



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'hôpital**

**Promotion 2004**

---

**Vers la mise en place d'une stratégie  
de maîtrise de l'absentéisme au Centre  
Hospitalier de Montauban**

---

**Cécile PIQUES**

---

# Remerciements

---

La réalisation de ce mémoire sur l'absentéisme du personnel non médical n'aurait pas été possible sans l'aide et les conseils des membres de l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Montauban.

Je tenais tout particulièrement à remercier Monsieur DAUMUR, Madame MASSARTIC et Madame BLANQUET qui ont su me guider dans mon étude.

Ma gratitude s'adresse également à Monsieur DUMONT, mon encadrant mémoire, dont la pertinence des remarques a été un élément moteur dans ma réflexion.

Enfin, je souhaite exprimer mes remerciements à Madame LARROQUE, Madame LECORRE et Madame MERCADIER, qui ont su me consacrer du temps et m'ont fourni, ainsi, des informations précieuses pour mon étude.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>PARTIE I Le constat : la justification de l'action</b>	<b>5</b>
<b>1 L'absentéisme : un phénomène complexe, difficile à cerner</b>	<b>5</b>
1.1 Quelle définition?	5
1.2 Absentéisme et statut de la fonction publique :	7
1.3 La réglementation applicable :	9
<b>2 Un coût élevé pour l'institution :</b>	<b>12</b>
2.1 D'un point de vue financier :	13
2.2 Le coût social :	15
2.3 Un risque de remise en cause de la qualité des soins?	17
<b>3 Le contexte local :</b>	<b>18</b>
3.1 Une première approche globale chiffrée des absences :	18
3.2 Comparaisons nationales :	20
3.3 L'analyse historique de l'absentéisme :	22
<b>PARTIE 2 L'analyse de l'absentéisme au CH de Montauban, une difficile identification des causes :</b>	<b>27</b>
<b>1 La caractérisation de l'absentéisme à partir des données chiffrées :</b>	<b>27</b>
1.1 Les motifs d'absences	27
1.1.1 La maladie ordinaire :	27
1.1.2 Les CLM/CLD :	29
1.1.3 La maternité	30
1.1.4 Les accidents du travail/trajet et les maladies professionnelles :	31
1.1.5 Comparaisons croisées :	32
1.2 La répartition en fonction des catégories socioprofessionnelles :	32
1.3 Les critères de l'âge et du sexe :	35
1.3.1 Le sexe :	35
1.3.2 L'âge :	36
<b>2 La difficile recherche d'un modèle explicatif :</b>	<b>39</b>
2.1 L'étude quantitative : un diagnostic fondamental mais incomplet :	39
2.1.1 L'intérêt de la connaissance chiffrée :	40
2.1.2 Les limites de l'analyse chiffrée :	42
2.2 Une identification délicate des facteurs explicatifs qui ne constituent pas un frein à l'action :	43

2.2.1	Les facteurs explicatifs :	44
2.2.2	La volonté affichée de faire de la maîtrise de l'absentéisme une priorité :	47

### **PARTIE 3 Agir sur l'absentéisme, un défi global qui s'appuie sur des leviers**

#### **d'action multiples \_\_\_\_\_ 49**

#### **1 La rénovation du management global de l'établissement hospitalier : \_\_\_\_\_ 49**

##### 1-1 La mobilisation du personnel autour des projets stratégiques : \_\_\_\_\_ 50

##### 1-1-1 Une démarche résolument participative : \_\_\_\_\_ 50

##### 1-1-2 La communication et la transparence comme principes fondateurs : \_\_\_\_\_ 52

##### 1-2 Le renforcement de la fonction cadre : \_\_\_\_\_ 54

##### 1-2-1 Un véritable enjeu : \_\_\_\_\_ 55

##### 1-2-2 Les modalités de ce renforcement : \_\_\_\_\_ 57

#### **2 La rationalisation de l'organisation générale du travail \_\_\_\_\_ 59**

##### 2-1 La définition d'un cadre unique de gestion dans le respect de la réglementation : \_\_\_\_\_ 60

##### 2-1-1 Vers une uniformisation des pratiques : \_\_\_\_\_ 60

##### 2-1-2 Le développement et la diffusion des outils de gestion des ressources humaines : \_\_\_\_\_ 63

##### 2-2 L'illustration de l'importance d'une organisation rationnelle du travail : \_\_\_\_\_ 65

#### **3 L'amélioration des conditions de travail : \_\_\_\_\_ 68**

##### 3-1 Les acteurs principaux : \_\_\_\_\_ 68

##### 3-1-1 Le pôle d'amélioration des conditions de travail : \_\_\_\_\_ 68

##### 3-1-2 La médecine du travail : \_\_\_\_\_ 69

##### 3-1-3 Le CHSCT : \_\_\_\_\_ 70

##### 3-2 Les principales actions entreprises et à entreprendre : \_\_\_\_\_ 71

##### 3-2-1 Des opérations de rénovation des locaux à mener : \_\_\_\_\_ 71

##### 3-2-2 La gestion des postes aménagés : \_\_\_\_\_ 72

##### 3-2-3 La nécessaire intervention d'un psychologue du travail : \_\_\_\_\_ 73

#### **CONCLUSION \_\_\_\_\_ 75**

#### **BIBLIOGRAPHIE \_\_\_\_\_ 77**

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
AS : aide soignante  
ASH : agent des services hospitaliers  
AT : accident du travail  
CA : Conseil d'Administration  
CERTOP : Centre d'études et de recherches Travail, Organisation, Pouvoir  
CH : Centre hospitalier  
CHU : Centre hospitalier Universitaire  
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail  
CLIN : Comité de Lutte contre les infections nosocomiales  
CLM : congé longue maladie  
CLD : congé de longue durée  
CME : Commission Médicale d'établissement  
CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique  
CTE : Comité Technique d'établissement  
CSP : Code de la santé publique  
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins  
DRH : Directeur des ressources humaines  
DSI : Directeur des soins infirmiers  
ENSP : Ecole Nationale de la santé publique  
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes  
ETP : équivalent temps plein  
GRH : gestion des ressources humaines  
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers  
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique  
TAG : Taux d'absentéisme global  
T2A : Tarification à l'activité

## INTRODUCTION

L'absentéisme est une problématique particulièrement sensible, en lien avec la santé des agents mais qui a aussi un impact sur le fonctionnement d'une institution.

Toute action sur l'absentéisme doit nécessairement prendre en compte ces deux dimensions. Entre l'obligation de présence et le droit de s'absenter pour des raisons médicales, l'équilibre est fragile. Aucun jugement moral ne doit être porté sur l'absentéisme pour motif médical, ces arrêts de travail s'appuient sur une expertise médicale, leur bien fondé ne peut que difficilement être discuté.

Un nombre d'absences élevé est-il le signe d'un état de santé globalement dégradé du personnel? A première vue, la réponse est positive. Cependant, il faut nuancer cette affirmation. L'absentéisme trouve aussi ces racines dans l'épuisement psychologique des agents, la démotivation des équipes. Ce polymorphisme des causes rend son traitement encore plus délicat.

Pour l'année 2003, la Direction des ressources humaines du Centre Hospitalier de Montauban comptabilisait 27,13 jours d'absence par agent pour motifs médicaux. Une rapide comparaison avec les données nationales permet d'affirmer que l'établissement hospitalier se distingue sur ce domaine là puisqu'en 2001, la moyenne des établissements publics de santé s'élevait à 20,4 jours d'absence par agent. Le différentiel de près de sept jours est assez important pour que la situation locale soit préoccupante. Ainsi, l'absentéisme, pour motifs médicaux, du personnel non médical, est devenu l'une des priorités d'action des dirigeants de l'établissement.

Le Centre Hospitalier de Montauban est un établissement public de santé qui offre une palette de soins complète à son bassin de population. Psychiatrie, MCO, secteur personnes âgées constituent les trois grands secteurs de l'hôpital. Il va sans dire que les tâches et les fonctions confiées aux équipes soignantes sont très différentes d'un secteur à l'autre, la charge et les conditions de travail sont assez peu comparables. Toutefois, l'étude de la répartition du nombre de jours d'absence par agent par unité fonctionnelle ne permet pas de conclure que le niveau de l'absentéisme est étroitement lié à la nature des activités du secteur. Ainsi, les quinze unités fonctionnelles positionnées au dessus de la moyenne de l'établissement appartiennent, respectivement, aux secteurs psychiatrique, personnes âgées, médico-technique, MCO, et même administratif.

L'absentéisme est donc un phénomène diffus qui concerne l'établissement dans sa globalité. Aucun secteur en particulier ne peut être stigmatisé.

La Direction du Centre Hospitalier a décidé de mener une politique de maîtrise de l'absentéisme. Pour que cette dernière soit adaptée à la situation et porte ses fruits, il faut au préalable procéder à un diagnostic objectif. Cette étude n'a pas la prétention de saisir la complexité de la question mais tente de dresser un panorama général des manifestations de l'absentéisme et des premières solutions qui y sont apportées. Des pistes, qui demandent à être approfondies, seront ainsi dégagées.

Une recherche, réalisée par un laboratoire du CNRS, sur ce thème est actuellement en cours dans l'établissement. Par le biais d'entretiens et d'une analyse quantitative précise, cette équipe de chercheurs tente de comprendre quelles sont les racines profondes de ce phénomène pour ensuite avancer un certain nombre de solutions. L'idée est de transformer ce qui, a priori, est plutôt un handicap en une opportunité de management. A terme, la création d'un observatoire national sur l'absentéisme en milieu hospitalier est envisagée.

Sans attendre les propositions de ce laboratoire, qui n'interviendront qu'en fin de l'année 2004, des actions peuvent être lancées. Elles le sont, d'ailleurs, d'ores et déjà pour certaines. En effet, la contrainte que représente l'absentéisme, tant pour l'institution que pour les agents eux-mêmes, est telle que la mise en place d'actions correctives s'impose dès à présent.

La rénovation du pilotage global de l'établissement est un axe d'action à privilégier. La Direction s'est déjà lancée dans la réforme, l'effort doit cependant être maintenu et il convient d'éviter certains écueils. Une rationalisation de l'organisation du travail s'impose également. Enfin, il ne faut surtout pas négliger l'aspect amélioration des conditions de travail, les attentes des agents sont bien sur à prendre en considération.

Beaucoup de ces solutions préconisées ne concernent pas strictement l'absentéisme, mais il est fort à parier qu'elles auront un impact sur ce phénomène.

Il convient de réaliser, dans un premier temps, un constat qui justifiera largement la nécessité de mener des actions (I). Ce premier constat sera, par la suite, complété par une analyse de l'absentéisme et de ses facteurs explicatifs (II). Enfin, de cette analyse découlera la définition de leviers d'action (III).

## **PARTIE I Le constat : la justification de l'action**

La définition des termes du sujet est un préalable nécessaire sans lequel il est impossible de bien appréhender le phénomène étudié. Dans un premier temps, une définition va être donnée afin de mieux cerner cette réalité complexe qu'est l'absentéisme (1).

Ensuite, les principales implications d'un nombre élevé d'absences au travail sur le fonctionnement d'un établissement de santé seront présentées (2).

Enfin, la situation particulière de l'hôpital de Montauban, dans le domaine de l'absentéisme, sera analysée (3).

### **1 L'absentéisme : un phénomène complexe, difficile à cerner**

Définir le terme absentéisme s'avère une entreprise délicate mais nécessaire (1-1). Du fait de sa complexité il est difficile d'en cerner les causes alors que les manifestations sont plus aisément appréhendées. Ces dernières sont d'ailleurs strictement encadrées par la réglementation (2-2).

#### **1.1 Quelle définition?**

En préalable, il semble judicieux de préciser que les termes d'absences et d'absentéisme seront utilisés indistinctement pour désigner la même réalité bien qu'il existe des différences de réalité sociale et économique.

L'absence est une notion très générale qui correspond, selon le Dictionnaire de l'Académie française, "à la période durant laquelle quelqu'un s'absente"; être absent signifie, toujours selon la même source, "qui n'est pas dans le lieu où sa présence était escomptée".

Ainsi l'absence est communément admise comme la non-présence. Cette définition constitue bien évidemment une évidence mais elle permet une première approche de l'absentéisme.

En effet, si le terme absence est employé couramment dans la vie quotidienne, celui d'absentéisme est plus strictement circonscrit à la sphère professionnelle et scolaire.

La représentation sociale de ce phénomène est souvent très négative dans une société qui place le travail au rang de ses valeurs fondatrices. Ainsi, il est perçu comme une faute, comme un manque de conscience professionnelle.

Dans ce contexte, définir de manière consensuelle et la plus objective possible l'absentéisme est un exercice particulièrement abrupt.

Selon l'Encyclopédie Universalis, l'absentéisme représente le fait de ne pas être présent à son poste de travail alors que l'on est censé s'y trouver.

Cette première définition est nécessaire mais pas suffisante. En effet, elle laisse penser que toute absence d'un travailleur de son poste de travail est nécessairement une manifestation de l'absentéisme. Or un agent peut se trouver en période de congés, il n'est pas présent sur son lieu de travail sans que pour autant que son absence puisse être assimilée à de l'absentéisme. Il n'est donc pas correct d'assimiler l'absentéisme à l'ensemble des absences physiques.

Définir l'absentéisme comme le "non-présentéisme" au travail revient à intégrer les absences liées aux repos hebdomadaires, aux congés annuels et aux autorisations diverses ainsi que toutes les absences pour maladie et maternité. Si ces différents types d'absences se manifestent toutes par la non présence du travailleur, elles n'ont pas la même signification sociale. Toutes ne doivent pas être prises en compte dans l'étude de ce phénomène.

A contrario, la définition donnée par Le Petit Robert n'est pas non plus satisfaisante car trop restrictive. Le sens donné par cet ouvrage à l'absentéisme est le suivant, il s'agit "de l'absence d'un salarié de son lieu de travail, non justifié par un motif légal". L'application stricte de ce critère a pour effet de sortir du champ de l'absentéisme toutes les causes d'arrêt de travail pour motifs légaux puisqu'elles sont justifiables.

La définition la plus complète de ce phénomène complexe qu'est l'absentéisme pourrait être celle-ci : l'absentéisme correspond, sur une période donnée, à la somme des absences physiques individuelles non comprises dans le cycle de travail, hormis les périodes de formation et de représentation syndicale, qui se traduisent par la non réalisation des tâches normalement attendues.

Faire référence à une notion de période laisse entendre que l'absentéisme est un phénomène qui se reconduit dans le temps. Toute organisation de travail connaît un niveau d'absentéisme incompressible, qui pourrait être qualifié de naturel. La quantification de ce niveau n'est pas réalisable, l'absentéisme ne devient un problème pour une structure qu'à partir d'un certain niveau.

L'absentéisme est une forme de dysfonctionnement social qui peut être coûteux dans la mesure où il doit être compensé par des remplacements et où il est générateur de baisse de productivité et de dégradation du climat social.

La proposition de définition de H. LETEURTRE<sup>1</sup> est intéressante car elle cible le phénomène sur les absences qui sont susceptibles de gêner le fonctionnement de l'institution et pour lesquelles la mise en œuvre d'un plan d'action est envisageable. Selon cet auteur le terme absentéisme recouvrirait "les absences pouvant - sans que la certitude ne soit jamais faite – révéler un comportement de fuite devant le travail résultant, soit d'un rejet de celui-ci (cause objective liée au travail ou à son organisation), soit d'un arbitrage entre obligations ressenties de sens contraire (exigence morale d'aller au travail ou exigence morale affective de garder son enfant malade) ou encore de désirs de sens contraires (désir de retrouver le groupe et désir de se retrouver dans un univers autre que celui du travail)".

Dans le cadre de cette étude, l'approche retenue de l'absentéisme est limitée aux absences légales qui, du fait de leur importance, peuvent tout à la fois être préjudiciable au fonctionnement régulier d'une structure et symptôme de malaise social.

## 1.2 Absentéisme et statut de la fonction publique :

Les agents titulaires du service public hospitalier sont soumis au statut de la fonction publique hospitalière. Ce statut comporte un ensemble de règles précisant les droits et sujétions qui régissent la carrière des fonctionnaires.

---

<sup>1</sup> H.Leteurtre "Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier" Berger-Levrault 1991, page 13

Le cadre général est fixé par la loi du 13 juillet 1983 qui précise le statut général de la fonction publique. La loi du 9 janvier 1986 s'applique plus particulièrement aux agents hospitaliers.

Les sujétions qui pèsent sur les agents publics trouvent leur justification dans la dimension service public des tâches dont ils ont la responsabilité. Si dans le secteur privé les salariés ont l'obligation d'être présents à leur poste de travail, cette obligation est renforcée pour les agents publics du fait des exigences de l'intérêt général. Un fonctionnaire en position d'activité a l'obligation de servir et donc d'effectuer les tâches qui lui sont assignées. Ainsi, dans les établissements publics de santé, compte tenu de l'importance de leurs missions, l'obligation de présence au poste de travail, sur un plan symbolique, devrait être encore plus forte ou, du moins ressentie comme telle par les agents.

En outre, la règle du service fait, précisé par l'article 77 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, est l'un des fondements du statut de la fonction publique, étroitement lié au droit à rémunération. En cas d'absence non autorisée, selon l'article L.859 du C.S.P., "ils sont immédiatement placés dans la position de congé sans traitement, à moins de justification présentée dans les 48 heures et reconnues valables par l'administration". Les cas d'absences irrégulières sont relativement rares, ils n'alimentent que peu le phénomène de l'absentéisme. Toutefois, l'existence de ces règles statutaires souligne l'importance accordée dans la fonction publique à l'obligation de présence des agents, conformément au principe de continuité du service public.

Cette obligation d'assiduité du fonctionnaire doit être nuancée. Le statut prévoit la possibilité pour l'agent de s'absenter. Il paraît nécessaire de préciser que la réglementation pose un principe, l'obligation de présence, qu'elle assortit d'exceptions, les absences autorisées. Aucune référence n'est faite au phénomène de l'absentéisme en lui-même. La notion d'absence n'est pas non plus définie, seuls sont énumérés les cas d'absences autorisées.

### 1.3 La réglementation applicable :

Le statut de la fonction publique hospitalière énumère les causes d'absences légales :

- ❑ Les congés annuels<sup>2</sup>
- ❑ Les jours de repos hebdomadaires<sup>3</sup>
- ❑ Les jours de réduction du temps de travail<sup>4</sup>
- ❑ Les jours fériés
- ❑ Les repos compensateurs<sup>5</sup>
- ❑ Les congés pour formation professionnelle<sup>6</sup>
- ❑ Les congés pour formation syndicale et représentation syndicale<sup>7</sup>
- ❑ Les congés maternité, les congés pour adoption et les congés paternité<sup>8</sup>
- ❑ Le congé parental<sup>9</sup>
- ❑ Les congés pour longue maladie<sup>10</sup>
- ❑ Les congés longue durée<sup>11</sup>
- ❑ Les congés pour maladie ordinaire<sup>12</sup>
- ❑ Les accidents de travail ainsi que les accidents de trajet
- ❑ Les faits de grève
- ❑ Autres : cette catégorie regroupe, notamment, les autorisations d'absence particulières.

---

<sup>2</sup> Article 41 al.1 de la loi n°86-33 du 9/01/1986

<sup>3</sup> Article 6 de l'Ordonnance n°82-272 du 26/03/1982

<sup>4</sup> Loi n°98-461 du 13/06/1998 et décret n°2002-9 du 4/01/2002

<sup>5</sup> Décret n°2002-9 du 4/01/2002

<sup>6</sup> Article 41 al.6 de la loi n°86-33 du 9/01/1986 et décret n°319 du 5/04/1990

<sup>7</sup> Article 41 al.7 de la loi n°86-33 du 9/01/1986 et le décret n° 88-676 du 06 mai 1988 relatif à l'attribution du congé pour formation syndicale dans la fonction publique hospitalière

<sup>8</sup> Article 41 al.5 de la loi n°86-33 du 9/01/1986

<sup>9</sup> Article 64 de la loi n°86-33 du 9/01/1986, modifié par l'article 52 de la loi n°558 du 30/07/1987 ainsi que les articles 40 à 44 du décret n°976 du 13/10/1988

<sup>10</sup> Article 41 al.3 de la loi n°86-33 du 9/01/1986

<sup>11</sup> Article 41 al.5 de la loi n°86-33 du 9/01/1986

<sup>12</sup> Article 41 al.2 de la loi n°86-33 du 9/01/1986

Il existe un certain nombre d'absences qui pourraient être qualifiées de prévisibles, car elles sont intégrées dans les cycles de travail. Elles ne présentent, normalement, aucune difficulté particulière en matière de gestion de ressources humaines. Les congés annuels, les jours de repos hebdomadaires, les jours de réduction du temps de travail, pour ne citer que les plus fréquents, sont intégrés dans le fonctionnement d'un établissement de santé.

