et inscrits dans le plan d'investissement sur les premières années. L'achat de matériels informatiques me semble également pertinent en 2017 et 2018 au regard de l'augmentation de capacité et par conséquence des effectifs soignants.

Le remplacement des équipements biomédicaux achetés dans les deux dernières années pourrait être l'objet du plan ultérieurement.

Figurer les choix d'investissement au-delà des trois prochaines années n'est pas opportun car l'établissement ne peut prévoir l'évolution des besoins de la population accueillie et du personnel sans incertitude. Enfin, force est de constater l'interdépendance entre les attentes du personnel et les besoins des personnes âgées institutionnalisées.

3.1.3 Une diffusion des données de l'absentéisme pour raisons de santé

Mon stage au sein de la maison de retraite m'a permis d'identifier une communication que je qualifie d'insuffisante quant aux données relatives à l'absentéisme pour raisons de santé. C'est pourquoi je propose que la direction impulse une démarche de communication sur ce phénomène.

Consciente des problématiques présentées par les agents absents (les congés LM/LD pour des motifs extrinsèques au milieu professionnel représentent une partie non négligeable des absences au sein de l'EHPAD), cependant une communication respectueuse du secret médical et de la personne peut être un levier d'amélioration des conditions de travail.

En effet, l'objectivité des informations transmises est l'une des clés de succès de cette démarche. Je ne propose pas de discuter de la situation personnelle de chaque agent. Je préconise une information par la direction de l'ensemble des instances (CA, CTE, CHSCT) sur les chiffres de l'absentéisme pour raisons de santé, au-delà de l'évolution du nombre de jours d'arrêt tel que cela est fait aujourd'hui. Des indicateurs de suivi et de comparaison de l'absentéisme peuvent être également présentés aux représentants du personnel et des autorités de tarification par l'intermédiaire des documents réglementaires tels que le compte administratif et ses annexes.

Ces indicateurs feront l'objet d'une présentation plus précise dans la sous-partie consacrée aux outils et méthodes¹⁵.

Cette démarche permet un dialogue interne et externe construit sur une base fiable et transparente et par conséquent la mise en œuvre d'une politique d'amélioration des conditions de travail sur le long terme.

3.1.4 Une meilleure gestion de l'amont et de l'aval de l'absentéisme

Aujourd'hui, la direction et l'encadrement ont mis en place des outils de gestion de l'absentéisme en termes de prévention, de gestion et de suivi. Cependant, une démarche plus globale pourrait améliorer la gestion de ce phénomène au regard des dispositifs et leviers à disposition du chef d'établissement et du personnel, notamment les services associés du contrat d'assurance des risques statutaires et le travail collaboratif avec le médecin du travail et les organismes et services d'aide à l'adaptation des postes de travail.

En effet, la SOFAXIS, assureur de l'établissement depuis plus de vingt-cinq ans, propose des programmes de retour et d'accompagnement suite à une absence pour raisons de santé de longue durée. Ces programmes (Chance et Repère) sont destinés au personnel et consistent à aider la personne à reprendre son emploi grâce à des consultations auprès d'un psychologue, à l'intervention d'un ergonome. Le psychologue permet à la personne d'exprimer son ressenti et ses difficultés. Il peut également intervenir auprès des collègues du professionnel au sein de l'établissement pour l'aider à se réinsérer dans son équipe, ainsi la réflexion est collective.

Il me semble primordial que le personnel soit informé de l'existence de ces programmes par le chef d'établissement et l'encadrement. Le volontariat sera toujours la base d'adhésion à ces dispositifs. Le rôle du directeur est de proposer et d'informer l'agent au regard du bénéfice potentiel pour lui-même et pour la structure. Un personnel accompagné est un personnel qui retrouve sa place, qui est motivé et donc peut-être moins absent.

En complément de ces programmes à destination des agents, il ne faut pas oublier les services associés mis à disposition du directeur, tels que les visites, les contre-visites, les expertises qui peuvent être demandées dans le cadre des absences pour raisons de santé. En effet, même si aujourd'hui le personnel de l'établissement ne s'absente pas pour des motifs susceptibles d'impliquer ces services, il me semble important que la direction ne néglige pas ces outils de régulation de l'absentéisme.

¹⁵ Cf 2.2 La création d'outils d'évaluation et de comparaison de l'absentéisme

Cependant, le contexte de la maison de retraite peut constituer une limite à cette démarche. Fin 2016 se termine le contrat avec la SOFAXIS. Un marché est relancé sous la forme d'un appel d'offre au regard de son montant global supérieur au seuil des marchés publics à procédure adaptée. Cette modalité de passation du marché ouvre plus largement le panel de sociétés pouvant y répondre. Ainsi, 2017 pourrait être le début d'un contrat avec un autre assureur. Si cela est le cas, la direction doit porter une attention particulière aux programmes proposés par le nouveau prestataire.

Parallèlement à cette démarche, la poursuite du travail collaboratif avec le médecin du travail me paraît importante. C'est une des clés de succès de la démarche de gestion de l'amont et de l'aval de l'absentéisme pour raisons de santé dans l'EHPAD. Le médecin du travail joue un rôle indéniable dans la prévention, la gestion et le suivi de l'absentéisme aujourd'hui. Son implication comme acteur du processus de gestion des absences permettra de mieux maîtriser ce phénomène et de limiter son impact sur les organisations.

Enfin, je propose que la direction de la maison de retraite fasse appel à des organismes d'aide à l'adaptation des postes de travail, tels que la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), Cap Emploi, le Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH).

A noter que ces propositions répondent aux besoins de l'établissement et plus largement au nouvel enjeu des EHPAD : le maintien dans l'employabilité mis en évidence par JM BARBOT dans son article publié en 2014 dans la revue Santé RH¹⁶.

Ces démarches doivent être mises en œuvre grâce à des outils et méthodes adaptées à la maison de retraite.

3.2 Des outils pour mettre en œuvre les choix stratégiques de l'EHPAD

La démarche de mise en place du CHSCT, l'évolution de l'absentéisme pour raisons de santé et sa gestion par la direction et l'encadrement sont à l'origine de propositions d'outils et de méthodes qui vont suivre.

¹⁶ JM. BARBOT, 2014, L'absentéisme à l'hôpital : diagnostic et moyens d'actions, Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, p14

En effet, il est primordial que le CHSCT trouve sa place au sein de l'institution à travers son plan d'actions et les modalités d'accomplissement de ses missions. Le CHSCT contribue à la protection de la santé physique et mentale du personnel de l'établissement et à l'amélioration des conditions de travail.

De plus, l'absence d'analyse des données quantitatives et qualitatives de l'absentéisme pour motif médical par la direction de la maison de retraite m'amène à préconiser la création d'outils d'évaluation et de comparaison du phénomène.

Enfin, les modalités de gestion des absences pour raisons de santé doivent être formalisées pour être efficaces sur le long terme, dans un but d'optimisation des organisations de travail et de qualité de vie pour le personnel et les résidents.

3.2.1 Les actions du CHSCT à initier et à pérenniser

Au préalable, il me semble important de rappeler la taille de l'établissement : l'EHPAD est de taille moyenne de par sa capacité d'hébergement et par conséquent de ses effectifs, proches du seuil des cinquante agents.

Le CHSCT représente un levier indispensable pour mener sur la durée un projet « Conditions de Travail », projet qui doit devenir une politique continue d'amélioration de l'environnement professionnel des agents de l'institution, toutes catégories et tous secteurs confondus. Cette instance doit se doter d'un plan d'actions qui réponde à sa mission d'analyse des conditions de travail et des risques professionnels.

Je propose les actions suivantes au regard de mon analyse de l'établissement et des résultats d'une enquête menée auprès d'EHPAD du département de l'Allier.

En effet, afin de connaître l'avis de directeurs de structure accueillant des personnes âgées du secteur public (fonction publique hospitalière, territoriale) et privé (notamment associatif), j'ai envoyé un questionnaire à 41 structures (annexe 9), composé de questions relatives aux caractéristiques de l'établissement (statut, effectifs), à l'existence du CHSCT, à son fonctionnement et ses travaux et à ses apports (sa possible utilité en cas d'absence de CHSCT) pour le dialogue social, l'analyse des conditions de travail, pour les risques professionnels.

Cette enquête m'a permis de recueillir 16 réponses exploitables, dont 11 d'établissements publics autonomes (soit 69% des répondants) et dont 4 EHPAD comparables à la Maison de Retraite « Les Cordeliers ».

J'ai regroupé les données sous cinq angles (annexe 10) :

- une analyse des réponses des EHPAD sans CHSCT ;
- une analyse des réponses des EHPAD avec CHSCT ;

- une analyse des réponses des EHPAD publics autonomes ;
- une analyse des réponses des EHPAD avec effectifs entre 50 et 100 agents ;
- une analyse des réponses des EHPAD publics autonomes avec effectifs entre 50 et 100 agents.

Cette dernière analyse met en évidence que le document unique est l'outil phare du CHSCT dans le cadre des risques professionnels, que le CHSCT est un acteur de prévention des risques psycho-sociaux (RPS), de négociation d'un Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) et enfin que le dialogue social est une des missions de cette instance et qu'il permet la démarche d'observatoire social.

Ainsi, je propose aux membres du CHSCT (à son président (au sein de l'EHPAD la directrice), aux représentants du personnel qu'ils soient titulaires ou suppléants), mais également à tous les acteurs du projet « Conditions de Travail » (la cadre de santé, les responsables logistique, technique, hôtelier et bien entendu l'ensemble du personnel) **l'élaboration du document unique** (DU). Cette évaluation des risques pour la santé et la sécurité des salariés constitue une obligation issue du décret du 5 novembre 2001, applicable en 2002, mais surtout elle permet une analyse du travail réel et de l'organisation du travail, co-construite par la direction, les partenaires sociaux, le personnel, l'encadrement et les médecins (coordonnateur et du travail). Ainsi, le DU peut être, et doit être, le résultat d'une approche pluridisciplinaire (médicale, technique et organisationnelle), adapté à la structure.

La maison de retraite, dans le cadre de la formation CHSCT initiée en 2016 et poursuivie en 2017, pourrait débiter la rédaction du DU à partir d'une échelle de cotation des risques professionnels par secteur d'activité. La gravité et la fréquence, ainsi que le niveau de maîtrise du risque seraient de bons indicateurs de priorisation des actions à mener dans le cadre du document unique :

- la fréquence : de 1 à 4 (du moins fréquent au plus fréquent) ;
- la gravité : de 1 à 4 (du moins grave au plus grave) ;
- le niveau de maîtrise : de 1 à 4 (1 : totalement maîtrisé, 2 : en grande partie maîtrisé, 3 : partiellement maîtrisé, 4 : non maîtrisé).

Je propose le calcul suivant :

Risque	Fréquence (F)	Gravité (G)	Maîtrise (M)	Résultat
				= F x G x M

Le résultat obtenu permettra de prioriser les actions à mener en termes de délai, de moyens (humains, matériels, financiers, ...).

L'établissement pourrait faire appel à une aide extérieure pour l'élaboration de son premier DU car force est de constater que c'est une démarche complexe, globale, qui

demande du temps, de l'organisation, des reportings, la constitution de groupe de travail,... De plus, un consultant peut être utile pour adapter le DU à la structure, après une concertation avec la direction, l'encadrement et les représentants du personnel.

