



Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2008 - 2010**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**Absentéisme des personnels non
médicaux et politique de
présentéisme : leviers de mobilisation
de l'équipe**

***L'exemple du pôle femme-mère-enfant
du centre hospitalier intercommunal
d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil***

Pauline BERNARD

EDH 2008-2010

Remerciements

Cette étude est le fruit d'un travail d'équipe. Le thème ne pouvait être traité qu'avec et pour les acteurs de terrain : encadrement, agents de la DPRS et de la direction de soins, partenaires sociaux, médecine du travail, membres de la Commission Interne de Retour à l'Emploi, ARACT Haute-Normandie, EDH en stage dans d'autres établissements... Que les personnes, nombreuses, qui ont donné de leur temps pour nourrir cette réflexion, dans une ambiance toujours constructive et conviviale, en soient ici remerciées.

Je tiens à remercier particulièrement M. Olivier Brand, directeur du Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil, ainsi que M. Franck Gaillard, mon maître de stage, pour leur accueil, leur disponibilité, et la confiance qu'ils m'ont accordée. Mes remerciements chaleureux vont également à Mme Valérie Juvet, directrice adjointe en charge du personnel et des relations sociales et à Mme Sylvie Lavoisey, directrice des soins, pour leur suivi régulier et patient de mes réflexions, leur pédagogie, et le temps qu'elles ont consacré à la relecture de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	5
1 Observer les symptômes : délimiter le champ d'analyse et les marges d'action.....	13
1.1 Les notions complexes d'absentéisme et de présentéisme : la nécessité d'une définition partagée	13
1.1.1 La nécessaire définition des termes face à un phénomène polymorphe.....	13
1.1.2 La détermination d'indicateurs pertinents face à des facteurs complexes.....	19
1.2 L'ancrage de l'analyse dans la réalité : la nécessité d'une délimitation du terrain d'observation	24
1.2.1 Un absentéisme global en recul et une démarche affirmée de présentéisme ...	25
1.2.2 Le pôle femme-mère-enfant, contexte de la hausse de l'absentéisme en 2008.....	30
2 Diagnostiquer : réaliser une analyse des facteurs objective et concertée ...	34
2.1 L'analyse de la composition de l'équipe : une population plus ou moins sujette à absentéisme ?.....	34
2.1.1 Des personnels aux extrêmes de la pyramide des âges, féminins, parfois usés	34
2.1.2 La piste à suivre des facteurs culturels d'absentéisme	41
2.2 L'analyse de l'environnement de travail : un contexte fragilisant ?.....	42
2.2.1 L'étude des conditions et de l'organisation du travail : des conclusions inattendues.....	42
2.2.2 Le rôle clé du partage du sens de l'action	46
3 Guérir ? Prévenir ? Penser la politique de présentéisme comme un levier de mobilisation de l'équipe	50
3.1 Organiser le suivi du diagnostic en impliquant les agents	50
3.1.1 Suivre les évolutions de l'absentéisme et évaluer l'impact des mesures	50
3.1.2 Impliquer les agents dans le diagnostic de long terme	52
3.2 Organiser l'équipe autour des aptitudes et des fragilités de ses membres.....	53
3.2.1 Accorder une attention particulière aux populations usées.....	54
3.2.2 Au niveau de l'établissement, suivre la politique de reclassement des agents.....	55
3.3 Faire du présentéisme un projet fédérateur pour l'équipe.....	57
3.3.1 Valoriser collectivement la présence.....	57

3.3.2	Penser une démarche projet autour de l'intégration des nouveaux membres.....	59
	
	Conclusion.....	61
	Bibliographie	I
	Liste des annexes.....	V

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARACT : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS : Aide-Soignant
ASA : Autorisation Spéciale d'Absence
ASHQ : Agent des Services Hospitaliers Qualifiés
ATMP : Accident du Travail Maladie Professionnelle
BDHF : Banque de Données Hospitalière de France
BO : Business Objects
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail
CGT : Confédération Générale du Travail
CHI : Centre Hospitalier Intercommunal
CHIELVR : Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil
CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail
CIRE : Commission Interne de Retour à l'Emploi
CLD : Congé Longue Durée
CLM : Congé Longue Maladie
CMO : Congé Maladie Ordinaire
CM : Congé Maternité
CSP : Code de la Santé Publique
EMA : Effectif Moyen Annuel
ETP : Equivalent Temps Partiel
FME : Femme-Mère-Enfant
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IJ : Indemnités Journalières
JTT : Journées Théoriques Travaillées
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
UFR : Unité de Formation et de Recherche

Introduction

L'Institut de la Performance Publique organisait au cours de mon stage, une journée destinée aux dirigeants d'établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'organisme explique à cette occasion que « la maîtrise de l'absentéisme suppose l'affirmation de la prééminence des objectifs de service public, une gestion engagée des ressources humaines et un management exemplaire mettant les actes en cohérence avec les paroles.¹ » Un défi quotidien.

En milieu hospitalier public, l'absentéisme recoupe des problématiques particulières. Les réflexions sur l'absentéisme s'y inscrivent d'une part dans le cadre des obligations de service public. La gestion de l'absentéisme doit permettre d'assurer à la fois la permanence des soins, selon les missions de service public énoncées par l'article L. 6112-1 du Code de la Santé Publique, leur sécurité et leur qualité². Une actualité particulière a d'ailleurs émergé au cours du stage long dans ces domaines, avec le plan de continuité des activités devant répondre à un absentéisme « grippe A » supérieur à 20%. D'autre part, les obligations de service public encadrent les règles particulières applicables aux agents, leur imposant des sujétions : règles du service fait conditionnant la rémunération³ ; et leur garantissant des droits : dispositions statutaires régissant la fonction publique hospitalière, et dispositions concernant les agents contractuels⁴.

Enfin, les réformes des dernières décennies ont changé la donne. D'un côté, la nouvelle gouvernance impacte les responsabilités en matière de gestion de l'absentéisme. Les mensualités de remplacement font par exemple partie des premiers éléments dont la gestion a été déléguée par les établissements, dans le cadre de la

¹ Brochure de présentation de la formation « Maîtrise de l'absentéisme » proposée par l'Institut de la performance publique, le 19 octobre 2009 au Novotel Bercy de Paris

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Titre Ier, Chap. Ier, Art.1 IV.

Art. L. 6112-3 Code de la Santé Publique : « L'établissement de santé ou toute personne chargée d'une ou plusieurs missions de service public [...], garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions : 1° l'égal accès à des soins de qualité, 2° la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement. » Annexe : lexique des termes juridiques.

³ Article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986

⁴ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant statut de la fonction publique hospitalière ;

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie (art. L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale). Et décret d'application n°2005-1016 du 23 août 2005

contractualisation avec les pôles⁵. De l'autre, la contrainte financière accrue dans le cadre de la tarification à l'activité à 100%, incite à agir sur l'absentéisme en raison de son coût.

L'attention portée à la maîtrise de l'absentéisme devient d'autant plus prégnante que le phénomène s'accroît. La compilation des absences recensées dans le bilan social des hôpitaux indique en effet une hausse de l'absentéisme dans le secteur public hospitalier⁶, avec un pic observé en 2000 (2 jours d'absence supplémentaires, en moyenne par agent entre 1999 et 2000). En 2006, le taux d'absentéisme s'élevait à 9,9% dans les établissements publics de santé⁷. Cette tendance s'inscrit dans un mouvement national. La France connaît en effet une croissance régulière du taux d'absentéisme, « de 7 à 8 % environ par an, depuis 1997 », selon Pascal Gallois⁸. En 2003, le taux d'absentéisme français s'élevait à « 7,2% de la durée annuelle du travail », soit un des taux les plus élevés d'Europe du Nord. A noter que les entreprises privées connaissent un taux moindre que le secteur public (5,8% en 2003). Concernant les motifs d'arrêts à l'hôpital, les congés maladie ordinaire arrivent en tête (40% des arrêts), devant les congés longue maladie et longue durée (32%), les congés maternité (16%) et enfin les accidents du travail (11%). Mais l'absentéisme apparaît en général très dépendant du statut et de la catégorie socioprofessionnelle.

Les coûts de ces absences sont multiples. Bernard Martory et Daniel Crozet, cités par Pascal Gallois, évoquent ainsi « les coûts des dysfonctionnements »; et « les coûts de la régulation » : « coûts directs, coûts de remplacement, coûts de la gestion de l'absence (temps de management et d'administration du personnel) ». ⁹ Pour l'hôpital, outre le coût social en termes de tension et de démotivation des équipes, l'absentéisme implique des coûts financiers.

L'employeur public supporte plus lourdement le poids financier de l'absentéisme que les entreprises privées. Celles-ci versent en effet des cotisations sociales pour couvrir le risque maladie des salariés. Mais elles sont intégrées dans la masse salariale et

Décret n° 91-155 du 6 février 1991 : description des types de congés pour raison de santé et maternité et conditions de maintien du traitement pour les personnels contractuels

⁵ EHESP+, *Mise en œuvre de la nouvelle gouvernance : Aspects qualitatifs. Etude qualitative relative à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé*, disponible sur <http://www.sante-sports.gouv.fr/>, juin 2008, p.13

⁶ PLANISTAT EUROPE, *Remontées du bilan social 2000*, Chapitre 4, Les absences, pp. 55-66

⁷ DEXIA, *Note de conjoncture des hôpitaux publics*, Avril 2009, p. 8

⁸ GALLOIS P., *Absentéisme, Comprendre et agir*, Editions Liaisons, Collection Entreprise et Carrières, Mai 2009, p.21 et 24

⁹ GALLOIS P., *op.cit.*, p. 27

CROZET D., MARTORY B., *Gestion des ressources humaines – Manuel de pilotage*, Nathan, juin 1998

mutualisées. Pour les salariés du régime général, les indemnités journalières sont versées par l'Assurance maladie, et un délai de carence de trois jours est appliqué. L'établissement public de santé verse quant à lui le traitement de l'agent en arrêt, dès le premier jour et seules les prestations en nature sont prises en charge par l'Assurance maladie. Il couvre donc :

- les prestations en espèces (traitement, demi-traitement ou deux-tiers de traitement, selon le motif et la durée du congé, ainsi que le nombre d'enfants à charge), indemnités accessoires, indemnités de résidence, indemnité de changement de résidence,
- la prise en charge des frais médicaux et pharmaceutiques (frais d'hospitalisation, soins médicaux et produits pharmaceutiques, forfait hospitalier),
- les coûts des remplacements pour assurer la continuité des soins,
- les coûts mal mesurés du travail fourni par l'encadrement, les directions du personnel, et les services sociaux,
- le coût en termes de provision pour risque juridique si les absences entraînent des défauts de qualité des soins.

Selon une étude appliquée au secteur privé, le coût annuel moyen des absences s'élèverait ainsi à 5000 euros par an par agent¹⁰.

Dans ce contexte, des actions préventives d'ampleur nationale ont été lancées (plan de lutte contre la violence au travail pour les soignants lancé par le ministère de la Santé, action des Associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail). D'autre part, un volet répressif s'incarne dans l'intensification du contrôle des arrêts (projet d'extension du contrôle des médecins de l'Assurance maladie aux fonctionnaires).

Sur mon lieu de stage, l'intérêt du sujet est apparu d'emblée. Concernant les données chiffrées de l'absentéisme, le Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil connaissait un taux d'absentéisme de 10,61 % en 2008, un peu supérieur à la moyenne nationale. Il recensait en 2006, 19,3 jours d'absence en moyenne par agents par an, contre 18,2 pour la moyenne nationale des établissements publics de santé.¹¹ Mais au-delà des chiffres, l'évocation du thème suscitait l'intérêt marqué de personnels divers, y compris hors de la direction du personnel et des relations sociales, et hors du personnel d'encadrement. Chacun se sentait concerné à différents titres.

¹⁰ GALLOIS P., op.cit., p.27

¹¹ Données bilan social CHIELVR 2008 et BDHF 2006

Face à ces témoignages, mon intérêt premier s'était en réalité attaché à la politique de présentéisme, au sein de l'ensemble de l'établissement. Mais l'ampleur de la tâche préalable de diagnostic de l'absentéisme m'a conduit à cibler mon travail sur un pôle d'activité. En effet, la diversité des facteurs d'absentéisme entre les différents pôles et unités, et le volontarisme des personnels de l'établissement sur la question, annonçaient une durée d'étude longue. La pertinence des pistes d'action en matière de politique de présentéisme auraient dès lors pâti d'une analyse trop large et trop rapide. Pour être pérennes, ces propositions d'évolution devaient être étroitement corrélées au diagnostic de l'absentéisme, et élaborées avec et pour les acteurs de terrain.

Pour autant, la grille proposée dans le diagnostic a vocation à s'appliquer aux autres pôles de l'établissement qui souhaiteraient se saisir de la problématique de l'absentéisme.

La phase de définition des termes du sujet a occupé une bonne partie des premiers moments du stage.

Elle fera donc l'objet d'un développement spécifique dans le corps du texte. Les règles juridiques concernant les absences seront développées plus loin. On peut d'ores et déjà noter que les textes ne fournissent pas une définition du terme mais une énumération des absences légales, qui seront retracées plus loin. Ici, l'étude appliquée au pôle femme-mère-enfant du CH intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil, a retenu une notion large et nuancée de l'absentéisme. Ont été exclus de l'analyse, les congés liés au droit à la formation et à l'exercice de fonctions civiques (représentation syndicale, fonctions électives nationales et locales...). Ils n'impliquaient en effet que des conséquences mineures sur l'organisation des équipes et apparaissaient facilement prévisibles.

Ont été en revanche analysés largement, les congés liés « au droit à la protection sociale » et autorisations d'absence pour raison de santé. Ils regroupent non seulement les congés maladie ordinaire, les accidents du travail et de trajet, les congés pour maladie professionnelle, et les autorisations d'absence pour garde d'enfant malade, qui sont souvent retenus dans d'autres travaux comme les seuls sur lesquels les dirigeants ont une réelle marge d'action. Mais il est également apparu pertinent d'analyser les congés longue maladie et longue durée, dont la durée est pourtant en partie prévisible. En effet, de premières pistes d'explication de l'absentéisme du pôle FME évoquaient la concentration dans le pôle d'agents ressentant les effets de l'usure professionnelle et de fragilités personnelles. Enfin, les arrêts liés à la parentalité ont également été étudiés, malgré leur caractère là encore prévisible. Leur forte concentration dans le pôle étudié, impliquait une analyse fine. Et certaines absences pouvaient en entraîner d'autres. Les congés maternité (et plus largement les congés d'adoption, et congés de présence parentale) induisent en effet des congés pré- et post-motif principal, surtout dans le cas

de métiers pénibles ou particulièrement exposés à certains risques (maladies infantiles...).

La définition de la politique de présentéisme retenue dans cette étude est également large. Elle consiste en une politique institutionnelle valorisant la présence de chaque membre de l'équipe, selon ses aptitudes, dans une ambiance de travail sûre et constructive. Elle inclut donc des actions de maintien dans l'emploi, répondant à l'obligation de reclassement incombant à l'employeur¹². Elle renvoie également à une valorisation financière de la présence (prime de service conditionnée à moins de 90 jours d'absence, prime d'assiduité). Mais ces actions ne sauraient résumer la politique de présentéisme.

Il est ici question, en outre, des personnels non médicaux du pôle femme-mère-enfant. Pour le CH intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil, ceux-ci représentaient 80% des journées d'absence en 2008, pour 71% de l'effectif. Les constats sur le personnel médical ont été assez rapides, au regard des indications de la direction des affaires médicales : il n'existe pas de problématique d'absentéisme massif chez les médecins, même si une hausse des congés liés à la parentalité semblent accompagner la féminisation des personnels. Quant aux personnels administratifs du pôle, ils se limitaient à un agent, cadre administratif, exerçant à la DPRS, qui n'avait connu aucun arrêt en 2008, et aux secrétaires qui affichaient un taux d'absentéisme très faible.

Enfin, le choix du pôle femme-mère-enfant comme terrain d'observation s'est d'abord appuyé sur un critère simple, directement observable par le plus grand nombre : le taux d'absentéisme figurant au bilan social 2008. Le pôle affichait le taux le plus élevé de l'établissement, à 16,46%. Cet état de fait avait suscité des interrogations. L'idée que la pénibilité du travail devait être moindre dans ces unités était en effet largement répandue. Le travail qui a suivi a confirmé de façon constante l'intérêt de cibler l'étude sur ce pôle pour l'année 2008. Des problématiques différentes ont en effet émergé de l'étude de chaque unité de soins : gynécologie-obstétrique ou pédiatrie. De plus, la forte hausse du taux en 2008 (13,8% en 2007) a précédé une forte baisse dès les premières semaines de stage. En juillet 2009, l'absentéisme avait ainsi chuté à 8,1% contre 14,8% en juillet 2008. Il convenait d'observer les changements internes entre ces périodes.

La **méthodologie** adoptée a suivi plusieurs étapes.

¹² Conseil d'Etat par l'arrêt n° 227868 du 2 octobre 1968, « Chambre de commerce et d'industrie de Meurthe-et-Moselle »

La question de départ, assez simple : « pourquoi un taux d'absentéisme aussi élevé au sein du pôle femme-mère-enfant en 2008 ? », en a entraîné d'autres, relatives à la définition même de l'absentéisme, aux outils de diagnostic efficaces, aux facteurs d'absentéisme et aux moyens d'agir sur le phénomène. L'objectif était d'abord de s'inscrire dans une position de dirigeant hospitalier, en charge d'analyser un absentéisme important dans un secteur, avec les contraintes de temps et d'outils inhérents au métier. Il fallait ensuite envisager des pistes d'action d'autant plus réalisables et pérennes qu'elles seraient élaborées avec les acteurs de terrain, pensées par eux, en apportant la plus-value d'un regard nouveau sur des problématiques anciennes.

La méthode de cette étude s'est inspirée de travaux préexistants. Le travail s'est articulé autour d'une première phase de recherche bibliographique, la plus large possible. La deuxième phase a consisté en un temps d'entretiens avec les acteurs, dès mon arrivée en stage. L'analyse de l'absentéisme du pôle femme-mère-enfant n'avait en effet de pertinence, que mise en perspective. Cela a donné lieu à des entretiens au sein de l'hôpital avec la directrice en charge du personnel et des relations sociales et la directrice des soins (entretiens réguliers) ; les cadres supérieurs de santé de chaque pôle, qui m'ont réorientée vers des cadres de proximité en fonction de leur intérêt pour le sujet, ou de la problématique qu'ils rencontraient dans leur unité ; les partenaires sociaux ; le médecin et l'infirmière du travail.

A l'extérieur de l'établissement, j'ai pu assister aux conférences organisées par l'Agence Régionale Haute-Normandie pour l'Amélioration des Conditions de Travail, dans le cadre de la semaine nationale de l'amélioration des conditions de travail. Un contact régulier s'est instauré avec deux autres EDH en stage long, qui travaillaient sur des problématiques proches. La comparaison avec des collectivités territoriales a surtout porté sur les outils de diagnostic de l'absentéisme.

A cette phase d'ouverture a succédé une focalisation sur le pôle femme-mère-enfant, grâce à une collaboration étroite avec l'encadrement administratif et paramédical (rencontres bihebdomadaires avec la cadre supérieure du pôle et la cadre administrative, également attachée à la DPRS ; points d'étape, avec la cadre de santé de maternité et le cadre de pédiatrie). L'encadrement médical a été sollicité plus ponctuellement : entretiens avec le responsable de pôle, chef du service de gynécologie-obstétrique, à l'occasion du bilan quadrimestriel de la contractualisation en juin, et lors d'une rencontre en septembre. La responsable du service de pédiatrie m'a en revanche d'emblée réorientée vers l'encadrement paramédical.