Ainsi, ces causes d'absences ne seront pas intégrées dans la présente étude, il serait bien entendu incohérent de les considérer comme génératrices d'absentéisme.

De la même manière, les absences pour cause de formation professionnelle ne seront pas prises en compte dans le cadre de ce mémoire. Ce type d'absence est facilement identifiable et prévisible. Il ne doit pas désorganiser le service. En outre, l'utilité de la formation professionnelle est incontestable, tant pour l'agent lui-même qui enrichit ainsi son bagage professionnel que pour l'institution qui dispose ainsi de personnel plus compétent. Ce congé doit donc même être encouragé.

L'exercice du droit syndical ne peut non plus, bien entendu, être entravé.

Il est apparu judicieux d'exclure de l'analyse des absences qui, en raison de leur faible nombre, n'ont pas d'impact significatif sur le niveau d'absentéisme.

Restent alors les congés maladie, les congés longue durée, les congés pour longue maladie, les accidents du travail/accidents du trajet, les congés maternité (paternité et adoption).

Ce sont ceux là même qui retiendront notre attention. En effet, du fait de leurs caractéristiques et de leur importance, ces absences sont les principales sources d'absentéisme en milieu hospitalier en général et au Centre hospitalier de Montauban en particulier.

Il convient alors de préciser les principales règles qui s'appliquent à ces absences.

La situation du fonctionnaire en cas de congé maladie est réglée par l'article 41 al.2 de la loi du 9 janvier 1986 et par le décret n° 88-386 du 19 avril 1988, modifié par le décret n°97-417 du 22 avril 1997, relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière.

Tout agent malade se voit dans l'obligation de produire un certificat médical dans les 48 heures pour justifier sa position. Le paiement intégral du salaire est assuré pendant les trois premiers mois puis un demi-traitement pendant les neuf mois suivants. Les congés maladie ne peuvent excéder un an.

A l'expiration de ce délai, un avis du comité médical est sollicité, il y a alors quatre possibilités :

- ❑ Reprise de l'agent sans possibilité de mi-temps thérapeutique
- ❑ Mise en disponibilité d'office
- ❑ Reclassement dans un autre emploi
- ❑ Mise à la retraite

Ces quatre solutions sont aussi celles retenues lorsqu'un congé longue durée ou un congé longue maladie se termine.

L'octroi, ensuite, *d'un congé longue maladie ou d'un congé longue durée* est déterminé en comité médical départemental sur saisine, soit de l'intéressé, soit de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Les conditions d'octroi du CLM sont identiques à celles exigées pour une maladie ordinaire, mais la maladie concernée doit également présenter un caractère invalidant et rendre nécessaire un traitement prolongé. La liste des affections est énumérée dans l'arrêté du 14 mars 1986, modifié par le décret n° 97-417 du 22 avril 1997. L'arrêté du 1<sup>er</sup> août 1988 étend ses dispositions à la fonction publique hospitalière.

Le fonctionnaire en CLM ou en CLD a droit au plein traitement pendant un an et au demi-traitement durant les deux années suivantes.

Le bénéfice du CLD est lui réservé au fonctionnaire atteint de tuberculose, de maladie mentale, de poliomyélite ou d'affection cancéreuse.

A l'issue de ces congés, les mêmes possibilités existent que pour la maladie ordinaire. En outre, l'administration peut octroyer un mi-temps thérapeutique<sup>13</sup> à l'agent, en vue de favoriser sa réinsertion professionnelle. Ce dernier conserve son salaire intégral tout en travaillant à mi-temps.

La circulaire n° DH/FH 1/DAS/TS 3 n° 96-152 du 29 février 1996 relative au *congé de maternité* ou d'adoption pour les fonctionnaires, les agents stagiaires et les agents contractuels des Hôpitaux précise les règles applicables. Pour le premier et le deuxième enfant, le congé maternité est d'une durée de 16 semaines, il est porté à 26 semaines dès le 3<sup>ème</sup> enfant. Ces grossesses sont souvent précédées d'arrêts maladie ou d'absence pour grossesse pathologique.

---

<sup>13</sup> Article 41-1 de la loi n°86-33 du 9/01/1986 ajouté par loi n° 94-628 du 25 juillet 1994

Un nouveau droit est accordé aux pères<sup>14</sup>, le congé de paternité qui se traduit par l'octroi de 11 jours de congés à la naissance de l'enfant.

Les facteurs médicaux extra professionnels représentent un poids important dans le phénomène de l'absentéisme. Toutefois, il ne faut surtout pas négliger les causes d'absences directement liées au travail que sont *les accidents de travail ou de trajet*. Est considéré comme un AT<sup>15</sup>, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs. L'accident doit résulter de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant, au cours du travail, une lésion au corps. L'accident doit être survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

Les AT sont classés en trois catégories :

- ❑ Les AT entraînant une incapacité permanente partielle, une incapacité permanente totale ou le décès,
- ❑ Les AT avec arrêt de travail d'au moins 24 h
- ❑ Les AT sans arrêt de travail mais qui peuvent nécessiter des soins médicaux

Une fois précisées la définition et la réglementation applicable à l'absentéisme, il est nécessaire de se pencher sur le poids, d'un point de vue financier, social et qualitatif, que fait peser ce phénomène sur une institution.

## **2 Un coût élevé pour l'institution :**

L'absentéisme, du fait de ses conséquences, est au centre d'enjeux essentiels pour un établissement de santé. En effet, il engendre des répercussions financières importantes, menace l'équilibre social et pourrait finalement avoir un impact sur la qualité du service rendu.

---

<sup>14</sup> Circulaire n° DHOS/P 1 n° 2002-7 du 08 janvier 2002 relative au congé de paternité dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière

<sup>15</sup> Article L 411-1 du Code de la sécurité sociale

## 2.1 D'un point de vue financier :

Chaque absence d'un agent a un coût financier pour l'hôpital. Ce coût peut être direct ou indirect. Le cumul de ces absences, à un certain niveau, est susceptible de peser, de manière significative, sur le budget du Centre Hospitalier.

En effet, le personnel représente, selon la moyenne nationale, 70 % des dépenses d'un établissement de santé. En 2003, au CH de Montauban, les dépenses de personnel (groupe I) constatées s'élevaient à 64 141 957€ pour un montant total de 84 904 591,55€. Les charges du groupe I se décomposent comme suit :

- 52 232 008€ pour le personnel non médical, soit une augmentation par rapport à 2002 de 2,99%
- 11 909 649€ pour le personnel médical, soit une augmentation de 6,2%, liée en partie au règlement des plages additionnelles

Ainsi, l'ensemble des comptes de rémunération et de charges de personnel progresse de 3,57% par rapport aux dépenses de 2002. Ces dépenses de personnel représente finalement 75,55% du montant total.

Une réduction de l'absentéisme constituerait donc un moyen efficace de réaliser des économies substantielles.

Tout d'abord, il convient d'analyser les coûts directs pour l'institution. Un agent absent perçoit tout ou partie de sa rémunération. L'hôpital continue, en effet, de prendre en charge le traitement ou le salaire des absents ainsi que les charges sociales afférentes.

A titre d'information, le montant total des salaires versés dans le cadre des absences en 2002 est le suivant :

- Pour les absences liées aux CLM/CLD : 1 517 024,96€
- Pour les absences liées aux accidents de travail, trajet et maladies professionnelles : 106 504,41€

L'absentéisme pèse beaucoup plus lourd financièrement sur les établissements publics de santé que sur le secteur privé. Ainsi, pour les salariés du régime général de la Sécurité Sociale, la prise en charge des absences pour maladie ordinaire est assurée par les indemnités journalières servies par l'Assurance maladie. Il est vrai que les cotisations sociales liées à la maladie sont élevées mais elles sont intégrées a priori dans la masse salariale. Dans les établissements publics de santé, seules les prestations en nature tel que le remboursement des soins sont financées par l'Assurance Maladie.

En outre, le délai de carence de trois jours, qui existe pour le secteur privé, n'est pas applicable aux agents du service public hospitalier. Dès le premier jour d'arrêt maladie, l'hôpital est tenu de continuer à payer l'absent.

Dans le secteur privé, les risques liés à l'absentéisme sont mutualisés entre toutes les entreprises cotisantes alors que les établissements de santé assument seuls les coûts liés à ce phénomène.

Deux solutions se présentent alors :

- ❑ Soit les établissements ont recours aux services d'organismes privés d'assurance pour le risque d'absence pour cause de maladie. L'inconvénient est, bien sur, le paiement de primes dont le montant est souvent prohibitif. Néanmoins, cette solution est satisfaisante pour des petits établissements dont l'assise financière ne permet pas de faire face à de fortes fluctuations de l'absentéisme.
- ❑ Soit les établissements sont leurs propres assureurs. Cette solution a été retenue par le CH de Montauban.

Ainsi, les établissements publics de santé, plus que n'importe quelle autre institution privée similaire, ont tout intérêt à diminuer le nombre de journées d'absences.

Dans les coûts directs afférents à l'absentéisme, en plus du paiement des agents absents, il faut intégrer les frais liés à leur remplacement. Tous les agents absents, bien sur, ne sont pas remplacés, notamment ceux en arrêts maladie de courte durée.

L'absentéisme moyen est intégré dans le fonctionnement des équipes. Un fort taux d'absentéisme oblige les agents présents à réaliser des heures supplémentaires. Si, pour le moment, il n'est pas possible de savoir quel est le montant exact des heures supplémentaires liées aux absences, étant donné qu'il s'agit d'une pratique courante, tout laisse à penser que leur paiement pèse lourd sur le budget.

De plus, il faut intégrer les frais de régulation de l'absentéisme qui ne sont, toutefois, pas quantifiables. Le traitement quotidien des absences est particulièrement chronophage. Les cadres, notamment, passent énormément de leur temps de travail à la modification des plannings et au rappel des personnels afin que les services disposent de l'effectif nécessaire à la sécurité des soins. Les cadres supérieurs sont eux même régulièrement sollicités en cas d'absences inopinées posant des problèmes de fonctionnement sérieux.

Un agent administratif, à la Direction des ressources humaines, est spécifiquement chargé d'enregistrer les bulletins d'absences. Au total, beaucoup de temps consacré à la gestion de ce phénomène qui pourrait sûrement être utilisé à d'autres fins.

Enfin, dans le cadre de l'analyse des coûts de l'absentéisme, il ne faut pas manquer de relever l'intérêt de l'étude rapportée par H.Leteurtre<sup>16</sup>.

Il a pu être évalué, après observation d'aides soignantes remplaçantes pendant trois jours, que sur cette durée, en moyenne, la part de travail non fait, de risques d'erreurs et de dysfonctionnements divers, représente 35% du travail, donc du salaire de l'agent. De même, toujours dans l'ouvrage de H.Leteurtre, un groupe de travail de l'ENSP a pu, quant à lui, évaluer l'écart de productivité entre agents remplacés et agents remplaçants à près de 15 %.

Cet écart est encore majoré sans doute lorsque l'aide soignante est remplacée par une personne ne disposant de la qualification requise, comme un agent des services hospitaliers. Ce type de remplacement est fréquent dans un établissement comme celui de Montauban où le glissement des tâches est monnaie courante.

## 2.2 Le coût social :

S'il a été démontré que, sur un plan financier, l'absentéisme pesait lourdement sur le fonctionnement, le risque social lié aux absences met tout autant en péril l'équilibre du CH.

Les conséquences sociales et humaines de ce phénomène ne sont pas quantifiables, à la différence du coût financier qui, malgré quelques difficultés de mesure précise, peut être approximativement évalué. Néanmoins, il est possible d'affirmer avec certitude qu'un fort taux d'absentéisme perturbe l'organisation et la vie quotidienne des services de soins.

Les absences pour maladie ordinaire, et de manière générale les absences de courte durée, ne font pas l'objet d'un remplacement systématique. Par contre, les agents en CML/CLD sont généralement remplacés :

---

<sup>16</sup> N.Bureau et MG.Génin cité par H.Leteurtre in "Audit de l'absentéisme" op. cité p 7

- ❑ Par un agent du pool prévu à cet effet ou,
- ❑ Par une "mensualité", c'est à dire une personne recrutée pour une période bien déterminée, sur un poste occupé par une personne absente. Ce type de personnel n'est pas comptabilisé dans l'effectif réel, contrairement aux personnes appartenant au pool.

Les services de soins ne sont donc pas désorganisés à court terme par ce type d'absentéisme alors que la gestion des absences de courte durée constituent un exercice périlleux pour les cadres.

L'encadrement est obligé, parfois, de faire appel à des personnes en repos hebdomadaire, en journée RTT, voire même en congé annuel. Ce genre de pratique est source de mécontentement mais les cadres n'ont souvent pas le choix. En agissant ainsi ils ont comme préoccupation la sauvegarde de la qualité des soins prodigués aux patients.

Lorsque le ratio d'agent par lit n'est pas tombé en dessous du seuil de sécurité, l'équipe n'est pas renforcée. La charge de travail du personnel présent augmente nécessairement puisqu'il doit assumer les tâches qui incombent normalement aux agents absents.

En outre, le contexte actuel est au renforcement des normes de qualité et de vigilance sanitaire, ce qui ne manque pas d'avoir un retentissement important sur la charge de travail dévolue aux personnels. Un niveau d'absentéisme élevé a un effet cumulatif sur cette tendance.

Ainsi, il est à craindre qu'un taux d'absentéisme important ne conduise à une démotivation des agents présents qui pourraient devenir enclin à adopter un même comportement d'absence au travail.

En effet, le statut de la fonction publique repose sur l'égalitarisme de traitement des agents sans que leurs comportements puissent être pris en compte de manière significative. Aucun système ne permet de récompenser réellement des agents méritants, à l'inverse les possibilités de sanctions d'un agent qui n'exerce pas correctement son travail sont limitées et souvent peu efficaces.

Par ailleurs, l'absentéisme peut générer un phénomène de spirale. La surcharge de travail entraîne un stress supplémentaire qui augmente les risques de surmenage, de "burning-out". Certains agents présents pourront avoir comme réflexe se recourir à l'absence pour fuir cette situation.

Enfin, il faut rappeler que le métier de soignant repose sur un principe de solidarité, qui s'exprime normalement au sein de chaque équipe. L'absentéisme menace la cohésion des équipes car une fracture s'opère entre absents et présents. Des tensions vont inexorablement apparaître autour notamment des congés maladie inopinés.

### 2.3 Un risque de remise en cause de la qualité des soins?

Le risque que les absences nombreuses du personnel font peser sur l'efficacité du service public hospitalier est bien réel.

En effet, à charge de travail égale, une équipe qui n'est plus composée du nombre d'agents initialement prévu aura plus de difficultés à mener à bien les missions qui lui sont confiées. Le niveau général des prestations proposées pourrait à terme être affecté.

Le temps d'accueil et d'écoute réservé au patient et à sa famille est souvent le premier sacrifié, ce qui est fortement à déplorer bien sur. La mise en place des 35 heures depuis le 1<sup>er</sup> janvier entraîne une diminution du temps de travail sans une augmentation d'effectifs totalement équivalente. Couplée à un absentéisme élevé, cette tendance menace la dimension humaine du métier de soignant qui se trouve reléguer au second plan.

Pour le moment, la sécurité sanitaire des patients n'est pas affectée, la conscience professionnelle des équipes préserve encore cet aspect du travail des professionnels de la santé. Néanmoins, il faut veiller à rester vigilant, la nature des missions confiées aux établissements de santé impose que des mesures préventives et correctives soient prises pour résorber l'augmentation du niveau de l'absentéisme.

Enfin, il convient d'ajouter que l'absentéisme dégrade l'image extérieure du CH. La population considère que le manque de personnel est un facteur aggravant de la baisse de la qualité du service rendu. Le CH de Montauban a, face à lui, deux concurrents sérieux : la Clinique de Pont de Chaumes avec une activité chirurgicale très forte et le CHU de Toulouse qui, du fait de la proximité géographique, prive l'hôpital d'une partie de ses patients. Dans ce contexte, toute dégradation de l'image de l'établissement pourrait directement menacer le développement de l'hôpital. La réforme du financement des hôpitaux, la fameuse T2A (tarification à l'activité) qui repose sur l'activité, rend encore plus urgent la nécessité d'agir. Dans l'avenir, une baisse d'activité risquerait de menacer le devenir du CH.

Ainsi, l'absentéisme ne manque pas de poser de lourdes difficultés en terme de fonctionnement. Tenter de maîtriser ce phénomène est donc une préoccupation légitime des dirigeants hospitaliers. Du fait d'un taux d'absentéisme supérieur à la moyenne nationale, au CH de Montauban, cette préoccupation a été érigée au rang de priorité d'action.

### **3 Le contexte local :**

Analyser le niveau de l'absentéisme au CH de Montauban en le comparant avec la moyenne nationale permet d'appréhender l'ampleur du problème.

Une étude croisée de son évolution sur ces dix dernières années confirme son implantation dans le temps.

#### **3.1 Une première approche globale chiffrée des absences :**

Le système d'information hospitalier du CH de Montauban donne l'information suivante : le nombre d'absences pour raison de santé (en jours réels), pour l'année 2003, s'élève à 37 790 jours.

Ces chiffres concernent exclusivement le personnel non médical et recouvrent les absences pour :

- Maladie ordinaire
- Maternité, adoption, grossesse pathologique et adoption
- Accidents du travail, du trajet et maladie professionnelle
- CLM, CLD

L'effectif réel du personnel non médical, en 2003, se décompose comme suit :

- 1292 titulaires et stagiaires pour l'effectif physique soit 1125,25 ETP,
- 34 contractuels à durée indéterminée pour l'effectif physique soit 29,40 ETP,
- 162 contractuels à durée déterminée pour l'effectif physique soit 152,29 ETP,
- 24 mensualités pour l'effectif physique soit 22,79 ETP,

Pour une mesure précise de l'absentéisme il convient de retenir l'effectif moyen rémunéré. En effet, au cours d'une année, le volume global de l'effectif connaît de fortes fluctuations.

Les mensualités, c'est-à-dire les personnes embauchées ponctuellement pour remplacer un agent sur un poste permanent, sont essentiellement concentrées sur la période estivale. De même, le nombre de contractuels rémunérés sur l'établissement est fluctuant. L'effectif moyen rémunéré correspond à 1393,59 ETP. Ce chiffre est arrondi à 1393 pour faciliter son utilisation.

Ainsi, le CH de Montauban comptabilise 27,13 jours d'absences par agent pour l'année 2003. Cet indicateur est largement utilisé d'où son intérêt dans la perspective d'une comparaison entre établissements et avec la moyenne nationale.

Parallèlement, des différents ratios existent pour tenter de mieux appréhender ce phénomène. Dans la multitude des outils existants, il convient de n'en retenir que quelques-uns.

Le recours au taux d'absentéisme global (TAG) est apparu pertinent. Il s'agit d'un indicateur fidèle qui permet de connaître précisément le taux de jours perdus pour cause d'absences. Il donne ainsi une vision générale du volume global de l'absentéisme sur une année.

Il s'agit du ratio suivant :

$$\text{TAG} = \frac{\text{Nombre de jours d'absences}}{\text{Nombre de jours théoriques de travail}} \times 100$$

Au numérateur est enregistré le nombre de journées d'absence perdues. Ne seront retenues ici que les absences pour cause médicales qui sont l'objet de la présente étude. Le dénominateur correspond au nombre de journées travaillées multiplié par l'effectif moyen rémunéré en ETP.

Ainsi, au CH de Montauban, le TAG pour raisons de santé est égal à :

$$\text{TAG} = \frac{37\,790}{252876,414} \times 100$$

$$\text{TAG} = 14,94\%$$

14,94% des journées qui auraient du être travaillé en 2003 ne l'ont pas été pour des causes liées à l'état de santé.

Pour information, le TAG total, qui concerne à la fois les absences pour raisons médicales, les absences exceptionnelles, pour enfant malade, pour formation et le congé syndical, s'élève à :

$$\text{TAG total} = \frac{40478,50}{252876,414} \times 100$$

TAG total= 16%

Cet indicateur rend bien compte de l'importance que peut revêtir ce phénomène au niveau d'une institution. Il offre une illustration particulièrement parlante du poids que l'absentéisme fait peser sur le CH de Montauban.

Si le TAG est un ratio particulièrement parlant, il ne sera pas retenu comme outil de comparaison national pour la simple raison qu'il n'est utilisé par la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS).

En revanche, il constitue un indicateur particulièrement utile dans la perspective d'une analyse historique, qui sera d'ailleurs l'objet d'un point suivant.