Si le DU est écrit dans un contexte de participation, d'implication et d'écoute du personnel, son actualisation sera possible. Celle-ci peut être réalisée chaque année ou de manière continue au gré des modifications d'organisation, de l'acquisition de nouveaux équipements et matériels qui permettent d'augmenter la maîtrise des risques et d'acter l'achèvement d'une action prévue dans le plan annuel de prévention des risques professionnels. Je pense que la mise à jour du DU doit se faire de manière continue car cela rend le travail moins contraignant pour l'ensemble des acteurs impliqués et notamment le personnel, directement concerné par ce document. Ainsi une contrainte réglementaire devient une opportunité pour améliorer les conditions de travail sur le long terme.

En complément de l'élaboration et de l'actualisation du DU, le CHSCT doit **suivre le plan annuel de prévention des risques professionnels** réalisé par le chef d'établissement, **mener des enquêtes** auprès du personnel dans le cadre de son mandat de manière régulière et en cas de situation grave qui implique une réponse immédiate et adaptée du directeur, de l'encadrement et de l'agent concerné. Ainsi, **un programme de visites** des unités et services doit être initié dès le second semestre 2016, avant la réunion CHSCT prévue en novembre. Ces visites seront à renouveler périodiquement et lorsque la situation l'exige.

Durant ces visites, les membres du CHSCT représentants du personnel permettront notamment d'évaluer l'impact des nouvelles organisations du travail mises en place suite à la finalisation des travaux d'extension et de restructuration de la maison de retraite. En effet, la phase d'évaluation est indispensable pour ajuster, modifier, pérenniser une organisation afin qu'elle soit un moyen d'atteindre les objectifs stratégiques fixés par la direction de l'établissement.

3.2.2 La création d'outils d'évaluation et de comparaison de l'absentéisme

Durant mes recherches j'ai pris connaissance d'études réalisées par l'INSEE, la DARES, la DREES, du projet PHARES et de statistiques de la SOFAXIS. A partir de ces documents, je propose que la direction évalue l'absentéisme pour raisons de santé à l'aide d'indicateurs, source d'informations quantitatives et qualitatives sur cette thématique. Cette méthode d'analyse permettrait à l'établissement de mettre en œuvre la

démarche de communication des absences pour motif médical, de répondre à l'obligation du bilan social et d'aider l'action du CHSCT.

Ainsi, à partir des données de la société d'assurance des risques statutaires et au fur à mesure des enregistrements des arrêts et des AT, le chef d'établissement pourrait compléter les tableaux suivants avec les données 2016 et plus :

Les indicateurs du taux d'absentéisme

1.a Le taux d'absentéisme global

Absentéisme global	2011	2012	2013	2014	2015
Taux	10,0%	11,4%	6,3%	7,0%	17,0%

1.b Le taux d'absentéisme pour raisons de santé et par motif

Absentéisme hors maternité	2011	2012	2013	2014	2015
Taux	7,0%	9,3%	5,3%	5,8%	14,0%

Maladie ordinaire	2011	2012	2013	2014	2015
Taux	2,5%	4,4%	3,6%	2,8%	6,4%

Longue maladie / Longue durée	2011	2012	2013	2014	2015
Taux	1,8%	2,2%	0,9%	2,4%	4,5%

Accident du travail	2011	2012	2013	2014	2015
Taux	2,7%	2,8%	0,8%	0,6%	3,1%

Les indicateurs de répartition de l'absentéisme pour raisons de santé sous l'angle du nombre de jours d'arrêt (unité : nombre de jours)

2.a La répartition de l'absentéisme global en nombre de jours d'arrêt

Absentéisme global	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de jours d'arrêt	1400,0	1589,5	864,5	962,0	2338,5

2.b La répartition de l'absentéisme par motif en nombre de jours d'arrêt

Maladie ordinaire	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de jours d'arrêt	352,0	611,0	496,0	385,0	744,0

Longue maladie / Longue durée	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de jours d'arrêt	248,0	306,5	123,0	325,0	771,0

Accident du travail	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de jours d'arrêt	376,0	391,0	110,5	85,0	408,5

A partir de ces tableaux, la répartition des jours d'arrêt par motif peut être évaluée :

Jours d'arrêt	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie Ordinaire	25%	38%	57%	40%	32%
Longue Maladie / Longue Durée	18%	19%	14%	34%	33%
Accident du Travail	27%	25%	13%	9%	17%

Les indicateurs d'analyse de la durée moyenne d'arrêt au global et par nature d'arrêt (MO, LM/LD, AT) (unité : nombre de jours)

3.a L'analyse de la durée moyenne de l'absentéisme global

Absentéisme global	2011	2012	2013	2014	2015
Durée moyenne d'arrêt	56,0	66,2	43,2	45,8	70,9

3.b L'analyse de la durée moyenne de l'absentéisme pour raisons de santé par motif

Maladie ordinaire	2011	2012	2013	2014	2015
Durée moyenne d'arrêt	27,1	38,2	33,1	24,1	31,0

Longue maladie / Longue durée	2011	2012	2013	2014	2015
Durée moyenne d'arrêt	124,0	306,5	123,0	325,0	257,0

Accident du travail	2011	2012	2013	2014	2015
Durée moyenne d'arrêt	53,7	97,8	55,3	42,5	204,3

Les indicateurs d'analyse des arrêts de nature MO

4.a L'analyse des arrêts MO en termes de fréquences d'arrêt (adaptation des indicateurs PHARES I9, I10, I11)

Fréquence d'arrêts très courts (durée < 4 jours)	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre d'arrêts	1	0	1	0	1

Fréquence d'arrêts très courts (durée entre 4 et 7 jours)	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre d'arrêts	1	5	2	2	4

Fréquence d'arrêts moyennement courts (durée 1 semaine et 1 mois)	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre d'arrêts	8	3	6	10	12

Fréquence d'arrêts longs (durée > 1 mois)	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre d'arrêts	3	8	6	4	7

4.b L'analyse des arrêts MO par tranche d'âge

Ce tableau pourrait être rempli par année. Un travail de rassemblement des données sur plusieurs années est nécessaire pour évaluer et comparer le phénomène sur plusieurs exercices et au regard des chiffres des établissements équivalents.

Tranche d'âge	Nombre d'agents absents pour MO	Nombre d'agents absents pour LM/LD	Nombre d'agents absents suite à un AT
< 26 ans			
Entre 26 et 30 ans			
Entre 31 et 35 ans			
Entre 36 et 40 ans			
Entre 41 et 45 ans			
Entre 46 et 50 ans			
Entre 51 et 55 ans			
> 55 ans			

Les indicateurs d'analyse des accidents du travail (sur la base du panorama des absences de la SOFAXIS) :

5.a Le nombre d'AT avec et sans arrêt

Accident de service	2011	2012	2013	2014	2015
Accidents avec arrêt	7	4	2	1	2
Accidents sans arrêt	2	3	4	3	1

5.b L'analyse des AT par nature des lésions

Nature des lésions	2011	2012	2013	2014	2015
Troubles musculo-squelettiques	2	0	1	1	1
Lésions cutanées et musculaires superficielles	5	5	4	4	2
Entorse, luxation	0	0	0	0	0
Déchirure, douleur musculaire ou tendineuse, hernie musculaire, éventration	1	1	1	0	1
Fracture, fêlure	1	1	0	0	0
Malaise	0	0	0	0	0
Lésion interne	0	0	0	0	0
Ecrasement, amputation	0	0	0	0	0
Intoxication, asphyxie, noyade	0	0	0	0	0
Polytraumatisme	0	0	0	0	0
Troubles psychologiques	0	0	0	0	0
Troubles sensoriels	0	0	0	0	0
Autres	0	0	0	0	0

5.c L'analyse des AT par activité réalisée lors de l'accident

Activité réalisée lors de l'AT	2011	2012	2013	2014	2015
Acte de soin, thérapeutique et diagnostique	1	0	1	1	0
Rééducation et kinésithérapie	0	0	0	0	0
Alimentation	0	3	0	0	1
Hygiène du malade	4	0	2	0	2
Mobilisation et transfert du malade	4	4	2	2	1
Circulation et transport (autre que malade)	0	0	0	0	0
Transport, lavage et stockage du linge	0	0	1	0	0
Collecte et traitement des déchets	0	0	0	0	0
Préparation des substances	0	0	0	0	0
Nettoyage des locaux	0	0	0	1	0
Maintenance et réparation du matériel	0	0	0	0	0
Maintenance des locaux et de l'environnement	0	0	0	0	0
Tâche administrative	0	0	0	1	0
Autres	0	0	0	0	0

5.d L'analyse des AT par élément mis en cause

Élément mis en cause	2011	2012	2013	2014	2015
Chute ou glissade de plain-pied	1	3	1	0	0
Chute ou glissade avec dénivellation	1	1	1	0	0
Outil coupant, perforant souillé de sang	1	0	0	1	2
Outil coupant, perforant non souillé de sang	0	0	0	0	0
Autre machine	0	0	0	0	0
Produit ou appareil chaud ou froid	0	0	0	0	0
Effort de manutention de malade	5	3	2	3	2
Effort de soulèvement de charge	0	0	0	0	0
Contact avec un malade agité	0	0	0	0	0
Accident de circulation	0	0	0	0	0
Objet ou masse en mouvement accidentel	0	0	0	0	0
Manipulation de produits dangereux	0	0	0	0	0
Autres	0	0	0	0	0

5.e L'analyse des AT par tranche d'âge

Tranche d'âge	2011	2012	2013	2014	2015
< 26 ans	0	0	0	0	0
Entre 26 et 30 ans	0	1	1	0	1
Entre 31 et 35 ans	1	0	0	0	0
Entre 36 et 40 ans	0	1	0	1	0
Entre 41 et 45 ans	3	1	2	0	0
Entre 46 et 50 ans	0	0	0	0	0
Entre 51 et 55 ans	5	3	1	3	1
> 55 ans	0	1	2	1	3

L'indicateur du coût de l'absentéisme

Le tableau d'évaluation du coût financier de l'absentéisme pour les années 2013 – 2015 pourrait être une base et complété afin de suivre l'évolution du coût de l'absentéisme qui peut ainsi être objectivé et estimé.

Ces tableaux peuvent être complétés par des graphiques pour une meilleure lisibilité pour les destinataires de ces informations, tant en interne (encadrement, partenaires sociaux, représentants du personnel au sein du CTE, CHSCT) qu'en externe (membres du CA, autorités de tarification, partenaires autres).

Ces données sont à comparer de manière longitudinale à partir d'indicateurs calculés de manière identique. Elles peuvent servir au directeur pour positionner son établissement en le comparant à d'autres structures de taille et d'effectifs similaires.

Pour finir, je souhaite expliciter une limite à cette méthode d'évaluation de l'absentéisme au sein de la Maison de Retraite « Les Cordeliers » : le changement d'assureur pour les risques statutaires du personnel qui pourrait avoir lieu en 2017, le marché conclut avec la SOFAXIS arrivant à son terme le 31 décembre 2016. La directrice devra alors apporter une attention particulière au mode de calcul de ces indicateurs pour vérifier leur cohérence avec les données de la SOFAXIS.

Cependant, l'utilisation d'indicateurs, de tableaux de bord permet le pilotage interne, le dialogue de gestion avec les partenaires de l'institution pour le chef d'établissement.

3.2.3 La formalisation des régulations conjointes suite à un arrêt de travail

Pour reprendre M. DEVIGNE¹⁷, au sein de la maison de retraite, il existe trois types de régulations de l'absentéisme pour raisons de santé :

- les régulations de contrôle : les enquêtes d'imputabilité des accidents du travail, les expertises demandées dans le cadre des CLD et CLM, ... ;
- les régulations autonomes : les actions du personnel pour créer des règles de fonctionnement telles que le report, voire la suppression de tâches, le réaménagement des horaires, ;
- les régulations conjointes : la mise en place d'une organisation du travail spécifique suite à un accord entre la direction, l'encadrement et les équipes, en fonction de la durée de l'absence.