L'essentiel de la tâche a consisté à objectiver les facteurs d'absentéisme et à construire des pistes d'action étroitement liées aux constats avérés. La construction d'une grille de diagnostic, a permis de retracer pour 2008, 2007 et 2009 :

- les facteurs d'absentéisme regroupés par catégories. La méthode d'Ishikawa (diagramme causes-effets) a ici servi de guide. Elle constitue un outil graphique permettant de classer les causes d'un défaut de qualité. Elle est donc retracée en annexe 7. Toutefois les données disponibles ont surtout permis d'explorer les facteurs « main d'œuvre », « méthode », et « matériel ».
- les hypothèses des acteurs de terrain et personnelles,
- les indicateurs, quantitatifs et qualitatifs, objectivant chaque affirmation,
- la source des données recueillies
- les conclusions émanant de l'analyse
- et enfin, les pistes d'action pertinentes, en conséquence.

Dès lors, trois différentes démarches, développées par Jean-Paul Dumond, dans un récent article, se sont mêlées dans cette étude. La démarche empirique consiste en l'analyse statistique des absences pour raison de santé : la grille de diagnostic fournit de premiers éléments, qui devront faire l'objet d'un suivi. La démarche explicative explore les relations entre hypothèses de motifs d'absentéisme et les absences effectives : les données issues de questionnaires remplis par des agents sur le stress au travail ont alimenté cette deuxième méthode. Enfin, la démarche clinique (examen des conditions de travail avec les agents) a trouvé un début d'illustration dans les entretiens menés largement dans et hors de l'établissement.¹³

Ce travail a été intégré dans le contrat du pôle femme-mère-enfant révisé en 2009. L'encadrement du pôle a sollicité une présentation de ses résultats en conseil de pôle, courant octobre.

¹³ DUMOND J-P., « *L'absentéisme pour raison de santé : comparaison méthodologique* », in *SANTE PUBLIQUE*, n°2009/1-2, pp.25-35

La problématique de cette étude s'est affirmée au fil de l'analyse. Au-delà de la gestion quotidienne des conséquences de l'absence, dans quelle mesure l'analyse de l'absentéisme et la construction de politiques de présentéisme peuvent-elles contribuer à la mobilisation d'une équipe compétente sur le long terme ?

*

* *

Le préalable nécessaire à une action sur l'absentéisme consiste en une phase de définition de ses formes et de ses facteurs (1). L'analyse doit ensuite s'attacher aux caractéristiques particulières du terrain : elle a abouti au constat d'un groupe fragile dont la cohésion devait être renforcée (2). Dans cette perspective, les politiques de présentéisme doivent être conçues sur le long terme pour souder l'équipe (3).

1 Observer les symptômes : délimiter le champ d'analyse et les marges d'action

La première étape de réflexion sur le sujet de l'absentéisme et des politiques de présentéisme dans le pôle femme-mère-enfant a consisté en une délimitation du champ d'action, tant par la définition des concepts eux-mêmes (1.1), que par la détermination du terrain d'observation (1.2).

1.1 Les notions complexes d'absentéisme et de présentéisme :

la nécessité d'une définition partagée

L'analyse de l'absentéisme et des politiques de présentéisme à mener dans le pôle femme-mère-enfant a nécessité une phase préalable de définition des termes du sujet. L'absentéisme et le présentéisme recouvrent en effet des définitions variées selon les acteurs, qui attachent une importance à différentes manifestations de ces phénomènes (1.1.1). En conséquence, les outils de mesure de l'absentéisme et les indicateurs permettant d'en assurer le pilotage, doivent également être arrêtés, dans une démarche de concertation (1.1.2).

1.1.1 La nécessaire définition des termes face à un phénomène polymorphe

A) La difficulté d'un consensus sur les notions d'absentéisme et de présentéisme

- *L'absentéisme : une notion sans définition juridique, un phénomène très encadré*

La vision de l'absentéisme, hors contexte juridique, reste imprécise. L'Encyclopedia Universalis, cité par P. Rémy¹⁴, le définit ainsi comme « l'habitude qu'ont certains travailleurs de négliger sans motifs valables de se rendre à leur travail ». Face à

¹⁴ REMY P., *La gestion des postes aménagés à l'hôpital : pourquoi pas une plus-value pour l'institution ?*, Mémoire de fin de formation Directeur des soins, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, p. 14

cette vision par trop générale et peu objective, le constat est celui de l'absence de définition de l'absentéisme par le droit.

Les dispositions législatives et réglementaires abordent en revanche des notions qui encadrent la présence et l'absence au travail¹⁵. En premier lieu, l'obligation de « service fait » est justifiée par la nécessité d'assurer la continuité du service public. La rémunération lui est étroitement liée. L'article 77 de la loi du 9 janvier 1986 dispose ainsi : « Les fonctionnaires [...] ont droit, après service fait, à une rémunération [...] ».

En second lieu, le droit encadre les absences du poste de travail de façon stricte. Cela passe par l'énumération des absences légales et illégales. Anne Courtais établit une grille de classification des absences¹⁶. Le tableau ci-dessous la reprend en partie et la complète par la distinction entre les absences et l'absentéisme. Ce dernier renvoie en effet, non pas à l'absence individuelle du poste de travail, mais au phénomène cumulé qui révèle des fragilités chez les agents et dans l'institution, et qui influe sur l'organisation du groupe. Sont donc exclues de l'analyse : les non-présences au poste de travail, liées à la position statutaire, et les absences entraînant une retenue sur traitement ou sur salaire, au motif de leur caractère illégal. L'exercice du droit à la formation et les autorisations d'absence pour motifs liés à la vie civique ne relèvent pas non plus de l'absentéisme. Elles ne traduisent pas en effet de fragilités des agents ou de l'environnement de travail.

Parmi les autres motifs d'absence, on analysera, classiquement, les accidents de travail et maladies professionnelles, et les congés maladie ordinaire, en ce qu'ils relèvent des principales absences sur lesquelles les dirigeants peuvent agir. Pascal Gallois les désigne comme l'« 'absentéisme conjoncturel », regroupant « les absences sur lesquelles l'entreprise peut agir en totalité ou en partie »¹⁷.

Mais les caractéristiques de l'absentéisme propre au pôle femme-mère-enfant ont rendu intéressante une analyse plus large. A été étudié également, dans ce cadre, « l'absentéisme structurel », lié à la démographie des professionnels, et pour lesquels, selon P. Gallois, « les moyens d'action sont faibles ». Sont concernés : les congés maternité, qui malgré leur caractère prévisible, semblaient particulièrement désorganisant pour les équipes. Les congés longue maladie et longue durée ont également été examinés, en raison du signalement par les acteurs de la particulière fragilité de certains agents du pôle.

¹⁵ Annexe 2 : extraits du Guide d'Organisation du Temps de Travail

¹⁶ COURTAIS A., *De la maîtrise de l'absentéisme au développement du présentéisme*, Mémoire de fin de formation Elève Directeur d'Etablissement Social et Médico-Social Public, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2007, p.16

¹⁷ GALLOIS P., op.cit, pp.41-42

MOTIFS D'ABSENCES AU POSTE DE TRAVAIL

	<p>« Absences constituant des manquements véritables au service fait » (DERENNE O., LAMY Y.)</p>		<p>- Grève - Absence irrégulière</p>
	<p>Placement du fonctionnaire dans une position qui l'extrait, partiellement ou totalement, pendant une durée limitée, de son poste de travail dans son établissement d'origine</p> <p>Art. 39 loi 9 janvier 1986</p>		<p>Activité à temps partiel - Détachement – Disponibilité - Position hors cadres - Accomplissement du service national et des activités dans la réserve opérationnelle - Congé parental</p>
<p>ABSENCES AU POSTE DE TRAVAIL N'ENTRANT PAS DANS LA DEFINITION DE L'ABSENTEISME</p>	<p>Absences liées à l'application de la réglementation du temps de travail</p> <p>Voir annexe 2 extraits du Guide d'organisation du temps de travail</p>		<p>« Repos quotidiens et hebdomadaires, congés annuels, jours fériés, congés pour réduction de temps de travail, jours pris au titre du compte épargne temps, repos compensateurs, compensations pour heures supplémentaires » (COURTAIS A.)</p>
	<p>Absences pour exercice du droit à la formation</p> <p>Art. 41 loi 9 janvier 1986</p>		<p>- Congé de formation professionnelle - Congé pour validation des acquis de l'expérience - Congé pour bilan de compétences - Congé au titre du plan de formation de l'établissement.</p>
	<p>Autorisations spéciales d'absence</p>		<p>« - ASA justifiées par la vie privée : événements familiaux, [...] fêtes religieuses autres que catholiques, - ASA justifiées par la vie sociale de l'établissement : [...] représentation syndicale - ASA justifiées par la vie civique : exercice d'un mandat électif, participation à un jury d'assises, représentants de parents d'élèves, service volontaire dans le corps des sapeurs pompiers »</p>
<p>ABSENTEISME AU SENS DE LA DEFINITION RETENUE DANS CETTE ETUDE</p>	<p>Absences les plus souvent retenues par les études sur le sujet, au motif que les dirigeants ont une marge d'action sur ces congés</p>		<p>1/ Absences relevant du droit à la protection sociale : - Couverture du risque maladie : congé de maladie ordinaire - Couverture du risque accident du travail et maladie professionnelle : congés pour motifs d'AT/MP 2/ ASA enfant malade</p>
	<p>Absences prises en compte dans cette étude, en raison des caractéristiques du pôle FME, malgré leur caractère prévisible et a priori immuables</p>		<p>1/ CLM/CLD : marqueurs d'une concentration de fragilités dans l'équipe ? 2/ Congés parentalité = maternité / paternité / adoption. Impact sur les autres congés ? Concentration particulière créant des difficultés ?</p>

- *Le présentéisme : une politique pour faciliter, encourager, valoriser la présence*

La difficulté à trouver des définitions du présentéisme révèle la jeunesse de la démarche. Le terme est en effet absent du Grand Larousse dans son édition de 2005¹⁸. Les définitions récentes, présentées par les encyclopédies en ligne assimilent le présentéisme au seul fait « d'être présent au travail ». Elles citent également le « taux de présentéisme comme « le nombre d'effectifs rapporté au nombre de présents attendus » et renvoie à la notion de « surprésentéisme », caractérisée par le fait de réaliser des heures supplémentaires. Cette vision ne différencie donc pas le présentéisme de la simple présence.

La terminaison du mot évoque plutôt un phénomène cumulé de présences et une logique d'action réfléchie. Anne Courtais, dans son étude de 2007, renvoie dans ce cadre à l'idée d'une politique institutionnelle. « La conjugaison d'une action directe sur les causes de l'absentéisme professionnel et une action indirecte par la voie du développement de la motivation professionnelle, constitue la clé de voûte d'une politique sociale œuvrant pour le bien-être au travail »¹⁹.

R.M. Steers et S.R. Rhodes présentent quant à eux, un schéma d'actions relevant du présentéisme, dans un article de 1981²⁰. Les auteurs partent du constat qu'une politique de présentéisme doit viser à accroître à la fois la motivation des agents à être présents, et leur capacité à l'être. Ils détaillent ensuite les implications managériales du modèle d'assiduité (« managerial implications of the attendance model »). Il s'agit ainsi pour les managers d'agir sur trois fronts. Le premier consiste en l'accroissement de l'intérêt du poste (« increasing satisfaction with the job situation ») : renforcement des compétences, organisation des responsabilités des agents, fixation d'objectifs et évaluation des réalisations, diminution du stress au travail. Le deuxième front est celui de l'augmentation des incitations à l'assiduité (« increasing pressures to attend ») : mise en place de contrôles, de systèmes de rétribution, de valorisation de l'assiduité. Enfin le troisième axe, intitulé « increasing ability to attend », tient au soutien apporté aux agents pour faciliter l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle (organisation de modes de garde, de transports collectifs...)

L'étude menée au Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil a conduit à retenir une définition du présentéisme, comme démarche visant à

¹⁸ Dictionnaire Grand Larousse, Editions Larousse, 2005, 1930 p.

¹⁹ COURTAIS A., op.cit, p.53

²⁰ STEERS R. M., RHODES S. R., *A systematic approach to diagnosing employee absenteeism, in Employee Relations, 1981, 3 (2) : pp. 17-23*

optimiser la présence de chacun, et à articuler le fonctionnement de l'équipe autour des aptitudes et des faiblesses de ses membres. Elle inclut donc les actions de contrôles des absences et de rappel des règles, couplées aux mesures de valorisation de la présence (reconnaissance morale et rétribution de l'assiduité). Mais elle consiste aussi en l'optimisation de l'adéquation entre les compétences des agents et les exigences de leur poste (gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et formation), la politique de retour et de maintien dans l'emploi et enfin la « démarche projet » évoquée par Anne Courtais.

B) La nécessité de diffuser des définitions communes

- *Une vision de l'absentéisme et du présentéisme très dépendantes des préoccupations quotidiennes*

Les entretiens menés dans et hors de l'établissement ont permis de cerner la multiplicité des points de vue des acteurs, sur l'absentéisme et le présentéisme.

L'encadrement a fourni une vision assez homogène de l'absentéisme, perçu comme l'absence au poste de travail. Dans la gestion quotidienne des unités de l'établissement, elle nécessite d'adapter l'organisation de l'équipe. Dès lors, la distinction la plus prégnante pour l'encadrement était celle de l'absentéisme prévisible ou imprévisible. On attend ici par absentéisme prévisible, les absences pouvant être gérées par anticipation et intégrées dans l'organisation du travail. Relèvent de cette catégorie, les congés de maternité et d'adoption, congés parentaux, autorisations d'absence autres que les jours de garde d'enfant malade, et l'exercice du droit à la formation professionnelle. La deuxième catégorie, celle des absences imprévisibles, regroupe quant à elle l'exercice du droit à la protection sociale pour la branche maladie, accidents du travail, maladies professionnelles, autorisations de garde d'enfant malade ; ainsi que les absences irrégulières.

Enfin, les entretiens ont aussi fait apparaître des disparités importantes dans les problématiques des différents pôles de l'établissement :

- écarts quant au volume des absences.
- Ecart quant à l'environnement de travail et à la composition des équipes. Ainsi, la cadre de pôle en chirurgie anesthésie (8% pour le pôle en 2008), évoquait la charge mentale moins importante du travail dans les unités de soins, avec une DMS plus courte et peu de décès : « en chirurgie, on guérit davantage les

patients que dans d'autres secteurs ». Pour citer un autre exemple, les cadres du pôle médicotechnique, qui a connu le plus faible taux d'absentéisme en 2008, ont quant à eux mentionné l'atout de la petite taille des équipes et du haut niveau de diplôme des agents.

Quant à la notion de présentéisme, elle renvoyait le plus souvent pour l'encadrement aux mesures renforçant la motivation des agents. Le premier élément cité était en général la valorisation financière de l'assiduité, comme « moyen de valoriser les agents auxquels on a toujours recours ». Le débat s'est ici articulé autour de la prime de service, et d'une éventuelle prime d'assiduité, qui seront décrites plus bas ; et des facilités accordées aux plus volontaires dans la distribution des heures supplémentaires et des congés. Le second élément a souvent été la reconnaissance accordée aux agents par la désignation de référents sur des groupes de travail et l'organisation de formations.

Au sein du pôle femme-mère-enfant, différentes visions des deux termes ont également été mises en avant. Pour la cadre de santé du service de maternité, l'absentéisme le plus quotidiennement mobilisateur est l'absentéisme de courte durée, répétitif et qui ne peut être anticipé. Il génère en effet des difficultés de remplacement des agents, mobilise de l'énergie et du temps. Le cadre de pédiatrie a quant à lui insisté sur la valorisation financière de la présence comme moyen de management de l'équipe.

Les partenaires sociaux ont pour les uns accordé une attention particulière à l'absentéisme lié à la pénibilité du travail, et pour les autres, à l'insuffisante reconnaissance de l'institution envers les agents présents.

La médecine du travail a quant à elle développé une vision de l'absentéisme insistant sur les distinctions selon les cycles de travail, et accordant une attention particulière aux arrêts réguliers de courte durée

Enfin, la direction du personnel et des relations sociales a construit sa réflexion en termes de marges d'action sur l'absentéisme. Il s'agit ici de penser une politique globale, en direction de l'absentéisme pour raison de santé. L'absentéisme incompressible est celui sur lequel il ne convient pas de construire des pistes d'action particulières, hormis d'assurer l'exercice des droits sociaux des agents (certains congés maladie ordinaire, congés longue maladie et longue durée). Il renvoie à des absences reconnues socialement et légalement légitimes par un médecin, en raison de l'existence d'une pathologie. L'absentéisme compressible est en revanche celui qui retient l'attention de la direction. Il regroupe certains congés maladie ordinaire, les arrêts de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle, et au-delà, ceux qui se situent dans la frontière

floue entre arrêts de complaisance et dépression non reconnue au titre des maladies professionnelles. Les marges de manœuvre sont interprétées largement. La politique de présentéisme est conçue par la DPRS comme une démarche positive de promotion de la présence au travail, dans des conditions favorables aux agents et garantissant des soins de qualité.

Cette diversité des définitions livrées par les agents souligne avant tout l'importance de la communication. La politique de présentéisme consiste en effet à confronter les points de vue des acteurs et à construire un diagnostic partagé, préalable à un engagement durable dans la voie du présentéisme.

A la difficulté de construire le consensus autour de la définition de l'absentéisme et du présentéisme, s'ajoute la complexité de la mesure des absences et de l'analyse des facteurs.

1.1.2 La détermination d'indicateurs pertinents face à des facteurs complexes

A) Des facteurs multiples à analyser au plus près du terrain

- *Des facteurs nombreux, liés au contexte de travail et aux agents eux-mêmes*

Les facteurs d'absentéisme sont nombreux. Une catégorisation est nécessaire pour analyser l'ensemble des éléments pouvant agir sur l'absentéisme.

Pour le secteur privé, P. Gallois explore une échelle des responsabilités. Il cite, d'une part, les changements survenus depuis « l'explosion du nombre d'indemnités journalières en 1997 », qui ont influé sur les conditions de travail, comme « la mise en place des 35 heures, la mondialisation avec son lot de réorganisations, les changements de procédure de gestion, [...] les grands événements démographiques (départs massifs en retraite depuis 2000 et l'arrivée des jeunes dans l'entreprise [qui] engendre des phénomènes d'accident du travail par exemple ». Il dégage, d'autre part, des facteurs d'absentéisme liés aux agents, comme le vieillissement de la population. Il tente alors d'estimer la proportion « d'arrêts médicalement injustifiés ».²¹.