Avant de procéder à une étude du phénomène sur plusieurs années, il convient de comparer la situation de Montauban au reste de l'hexagone.

### 3.2 Comparaisons nationales :

Les données sociales hospitalières, issues des remontées des bilans sociaux des établissements publics de santé, publiées par la DHOS, donnent la possibilité de situer le CH de Montauban par rapport à la moyenne nationale.

Ces données sont issues d'enquêtes réalisées auprès d'un quart des établissements publics de santé de plus de 300 agents, représentant un peu moins de la moitié des effectifs hospitaliers.

L'intérêt de cette synthèse des bilans sociaux reste toutefois limité car, étant donné le temps nécessaire pour recueillir et traiter ces informations, le décalage entre l'année d'analyse et l'année de publication est important. Ainsi, à l'heure actuelle, ne sont disponibles que les chiffres de 2001. Leur manque d'actualité réduit nécessairement la portée de l'analyse mais ne la rend pas pour autant complètement dénuée d'intérêt. En effet, l'absentéisme est une tendance lourde qui n'évolue pas beaucoup d'une année sur l'autre.

Pour preuve, en 2000, les motifs médicaux entraînent un petit moins de 20 jours d'absences par agent, en 2001, l'augmentation est minime puisque les agents sont absents en moyenne 20,4 jours.

Les conclusions tirées de l'étude seront donc encore valables pour la période actuelle.

En ce qui concerne les absences pour motifs médicaux, qui sont le cœur du présent mémoire, en 2001, la moyenne nationale s'élevait à 20,4 jours d'absence par agent.

La même année, le CH de Montauban comptabilisait 39 845 jours au total, soit 29,82 jours d'absence par agent.

L'écart entre les deux indicateurs est significatif. En effet, un agent du CH de Montauban est absent presque 10 jours de plus que la moyenne de ses homologues.

Ce différentiel témoigne de l'ampleur du phénomène au niveau local.

Il convient ensuite de comparer la répartition des absences entre les différents motifs.

Tout d'abord, la moyenne nationale. Les maladies de courte durée représentent un peu moins de la moitié des absences médicales, soit 46 %. La maternité est le second motif d'absence avec 17,7% du total. Les longues maladies et les maladies de longue durée sont les deux autres grands types de motifs médicaux : 13,9 % pour les longues maladies et 12,6 % pour les maladies de longue durée, au total donc 26,5 %.

Les maladies professionnelles ou imputables au service, comptabilisées à part, représentent un peu plus de 1 % des jours d'absence, les accidents du travail, quant à eux, 8,2 %.

Au CH de Montauban, la situation est la suivante :

- ❑ La part des absences pour maladie ordinaire est de 47 %,
- ❑ La part des absences pour maternité est de 10,95 %,
- ❑ La part des absences pour CLM et CLD est de 38,17 %,
- ❑ La part des absences pour accident du travail et du trajet / maladie professionnelles est de 3,8 %.

La typologie de l'absentéisme à Montauban se distingue de la moyenne nationale.

En ce qui concerne les absences pour maladie ordinaire, les données sont presque similaires, le nombre de congés de ce type est légèrement supérieur à Montauban mais pas de manière significative.

Les congés maternité, par contre, sont nettement inférieurs au CH par rapport à la moyenne nationale. Cette information est à mettre en perspective avec la pyramide des âges.

La moyenne d'âge montalbanaise est relativement élevée. Cette spécificité fera l'objet d'une étude plus approfondie dans le chapitre suivant.

La part des CLM/CLD au CH de Montauban représente 38,17 % du total contre 26,5 % au niveau national. Le différentiel est important, plus de 11,5 % d'écart. Comment expliquer cette situation ? La configuration de la pyramide des âges peut apporter un début de réponse. Le taux de CLM/CLD augmente avec la moyenne d'âge des agents. D'autres facteurs explicatifs pourraient être avancés comme les conditions de travail qui, lorsque elles sont mauvaises, peuvent accélérer la demande de CLM/CLD. Cette hypothèse est envisageable pour des motifs médicaux tels que la dépression. Néanmoins, il faut se garder d'effectuer des conclusions trop hâtives dans ce domaine tant la question est délicate. En outre, il est quasiment impossible d'évaluer précisément la part relative du facteur lié aux conditions de travail dans l'explication de l'importance du taux de CLM/CLD.

Enfin, les accidents de travail, de trajet et les maladies professionnelles, pour lesquels le CH de Montauban se distingue favorablement. Il y a 5,4 % d'absences en moins, pour ce motif, à Montauban, que dans le reste de l'hexagone. Comment expliquer cette situation ? Les risques liés au travail seraient moins importants qu'ailleurs grâce à de meilleures conditions de travail, ce qui ferait mentir l'argument précédemment évoqué ? Ou bien l'hôpital souffre d'un phénomène de sous déclaration chronique ? Là encore, il est difficile de trancher, chacun ayant son idée sur la question sans qu'aucune preuve dans un sens ou dans un autre ne puisse être avancée.

Ainsi, cette comparaison avec les chiffres nationaux a permis de situer l'hôpital par rapport à la moyenne nationale. Une analyse de l'évolution de l'absentéisme dans le temps devrait permettre d'enrichir la connaissance du phénomène.

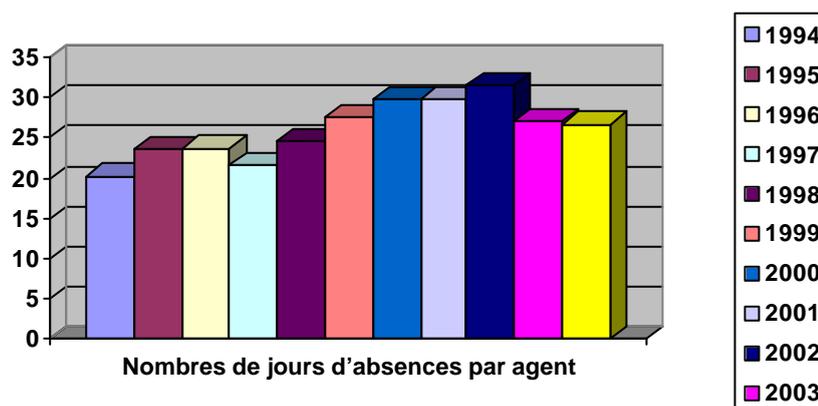
### 3.3 L'analyse historique de l'absentéisme :

Cerner l'absentéisme suppose de connaître son évolution sur dix ans. Le paragraphe précédent a permis d'arriver à la conclusion que le CH de Montauban se distingue de la moyenne des établissements publics de santé français par un niveau d'absentéisme particulièrement élevé. Reste à savoir s'il s'agit d'un phénomène ancré dans le temps.

Tout d'abord, il convient de se pencher sur l'évolution du nombre de jours d'absence par agent depuis 1994. Il s'agit d'un indicateur fiable car il prend en compte les variations de la masse salariale totale.

Le tableau suivant présente le nombre de jours d'absences par agent depuis 1994 jusqu'à 2004.

	Nombres de jours d'absences par agent
1994	20,30
1995	23,71
1996	23,74
1997	21,58
1998	24,55
1999	27,62
2000	29,74
2001	29,82
2002	31,42
2003	27,13
2004	26,68



Pour l'année 2004, les données fournies correspondent à des prévisions réalisées au 12<sup>ème</sup> à partir de mai 2004 en ETP travaillé en 30<sup>ème</sup> au même mois.

La tendance qui apparaît le plus clairement est celle de l'augmentation du nombre de jours d'absence sur les dix dernières années.

Toutefois, cette augmentation ne s'est pas réalisée de manière linéaire. Il convient de distinguer plusieurs périodes.

De 1994 à 1997, le nombre de jours par agent n'a pas connu de fortes variations. Durant ces quatre années, l'absentéisme se maintenait à un niveau raisonnable, légèrement supérieur à la moyenne nationale mais pas de manière significative.

Il faut toutefois noter qu'en 1995 et en 1996 l'absentéisme a connu une poussée stoppée en 1997. Les motifs d'absences, quant eux, n'ont pas connu de décrochages particuliers, ils ont suivi l'augmentation globale de l'absentéisme.

De 1998 à 2002, le nombre de jours d'absences n'a cessé d'augmenter. Le paroxysme du phénomène a été atteint en 2002. Cette année là, le CH de Montauban comptait plus de 31 jours d'absence par agent. Ce niveau particulièrement élevé trouve-t-il son origine dans la mise en place des 35 heures dans les hôpitaux en 2002 ? En effet, la réduction du temps de travail a été source de forts mécontentements dans le monde hospitalier car elle n'a pas été intégralement et immédiatement compensée par des moyens humains supplémentaires. Les équipes en place ont du souvent gérées à moyens constants cette modification de l'organisation du temps de travail. Dans ce contexte, il est tout à fait probable que l'absentéisme considéré comme réactionnel ait connu une augmentation.

De 1997 à 2002, le nombre de jours d'absence par agent à Montauban est passé de 21,58 à 31,42. En quatre ans, un tel bond en avant est particulièrement inquiétant. Les facteurs explicatifs traditionnels donneront difficilement des clés de compréhension. L'absentéisme est un phénomène qui, généralement, dans une institution au fonctionnement considéré comme normal, évolue peu dans le temps. La moyenne d'âge du personnel, par exemple, traditionnellement, a un impact certain sur le niveau de l'absence. Sur une période aussi réduite que celle-là, il ne peut être déterminant.

Ces années peuvent être considérées comme la période noire de l'absentéisme sur le CH de Montauban. Durant cette période, le nombre de jours d'absence par agent a augmenté de 48 %.

En 2003, s'amorce une baisse du niveau global de l'absentéisme. Cette tendance semble se confirmer en 2004. Il faut espérer que la situation perdure dans le temps.

Ainsi, en 2003, le nombre de jours d'absence par agent a diminué de 15,81 % par rapport à l'année précédente. En 2004, toujours par rapport à 2002, il semblerait que le CH s'oriente vers une baisse de 17,76 %. Progressivement, l'hôpital va vers une relative maîtrise du phénomène, mais il faut encore rester prudent, ces premiers résultats sont fragiles.

Le taux d'absentéisme global, pour raisons de santé, est un indicateur intéressant à utiliser sur les trois dernières années car il fournit une illustration supplémentaire de la tendance générale. Un bémol doit toutefois être apporté à l'intérêt de cette comparaison du TAG sur les trois dernières années. En 2002 et en 2003, le nombre de jours théoriquement travaillés a diminué suite à la mise en place de la réduction du temps de travail. Indépendamment de l'évolution du volume des effectifs, le dénominateur de cet indicateur a nécessairement augmenté. Le différentiel qui peut exister entre 2001 et 2002 doit être pondéré.

Ainsi en 2001, le TAG du CH de Montauban s'élevait à 15,35 %.

En 2002, année où l'absentéisme a connu son niveau maximum, le TAG s'élevait 16 %. Il faut souligner que cette augmentation tient, en partie, au fait que le dénominateur de 2002 soit automatiquement supérieur à celui de 2001. Par contre, pour une comparaison entre 2002 et 2003 cet argument n'est plus valable car le nombre de journées théoriquement travaillées par agent est identique pour les deux années.

En 2003, cet indicateur s'élève à 14,94 %.

Cet indicateur confirme les conclusions qui ont été réalisées à partir de l'indicateur du nombre de journées d'absence par agent. Le CH de Montauban, après un taux d'absentéisme record, maîtrise peu à peu ce phénomène, et ce afin de revenir à une situation normalisée. Cette maîtrise est souhaitable tant pour l'institution et les patients que pour les agents eux-mêmes en raison de l'énorme pression, de plusieurs natures, que fait peser l'absentéisme.

Ainsi, la première partie de l'étude de l'absentéisme a permis de mieux le cerner, de connaître ses conséquences sur le fonctionnement d'un établissement public de santé. L'analyse quantitative globale offre un premier panorama du phénomène. Elle devra être complétée par la suite par une étude plus ciblée pour mettre de dégager, peut-être, un début de modèle explicatif. Quoi qu'il en soit, la Direction du CH de Montauban doit, incontestablement, tenter de comprendre pourquoi l'absentéisme est si élevé et de mettre en place les mesures correctives adéquates. Il en va du bon fonctionnement de l'hôpital.

## **PARTIE 2 L'analyse de l'absentéisme au CH de Montauban, une difficile identification des causes :**

Vouloir construire un modèle explicatif de l'absentéisme ne peut se faire sans une analyse précise du phénomène. Il convient dans un premier temps de procéder à une étude quantitative (1). Si indispensable soit-elle, cette analyse n'est exempte de quelques défauts. L'objectivité des résultats est relative, elle doit donc être complétée par un recueil sur le terrain du ressenti des acteurs (2).

La difficulté de dégager des facteurs explicatifs ne décourage pas pour autant les dirigeants à agir pour tenter d'endiguer l'absentéisme (3).

### **1 La caractérisation de l'absentéisme à partir des données chiffrées :**

Par cette analyse, les différents visages de l'absence seront mis à jour.

Les répartitions par motifs médicaux, par catégorie socioprofessionnelle, par âge et par sexe vont être successivement étudiées.

#### **1.1 Les motifs d'absences**

Il convient de rappeler que les motifs d'absence retenus pour cette étude sont les motifs d'ordre médicaux.

Les parts relatives de la maladie ordinaire, des CLM/CLD, des accidents du travail/trajet et maladies professionnelles et de la maternité vont être analysées. Des premières conclusions pourront en être tirées.

##### *1.1.1 La maladie ordinaire :*

Sur un plan national, la majorité des absences trouvent leur origine dans ce que l'on appelle la maladie ordinaire. En 2001, elle représentait près de 46 % des arrêts. A Montauban, la situation est identique, jusqu'à une certaine date.

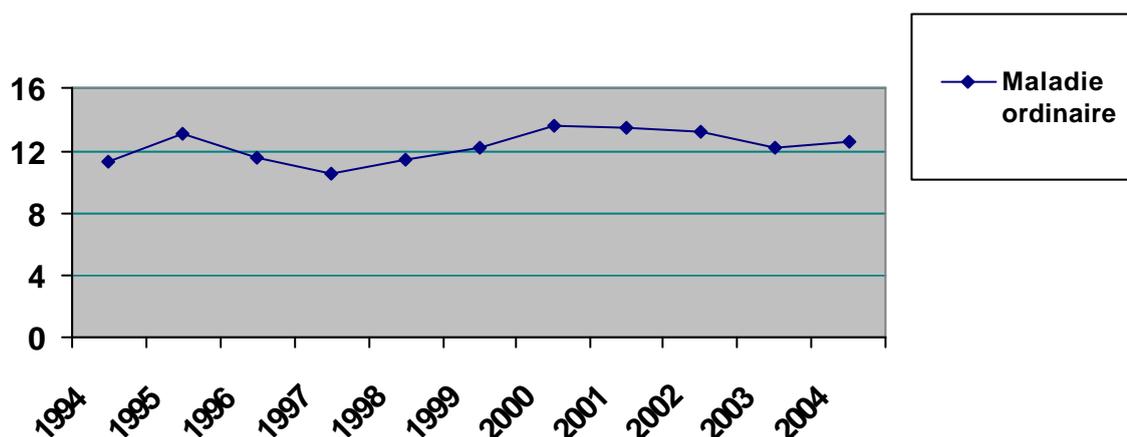
Les absences pour maladie ordinaire sont encore les plus fréquentes en 2001. Elles représentent alors 48,35 % du total de l'absentéisme.

En 2002, déjà, leur importance va diminuer, 43,05 % des absences, seulement, trouvent leur origine dans la maladie ordinaire, qui n'occupe plus que la seconde place des motifs d'absence. Cette année là, elle s'est vue détrônée par les CLM/CLD.

La tendance semble se pérenniser puisqu'en 2003, elle continue à perdre du terrain : 41,69 % des absences ont des causes liées à la maladie dite ordinaire.

En 2004, les prévisions s'orientent vers une « renormalisation » de la situation, si l'on s'en tient à la situation nationale. La maladie ordinaire redeviendrait la première cause d'absence à l'hôpital de Montauban. Il faut néanmoins rester prudent car l'année 2004 n'est pas terminée, un revirement de tendance est toujours possible.

L'évolution de la part de ce motif sur ces dix dernières années apporte des éléments intéressants.



Ordonnées : le nombre de jours d'absence par agent

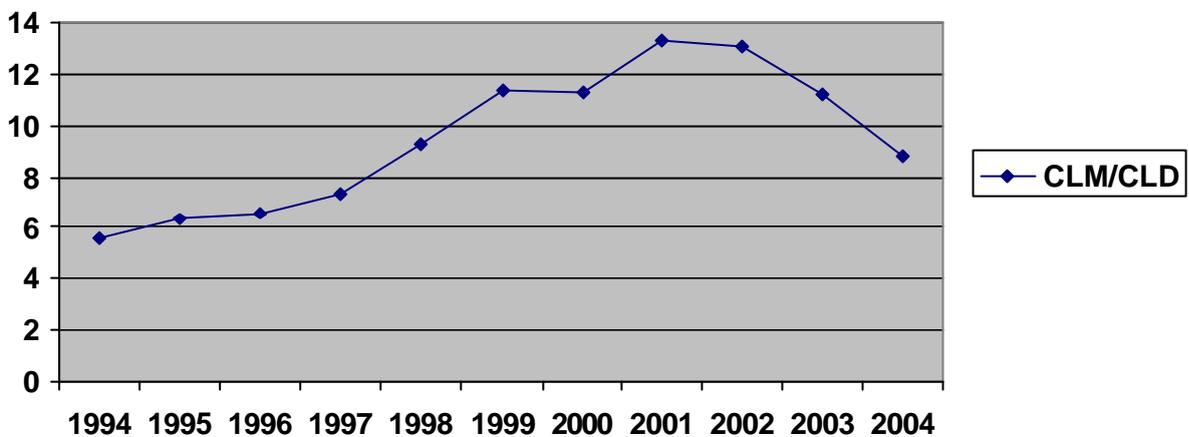
La lecture de cette courbe permet de se rendre compte que le nombre de jours d'absences par agent pour maladie ordinaire oscille autour des 12 jours. Seules les années 1994, 1996, 1997 et 1998, se distinguent de la tendance générale car elles se situent en dessous de la barre des 12 jours. Il semblerait que depuis 2003 cette tendance soit remise au goût du jour. En effet depuis 2003, la courbe approche des 12 jours. Pour 2004, il semblerait qu'elle effectue une légère remontée mais étant donné qu'il ne s'agit que de prévisions, il est encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives.

### 1.1.2 Les CLM/CLD :

Le CH de Montauban connaît un taux important de CLM/CLD. Sur ce point, il se distingue fortement de la moyenne nationale. En effet, pour rappel, en 2001, ce type d'absence représentait 26,5 % du total des absences au niveau national. A Montauban, en 2003, il représente 44,13 % de l'ensemble.

Le différentiel entre la situation locale et la moyenne nationale est significatif.

La courbe ci-dessous présente l'évolution de ce motif d'absence sur les dix dernières années.



Ordonnées : le nombre de jours d'absence par agent

Ce graphique montre que la part de CLM/CLD dans l'absentéisme global n'a cessé d'augmenter pour atteindre son niveau le plus haut en 2002. En effet, à cette date, ce type de motifs médicaux représentait près de 46 % des absences.

Depuis 2003, une baisse est amorcée, qui semble d'ailleurs se confirmer en 2004. Selon les prévisions réalisées par la Direction des ressources humaines, le taux de CLM/CLD est ramené à 33 % en 2004.

La population de l'établissement hospitalier de Montauban est vieillissante. La tranche d'âge des plus de 51 ans représente 24,38 % de la totalité. Les risques de CLM/CLD augmentent avec l'âge et ce pour deux raisons :

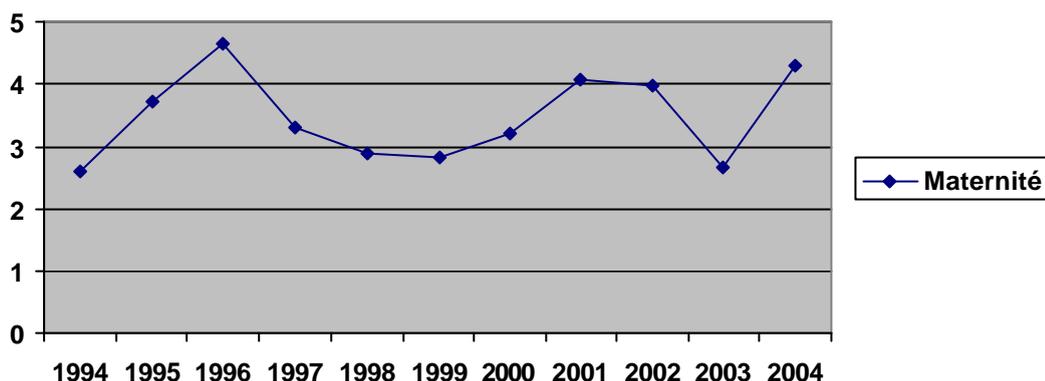
- ❑ Les maladies graves sont plus fréquentes chez les personnes de plus de 50 ans,
- ❑ L'âge fait stagner les carrières et les rémunérations, les possibilités de renouvellement professionnel sont donc freinées. Les agents sont plus facilement victimes d'usure professionnelle. Ce phénomène dit du burn-out est générateur de CLM/CLD

La structuration de la pyramide des âges fera l'objet d'une étude précise ultérieurement, ce qui permettra d'approfondir cette hypothèse.