Cependant, force est de constater que ces régulations conjointes ne sont pas formalisées, ce qui limite leur efficacité sur le long terme et qui peut être à l'origine d'un absentéisme auto-alimenté.

C'est pourquoi je propose que le chef d'établissement décide de réunir la cadre de santé, les responsables logistiques et techniques pour élaborer une procédure explicitant les modalités de remplacement des agents absents pour raisons de santé et les organisations du travail qui en découlent.

Au regard des effectifs de la Maison de Retraite « Les Cordeliers », un groupe de travail composé de membres de chaque filière (administrative, soignante, logistique et technique) et de partenaires sociaux du CTE et du CHSCT pourrait travailler sur un document source d'actions et d'outils de gestion des absences pour motif médical. Sans être exhaustive, cette procédure pourrait expliciter :

- les modalités de remplacement : en interne, recrutement de contractuels, d'intérimaires ;
- les adaptations organisationnelles du travail avec une priorisation des tâches en cas de manque d'effectifs ;
- les règles imposées à tous.

Si la méthode d'une procédure ne semble pas en cohérence avec la culture de la maison de retraite, le choix de la rédaction d'une charte pourrait être envisagé.

¹⁷ M. DEVIGNE, J. HABIB, C. KROHMER, et al, Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD, Journal de gestion et d'économie médicales, pp68 et 78.

Dans tous les cas, je préconise la présentation du document finalisé en instance (CTE et CHSCT) suivie d'un vote et en réunion générale du personnel. Cela permettrait une adhésion de l'ensemble du personnel et une application de ces régulations conjointes au quotidien et sur le long terme.

Ce texte doit être rédigé à partir d'échanges ouverts et avec existence de contreparties. La direction et l'encadrement doivent veiller à ne pas auto-alimenter le phénomène de l'absentéisme pour raisons de santé.

Cette procédure / charte pourrait être transmise à tout agent actuellement employé dans la structure et à tout nouveau personnel, qu'il soit contractuel de droit privé ou public ou fonctionnaire.

Ces différentes démarches et méthodes poursuivent le même objectif : l'amélioration des conditions de travail dans un contexte de dialogue social construit sur de bases solides, qui exigent une collaboration entre la direction, l'encadrement, les partenaires sociaux, les équipes et les partenaires extérieurs à l'établissement (le médecin du travail, les organismes d'aide à l'adaptation des postes de travail, ...). Tous les acteurs doivent s'impliquer pour construire un projet « Conditions de Travail » qui répond aux attentes du personnel et aux objectifs institutionnels.

Conclusion

Le projet « Conditions de Travail » initié par la directrice de la Maisons de Retraite « Les Cordeliers » et co-construit avec l'encadrement, les partenaires sociaux, le personnel et les organismes et services extérieurs à la structure reflète la dynamique d'établissement observée durant mon stage. En effet, tous les acteurs sont impliqués et participent à la mise en place de démarches, d'outils et de méthodes de travail afin d'améliorer les conditions de travail au sein de l'établissement, et par conséquent la qualité de vie au travail, une des conditions sine qua non d'une qualité d'accompagnement des résidents de la maison de retraite.

La taille de l'établissement, sa localisation ne doivent pas exonérer un directeur d'un projet « Conditions de Travail » au regard des enjeux actuels de la GRH et de la performance exigée par les pouvoirs publics (et notamment les autorités de tarification) et par les usagers.

Le projet « Conditions de Travail » est une des composantes du projet social, autre dispositif obligatoire et réglementaire que devra rédiger le futur chef d'établissement, après le départ à la retraite de la directrice en 2017.

Le diagnostic réalisé dans ce mémoire, même s'il n'est pas exhaustif au regard de la définition du terme « conditions de travail », ainsi que mes préconisations pourront être source d'éléments de contexte et d'actions à poursuivre ou à mettre en place. La démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), de formation, d'adaptation de la l'établissement aux évolutions de la société, ... seront des compléments au projet « Conditions de Travail » pour qu'il intègre la dynamique « Projet Social de la Maison de Retraite « Les Cordeliers » ».

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Code du travail.

Loi n°82-1097 du 23/12/1982 4^{ème} loi Auroux relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Loi n°2016-41 du 26/1/2016 de modernisation de notre système de santé.

Décret n°85-946 du 16/8/1985 modifiant le code du travail (2^{ème} partie: décrets en Conseil d'Etat) et relatif aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans les établissements mentionnés à l'art. 1792 du Code de la sante publique et dans les établissements inter hospitaliers.

Décret n°2002-434 du 29/3/2002 relatif aux établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Ministère de la Santé et des Sports, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Circulaire N°DHOS/RH3/2009/280 du 7/9/2009 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/09/cir_29461.pdf

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, Circulaire n°DGOS/RH3/2011/491 du 23/12/2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière.

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/12/cir_34345.pdf

DGAFF, Accord du 20/11/2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.

http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/accord_sante_201109.pdf

DGAFF, Protocole d'accord relative à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique du 22/10/2013.

http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/carrieres_et_parcours_professionnel/sante_securite_travail_fp/protocole_accord_RPS_FP.pdf

Ouvrages

P. BERNOUX, 2014, La sociologie des organisations, 6ème édition, Edition Essais.

L. BRAMI, S. DAMART, M. DETCHESSAHAR, et al, 2014, L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital : Comprendre et agir. Presses des Mines, Extrait, 29p.

http://www.pressesdesmines.com/media/extrait/Absenteisme_Extr.pdf

A. DESMEURAU, 2015, Théorie des organisations, 3ème édition, Edition EMS Management & Société.

B. MARTORY, D. CROZET, 2013, Gestion des ressources humaines, pilotage social et performances, 8^{ème} édition, Dunod.

A. LUCAS, 2015, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Vol. 1 : Le fonctionnaire hospitalier, 11^{ème} édition, Presses de l'EHESP.

A. LUCAS, 2014, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Vol. 2 : Le développement des ressources humaines – Politiques, méthodes, outils, 2^{ème} édition, Presses de l'EHESP.

JM PLANE, 2012, Théorie et management des organisations, 3ème édition, Editions Dunod.

Articles

JM. BARBOT, 2014, L'absentéisme à l'hôpital : diagnostic et moyens d'actions, Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, pp. 11-15.

L. BRAMI, S. DAMART, M. DETCHESSAHAR, et al, 2012, Dossier. Hôpital et qualité de vie au travail : quelles perspectives ? Absentéisme. Principaux enseignements du projet PHARES., Revue hospitalière de France, pp. 50-52.

T. COUTROT, E. DAVIE, 2014, Les conditions de travail des salariés dans le secteur privé et la fonction publique, DARES Analyses n°102, 8p.

http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/Hors_collection/dares-analyses102.pdf

A. DECOSTER, I. CAMUS, B. CHARBOTEL, et al. Umrestte. Lyon. FRA., 2011, Conditions de travail et santé des salariés travaillant auprès des personnes âgées, Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, pp. 13-23.

M. DEVIGNE, J. HABIB, C. KROHMER, et al, 2014, Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD, Journal de gestion et d'économie médicales, pp. 63-80.

M. GIRIER, 2014, Suivre, analyser et savoir répondre à l'absentéisme : L'exemple du centre hospitalier de Lens, Techniques hospitalières - La revue des technologies de la santé, pp. 65-68.

H. HAIRON, 2013, Absentéisme en hausse : un constat mais quels remèdes?, Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, pp. 18-19.

C. INAN, Les facteurs de risques psychosociaux en France et en Europe : une comparaison à travers l'enquête européenne sur les conditions de travail, DARES Analyses n°100, 2014, 7p.

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-100.pdf>

R. LE LAN, 2005, Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail, Etudes et résultats - DREES, 12p.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er373.pdf>

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, 2008, Petit historique et principales évolutions des CHSCT.

<http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/acteurs/comite-d-hygiene-de-securite-et-des-conditions-de-travail/qu-est-ce-qu-un-chsct/article/petit-historique-et-principales-evolutions-des-chsct>.

Rapports et guides

10 questions sur ... La qualité de vie au travail : comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?, ANACT, 2015

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf

Rapport de l'état de la fonction publique Edition 2015, 2015

<http://www.fonction-publique.gouv.fr/rapport-annuel-edition-2015>

T.ROUSSEAU, 2010, L'absentéisme : outils et méthodes pour agir, e guide, ANACT, Lyon.

<https://issuu.com/anact/docs/2196357>

SOFAXIS, Regard sur ... les tendances 2014 des absences pour raisons de santé dans les établissements hospitaliers, Janvier 2015, 8p.

SOFAXIS, Panoramas des absences pour raisons de santé de l'EHPAD « Les Cordeliers » des années 2011 – 2015.

Mémoires

V. CHABRILLAT, 2015, L'impact des politiques managériales sur l'absentéisme : l'exemple du CH de Billom, Mémoire DESSMS Promotion 2014 – 2015.

M. POURNOT, 2014, Des leviers de prévention et de réduction de l'absentéisme pour raisons de santé sous l'angle de la qualité de vie au travail, L'exemple de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois, Mémoire DESSMS Promotion 2013 – 2014.

Conférences

Réseaux ANACT, Retour sur ... 30 ans d'histoire des CHSCT, Conférence du 24 octobre 2012, Paris.

Vidéo disponible sur <http://www.anact.fr/retour-sur-30-ans-dhistoire-des-chsct>

Sites internet

<http://www.anact.fr/>

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/>

<http://drees.social-sante.gouv.fr/>

<http://www.fonction-publique.gouv.fr/>

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://travail-emploi.gouv.fr/>

Liste des annexes

- Annexe 1** Définitions et indicateurs de l'absentéisme pour raisons de santé
- Annexe 2** Tableaux et graphiques issus de l'analyse de l'absentéisme pour raisons de santé
- Annexe 3** Calcul du coût financier de l'absentéisme pour raisons de santé
- Annexe 4** Questionnaire de l'enquête de satisfaction du personnel
- Annexe 5** Résultats de l'enquête de satisfaction du personnel
- Annexe 6** Les plans de formation 2013 – 2016
- Annexe 7** Le tableau des équipements amortis en 2016
- Annexe 8** Tableau de relevé de décision des réunions de communication
- Annexe 9** Questionnaire de l'enquête CHSCT auprès d'EHPAD de l'Allier
- Annexe 10** Résultats de l'enquête CHSCT auprès d'EHPAD de l'Allier

Annexe 1 : Définitions et indicateurs de l'absentéisme pour raisons de santé

(Source : SOFAXIS, Regard sur ... Les tendances 2014 des absences pour raisons de santé dans les établissements hospitaliers, Janvier 2014, p 7)

Taux d'absentéisme : mesure en pourcentage de la part du temps de travail perdu en raison des absences, mesure également exprimée en nombre d'équivalent d'agents absents ; indicateur de référence des absences au travail pour raisons de santé ; mode de calcul $[\text{nombre total de jours d'absences} \times (5/7) / \text{effectif étudié} \times \text{nombre de jours travaillés moyen par an et par agent}]$.

Pour ce mémoire, le nombre de jours travaillés est de 200 par an et par agent.