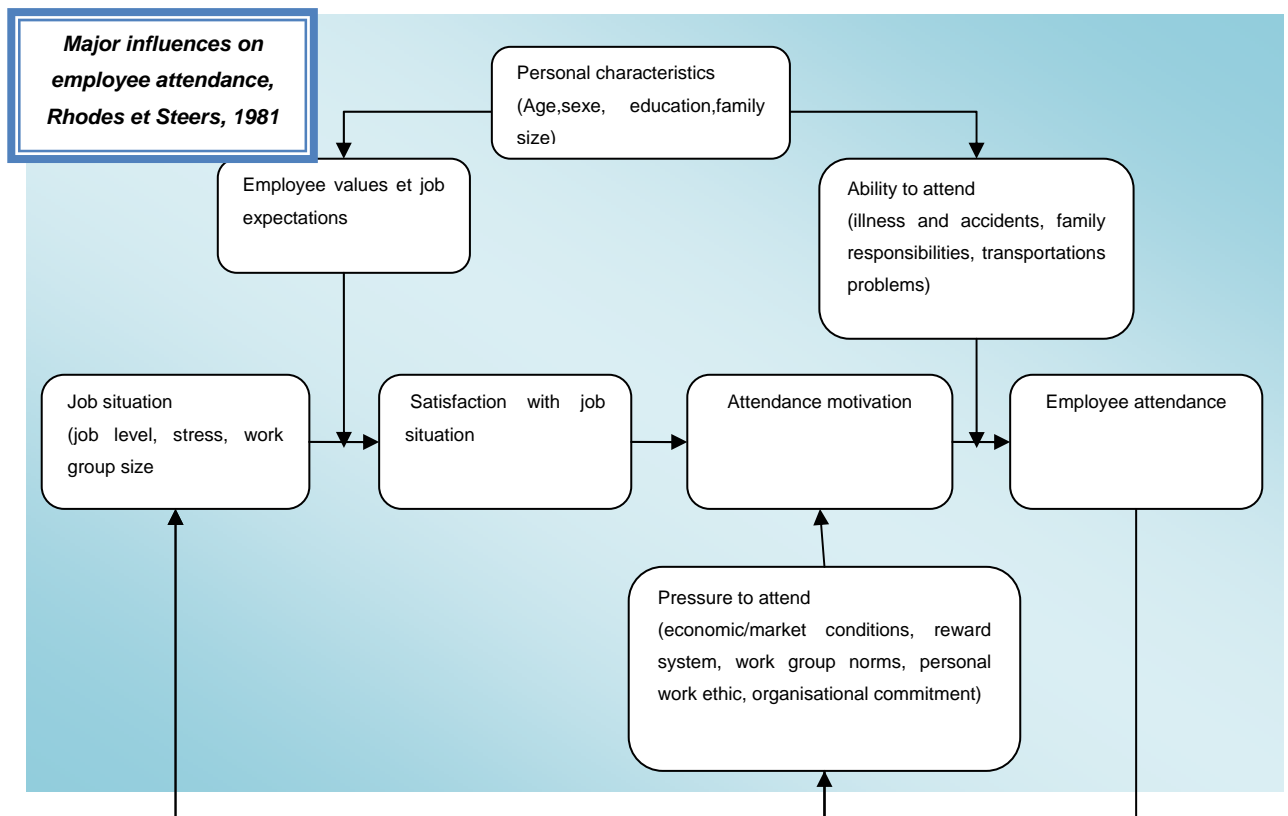
²¹ GALLOIS P., op. cit., p.11 et p. 28

L'auteur dégage en outre sept types de facteurs d'absentéisme : « facteurs liés à l'organisation du travail, à l'organisation du temps de travail, aux conditions de travail, à la démographie de la population salariée, au style de management, aux relations sociales et à l'ambiance de travail » ; et enfin « facteurs liés au système de valeur en vigueur dans l'entreprise » (Gallois p. 44).

- *La nécessité de catégoriser les facteurs d'absentéisme pour une analyse exhaustive*

Face à la complexité du phénomène d'absentéisme, il apparaît intéressant ici d'explorer la méthodologie de gestion de la qualité. Le « diagramme causes-effets », ou « fishbone model », appliqué par Kaoru Ishikawa à l'élucidation des défauts de qualité, peut ici s'appliquer en partie à l'analyse de l'absentéisme. Le premier aspect de la démarche d'Ishikawa consiste à produire un outil graphique permettant d'identifier toutes les causes puis les causes principales d'un défaut de qualité. Le deuxième aspect de cette méthode réside dans le travail de groupe. La confrontation des points de vue constitue en effet un premier pas dans la résolution du problème.

Une autre classification des causes d'absentéisme est présentée par Susan Rhodes et Richard Steers, sous forme de chaîne de conséquences des « principales influences sur l'assiduité des agents ». Elle est reproduite ci-dessous :



L'étude menée au sein du pôle femme-mère-enfant s'est inspirée de ces méthodes de classification des causes de l'absentéisme. Elle a aussi tenté de les adapter au terrain d'observation, en s'appuyant notamment sur les hypothèses émises par les acteurs (brainstorming selon la méthode d'Ishikawa). Elle s'est concentrée, au fil des investigations, principalement sur les facteurs liés aux agents : « personal characteristics », sur l'analyse du management, et a entamé une étude des matériels et des machines. Les champs des représentations personnelles par rapport au travail et à l'influence du milieu restent moins explorés, du fait de la difficulté à évaluer leur impact par des indicateurs pertinents.

B) La nécessité d'indicateurs « cousus main »

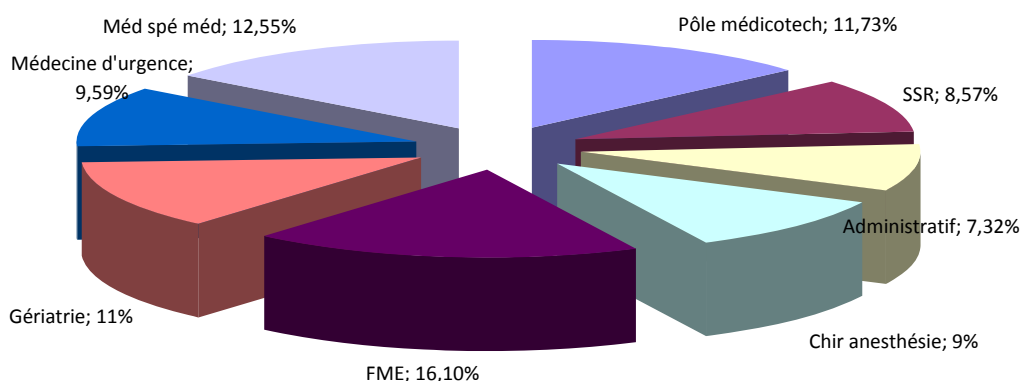
- *Des indicateurs multiples : le kaléidoscope de l'absentéisme*

Les acteurs « regardent » l'absentéisme sous différents angles. En résulte une sorte de « kaléidoscope » du phénomène.

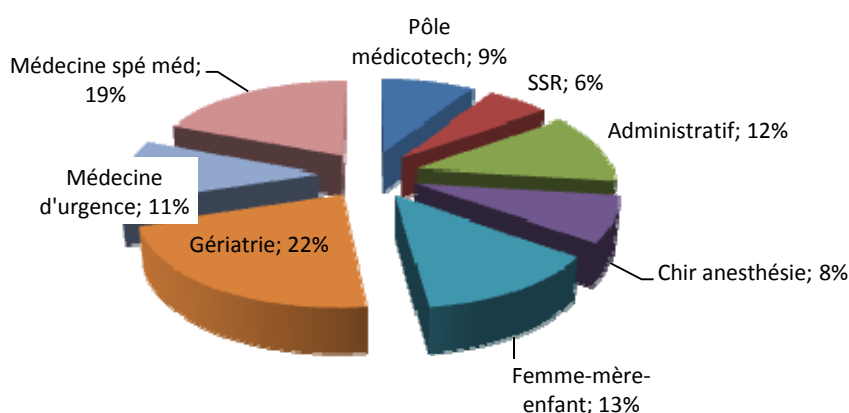
Une comparaison avec une collectivité territoriale (communauté d'agglomération), a permis de constater des différences avec le CHI dans les indicateurs retenus. Les effets des politiques de présentéisme et l'analyse des présences sont mesurés au CHI par le nombre de journées de présence, le nombre moyen de jours de présence par agent et le taux de présentéisme. Dans la communauté d'agglomération qui a servi de comparaison, un taux de présence théorique par rapport à la présence effective est également calculé.

D'autre part, les indicateurs disponibles dans l'établissement doivent également être mis en perspective entre eux. Le fait, par exemple, qu'un pôle affiche le taux d'absentéisme le plus élevé de l'établissement, ne signifie pas qu'il représente la plus grande part des journées d'absence de l'hôpital. Les deux graphiques ci-dessous l'illustrent pour 2008 :

Taux d'absentéisme par pôle



Répartition des jours d'absence du CHI par pôle



Source : Bilan social 2008, CHIELVR

En outre, différents documents retracent les indicateurs disponibles : projet d'établissement et projet social, bilan social, contrat de pôle. Le bilan quadrimestriel de la contractualisation permet de fournir au pôle, le volume, le coût des mensualités de remplacement, et l'état de consommation de l'enveloppe déléguée pour les remplacements. Ainsi le pôle femme-mère-enfant avait consommé en 2008 : 131,44 mensualités de remplacement pour un montant de 249.174,14 €. Au premier trimestre 2009, les mensualités de remplacement (25,06 en nombre) ne représentaient que 37.640,78€, soit 17% de l'enveloppe déléguée.

En 2009, de nouveaux indicateurs particuliers de GRH, définis avec les pôles et suivis mensuellement, ont été mis à leur disposition. Pour le pôle femme-mère-enfant, sont suivis, par unité et par grade :

- le nombre de congés prévus au planning et reportés à une date ultérieure,
- le nombre de repos travaillés en heures supplémentaires,
- le nombre de plages horaires en « matin, soir, journée ou nuit » où des ressources internes au pôle ont été utilisées,

- le nombre de renforts de nuit prévus et annulés, nombre de journées raccourcies.

En pédiatrie, aux périodes d'absentéisme plus important, on observe ainsi pour les IDE et les AS :

- une hausse du nombre de repos travaillés en heures supplémentaires (14 en janvier, soit 137,75 heures)
- le recours à la suppression de quarts de journée pour compenser une absence du matin ou du soir
- la mobilisation de ressources internes au pôle (matins, soirs, journées, nuits)

Les acteurs utilisent enfin des outils différents, pour suivre la problématique qu'ils souhaitent observer. Le système informatique décisionnel du CHI constitue la base principale d'information. « Business Objects » regroupe ainsi les données relatives à l'activité de chaque pôle, et à ses ressources humaines. Un logiciel a également été développé en interne pour la gestion du temps de travail : « Gespertemps ». Il permet aux cadres de suivre les absences de chaque agent et d'élaborer les plannings. Il sert également de base pour la paye. Enfin, certains cadres développent leurs propres outils dans leur pratique quotidienne.

- *Le retraitement des indicateurs pour les adapter aux réalités du terrain d'observation*

Il s'agit la fois de sélectionner les multiples indicateurs de l'absentéisme, et de construire de nouveaux indicateurs de présentéisme. Dans les deux cas, une implication large des acteurs est nécessaire, selon le principe de brainstorming retenu dans la méthode d'Ishikawa.

C'est la démarche qui a été suivie pour adapter les indicateurs aux données recherchées dans le pôle femme-mère-enfant. Deux types de retraitement sont intervenus :

1°/ Des effectifs ont été retirés des données fournies par le système informatique décisionnel. Les chiffres du bilan social regroupaient en effet l'ensemble des personnels non médicaux. Or, certaines unités fonctionnent selon des modalités très différentes de celles du site central de l'hôpital. Le taux d'absentéisme du pôle ne prend donc pas en compte, après retraitement, les effectifs :

- de l'hospitalisation gynécologique (situé dans le pôle chirurgie-anesthésie)

- du planning familial (site de Louviers). Il concerne surtout un agent « conseiller économique, social et familial », rémunéré par le biais d'une convention avec le conseil général de l'Eure.
- du centre périnatal de proximité. Son activité se concentre en effet sur les consultations et le CPP fonctionne de manière très différente des services de maternité et de pédiatrie de Saint-Aubin-lès-Elbeuf, site principal de l'établissement.

2°/ Des découpages nouveaux ont été appliqués pour permettre de cibler l'analyse sur l'unité de pédiatrie et sur celle de gynécologie-obstétrique. Les indicateurs préexistants s'appliquaient en effet à différentes unités dont les équipes étaient en réalité communes. Après retraitement, un nouvel ensemble « pédiatrie » permet d'analyser l'équipe commune aux urgences pédiatriques, à l'hospitalisation pédiatrique, à l'hospitalisation de néonatalogie et aux consultations pédiatriques. L'unité maternité regroupe quant à elle l'équipe commune aux consultations de gynécologie obstétrique, à l'hospitalisation obstétrique et au bloc obstétrical. En résultent des données différentes de celles du bilan social 2008.

DONNEES POLE FEMME-MERE-ENFANT						
		Effectif moyen annuel	Journées théoriques travaillées	Nombre de jours moyens d'absence par agent	Taux de présence	Taux d'absentéisme
Données bilan social du CHI, 2008	Pôle FME	128,47	26 540, 62	33,27	83,90%	16,10%
Données obtenues après retraitement	Pôle FME	122,1	25 213	34	83,54%	16,46%
	Gynéco- obstétrique	77,8	16067	35,8	82,68%	17,32%
	Pédiatrie	44,3	9146	30,9	85,05%	14,95%

Ces nouveaux découpages devront être repris à l'avenir, pour analyser les évolutions de l'absentéisme.

Le cadre de définition des termes étant posé, il convient à présent d'appliquer ces distinctions au terrain d'observation.

1.2 L'ancrage de l'analyse dans la réalité :

la nécessité d'une délimitation du terrain d'observation

Le bilan du Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil en matière d'absentéisme, se traduit par un recul du phénomène au cours des dernières années et un engagement dans une politique de présentéisme (1.2.1). Au sein de l'établissement, le pôle femme-mère-enfant présente toutefois des spécificités, avec notamment un pic d'absentéisme en 2008, dont les enjeux seront analysés (1.2.2).

1.2.1 Un absentéisme global en recul et une démarche affirmée de présentéisme

A) Un bilan de l'absentéisme globalement positif, dans un établissement dynamique

- *Un établissement dynamique*

Le centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil s'inscrit dans un bassin de vie de 200 000 habitants, de la partie sud du territoire de santé de Rouen-Elbeuf au nord du département de l'Eure. L'activité de l'établissement est répartie sur trois sites, et deux départements : l'Eure et la Seine-Maritime. L'établissement dispose d'une capacité de 946 lits, dont 349 de MCO, 120 de SSR, et 477 d'EHPAD, pour des effectifs médicaux représentant 123 ETP et 33 ETP d'internes, et des effectifs non médicaux de 1336,73 ETP. Une hausse régulière d'activité a été observée au cours des dernières années au CHI. L'hôpital a enfin mené des projets innovants : reconstruction du site d'Elbeuf à Saint-Aubin-lès-Elbeuf en 1989, fusion des centres d'Elbeuf et de Louviers en 1999, projets de modernisation dans le cadre du Plan Hôpital 2012.

- *Un taux d'absentéisme maîtrisé et en recul*

Le bilan du Centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil concernant l'absentéisme est globalement positif. Il affiche en effet un taux d'absentéisme nettement inférieur à celui de la fonction publique territoriale et proche de celui de la fonction publique d'Etat : ²²

	Fonction publique territoriale	Fonction publique d'Etat	Entreprises privées
Congés divers	3,2%	3,6%	1%
Maternité	0,9%	1,1%	0,5%
Accidents du travail	0,9%	0,2%	0,6%
Maladie	8,4%	6%	3,7%
TOTAL	13,4%	10,9%	5,8%

Source : DARES

²² GALLOIS, P. op.cit, p.24

Toutefois, l'établissement affiche un taux d'absentéisme un peu supérieur à celui des établissements de sa catégorie, selon les données Banque de Données des Hôpitaux de France (comparaison du nombre des jours d'arrêts entre 80 établissements, de 2004 à 2006).²³

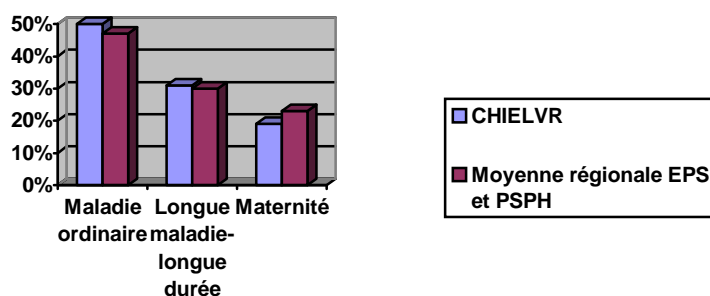
A l'échelon local, le tableau de bord social réalisé par l'ARH Haute-Normandie permettait de faire apparaître une légère surreprésentation de l'absentéisme au centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil, par rapport aux autres établissements de santé de la région, en 2007.

	Taux global d'absentéisme		2006		2007	
	2005					
	Avec congés mat	Sans congés mat	Avec congés mat	Sans congés mat	Avec congés mat	Sans congés mat
CHU et CH	10,23%	7,87%	10,21%	7,79%	9,59%	7,33%
PSPH	11,31%	8,40%	9,30%	7,64%	9,99%	7,76%
TOTAL	10,38%	8,07%	10,29%	8,02%	9,90%	7,69%
CHI					10%	

Source : DARES

La décomposition de l'absentéisme par catégories de personnels permet d'affiner la comparaison. Le CHIELVR affichait ainsi, en 2007, un absentéisme plus répandu chez les personnels soignants et éducatifs (79,6% des absences, contre 78,7% des absences au niveau moyen régional) ; et chez les personnels médicotechniques (4,4% des absences contre 3,2% au niveau régional). En revanche, les personnels administratifs et techniques avaient une moindre part dans les absences de l'établissement, que les autres personnels de même catégorie dans les établissements de la région (7,6% et 8,4% des absences, contre 8,1% et 10% au niveau moyen régional).

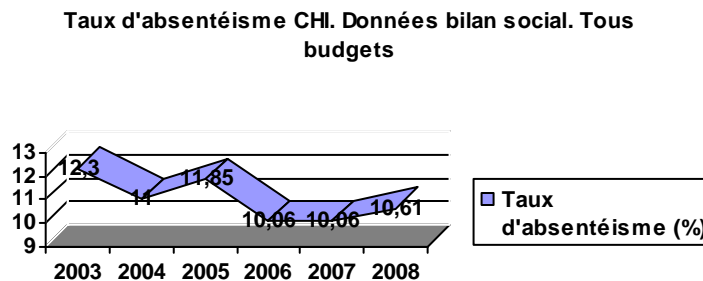
Enfin, le bilan social de l'ARH permet de comparer les motifs d'absences pour 2007.



²³ BDHF, Module RH, CHIELVR, 2006. « Ratio 010 : Absences des personnels non médicaux toutes catégories pour toutes causes médicales (en jours) »

Le coût des absences doit également être mesuré. Le coût des personnels employés pour des remplacements au Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil s'élevait à 2,855 millions d'euros en 2008, soit 7% des dépenses de personnel médical et paramédical, tous budgets confondus²⁴. A ces dépenses de remplacements (heures supplémentaires, intérim), s'ajoutent les charges liées au régime spécial des fonctionnaires : traitement, couverture des frais d'hospitalisation et forfait hospitalier, prise en charge des soins médicaux et produits pharmaceutiques, coûts des personnels d'encadrement, des personnels de la DPRS, de l'assistante sociale, pour le temps consacré à la gestion des absences. Les conséquences sociales de l'absentéisme sont plus difficiles à quantifier (désolidarisation du groupe, démobilité des agents), de même que les « coûts de la non qualité »²⁵ (risque d'engagement de la responsabilité en cas d'entorses à l'égalité de qualité des soins pour tous).

L'évolution de l'absentéisme doit enfin être décrite. L'absentéisme a enfin connu une baisse régulière au cours des dernières années, au CHI, avec par exemple un raccourcissement de la durée des congés de longue maladie et congés de longue durée. Toutefois, 2008 a un peu infléchi la tendance. Le taux d'absentéisme global avait en effet augmenté à 10,61% (hausse du phénomène en MCO, recul constant en revanche dans le secteur de gériatrie au cours des trois dernières années).



Source : Données bilan social CHIELVR, 2008,

B) L'engagement dans une politique de présentéisme

- *Une politique adaptée au contexte de chaque secteur*

Une action importante a été menée auprès du pôle gériatrie. Il connaissait un effet tendanciellement le taux d'absentéisme le plus élevé de l'établissement. La politique de

²⁴ CHIELVR, Bilan social 2008, p.38

²⁵ GALLOIS P., op. cit., p. 27

présentéisme a pris la forme d'une titularisation des agents contractuels, qui a permis de fidéliser les personnels et contribué à faire baisser le taux d'absentéisme à 11% en 2008 (derrière trois autres pôles).

Par ailleurs, des actions ponctuelles de résolution des conflits ont été menées par le biais d'un groupe pour la prévention de la souffrance au travail. Celui-ci intervient dans des situations de tensions importantes dans une équipe, pour lesquelles on estime qu'une expertise extérieure est nécessaire.