### 1.1.3 La maternité

Si la maternité est la seconde cause d'absence au niveau national, rien n'est moins vrai au CH de Montauban. En effet, en 2003, seules 9,86 % des absences ont pour origine la maternité alors que la moyenne nationale s'élevait en 2001 à 17,7 %.

Ce faible taux semble être une tendance lourde dans cet établissement hospitalier.



Ordonnées : le nombre de jours d'absence par agent

L'amplitude d'évolution de la courbe ci-dessus se situe entre 2,5 jours et 4,5 jours. Son évolution n'est pas complètement linéaire. Jusqu'en 1996, le nombre de jours pour cause de maternité a augmenté de manière constante. A partir de cette date, il a brutalement diminué et s'est maintenu aux alentours des 3 jours jusqu'en 2001. En 2003, à nouveau, le taux de maternité chute. En 2004, il semblerait que l'on s'oriente vers un redémarrage de la natalité.

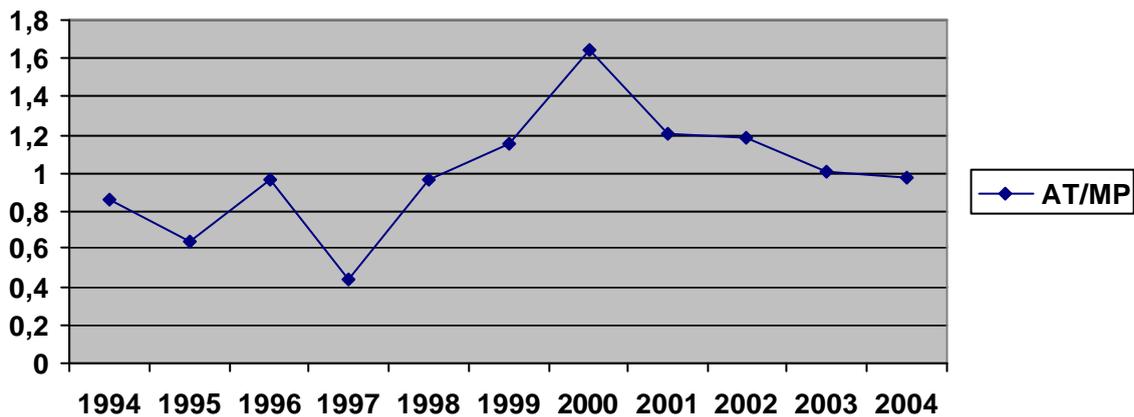
La pyramide des âges apporte une grande partie de l'explication. L'établissement hospitalier compte 35 % de son effectif féminin en âge de procréer, ce qui est peu au regard de la moyenne nationale. Cette caractéristique explique que le nombre de jours d'absence pour cause de maternité soit peu important à Montauban, comparativement à la situation moyenne hexagonale.

#### 1.1.4 Les accidents du travail/trajet et les maladies professionnelles :

En 2003, le CH de Montauban comptabilisait 1,1 journée d'absence par agent pour cause médicale liée à l'exercice des tâches professionnelles, ce qui est peu si l'on s'en réfère à la situation nationale. En effet, pour rappel, la part de ce type de motif, au niveau national, représente 8,2 % du total.

Comme cela a déjà été souligné, la situation locale se distingue fortement du reste de l'hexagone, d'autant qu'en 2004, il semblerait que l'établissement s'oriente vers une réduction du nombre de jours d'absence pour ce motif. Etant donné que la survenue de ce type d'incident est circonstanciée, il est très difficile de prévoir son évolution sur l'année. Toutefois, il est fort probable que le CH de Montauban souffre d'un phénomène de sous déclaration.

L'évolution du nombre de jours d'absence par agent sur dix ans est représentée par la courbe suivante.



*Ordonnées : le nombre de jours d'absence par agent*

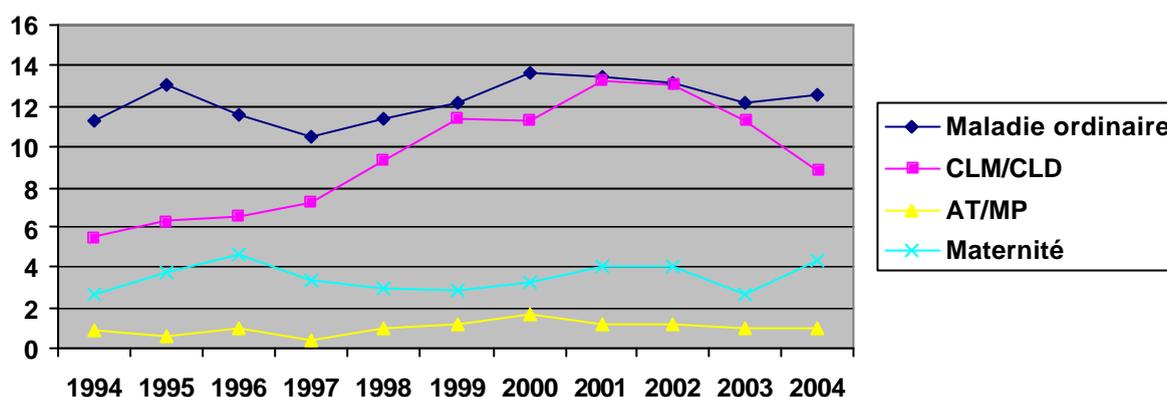
L'amplitude d'évolution de la courbe est très faible. Les variations ne sont pas réellement significatives car le nombre de jours d'absence par agent évolue entre 0,4 et 1,6.

L'année 2000 a été marquée par un taux de déclaration d'AT et de MP un peu plus important qu'à l'accoutumée.

Globalement, ce motif d'absence a peu varié au cours des dix dernières années, il représente une part minime de l'absentéisme global.

### 1.1.5 Comparaisons croisées :

Pour terminer l'étude de la répartition des motifs médicaux, il est intéressant de représenter sur un même graphique l'ensemble de ces motifs. En effet, cela permet d'avoir une vision globale de la composition de l'absentéisme.



Ordonnées : le nombre de jours d'absence par agent

La lecture de ce graphique permet de conclure que les absences pour maladie ordinaire et CLM/CLD sont largement majoritaires au CH de Montauban. En 2003, ces deux motifs d'absences cumulés représentent 85,32 % de la totalité de l'absentéisme.

La courbe des CLM/CLD est celle qui connaît la plus forte variation sur la période. La part de ce type d'absences n'a cessé d'augmenter jusqu'en 2002. Depuis, une diminution est amorcée, mais la situation du CH de Montauban dans ce domaine continue d'être atypique.

## 1.2 La répartition en fonction des catégories socioprofessionnelles :

Après avoir étudié la répartition de l'absentéisme en fonction des différents motifs, il peut s'avérer intéressant de se pencher sur les variations de l'absence en fonction des catégories socioprofessionnelles.

Cette analyse apporte des éléments susceptibles d'enrichir la réflexion générale sur le phénomène de l'absence au travail.

L'étude de la répartition de l'absence selon les catégories socioprofessionnelles peut se faire selon deux axes :

- ❑ La filière : administrative, technique, soignants et éducateurs, médico-technique
- ❑ La catégorie hiérarchique : A, B ou C

Pour l'année 2003, le CH compte:

- ❑ 7,97 % de personnel administratif,
- ❑ 79,18 % de personnel soignant et éducatif
- ❑ 9,99 % de personnel technique
- ❑ 2,86 % de personnel médicotechnique

Le nombre de jours d'absence par agent par filière est le suivant :

- ❑ 7,59 pour la filière administrative
- ❑ 11,06 pour la filière médicotechnique
- ❑ 16,02 pour la filière technique
- ❑ 21,97 pour la filière soignante

Les écarts entre les différentes filières sont parfois tels que l'hypothèse selon laquelle le nombre de jours d'absence par agent est nécessairement lié à la nature des fonctions exercées se voit ici validée.

Ces résultats vont apparaître clairement que les agents soignants sont fortement frappés par le phénomène de l'absentéisme. Le travail effectué par les agents de la filière soignante se caractérise par un nombre important de contraintes. En effet, il est reconnu que les tâches effectuées par ce type de professionnels sont difficiles. Tout d'abord sur un plan physique, ces personnels sont souvent obligés de soulever, de manipuler des patients. En outre, les soignants travaillent essentiellement en station debout ce qui peut provoquer des problèmes de santé, notamment des lombalgies. Après 50 ans, ces conditions s'avèrent encore plus dures à supporter et ont parfois pour conséquence d'aggraver des pathologies préexistantes.

Les femmes enceintes, quant à elles, sont obligées d'arrêter leur travail de manière prématurée. Il est reconnu que les congés maternité sont plus souvent précédés d'arrêts maladie pour les femmes occupant des fonctions soignantes que pour les autres.

Parallèlement les rythmes de travail de ce type de personnel sont en décalage par rapport à ceux de la vie quotidienne et familiale. La plupart des soignants commencent soit le matin tôt, soit terminent tard le soir. Certains travaillent la nuit. Pour des personnes avec des enfants en bas âge, il peut être difficile de faire coïncider vie familiale et vie professionnelle.

L'arbitrage entre ces deux sortes de contraintes est parfois réglé par le recours à l'arrêt de travail pour maladie.

Cette hypothèse semble doublement validée par l'observation du nombre de jours d'absences du personnel administratif et technique.

Pour ce qui est du premier, il représente un part minime de l'absentéisme global. Le différentiel de nombre de jours d'absence par agent entre cette filière et la filière soignante est de près de 15 jours. Les conditions de travail de cette catégorie de personnel sont confortables, les rythmes de travail généralement compatibles avec la vie familiale. Ces caractéristiques expliquent en partie que l'absentéisme soit moins répandu chez les administratifs.

Pour ce qui est de la filière technique enfin, le nombre de jours d'absence par agent se rapproche de celui des soignants. Or les agents de cette filière sont eux aussi confrontés à des conditions de travail difficiles.

L'observation de la répartition de l'absentéisme selon la catégorie hiérarchique permet de formuler quelques hypothèses. La répartition du nombre de jours d'absence par agent au CH de Montauban par catégorie est la suivante :

- ❑ 12,83 pour le personnel appartenant à la catégorie A
- ❑ 18,80 pour le personnel appartenant à la catégorie B
- ❑ 23,43 pour le personnel appartenant à la catégorie C

Ainsi, les agents occupant des fonctions d'encadrement ont un absentéisme plus faible que le reste du personnel. D'une catégorie à l'autre, les écarts sont significatifs. Le différentiel entre la catégorie A et la catégorie B est de 10,6 jours d'absence par agents.

Les agents de catégorie C sont confrontés, la plupart du temps à des conditions de travail plus pénibles que les autres, notamment dans les secteurs technique et soignant. Se pencher plus en profondeur sur les chiffres et en détailler le poids de chaque filière permet de mieux identifier les types de personnel les plus touchés par l'absentéisme :

- ❑ 19,24 jours d'absence par agent pour les catégories C de la filière technique
- ❑ 18,11 jours d'absence par agent pour les catégories C de la filière administrative
- ❑ 26,03 jours d'absence par agent pour les catégories C de la filière soignante

Les agents de catégorie C de la filière soignante sont ceux qui sont le plus souvent absents au sein de l'établissement. Il s'agit essentiellement des aides soignants et des agents des services hospitaliers. Ils cumulent à la fois des contraintes d'ordre physique et des contraintes d'ordre psychologique.

Les conditions d'exercice physique des tâches qu'ils effectuent sont dures : station debout, déplacements fréquents, manipulation de patient, port de charges lourdes. Selon une étude récente de la DREES sur les conditions de travail dans les établissements de santé<sup>17</sup>, les aides soignants sont les professionnels qui se considèrent les plus exposés à ce que l'on appelle la charge mentale ou pression psychologique.

Les théories classiques sur la motivation au travail semblent ici validées. En effet, les agents de catégorie C sont plus que les autres susceptibles de souffrir d'un manque de reconnaissance sociale, de valorisation des tâches et d'un salaire peu attractif qui leur sont assignées.

Il semblerait qu'à Montauban plus qu'ailleurs il est indispensable de motiver les agents. Il faut redonner le sens du service public hospitalier aux agents et ce afin d'éviter que ne se développent des comportements individualistes, tels que les arrêts de travail dit de confort.

De plus, les taux records d'absentéisme des agents soignants de catégorie C laissent supposer que leurs conditions de travail sont loin d'être optimales.

### 1.3 Les critères de l'âge et du sexe :

Après avoir examiné la répartition de l'absentéisme selon les catégories socioprofessionnelles, il convient de se pencher sur les critères de l'âge et du sexe. Ces deux aspects seront étudiés successivement.

#### 1.3.1 *Le sexe :*

Le CH de Montauban ne déroge pas à la règle en ce qui concerne la répartition par sexe du personnel. Ici comme dans n'importe quel établissement de santé; les femmes y sont les plus nombreuses. Le déséquilibre en leur faveur est net : 76,24 % de femmes, 23,76 % d'hommes.

Ces chiffres sont légèrement inférieurs de ceux fournis par la DHOS, issus des remontées des bilans sociaux. La moyenne nationale des établissements comprenant entre 1000 et 2999 agents est de 78,3 % de femmes.

---

<sup>17</sup> DREES, Études et résultats n° 335, "Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé", août 2004

Les femmes, on le sait, sont plus souvent que les hommes susceptibles de s'absenter pour des motifs médicaux. Plusieurs explications peuvent être avancées. Une évidence tout d'abord, les congés maternité ne concernent que les femmes. Les hommes ont la possibilité, désormais, de prendre des congés à la naissance ou à l'adoption d'un enfant, mais ce droit n'est pas encore totalement rentré dans les mœurs. La part relative qu'il représente dans l'absentéisme global n'est donc pas significative.

Malgré une importante évolution en la matière depuis plus d'un demi-siècle, l'exercice d'une activité professionnelle pour une femme est souvent plus contraignant que pour un homme car elle doit assumer la plupart des tâches domestiques liées à la vie familiale. Combiné avec un travail difficile physiquement et un rythme en décalage de celui de la vie quotidienne, le personnel féminin aura peut être plus facilement tendance à recourir à des arrêts de travail dits de confort. Le phénomène de burn out menace les femmes actives.

Cependant, la répartition par sexe ne suffit pas à expliquer le taux élevé d'absentéisme dans l'établissement, d'autant que le nombre de jours d'absence pour maternité est à Montauban inférieur à la moyenne nationale. Ce critère vient seulement renforcer la tendance locale.

### 1.3.2 L'âge :

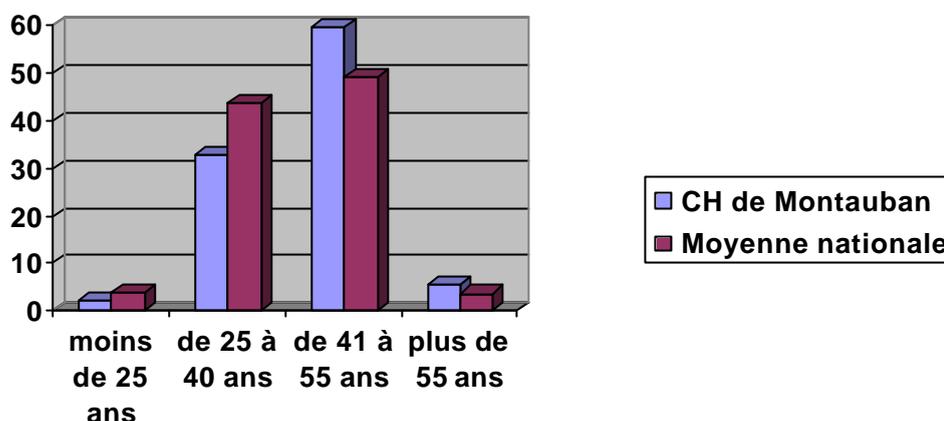
Se pencher sur la pyramide des âges du CH Montauban donne un éclairage supplémentaire à l'étude. La répartition du personnel non médical selon les classes d'âge, pour l'année 2003, est le suivant :

- ❑ Moins de 25 ans : 1,93 %
- ❑ De 25 à 40 ans : 32,82 %
- ❑ De 41 à 55 ans : 59,76 %
- ❑ Plus de 55 ans : 5,49 %

D'ores et déjà, il est possible d'affirmer que la répartition par âge du personnel se caractérise par une prédominance de la tranche d'âge de 41 à 55 ans. En cumulant les résultats des deux dernières tranches d'âge, on constate que les agents de plus de 41 ans représentent 65,25 % du total. La population de l'établissement hospitalier est donc structurellement âgée.

Ce nombre important de personnes ayant dépassé la quarantaine a forcément un impact sur l'absentéisme.

Il est intéressant de savoir si la structure en âge du CH est comparable à la moyenne nationale. Les plus de 41 ans représentent, selon les données de la DHOS, en 2001, 57,6 % de l'ensemble du personnel. D'emblée, il faut noter que Montauban se caractérise par une population plus vieillissante que dans le reste de la France. Le graphique ci-dessous permet de situer pour toutes les tranches d'âge l'hôpital par rapport à la moyenne nationale.



*En ordonnées la part représentée par chacune des tranches d'âge exprimée en pourcentage*

La lecture du graphique confirme ce qui a été dit antérieurement : la population du CH de Montauban est globalement âgée.

Cette structuration des classes d'âges est à mettre en corrélation avec la part importante des CLM/CLD dans le niveau général de l'absentéisme (44,3 % du total). Ce rapprochement des chiffres permet d'avancer l'hypothèse selon laquelle la structure d'âge serait l'un des facteurs explicatifs prédominant du niveau d'absentéisme observé.

Cette caractéristique avait déjà été relevée par la société Albédo Conseil, dans son rapport sur l'absentéisme à l'hôpital de Montauban en 2001. Ce déséquilibre de la pyramide des âges a même d'ailleurs été identifié par cette société de conseil comme l'une des cinq principales causes à l'origine du nombre important d'absences dans l'établissement.

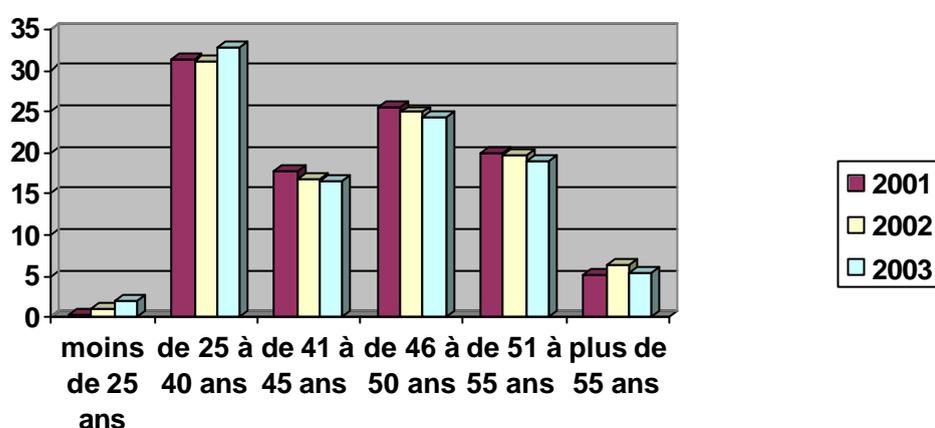
En outre, dans son rapport, la société Albédo Conseil souligne qu'une population âgée va poser les problèmes suivants :

- ❑ La transmission et le renouvellement des compétences,
- ❑ La pénurie de certaines compétences et qualifications,
- ❑ La perte de mémoire,
- ❑ Un risque de déstabilisation des équipes,

- Des tensions et des conflits éventuels entre "anciens" et "nouveaux".

Ces problématiques doivent être anticipées et ce afin d'éviter des dysfonctionnements qui apparaîtront sinon de manière certaine au sein des équipes. En outre, ces dysfonctionnements vont nécessairement provoquer une dégradation des conditions de travail, ce qui risque d'avoir un impact sur le niveau de l'absentéisme.