Fréquence : nombre d'arrêts pour 100 agents employés, mesure de l'occurrence des arrêts sur une population de 100 agents ; mode de calcul $[(\text{nombre d'arrêts} / \text{effectif étudié}) \times 100]$.

Cet indicateur ne sera pas analysé dans ce mémoire.

Exposition : proportion d'agents absents (exprimée en pourcentage) ; mesure de la part d'agents qui se sont arrêtés au moins une fois sur la période d'étude ; mode de calcul $[\text{nombre d'agents absents} / \text{effectif étudié}]$.

Gravité : durée moyenne d'arrêt ; mesure du nombre de jours moyens d'absence par arrêt ; mode de calcul $[\text{nombre de jours d'arrêt} / \text{nombre d'arrêts}]$.

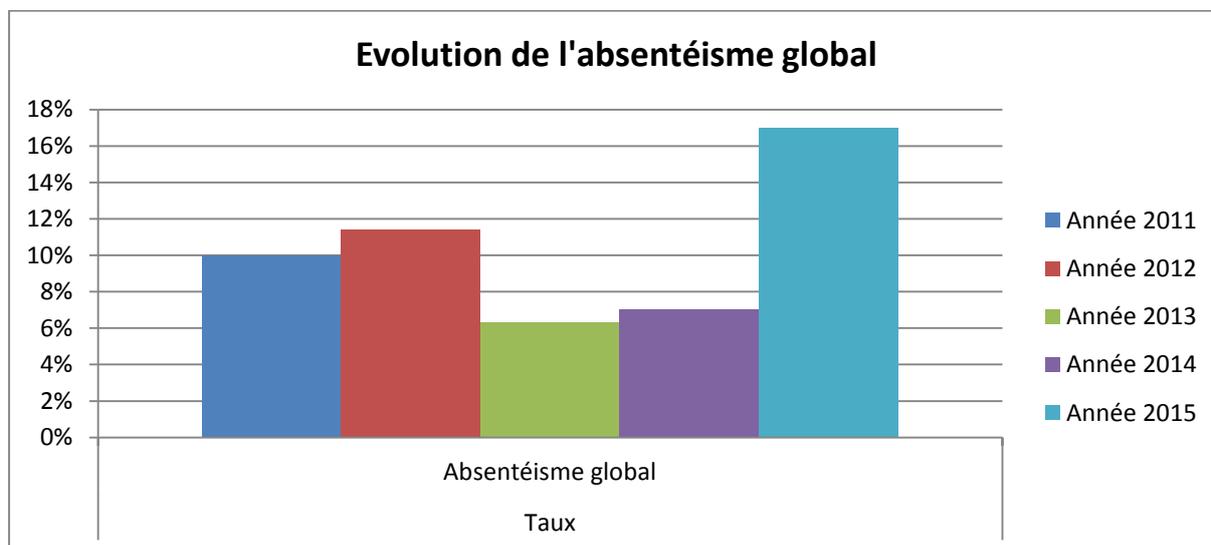
Maladie ordinaire : congé accordé en cas de maladie dûment constatée et mettant l'agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions.

Longue maladie : congé accordé en cas de maladie nécessitant un traitement et des soins prolongés, présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée et comprise dans les groupes de pathologies reconnues (dans les listes officielles).

Longue durée : congé accordé en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite, déficit immunitaire grave et acquis.

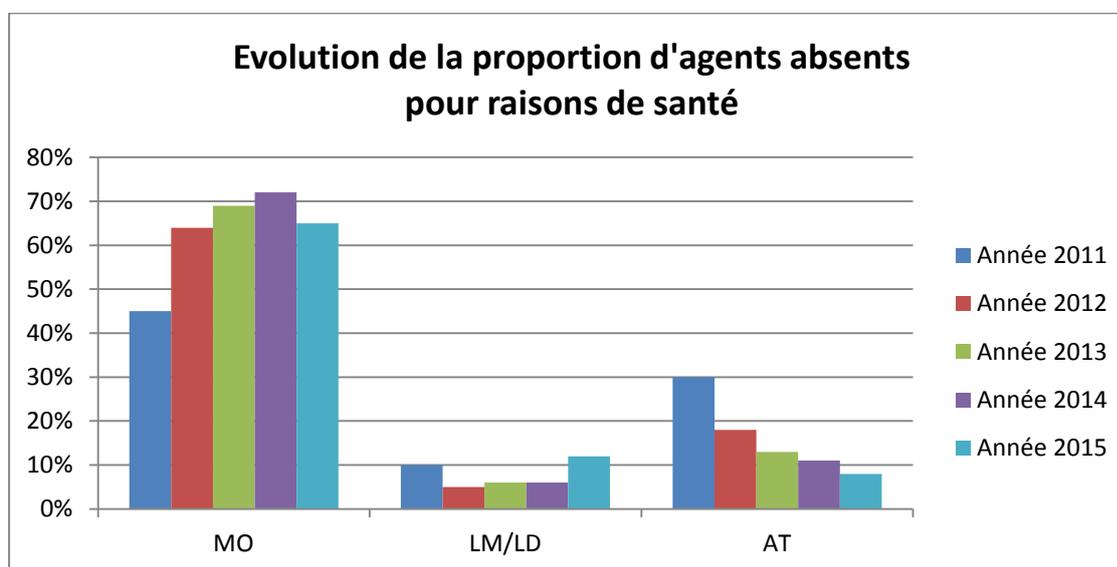
Annexe 2 : Tableaux et graphiques issus de l'analyse de l'absentéisme pour raisons de santé

Le taux d'absentéisme



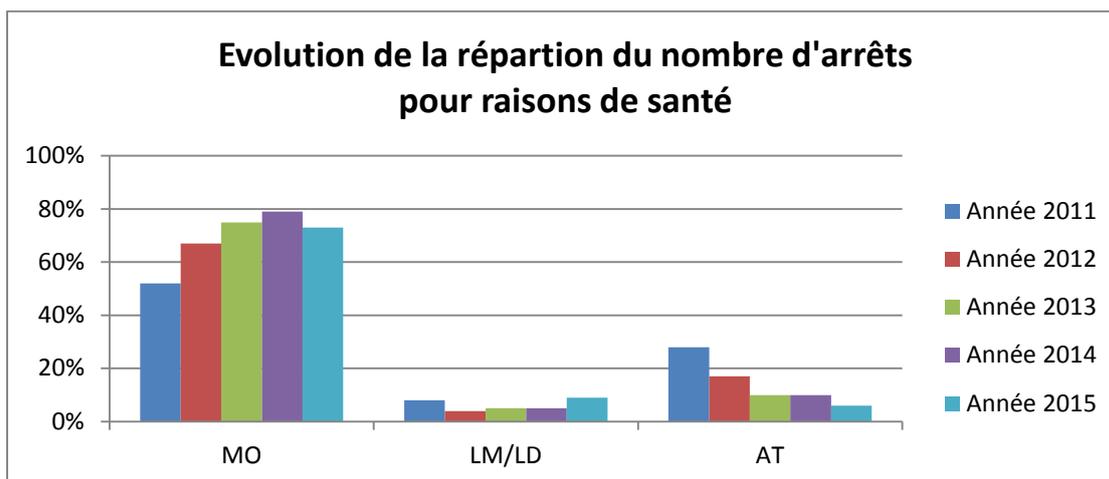
La répartition de l'absentéisme pour raisons de santé (MO, LM/LD, AT)

L'étude de la répartition de l'absentéisme analysée sous l'angle de la proportion d'agents absents



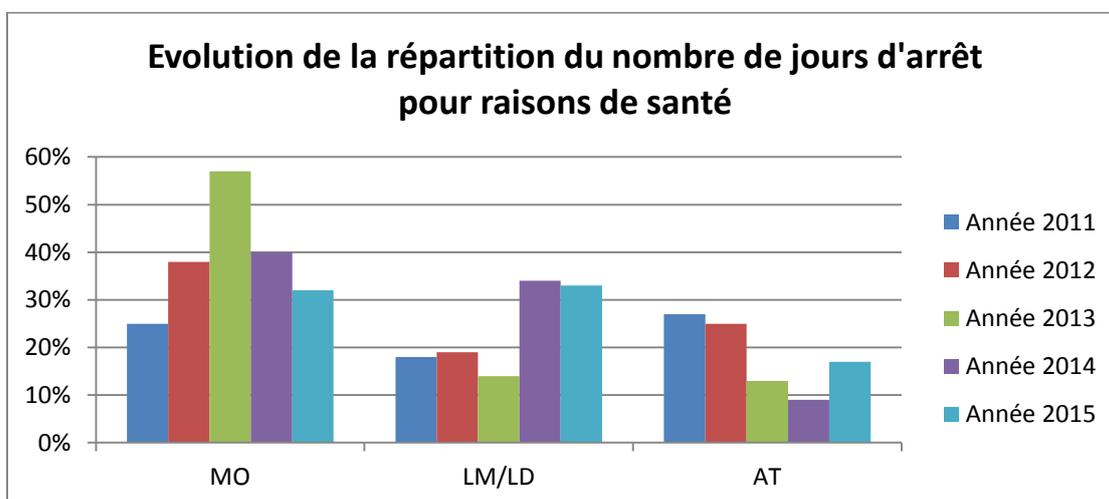
Proportion d'agents absents	2011	2012	2013	2014	2015
MO	45%	64%	69%	72%	65%
LM/LD	10%	5%	6%	6%	12%
AT	30%	18%	13%	11%	8%

L'étude de la répartition de l'absentéisme analysée sous l'angle du nombre d'arrêts



Nombre d'arrêts	2011	2012	2013	2014	2015
MO	52%	67%	75%	79%	73%
LM/LD	8%	4%	5%	5%	9%
AT	28%	17%	10%	10%	6%

L'étude de la répartition de l'absentéisme analysée sous l'angle du nombre de jours d'arrêt



Jours d'arrêt	2011	2012	2013	2014	2015
MO	25%	38%	57%	40%	32%
LM/LD	18%	19%	14%	34%	33%
AT	27%	25%	13%	9%	17%

L'analyse de la durée moyenne d'arrêt

Absentéisme global	2011	2012	2013	2014	2015
Durée moyenne d'arrêt	56,0	66,2	43,2	45,8	70,9
Nombre d'arrêts	25	24	20	21	33
Nombre de jours d'arrêt	1400,0	1589,5	864,5	962,0	2338,5
Nombre d'agents	16	18	14	14	21

Absentéisme par nature d'arrêt

Maladie ordinaire	2011	2012	2013	2014	2015
Durée moyenne d'arrêt	27,1	38,2	33,1	24,1	31,0
Nombre d'arrêts	13	16	15	16	24
Nombre de jours d'arrêt	352,0	611,0	496,0	385,0	744,0
Nombre d'agents	9	14	11	13	17

Longue maladie / Longue durée	2011	2012	2013	2014	2015
Durée moyenne d'arrêt	124,0	306,5	123,0	325,0	257,0
Nombre d'arrêts	2	1	1	1	3
Nombre de jours d'arrêt	248,0	306,5	123,0	325,0	771,0
Nombre d'agents	2	1	1	1	3

Accident du travail	2011	2012	2013	2014	2015
Durée moyenne d'arrêt	53,7	97,8	55,3	42,5	204,3
Nombre d'arrêts	7	4	2	2	2
Nombre de jours d'arrêt	376,0	391,0	110,5	85,0	408,5
Nombre d'agents	6	4	2	2	2