- *Quelle valorisation de l'assiduité ?*

Le système de valorisation financière de l'assiduité au travail entre dans ce que Steers et Rhodes évoquent par la notion de « reward system », de système de récompense. A l'heure actuelle, au CHI, la prime de service est en partie distribuée entre les agents selon des critères d'assiduité. Sa masse est en effet calculée à partir des traitements indiciaires perçus par les agents titulaires et stagiaires (hors personnels de direction et agents bénéficiant de la prime de technicité), à hauteur de 7,5% de ces traitements. La prime est ensuite distribuée, selon des critères de note, d'indice majoré et de pourcentage de temps rémunéré. Surtout, l'agent ne doit pas avoir été absent plus de 140 jours. Un abattement de 1/140^e est en effet appliqué sur le montant de la prime versée, pour chaque jour d'absence pour maladie ou congé congé exceptionnel enfant malade.

Une autre version de la valorisation financière de l'assiduité était en débat au moment de mon stage dans l'établissement. Il s'agit alors de distribuer une part de la prime de service aux agents ayant été absents moins de 10 jours. Cette piste sera abordée dans la troisième partie de cette étude.

- *Des actions « exemplaires » en matière de retour à l'emploi*

Enfin, l'établissement s'est lancé dans une politique de gestion de l'inaptitude. Elle répond à l'obligation de reclassement qui incombe à l'employeur, selon le principe général du droit dégagé par le Conseil d'Etat dans l'arrêt de 2002 « Chambre de commerce et d'industrie de Meurthe-et-Moselle »²⁶. Les actions entreprises font l'objet d'un axe du

²⁶ CE, 2 octobre 2002, appliquant l'article L. 122-24-4 du Code du Travail. « Principe général du droit, dont s'inspirent tant les dispositions du code du travail relatives à la situation des salariés qui, pour des raisons médicales, ne peuvent plus occuper leur emploi que les règles statutaires applicables aux fonctionnaires, que lorsqu'il a été médicalement constaté qu'un salarié se trouve de manière définitive atteint d'une inaptitude physique à

projet social 2006-2010. La politique de retour à l'emploi du CHI a enfin été consacrée comme une « action exemplaire » par la Haute Autorité de Santé, lors de la campagne de certification de 2007.

Une **commission interne de retour à l'emploi pluridisciplinaire** a, d'une part, vu le jour en 2006. Elle s'est vue confier trois grands objectifs :

- maintenir le contact, face au constat selon lequel, en 2004, 80 agents n'avaient pas fréquenté l'établissement depuis 5 ans. Des documents d'information sont adressés aux agents en arrêt de travail depuis plus de deux mois (hors congé maternité) : courrier de présentation, charte de confidentialité signée par les membres de la CIRE, tableau sur les instances départementales consultatives selon la pathologie, tableau sur les droits à traitements.

- anticiper les retours. La CIRE suit la situation des agents relevant du comité médical ou de la commission de réforme. Elle étudie les postes libérés par les agents reclassés partant en retraite. Les agents sont également reçus régulièrement par la directrice du personnel et la médecine du travail, afin d'envisager au mieux les aménagements de poste adaptés.

- accompagner le retour. La commission privilégie les retours en temps partiels thérapeutiques (pendant la durée du TPT, le rattachement budgétaire des agents ne se fait pas sur le pôle). Elle cherche également à créer un parcours individuel de reprise et à axer la communication sur les aptitudes de l'agent. Elle accompagne enfin l'adaptation de l'agent au nouveau poste (formation, ergonomie, achat de matériel), et rédige les profils de postes.

La CIRE est composée de 12 membres titulaires, issus de la direction du personnel, de la direction des soins, de la médecine du travail, des partenaires sociaux, du service social/représentant CGOS, du service de la formation continue, des directions fonctionnelles (accueil-qualité et services techniques et hôteliers), des services de soins et secrétariats médicaux. Doivent être obligatoirement présents : le directeur du personnel, le directeur des soins et le médecin du travail. La CIRE se réunit à un rythme mensuel (bi-mensuel depuis le départ du médecin du travail en septembre 2009).

La lutte contre l'absentéisme par l'action de la commission interne de retour à l'emploi s'accompagne d'une part, de la mise en place d'une gestion prévisionnelle des

occuper son emploi, il appartient à l'employeur de la reclasser dans un autre emploi et , en cas d'impossibilité, de prononcer dans les conditions prévues pour l'intéressé, son licenciement ».

Art. 63 de la loi du 11 janvier 1984 : « Lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leur fonction, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste n'est pas possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps »

emplois et des compétences, et d'autre part du repérage des risques professionnels pour chaque secteur. Ce dernier volet passe par la constitution et la mise à jour d'un « document unique ».

D'autre part, la politique de maintien et de retour dans l'emploi est passée par la conclusion d'une convention avec le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique. Ce dernier a financé, à hauteur de 127 337€ en 2008, les actions visant à l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées, dans le cadre de la loi du 11 février 2005. Il a ainsi couvert un aménagement de poste pour des agents déficients auditifs, l'aménagement d'un poste de secrétaire médicale en imagerie, l'accompagnement d'un personnel amnésique dans sa reprise du travail, des formations dans le cadre de reclassements, la formation d'une infirmière de médecine préventive en ergonomie.

L'analyse de l'absentéisme du pôle femme-mère-enfant étant resituée dans le contexte de l'établissement et de sa politique institutionnelle, il convient à présent d'envisager les enjeux de la hausse des absences du pôle en 2008.

1.2.2 Le pôle femme-mère-enfant, contexte de la hausse de l'absentéisme en 2008

A) Le pôle femme-mère-enfant, une constitution récente

Le pôle femme-mère-enfant a été constitué en 2007 par le rapprochement du service de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique. Il est le fruit d'une précédente fusion de ces deux services, dissoute un temps puis réorganisée sous forme de pôle.

Il est constitué aujourd'hui de l'ensemble des services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie, soit :

- pour la gynécologie-obstétrique :
 - un secteur d'obstétrique de 38 lits (unité 15)
 - un secteur de gynécologie (6 lits délocalisés en chirurgie)
 - un secteur de consultations programmées gynéco-obstétriques
 - 3 lits d'HDJ situés en chirurgie
 - un bloc obstétrical (4 salles d'accouchement, 2 chambres prépartum, 1 salle de réanimation nouveau-né, 1 salle de consultation, 1 salle d'amniocentèse, 1 salle d'échographie)
 - un secteur d'urgences gynécologiques (urgences adultes)
 - un centre périnatal de proximité (site de Louviers).

- pour la pédiatrie (enfants de 0 à 16 ans révolus):
 - un secteur de pédiatrie : 12 lits en unité 25
 - un secteur d'urgences pédiatriques médicales
 - un secteur de néonatalogie (6 box)
 - un secteur de consultations programmées pédiatriques.

B) Le pic d'absentéisme chez les personnels non médicaux en 2008

Le pôle femme-mère-enfant regroupait, en 2008, 8% des personnels non médicaux du centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil, soit un effectif moyen annuel de 128,47 ETP (rémunérés au 31/12/2008). En outre, après retraitements des effectifs dans le cadre de l'étude, l'unité de gynécologie obstétrique comptait, en 2008, 77,8 ETP non médicaux. Le service de pédiatrie représentait quant à lui 44,7 ETP.

En 2009, le nombre d'équivalents temps plein au tableau des emplois permanents s'élevait par ailleurs, pour l'ensemble du pôle, à 15,52 ETP médicaux (hors internes et FFI).

L'évolution de l'activité du pôle et de ses effectifs, entre 2008 et 2009 est retracée dans le tableau suivant :

	Activité		
	01-05/2008	01-05/2009	Var
Entrées	2 030	2 100	3,4% ↗
Journées	10 415	10 637	2,1% ↗
DMS	3,73	3,63	-2,7% ↘
Tx Occup.	107,10%	110,20%	2,9% ↗
Dépenses (k€)			
Personnel	3 224,58	3 362,63	4,3% ↗
P. Non Médical	2 380,02	2 357,13	-1,0% ↘
P. Médical	844,56	1 005,5	19,1% ↗
Médicales	198,4	215,22	8,5% ↗
Hotelieres et Générales	131,82	227,49	72,6% ↗
Ressources humaines			
ETP Permanent non médical moyen	118,92	117,97	-0,95
Nombre de mensualités de remplacement.	49,5	36,76	-12,74
Nombre d'emplois aidés	9,13		-9,13

Après avoir retracé le contexte du pôle en 2008, il convient de donner les grandes caractéristiques de l'absentéisme qui a pu y être observé en 2008.

	2007			2008			2009
	EMA	Moyenne jours absence/agent	Taux d'absentéisme	EMA	Moyenne j absence /agent	Tx absme (%)	Taux d'absentéisme (%)
MATERNITE	73	26	12,6%	77,8	35,8	17,32%	
PEDIATRIE	43	32,52	15,7%	44,3	30,9	14,95%	
PÔLE	116	28,4	13,8%	↗ 122,1	↗ 34	↗ 16,46	↘ 9,43
CHI tous budgets	1431	20,8	10,1%	1515	21,9	10,6%	
Budget Hôpital	1170	20,3	9,8%	1234	21,9	10,6%	

Source : Business Objects, CHIELVR

L'absentéisme a fortement diminué entre 2008 et 2009 (-43% en juillet 2009, absentéisme cumulé, par rapport à juillet 2008). Le taux est en effet passé de 16,66% à 9,43%. Ce

recul apparait d'autant plus important que l'activité s'est intensifiée entre les deux années :

- Moins de personnel... : La hausse des dépenses de personnel du pôle (+4,3%) a concerné le personnel médical (+19,1% de dépenses). Les dépenses en personnel non médical ont en revanche baissé de 1%. Les effectifs permanents non médicaux sont en revanche passés de 118,92 ETP de janvier à mai 2008 ; à 117,97 ETP pour les 5 premiers mois de 2009.
- ...pour plus d'activité : hausse du nombre d'entrées et du taux d'occupation ; baisse de la DMS.

2 Diagnostiquer : réaliser une analyse des facteurs objective et concertée

Le diagnostic de l'absentéisme du pôle femme-mère-enfant du Chi d'Elbeuf-Louviers/ Val de Reuil s'est en partie appuyé sur l'idée que la participation des acteurs à l'examen d'un problème complexe, pouvait constituer un premier pas vers sa résolution. Cette idée apparaît notamment dans la méthode d'Ishikawa de gestion de la qualité. L'étude s'est ici appuyée sur une grille d'analyse ayant vocation à objectiver l'impact de chaque facteur d'absentéisme recensé. Elle doit également permettre un suivi du phénomène dans les années à venir. Cette grille distingue les facteurs attribuables aux caractéristiques de la population de professionnels concernés (2.1.), ou à leur environnement de travail (2.2),

2.1 L'analyse de la composition de l'équipe : une population plus ou moins sujette à absentéisme ?

L'analyse des facteurs d'absentéisme liés aux caractéristiques particulières des agents, a suivi une grille distinguant deux grandes catégories : données démographiques (2.1.1) et données culturelles (2.1.2).

2.1.1 Des personnels aux extrêmes de la pyramide des âges, féminins, parfois usés

Il s'est agi ici d'étudier l'influence du genre, de l'âge, de la situation professionnelle (précarité et grade), de la fragilité physique et de la fragilité sociale sur l'absentéisme.

A) Le genre : impact de la proportion importante de personnels féminins

Tout d'abord, le genre des agents du pôle a joué un rôle dans l'absentéisme 2008, à travers les congés maternité, les congés de présence parentale et les autorisations de garde d'enfants malade.

- *Des congés maternité en proportion importante et impliquant des absences longues*

Concernant les congés maternité, leur nombre, leur proportion dans l'ensemble des arrêts de travail, et au-delà, la durée de l'ensemble des congés liés à un congé maternité ont été analysés. La première conclusion a été celle d'un taux d'absentéisme pour congé maternité plus élevé dans le pôle FME que dans l'ensemble de l'établissement. Il s'agissait en 2008 du deuxième motif d'absences du pôle, soit 29% des journées d'absence, contre 20,52% au niveau de l'établissement. La soustraction des congés maternité et liés à un congé maternité de l'ensemble des absences, faisait chuter le taux d'absentéisme à 6,75%. L'explication peut tenir dans la présence d'une population d'IDE et de sages-femmes plus jeunes.

La deuxième conclusion tenait à l'impact global des congés maternité sur l'équipe. Les cadres avaient en effet signalé, de façon unanime dans l'établissement, la difficulté à organiser les équipes en cas d'absences prolongées, avant et après le congé maternité. Au cours des entretiens menés en juin, la pratique d'un congé allaitement avait également été évoquée. L'encadrement de pédiatrie avait, courant 2008, interpellé la direction du personnel sur ces arrêts de travail post congés maternité, qui ne correspondaient pas à une catégorie réglementaire.

Le pôle femme-mère-enfant se place dans une position classique concernant les congés de maternité. A titre de comparaison, un collectif d'auteurs de l'UFR de médecine d'Angers s'est par exemple attaché à étudier l'« évolution en vingt ans » du « déroulement des grossesses du personnel » au CHU d'Angers. Les médecins du travail ont ainsi suivi les grossesses des personnels de l'établissement et les ont comparées à celles qu'une autre étude avait décrites, vingt ans plus tôt (données sur la grossesse, les suites de couches, la reprise du travail, la situation socioprofessionnelle). Les résultats sont intéressants à plusieurs titres. Pour ce qui nous concerne, il peut notamment être mentionné que, si les pathologies au cours de la grossesse ont peu évolué en vingt ans, le taux d'absentéisme des femmes enceintes a largement augmenté à Angers. Pour l'échantillon de personnel du CHU, la durée des arrêts de travail pour congé maternité est ainsi passée de 21,4 semaines en 1982 à 26,8 semaines en 2002. L'arrêt de travail plus précoce est donc privilégié par rapport aux aménagements de poste.

Dans le pôle FME du CHI d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil, la durée des congés maternité a fait l'objet d'une attention particulière. Concernant les congés maternité en tant que tels, la durée moyenne d'arrêt par an s'élevait à 107,57 jours en maternité (soit 21 semaines) ; et à 80,13 jours en pédiatrie (soit 16,23 semaines). Ces durées ne

traduisaient pas d'anomalies notables au regard des dispositions statutaires²⁷ : 16 semaines pour le premier et le deuxième enfant, 26 à partir du troisième enfant et 34 à 46 semaines pour les naissances multiples, pour les agents titulaires, stagiaires et contractuels justifiant de 6 mois de service.

Pour aller plus loin dans le diagnostic, la durée totale des absences liées à une maternité a été calculée, en incluant les arrêts liés à d'autres motifs, pris juste avant et juste après un congé maternité. Cette durée totale s'élevait pour 2008 à 184,57 jours en maternité (36,9 semaines) et 144,5 jours en pédiatrie (28,9 semaines). Le constat est donc particulièrement marquant pour la maternité. Non seulement les six semaines supplémentaires de congés pour couches pathologiques, sont très largement prescrites aux personnels soignants. Mais l'encadrement doit aussi prendre en compte, à l'annonce d'un arrêt pour maternité, les arrêts de travail pour maladie ordinaire accordés très précocément. « On ne voit plus de ventres ronds dans les services de soins », traduisait une cadre du pôle de chirurgie-anesthésie, au cours d'un entretien au mois de mai.

- *Le recours aux congés de présence parentale*

Les **congés de présence parentale** ont également impacté l'absentéisme 2008. Ils n'ont cependant pas représenté de coût financier direct pour l'établissement (financement Caisse d'Allocation Familial), mais ils ont constitués un élément supplémentaire de complexité dans la gestion des plannings de l'équipe. Ainsi, sur quatre agents placés en congé de présence parentale en 2008, trois exerçaient au sein du pôle FME²⁸. Le recours à ce type de congé a pu poser des problèmes d'articulation entre vie personnelle et professionnelle, quand les enfants des agents étaient hospitalisés dans leur propre service. Selon l'encadrement du pôle, l'affichage d'une difficulté personnelle face aux collègues, pouvait également poser un problème d'intégration dans l'équipe de ces agents régulièrement absents.

- *Les autorisations spéciales d'absence « enfant malade »*

²⁷ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, art.41.
Art. L.1125-16 et suivants du Code du Travail

Circulaire FP/4 n°1864 du 9 août 1995 relative au congé de maternité ou d'adoption et autorisations d'absences liées à la naissance pour les fonctionnaires et agents de l'Etat

²⁸ Annexe 1. DERENNE O., LAMY Y.; *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*, Editions ENSP, 9 édition, mai 2007, p.63

Les **autorisations de garde d'enfant malade**, enfin, n'ont pas représenté de difficultés particulières de gestion. 40 jours d'arrêts de moins de six jours ont été accordés à ce titre, en 2008, soit 0,96 % des journées d'absences du pôle. Les règles relatives à ces types de congés sont rappelées dans le Guide de l'Organisation du Temps de Travail et par l'encadrement.

B) L'âge : des personnels aux extrêmes de la pyramide des âges

- *Un facteur incertain, malgré l'impact général du vieillissement de la population*

Pascal Gallois étudie l'impact du facteur âge au niveau national²⁹: « Le vieillissement de la population salariée est [...] une des causes principales [de la hausse de l'absentéisme au cours des dernières années]. En effet, les plus de 55 ans représentent plus de 10% de la population active alors qu'ils cumulent à eux seuls 16% des arrêts de courte durée et 21% de l'ensemble des arrêts longs ». Toutefois ce critère est immédiatement nuancé : les moins de 40 ans sont deux fois moins longtemps absents mais à une fréquence quasi égale à celle de leurs aînés.

- *Des personnels à la fois plus âgés et plus jeunes dans le pôle FME*

Le facteur de l'âge apparaît particulièrement prégnant dans le pôle FME. Il regroupe en effet une population jeune d'IDE et de sages-femmes. En 2008, la moitié environ des sages-femmes et des IDE avaient moins de 31 ans (alors que seulement 28% de l'ensemble des personnels non médicaux du pôle appartenaient à cette tranche d'âge). Il s'agissait donc de personnels chez lesquels le taux de congés maternité était potentiellement plus important. En revanche, la moitié des aides-soignants-auxiliaires de puériculture avaient plus de 46 ans (contre 32,8% de l'ensemble des personnels du pôle). Ces agents peuvent donc être plus sujets à l'usure professionnelle. Toutefois, si ce facteur a pu jouer sur le taux d'absentéisme, il convient d'approfondir la réflexion par une analyse par grade. Les données d'âge ne peuvent en effet avoir changé massivement entre 2008 et 2009, alors que le taux d'absentéisme a chuté de 40%.

²⁹ GALLOIS P., op. cit., p. 22

C) La situation professionnelle : un absentéisme inversement proportionnel au grade et à la sécurité de l'emploi ?

- *Des problématiques différentes entre la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie*

D'une part, **l'absentéisme par grade** a été analysé. L'idée de départ, largement exprimée lors des entretiens de printemps, était celle d'un absentéisme inversement proportionnel au niveau de diplôme. La réalité du pôle FME est apparue plus complexe.

Tout d'abord, une césure assez nette apparaît entre le taux d'absentéisme des AS (23,6%) –ASH (19,7%) ; et celui des sages-femmes et des IDE. Mais l'explication par le niveau de diplôme était imparfaite. Des spécificités propres à chaque unité sont en effet apparues. Elles confirmaient l'impression d'un absentéisme de nature différente entre la maternité et la pédiatrie. En outre, le taux d'absentéisme des secrétaires médicales était également très faible (3,6%, pour un effectif cependant difficilement analysable de seulement 4,2 ETP).

- La problématique de l'absentéisme s'est révélée moins prégnante chez les sages-femmes et les IDE.

Pour les IDE, d'une part, le taux d'absentéisme de 16,6% cachait en effet un taux proche de la moyenne de l'établissement en pédiatrie (11%), grevé par un taux de 134% sur 0,9 ETP de puéricultrice en maternité. Quant aux sages-femmes, elles affichaient un taux d'absentéisme de 8,5%, inférieur à celui de l'ensemble du CHI, pour un effectif de 32 ETP. Ces personnels étaient sous-représentés dans l'absentéisme de la maternité : 13,6% des journées d'absence pour 27,5% de l'effectif de l'unité. Et leur premier motif d'absence confirmait l'influence de l'âge peu élevé des sages-femmes : 62% de leurs journées d'absence étaient en effet dues à des congés maternité.