Dans un second temps, il convient de voir quelle a été l'évolution de la pyramide des âges sur les trois dernières années.



*En ordonnées la part représentée par chacune des tranches d'âge exprimée en pourcentage*

La première remarque qu'il est possible de faire à la lecture de ce graphique est que la pyramide des âges n'a pas beaucoup évolué sur les trois dernières années.

En 2003, on note un léger rajeunissement de la population. En effet, la classe d'âge des moins de 25 ans a augmenté de 1 % par rapport à l'année précédente. Plus significative encore est l'augmentation du nombre de personnes entre 25 et 40 ans en 2003, presque 2 % supplémentaires en 2003. Cet accroissement du nombre de personnes en âge d'avoir des enfants devrait se traduire par une augmentation des congés maternité. Or en 2004, déjà; on observe que le nombre de grossesse est multiplié par deux.

Parallèlement l'importance des plus de 45 ans diminue. Les personnes de plus de 55 ans ne représentent plus que 5,49 % du total en 2003 contre 6,45 % en 2002.

Ces données sont à rapprocher des chiffres de l'absence. En 2003, le nombre de jours d'absences par agent a baissé significativement, il est passé de 31,42 à 27,13. La part des CLM/CLD se réduit peu à peu : 11,25 en 2003 contre 13,05 en 2002. Cette tendance se confirme en 2004 : 8,83 de jours pour ce type d'absence par agent.

Progressivement, la population du CH de Montauban rajeunit, le niveau de l'absentéisme diminue dans le même temps. Faut-il-y pour autant en déduire que le vieillissement du personnel se traduit systématiquement par une hausse de l'absentéisme? A contrario, le rajeunissement conduit à une baisse?

Les analyses effectuées à Montauban semblent confirmer l'hypothèse selon laquelle le niveau de l'absence est étroitement lié la pyramide d'âge du personnel.

Toutefois, le critère de l'âge n'est qu'une variable qui a certes un impact sur l'absentéisme mais il ne peut en rien expliquer seul son niveau actuel à Montauban. Il doit être associé à plusieurs critères pour prendre tout son sens. Le phénomène étudié est tellement complexe en lui-même qu'il est impossible de réduire l'analyse des causes à son origine à la simple observation de la pyramide des âges.

## **2 La difficile recherche d'un modèle explicatif :**

La quantification de l'absentéisme a permis de mieux cerner les multiples facettes du phénomène. Ce premier diagnostic chiffré est indispensable car il offre la possibilité de formuler des hypothèses explicatives. Cependant, dans la perspective de la recherche d'un modèle explicatif, sa portée et son intérêt sont nécessairement limités.

La difficulté d'identifier de manière certaine les causes du niveau élevé de l'absentéisme ne décourage pas pour autant les dirigeants hospitaliers montalbanais à agir et à faire de la maîtrise de l'absence l'une des priorités de leur politique.

### **2.1 L'étude quantitative : un diagnostic fondamental mais incomplet :**

L'analyse quantitative est essentielle à la compréhension du phénomène. Elle n'est pas, néanmoins, totalement objective et peut conduire parfois à des erreurs d'interprétation, d'où l'intérêt de prendre un certain recul par rapport à cette analyse. En revanche, elle s'avère riche d'enseignements si elle est combinée à une étude plus subjective du recueil des ressentis du personnel.

### 2.1.1 *L'intérêt de la connaissance chiffrée :*

Les données relatives à l'absentéisme sont issues, pour la plupart, du bilan social réalisé chaque année par la Direction des ressources humaines. Les chiffres mentionnés sont fournis par le système d'information du Centre hospitalier.

L'intérêt de ce document réel puisqu'il permet d'avoir une photographie annuelle de la situation sociale générale de l'établissement.

Le bilan social est encadré réglementairement par le décret du 7 octobre 1988 qui précise la procédure à suivre pour son élaboration et son contenu.

En ce qui concerne la procédure, le bilan social est un document qui doit être réalisé annuellement. Il est présenté avant le 15 juin de l'année suivante au CHSCT, à la CME et au CTE.

Les circulaires du 1<sup>er</sup> février 1990 et du 21 mars 1991 précisent les contenus de ce document. Sept rubriques sont obligatoirement présentes : l'emploi, les rémunérations et les charges accessoires, les conditions d'hygiène et de sécurité, les conditions de travail, la formation, les relations professionnelles, les autres conditions de vie relevant de l'établissement. Il récapitule ainsi, dans un document unique, les principales données chiffrées permettant d'apprécier la situation de l'hôpital dans le domaine social. Il mesure les changements intervenus au cours de l'année écoulée et des deux années précédentes et enregistre les réalisations effectuées.

Le bilan social présente à la fois un aspect social et un aspect économique. En effet, les données sociales qu'il contient trouvent nécessairement leur traduction dans le domaine économique et financier.

L'absentéisme est présenté dans ce bilan, notamment, sous l'aspect du nombre de jours d'absence global et du nombre de jours d'absence par agent. La répartition entre les différents motifs d'absence, les catégories professionnelles par exemple y sont mentionnées. Il s'agit de données sociales qui serviront de base à une évaluation financière du phénomène. Comme cela a été précédemment évoqué, l'absentéisme a un coût social important mais aussi des conséquences financières qui, à partir d'un certain niveau, menace l'équilibre financier de l'établissement hospitalier. Ce scénario est celui qui est en train de se réaliser au CH de Montauban, le niveau de l'absentéisme y est tel que la marge de manœuvre des dirigeants hospitaliers est réduite.

Le bilan social fournit donc des éléments précieux de connaissance de la situation sociale.

Il permet à la Direction d'un établissement hospitalier de rationaliser sa gestion en fonction des informations qui y sont contenues.

La mention des chiffres sociaux des deux années précédentes permet de cerner les grandes tendances dans ce domaine ainsi que leurs évolutions. Il offre une base intéressante dans la perspective d'une planification des actions à mener.

En bref, le bilan social constitue un outil de pilotage indispensable pour les dirigeants hospitaliers. Il oriente la prise de décision dans le domaine de la gestion du personnel, mais a aussi un impact sur la conduite de la politique générale de l'établissement.

Cependant, l'utilisation de ce document comprend des limites non négligeables. Il permet d'apprécier uniquement la situation sociale générale.

Pour ce qui est de l'absentéisme, les données qui y sont afférentes manquent de précision. Elles ne permettent pas une connaissance approfondie du phénomène qui faciliterait la prise de mesures adaptées et ciblées.

Le recours à des tableaux de bord sociaux pallierait ce besoin de précision d'informations qui ne peut être satisfait par le seul bilan social. Les premières conclusions tirées de l'étude de ce document général pourraient ainsi être complétées, enrichies et validées par ces tableaux de bord.

Pour ce qui est de l'absentéisme, il est indispensable, vu son niveau de criticité à Montauban, de mettre en place ce type d'outils de pilotage. Une connaissance optimale du phénomène suppose que des tableaux de bord soient mis en place à deux niveaux. Au niveau de l'établissement, tout d'abord, au sein de la DRH il sera ainsi possible de suivre les fluctuations globales du nombre des absences de façon régulière. Au niveau des services, ensuite, les cadres pourront ainsi faire remonter à la DRH les évolutions de l'absentéisme dans leur service.

La définition des tableaux de bord est une opération délicate car il faut veiller à ce qu'ils présentent impérativement un ensemble de qualités. Il convient qu'ils soient à la fois homogènes et précis. Les tableaux de bord utilisés au niveau général et par les services doivent être similaires pour qu'un rapprochement des données puisse être effectué. Pour une utilisation facile et rapide par les cadres notamment, les futurs tableaux de bord devront, par ailleurs, être clairs et lisibles. Il faut éviter qu'ils ne se multiplient sur l'établissement. Une sélection est à effectuer en amont selon plusieurs critères comme les domaines concernés ou les effets à repérer.

Une fois qu'ils sont définis, la DRH doit veiller qu'à intervalle régulier, préalablement fixé, les cadres fassent remonter les informations. Un traitement est ensuite à réaliser par compilation des différents tableaux de bord. La direction disposera ainsi de données suffisantes pour prendre des mesures adaptées à chaque situation.

Les tableaux de bord sont donc des outils de pilotage et d'aide à la décision qui offriront la possibilité à la Direction d'être à la fois réactive et efficace.

Au CH de Montauban leur mise en place est urgente. En effet, la conduite des entretiens auprès de cadres de santé a mis en lumière la particularité suivante : le phénomène de l'absentéisme est largement méconnu, voire même occulté dans l'établissement.

Beaucoup de cadres considèrent que leur service n'est pas concerné par l'absentéisme alors que l'étude des chiffres les fait mentir. Le tableau de bord est peut être un moyen de les confronter à la réalité, de les sensibiliser, et pourquoi pas, de les inciter à se pencher sur la question et de chercher des solutions.

Il serait donc souhaitable que dans l'établissement soit diffusé un tableau de bord simple qui enregistrerait l'absence par motifs, par catégorie de personnel (qualification, filière, statut...). Impérativement des bilans réguliers devront être produits et publiés dans l'ensemble de l'établissement pour que chacun sache quel est le niveau général de l'absentéisme et comment se situe son service par rapport à celui-ci. Les services doivent pouvoir se comparer les uns aux autres sans tabou et ce afin de favoriser une certaine émulation.

### *2.1.2 Les limites de l'analyse chiffrée :*

Le recours aux études statistiques est volontiers paré, a priori, de toutes les vertus d'objectivité. Or, l'analyse chiffrée de l'absentéisme n'est pas exempte de lacunes.

Tout d'abord, au niveau du relevé même des données chiffrées, qui sont à la base de l'estimation du phénomène, les risques d'erreur sont nombreux. Afin d'éviter une surestimation du nombre d'absences, la Direction des ressources humaines applique la règle dite des "5/7<sup>ème</sup>" pour réaliser le bilan social. Cette règle consiste à diviser le nombre de jours d'absences continus par 5/7<sup>ème</sup> pour s'approcher au plus près du nombre de journées théoriques effectivement non réalisées. Cependant, l'annualisation du temps de travail tend à rendre ce calcul encore plus fictif. Un agent absent sur sept jours peut, par exemple, n'avoir sur ces jours d'absence que deux jours de travail programmés.

La diversité des types de plannings accroît ainsi les risques d'erreur, le nombre de jours théoriquement travaillés n'est pas homogène d'une catégorie de personnel à l'autre, voire même, au sein d'une catégorie, d'un agent à l'autre selon que ces derniers travaillent à 100 % ou à 50 % par exemple. Ainsi, cette méthode dont l'objectif affiché est de corriger les erreurs inhérentes au système de comptage jette un discrédit supplémentaire sur l'exactitude des données chiffrées.

Les nouveaux logiciels de gestion de temps de travail, comme GESTOR, intègrent cette difficulté dans leur fonctionnement et permettent notamment de faire des relevés statistiques en jours ouvrables et non plus en journées continues d'absence. Pour le moment, le CH de Montauban ne dispose pas de ce type d'outils.

La diffusion et l'utilisation de tableaux de bord spécifiques par les services constituent l'un des moyens d'affiner l'analyse des absences. Cependant, dans la perspective de mise en place d'une politique de maîtrise de l'absentéisme, l'établissement hospitalier doit pouvoir disposer de données les plus proches possibles de la réalité.

De plus, attendre de l'analyse statistique une objectivité totale est peine perdue. L'interprétation des résultats est forcément empreinte d'une forte subjectivité. Se borner à une simple quantification de l'absentéisme n'est pas suffisant pour appréhender la complexité du phénomène. Pour dégager des facteurs explicatifs, voire à terme des plans d'actions, il faut obligatoirement passer par une phase que l'on pourrait qualifier de recueil des ressentis. Ecouter le personnel, analyser la dynamique générale de l'établissement, tenter d'évaluer l'influence de certaines pratiques, mesurer l'impact des réformes sont autant de moyens qui permettent d'avoir un panorama général. L'absentéisme n'est pas un phénomène à prendre en compte isolément, il s'agit souvent de l'une des manifestations de dysfonctionnements de l'institution. Seule cette prise en considération de la globalité de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement hospitalier permettra de dégager des facteurs explicatifs pertinents.

## 2.2 Une identification délicate des facteurs explicatifs qui ne constituent pas un frein à l'action :

La construction d'un modèle explicatif global pour tenter de comprendre la situation actuelle de Montauban est cause perdue. Le diagnostic chiffré, complété par une observation quotidienne du fonctionnement et de l'organisation de l'institution, a permis de dégager, tout de même, certains principes explicatifs.

Leur part d'influence respective dans le phénomène de l'absentéisme n'a pas encore été clairement démontré. La Direction du CH de Montauban, au vu de l'ampleur du problème, s'est d'ores et déjà lancée dans l'action et a fait de la maîtrise du niveau de l'absentéisme une priorité.

### 2.2.1 *Les facteurs explicatifs :*

Les précédentes analyses ont permis de dégager les principales causes à l'origine du niveau actuel de l'absentéisme. Ces causes sont à la fois multiples et, pour la plupart, très classiques. Aucun de ces facteurs n'explique à lui seul l'absentéisme. Au contraire, ce sont très probablement leurs interactions qui provoquent la situation actuelle. En outre, il est possible d'affirmer avec quasi certitude qu'ils se renforcent mutuellement.

En 2001, la société Albédo Conseil, dans son rapport précédemment cité, avait estimé que les principales causes à l'origine de l'absentéisme sont les suivantes :

- ❑ La structure en âge du personnel
- ❑ L'organisation
- ❑ La gestion et l'organisation du temps
- ❑ Les systèmes de management, de pilotage et de coordination
- ❑ La gestion du personnel

Selon ce cabinet de consultants, deux autres facteurs contribuent également à expliquer l'absentéisme observé :

- ❑ Les attitudes et la culture au regard de l'absentéisme
- ❑ Les conditions matérielles du travail

Depuis 2001, le contexte local s'est modifié. Un changement survenu à la tête de la Direction en 2003 a eu un fort impact sur la conduite générale de l'établissement. De nombreux projets de réforme sont lancés. Les facteurs identifiés en 2001 sont pour la plupart pertinents mais ils n'occupent plus la même importance. L'analyse de la situation actuelle du CH conduit à pondérer l'influence de ces différents facteurs sur l'absentéisme.

Tout d'abord, la pyramide des âges des agents de l'établissement hospitalier. Un bref rappel des chiffres peut être utile. La tranche d'âge des plus de 41 ans représente 57,6 % du total pour la moyenne nationale, au CH de Montauban 62,25 %. Plus significative encore est la part représentée par les plus de 55 ans : 5,49 % à Montauban, 3,5 % pour la moyenne hexagonale.

La population du CH de Montauban peut donc être qualifiée de globalement âgée. En 2001, la société Albédo Conseil avait déjà suggéré que ces chiffres sur l'âge soient mis en corrélation avec ceux concernant les CLM/CLD. En effet, le risque de maladies graves augmente avec l'âge.

En 2004, cette hypothèse est toujours d'actualité, la pyramide des âges ayant peu évolué. Toutefois, il convient d'ajouter que le vieillissement de la population, en plus d'augmenter le nombre de maladies graves, fait aussi stagner les carrières et les rémunérations, en freinant les possibilités de renouvellement professionnel. Les possibilités d'évolution se réduisent comme peau de chagrin. La théorie sur la motivation développée par Frédéric Hertzberg part du postulat que chaque individu aspire à s'épanouir au travail. En jouant sur la motivation individuelle, il est possible de limiter les sentiments d'insatisfaction, susceptibles de provoquer des situations de rejet face au travail. D'autre part, l'usure professionnelle agit négativement sur la santé et la motivation des individus.

L'âge est aussi, certainement, pour une grande partie, à l'origine du niveau actuel des congés pour maladie ordinaire.

En outre, la déficience des outils et des équipements de travail est un facteur explicatif secondaire, qui vient renforcer le poids du vieillissement du personnel. Avec l'âge, la détérioration des conditions de travail accentue les risques pour la santé des agents.

Agir sur les conditions de travail est donc une piste de résolution non négligeable, notamment pour le personnel âgé de plus de 50 ans qui est censé être plus fragile.

L'organisation générale du travail a été identifiée comme une cause majeure à l'origine de l'absentéisme en 2001 par la société Albédo Conseil. En 2004, la situation a évolué sur ce point. De nombreux projets de réforme sont engagés mais la tâche, dans ce secteur, reste lourde et les dysfonctionnements ne seront pas réglés du jour lendemain. La dynamique actuelle de rationalisation des organisations de travail doit être maintenue, voire renforcée.

En effet, tant au niveau des services que de l'établissement, la définition des zones de compétences de chacun des acteurs n'est pas claire. L'incertitude est source d'inquiétudes pour l'ensemble du personnel.

Les disparités d'un secteur de l'hôpital à l'autre, en ce qui concerne les règles qui régissent l'organisation des services, sont si importantes qu'en découlent, parfois, des tensions au sein des équipes.

L'organisation et la gestion du temps de travail manquent de cohérence au niveau de l'établissement et génèrent des difficultés dans l'encadrement quotidien des équipes.

L'hypothèse selon laquelle ces dysfonctionnements pourraient constituer un facteur aggravant de l'absentéisme est tout à fait recevable. Ce facteur explicatif est à rapprocher du précédent. L'établissement souffre d'une désorganisation chronique. Les services, les secteurs sont extrêmement cloisonnés. Chacun fonctionne selon des règles plus ou moins particulières avec tout de même une constante : les systèmes de gestion du temps sont plutôt basés sur le droit au repos et le décompte des absences que sur l'obligation de travailler un temps défini. Ce mode de gestion désorganisé a pour corollaire la perte du sens du service public. Les agents n'ont plus le sentiment d'appartenir à une seule et même institution qui œuvre pour le bien des patients. Un repli sur soi s'opère inévitablement, qui peut conduire, dans des cas extrêmes mais malheureusement assez fréquents, au recours à un absentéisme de confort.

Les systèmes de management, de pilotage et de coordination pourraient, par ailleurs avoir un impact sur le niveau de l'absence.

La défaillance de ces systèmes de pilotage contribue à désorganiser l'établissement. Sur ce point, il ne faut pas manquer de soulever la position et du rôle assigné aux cadres de santé. Il semblerait que ce maillon essentiel du fonctionnement de l'institution ne soit pas en mesure de jouer son rôle d'intermédiaire et de facilitateur. Cet échelon subit la pression quotidienne des équipes et tente tant bien que mal d'assurer le fonctionnement des services en l'absence de règles qui auraient du leur être dictées par le niveau supérieur. Ils ne consacrent que trop peu de temps aux fonctions d'encadrement et de management. La volonté actuelle de restaurer la fonction cadre est un moyen a priori très efficace pour tenter de sortir l'établissement de son marasme organisationnel.

Enfin, il semblerait qu'il existe au sein de l'établissement des attitudes et une culture particulière vis-à-vis de l'absence.

Certains agents considèrent que le recours à un congé maladie notamment, est droit dont ils peuvent user comme bon leur semble, et non une simple possibilité qui leur est offerte par l'institution de s'absenter lorsque leur état de santé ne leur permet d'assumer leurs fonctions. Ce type de comportements existe incontestablement mais il ne saurait être généralisé à l'ensemble des agents. De plus, les défauts liés à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement hospitalier, qui ont été détaillés précédemment, sont à l'origine ou, tout au moins, ont renforcé cette culture de l'absence.

### *2.2.2 La volonté affichée de faire de la maîtrise de l'absentéisme une priorité :*

La Direction souhaite désormais faire de la maîtrise de l'absentéisme l'un des axes principaux de sa politique.

En effet, l'absentéisme peut être qualifié de fléau organisationnel. D'un point de vue strictement financier, son coût est tellement lourd qu'il hypothèque certaines mesures, voire certains projets de développement qui pourraient être entrepris. Il limite les possibilités d'action des dirigeants hospitaliers.

Du point de vue des personnels, il est aussi fortement préjudiciable. Les agents présents sont parfois doublement sollicités, ils doivent à la fois assumer les tâches qui relèvent de leurs compétences et celles des personnels absents. Le climat social pâtit nécessairement de cette situation.

Toutes ces raisons ont ainsi poussé la Direction à adopter une attitude volontariste à l'encontre de ce phénomène. Une multitude de projet dans les domaines les plus divers est prévue. Tous n'ont pas comme unique objectif d'avoir un impact sur l'absentéisme. Cependant il faut espérer que la relance de la dynamique institutionnelle, à court terme, aura des retombées mesurables dans ce domaine.