L'analyse des accidents du travail avec et sans arrêt

Accident du travail et activité réalisée lors de l'accident

	Nombre d'agents
AT avec arrêt	15
Mobilisation et transfert de malade	9
2011	3
2012	4
2013	1
2014	1
Hygiène du malade	4
2011	4
Alimentation	1
2015	1
Transport, lavage et stockage de linge	1
2013	1
AT sans arrêt	14
Hygiène du malade	4

2013	2
2015	2
Alimentation	3
2012	3
Acte de soin, thérapeutique et diagnostique	3
2011	1
2013	1
2014	1
Mobilisation et transfert de malade	2
2011	1
2013	1
Mobilisation et transfert de malade	2
2011	1
2013	1
Nettoyage des locaux	1
2014	1
Tâche administrative	1
2014	1
Total général	29

Accident du travail et élément mis en cause

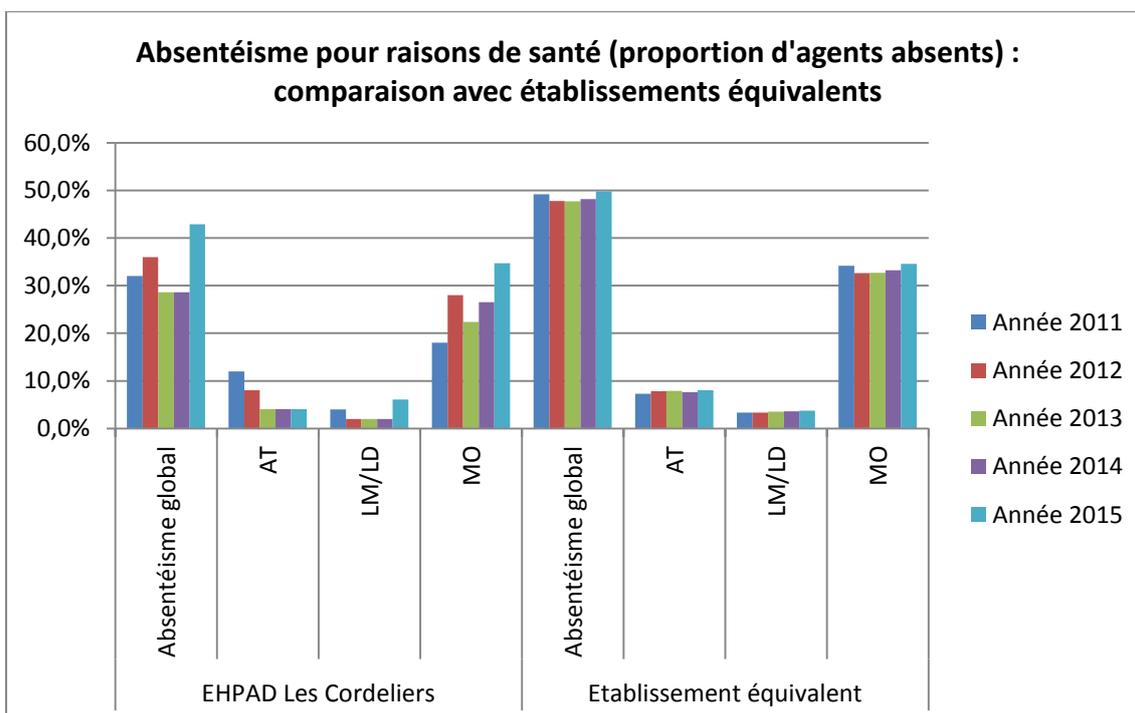
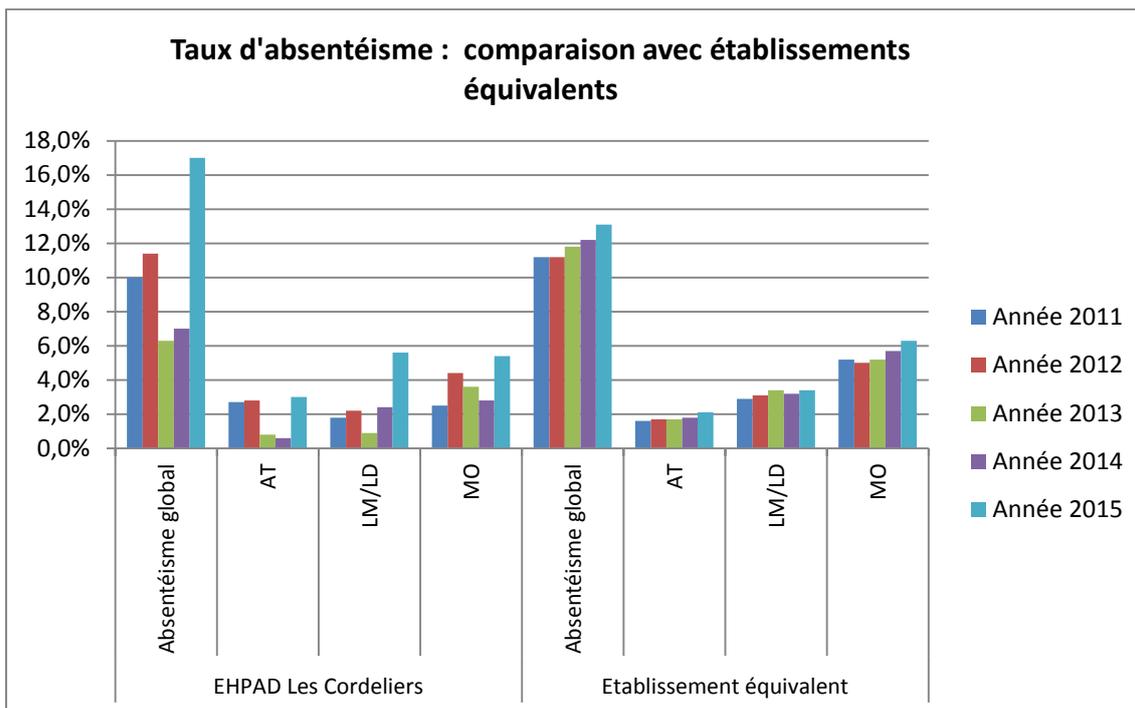
	Nombre d'agents
AT avec arrêt	15
Effort de manutention de malade	9
2011	4
2012	3
2014	1
2015	1
Chute ou glissade avec dénivellation	3
2011	1
2012	1
2013	1
Objet de masse en mouvement accidentel	2
2011	1
2013	1
Chute ou glissade de plain-pied	1
2011	1
AT sans arrêt	14
Effort de manutention de malade	4
2011	1
2013	2
2014	1
Chute ou glissade de plain-pied	4
2012	3
2013	1
Outil coupant, perforant souillé de sang	4

2011	1
2014	1
2015	2
Objet de masse en mouvement accidentel	2
2013	1
2014	1
Total général	29

Accident du travail et nature des lésions

Étiquettes de lignes	Nombre d'agents
AT avec arrêt	15
Lésions cutanées et musculaires superficielles	9
2011	4
2012	2
2013	2
2014	1
Déchirure, douleur musculaire ou tendineuse	3
2011	1
2012	1
2015	1
Fracture, fêlure	2
2011	1
2012	1
Troubles musculo-squelettiques	1
2011	1
AT sans arrêt	14
Lésions cutanées et musculaires superficielles	11
2011	1
2012	3
2013	2
2014	3
2015	2
Troubles musculo-squelettiques	2
2011	1
2013	1
Déchirure, douleur musculaire ou tendineuse	1
2013	1
Troubles musculo-squelettiques	2
2011	1
2013	1
Total général	29

La comparaison avec d'autres établissements



Annexe 3 : Calcul du coût financier de l'absentéisme pour raisons de santé

	2013			2014			2015		
Rémunération des contractuels de remplacement	78 639.75 €			78 813.29 €			194 223.54 €		
Rémunération personnel intérim							17 485.97 €		
Charge patronales des agents absents	23 766.14 €			26 965.17 €			66 555.28 €		
dont	MO	LM/LD	AT	MO	LM/LD	AT	MO	LM/LD	AT
	15 511.93 €	3 729.62 €	4 524.59 €	13 838.59 €	10 226.82 €	2 899.76 €	27 510.70 €	24 836.51 €	14 208.06 €
et dont la contribution CGOS maladie et leur proportion	3 033.00 € 14%			629.00 € 3%			7 269.00 € 31%		
Cotisations SOFAXIS et son taux	77 242.53 € 6.90%			85 385.97 € 7.90%			101 572.81 € 8.88%		
Formation personnel remplaçant							1 068.00 €		
TOTAL CHARGES LIEES A L'ABSENTEISME POUR RAISONS DE SANTE	179 648.42 €			191 164.43 €			379 837.60 €		
Remboursements IJ	33 007.65 €			27 137.98 €			122 515.60 €		
TOTAL COUT ABSENTEISME POUR RAISONS DE SANTE	146 640.77 €			164 026.45 €			257 322.00 €		

Annexe 4 : Questionnaire de l'enquête de satisfaction du personnel

Question 1 : Vous êtes :

- Soignant Non soignant

MOTIVATION AU TRAVAIL

Question 2 : Vous rendez-vous au travail avec plaisir ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....

QUALITE D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS

Question 3 : Comment évaluez-vous la qualité de l'accompagnement que vous apportez aux résidents (besoins et attentes) ?

- Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

Question 4 : Selon vous, comment pourrait-on améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents ?

.....
.....
.....

CONDITIONS DE TRAVAIL

Question 5 : L'organisation de votre travail (horaires, plannings, fiches de poste, ...) vous semble-t-elle adaptée aux missions d'hébergement de la Maison de Retraite ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....
.....

Question 6 : Votre travail vous permet-il de prendre des initiatives ?

- Oui Non

Question 7 : Les locaux de l'établissement vous paraissent-ils fonctionnels ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....
.....

Question 8 : Estimez-vous disposer de matériels et d'équipements suffisants dans votre travail ?

Oui Non

Énoncez vos suggestions

.....
.....

COMMUNICATION ET PARTICIPATION

Question 9 : Comment évaluez-vous la qualité de la communication :

a) au sein de votre équipe :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

b) entre les services :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

c) avec votre supérieur hiérarchique :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

d) avec la direction :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas satisfaisante

Question 10 : Vous sentez-vous impliqué(e) dans les projets de l'établissement ?

Oui Non

FORMATION

Question 11 : Les formations que vous avez suivies (en interne et à l'extérieur de l'établissement) :

a) correspondaient-elles à vos attentes ?

Oui Non

b) ont-elles contribué à développer votre réflexion sur vos pratiques professionnelles ?

Oui Non

SATISFACTION GLOBALE

Question 12 : Que pensez-vous globalement de votre exercice professionnel au sein de l'établissement ?

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas satisfaisant

Merci de votre participation.