- L'autre groupe identifié, celui des agents les moins diplômés, AS et ASH, a également été analysé en détail.

Les aides-soignants avaient connu une surreprésentation de l'absentéisme (53% des journées d'absence du pôle pour seulement 39,9% des effectifs).

Mais la problématique était plus prononcée en gynécologie-obstétrique, avec un taux d'absentéisme de 26% sur 31 ETP, et une surreprésentation des AS particulièrement forte (60% des journées d'absence de l'unité, pour 40% de l'effectif).

Dans cette unité, les aides-soignants avaient connu un grand nombre de jours d'arrêts

pour CLM ou CLD (23,7% et 15,2% des jours d'absence de leur grade). Cette donnée indiquait la présence importante de personnels marqués par l'usure professionnelle, notamment en raison de leur âge plus élevé. Mais le deuxième motif d'absence des AS de maternité, le congé maladie ordinaire première période, pouvait indiquer une certaine déconstruction de la solidarité de l'équipe.

En pédiatrie, les motifs d'absence des AS étaient plus variés et leur taux d'absentéisme plus faible (19%, même s'ils représentaient 45% des jours d'arrêts de travail de l'unité, pour seulement 35% des effectifs). Toutefois, des indices d'une certaine usure professionnelle apparaissaient également. Le premier motif de congé était les congés maladie ordinaire, première période, avec toutefois une part conséquente de CMO 2^e période³⁰, et de CLM à hauteur de 26% des journées d'absence. Spécificité de la pédiatrie, les AS y avaient également été absents pour congé maternité-paternité-adoption (28% des journées d'absence).

Quant aux agents des services hospitaliers, ils ont surtout connu un absentéisme important en pédiatrie (28% pour un effectif de 4,7 ETP). A noter que leur taux d'absentéisme, bien qu'inférieur à celui du pôle s'élevait quand même à presque 15% en maternité, en majorité en raison de CMO première période. En pédiatrie, les ASH représentaient 20% des journées d'absence de personnels de l'unité, pour seulement 10% de l'effectif, soit une nette surreprésentation dans l'absentéisme. Ces personnels avaient été majoritairement en congés maladie (première période : 29% et deuxième période : 13% du total de leurs jours d'absence). Mais leurs arrêts de travail étaient également dus à des congés maternité.

D'autre part, une **analyse par statut** a été conduite. L'absentéisme a diminué avec le niveau de sécurité de l'emploi, en 2008 dans le pôle FME. Les agents titulaires avaient connu un absentéisme de 17,6% pour 90 ETP, contre 6,1% pour les agents « contractuels permanents », c'est-à-dire en CDI ou CDD sur poste vacant (12,3% pour les agents en CDI). Le taux chutait à 4,2% pour les CDD sur mensualités de remplacement, les plus précaires.

D) La fragilité physique : un facteur clé de l'absentéisme du pôle

³⁰ Passage à demi-traitement au bout de 90 jours de congé maladie ordinaire, ou 2/3 de traitement si l'agent a trois enfants à charge

- *Les agents reclassés : un taux d'absentéisme moyen plus élevé n'engendrant pas automatiquement de difficultés organisationnelles*

Au cours des entretiens menés entre avril et juillet, avec les partenaires sociaux, l'encadrement des autres pôles de l'établissement et dans le pôle FME, la proportion importante d'agents fragiles avaient en effet été fréquemment signalée. Il s'agissait ici indirectement pour les acteurs d'évaluer une conséquence du travail de la Commission interne de retour à l'emploi. En effet, selon les avis les plus répandus, les agents étaient reclassés plus souvent dans le pôle femme-mère-enfant, en raison d'une pénibilité du travail réputée moindre (moins de charges lourdes). Selon l'encadrement du pôle FME, cela représentait une source d'absences importante, de la part d'agents fragiles, et une difficulté de gestion de leurs inaptitudes, au sein de l'équipe.

Les données chiffrées recueillies ont aidé à objectiver le facteur « fragilité physique ». Le premier constat a été celui d'un taux d'absentéisme plus élevé chez les agents suivis par la CIRE ou sur poste financé par le Fonds d'Insertion des Personnels Handicapés. Il s'élevait en effet à 43,3% en 2008 dans le pôle FME. Mais cet état de fait cachait, d'une part, une méconnaissance de ces agents. La première démarche a en effet consisté à recenser précisément les agents suivis par la CIRE, et ceux placés sur un poste financé par le FIPH. Cet effectif représentait 8 agents en pédiatrie, 11 en maternité. La deuxième étape a consisté dans le recensement, grâce au travail du service social du CHI, des agents âgés de plus de 45 ans, et de l'ancienneté de chacun. L'objectif était de mettre en lumière les caractéristiques réelles de ces agents, souvent stigmatisés.

Le constat final est celui d'un absentéisme conséquent des personnels suivis par la CIRE ou sur poste aménagé : 624 jours d'absence en pédiatrie, 1515 jours d'absence en maternité ; soit, en moyenne par agent, 78 jours et 138 jours (contre 38 jours d'absence en moyenne par agent pour l'ensemble du pôle). Mais l'absentéisme de ces personnels n'apparaît pas forcément désorganisant pour l'équipe. En effet, il concerne souvent des arrêts de longue durée, facilement prévisibles par l'encadrement (CMO première et deuxième période enchainés, CLM, CLD).

Enfin, le portrait de l'agent sur poste reclassé ou suivi par la CIRE oubliait certains agents, non repérés par l'encadrement en première analyse, à l'absentéisme très faible. Leur intégration dans l'équipe et leur adaptation à leur poste est visiblement réussie.

- *Les congés longue maladie et congés longue durée*

Enfin, la fragilité physique des personnels ne se traduisait pas en 2008 par une part importante des CLM et CLD sur l'ensemble des journées d'absence. En revanche, ils étaient concentrés, on l'a dit, sur les aides-soignants, surtout en maternité.

E) La fragilité sociale : un facteur difficile à analyser

Les difficultés d'articulation de la vie professionnelle et personnelle ont été interrogées. Il s'agissait ici d'examiner l'existence d'éventuelles difficultés d'articulation entre vie personnelle et vie professionnelle. Mais le nombre d'enfants par agents, seul indicateur réellement accessible, en concertation avec le service social et la DPRS, n'est pas apparu très concluant. Les personnels du pôle FME se situait en 2008 dans une situation médiane, par rapport aux autres pôles, en ce domaine. Mais il aurait été nécessaire de pousser la comparaison avec un pôle similaire, et de recouper les données avec les agents suivis par le service social.

2.1.2 La piste à suivre des facteurs culturels d'absentéisme

L'impact des caractéristiques particulières du personnel non médical du pôle FME, sur l'absentéisme en 2008, a également été examiné. Des constats ont pu être tirés, quant à l'écart d'ancienneté et de niveau de diplôme et à l'origine géographique des agents.

A) Les contrastes culturels : des écarts de niveaux d'étude et d'ancienneté

L'étude des facteurs culturels d'absentéisme a révélé une ancienneté plus importante des aides-soignants. En revanche, les sages-femmes en particulier, et les IDE, étaient plus récentes dans l'établissement. En découlaient, selon l'encadrement du pôle, des difficultés à renforcer les échanges et la solidarité entre ces deux groupes.

B) L'origine géographique des agents : infirmation de l'hypothèse

L'encadrement du pôle s'interrogeait sur les conséquences du transfert de la maternité de Louviers à Elbeuf, qui avait fait passer l'unité d'hospitalisation obstétrique de 29 à 38 lits. Les difficultés éventuelles des agents originaires de Louviers à s'adapter au rythme de travail plus soutenu avaient été évoquées.

En réalité, ces agents, originaires du site de Louviers, ont été moins absents que la moyenne du pôle en 2008. Le taux d'absentéisme de chacun des trois agents concernés allait en effet de 0,5% à 10%.

Les facteurs d'absentéisme liés aux caractéristiques des agents du pôle femme-mère-enfant ont ensuite été mis en regard des éventuels éléments fragilisants liés à l'environnement de travail.

2.2 L'analyse de l'environnement de travail : un contexte fragilisant ?

Le rôle du contexte de travail dans l'absentéisme complète l'analyse centrée autour des caractéristiques des agents. Il est plus difficilement objectivable par des données chiffrées. Il s'agit ici davantage de mesurer le bien être des agents dans l'équipe de travail ou les malaises et insécurités porteuses d'absentéisme. L'étude a porté sur les conditions et l'organisation du travail (2.2.1). La participation des agents au « sens de l'action »³¹, par la circulation de l'information et l'implication dans la vie du pôle, a aussi été analysée (2.2.2).

2.2.1 L'étude des conditions et de l'organisation du travail : des conclusions inattendues

A) Une pénibilité du travail à étudier

- *Des conditions de travail réputées moins pénibles*

Au sein de l'établissement, le travail au sein du pôle femme-mère-enfant est réputé comme moins pénible physiquement que dans d'autres pôles. Plusieurs explications ont été avancées lors des entretiens avec les cadres des autres pôles et la médecine du travail en juin 2009. D'abord, les charges lourdes sont réputées moins fréquentes. Ensuite, l'aspect valorisant du travail autour de la naissance et avec des enfants a également été avancé. Enfin, la moindre proximité avec les décès semblait alléger la charge psychologique du travail. Un audit mené en juin

³¹ COURTAIS A., op. cit, p.53

1997 dans le service de maternité par un cabinet de consultants extérieurs citait, parmi les « sujets de satisfaction » évoqués par les agents³² :

- « la joie de la maternité ». Le cabinet mentionnait ici que 100% des aides-soignantes et 50% des sages-femmes interrogées avaient déclarées apprécié « le contact avec les mamans et les bébés » et affirmaient être « contentes de travailler dans une maternité, un service où les gens ne sont pas malades ».
 - « les moyens matériels ». 66% des aides-soignantes et 80% des sages-femmes citaient l'aspect positif des « horaires, du matériel et des locaux », ainsi que la « qualité du plateau technique » en salle de naissance.
- *L'étude des conditions de travail : des conclusions inattendues*

Des questionnaires soumis par la médecine du travail à une quarantaine d'agents de la maternité en 2008 ont permis d'actualiser certains constats. Ils avaient pour but de retracer le ressenti des agents sur le stress au travail. Une analyse complète aurait nécessité l'extension de l'enquête à l'ensemble des agents, y compris en pédiatrie. Cela a été rendu impossible par les contraintes de temps du service de médecine du travail, qui devait retraiter ces données soumises au secret médical. Le nombre d'agents interrogés est donc limité (environ 40) mais cette enquête fournit de premiers éléments d'analyse.

Au regard des chiffres généraux, les difficultés de manutention n'apparaissent effectivement pas comme un des facteurs principaux de la pénibilité du travail. Pas plus que la configuration architecturale des locaux. Toutefois, cinq agents de nuit ont particulièrement évoqué des difficultés, notamment pour le brancardage des lits, couplées à une contrainte temporelle importante. Le travail des aides-soignants semblent présenter des facteurs de pénibilité particuliers, d'autant que ces personnels ont une moyenne d'âge plus élevée.

Pour une majorité des agents, les facteurs de pénibilité sont surtout la contrainte temporelle et la charge mentale de leur travail. Sur 39 agents ayant répondu sur ce thème, 31 estimaient ainsi subir une contrainte de temps moyenne

³² EOZENOU D., HELMAN A., *Centre hospitalier d'Elbeuf, Audit du service de maternité*, SANESCO-DRM, juin 1997, 17 p. Audit auprès de 51 personnes reçues en entretien en mai 1997, soit 91% de l'effectif total du service : les 4 secrétaires, les 5 médecins, 18 sages-femmes (sur 22), 16 aides-soignantes (sur 18), 3 agents hospitaliers (sur 5), les 2 infirmières de gynécologie, l'infirmière puéricultrice, le cadre supérieur de chirurgie. 3 entretiens avec le chef de service.

à forte ; 25 considéraient que la charge mentale de leur travail était moyenne ou lourde.

En pédiatrie, même si l'on ne dispose pas de chiffres équivalents, la médecine du travail attribue les facteurs de pénibilité :

- au port de certaines charges lourdes. Le poids des lits pour enfants a été mentionné. Le système de ces matériels semblait peu adapté à la manutention. Les lits de néonatalogie ont d'ailleurs été renouvelés par la Direction des services techniques et hôteliers en 2009,
- à la charge psychique du travail avec des enfants malades,
- au stress des relations avec des parents inquiets, notamment aux urgences pédiatriques,
- aux traumatismes que peuvent engendrer les décès de jeunes enfants sur les professionnels.

B) L'organisation du travail : des éléments perfectibles

- *Des arrêts de courte durée réguliers surreprésentés*

Il s'agissait ici d'objectiver le volume de ces arrêts que l'encadrement citaient comme particulièrement désorganisant. Or on observe une sur-représentation des absences de moins de 6 jours sur l'ensemble des absences dans le pôle FME, en 2008. Le pôle représentait en effet 9,24% des arrêts de moins de 6 jours de l'établissement, alors qu'il ne regroupe que 8% des personnels non médicaux du CHI. D'autres pôles sont toutefois davantage marqués par cette surreprésentation : le pôle médecine et spécialités médicales (17,89% des arrêts de moins de 6 jours pour 16% des PNM) et le pôle administratif (17,34% de arrêts de moins de 6 jours pour 16% des PNM). Ces arrêts de courte durée sont en partie des arrêts répétés : il s'agit pour le pôle FME, de 46 arrêts, pour un total de 115 jours, qui ont concerné 25 agents.

Cet indicateur marque donc une difficulté supplémentaire dans la gestion des remplacements et des organisations quotidiennes. Toutefois, son analyse est complexe. Il peut en effet être un marqueur d'une démotivation des agents et d'une moindre solidarité du groupe. Mais ces arrêts réguliers de courte durée peuvent aussi être la marque d'un volontarisme, notamment chez des agents fragiles physiquement. Ils devraient, pour une analyse complète, être mis en regard, notamment, de la fréquence de maladies infantiles transmises aux personnels. Enfin, ces arrêts de moins de 6 jours ne représentent que 2,7% des journées d'absence du pôle.

- *Des imperfections dans la répartition des tâches*

L'audit mené en 1997 en maternité citait parmi les difficultés du service « une charge de travail vécue comme trop lourde pour maintenir la sécurité et la qualité à tout moment et en tout lieu ». Etaient en cause ici non pas les risques matériels liés au travail, mais l'organisation des équipes. 53% des personnes ayant participé à l'audit citaient « les problèmes d'effectifs et de charge de travail, en particulier en suites de couches, et au bloc obstétrical les jours où il n'y a pas de doublure. » 45% des personnes mentionnaient également le manque de compétences pour répondre aux questions des patientes, et l'isolement des personnels de nuit.

En 2008, des glissements de tâches au bloc obstétrical, la nuit, traduisent toujours certaines difficultés. Les auxiliaires de puériculture les plus anciennes apportent souvent leur aide aux sages-femmes les plus récentes. Ce point a été mentionné comme un élément positif de coopération dans l'équipe, mais aussi comme un facteur de stress.

Enfin, différents modes d'organisation des tournées de soins coexistent dans l'unité d'hospitalisation obstétrique, en maternité. Certains aides-soignants privilégient en effet un seul passage par chambre, au cours duquel ils réalisent l'ensemble des soins à la mère et à l'enfant. Ce mode de travail s'est opposé en 2008 à une organisation préexistante : d'autres agents, plus anciens dans le pôle effectuaient plusieurs passages dans les chambres, en binômes.

- *Des fluctuations d'activité à gérer*

Les fluctuations de l'activité dans le pôle sont également un facteur de complexité dans l'organisation du travail. En pédiatrie, l'activité se répartit inégalement dans l'année. Le taux d'occupation se situe pour 2008 autour de 70%, mais varie fortement selon les saisons. Aux urgences pédiatriques, l'activité a augmenté de 11% en 2008. Toutefois le lien entre charge de travail et absentéisme apparaissent complexes. En effet, on n'observe pas en 2009 de corrélation entre l'intensification de l'activité et la hausse du taux d'absentéisme.

- *Des éléments particuliers de fragilité : les ASH en pédiatrie*

En pédiatrie, les ASH sont en nombre restreint : 4,7 ETP. Leur taux d'absentéisme élevé rend difficile les remplacements.

Agents	Effectif Annuel (ETP)	Moyen	Taux d'absentéisme
ASH de maternité	9		14,9%
ASH de pédiatrie	4,7		28,5%
ASH du pôle FME	13		19,6%
MOTIFS		1. Maladie ordinaire (121 jours) 2. Congé maternité (87 jours) 3. Maladie professionnelle (71 jours)	

Source : Business Objects, CHIELVR

2.2.2 Le rôle clé du partage du sens de l'action

A) L'appartenance au groupe : un sentiment difficile à construire

Le sentiment de partager le sens de l'action tient au sentiment d'appartenance à l'équipe, grâce à des relations constructives, et à une circulation large de l'information.

- *Des relations entre agents bien ressenties, mais surtout développées au sein de certains grades*

Les relations entre les agents ont été analysées comme un premier élément traduisant la cohésion du groupe. Il s'agissait de mesurer l'impact de l'ambiance de travail sur la motivation de l'équipe.

Les questionnaires de la médecine du travail indiquent, pour les 40 agents de maternité, que le travail est perçu majoritairement comme intéressant, et que les relations avec les collègues sont appréciées par une majorité d'agents. Les relations avec la hiérarchie apparaissent satisfaisantes. En 1997, l'audit mené avait signalé la « forte cohésion à l'intérieur de certains groupes professionnels ». L'ensemble des secrétaires médicales affirmaient apprécier la « bonne entente » entre elles, de même que les aides-soignants de nuit, et l'ensemble des sages-femmes interrogées, qui soulignaient le « très bon travail d'équipe, l'entraide, la solidarité ».

Mais les contacts entre groupes professionnels apparaissent moins rapprochés. La maternité présente ainsi la particularité de la coexistence des sages-femmes, bénéficiant d'une formation médicale en PCEM1, avec des grades paramédicaux : infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers. La coopération de ces personnels avec les médecins et entre eux a été signalé

comme une difficulté par l'encadrement. L'audit de 1997 apporte des éclairages intéressants, même si les constats ont évolué depuis cette époque. 55% des personnes ayant participé à l'audit signalaient des « problèmes relationnels entre les sages-femmes et les aides-soignantes », dus à des « conflits de pouvoir et des problèmes de reconnaissance ». Le « manque de coordination » entre les métiers était également mentionné en 1997 comme portant atteinte à la prise en charge globale mère-enfant.

Toutefois, depuis 1997, certaines avancées ont été soulignées. La reconfiguration des locaux permet aujourd'hui une meilleure collaboration entre les agents. En pédiatrie, le travail est réalisé par des binômes aides-soignants auxiliaires de puériculture / IDE puéricultrice, en néonatalogie.

- *Une circulation de l'information organisée, une participation des agents à renforcer*

La circulation de l'information et la participation de chacun à sa production ont également été étudiées. Elles sont organisées dans le pôle à travers des réunions régulières :

- Le bureau de pôle : Il se déroule après chaque conseil exécutif et regroupe le trio de pôle, les cadres et les médecins (responsables d'unités fonctionnelles ou non en pédiatrie). Il ne comporte pas d'ordre du jour prédéfini et semble être surtout le lieu de transmission d'informations entre médecins.
- Le conseil de pôle regroupe davantage d'agents avec les médecins responsables d'unité fonctionnelle, les quatre cadres, et les représentants métiers. L'ordre du jour regroupe des sujets institutionnels en matière d'activité, de ressources humaines...) Il a été l'occasion en 2008 d'une communication de la cadre administrative sur l'absentéisme du pôle (mensualités de remplacement, hausse des absences, emplois permanents). Mais le conseil de pôle ne se tient que deux fois par an.
- Les conseils de service se tiennent tous les deux mois. Mais la cadre supérieure du pôle évoquait la difficulté à faire participer les agents dans leur préparation.
- Enfin, des « transmissions » sont effectuées par les cadres avec les agents manquaient dans l'organisation. En pédiatrie, elles ont été instaurées par le cadre en 2009. Elles se tiennent à présent deux fois par semaine, auprès de l'équipe du matin et de l'équipe de l'après-midi des trois unités (urgences, pédiatrie, néonatalogie). Un compte-rendu de ces échanges est envoyé aux équipes de nuit.