La société Albédo Conseil avait remarqué, en son temps, qu'au sein de l'établissement, un certain déni à l'égard de l'absentéisme était perceptible. Il trouvait principalement son origine dans la méconnaissance quasi généralisée du phénomène. La communication sur le niveau élevé de l'absence est désormais largement réalisée depuis janvier 2003, date à laquelle un changement a été opéré à la tête de l'établissement. Au niveau des instances, tout d'abord, la volonté de maîtriser l'absentéisme a été clairement affichée. De manière officielle et officieuse, la Direction n'hésite pas à évoquer le sujet. Peu à peu, il cesse d'être tabou et les personnels sont obligés de regarder la réalité en face.

Déjà en 2001, l'ancien directeur avait pris conscience de l'ampleur du problème et avait eu recours aux services de la société Albédo Conseil. Cette dernière avait établi un diagnostic réaliste et objectif de la situation montalbanaise et formulé, par la suite, toute une série de mesures correctives. Cependant, aucune restitution n'a été organisée, le rapport est resté lettre morte et n'a donc eu aucun écho au niveau même de l'établissement.

La nouvelle Direction du CH de Montauban n'a pas voulu reproduire les erreurs de ses prédécesseurs.

Lors du CTE du 28 mai 2003, la question de l'absentéisme a été portée à l'ordre du jour est discutée. Il a été convenu de constituer un groupe de travail transversal, pluridisciplinaire et de solliciter l'intervention d'un « laboratoire de recherche » universitaire pour l'accompagnement dans la mise en œuvre des mesures destinées à réduire l'absentéisme, l'objectif étant de le ramener tout au moins au niveau national. En janvier 2004, une convention a été signée avec le CERTOP, laboratoire de recherche du CNRS, affiliée à l'Université Toulouse Mirail. Ce projet a recueilli l'approbation des instances, de l'encadrement et des partenaires sociaux. Il s'agissait d'un préalable indispensable qui atteste que l'établissement s'oriente désormais vers une formule de management résolument participatif.

Le pari du CH avec ce projet est de transformer positivement ce qui actuellement est une réelle faiblesse de l'établissement. Ce « retournement psychologique » basé sur la pédagogie de l'erreur exclut bien entendu toute idée de jugement moral et exige une bonne communication ainsi qu'une méthodologie adaptée.

L'étude qui est en cours de réalisation s'effectue en trois phases :

- Une première phase de diagnostic : caractériser l'absentéisme
- Une deuxième phase : qualifier l'absentéisme (sens individuel et sens collectif)
- Une troisième phase : transférer et valoriser l'absentéisme ou co-construire l'absentéisme comme une opportunité de changement.

A cet égard, l'établissement hospitalier pourrait devenir un site pilote de suivi et de comparaison nationale pour les autres centres hospitaliers.

De même, afin de mesurer l'impact des dispositions prises contre l'absentéisme et de les « réajuster », un observatoire de veille sur l'absentéisme en milieu hospitalier pourrait être envisagé.

Il s'agit d'un projet très ambitieux. L'équipe de chercheurs doit rendre ses conclusions à la fin de l'année 2004. La Direction a placé sa confiance dans ce projet et compte s'appuyer sur ces résultats pour définir un plan d'actions complet et ciblé.

D'ores et déjà, la Direction s'est lancée dans un vaste programme de réformes qui n'a pas pour seule ambition de réduire le niveau de l'absentéisme. Il a été démontré que les dysfonctionnements institutionnels contribuaient à renforcer ce phénomène. Avec quasi-certitude, il est possible d'affirmer que les projets lancés auront un impact dans ce domaine.

## **PARTIE 3 Agir sur l'absentéisme, un défi global qui s'appuie sur des leviers d'action multiples**

L'intérêt d'agir pour tenter de maîtriser le niveau actuel de l'absentéisme au CH de Montauban a été largement prouvé. Cependant face à la complexité de la question, il n'est pas évident de définir des actions ciblées.

Il est possible d'avancer l'hypothèse selon laquelle le mode de pilotage général de l'établissement pourrait avoir une influence sur le niveau de l'absence.

En outre, les règles régissant l'organisation générale du travail n'étaient pas suffisamment claires pour permettre une gestion transparente, cohérente et uniformisée du personnel.

Enfin, un taux si élevé de l'absentéisme sonne forcément comme un signal d'alarme dans le domaine des conditions de travail.

En menant des actions croisées à ces trois niveaux, il faut espérer que l'établissement va peu à peu trouver la voie vers la réduction de l'absentéisme. Les conclusions des recherches du laboratoire du CERTOP devraient permettre à la Direction d'identifier les causes profondes et de construire une politique ciblée dans ce domaine.

### **1 La rénovation du management global de l'établissement hospitalier :**

Les systèmes de management de l'établissement hospitalier n'ont pas toujours donné entière satisfaction. En effet, ils ne favorisaient pas l'implication du personnel dans la vie institutionnelle.

La Direction s'est ainsi lancée dans une rénovation en profondeur du pilotage de l'hôpital avec la volonté affirmée de mobiliser le personnel autour des projets stratégiques. Cette vaste entreprise de réformes ne peut se faire sans le soutien de l'encadrement de proximité qui doit être rétabli dans ses fonctions originelles.

Il est cependant difficile d'établir un lien de causalité direct entre l'absentéisme et le pilotage global de l'établissement. Lorsque les personnels sont interrogés sur la question, ils attribuent une influence très forte à la politique de management de la Direction. Leurs attentes vis-à-vis des réformes engagées sont importantes. Si jamais leurs espoirs sont comblés, l'ambiance de travail devrait en être améliorée. Il serait possible d'en attendre une réduction substantielle du niveau de l'absentéisme.

En effet, le sentiment de satisfaction au travail a un impact certain sur le comportement des agents, mais sur ce point il faut encore rester prudent.

## 1-1 La mobilisation du personnel autour des projets stratégiques :

Cette mobilisation suppose que les personnels soient associés le plus possible à la définition et à la réalisation des projets. Communication et transparence doivent être les principes à la base de cette démarche.

### 1-1-1 *Une démarche résolument participative :*

Le laboratoire de recherche du CNRS, le CERTOP, qui conduit, en ce moment même, une étude au sein de l'établissement, a réalisé un premier bilan intermédiaire encore très provisoire. L'équipe de chercheurs, à l'issue d'une série d'entretiens, a relevé que régnait dans l'établissement une sorte de désenchantement général qui trouvait ses racines, en partie, dans la crise de légitimité du service public hospitalier. Cette tendance n'est pas propre à Montauban bien sur, mais elle y serait encore plus prégnante pour des raisons purement locales.

Le malaise, au sein de l'hôpital, a du mal à se dissiper. Les changements survenus à la tête de l'établissement en janvier 2003 sont, cependant, perçus par le personnel comme une nouvelle chance donnée à l'hôpital. La Direction a, d'ores et déjà, largement apporté les preuves de sa volonté d'associer plus largement les agents à la conduite de l'établissement. Reste à maintenir et à consolider cette nouvelle orientation.

La procédure d'accréditation d'un hôpital était l'occasion idéale d'impliquer les personnels à une démarche collective. L'opportunité a été largement saisie par les dirigeants hospitaliers.

Ainsi de novembre 2003 en avril 2004, l'établissement a procédé à son auto-évaluation. Seize groupes de travail ont été constitués avec pour chacun les missions suivantes :

- ❑ Réaliser un état des lieux objectif de la situation de l'établissement au regard des références et des critères définis par l'ANAES,
- ❑ Identifier les points forts de l'établissement et proposer des pistes d'amélioration

156 personnes, au total, se sont portées volontaires pour participer à ces groupes, 107 ont été finalement retenues.

Presque 10 % des agents de l'établissement ont ainsi pu participer de manière active à cette procédure.

Pendant six mois, les groupes de travail ont été amenés à réfléchir et à échanger sur des thèmes multiples qui concernaient tant le cœur des métiers des professionnels de santé que le fonctionnement de l'établissement. L'auto évaluation a concrètement amené les personnels à s'interroger sur leurs pratiques professionnelles et sur la prise en charge des patients. Les groupes ont travaillé sur des thématiques transversales, parfois essentielles pour le devenir de l'établissement. En outre, le brassage qui s'est opéré a favorisé le décloisonnement entre les différents secteurs de l'hôpital.

La visite des experts visiteurs de l'ANAES s'est effectuée en juin 2004. A propos du déroulement et de l'ambiance de cette visite, les représentants de l'ANAES ont tenu à souligner la motivation, la disponibilité et la réactivité des professionnels. La restitution de cette visite s'est déroulée devant environ 350 personnes, ce qui atteste de l'intérêt que les personnels portent à cette démarche essentielle.

Le Collège d'accréditation n'a pas encore rendu ses conclusions mais la procédure d'accréditation aura eu le mérite de créer une dynamique collective autour de l'hôpital et de la qualité de ses missions. Il paraît essentiellement désormais d'éviter que cette dynamique nouvelle ne retombe.

Le projet d'établissement constitue, sans aucun doute, l'opportunité de conserver, voire même d'amplifier cette mobilisation. En effet, le projet d'établissement engage l'avenir de l'hôpital sur cinq ans. Il définit les grandes orientations de la politique générale du CH. Il s'agit d'un document de planification essentiel qui concerne l'établissement dans son ensemble.

La Direction souhaite que la construction de ce projet soit le fruit d'une démarche partagée. Les personnels de l'hôpital doivent être eux-mêmes porteurs des projets et se fédérer autour d'un avenir commun. Il est ainsi prévu que les agents soient associés autant que possible au bilan du précédent projet d'établissement et à la construction du nouveau.

La réforme dite de la nouvelle gouvernance, qui va modifier profondément l'organisation interne des hôpitaux, pourrait être une occasion supplémentaire de faire participer le personnel à des réformes stratégiques. Le CH de Montauban s'est porté volontaire pour mettre en place de manière expérimentale et anticipée ce nouveau mode d'organisation. Il serait intéressant que les agents soient associés à la réflexion générale.

Dans l'esprit de la réforme, la constitution de pôles d'activité permettrait de faire participer plus directement les équipes aux décisions qui les concernent. En effet, les futurs pôles seront des centres de responsabilité.

Il convient de réfléchir dès à présent aux modalités d'association et de participation du personnel non médical à une réforme qui repose essentiellement sur un pilotage médicoadministratif. Le reste du personnel, notamment les soignants, doit se sentir concerné par la nouvelle gouvernance. Il est indispensable qu'il s'approprie la démarche pour éviter des situations de rejet et de mécontentement.

Sans vouloir limiter l'importance d'une telle démarche, il ne faut pas manquer de souligner qu'elle ne touche pas les personnels dans son ensemble. Ce sont souvent les mêmes personnes que l'on retrouve d'un groupe de travail à l'autre. Ne participent que ceux qui en ont envie et qui sont déjà sensibilisés aux problématiques traitées. Les agents impliqués répercutent sans aucun doute leur expérience au niveau de leur entourage professionnel, mais il est délicat d'en mesurer l'impact réel.

#### *1-1-2 La communication et la transparence comme principes fondateurs :*

Une démarche participative ne peut se faire que dans la transparence. La volonté d'associer le personnel à des projets suppose une communication la plus large possible sur les actions entreprises et à entreprendre.

En effet, en 2001, la société Albédo Conseil a identifié le défaut de communication comme l'une des principales lacunes du système de management et de pilotage de l'établissement. Les informations ne circulent pas ou, du moins, pas de manière systématique et organisée. En découle une impression générale d'opacité du fonctionnement qui conduit peu à peu le personnel à se désintéresser du sort de l'hôpital.

La nouvelle Direction a souhaité prendre le contre pied des habitudes de l'établissement pour faire de la communication l'un des principes fondateurs de sa politique générale. Peu à peu, la diffusion de l'information s'organise. Un cadre infirmier expert, positionné au niveau de la Direction s'est vu chargé, spécifiquement de la communication. Ce dernier a constitué un groupe de travail pluridisciplinaire qui a pour mission de réfléchir au contenu et aux supports de communication des informations. Les réflexions de ce groupe devraient aider le responsable en question à définir des outils appropriés aux besoins des agents.

Pour l'instant, la communication institutionnelle organisée n'en est qu'à ses balbutiements mais les actions se mettent en place progressivement et il existe, au niveau du pilotage général de l'établissement une vraie volonté de les voir aboutir.

La mobilisation du personnel autour de la procédure d'accréditation et notamment de la visite des experts visiteurs a été stimulée par le comportement de la Direction. En effet, en vue de préparer le personnel à cette visite, le Directeur de l'établissement s'est déplacé dans l'ensemble des services de l'hôpital. Il a ainsi pu rencontrer une grande partie du personnel hospitalier. Ces rencontres ont permis de diffuser les informations utiles concernant l'accréditation mais ont été surtout l'occasion d'échanger avec le Directeur. Il semblerait que les agents, dans leur grande majorité, ont apprécié la démarche de la Direction ce qui explique, en partie, la mobilisation importante qui a suivi.

Parallèlement à des actions massives et généralisées de communication telle que celle engagée pour l'accréditation, la Direction s'évertue à rétablir le dialogue social. Les partenaires sociaux sont désormais tenus informés des réformes engagées, voire même sollicités pour participer, en amont, à la réflexion. La DRH a d'ailleurs mis en place un comité de suivi, comprenant des cadres supérieurs de santé, des membres de la DRH et des représentants du personnel, chargé d'analyser les mesures qui vont être prises. Les instances, CTE, CME, CHSCT, CA, sont rétablies dans leur fonction et chaque projet, à plusieurs étapes de sa réalisation, fait l'objet d'une présentation détaillée.

Une consultation systématique des instances sur le projet d'établissement sera organisée au cours du second trimestre 2004. Cette consultation portera :

- ❑ Sur la méthodologie retenue
- ❑ Sur le bilan de l'ancien projet d'établissement
- ❑ Sur un bilan à mi-parcours
- ❑ Au final

Il est prévu que des réunions soient régulièrement organisées pour tenir les syndicats informés de l'avancée du projet.

Enfin, la Direction a récemment réactivé les journées "amphicadre". Lors de ces manifestations, des ateliers thématiques sont animés par des représentants de la Direction. Ils permettent à la fois aux cadres de l'établissement de s'informer sur les projets de l'établissement mais ils sont surtout l'occasion d'échanges et de discussions.

Une première organisation de ce type s'est déroulée en décembre 2003, elle a été fortement appréciée par l'encadrement. Un nouvel "amphicadre" est prévu en octobre 2004.

Ces initiatives ont un impact certain sur le niveau d'adhésion du personnel au devenir de l'hôpital. Le CERTOP a d'ailleurs relevé qu' "alors que la tendance générale était plutôt celle du repli sur ses propres préoccupations, nombreux sont ceux qui font le constat étonné que les personnels paraissent aujourd'hui plus enclins à s'intéresser à l'avenir de l'hôpital et peut-être même à s'impliquer dans une démarche collective qui pourrait le servir. Pour eux, cette nouvelle attitude pourrait bien avoir des conséquences sur une baisse attendue de l'absentéisme".

Incontestablement, la Direction fournit beaucoup d'informations sur la vie institutionnelle de l'établissement à l'ensemble du personnel, peut-être même trop. Les cadres, qui sont censés faire le relais auprès des équipes, ont du mal à effectuer un tri dans la masse des informations qu'ils reçoivent. Communiquer ne se limite pas à donner des informations, il faut s'assurer qu'elles sont bien comprises et assimilées par les personnes concernées. Pour cela, les circuits de communication sont à structurer, une organisation adéquate doit servir de support. Il est surtout indispensable que les différents acteurs soient mûrs pour fonctionner et communiquer en toute transparence. Des progrès restent à faire sur ce point à tous les échelons de l'établissement.

Ainsi, il convient de rester prudent, il est difficile d'affirmer, de manière certaine, qu'une bonne communication va avoir un impact sur les absences du personnel. Certes, depuis 2003, le niveau global de l'absentéisme tend à se réduire, mais ces premières avancées restent encore fragiles.

De plus, l'existence d'une relation causale directe entre la politique de management de la Direction et l'absentéisme n'est pas totalement démontrée. Il est cependant possible d'affirmer que la gestion impulsée actuellement est particulièrement appréciée par la grande majorité des personnels.

## 1-2 Le renforcement de la fonction cadre :

Le cadre est un maillon essentiel du fonctionnement de l'établissement. Renover le management global suppose que l'encadrement de proximité soit repositionné et re légitimé dans ses fonctions.

### *1-2-1 Un véritable enjeu :*

Le rapport de la société Albédo Conseil fait état de fortes pressions auxquelles seraient soumis les cadres de l'établissement hospitalier. Pressions, tout d'abord, de la part des équipes, l'encadrement n'aurait pas la possibilité de pratiquer un management serein. Les agents font part aux cadres, directement, de leur mécontentement, ce sont souvent leurs premiers et leurs seuls interlocuteurs. Ils subissent également les pressions des syndicats qui se tournent vers eux quand un problème surgit dans un service.

La direction, enfin, se repose, pour certaines domaines de la gestion du personnel, entièrement sur eux.

Ce même rapport souligne également que la majeure partie du temps de travail des cadres est consacrée à la résolution de problèmes d'effectifs et à la mise à jour du planning.

Jusqu'en 2003, les cadres étaient peu impliqués dans la vie institutionnelle. Ils n'étaient associés en aucune façon à la définition de la politique générale, le projet d'établissement 2000/2004 ne leur a d'ailleurs pas été communiqué.

La société Albédo Conseil préconise que la cohérence managériale et la coordination entre la Direction et l'encadrement de proximité soient renforcées. Elle serait, à la date du rapport, quasi inexistante.

En 2003, la Direction a manifesté son intérêt pour la fonction cadre et a formulé le souhait de la rétablir dans ses fonctions originelles. Cette reprise en main était nécessaire car les cadres sont réellement essentiels à l'équilibre de l'institution hospitalière.

Ils jouent, en effet, un rôle de relais entre les équipes et les échelons supérieurs. En cas de difficulté, les agents se tournent automatiquement vers leur cadre.

Ils vont remonter les attentes, les besoins mais aussi les préoccupations des agents. Ils jouent un rôle actif dans la transmission des informations car ils sont les destinataires de notes de service et des autres documents informatifs. La Direction passe par leur canal pour informer l'ensemble du personnel sur les actions entreprises, les réformes engagées, les consignes à appliquer. La volonté d'améliorer la communication impose le renforcement de ce niveau hiérarchique.

Les cadres sont des intermédiaires indispensables pour la Direction, notamment lorsqu'il s'agit de faire appliquer une réforme. Leur soutien est nécessaire. Il faut qu'ils se sentent reconnus et écoutés.

Les "amphicadres" ont contribué à rétablir la confiance entre l'encadrement et l'équipe de direction. Quotidiennement, désormais, les cadres sont sollicités pour participer à des groupes de travail dans des domaines très divers. Au niveau des services logistiques, un cadre supérieur de santé est chargé de s'assurer que les besoins des services sont pris en compte. Petit à petit, l'encadrement a le sentiment d'être impliqué dans la définition des projets.

Cette valorisation progressive des cadres devrait avoir un impact sur les équipes. Le cadre exerce une influence certaine sur la motivation des équipes.

Il est souhaitable de lancer au niveau des services une dynamique de projets en lien ou en déclinaison avec la stratégie de l'établissement. L'un des objectifs de la démarche est de redonner du sens au travail collectif, de cimenter la solidarité des équipes, de mobiliser les agents. L'implication des agents ne peut se faire entièrement au niveau global de l'établissement mais, plutôt au sein même des services. Cette orientation dépend essentiellement de la personnalité du cadre. Ont-ils tous les moyens ou du moins l'envie de se lancer dans ce type de démarche? Rien n'est moins sûr. Beaucoup de cadres sont anciens dans l'établissement, ils ont des habitudes de travail très ancrées, l'évolution sera difficile. Cette dynamique risque de se mettre en oeuvre de manière différenciée, ce qui n'est pas souhaitable pour la cohérence générale de l'établissement et qui sera nécessairement mal compris par le personnel.

La politique de motivation des cadres engendre légitimement beaucoup d'espairs. Pour l'instant, il est encore trop tôt pour juger si les effets attendus ont été obtenus.

#### *1-2-2 Les modalités de ce renforcement :*

Redonner aux cadres la place qu'ils sont légitimement en droit d'occuper au sein de l'établissement doit être l'un des axes principaux de la rénovation générale du management.

Cela a été dit précédemment; il existe une vraie volonté de la Direction de rétablir les cadres dans leurs fonctions. L'organisation des "amphicadres", leur consultation systématique sur des projets qui concernent directement leur service, sont autant de signes de l'intérêt qui leur est désormais accordé.

Cependant, les actions de grande ampleur sont souvent ponctuelles et c'est au quotidien que des efforts sont à fournir à leur rencontre.