Annexe 5 : Résultats de l'enquête de satisfaction du personnel

Réunion du Personnel du 2 juin 2016

Résultats de l'enquête de satisfaction 2016

NR signifie absence de réponse

NE signifie que la réponse n'est pas exploitable

Nombre de questionnaires envoyés : 63

Nombre de réponses : 44

Soit un taux de réponse : 69,84%

Répartition du personnel de l'établissement :

Soignant : 44, soit 69,84% des personnels sollicités

Taux de réponse des soignants : 59%

Non soignant : 19, soit 30,16% des personnels sollicités

Taux de réponse des non soignants : 95%

Question 1 : Catégorie de personnel

	Valeur	
	Catégorie de personnels	Catégorie de personnels %
Non soignant	18	41%
Soignant	26	59%
Total général	44	100%

Question 2 : Motivation au travail

Catégorie (Tous)

	Valeur	
	Motivation	Motivation au travail %
Non	1	2%
Oui	39	89%
NE	4	9%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur	
	Motivation	Motivation au travail %
Oui	17	94%
NE	1	6%
Total général	18	100%

Catégorie	Soignant
-----------	----------

	Valeur Motivation	Motivation au travail %
Non	1	4%
Oui	22	85%
NE	3	12%
Total général	26	100%

Question 2 : commentaires

6 réponses

Thème abordé	Nbre de soignants	Nbre de non soignants
Ambiance	2	0
Charge de travail	1	1
Ambiance et charge de travail	2	0

Question 3 : Qualité de l'accompagnement des résidents

Catégorie	(Tous)
-----------	--------

	Valeur Qualité d'accompagnement	Qualité d'accompagnement %
Pas satisfaisante	1	2%
Peu satisfaisante	9	20%
Satisfaisante	31	70%
Très satisfaisante	1	2%
NE	1	2%
NR	1	2%
Total général	44	100%

Catégorie	Non soignant
-----------	--------------

	Valeur Qualité d'accompagnement	Qualité d'accompagnement %
Peu satisfaisante	3	17%
Satisfaisante	14	78%
NR	1	6%
Total général	18	100%

Catégorie	Soignant
-----------	----------

	Valeur	
	Qualité d'accompagnement	Qualité d'accompagnement %
Pas satisfaisante	1	4%
Peu satisfaisante	6	23%
Satisfaisante	17	65%
Très satisfaisante	1	4%
NE	1	4%
Total général	26	100%

Question 4 : Amélioration de la qualité d'accompagnement

27 réponses

Actions en faveur des résidents	Nbre de soignants	Nbre de non soignants
Consacrer davantage de temps aux résidents	9	3
Proposer des soins, des activités individuelles et des prestations	2	1
Développer des partenariats avec l'extérieur	2	0
Impliquer les familles	2	0

Actions en faveur du personnel	Nbre de soignants	Nbre de non soignants
Augmenter les effectifs	17	2
Permettre / promouvoir la collaboration entre professionnels	6	0
Développer des formations	3	0
Communiquer	2	0
Connaître le travail des autres professionnels	1	0
Améliorer l'encadrement des remplaçants	1	0
Répartir les tâches entre les différents services	1	0
Harmoniser l'organisation des étages par secteur	1	0

Question 5 : Organisation du travail adaptée aux missions de l'établissement

Catégorie (Tous)

	Valeur	
	Organisation de travail	Organisation de travail %
Non	5	11%
Oui	37	84%
NR	1	2%
NE	1	2%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur	
	Organisation de travail	Organisation de travail %
Non	1	6%
Oui	16	89%
NR	1	6%
Total général	18	100%

Catégorie Soignant

	Valeur	
	Organisation de travail	Organisation de travail %
Non	4	15%
Oui	21	81%
NE	1	4%
Total général	26	100%

Question 5 : Commentaires

7 réponses

Réponses concernant les plannings	Nbre de soignants	Nbre de non soignants
Ebauche de planning transmise tardivement	0	1
Nombre important de modifications	0	1
Planning présentant un déséquilibre en terme de planification des repos	1	0

Réponses concernant l'organisation du travail	Nbre de soignants	Nbre de non soignants
Manque d'application des fiches de poste	1	0
Manque d'actualisation des fiches de poste	1	0
Nombre de tâches important à réaliser, ce qui ne permet pas de consacrer du temps aux résidents	2	0
Modalités des transmissions des équipes soignantes (écrites et orales)	1	0

Question 6 : Prise d'initiatives

Catégorie (Tous)

	Valeur Prise d'initiatives	Prise d'initiatives %
Non	4	9%
Oui	39	89%
NE	1	2%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur Prise d'initiatives	Prise d'initiatives %
Non	1	6%
Oui	16	89%
NE	1	6%
Total général	18	100%

Catégorie Soignant

	Valeur Prise d'initiatives	Prise d'initiatives %
Non	3	12%
Oui	23	88%
Total général	26	100%

Question 7 : Fonctionnalité des locaux

Catégorie (Tous)

	Valeur	
	Fonctionnalité des locaux	Fonctionnalité des locaux %
Non	8	18%
Oui	34	77%
NE	2	5%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur	
	Fonctionnalité des locaux	Fonctionnalité des locaux %
Non	1	6%
Oui	16	89%
NE	1	6%
Total général	18	100%

Catégorie Soignant

	Valeur	
	Fonctionnalité des locaux	Fonctionnalité des locaux %
Non	7	27%
Oui	18	69%
NE	1	4%
Total général	26	100%

Question 7 : commentaires

10 réponses

Causes abordées	Nbre de soignants	Nbre de non soignants
Travaux	1	1
Chambres peu spacieuses et avec des équipements non adaptés (lavabo, WC) et absents (rails)	6	0
Salle à manger du 1er trop petite	1	0
Salle à manger du RDC avec des défauts d'aménagement (tables non adaptées, disposition)	2	0

Question 8 : Matériels et équipements à disposition

Catégorie (Tous)

	Valeur	
	Matériels et équipements	Matériels et équipements %
Non	8	18%
Oui	31	70%
NE	1	2%
NR	4	9%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur	
	Matériels et équipements	Matériels et équipements %
Oui	16	89%
NR	2	11%
Total général	18	100%

Catégorie Soignant

	Valeur	
	Matériels et équipements	Matériels et équipements %
Non	8	31%
Oui	15	58%
NE	1	4%
NR	2	8%
Total général	26	100%

Question 8 : Suggestions de matériels et équipements

11 réponses

Propositions	Nbre de soignants	Nbre de non soignants
Dispositifs médicaux (potences, verticalisateurs / lève malade, fauteuils roulants)	6	0
Matériels informatiques	6	0
Rails dans les chambres	4	0
Lave-vaisselle pour le 2ème étage	1	0
Mobilier et matériel pour les repas (bavoirs à usage unique, support pour le cahier de suivi des petits déjeuners, distributeur de papier)	2	0
Fournitures de bureau	1	0

Question 9a : Qualité de communication au sein de votre équipe

Catégorie (Tous)

	Valeur	
	Communication au sein de votre équipe	Communication au sein de votre équipe %
Peu satisfaisante	9	20%
Satisfaisante	26	59%
Très satisfaisante	8	18%
NE	1	2%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur	
	Communication au sein de votre équipe	Communication au sein de votre équipe %
Peu satisfaisante	3	17%
Satisfaisante	8	44%
Très satisfaisante	6	33%
NE	1	6%
Total général	18	100%

Catégorie Soignant

	Valeur	
	Communication au sein de votre équipe	Communication au sein de votre équipe %
Peu satisfaisante	6	23%
Satisfaisante	18	69%
Très satisfaisante	2	8%
Total général	26	100%

Question 9b : Qualité de communication entre les services

Catégorie (Tous)

	Valeur	
	Communication entre les services	Communication entre les services %
Peu satisfaisante	19	43%
Satisfaisante	24	55%
NE	1	2%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur	
	Communication entre les services	Communication entre les services %
Peu satisfaisante	7	39%
Satisfaisante	10	56%
NE	1	6%
Total général	18	100%

Catégorie Soignant

	Valeur	
	Communication entre les services	Communication entre les services %
Peu satisfaisante	12	46%
Satisfaisante	14	54%
Total général	26	100%

Question 9c : Qualité de communication avec votre supérieur hiérarchique

Catégorie (Tous)

	Valeur	
	Communication avec votre supérieur hiérarchique	Communication avec votre supérieur hiérarchique %
Pas satisfaisante	1	2%
Peu satisfaisante	3	7%
Satisfaisante	28	64%
Très satisfaisante	11	25%
NR	1	2%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur	
	Communication avec votre supérieur hiérarchique	Communication avec votre supérieur hiérarchique %
Pas satisfaisante	1	6%
Satisfaisante	10	56%
Très satisfaisante	6	33%
NR	1	6%
Total général	18	100%

Catégorie Soignant

	Valeur	
	Communication avec votre supérieur hiérarchique	Communication avec votre supérieur hiérarchique %
Peu satisfaisante	3	12%
Satisfaisante	18	69%
Très satisfaisante	5	19%
Total général	26	100%

Question 9d : Qualité de communication avec la direction

Catégorie (Tous)

	Valeur	
	Communication avec la direction	Communication avec la direction %
Pas satisfaisante	1	2%
Peu satisfaisante	1	2%
Satisfaisante	30	68%
Très satisfaisante	10	23%
NE	1	2%
NR	1	2%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur	
	Communication avec la direction	Communication avec la direction %
Pas satisfaisante	1	6%
Satisfaisante	7	39%
Très satisfaisante	8	44%
NE	1	6%
NR	1	6%
Total général	18	100%

Catégorie Soignant

	Valeur	
	Communication avec la direction	Communication avec la direction %
Peu satisfaisante	1	4%
Satisfaisante	23	88%
Très satisfaisante	2	8%
Total général	26	100%

Question 10 : Implication dans les projets de l'établissement

Catégorie (Tous)

	Valeur Implication dans les projets	Implication dans les projets %
Non	5	11%
Oui	37	84%
NR	1	2%
NE	1	2%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur Implication dans les projets	Implication dans les projets %
Non	3	17%
Oui	14	78%
NR	1	6%
Total général	18	100%

Catégorie Soignant

	Valeur Implication dans les projets	Implication dans les projets %
Non	2	8%
Oui	23	88%
NE	1	4%
Total général	26	100%

Question 11a : Formations correspondant à vos attentes

Catégorie (Tous)

	Valeur Formations et vos attentes	Formations et vos attentes %
Non	4	9%
Oui	37	84%
NR	3	7%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur	
	Formations et vos attentes	Formations et vos attentes %
Non	2	11%
Oui	14	78%
NR	2	11%
Total général	18	100%

Catégorie Soignant

	Valeur	
	Formations et vos attentes	Formations et vos attentes %
Non	2	8%
Oui	23	88%
NR	1	4%
Total général	26	100%

Question 11b : Formations et réflexion sur vos pratiques professionnelles

Catégorie (Tous)

	Valeur	
	Formations et réflexion sur vos pratiques	Formations et réflexion sur vos pratiques %
Non	2	5%
Oui	38	86%
NR	4	9%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur	
	Formations et réflexion sur vos pratiques	Formations et réflexion sur vos pratiques %
Non	1	6%
Oui	15	83%
NR	2	11%
Total général	18	100%

Catégorie Soignant

	Valeur Formations et réflexion sur vos pratiques	Formations et réflexion sur vos pratiques %
Non	1	4%
Oui	23	88%
NR	2	8%
Total général	26	100%

Question 12 : Satisfaction globale

Catégorie (Tous)

	Valeur Satisfaction	Satisfaction %
Peu satisfaisante	2	5%
Satisfaisante	34	77%
Très satisfaisante	6	14%
NE	2	5%
Total général	44	100%

Catégorie Non soignant

	Valeur Satisfaction	Satisfaction %
Satisfaisante	14	78%
Très satisfaisante	3	17%
NE	1	6%
Total général	18	100%

Catégorie Soignant

	Valeur Satisfaction	Satisfaction %
Peu satisfaisante	2	8%
Satisfaisante	20	77%
Très satisfaisante	3	12%
NE	1	4%
Total général	26	100%