Les échanges avec les cadres ont toutefois soulignés une faible implication des agents dans ces réunions.

B) L'encadrement : clé de voûte de la gestion de l'absentéisme et du présentéisme

- *Le rôle des cadres : « résoudre ce qui n'était pas prévu »*

Le rôle du cadre dans la gestion des absences est essentiel. Le Guide de l'Organisation du Temps de Travail du CHIELVR rappelle ainsi la nécessité de « coordination des absences au sein d'une même direction ou d'un pôle. Le suivi du respect de cette modalité est assuré par l'encadrement supérieur. »³³

Le rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, présenté par Chantal de Singly à la ministre de la santé et des sports, le 11 septembre 2009, souligne leur rôle essentiel dans la vie des équipes. La gestion quotidienne des arrêts de travail participe à ce que la Mission désigne ainsi : « L'un des traits constants de l'activité d'encadrement est qu'elle existe pour résoudre ce qui n'était pas prévu, qu'elle résout les problèmes de toutes sortes qui surgissent dans le travail, qu'elle met de l'huile dans les rouages qui parfois « grincent » ». « La gestion du temps » est une mission essentielle des cadres. Le rapport Mission Cadres Hospitaliers en expose les difficultés :

« Avec la mise en place des 35 heures, les cadres hospitaliers se sont trouvés confrontés à une gestion plus serrée de l'organisation du travail des équipes (situation de tensions plus fortes entre son propre temps de travail et celle de son équipe, entre gestion individualisée et performance collective). En situation de tension sur l'organisation du travail, chacun attend encore plus de soutien de la part des autres, notamment de son cadre³⁴. » Les auteurs du rapport poursuivent : « le changement le plus marquant et le plus difficile à gérer reste le domaine de la gestion des ressources humaines. Le rapport au travail a beaucoup changé et les professionnels mettent au premier plan leur vie personnelle. On laisse naturellement le cadre gérer les trous dans le planning, l'absentéisme de dernière minute »³⁵.

³³ Guide de l'Organisation du Temps de Travail, DPRS, Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil, version n°6, 2008

³⁴ DE SINGLY C., Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers remis à la Ministre de la Santé et des Sports, 11 septembre 2009, p.40

³⁵ Op.cit, p.45

- *Le rôle des cadres dans l'autonomisation des équipes*

Au sein du pôle femme-mère-enfant du CHIELVR, la gestion des plannings et leur adaptation en fonction des absences, s'organisent selon différentes modalités. Des initiatives pour associer les agents à la gestion de leur planning ont été prises.

En pédiatrie, une infirmière a été placée sur un poste de référente en 2007. Elle réalise notamment les plannings, en coopération avec un agent du grade concerné, qui change régulièrement. L'objectif est de responsabiliser les agents, qui expérimentent ainsi la difficulté de gérer le temps de travail, et d'articuler au mieux vie professionnelle et vie personnelle.

Ce rôle attribué à une IDE référente a été envisagé dans la perspective d'absences régulières du cadre, nouvellement en charge de responsabilités ordinales. Elle pourrait entrer dans la définition des « cadres apprenants », évoqués par le rapport de Singly. Ces derniers seraient des agents souhaitant exercer des fonctions d'encadrement et placés auprès d'un tuteur pendant une période déterminée. S'ils sont fonctionnaires, ils conservent leur grade d'origine pendant la période de tutorat et obtiennent éventuellement des facilités pour passer les concours d'entrée des écoles de cadres. En tout état de cause, ce lien avec les équipes eut également être réalisé par le cadre.

En maternité, l'autonomie des équipes pour la constitution et l'adaptation des plannings est particulièrement importante chez les ASH, dont l'effectif est réduit. La cadre annonce en effet les plages horaires sur lesquelles des effectifs manquent. Les agents trouvent des arrangements entre eux pour les combler, particulièrement par le relais d'un agent identifié comme référent. Pour les sages-femmes, une référente a également été identifiée. Pour les aides-soignants en revanche, la cadre de maternité réalise l'intégralité des plannings et gère les remplacements en cas d'absences. Les cadres transmettent les plannings au plus tard le 15 du mois précédent, selon l'obligation réglementaire. Ils parviennent souvent à les produire plus tôt.

L'encadrement médical apparaît en revanche nettement plus éloigné de la gestion quotidienne des absences.

Le diagnostic de l'absentéisme du pôle femme-mère-enfant a conduit à formuler des pistes d'action, en fonction de l'infirmité ou de la confirmation de chaque hypothèse relevée.

3 Guérir ? Prévenir ? Penser la politique de présentéisme comme un levier de mobilisation de l'équipe

L'action sur l'absentéisme et la construction d'une véritable politique de présentéisme demandent du temps et une forte mobilisation des acteurs. Il n'existe pas de recette miracle en la matière, qui résoudrait une problématique d'absentéisme en quelques mois. Pour être efficace, une politique de présentéisme doit passer par des actions de long terme, évaluées régulièrement (3.1). Elle doit également s'appuyer sur des projets impliquant l'ensemble de l'équipe et peut à cette condition devenir un élément fédérateur (3.2).

3.1 Organiser le suivi du diagnostic en impliquant les agents

Une politique de présentéisme cohérente et durable devra s'appuyer sur un diagnostic suivi de l'absentéisme. Jean-Paul Dumond détaille dans un récent article les trois méthodes d'analyse de l'absentéisme : analytique, explicative et clinique ³⁶. Elles ont ici servies de guides. Mener une politique de présentéisme efficace suppose ainsi de l'inscrire dans la durée, par un suivi du diagnostic de l'absentéisme (3.1.1), en impliquant les agents (3.1.2).

3.1.1 Suivre les évolutions de l'absentéisme et évaluer l'impact des mesures

A) Suivre les évolutions de la population du pôle et de l'absentéisme : la démarche analytique

La **démarche analytique** consiste à « analyser à partir d'outils statistiques les données d'absence pour motifs médical que les [établissements] doivent obligatoirement saisir et conserver. » « Les enregistrements d'absence [sont alors] croisés avec les données relatives [...] au sexe, à l'âge, au nombre d'enfants à charge, au lieu de domicile, au statut, à la fonction, au service, à la quotité de travail »...

Cette approche gagne en intérêt avec une analyse suivie sur plusieurs années. Il convient en effet d'examiner, avant tout, l'évolution des caractéristiques d'absentéisme repérées sur 2008. Parmi les facteurs explicatifs de l'absentéisme, la « structure démographique », et les « conditions de vie » de la population pourront être plus facilement suivies. En revanche, comme le souligne Jean-Paul Dumond, les « normes

³⁶ DUMOND, J-P. « *L'absentéisme pour raison de santé : comparaison méthodologique* », in Santé Publique, n°2009/1-2, pp.25-35

sociales » (« importance donnée au travail, habitudes de recours à la médecine selon la nature et l'importance des pathologies et la pratique [...] des médecins en cas de demande d'arrêts ») apparaissent plus difficiles à contrôler.

La grille réalisée dans le cadre de notre étude apparaît comme un premier outil d'analyse suivie de l'absentéisme. Elle a permis de recenser les données disponibles, leurs sources et les interlocuteurs à même de les fournir. Pour un suivi mensuel, on pourra actualiser des indicateurs généraux :

- taux d'absentéisme du pôle, de la maternité et de la pédiatrie, selon les ensembles de personnels définis à l'occasion de cette étude,
- absentéisme par grade
- absentéisme par motifs
- durée moyenne des absences pour chaque grade et chaque motif.

Mais le choix de ces indicateurs principaux, autant que les résultats du diagnostic, devront faire l'objet d'une communication en instances de pôle. Le partage de l'information sur l'absentéisme apparaît en effet, à travers cette étude, comme une première étape dans une logique de présentéisme.

B) Évaluer l'impact des mesures déjà prises

En matière de gestion de l'absentéisme et de promotion du présentéisme, le pôle femme-mère-enfant a développé des réflexions préexistantes à cette étude. Des actions ont été menées. Il convient d'en évaluer la portée et d'en tirer des enseignements en termes de bonnes pratiques.

En pédiatrie : les actions de communication et de pédagogie qui visaient à enrayer le recours à un « congé allaitement », que certains agents posaient après leur congé maternité, sous forme de congé maladie ordinaire, semblent commencer à porter leurs fruits. La négociation avec les agents pour la pose de congés annuels après un congé maternité est aujourd'hui courante. Elle pourra être assortie de l'attribution facilitée de temps partiels, sur demande des agents.

En gynécologie-obstétrique, la pratique de réunions entre les cadres de santé, le chef de service-chef de pôle et les agents du grade concerné par un problème ponctuel semble avoir eu des effets positifs en 2008, notamment chez les sages-femmes. Cette pratique de veille et d'alerte sur les tensions dans l'équipe doit être maintenue.

3.1.2 Impliquer les agents dans le diagnostic de long terme

A) Démarche explicative et démarche clinique : organiser les échanges sur l'absentéisme et le présentéisme

La mobilisation de l'équipe autour du suivi de l'absentéisme passe par l'approfondissement de la démarche explicative. Il s'agit en effet d'estimer le ressenti des agents et de faire émerger de nouvelles réflexions grâce à une analyse commune de l'organisation de travail.

JP Dumond expose ainsi que la démarche statistique d'étude de l'absentéisme doit être couplée à une démarche « explicative ». Elle tente d'établir un lien entre le ressenti des agents sur les réformes hospitalières (dans le cadre du pôle femme-mère-enfant, on pourrait recentrer ce questionnaire sur le ressenti des évolutions de l'établissement), et les données d'absentéisme. Cette démarche a conduit à la conclusion suivante : « les représentations, positives ou négatives, des évolutions de l'hôpital n'ont pas d'effet sur le nombre d'arrêts. Elles ont un lien, en revanche, avec la durée des arrêts qui s'allonge d'environ deux jours pour les employés ayant des représentations négatives des évolutions hospitalières sur une moyenne de durée des arrêts de 7 jours. » L'étude appliquée au pôle femme-mère-enfant du CHI d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil a en partie exploré cette méthode, par le retraitement des questionnaires de la médecine du travail relatifs au ressenti du stress. Mais leur analyse devra être étendue aux agents de pédiatrie, et suivie dans le temps. Lesdits questionnaires pourraient à terme inclure des items plus généraux.

Enfin, la « démarche clinique » développée par JP. Dumond, « consiste à réunir un groupe d'employés en charge d'analyser communément le fonctionnement de l'unité et son lien éventuel avec l'absentéisme ». C'est ce que ce travail a entamé en confrontant les points de vue des acteurs sur l'absentéisme du pôle femme-mère-enfant lors d'une première phase d'entretiens larges. La consultation régulière des agents par l'encadrement du pôle sur le sujet de l'absentéisme, sur la base des données retenues dans le diagnostic, permettra d'approfondir cette méthode. Par ailleurs, une réflexion pourrait être menée avec l'ensemble des cadres supérieurs de l'établissement, sur les outils de veille en matière d'absentéisme. Une des conclusions des entretiens menés à l'hôpital en mai et juin revenait à constater le volontarisme des cadres. Ils ont effet exprimé le

souhait d'un échange de bonnes pratiques en matière de gestion de l'absentéisme.

B) Impliquer les agents dans l'organisation de l'équipe

Intégrer les agents dans la gestion des absences apparaît comme un moyen de leur faire prendre conscience de la difficulté à organiser l'équipe autour des fragilités de ses membres. En la matière, l'absence du cadre de maternité en 2008, une semaine par mois, pour suivre une formation d'encadrement, a probablement déresponsabiliser en partie les agents. En pédiatrie, l'impact des absences à venir du cadre, appelé vers des responsabilités ordinales, devra être suivi.

L'autonomisation des équipes a déjà été en partie encouragée, pour certains grades. Elle consiste à impliquer les agents dans la gestion de la vie quotidienne de l'équipe. L'infirmier référent qui exerce en pédiatrie contribue aujourd'hui à cette démarche. Il établit en effet les plannings avec un membre de chaque grade. En maternité, l'intégration des agents dans ce travail est effective pour les ASH. Elle doit être développée pour les sages-femmes : il existe aujourd'hui une sage-femme choisie par ses collègues, en charge de coordonner les souhaits de congés. Mais on pourrait imaginer que l'ensemble des sages-femmes exercent cette responsabilité à tour de rôle. L'extension aux aides-soignants de ce dispositif est à envisager, grâce à une pédagogie adaptée.

3.2 Organiser l'équipe autour des aptitudes et des fragilités de ses membres

L'implication des agents dans le suivi de l'absentéisme et la construction du présentéisme doit s'accompagner d'une organisation du travail étroitement adaptée aux caractéristiques des agents. Dans le cas du pôle femme-mère-enfant, une attention particulière doit être portée aux agents subissant les effets de l'usure professionnelle, que le diagnostic a permis de repérer (3.2.1). L'évaluation de la politique de maintien et de retour dans l'emploi doit également être poursuivie, au niveau de l'établissement, en analysant les éventuelles difficultés rencontrées par les équipes (3.2.2).

3.2.1 Accorder une attention particulière aux populations usées

A) L'importance du ressenti de l'aptitude au travail

Une étude PRESS-NEXT, citée dans le cadre d'un mémoire interprofessionnel de l'Ecole Nationale de Santé Publique évoque le rôle de la satisfaction au travail dans la motivation à exercer le métier de soignants. Elle signale le ressenti plus difficile des conditions de travail et de la santé au travail parmi certains grades³⁷. Ainsi, « selon l'indice de santé perçue, utilisé par l'OMS, les aides-soignantes perçoivent leur santé comme moins bonne que les autres soignants. [...] Or la pénibilité physique du travail est particulièrement importante [pour ces agents] ». L'étude indique également que « l'Indice d'Astreinte au Travail (IAT) » ou « Work Ability Index (WAI) », qui mesure l'aptitude ressentie des agents à assumer les exigences de leur poste, est plus faible chez les aides-soignants que chez les infirmiers spécialisés ou les cadres. « Le maintien dans l'emploi de ces soignants, le plus souvent expérimentés et motivés, passe par une réduction de la pénibilité physique du travail, dont tous les grades bénéficieraient. »

Les conclusions inattendues des questionnaires remis par la médecine du travail sont révélatrices de l'écart entre le ressenti des conditions de travail par les cadres et l'opinion générale dans l'établissement ; et celui de certains agents. Parmi les 40 agents de gynécologie-obstétrique, certains ont en effet souligné leur isolement (personnels de nuit), la charge physique du brancardage, la contrainte temporelle et la charge mentale de leur travail.

B) Adapter les conditions de travail aux fragilités particulières des agents du pôle

Au sein du pôle, le défi consiste à s'adapter à une population d'agents aides-soignants usés, plus âgés que la moyenne de l'établissement.

L'absentéisme des aides-soignants recouvre notamment des congés liés à des pathologies lourdes (CLM, CLD et congés maladie ordinaire à demi- ou deux-tiers de traitement). Il s'agira probablement à l'avenir de réfléchir les organisations de travail, davantage en termes d'ergonomie adaptée aux fragilités particulières de ces agents. D'ores et déjà, le renouvellement des lits nourrissons en maternité, en 2009, a intégré l'exigence de matériels fonctionnels, pour faciliter la manutention.

³⁷ ESTRYN-BEHAR M., Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, Etude PRESS-NEXT, Janvier 2004, pp.21-22

La population d'agents des services hospitaliers du pôle apparaît également touchée par une problématique d'usure professionnelle. En pédiatrie, leur effectif restreint a posé problème dans l'organisation de l'équipe en 2008. Une procédure de remplacement formalisée et une attention particulière portée aux difficultés physiques de ces agents apparaissent nécessaires. A terme, les compétences de l'infirmière de médecine préventive, qui suit actuellement une formation en ergonomie, pourraient utilement être mises à profit par une étude globale des postes du pôle femme-mère-enfant.

Enfin, le plan de formation élaboré par le CH intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil prévoit des formations qui touchent en majorité les personnels soignants et éducatifs (75% des départs en formation en 2008). 30% du budget de formation continue a été délégué aux pôles en 2008, et le pôle femme-mère-enfant avait consommé 99% de son enveloppe au 31 décembre (soit 19.720 € pour l'enveloppe totale). Des formations internes à la manutention sont notamment proposées. Elles ont concerné 51 agents en 2008, pour un moyenne de 14h de formation par personne. En outre, des formations financées par l'Agence Nationale de la Formation Hospitalière « Santé au travail » ont concerné 4 agents, sous la forme de journées thématiques de 7 heures. Ces pistes pourront être mises à profit par le pôle pour appuyer les agents fragiles dans leur pratique quotidienne.

3.2.2 Au niveau de l'établissement, suivre la politique de reclassement des agents

A) Une évaluation positive de la satisfaction des agents suivis par la CIRE

La Commission Interne de Retour à l'Emploi affichait un bilan quantitatif positif en 2008. L'assiduité des membres avait été particulièrement forte (83% à 115% de taux de présence, selon les séances). Les séances s'étaient tenues selon un rythme mensuel, avec à chaque fois l'inscription de nouveaux dossiers (2 à 7 par mois, de janvier à décembre 2008), et une moyenne de 50 dossiers suivis par an.

Le suivi du reclassement des agents a été développé à travers la transmission de documents d'information et de questionnaires de satisfaction. Si le taux de retour des questionnaires était de seulement 29% en 2008 (sur 120 questionnaires distribués, en septembre), les agents s'estimaient toutefois très majoritairement satisfaits. 94% des agents suivis par la CIRE avaient apprécié la qualité des documents transmis. 89% saluaient la qualité des contacts avec la Commission, 73% estimaient que les conditions

de leur reprise avaient été bonnes ou très bonnes et 88% pensaient avoir aisément recours à la CIRE en cas de besoin.

B) Elargir l'évaluation aux conditions d'intégration des agents par les équipes

Il s'agit aujourd'hui de mesurer l'impact des reclassements sur les organisations des équipes qui accueillent les agents suivis par la Commission Interne de Retour à l'Emploi. La CIRE s'est ainsi fixée pour objectif de travail en 2009 de favoriser l'intégration des agents.

Cette démarche passe, d'une part, par l'objectivation des difficultés rencontrées par les pôles dans l'intégration des agents. Une cartographie des postes CIRE est en cours. Elle devrait être achevée d'ici la fin de l'année 2009. Elle permettra de repérer les pôles sur lesquels une concentration importante d'agents présentant des inaptitudes peut être désorganisant pour l'équipe. Pour être complète, cette cartographie devra être assortie d'une étude des conditions de travail selon les fragilités des équipes.

D'autre part, les cadres ont exprimé les difficultés rencontrées dans l'intégration des agents en phase de retour à l'emploi. Dans le pôle FME, la présence de 19 agents suivis par la CIRE, sur poste aménagé, a pu être ressentie à la fois comme un facteur d'alourdissement du taux d'absentéisme, et de report potentiel de la charge de travail sur les autres membres de l'équipe. L'encadrement a également évoqué la difficulté qu'il rencontre à trouver un poste aménagé qui soit à la fois adapté aux aptitudes de l'agent, utile au reste de l'équipe, et sur lequel un absentéisme important ne soit toutefois pas trop désorganisant.

La CIRE aura dès lors un rôle de communication important. Au-delà de la question du rattachement budgétaire spécifique des agents en temps partiel thérapeutique, il s'agira d'entretenir les contacts entre la médecine du travail et l'encadrement, au moment de la reprise du travail, et régulièrement par la suite. L'encadrement du pôle a également proposé d'élaborer lui-même une liste de postes aménagés. Si la même démarche était suivie par l'ensemble des pôles, la médecine du travail disposerait ainsi d'un « vivier » de postes aménagés, qu'elle examinerait en fonction des aptitudes des agents. Cette piste sera à examiner en Commission Interne de Retour à l'Emploi. Toutefois, la nécessité de s'adapter aux conditions de reclassement préconisées par le comité départemental, pourrait rendre cette proposition difficilement applicable.