D'un point de vue strictement matériel d'abord, l'encadrement ne dispose des moyens qui lui sont nécessaires. En effet, jusqu'à une date récente, les cadres de proximité ne disposaient pas de l'outil informatique. Ils n'avaient donc pas accès à l'Intranet par exemple, or il s'agit d'un moyen intéressant de communication et de transmission des informations. Le recours à la messagerie électronique ne leur était pas non plus autorisé. Le défaut d'informatisation accentuait leur isolement.

Depuis le début de l'année 2004, un vaste programme d'informatisation des cadres a été lancé. D'ici janvier 2005, l'ensemble des cadres sera doté d'un ordinateur. Les potentialités fournies par cet outil sont énormes. Les échanges entre cadres ou avec le reste de l'établissement seront largement facilités, cette informatisation va dans le sens d'une amélioration manifeste de la communication interne.

De même, leur travail quotidien en sera largement facilité, notamment en ce qui concerne le suivi des postes, des arrêts maladies...

Le temps consacré à la gestion des plannings devrait aussi se réduire. Il serait d'ailleurs intéressant que le CH se dote d'un logiciel spécifique pour plus de rationalité dans la construction et dans le suivi quotidien.

Au delà des aspects purement techniques, il ne faut pas manquer de souligner que l'établissement s'est lancé dans une large réforme de construction des plannings. Les horaires de roulement des équipes, quel que soit le secteur, MCO, psychiatrie, personnes âgées, sont identiques dans l'établissement sans que cela ne corresponde aux besoins réels des patients. Les cadres ont été chargés de réfléchir aux nouveaux roulements de leurs équipes. Jusqu'alors une seule trame de planning est réalisée, annuellement, pour tout l'établissement. A partir de cette trame, les plannings sont ensuite construits au niveau des services, pour une période de trois semaines. Un guide méthodologique a été diffusé par le cadre supérieur chargé de superviser la réforme. Le but est de faire correspondre les besoins du service, le respect de la législation et les attentes des agents. Les cadres sont ainsi chargés de faire des propositions de scénarios qui seront ensuite présentés pour validation au conseil de service, au comité de suivi chargé de préparer les réformes liées à la gestion du personnel et au CTE.

A titre expérimental dans un premier temps, les plannings seront mis en place dans les services pour lequel le cadre a fait une proposition validée.

Cette initiative a un triple intérêt. Elle est l'occasion, d'abord, de remotiver fortement l'encadrement. Elle va imposer, ensuite, que les besoins réels des patients soient respectés. Enfin, il est prévu que la mise en place des plannings soit négociée avec les agents.

Ils vont être associés directement à la démarche ce qui est un gage d'appropriation de la réforme.

Il semblerait qu'il existe une culture de l'absence, un sentiment assez répandu de déculpabilisation vis-à-vis de l'absentéisme au sein du CH. La nouvelle dynamique tend à faire disparaître ce type d'attitude. Il est donc tout à fait envisageable qu'elle ait des retombées positives sur le niveau élevé de l'absentéisme.

Le phénomène est trop complexe pour que l'on ait si tôt des certitudes. Toutefois, il semblerait que le CH, dans son ensemble, se mobilise autour de l'avenir de l'établissement. Peu à peu, la solidarité et le sens du service public refont leur apparition. Des dysfonctionnements très lourds persistent, des réformes sont à engager de manière urgente dans des domaines aussi fondamentaux que l'organisation du travail.

## **2 La rationalisation de l'organisation générale du travail**

Les règles au CH de Montauban en matière d'organisation du travail manquent de clarté. En découle un certain flottement en ce qui concerne la gestion quotidienne des personnels. Les cadres ne sont pas en mesure d'assurer pleinement leurs fonctions, ce qui a un retentissement certain au niveau des équipes. Les agents sont les premières victimes de ces incertitudes. Il est possible, en effet, que les lacunes sur le plan de la définition des règles engendrent un sentiment d'insécurité qui pourrait, par un effet "boule de neige", contribuer à augmenter le niveau de l'absentéisme.

Au sein de l'établissement, la fixation d'un cadre unique de gestion est donc un besoin largement exprimé. Reste à savoir si, cette attente comblée, des résultats sont à attendre sur le plan de l'absentéisme. A priori, oui, plus de rigueur dans la gestion devrait, d'une part, rassurer les personnels et, d'autre part, permettre de limiter des éventuels abus.

En parallèle, il est nécessaire de définir des outils de gestion et de suivi de personnel en vue d'optimiser le travail quotidien de l'encadrement. Ce dernier joue, en effet, un rôle pivot dans le dispositif général de l'organisation du travail. La reprise en main de la maison de retraite de l'établissement hospitalier offre une illustration parlante de l'influence du mode de gestion sur le niveau de l'absentéisme.

## 2-1 La définition d'un cadre unique de gestion dans le respect de la réglementation :

La mise en place progressive d'un corpus de règles communes permet de limiter les incertitudes actuelles qui entourent la question. En outre, il s'avère indispensable de réfléchir à la diffusion de certains outils de gestion des ressources humaines.

### 2-1-1 *Vers une uniformisation des pratiques :*

Au sein de l'établissement, il faut constater une absence totale d'harmonisation institutionnelle en matière de gestion et de pratique du temps de travail.

Une organisation différenciée est bien en entendu souhaitable dans la mesure où elle permet de prendre en considération les spécificités de chaque service. Ces particularités doivent toutefois s'inscrire dans un cadre général afin de veiller à ce qu'il n'y ait pas des différences de traitements entre les agents.

Concernant la gestion du temps de travail, vu la complexité de la réglementation et les risques de divergences d'interprétations, l'encadrement était lui-même très demandeur de formalisation des règles. La DRH a pris acte de ce besoin et s'est lancée dans la rédaction d'un règlement intérieur censé offrir un cadre unique de référence dans ce domaine. Ce document se présente sous la forme d'une charte et va rappeler les principales règles applicables en matière d'organisation du temps de travail. Il est prévu qu'il comprendra :

- ❑ Une partie relative aux dispositions générales et aux principaux textes juridiques applicables,
- ❑ Une partie rappelant la notion d'agent public avec les droits et obligations qui en découlent,
- ❑ Une partie, précisément, sur l'organisation du travail : principes, amplitudes réglementaires du temps de travail; et principes organisationnels à mettre en œuvre. L'équité est érigée en valeur de référence dans la gestion du temps de travail.
- ❑ Des annexes, enfin, avec des imprimés types à remplir

Il s'agit, toutefois, d'un document très général qui n'a pas vocation en prendre en compte l'ensemble des cas de figures susceptibles de survenir dans l'établissement. Il sera donc nécessaire de préciser, de manière claire, la conduite et la réglementation à adopter pour toutes les situations.

Il semblerait que l'esprit du système actuel de gestion du temps de travail doit être revu en profondeur. Actuellement, il est plutôt basé sur le droit aux repos et le décompte des absences que sur les devoirs des agents. En outre, dans beaucoup de services, un niveau d'absentéisme moyen est intégré dans l'organisation des équipes. Dans un des services de chirurgie, les agents sont positionnés, à tour de rôle, sur des postes dits "de volant de remplacement".

Pour une période donnée, leur emploi du temps n'est pas totalement fixe, ils sont censés remplacer les agents en congés annuels, en repos hebdomadaire ou en RTT. Ces "volants de remplacement" sont bien sur largement utilisés pour pallier l'absentéisme, ce qui, en soit, n'est pas condamnable. En revanche, il ne faut pas manquer de relever l'effet pervers du système, il rend l'absentéisme indolore pour les équipes et contribue à renforcer le sentiment de déculpabilisation vis-à-vis de ce phénomène. Une remise à plat du nombre d'ETP réellement nécessaires dans les services de soins doit impérativement être effectuée. Elle ne se fera pas sans heurts, une hausse de l'absentéisme est sûrement à attendre. Cette période difficile est un mal nécessaire, une étape indispensable vers une rationalisation de l'organisation qui est souhaitable tant pour l'institution elle-même que pour les agents.

La dynamique institutionnelle actuelle tend à rétablir les valeurs relatives au service public hospitalier telles que le sens du travail collectif. Pour que cet objectif soit atteint, il faut bouleverser les habitudes locales. Incontestablement, l'informatisation progressive des cadres constitue une opportunité. L'introduction d'une gestion informatisée du temps de travail pourrait être l'occasion de remettre à plat les pratiques dans le domaine et d'introduire toute la rigueur et l'équité nécessaires.

Par ailleurs, la DRH et la DSI souhaitent que soit appliquée au sein de l'établissement la gestion par capitalisation horaire. Ce mode de gestion a un double avantage. Il favorise un suivi précis, équitable et non contestable du temps travaillé et introduit une souplesse supplémentaire dans la gestion tant individuelle que collective.

Une formation sur le comptage horaire du temps de travail sera proposée aux cadres d'ici la fin de l'année.

Il faut espérer que, couplé à la gestion informatisée, cette réforme aura une influence salubre sur le fonctionnement quotidien des équipes. Les évolutions seront lentes car la résistance au changement est forte. Certains secteurs se soumettent avec difficulté à l'harmonisation progressive qui est actuellement en cours.

Toujours dans le domaine de l'organisation du travail, la gestion des personnels de nuit présente des lacunes avérées. Traditionnellement au CH de Montauban, il y a une partie du personnel qui travaille le jour et l'autre partie qui travaille la nuit, avec peu d'échanges entre les deux groupes. Il existe un seul service de nuit pour l'ensemble de l'hôpital général. En MCO, les agents de nuit ne sont pas rattachés à un service mais tournent sur différents services d'un même secteur.

Il n'y a pas de lien entre les équipes de nuit et les équipes de jour.

Dans ces conditions, le sentiment d'appartenance à une équipe et à l'institution en général n'est pas très fort.

Ce système pose un réel problème de compétences, la qualité du service rendu au patient peut être mise en cause. En effet, les agents de nuit ne sont pas systématiquement familiarisés avec les pathologies de tous les services. La transmission, entre les équipes de jour et de nuit, des informations concernant les malades ne se fait pas toujours de manière optimale.

A l'heure actuelle, trois "faisant fonction" de cadres de nuit assurent la gestion du personnel. Les agents n'étant pas tous gérés par le même cadre, des disparités voire des incohérences apparaissent. Le travail de nuit était jusqu'à présent peu attractif, d'où le manque de volontaires pour intégrer cette équipe.

Un cadre supérieur de santé chargé de travailler sur la réorganisation de travail a élaboré en projet qui viserait à décloisonner le fonctionnement des équipes de nuit et des équipes de jour.

La mise en place d'une seule équipe jour/nuit par service renforcerait, sans aucun doute, la solidarité entre les agents.

Dans le nouveau système proposé, le cadre de nuit n'aurait plus pour fonction d'élaborer les plannings des équipes, ces derniers seraient réalisés par le cadre de jour. Les cadres de nuit conserveraient une fonction de régulation.

Ce projet de réorganisation est actuellement mis en place sur un secteur test du MCO.

L'absentéisme du personnel de nuit est régulièrement très élevé. La réforme proposée vise à rationaliser la gestion quotidienne des équipes de nuit.

Le processus d'amélioration de l'organisation du travail s'est amorcé le 1<sup>er</sup> mars 2004 avec la mise en place, de manière anticipée, pour les équipes de nuit, de la réforme des rythmes de travail, qui consiste à donner un week-end sur deux de repos au personnel soignant. Les trois premiers mois, une baisse substantielle de l'absentéisme a été notée. Ces résultats sont fragiles car, dès le mois de juillet, une augmentation s'est amorcée, ce qui illustre, une fois encore, la complexité du phénomène. Les facteurs qui en sont à l'origine sont tellement variés qu'il est délicat de préjuger de l'influence que peut avoir une mesure déterminée.

La réforme sur le week-end sur deux, actuellement en cours de réflexion, devrait modifier, en profondeur, l'organisation générale du travail.

Le cadre supérieur de santé, après une étude du roulement d'un agent sur l'année, a imaginé un système qui s'applique désormais aux équipes de nuit.

Pour le jour, la mise en œuvre de ce projet s'avère beaucoup plus délicate, elle est planifiée au 1/01/2005. Chaque cadre est chargé de réfléchir à la réorganisation globale de son service dans l'optique du week-end sur deux mais aussi en vue de mieux répondre aux besoins réels des patients.

Les cadres vont travailler sur une même méthodologie, à partir d'un document commun. Les propositions d'organisation seront validées et mises en œuvre sur une période expérimentale. Au 1<sup>er</sup> octobre 2004, des premiers tests seront réalisés sur les services de cardiologie et de rhumatologie.

Le passage à une organisation basée sur un week-end sur deux doit se faire à effectif constant. Le décroisement entre équipe de nuit et équipe de jour peut être l'amorce d'une solution.

Les personnels, en repos variables, bénéficieront ainsi, de manière systématique et planifiée, d'un week-end sur deux de repos. Ce nouveau système présente des avantages réels du point de vue de la conciliation entre vie privée et vie professionnelle. Cette réforme ne fait pas l'unanimité car certains agents préfèrent travailler le week-end afin d'obtenir un complément de rémunération. Une grande partie des agents, voire même des syndicats, semblent d'accord sur le principe.

#### *2-1-2 Le développement et la diffusion des outils de gestion des ressources humaines :*

La mise en place de la RTT rend la gestion des ressources humaines encore plus stratégique. Le personnel travaille moins et donc se fait plus rare. La pénurie d'effectifs soignants renforce encore plus cette tendance. Il est aujourd'hui, encore plus qu'avant 2002, nécessaire de structurer les outils pour que la gestion des ressources humaines soit plus précise et efficace. Il convient de le rappeler une fois de plus l'informatisation des cadres constituent un moment privilégié pour imaginer et développer de nouveaux outils.

Les outils de GRH se mettent progressivement en place. Ainsi, dès le début de l'année 2004, les cadres de l'ensemble des services de l'hôpital ont été chargés de réaliser des fiches de poste pour les agents placés sous leur responsabilité.

La DRH centralise ces fiches. Il faut souligner que la réforme s'amorce doucement mais il existe désormais une fiche de poste pour une grande partie des postes de travail. Il convient désormais de faire vivre ces documents, de les actualiser, de les faire évoluer. La réalisation de ces fiches de poste amorce un mouvement de clarification des compétences.

En effet, dans beaucoup de services du CH, le phénomène de glissement des tâches est observable. Les postes d'AS et d'ASH sont les plus concernés par la question. Dans un souci de qualité des soins délivrés aux patients, il faut impérativement y mettre fin. Cette pratique a des racines tellement anciennes dans l'établissement que la situation ne peut pas évoluer du jour au lendemain.

Chaque professionnel doit être recentré sur les tâches qui sont réglementairement les siennes. Cependant, cette réforme est à double tranchant. Du point de vue strict de la motivation, le recentrage des compétences, notamment pour les ASH qui agissent en lieu et place des AS, risque de provoquer un fort mécontentement qui pourrait déboucher sur de l'absentéisme réactionnel. La DSI tente, pour ce faire, d'instaurer sur l'établissement un pool de bionettoyage, qui regrouperait une partie des ASH. Au préalable, il faut réfléchir sur les moyens éventuels de limiter l'insatisfaction et de rendre ces postes attractifs.

Vient ensuite le recrutement qui est un point fondamental. Elle doit permettre de positionner sur des postes des personnes qui ont les qualités et les compétences requises. Or, au CH de Montauban, jusqu'à une date récente, la procédure de recrutement n'était pas clairement formalisée. Pour ce qui est des soignants, l'ancienne infirmière générale choisissait seule les personnes embauchées.

De manière générale, les profils de poste n'étaient pas établis. L'encadrement n'était pas associé à la procédure. Des risques d'inadéquation entre la personnalité et les compétences de l'agent recruté d'une part, et les besoins des services à l'égard du poste d'autre part, pouvaient apparaître. En outre, des insatisfactions très fortes, voire des situations de rupture pouvaient subvenir suite à un mauvais positionnement. Désormais, le recours à des profils de poste se systématise, une consultation formalisée des cadres serait par ailleurs souhaitable.

Enfin, il convient de se pencher sur l'évaluation du personnel. A l'heure actuelle, celle-ci se fait uniquement par rapport aux critères statutaires, l'emploi et la catégorie.

Les notions de compétence ou, plutôt d'incompétences, étaient rarement prises en compte. La DRH est résolue à ce que la situation change, elle a ainsi chargé un cadre supérieur de santé de mener d'une réforme sur l'évaluation des personnels.

Les entretiens d'évaluation vont ainsi être renouvelés. A l'avenir, ils seront une occasion pour le cadre et l'agent de faire un bilan sur l'année écoulée et de vérifier si les objectifs définis ont été atteints. De nouveaux objectifs seront ensuite élaborés pour l'année suivante.

Ces entretiens auront, s'ils sont bien menés, un impact certain sur la motivation des agents. Ils institutionnalisent le dialogue entre le cadre et ses agents et sont un moment d'échanges, d'écoute réciproque. Le bilan permet à chacun d'exprimer ses ressentis, ses attentes. Il s'agit donc d'un exercice particulièrement valorisant pour les agents mais aussi pour les cadres.

Dans une optique de rénovation de la gestion des ressources humaines, il est essentiel que soient mis en place des outils performants. Ils serviront de base et d'appui à la rationalisation de l'organisation générale du travail.

## 2-2 L'illustration de l'importance d'une organisation rationnelle du travail :

La nécessité de réfléchir à la réorganisation du travail dans beaucoup de secteurs de l'établissement est réelle. En effet, il semblerait que les contraintes de fonctionnement des services et les besoins des patients et des agents ne sont pas toujours satisfaits par les organisations actuelles. Il s'agit d'une réforme très vaste, qui suppose un temps de réflexion et de mise en œuvre particulièrement long.

Pourtant, déjà, à l'échelle d'une petite structure, il est possible de se rendre compte combien il est important de travailler sur l'organisation tant dans un souci de qualité des soins que de satisfaction des agents. La reprise en main de la maison de retraite du CH offre une illustration particulièrement parlante.

Au sein de la DRH, un tableau présentant le positionnement de chaque unité fonctionnelle par rapport à la moyenne de l'absentéisme pour l'année 2003. La maison de retraite se situe parmi les unités fonctionnelles comptant le plus de nombre de jours d'absences par agent, soit 49,85. Ce chiffre n'inclut pas les CLM/CLD. Un tel niveau d'absence laisse à penser qu'il existe un réel problème au sein de cette structure.

Les données des années précédentes confirment la tendance :

- ❑ 2000 : 36,75 jours d'absences par agent
- ❑ 2001 : 65,73 jours d'absences par agent

- ❑ 2002 : 30,67 jours d'absences par agent
- ❑ 2003 : 51,89 jours d'absences par agent
- ❑ 2004 : les prévisions en année pleine laissent présager 28,68 jours d'absence par agent

Ces quatre dernières années, la situation au sein de la maison de retraite a été catastrophique. L'absentéisme est considéré comme un indicateur assez fiable du climat social et de la satisfaction des agents. En l'occurrence, dans cette structure, il existait un problème manifeste de fonctionnement.

Les tableaux de bord de suivi, s'ils avaient existé, auraient sans doute permis d'alerter la DRH sur la question et, peut être, de prendre des mesures correctives.

La maison de retraite appartient au secteur des personnes âgées qui est traditionnellement peu attractif pour les agents. En outre, rien n'était fait pour tenter de les motiver.

Le secteur en question souffre d'un manque de cadres de santé récurrent. Le défaut d'encadrement accentue nécessairement les dysfonctionnements. L'organisation du travail n'est absolument pas adaptée aux exigences du service. Les roulements des équipes sont identiques à ceux pratiqués au niveau du secteur MCO. Cependant, le secteur des personnes âgées est essentiellement un secteur d'hébergement, les besoins des personnes hébergées ne sont, bien entendu, en rien comparables à ceux des patients hospitalisés en court séjour.

Concernant la maison de retraite du Cours Foucault, les équipes ont été pendant plusieurs années laissées seules, à la dérive.

Cette situation explique un niveau de l'absentéisme aussi élevé. Au début de l'année 2004, un cadre est arrivé à la tête de ce service avec la volonté affirmée de revoir l'organisation.

Tout d'abord, le secteur des personnes âgées a connu des bouleversements récents, notamment en raison du transfert de certains patients des autres unités d'hébergement du secteur vers la maison de retraite du Cours Foucault, qui ont nécessairement eu un impact sur l'organisation du travail.

Trois personnes sont venues renforcer l'équipe dont une AS en poste aménagé qui, pour des raisons de santé, ne pouvait exercer pleinement ses fonctions dans le service de cure médicale. Son redéploiement va lui permettre de mieux se repositionner sur l'équipe en effectuant des tâches qui relèvent de ses attributions et qui sont, de surcroît, adaptées à son état de santé. Son intégration au sein d'une équipe en sera facilitée. Ce changement exige un accompagnement de la part du cadre.