Annexe 6 : Les plans de formation 2013 – 2016

Objectif	2013	2014	2015	2016
Promotion professionnelle	Formation AS (1) Formation IDE (1)	Suite Formation AS (1)	Formation AS (1)	Préparation concours AS (1)
Acquisition de nouvelles compétences	Assistant de soins en gérontologie (ASG) (2) Clowns relationnels® (4) Encadrement et tutorat d'étudiants infirmiers (2) Initiation à la plomberie (1)	Suite Clowns relationnels® (1) Entretien et hygiène des locaux (2) Suite Encadrement et tutorat d'étudiants infirmiers (2)		Gestion documentaire (3) Rédaction d'articles professionnels et de recherche (1)
Adaptation au poste et à ses évolutions	Bureautique (2) Renforcement des savoirs pour les personnels de catégorie C (2) Réforme des retraites (1)	Gestion financière (1) Suite Renforcement des savoirs pour les personnels de catégorie C (2) Entretien du linge – méthode RABC (1) Travail de nuit (1) Gestion du stress (2) Accompagnement à l'évaluation interne (6)	Management (2) Devenir des établissements SMS (1) Gestion des carrières des personnels titulaires et contractuels (1)	Réactualisation des compétences des aides-soignants suite à la réforme de 2005 (2) Gestion budgétaire et financière (1)
	Logiciels de soins (personnel soignant) et de gestion des plannings (6 en 2013, 3 en 2014, 4 en 2015, 4 en 2016)			
	Analyse des pratiques professionnelles - pilotage d'un EHPAD (1)			
	Organisation du travail en cuisine et plan de maîtrise sanitaire (7)			
Amélioration de l'accompagnement des résidents	Toucher-massage (2)	Bienveillance (6) Manutention des personnes (2) Suite Toucher-massage (2) Initiation aux soins esthétiques (1) Prise en charge de la santé bucco-dentaire (1)	Musicothérapie (1)	Manutention des personnes (2) Initiation aux soins esthétiques (1) Initiation aux soins de pédicurie (1) Le prendre soin à travers le moment du repas (10) Toucher-massage (2) Intimité et sexualité chez la personne âgée (1)
Sécurité des biens et des personnes	Prévention incendie et mise en sécurité du résident en cas d'incendie (ensemble du personnel)			
				Habilitation électrique (2) PSC1 (8)

Le chiffre entre parenthèse correspond au nombre d'agents ayant suivi la formation.

Annexe 7 : Le tableau des équipements amortis en 2016

Catégorie d'équipements	Equipements	Année d'achat	Commentaire
Mobilier, Aménagement	Rideaux, stores Salon Tableaux Salle de soins Chambres Unité Alzheimer	2015	
	Salle d'animation Salle à manger Bureaux administratifs	2014	
	Bureau Médecin coordonnateur	2013	
	Salle d'animation	2010	
	Salle d'animation	2009	
	Matériel informatique	Ordinateurs fixes et portable	2015
Ordinateurs fixes et portable		2014	
Ordinateurs fixes		2013	
Ordinateurs portables		2012	
Photocopieur		2005	Location d'un nouveau photocopieur en 2015
Matériel Personnel soignant	Médailles appel malade Chariots de soins Chariot médicaments Chariots petit déjeuner Cuisine thérapeutique Chaise-douche	2015	
	Divan d'examen Chariots médicaments Lits Alzheimer	2014	
	Chariots de change et toilette Fauteuils XXL multifonctions	2013	
	Ensemble module de levage résident Médailles appel malade Lits médicalisés	2012	
	ECG Rails dans 2 chambres Lève malade	2011	
	Chariot repas chauffant	2010	
	Matériel Personnel technique	Outillage Marchepieds et escabeaux	2015
Matériels espaces verts		2010	
Matériel Personnel cuisine		Ouvre-boîte électrique Laveuse à capot	2015
	Réfrigérateur Trancheur	2013	
	Mixeur Couteau	2011	
	Armoire réfrigérée Bloc de cuisson	2010	
	Lave-vaisselle Grilles inox pour chambres froides Ensemble four mixte	2008	

Matériel Personnel lingerie	Chariots linge Table d'entrée laverie	2015	
	Table de repassage	2014	
	Séchoir rotatif Table de repassage aspirante chauffante Mobilier lingerie - buanderie	2010	
	Auto-laveuse	2015	
	Nettoyeur haute pression	2013	
Matériel Personnel entretien des locaux	Auto-laveuse	2005	
	Onduleurs	2013	
Installation technique	Système sécurité incendie	2010	Travaux de mise en conformité suite à la commission de sécurité
	Téléphone	2007	
	Climatisation	2006	Travaux de climatisation dans le cadre de l'extension - restructuration-rénovation de l'EHPAD entre 2013 et 2016
	Centrale d'appel malade Système sécurité incendie	2005	Travaux de mise en conformité suite à la commission de sécurité
	Véhicule	Berlingo 5 places	2012

Annexe 8 : Tableau de relevé de décision des réunions de communication

Thème	Objet	Délai	Pilote	Modalités d'évaluation	Commentaires / Décision	Suivi

Annexe 9 : Questionnaire de l'enquête CHSCT auprès d'EHPAD de l'Allier

Stéphanie SAMYN
Elève D3S – Promotion 2015-2016
Maison de Retraite « Les Cordeliers »
4 impasse Bérégovoy
03130 LE DONJON
EHPAD : 04.70.99.77.00
Portable : 06.78.17.59.28
Mail : stephanie.samyn@eleve.ehesp.fr

Le Donjon
Le 22 février 2016

A l'attention des
Directeurs d'EHPAD de l'Allier

Objet : Enquête auprès des établissements pour personnes âgées dans le cadre de la formation D3S de l'EHESP

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

Dans le cadre de ma formation à l'EHESP, un mémoire professionnel est à réaliser. En accord avec Madame Paumier, Directrice de la Maison de Retraite « Les Cordeliers » située sur la commune Le Donjon, j'ai choisi la thématique de la création du CHSCT au sein d'un EHPAD.

Afin d'étayer ma réflexion, je vous sollicite pour une enquête simple et rapide via un questionnaire ci-joint, dont l'objet est de connaître les caractéristiques de votre structure, les modalités d'exercice de votre CHSCT et enfin, les apports de cette instance pour vos personnels et votre politique des ressources humaines.

Je vous remercie par avance de votre participation à cette étude, qui pourra être suivie d'une enquête sur le terrain par des entretiens auprès du Directeur et des représentants du personnel, après analyse des données des questionnaires et choix de plusieurs établissements comparables à la maison de retraite du Donjon.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie de croire, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, en l'assurance de ma considération.

Stéphanie SAMYN

Enquête relative au CHSCT

Merci de retourner ce questionnaire au plus tard le vendredi 11 mars 2016 à l'adresse suivante :

stephanie.samyn@eleve.ehesp.fr

Pour les questions à choix multiples, cocher la case correspondante en cliquant 2 fois sur la case et en choisissant « Case activée » dans « Valeur par défaut », puis OK.

CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

Question 1 : Quel est le statut juridique de votre établissement ?

- EHPAD public autonome
- EHPAD public rattaché à un établissement sanitaire
- EHPAD public territorial
- EHPAD privé associatif
- EHPAD privé mutualiste
- EHPAD privé à but lucratif

Question 2 : Quels sont les effectifs réels de votre établissement ?

- Inférieurs à 50
- Entre 50 et 100
- Entre 101 et 250
- Supérieurs à 250

Question 3 : Quels sont les statuts de votre personnel ?

- De droit public
Effectif (nombre d'agents) :
- De droit privé
Effectif (nombre d'agents) :

LE CHSCT : FONCTIONNEMENT, TRAVAUX, APPORTS

Question 4 : Avez-vous mis en place le CHSCT dans votre établissement ?

- Oui
- Non (si non, vous reporter directement à la question 12, page 3)
Si oui, depuis quand ?

Question 5 : Combien y a-t-il de réunions chaque année ?

- Moins de 4
- 4
- Plus de 4

Question 6 : En 2015, combien y a-t-il eu de CHSCT extraordinaires ?

Question 7 : Le médecin du travail participe-t-il aux réunions du CHSCT ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

Question 8 : Existe-t-il un règlement intérieur du CHSCT ?

- Oui
 Non

Question 9 : Le CHSCT a-t-il mené des enquêtes et demandé des expertises au regard de ses missions et compétences ?

- Oui
 Non

Si oui, quel en était l'objet ?

Question 10 : Quels sont les travaux principaux menés par cette instance depuis sa création ?

Question 11 : Au sein de votre établissement, le CHSCT vous semble-t-il utile dans les domaines suivants :

a - Le dialogue social :

- Oui, beaucoup
 Oui, partiellement
 Non
 Sans opinion

Pourquoi ?

b - L'analyse des conditions de travail :

- Oui, beaucoup
 Oui, partiellement
 Non
 Sans opinion

Pourquoi ?

c - Les risques professionnels :

- Oui, beaucoup
 Oui, partiellement
 Non
 Sans opinion

Pourquoi ?

d - Autres sujets :

- Oui, beaucoup
 Oui, partiellement
 Non
 Sans opinion

Pourquoi ?

Question 12 : En cas d'absence de CHSCT dans votre établissement, pensez-vous que cette instance serait utile dans les domaines suivants :

a - Le dialogue social :

- Oui, beaucoup
 Oui, partiellement
 Non
 Sans opinion

Pourquoi ?

b - L'analyse des conditions de travail :

- Oui, beaucoup
- Oui, partiellement
- Non
- Sans opinion

Pourquoi ?

c - Les risques professionnels :

- Oui, beaucoup
- Oui, partiellement
- Non
- Sans opinion

Pourquoi ?

d - Autres sujets :

- Oui, beaucoup
- Oui, partiellement
- Non
- Sans opinion

Pourquoi ?

Merci de votre participation à cette enquête.

Annexe 10 : Résultats de l'enquête CHSCT auprès d'EHPAD de l'Allier

41 questionnaires envoyés
16 réponses reçues et exploitables, soit un taux de réponse de 39%
2 réponses reçues non exploitables

I - ANALYSE DES REPONSES DES EHPAD SANS CHSCT

7 réponses, soit 43,75% des établissements répondants

Statut juridique de l'établissement :

- 4 EHPAD privés associatifs
- 2 EHPAD publics autonomes
- 1 EHPAD public territorial

Effectifs de l'établissement :

- 5 EHPAD < 50 agents : 4 privés associatifs et 1 public autonome
- 2 EHPAD entre 50 et 100 agents : 1 public autonome et 1 public territorial

Possible utilité du CHSCT :

- pour le dialogue social :

Oui, partiellement : 4 EHPAD (Pourquoi ? : dans le cadre de la gestion des risques professionnels dont les RPS, pour un observatoire social ; dans le cadre de la réalisation d'enquête de satisfaction auprès du personnel ; dans la démarche RSE)

Non : 1 EHPAD (Pourquoi ? : absence de réponse)

Sans opinion : 1 EHPAD

Sans réponse : 1 EHPAD

- pour l'analyse des conditions de travail :

Oui, beaucoup : 3 EHPAD (Pourquoi ? : au regard des compétences du CHSCT)

Oui, partiellement : 3 EHPAD (Pourquoi ? : au regard des compétences du CHSCT, dans le cadre de la prévention des RPS, dans l'objectif de prise en compte des évolutions des prises en charge et ainsi pour corréliser les besoins du service et les conditions de travail)

Sans réponse : 1 EHPAD (Pourquoi ? : au regard de la collaboration existante avec le service d'hygiène et de sécurité du centre de gestion départemental)

- pour les risques professionnels :

Oui, beaucoup : 3 EHPAD (Pourquoi ? : au regard des compétences du CHSCT)

Oui, partiellement : 2 EHPAD (Pourquoi ? : dans le cadre du document unique)

Non : 1 EHPAD (Pourquoi ? : structure de l'établissement actuelle inadaptée)

Sans réponse : 1 EHPAD ((Pourquoi ? : au regard de la collaboration existante avec le service d'hygiène et de sécurité du centre de gestion départemental et la formation d'un agent de l'EHPAD)

NB : les sans réponse concernent le même questionnaire

II - ANALYSE DES REPONSES DES EHPAD AVEC CHSCT

9 réponses, soit 56,25% des établissements répondants

Statut juridique de l'établissement :

- 9 EHPAD publics autonomes

Effectifs de l'établissement :

- 3 EHPAD entre 50 et 100 agents
- 6 EHPAD entre 101 et 250 agents

Nombre de CHSCT par an :

- Moins de 4 : 3 EHPAD
- 4 : 6 EHPAD

CHSCT extraordinaire en 2015 :

- 1 : 1 EHPAD
- Aucun : 8 EHPAD

Participation du médecin du travail aux instances :

- Toujours : 1 EHPAD
- Souvent : 3 EHPAD
- Parfois : 1 EHPAD
- Jamais : 2 EHPAD
- Sans réponse : 1 EHPAD

NB : 1 EHPAD a commenté l'action du médecin du travail : grâce à ses explications, le personnel est informé sur des sujets touchant à la santé au travail.