3.3 Faire du présentéisme un projet fédérateur pour l'équipe

Le présentéisme peut constituer un élément de renforcement de la solidarité de l'équipe, à la condition de trouver des moyens de valoriser collectivement la présence (3.3.1), et de développer de nouveaux projets qui intègrent l'ensemble des agents (3.3.2).

3.3.1 Valoriser collectivement la présence

A) Valoriser l'assiduité individuelle ?

La valorisation de l'assiduité des agents est un sujet âprement débattu dans les établissements publics de santé. L'instauration d'une prime de présentéisme ou prime d'assiduité est présentée comme un outil de management, autant qu'elle soulève d'oppositions. Cette prime constitue une variante de l'actuelle prime de service.

Le mécanisme actuel de distribution de la prime de service, en fonction à la fois de l'assiduité, de la note et de l'indice majoré des agents, a été présenté plus haut. Le projet d'une prime d'assiduité vise quant à lui, à concentrer la valorisation de la présence sur les agents ayant été absents moins de dix jours dans l'année. Une étude menée en 2007 par la Direction du Personnel et des Relations Sociales du CHI, avait en effet fait apparaître qu'une proportion conséquente d'agents avait été absents pour raison de santé ou congé exceptionnel enfant malade :

- de 6 à 10 jours (110 agents)
- de 1 à 5 jours (225 agents)
- ou 0 jours (582 agents)

Un projet visait donc à répartir sur ces agents, la différence entre la masse de la prime de service totale sans absence, et la masse de cette prime prenant en compte les absences réelles : soit 132 115,06 € en 2007. Cela revenait à accorder 190 € de prime d'assiduité aux agents n'ayant pas été absents au cours de l'année ; 143 € à ceux ayant été absents de 1 à 5 jours ; et 95 € à ceux ayant été absents de 6 à 10 jours. Les agents ayant connu plus de 140 jours d'arrêt de travail ne pouvaient bénéficier de la prime d'assiduité.

Ce mode de valorisation financière de l'assiduité vise à lutter contre l'absentéisme de courte durée, (analysé à travers notre étude par les arrêts de moins de six jours). Mais il soulève les réticences de certains partenaires sociaux dans l'établissement. Le débat s'est en effet axé, au départ, sur l'extension du bénéfice de cette prime aux agents

contractuels. Un arrêt du Conseil d'Etat du 23 mars 2009, *Centre Hospitalier de Montereau*, a en partie tranché la question, en revenant sur l'arrêt de la Cour d'Appel Administrative de Paris, en date du 20 novembre 2007. Ce dernier considérait que le refus par le Directeur du CH de Montereau, d'attribuer la prime de service aux agents contractuels, était infondé. Le CE relève quant à lui :

- un motif d'illégalité externe de l'arrêté du 24 mars 1967, qui disposait que « les agents des services hospitaliers recrutés à titre contractuel peuvent recevoir des primes de service liées à l'accroissement de la productivité de leur travail dans les conditions prévues au présent arrêté ». Les autorités signataires n'avaient en effet pas compétence pour accorder la prime de service aux agents contractuels servant dans les établissements publics hospitaliers, dès lors que ces agents sont placés sous une autorité autre que la leur.
- un motif d'illégalité interne. Le CE indique qu'en estimant que l'arrêté était applicable aux agents publics hospitaliers recrutés à titre contractuel dans les établissements publics d'hospitalisation, la CAA de Paris a commis une erreur de droit.

En tout état de cause, l'application de la prime d'assiduité semble être reportée au sein du centre hospitalier intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil. Et la reconnaissance du travail fourni passe vraisemblablement également par une valorisation collective.

B) Créer des moments collectifs valorisants pour l'équipe

A l'heure actuelle et dans le contexte du pôle femme-mère-enfant, la nécessité semble être à la consolidation de l'équipe. L'encadrement entame une réflexion sur la valorisation collective de la présence.

Elle passe aujourd'hui notamment par des projets collectifs qui mobilisent les agents. Ainsi, en pédiatrie, l'équipe s'est mobilisée autour de projets « Pièces jaunes ». Cette démarche de l'équipe a permis d'aménager la salle de détente des adolescents dans le service d'hospitalisation pédiatrique. En néonatalogie, une chambre mère-enfant a pu être créée et la signalisation des chambres a été rénovée. Cette dynamique a soudé les agents. Elle doit être entretenue dans une visée interprofessionnelle.

La valorisation collective de la présence amène également à envisager de nouvelles formations collectives. Le suivi de l'enveloppe déléguée au pôle pour gérer la formation des personnels révèle en effet des marges de manœuvre pour l'année 2009. Restaient en effet à engager, au 30 mars 2009, 14.830,61€. Au 30 juin, le pourcentage de consommation de l'enveloppe déléguée n'était toujours que de 30% (soit 5.898,01€). Une

formation « bien-être » consacrée aux groupes interprofessionnels a été proposé par un kinésithérapeute au personnel d'un EHPAD de Seine-Maritime en 2008. Elle vise à rassembler les agents dans un moment convivial, propice à une analyse des pratiques professionnelles. Elle pourrait être envisagée pour le pôle femme-mère-enfant.

3.3.2 Penser une démarche projet autour de l'intégration des nouveaux membres

A) Le souci d'entretenir les échanges entre métiers

En maternité, une dynamique d'analyse des conditions de travail et de l'état du collectif s'est manifestée à travers plusieurs actions. En témoigne l'étude réalisée dans le service par un cabinet d'audit en 1997. Les réunions organisées en 2008 pour gérer les tensions au sein de l'équipe (réunion encadrement médical et paramédical – représentants métiers début 2008) visaient à interroger les organisations internes. Depuis 2009, des ateliers « techniques posturales de l'accouchement » mêlent des personnels sages-femmes et aides-soignants. Cette piste apparaît intéressante. Il conviendra d'évaluer la satisfaction des personnels et d'étendre la mixité inter-grade à l'ensemble des groupes de travail et ateliers.

Les projets à venir doivent être l'occasion de fédérer les groupes professionnels. L'extension à l'ensemble des grades du tutorat infirmier, la constitution d'un groupe de travail interprofessionnel sur l'accueil des nouveaux arrivants, l'organisation d'un accueil des agents par des agents d'autres grades sont des pistes à explorer. Les médecins, les sages-femmes, les IDE, les AS et les ASH doivent entretenir les échanges d'expériences et de bonnes pratiques au service du patient.

B) Organiser une politique d'accueil des nouveaux arrivants, comme projet fédérateur

L'intégration des membres apparaît comme une piste de travail mobilisatrice pour le pôle femme-mère-enfant. Elle est un élément d'une politique de présentisme de long terme. Il s'agit ici d'agir notamment sur les arrêts réguliers de courte durée, dans la mesure où ils peuvent marquer un certain déclin de la solidarité du groupe.

Dans le pôle, cette démarche a été déjà explorée à travers l'expérience du tutorat infirmier. En pédiatrie, il consiste en une période de doublure de deux et quatre semaines. Idéalement, le nouvel agent est placé deux semaines en néonatalogie, une semaine en hospitalisation pédiatrique et une semaine aux urgences pédiatriques. Un « marraine » est désignée par le cadre pour chaque nouvel arrivant. Elle assure la fonction de tuteur, et

doit faciliter l'intégration de l'agent, le former en situation de travail, l'évaluer et l'accompagner.

L'élargissement de cette démarche à l'ensemble des grades et son extension à l'ensemble du pôle. L'organisation en binômes interprofessionnels serait un élément de cohésion du groupe particulièrement intéressant.

La politique d'accueil des nouveaux arrivants s'est également manifestée par l'élaboration d'un livret d'accueil pour les infirmiers et les aides-soignants de pédiatrie. L'élaboration d'un document similaire en maternité apparaît nécessaire.

De façon générale, l'accueil des nouveaux arrivants permettrait de réfléchir aux organisations internes, de désigner des personnes référentes et de fidéliser les personnels.

Conclusion

L'étude de l'absentéisme du pôle femme-mère-enfant en 2008, au CHI d'Elbeuf-Louviers : Val de Reuil est partie du constat d'un problème : un taux d'absentéisme le plus élevé de l'établissement. Cette difficulté rencontrée par le pôle a été mise en perspective avec l'ensemble de l'établissement, dans une logique de confrontation large des points de vue. Les facteurs d'absentéisme ont ensuite été retracés dans une grille de diagnostic, permettant d'objectiver chaque hypothèse. Les pistes d'action ont ensuite été élaborées en fonction de ce diagnostic adapté au terrain. L'enquête a été élaborée en collaboration étroite avec l'équipe, ses résultats ont fait l'objet d'une présentation-débat en conseil de pôle. A terme, c'est l'organisation du suivi de l'étude qui devra être organisée, de même sur la diffusion de l'outil élaboré, sous une forme adaptable aux autres pôles.

Pour le pôle femme-mère-enfant, ce travail a conduit à cerner l'absentéisme compressible et à mettre les indicateurs en perspective. Il encourage à penser les organisations du travail autour des fragilités et des aptitudes des agents et à construire la cohésion de l'équipe autour d'une valorisation collective de la présence.

Outre ces conclusions techniques, cette étude m'a permis de tirer des enseignements utiles à l'exercice du métier de directeur d'hôpital, exportables vers d'autres champs que les ressources humaines. Ce sont avant tout les limites de l'analyse qui, paradoxalement, ont été les plus instructives dans cette perspective professionnelle. Elles résident d'une part dans la complexité du recueil des données. Le retraitement nécessaire de nombreuses données, mené avec une disponibilité constante par les personnels de la DPRS, a toutefois limité les investigations : certaines requêtes auraient demandé un travail trop important au regard des éléments qu'elles apportaient à l'analyse. En outre, l'étude a dû se limiter à une unité de lieu : le pôle femme-mère-enfant, et une unité de temps : l'année 2008. Dans ce cadre, l'analyse aurait pu bien sûr se concentrer sur un autre pôle : pôle de gériatrie au sein duquel une forte baisse de l'absentéisme a été observée au cours des dernières années, autres pôles apparaissant dans des situations médianes, mais affichant un taux d'absentéisme structurellement supérieur à celui de l'établissement ; pôle médicotechnique peu confronté au phénomène...

Les comparaisons dans le temps ont également été limitées par la constitution récente des pôles et le faible recul du système informatique décisionnel.

Enfin, et pour filer la métaphore théâtrale, l'unité de l'action doit être pensée sur le long terme. Les actions à venir ne seront pertinentes que si elles s'inscrivent dans une vision commune d'un objectif principal que serait la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients par une équipe compétente et solidaire.

Bibliographie

Références juridiques

Code de la Santé publique : sur www.legifrance.fr

- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant statut de la fonction publique hospitalière
- Décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés maladie des agents de la fonction publique hospitalière
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie (art. L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale). Et décret d'application n°2005-1016 du 23 août 2005.
- Circulaire n°DHOS/RH3/2009/52 du 17 février 2009 relative au décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur

Manuels

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

BLONDIN-SEGUINEAU, C. *Evaluation des risques professionnels, Le guide*. AFNOR, juillet 2007, 182 p.

DEMING, W.E. *Hors de la crise*, Economica Paris, 2002, 352 p.

GALLOIS, P. *Absentéisme, Comprendre et agir*, Editions Liaisons, Collection Entreprise et Carrières, Mai 2009, 120 p.

MARZOUG, S. SEGUI-SAULNIER, S. Sous la direction scientifique de Claudine ESPER, *La garde de direction de A à Z, Du quotidien au droit*, CNEH, Centre de droit JuriSanté, Juillet 2006, 282 pages

MAURANGES, A. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier, Manuel à l'usage des soignants*, La collection MNH, Décembre 2008, 163 p.

Rapports et documents de travail

Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, *Analyse de l'absence au travail en 1990, 1992*, 111 p.

BDHF, Module RH, Données CHIELVR, 2006

DE MONTMORILLON B., *Rapport du Comité d'experts Ressources Humaines, Exercice 2002*, Banque de données hospitalière de France, Février 2004, 49 p.

DE SINGLY C., *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, 11 septembre 2009, 124 p.

DEXIA, *Note de conjoncture des hôpitaux publics*, Avril 2009, 8 p.

Documents de travail sur le métier de cadre au centre hospitalier d'Elbeuf, juin 1995

EHESP+, *Mise en œuvre de la nouvelle gouvernance : Aspects qualitatifs. Etude qualitative relative à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé*, disponible sur <http://www.sante-sports.gouv.fr/>, juin 2008, 33 p.

EOZENOU D., HELMAN A., *Centre hospitalier d'Elbeuf, Audit du service de maternité*, SANESCO-DRM, juin 1997, 17 p.

ESTRYN-BEHAR M., *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, Etude PRESS-NEXT, Janvier 2004, pp.10-42

Articles

AREZKI S., BONNEFOY M-A., DUMOND J-P., *"Hôpital de Blois : remèdes contre l'absentéisme"*, in Travail et Changement, n° 293, 12/2003, pp. 4-5

BALLE A-S., *"Absentéisme et qualité de vie au travail"*, in Syndicalisme Hebdo, n° 3084, 13/07/2006, pp. 12-13

BOYER H., « *Absentéisme des personnels hospitaliers* », in *Revue Hospitalière de France*, n°511, 07-08/2006, pp. 35-36

DUPLAIX R., "*Impact du vieillissement : comment augmenter le présentéisme ?*", in *Personnel ANDCP*, n° 453, 10/2004, pp. 18-20

DUMOND J-P., « *L'absentéisme pour raison de santé : comparaison méthodologique* », in *Santé Publique*, n°2009/1-2, pp.25-35

DUMOND J-P., "*Vieillesse du personnel hospitalier et absentéisme pour raisons de santé*", in *GESTIONS HOSPITALIERES*, n° 440, 11/2004, pp. 715-719

Etude Dexia, *Note de conjoncture des établissements hospitaliers 2008*

FANELLO S., RIPAUT B., DRUKER S., MOISAN S., PAROT E., FONTBONNE D., « *Déroulement des grossesses du personnel d'un établissement hospitalier : Evolution en vingt ans* », in *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2005, n°3-66, pp. 244-251

MALLET E., *Absentéisme. Comment l'enrayer ?*, in *La Gazette des Communes, des Départements et des Régions*, n°15, 10 avril 2006, pp.22-29

RHODES S. R., STEERS R. M., *A systematic approach to diagnosing employee absenteeism*, in *Employee Relations*, 1981, 3 (2) : pp. 17-23

Mémoires

ANJARD T., *Favoriser « le présentéisme » en établissement sanitaire et social, L'exemple de l'hôpital local de Graulhet*, Mémoire de fin de formation Directeur d'Etablissement sanitaire et social public, ENSP, 2001, 91 p.

BIDEPLAN F., *Pour une gestion adaptée de l'inaptitude. Le cas du Centre Hospitalier de Dax*, Mémoire de fin de formation EDH, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2006, 92 p.

BRIZON J., *83 597 jours tous comptes faits : l'absentéisme du personnel non médical du C.H.U. de Nîmes*, Mémoire de fin de formation EDH, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003, 78 p.

CARIVEN L., *Un enjeu important : La gestion de l'absentéisme au Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand*, Mémoire de fin de formation EDH, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, 66 p.

COURTAIS A., *De la maîtrise de l'absentéisme au développement du présentéisme*, Mémoire de fin de formation Elève Directeur d'Etablissement Social et Médico-Social Public, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2007, 64 p.

LE HENANFF G., *A la recherche du temps perdu. Opportunité et priorités d'une politique de prévention de l'absentéisme. Réflexions nourries par une expérience au Centre Hospitalier de la Côte Basque*. Mémoire de fin de formation EDH, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003, 98 p.

PIQUES C., *Vers la mise en place d'une stratégie de maîtrise de l'absentéisme au Centre Hospitalier de Montauban*, Mémoire de fin de formation EDH, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, 77 p.

REMY P., *La gestion des postes aménagés à l'hôpital : pourquoi pas une plus-value pour l'institution ?*, Mémoire de fin de formation Directeur des soins, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, 74 p.

Sites internet

www.anact.fr

www.lemonde.fr

www.sante.gouv.fr

www.legifrance.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Lexique des principales notions législatives et réglementaires utiles

Annexe 2 : Extraits du Guide de l'Organisation du Temps de Travail, DPRS, CHIELVR, version n°6, 2008

Annexe 3 : Grille de diagnostic de l'absentéisme. Canevas.
Travail mené au sein de la DPRS entre mai et août 2009

Annexe 4 : Grille appliquée au pôle femme-mère-enfant,
pour le diagnostic de l'absentéisme en 2008.

Annexe 5 : Grilles d'entretien cadres supérieurs de santé, cadres de santé,
médecine du travail, partenaires sociaux

Annexe 1

Quelques notions législatives et réglementaires utiles

(Source : www.legifrance.gouv.fr)

Accident de service, maladie professionnelle :

Article L27 Code des pensions civiles et militaires de retraite

« Invalidité résultant de l'exercice des fonctions.

Le fonctionnaire civil qui se trouve dans l'incapacité permanente de continuer ses fonctions en raison d'infirmités résultant de **blessures ou de maladie contractées ou aggravées soit en service, soit en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public, soit en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes** et qui n'a pu être reclassé dans un autre corps en application de l'article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée peut être radié des cadres par anticipation soit sur sa demande, soit d'office à l'expiration d'un délai de douze mois à compter de sa mise en congé si cette dernière a été prononcée en application des 2° et 3° de l'article 34 de la même loi ou à la fin du congé qui lui a été accordé en application du 4° du même article.

Article L28

Le fonctionnaire civil radié des cadres dans les conditions prévues à l'article L. 27 a droit à une **rente viagère d'invalidité cumulable avec la pension rémunérant les services. Le droit à cette rente est également ouvert au fonctionnaire retraité qui est atteint d'une maladie professionnelle dont l'imputabilité au service est reconnue par la commission de réforme postérieurement à la date de la radiation des cadres**, dans les conditions définies à l'article L. 31. Dans ce cas, la jouissance de la rente prend effet à la date du dépôt de la demande de l'intéressé, sans pouvoir être antérieure à la date de publication de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. Il en est également ainsi lorsque l'entrée en jouissance de la pension est différée en application de l'article L. 25 du présent code.

Congé de présence parentale

DERENNE O., LAMY Y ; *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*, Editions ENSP, 9 édition, mai 2007, 271p.

« Le congé de présence parentale n'est pas une position statutaire mais un congé d'une nature particulière accordé lorsque la maladie, l'accident ou le handicap grave d'un enfant à charge nécessite la présence de sa mère ou de son père auprès de lui. Accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire présentée au moins 15 jours avant le début du congé et accompagnée du certificat médical attestant de la gravité de la maladie, pour une première durée correspondant à celle figurant sur le certificat médical, ce congé non rémunéré peut être prolongé ou rouvert dans la limite des 310 jours ouverts au cours d'une période de 36 mois pour une même pathologie affectant le même enfant.