Les cadres des deux services concernés ont reçu l'agent en entretien, mais cela n'a pas suffi à empêcher un absentéisme réactionnel puisque, juste avant le transfert, il a posé un arrêt maladie de trois semaines. L'accompagnement spécifique de certaines situations à risque est une piste que le cadre en question souhaite creuser.

Le cadre, à son arrivée, a souhaité supprimer les rythmes de travail de certains agents en horaires coupés pour deux raisons:

- ❑ Ces horaires de travail étaient peu adaptés aux besoins des patients, il est nécessaire d'avoir un temps de présence d'AS sur la journée entière,
- ❑ Ils ne correspondaient aux attentes du personnel

Elle répond ainsi à une double attente.

Toutefois le cadre souhaite aller plus loin dans la réorganisation du service. Elle a d'ores et déjà instauré un temps de chevauchement entre les équipes qu sera sûrement rallongé et ce afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.

En cas d'arrêt maladie inopinés, le cadre négocie avec ses équipes pour combler le manque de personnel. La négociation prévaut, aucune règle tacite, comme celle de l'ancienneté, n'est appliquée.

La gestion de l'absentéisme n'est donc pas source de tensions au sein du service.

De plus, le cadre répugne à rappeler les agents sur leurs repos, congés annuels ou RTT, ce qui pourrait être source de mécontentement et générer un absentéisme réactionnel. Il est préférable de réorganiser le travail avec l'effectif présent et de reporter certaines tâches telles que le ménage, tant que le minimum de sécurité n'est pas atteint. Dans le cas contraire, certains agents seront amenés à travailler en horaires coupés afin de couvrir les plages horaires durant lesquelles la charge du travail est la plus lourde.

Le cadre de ce service, que ce soit pour l'absentéisme ou pour tout autre aspect de la gestion, a su instaurer un climat de confiance au sein de son équipe. Dans un contexte de réformes importantes de l'organisation du travail, ce type de relation entre l'encadrement et les agents constitue un préalable nécessaire. La baisse de l'absentéisme est un indicateur fiable de normalisation de la situation. Cependant, il ne faut pas manquer de souligner que le niveau de l'absence reste élevé. Les efforts doivent être impérativement maintenus.

Ainsi, cet exemple illustre bien le fait que la maîtrise de l'absentéisme suppose la prise en compte de deux exigences. En effet, la nécessité de rationaliser l'organisation du travail ne doit pas faire oublier le besoin d'amélioration des conditions de travail.

### **3 L'amélioration des conditions de travail :**

Une politique de maîtrise de l'absentéisme doit absolument contenir un volet préventif. Ce volet s'articule autour de l'amélioration des conditions de travail des agents.

Le domaine étant particulièrement vaste, l'étendue de la tâche est immense. Plusieurs acteurs, au sein de l'établissement, oeuvrent directement à l'amélioration des conditions de travail des agents. Des actions ont déjà été entreprises, beaucoup sont encore en chantier ou en projet. La dynamique a été lancée, il faut désormais qu'elle soit maintenue.

#### **3-1 Les acteurs principaux :**

Les structures chargées de la prise en charge directe des actions d'amélioration des conditions de travail ont été renforcées, notamment sur le plan des ressources humaines.

##### *3-1-1 Le pôle d'amélioration des conditions de travail :*

L'organigramme des directions fonctionnelles, diffusé au début de l'année 2004, identifie, au sein de la direction de ressources humaines, un pôle dénommé pôle d'amélioration des conditions de travail. La création de ce pôle atteste de la volonté affichée par la Direction de prendre en considération et d'assurer un traitement spécifique aux problématiques relatives aux conditions de travail.

Un agent, en l'occurrence un adjoint des cadres, est chargé d'assurer la gestion de ce pôle. Le suivi et la gestion des instances, CTE et CHSCT, constituent l'une de ses missions principales. Pour les partenaires sociaux, notamment les membres du CHSCT, il est devenu un interlocuteur privilégié. En effet, pour toutes les questions d'ordre matériel par exemple, les syndicats n'hésitent pas à prendre contact avec cet agent, son positionnement est pour eux rassurant. Il est possible d'affirmer que cet agent joue un rôle non négligeable dans le processus de « pacification » des relations entre la Direction et les partenaires sociaux.

En parallèle cet agent est chargé de conduire toutes les actions en lien avec les conditions de travail pour la partie relevant de la compétence de la direction des ressources humaines. Il s'agit, notamment, de la rédaction du document unique relatif aux risques professionnels.

La construction de ce document est une entreprise de longue haleine à laquelle sont impliqués le service de médecine du travail et des membres du CHSCT, dans le cadre d'un groupe de pilotage. Sur la base d'un échantillon de six services, une enquête est réalisée sur le terrain par l'infirmière du service de médecine du travail, avec pour objectif de dégager l'essentiel des risques encourus par le personnel et de rédiger un plan de prévention. L'agent chargé du pôle conditions de travail est chargé de centraliser et de synthétiser les enquêtes.

En outre, ce même agent assure la gestion de la cellule des postes aménagés. Le retard pris dans ces domaines par l'établissement accroît fortement la charge de travail. Il convient donc de veiller à ce que les moyens humains nécessaires soient affectés à la gestion de ce pôle.

### *3-1-2 La médecine du travail :*

Le service de la médecine du travail n'a pendant longtemps pas été en mesure d'assurer ses missions en raison d'un poste de médecin du travail resté vacant. Désormais, l'équipe a été renforcée puisqu'elle contient un médecin du travail et d'une infirmière.

Les missions de la médecine du travail, telles que définies par l'article R242-11 du Code du travail, sont les suivantes :

- ❑ L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'établissement
- ❑ L'hygiène générale de l'établissement,
- ❑ La protection des agents contre l'ensemble des nuisances et notamment contre les risques d'accidents du travail, d'utilisation de produits dangereux ou d'exposition à ces produits,
- ❑ Les aménagements relatifs aux postes de travail, notamment en ce qui concerne le travail de nuit et le travail en équipe,
- ❑ L'éducation sanitaire du personnel en rapport avec l'activité professionnelle,
- ❑ Les nouvelles constructions ou les aménagements de locaux anciens, les modifications de l'organisation technique du travail du personnel.

En outre, il peut participer à toutes recherches, études et enquêtes, notamment à caractère épidémiologique, en rapport avec sa mission et doit être informé des résultats.

Le champ de ses missions est vaste et concerne les conditions de travail en lien avec la santé des agents.

Pour ce qui est de la maîtrise de l'absentéisme, la médecine du travail a un rôle préventif essentiel à jouer.

Sans vouloir réduire un phénomène de nature sociale à ses aspects purement médicaux, l'implication du médecin du travail est indispensable.

Le partenariat entre la DRH, la DSI et le médecin du travail doit être renforcé.

Le médecin du travail constitue le vecteur le plus pertinent pour saisir les problèmes objectifs mais aussi le vécu subjectif du salarié par rapport à son travail. Il est en effet le témoin privilégié des plaintes éventuelles qui peuvent être émises lors des visites médicales. Outre le problème du temps, un seul médecin du travail pour l'ensemble de l'établissement, l'IFSI et la maison de retraite de Beaumont de Lomagne, la collaboration avec la médecine du travail sur ce point se heurte à un obstacle majeur, le secret médical. Cependant, le partenariat entre l'administration et la médecine du travail prend beaucoup d'autres voies. L'implication des membres de ce service à la réalisation de plans d'action relatifs aux conditions de travail doit être systématisée.

### *3-1-3 Le CHSCT :*

Depuis 2003, cette instance semble réactivée, les moyens de mener à bien ses missions lui sont peu à peu accordés. Pendant des années, les représentants n'ont pas eu le sentiment d'être entendus.

Les CHSCT ont été institués par la loi n°82-1097 du 23 décembre 1982 et rendus obligatoires pour les établissements publics de santé. Il s'agit d'une instance d'alerte et de conseil qui œuvre pour l'amélioration des conditions de travail du personnel. Elle peut ainsi procéder à l'inspection des installations et est compétente pour mener des enquêtes. De plus, le CHSCT est consulté pour avis sur l'ensemble des documents concernant les conditions de travail des agents.

Les réunions du CHSCT sont désormais fréquentes au CH de Montauban. La volonté d'associer des membres de cette instance à des groupes de travail relatifs aux conditions de travail est réelle. En effet, les membres de cette instance ne doivent pas se contenter de donner leur avis, de discuter les mesures prises par la Direction, ce sont des acteurs à part entière.

Ils peuvent mener des enquêtes, réaliser des études sur les risques professionnels notamment. Une opportunité est offerte aux membres de cette instance de participer directement à la définition et à la mise en œuvre des plans d'actions concernant l'amélioration des conditions de travail, à eux de la saisir.

### 3-2 Les principales actions entreprises et à entreprendre :

Prévoir un programme d'actions précis d'amélioration des conditions de travail est difficile tant le domaine couvert est vaste. En outre, certaines actions ne sont pas entreprises dans ce seul objectif, elles sont, toutefois, considérées comme prioritaires.

Enfin, dans une optique de maîtrise de l'absentéisme, il y a des aspects particuliers de la politique d'amélioration des conditions de travail qui ne peuvent être négligés.

#### *3-2-1 Des opérations de rénovation des locaux à mener :*

Les experts visiteurs de l'ANAES, lors de leur visite en juin 2004, ont souligné le fort contraste existant entre les locaux des différents secteurs de l'hôpital.

En effet, les locaux du secteur du moyen séjour et de la rhumatologie ont été construits en 1999. Ils sont donc entièrement neufs.

A contrario, une partie du secteur des personnes est logée dans des locaux particulièrement vétustes et qui, en plus, ne correspondent pas aux normes de protection incendie. Certains pavillons de psychiatrie, datant du milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle, n'ont pas fait l'objet des travaux nécessaires à leur maintien en état.

L'établissement a pris un retard très lourd dans le domaine de la maintenance des bâtiments qu'il a bien du mal à rattraper. Ce défaut de maintenance régulière est à l'origine de la dégradation actuelle de certains locaux.

L'accueil des patients dans des lieux adaptés et conformes en terme de sécurité constitue l'une des priorités de la Direction. Ainsi, le bâtiment accueillant les personnes âgées va être rasé. Le projet de construction d'un nouvel EPHAD est en cours de réflexion. D'ici quelques années, l'ensemble de ce secteur sera rénové. D'ici là, les personnes âgées seront transférées dans des bâtiments industrialisés modulaires, spécialement prévus à cet effet. Des patients de pavillons psychiatriques particulièrement délabrés y seront aussi logés le temps que les travaux nécessaires soient effectués.

Ce déménagement sera aussi l'occasion de revoir l'ensemble des équipements pour faire en sorte qu'ils soient adaptés à la charge de travail.

Ces projets de rénovation auront un impact réel sur les conditions de travail des agents. Peut-on en attendre, légitimement, une baisse concomitante de l'absentéisme ?

A priori, l'on serait tenté de répondre par l'affirmative puisque les conditions d'exercice des fonctions professionnelles vont être profondément améliorées. L'analyse du positionnement de chaque unité fonctionnelle par rapport à la moyenne du nombre de jours d'absences par agent tend à limiter cette affirmation. L'un des services de soins de suite, logés dans des locaux neufs, se situe bien au-dessus de la moyenne de 2003 avec 33,59 jours. Par ailleurs, deux autres services de ce secteur comptabilisent plus de jours d'absence par agent que les personnels de service de personnes âgées ou d'un pavillon psychiatrique qui sont à l'heure actuelle dans un état déplorable.

Cette particularité constatée illustre à elle seule la complexité du phénomène de l'absentéisme qui trouve son origine dans l'action croisée d'un faisceau de facteurs.

### *3-2-2 La gestion des postes aménagés :*

La population du CH de Montauban se caractérise par un vieillissement global. La part représentée par les tranches d'âge des plus de 50 ans augmente. Le contexte démographique impose que des actions ciblées sur ces tranches d'âge soient prises. De plus, l'hôpital est un milieu de travail pathogène, le personnel soignant est exposé à un certain nombre de risques qui conduisent souvent à un épuisement professionnel.

Le statut de la fonction publique a depuis longtemps délimité les effets de la déqualification des agents hospitaliers en prévoyant la possibilité d'aménagement du poste de travail.

Cette possibilité offerte par le statut doit être utilisée dans une optique de mise en place d'actions de prévention contre l'absentéisme. En effet, les agents en CLM/CLD peuvent être réintégrés par le biais de ces postes aménagés. Pour que cet objectif soit atteint, l'établissement doit mettre en œuvre une gestion globale et cohérente de ces postes. C'est quasiment chose faite puisqu'en 2003, a été créée une cellule d'accompagnement des personnes en poste aménagés.

Cette cellule rassemble :

- ❑ Le médecin du travail
- ❑ La Directrice des soins
- ❑ Un psychologue
- ❑ Des représentants du personnel
- ❑ La DRH
- ❑ L'agent chargé du pôle d'amélioration des conditions de travail.

Elle est chargée de la définition des postes aménagés en fonction des restrictions des capacités de travail. Le choix du service d'accueil doit se faire dans un souci d'équilibre des besoins du service et de l'agent en restriction de ses capacités.

Des objectifs seront définis et un tuteur sera désigné au sein du service d'accueil. Il sera le relais de la cellule d'accompagnement.

Un contrat est signé entre l'agent en poste aménagé, la DRH et le cadre du service d'accueil. Il précise les tâches confiées à l'agent, la durée d'aménagement du poste et les modalités de suivi.

Le cas de chaque agent en poste aménagé est régulièrement réexaminé pour que toutes les possibilités de reclassement professionnel soient étudiées.

Ainsi, la gestion des postes aménagés au CH de Montauban est largement organisée mais le bilan de ces actions est mitigé. Peu de ces agents sont effectivement réintégrés sur un poste de travail traditionnel. De plus, ces agents ont du mal à trouver leur place dans leur service d'accueil, ils se sentent dévalorisés. L'effort dans ce sens est, néanmoins à maintenir.

### *3-2-3 La nécessaire intervention d'un psychologue du travail :*

L'établissement hospitalier dispose désormais des services d'un psychologue du travail. L'intérêt de disposer de ce type de professionnel est réel dans un établissement hospitalier. Le personnel soignant a parfois du mal à gérer la charge émotionnelle qu'implique l'accomplissement de ses missions.

Face à la douleur, à la détresse, le réflexe des agents est de prendre de la distance, du recul par rapport à la maladie. Ils adoptent une sorte d'attitude de compromis, entre humanisme et comportement purement technique, pour être en mesure de supporter certaines situations.

Le stress, la fatigue émotionnelle s'accumulent. L'épuisement professionnel est susceptible de survenir.

Le soutien psychologique est un moyen de prévenir certaines situations de rupture. Etre écouté, compris, conseillé suffit parfois pour remonter la pente. Un psychologue du travail est effectivement présent au sein de l'établissement, mais il ne travaille qu'à 20 %, ce qui paraît largement insuffisant pour près de 1500 agents.

Il serait souhaitable de renforcer ce service proposé au personnel en employant ce psychologue à plein temps. L'encadrement devrait, dans l'avenir, orienter les agents qu'il identifie comme en difficulté. Il semble que cela soit un moyen efficace de prévenir un part non négligeable des absences.

## CONCLUSION

Le niveau actuel de l'absentéisme au CH de Montauban justifie à lui seul que la Direction fasse de sa maîtrise une de ses priorités d'action. Largement supérieur à la moyenne nationale, il hypothèque, en partie, les projets de développement et gêne le fonctionnement quotidien de l'établissement. Dans certaines situations extrêmes, il menace la qualité des soins rendus.

L'étude réalisée a permis de préciser la situation et d'établir un diagnostic qui confirme, si besoin était que l'absentéisme demeure un sujet complexe. L'ensemble des informations recueillies a permis de mettre en lumière des facteurs explicatifs ainsi que certaines conséquences de l'absentéisme. Cependant, il est impossible de dégager un modèle explicatif global. Des causes telles que le vieillissement du personnel ou le pilotage de l'établissement semblent avoir un impact prépondérant sur le niveau de l'absentéisme. Elles doivent faire l'objet d'actions ciblées.

La rénovation du management global du CH est des leviers d'action sur lequel il convient de s'appuyer. La Direction de l'établissement a d'ores et déjà lancé un vaste programme de réformes dans ce sens. Elles n'ont pas pour unique objectif de faire baisser le niveau de l'absentéisme mais devraient, toutefois, avoir une influence mesurable dans ce domaine.

La maîtrise de l'absentéisme est une entreprise difficile mais au combien nécessaire puisqu'elle vise à la fois à améliorer l'état de santé des agents et la bonne gestion de l'hôpital. Elle demande, certes, beaucoup de temps et d'énergie pour des résultats qui ne sont pas immédiatement perceptibles. Les actions correctives et préventives doivent être appliquées sur le long terme pour porter leurs fruits.

Maîtriser l'absentéisme est un enjeu majeur pour le CH de Montauban. Les défis qui se présentent à lui dans l'avenir ne pourront être relevés que s'il a satisfait cette exigence.

---

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

ANJARD T. "Favoriser le présentéisme en établissement sanitaire et social. L'exemple de l'hôpital local de Graulhet." Mémoire de Directeur d'établissement sanitaire et social public, ENSP, 2001.

BENAVIDES, BENACH, DIEZ-ROUX, ROMAN "How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second european survey on working conditions"

BRUN, DELPECH, DUMONT "L'absentéisme à l'hôpital : causes, manifestations, remèdes." Séminaire de recherche sous la direction de Monsieur DAMEL, ENSP, promotion 1983-1985.

CATALDO C. "Une approche stratégique pour limiter l'absentéisme du Centre Hospitalier de Sète." Mémoire de fin de formation EDH, ENSP, 1994.

CHEVALIER, GOLDBERG «L'absence au travail : indicateur social ou indicateur de santé ? » Sciences Sociales et Santé, n°3, septembre 1992.

DANOS, PINCHON "Exemple de résolution de l'absentéisme dans le département de gériatrie du Centre Hospitalier de Lourdes." Gestions Hospitalières, décembre 2002, pp.795-800.

DASSA S. "Absentéisme au travail : Phénomène socioprofessionnel en situation ou expression d'évènements de santé diffus?" Sciences Sociales et Santé, n°3, septembre 1992.

DERENNE, LUCAS, "Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. La gestion et l'organisation des ressources." Tome 3, édition ENSP, 2003.

Dossier "L'organisation contre l'absentéisme." Stratégies Santé, janvier 1995, pp 23-26.

DUCLOS D. "La santé et le travail." La Découverte, 1984, Repères, 123 p.

DUMON M. "L'absentéisme : quel diagnostic pour quel traitement? Réflexions issues du vécu au Centre Hospitalier de Versailles." Mémoire de fin de formation EDH, ENSP, 1996.

GÖETINCK J. " La gestion des postes pour les agents en difficulté ou comment lutter contre l'absentéisme prévisible." Mémoire de fin de formation de Directeur de soins, ENSP, 2002.

FRITSCH Alexandre "Les postes aménagés à l'hôpital : Recenser pour anticiper." Mémoire de fin de formation EDH, ENSP, 2000.

LECORNET E. "Absentéisme à l'hôpital : quelle prévention possible?" Entreprise Santé, janvier/février 2000, p 30.

LETEURTRE H. "L'audit de l'absentéisme du personnel hospitalier", Manuels B-L Santé, éditions Berger-Levrault, janvier 1991.

LETEURTRE H. "Audit de la gestion sociale des établissements hospitaliers". Manuels B-L Santé, éditions Berger-Levrault, janvier 1991.

MATRUNOLA "Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism?" Journal of advanced nursing, 1996

MAURY T. "L'absentéisme du personnel non médical au CH de Tourcoing." Mémoire de fin de formation EDH, ENSP, 1992.

PAGLIONO "Le travail à temps partiel, un frein réel à l'absentéisme. Analyse de la situation au CH de Saint-Malo." Mémoire de fin de formation EDH, ENSP, 1998.

PASQUAY C. "Pour une meilleure maîtrise de l'absentéisme au Centre Hospitalier d'Angoulême : Analyses et propositions." Mémoire de fin de formation EDH, ENSP, 1993.

RESEAU RESSOURCES HUMAINES HOSPITALIERES, "L'absentéisme non justifié", Entreprise Santé, mars/avril 2006, pp 18-19.

SERNEX, GOLD, BULTMAN "The impact of behavioral health risks on worker absenteeism" JOEM, volume 43, n°4, avril 2001.

SMULDERS "Absenteeism of part-time and full-time employees" Applied psychology : an international review, 1993.

VAHTERA, KIVIMÄKI, PENTTI "The role of extended weekends in sickness absenteeism" Occup Environ Med, 2001.