Elaboration d'un règlement intérieur :

- Oui : 5 EHPAD
- Non : 3 EHPAD
- Sans réponse : 1 EHPAD

Enquête et expertise réalisée par le CHSCT :

- Oui : 4 EHPAD (Objet : organisation et conditions de travail au sein de services, enquête après une formation des membres du CHSCT, enquête de satisfaction du personnel)
- Non : 5 EHPAD

Travaux principaux du CHSCT :

- Sans réponse : 2 EHPAD
- Document unique et gestion des risques
- Temps de travail, horaires, roulement, plannings
- Aménagement de poste de travail
- Conditions et organisation du travail en secteur spécifique (secteur sécurisé, services logistiques)
- Visite de service et analyse sur place des conditions de travail
- Suivi de l'absentéisme
- Information du personnel dans le cadre de la vaccination

Utilité du CHSCT :

- pour le dialogue social :

Oui, beaucoup : 2 EHPAD (Pourquoi ? : missions conjointes / proches du CTE)

Oui, partiellement : 5 EHPAD (Pourquoi ? :

→ Sensibilisation des représentants du personnel aux conditions de travail et échanges avec l'employeur sur les modalités d'évolution et de

changement face à la réglementation en vigueur ; le CHSCT est un outil de communication auprès du personnel

→ Manque de transmission systématique des informations au personnel par les membres du CHSCT)

Non : 1 EHPAD (Pourquoi ? : doublon avec le CTE)

- pour l'analyse des conditions de travail :

Oui, beaucoup : 2 EHPAD (Pourquoi ? : complémentarité avec le CTE)

Oui, partiellement : 6 EHPAD (Pourquoi ? :

→ Complémentarité avec le CTE, mais contrainte financière forte

→ Besoin de formation des membres du CHSCT, difficulté de maîtrise, voire méconnaissance de la réglementation concernant les conditions de travail

→ Nécessité de prise de recul pour évaluer l'utilité du CHSCT (en cas de mise en place récente)

Non : 1 EHPAD (Pourquoi ? : doublon avec le CTE)

- pour les risques professionnels :

Oui, beaucoup : 2 EHPAD (Pourquoi ? : Initiation et suivi de la démarche de prévention des risques professionnels dans le cadre du document unique)

Oui, partiellement : 7 EHPAD (Pourquoi ? :

→ Complémentarité avec le CTE, mais contrainte financière forte

→ Besoin de formation des membres du CHSCT, difficulté de maîtrise, voire méconnaissance de la réglementation concernant les risques professionnels

→ Collaboration du CHSCT avec les autres instances chargées de la prévention des risques (commissions créées par l'établissement)

III - ANALYSE DES REPONSES DES EHPAD PUBLICS AUTONOMES

11 réponses, soit 68,75% des établissements répondants

Existence d'un CHSCT au sein de l'établissement :

- Oui : 9 EHPAD

- Non : 2 EHPAD

III-1 - Analyse des réponses des EHPAD publics autonomes sans CHSCT (2 réponses)

Effectifs de l'établissement :

- 1 EHPAD < 50 agents

- 1 EHPAD entre 50 et 100 agents

Possible utilité du CHSCT :

- pour le dialogue social :

Oui, partiellement : 2 EHPAD (Pourquoi ? : la gestion des risques est un axe majeur de la politique RH ; le CHSCT permet la démarche d'observatoire social, d'enquête de satisfaction, de RSE, ainsi que l'analyse des RPS ; analyse de l'absentéisme)

- pour l'analyse des conditions de travail :

Oui, beaucoup : 1 EHPAD (Pourquoi ? : au regard des compétences du CHSCT ; prévention des RPS ; préparation et négociation du CLACT)

Oui, partiellement : 1 EHPAD (Pourquoi ? : dans le cadre de l'analyse et du suivi du document unique)

- pour les risques professionnels :

Oui, beaucoup : 1 EHPAD (Pourquoi ? : au regard des compétences du CHSCT, document unique et analyse des causes des accidents du travail)

Oui, partiellement : 1 EHPAD (Pourquoi ? : dans le cadre du document unique)

III-2 - Analyse des réponses des EHPAD publics autonomes avec CHSCT (9 réponses)

(cf II - ANALYSE DES REPONSES DES EHPAD AVEC CHSCT)

IV – ANALYSE DES REPONSES DES EHPAD AVEC EFFECTIFS ENTRE 50 ET 100 AGENTS

5 réponses exploitables, soit 31,25% des établissements répondants

1 réponse non exploitable

IV-1 - Analyse des réponses des EHPAD avec effectifs entre 50 et 100 agents sans CHSCT

Statut juridique de l'établissement :

- 4 EHPAD publics autonomes

- 1 EHPAD public territorial

Possible utilité du CHSCT :

- pour le dialogue social :

Oui, partiellement : 1 EHPAD (Pourquoi ? : la gestion des risques est un axe majeur de la politique RH ; le CHSCT permet la démarche d'observatoire social, d'enquête de satisfaction, de RSE)

Sans réponse : 1 EHPAD

- pour l'analyse des conditions de travail :

Oui, beaucoup : 1 EHPAD (Pourquoi ? : au regard des compétences du CHSCT ; prévention des RPS ; préparation et négociation du CLACT)

Sans réponse : 1 EHPAD (Pourquoi ? : au regard de la collaboration existante avec le service d'hygiène et de sécurité du centre de gestion départemental)

- pour les risques professionnels :

Oui, beaucoup : 1 EHPAD (Pourquoi ? : au regard des compétences du CHSCT, document unique et analyse des causes des accidents du travail)

Sans réponse : 1 EHPAD ((Pourquoi ? : au regard de la collaboration existante avec le service d'hygiène et de sécurité du centre de gestion départemental et la formation d'un agent de l'EHPAD)

NB : les sans réponse concernent le même questionnaire

IV-2 - Analyse des réponses des EHPAD avec effectifs entre 50 et 100 agents avec CHSCT

Statut juridique de l'établissement :

- 3 EHPAD publics autonomes

Nombre de CHSCT par an :

- Moins de 4 : 1 EHPAD

- 4 : 2 EHPAD

CHSCT extraordinaire en 2015 :

- Aucun : 3 EHPAD

Participation du médecin du travail aux instances :

- Toujours : 1 EHPAD
- Jamais : 1 EHPAD
- Sans réponse : 1 EHPAD

Elaboration d'un règlement intérieur :

- Oui : 1 EHPAD
- Non : 2 EHPAD

Enquête et expertise réalisée par le CHSCT :

- Oui : 1 EHPAD (Objet : organisation et conditions de travail au sein de services en difficulté de personnel)
- Non : 2 EHPAD

Travaux principaux du CHSCT :

- Sans réponse : 1 EHPAD
- Document unique
- Organisation du temps de travail
- Aménagement des espaces de travail

Utilité du CHSCT :

- *pour le dialogue social :*

Oui, partiellement : 2 EHPAD (Pourquoi ? : absence de réponse)
Non : 1 EHPAD (Pourquoi ? : absence de réponse)

- *pour l'analyse des conditions de travail :*

Oui, beaucoup : 1 EHPAD (Pourquoi ? : absence de réponse)
Oui, partiellement : 2 EHPAD (Pourquoi ? : absence de réponse)

- *pour les risques professionnels :*

Oui, beaucoup : 1 EHPAD (Pourquoi ? : absence de réponse)
Oui, partiellement : 2 EHPAD (Pourquoi ? : absence de réponse)

V – ANALYSE DES REPONSES DES EHPAD PUBLICS AUTONOMES AVEC EFFECTIFS ENTRE 50 ET 100 AGENTS

4 réponses, soit 25% des établissements répondants

V-1 - Analyse des réponses des EHPAD publics autonomes avec effectifs entre 50 et 100 agents sans CHSCT (1 réponse)

Possible utilité du CHSCT :

- *pour le dialogue social :*

Oui, partiellement : 1 EHPAD (Pourquoi ? : la gestion des risques est un axe majeur de la politique RH ; le CHSCT permet la démarche d'observatoire social, d'enquête de satisfaction, de RSE)

- *pour l'analyse des conditions de travail :*

Oui, beaucoup : 1 EHPAD (Pourquoi ? : au regard des compétences du CHSCT ; prévention des RPS ; préparation et négociation du CLACT)

- pour les risques professionnels :

Oui, beaucoup : 1 EHPAD (Pourquoi ? : au regard des compétences du CHSCT, document unique et analyse des causes des accidents du travail)

V-2 - Analyse des réponses des EHPAD publics autonomes avec effectifs entre 50 et 100 agents avec CHSCT (3 réponses)

(cf IV – 2 – Analyse des réponses des EHPAD avec effectifs entre 50 et 100 agents avec CHSCT)

SAMYN

Stéphanie

Décembre 2016

DESSMS

Promotion 2015 - 2016

Construire un Projet « Conditions de Travail » dans un EHPAD : Exemple de la Maison de Retraite « Les Cordeliers » Le Donjon, Allier

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /

Résumé :

Les nouveaux enjeux de la gestion des ressources humaines au sein des structures médico-sociales de la fonction publique hospitalière amènent les directeurs à mettre en place une politique d'amélioration des conditions de travail.

Leur personnel doit faire face à des contraintes organisationnelles, physiques et psychosociales en raison des tâches à réaliser et des caractéristiques des personnes hébergées.

Ce mémoire répondra à la question de l'utilité d'un projet « Conditions de Travail » au regard des spécificités de l'établissement.

A partir de recherches documentaires et d'une enquête sur le terrain, un diagnostic a été réalisé autour de trois axes : l'absentéisme pour raisons de santé, la satisfaction du personnel et le dialogue social. De cette analyse découlent des préconisations en termes de démarches, d'outils et de méthode afin de construire un projet « Conditions de Travail » adapté à la Maison de Retraite « Les Cordeliers ».

Mots clés :

ETABLISSEMENT MEDICO SOCIAL, MANAGEMENT, GESTION DES RESSOURCES HUMAINES, CONDITION TRAVAIL, RISQUE PROFESSIONNEL, ABSENTEISME, APPRECIATION DU PERSONNEL

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.