Pour les droits à avancement, à promotion et à formation les jours passés en congé de présence parentale sont assimilés à des jours d'activité à temps plein. Sur les autres plans, ce congé obéit aux mêmes règles que le congé parental : situation administrative du fonctionnaire, contrôle de la réalité de l'usage du congé, cessation en cours ou à expiration et réintégration de plein droit. Dans cette situation, le fonctionnaire peut également obtenir pour la retraite, depuis le 1er janvier 2004, la validation à titre gratuit d'une année maximum par enfant malade. »

Contractuels

Décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Article 9 : « L'agent contractuel en activité peut bénéficier :

1° D'un congé pour formation syndicale, d'une durée maximale de douze jours ouvrables, dans les conditions fixées par le décret du 5 mai 1988 susvisé ;

2° D'un congé pour formation de cadres et d'animateurs pour la jeunesse, d'une durée maximale de six jours ouvrables, dans les conditions fixées par le décret du 20 mai 1963 susvisé ;

3° D'un congé pour formation professionnelle dans les conditions fixées par le décret du 5 avril 1990 susvisé ;

4° D'un congé de représentation d'une durée maximale de neuf jours ouvrables par an dans les conditions fixées pour les fonctionnaires par le 10° de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée et les articles 1er et 2 du décret n° 2005-1237 du 28 septembre 2005. Ce congé ne peut se cumuler avec ceux prévus aux 1° et 2° du présent article qu'à concurrence de douze jours ouvrables pour une même année. »

Article 10 : « L'agent contractuel en activité bénéficie, sur présentation d'un certificat médical, de congés de maladie pendant une période de douze mois consécutifs ou, en cas de service discontinu, au cours d'une période comprenant trois cents jours de services effectifs, dans les limites suivantes [*rémunération, maintien*] :

1° Après quatre mois de services, un mois à plein traitement et un mois à demi-traitement

2° Après deux ans de services, deux mois à plein traitement et deux mois à demi-traitement ;

3° Après trois ans de services, trois mois à plein traitement et trois mois à demi-traitement.

Pour le décompte des périodes de référence prévues à l'alinéa précédent, toute journée ayant donné lieu à rémunération est décomptée pour une unité quelle que soit la durée de travail au cours de cette journée.

Article 12 : L'agent contractuel en activité bénéficie en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle d'un congé pendant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à la guérison complète, la consolidation de la blessure ou le décès.

L'intéressé a droit au versement de son plein traitement dans les limites suivantes [*rémunération*] :

1° Pendant un mois dès son entrée en fonctions ;

2° Pendant deux mois après un an de services ;

3° Pendant trois mois après trois ans de services

Article 13 : L'agent contractuel en activité a droit après six mois de services à un congé de maternité, d'adoption ou de paternité avec plein traitement d'une durée égale à celle qui est prévue par la législation sur la sécurité sociale.

Article 14 : L'agent contractuel contraint de cesser ses fonctions pour raisons de santé, pour maternité, adoption ou paternité qui se trouve, en l'absence de temps de services suffisant, sans droit à congé rémunéré de maladie, de maternité, d'adoption ou de paternité est :

1° En cas de maladie, soit placé en congé sans traitement pour maladie pendant une durée maximale d'une année si l'incapacité d'exercer les fonctions est temporaire, soit licencié si l'incapacité de travail est permanente ;

2° En cas de maternité, d'adoption ou de paternité, placé en congé sans traitement pour maternité, adoption ou paternité pendant une durée égale à celle prévue à l'article 13 ci-dessus ; à l'issue de cette période, la situation

de l'intéressé est réglée dans les conditions prévues pour les agents ayant bénéficié d'un congé de maternité, d'adoption ou de paternité rémunéré.

A l'issue de la période de congé sans traitement l'agent est considéré comme étant en activité pour l'attribution éventuelle des congés prévus aux articles 12 et 13.

Article 15 :

Le montant du traitement servi pendant un congé de maladie, de grave maladie, d'accident du travail, de maternité, d'adoption ou de paternité est établi sur la base de la durée journalière d'emploi de l'intéressé à la date d'arrêt du travail.

Les prestations en espèces ainsi que les pensions de vieillesse allouées en cas d'inaptitude au travail versées par les caisses de sécurité sociale viennent en déduction des sommes allouées par l'établissement en application des articles 10, 11, 12 et 13.

Article 17 :

L'agent contractuel temporairement inapte pour raison de santé à reprendre son service à l'issue d'un congé de maladie, de grave maladie, de maternité, d'adoption ou de paternité est placé en congé sans traitement pour une durée maximale d'un an, qui peut être prolongée de six mois s'il résulte d'un avis médical que l'agent sera apte à reprendre ses fonctions à l'issue de cette période complémentaire.

A l'issue de la période de congé sans traitement, l'agent est considéré comme étant en activité pour l'attribution éventuelle des congés prévus aux articles 12 et 13.

L'agent contractuel définitivement inapte, pour raison de santé, à reprendre son service à l'issue d'un congé de maladie, de grave maladie, d'accident de travail, de maternité, d'adoption ou de paternité est licencié. Le licenciement ne peut toutefois intervenir avant l'expiration d'une période de quatre semaines sans traitement suivant la fin du congé de maternité ou d'adoption.

Longue maladie, Maladie de longue durée, Maladie ordinaire :

Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

« TITRE III : CONGES DE MALADIE.

Article 14

Sous réserve des dispositions de l'article 15 ci-dessous, en cas de maladie dûment constatée le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, le fonctionnaire hospitalier est **de droit placé en congé de maladie**.

Article 15

Pour obtenir un congé de maladie ou le renouvellement du congé initialement accordé, le fonctionnaire doit dans un **délai de quarante-huit heures** faire parvenir à l'autorité administrative un certificat émanant d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme. Les fonctionnaires bénéficiaires d'un congé de maladie doivent se soumettre au **contrôle exercé par l'autorité investie du pouvoir de nomination. Cette dernière peut faire procéder à tout moment à la contre-visite de l'intéressé par un médecin agréé** ; le fonctionnaire doit se soumettre, **sous peine d'interruption de sa rémunération**, à cette contre-visite.

Le comité médical compétent peut être saisi par l'administration ou par l'intéressé des conclusions du médecin agréé.

Article 16 Modifié par Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 3

La **commission départementale de réforme** des agents des collectivités locales est obligatoirement consultée si la maladie provient de l'une des causes prévues au deuxième alinéa du 2° de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

Lorsque l'administration est amenée à se prononcer sur **l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident**, elle peut, en tant que de besoin, consulter un médecin expert agréé. **La commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration. La commission de réforme peut, en tant que de besoin, demander à l'administration de lui communiquer les décisions reconnaissant l'imputabilité.**

Article 17 Modifié par Décret n°2006-1466 du 27 novembre 2006

Lorsque le fonctionnaire est dans **l'incapacité** de reprendre son service à **l'expiration de la première période de six mois consécutifs de congé de maladie, le comité médical est saisi pour avis de toute demande de prolongation de ce congé dans la limite des six mois restant à courir.**

Lorsqu'un fonctionnaire a obtenu pendant une période de douze mois consécutifs des congés de maladie d'une **durée totale de douze mois**, il ne peut, à l'expiration de sa dernière période de congé, **reprendre son service qu'après l'avis favorable du comité médical.**

Si l'avis du comité médical est défavorable, le fonctionnaire est soit mis en disponibilité, soit, s'il le demande, reclassé dans un autre emploi, soit, s'il est reconnu définitivement inapte à l'exercice de tout emploi, admis à la retraite après avis de la commission de réforme des agents des collectivités locales. Dans ce dernier cas, le paiement du demi-traitement est maintenu par l'établissement employeur, le cas échéant, jusqu'à la date de la décision portant admission à la retraite.

TITRE IV : CONGES DE LONGUE MALADIE.

Article 18 Modifié par Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 - art. 3

Pour l'application de l'article 41 (3°) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, le ministre chargé de la santé établit par arrêté, après avis du comité médical supérieur, une **liste indicative de maladies** qui, si elles répondent en outre aux critères **définis par ces dispositions législatives**, peuvent ouvrir droit à congé de longue maladie après **avis du comité médical.**

Toutefois le bénéficiaire d'un congé de longue maladie demandé pour une affection qui n'est pas inscrite sur la liste prévue à l'alinéa précédent peut être accordé après l'avis du comité médical compétent.

TITRE V : CONGE DE LONGUE DUREE.

Article 19 Modifié par Décret n°97-417 du 22 avril 1997

Le fonctionnaire atteint de tuberculose, de maladie mentale, d'affection cancéreuse, de poliomyélite ou de déficit immunitaire grave et acquis qui est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et qui a épuisé à quelque titre que ce soit ses droits à plein traitement d'un congé de longue maladie est placé en congé de longue durée. Toutefois, l'intéressé peut demander à être placé ou maintenu en congé de longue maladie.

Si le fonctionnaire obtient le bénéfice d'un congé de longue maladie, il ne peut plus bénéficier d'un congé de longue durée au titre de l'affection pour laquelle il a obtenu ce congé s'il n'a recouvré auparavant ses droits à congé de longue maladie à plein traitement.

L'autorité investie du pouvoir de nomination accordé à l'intéressé un congé de longue durée ou de longue maladie après avis du comité médical.

Article 20

Lorsqu'un fonctionnaire a bénéficié d'un congé de longue durée au titre de l'une des affections énumérées à l'article 19 ci-dessus, tout congé accordé par la suite pour la même affection est un congé de longue durée dont la durée s'ajoute à celle du congé déjà attribué.

Si le fonctionnaire contracte une autre affection ouvrant droit à un congé de longue durée, il a droit à l'intégralité d'un nouveau congé de longue durée.

Article 21 Modifié par Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008

La demande tendant à ce que la maladie ouvrant droit à congé de longue durée soit reconnue comme ayant été contractée dans l'exercice des fonctions doit être transmise à la commission départementale de réforme des agents des collectivités locales.

Lorsque l'administration est amenée à se prononcer sur l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident, elle peut, en tant que de besoin, consulter un médecin expert agréé. La commission de réforme n'est pas consultée lorsque l'imputabilité au service d'une maladie ou d'un accident est reconnue par l'administration. La commission de réforme peut, en tant que de besoin, demander à l'administration de lui communiquer les décisions reconnaissant l'imputabilité.

L'avis de la commission départementale de réforme ainsi que le dossier qu'elle a examiné sont transmis à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Obligation de service public

Art. L. 6112-3 Code de la Santé Publique

« Les obligations qui incombent [...] à un établissement de santé [...] s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs missions de service public. » C'est dans le cadre de l'opposabilité du principe de continuité des soins aux personnels de l'hôpital, que le directeur organise le temps de travail : arrêt des tableaux mensuels de service après avis du CTE, instauration d'horaires variables, après avis du conseil de pôle, du CTE et du CHSCT. Pouvoir de rappeler ou de maintenir des agents à leur poste, ou d'avoir recours à des personnels contractuels.

Reclassement professionnel

Principe général du droit dégagé par le Conseil d'Etat par l'arrêt n° 227868 du 2 octobre 1968, « Chambre de commerce et d'industrie de Meurthe-et-Moselle » : reprise des dispositions de l'article L. 122-24-4 du Code du Travail, obligeant l'employeur à proposer à un salarié déclaré inapte à son emploi par la médecine du travail, un autre emploi approprié à ses capacités.

Art. 63 de la loi du 11 janvier 1984 : « Lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, incapables à l'exercice de leur fonction, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste n'est pas possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps »

Temps partiel thérapeutique

(Source : www.sante-sports.gouv.fr) « La loi de modernisation de la fonction publique du 2 février 2007 remplace le mi-temps thérapeutique par le temps partiel thérapeutique. Il s'agit d'une modalité particulière d'exercice des fonctions permettant au fonctionnaire de bénéficier d'une rémunération à temps plein tout en exerçant ses fonctions à temps partiel pour raison de santé. Elle est accordée sur avis du comité médical ou de la commission de réforme compétents. Le temps partiel est fixée à 50%, 60%, 70%, 80% ou 90% de la durée de service due par un agent exerçant à temps plein. Cette quotité peut varier à l'occasion de la décision de renouvellement de temps partiel thérapeutique. »

Annexe 2

Extraits du Guide de l'Organisation du Temps de Travail, DPRS, CHIELVR, 2008

1. Le temps de travail

« La durée hebdomadaire de travail est fixée à 37,5 h pour les agents de jour et à 35 h pour les agents de nuit. »

1.1. Le décompte horaire

« La durée de la journée de travail est décomptée 7,5 heures. Cette durée journalière peut varier, du moment qu'elle permet le respect de la semaine à 37,50 heures sur le cycle, sans donner lieu à des jours de RTT supplémentaires. »

« Il est rappelé la nécessaire coordination des absences au sein d'une même direction ou d'un pôle. Le suivi du respect de cette modalité est assuré par l'encadrement supérieur. »

1.2. Le décompte en jours (sur demande individuelle des cadres)

25 jours de congés annuels + 3 jours de congés annuels (2 congés hors saison, et 1 congé de fractionnement) + 19 jours de RTT + 11 jours fériés = 203 jours de travail et de présence.

DUREE ANNUELLE DE TRAVAIL

ORGANISATION DE L'ANNEE : REPOS VARIABLES ET REPOS FIXES DE JOUR A COMPTER DU 01/01/2005

	Repos variables		Repos fixes	
Nombre de jours dans l'année	365 jours		365 jours	
Nombre repos hebdomadaires	104		104 jours	
Nombre jours fériés	11 jours	307,50 heures	11 jours	292,50 heures
Nombre congés annuels	25 jours		25 jours	
Nombre congés hors saisons	2 jours		2 jours	
Nombre congés fractionnement	1 jour		1 jour	
Nombre congé compensateur	2 jours			
Nombre heures RTT		105,50 heures		105,50 heures

(soustraction faite des 7h de la journée de solidarité)				
Temps de travail annuel (accord local)		1547 heures		1561 heures

1.3. Les heures supplémentaires

« Sont considérées comme heures supplémentaires les heures effectuées à la demande du chef d'établissement, et réalisées en dehors des bornes horaires définies par le cycle de travail. [...] Les heures supplémentaires peuvent être récupérées ou indemnisées. [...] Les heures récupérées doivent l'être prioritairement dans le cycle de travail défini. »

1.4. La journée de travail

« La durée de la journée de travail est décomptée à 7,5h. Cette durée journalière peut varier, du moment qu'elle permet le respect de la semaine de 37,50h sur le cycle, sans donner lieu à des jours R.T.T. supplémentaires. »

« L'organisation des plannings paramédicaux doit garantir une présence journalière qui garantisse la continuité des soins et la prise en charge des patients accueillis. »

2. Le temps des absences

« Il est à noter, que pour les arrêts de travail (qui génèrent du temps travaillé) pour maladie, maternité, paternité et enfant malade, l'agent comptabilise le temps de travail figurant au planning prévisionnel jusqu'à 112,50 heures d'absences consécutives ou non, du 1er janvier au 31 décembre pour un agent de jour et de 105 h pour un agent de nuit. Au-delà, le temps de travail est comptabilisé sur la base de 35 h hebdomadaire pour le personnel de jour (roulement fixe ou variable) ou de 32,50 h pour le personnel de nuit. »

NB : soit au bout de trois semaines d'arrêt

« Il est précisé qu'un agent en arrêt sur deux exercices bénéficie de deux périodes forfaitaires de 112,50 heures. »

« En fin d'année, le bilan du temps travaillé est réalisé pour chaque agent, entre les cadres de l'unité et la Direction du Personnel.

1. Si le temps de travail est inférieur aux obligations annuelles légales, l'agent doit du temps. La durée annuelle du temps de travail de l'année N+1 sera alors augmentée d'autant
2. Si le temps de travail est supérieur aux obligations annuelles légales, l'agent a la possibilité de la récupérer en heures dues sur l'année N+1 (au plus tard jusqu'au 31 janvier) ou de le porter sur un Compte Epargne Temps.

3. Les absences hors repos hebdomadaires, congés et RTT

- **Les congés bonifiés**
- **Le congé paternité**

« Suite à la modification apportée par la loi de financement de la Sécurité sociale, du 21 décembre 2001, le fonctionnaire et les agents contractuels en activité ont droit à un congé de paternité en cas de naissance ou d'adoption. (Si la présence est inférieure à 6 mois, le congé n'est pas rémunéré par l'établissement, mais par la Sécurité sociale => indemnités journalières.)

Ce congé accordé sur demande du père est d'une durée de 11 jours consécutifs et non fractionnables, qui peuvent être portés à 18 jours en cas de naissances multiples.

Ces jours peuvent être pris consécutivement ou non aux autorisations spéciales d'absence accordées à cette occasion. Le congé doit être pris dans les 4 mois suivant la naissance de l'enfant, sauf en cas de report pour hospitalisation du nouveau-né.

- **Le congé de présence parentale**

- **Les absences pour raison médicale**

« Tout agent soumis à un décompte horaire qui ne peut effectuer l'intégralité de son temps de travail quotidien en raison d'une absence autorisée ou justifiée est considéré avoir accompli le temps de travail prévu au planning prévisionnel mensuel. Si un arrêt pour maladie et enfant malade intervient au cours du mois, l'agent comptabilise le temps de travail figurant au planning prévisionnel jusqu'à 112,50 heures d'absences consécutives ou non sur l'année civile pour un agent du jour, et 105h pour un agent de nuit. Au-delà, les temps de travail est comptabilisé sur la base de 35 h hebdomadaires pour le personnel de jour (roulement fixe ou variable) ou de 32,50 h pour le personnel de nuit. »

« Tout agent a la possibilité (en fonction des nécessités de service) de positionner des congés annuels à la suite de congés maladie, sans avoir besoin de reprendre son poste entre temps, sous condition de l'aptitude médicale à la reprise donnée par la médecine préventive. »

⇒ *Congé de longue maladie et de longue durée*

« Les CLM et CLD sont considérés comme des positions d'activité, et ouvrent droit à ce titre à des congés annuels.

Ces congés sont dus au titre de l'année civile et doivent être pris en conséquence entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre. Si la reprise est effectuée avant le 31 décembre, les droits à congés sont dus et devront être pris avant le 31 décembre de la même année. Si pour nécessité de service, les congés ne peuvent être soldés avant cette date, l'agent a jusqu'au 31 janvier de l'année N+1 pour les solder. A défaut, il peut solliciter un Compte Epargne Temps. »

⇒ *Les autorisations spéciales d'absence (A.S.A.)*

« L'A.S.A. est valorisée à 7,5 heures pour les agents de jour et à 7 heures pour les agents de nuit, pour un agent à temps plein (et proratisée pour les agents à temps partiel). Il s'agit ensuite de prendre en compte le planning prévisionnel pour calculer le temps que l'agent doit rendre et que l'établissement lui doit.

L'A.S.A. est délivrée s'il était prévu au planning que l'agent travaille.

Les autorisations peuvent être majorées de délais de route pour les longs déplacements. »

Nature de l'évènement	Nombre d'h autorisées pour titulaire / stagiaire Agents de jour	Nombre d'h autorisées pour titulaire / stagiaire Agents de nuit	Nombre d'h autorisées pour contractuel
Mariage, PACS 5 jours	37,5 h	35 h	Idem après 3 mois de présence
Mariage, PACS d'un de ses enfants 1 jour	7,5 h	7 h	Idem
Naissance, adoption d'un enfant (agent masculin) 3 jours	22,5 h (dans le quinze jours suivant la naissance ou l'adoption)	21 h	Idem
Congé paternité 11 jours consécutifs 18 jours consécutifs	63 h (9 jours) 98 h (14 jours)	58,5 h 91 h	Idem dès le premier jour
Maladie grave du conjoint (PACS inclus), de ses enfants de plus de 16 ans, de ses parents 3 jours	22,5 h	21 h	Idem
Décès du conjoint (ou PACS), de son enfant 3 jours	22,5 h	21 h	Idem
Décès de son père, de sa mère, de ses beaux-parents 3 jours	22,5 h	21 h	Idem
Décès d'un frère, d'une sœur, beau-frère, belle-sœur, grands-parents, petits enfants, gendre ou belle-fille	7,5 h	7 h	Idem

1 jour			
--------	--	--	--

Annexe 3

Grille de diagnostic de l'absentéisme. Canevas

Cette grille recense l'ensemble des facteurs d'absentéisme. Elle fait apparaître les indicateurs disponibles pour les mesurer et les sources d'information propres au Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf-Louviers/Val de Reuil. Elle a vocation à servir de base à des analyses de l'absentéisme dont les pôles de l'établissement souhaiteraient se saisir.

Constat général	Données n	Evolution n+1	Sources					
Taux d'absentéisme : position par rapport aux autres pôles, évolution dans le temps	<i>Taux du pôle affiché dans le bilan social :</i>						Voir même tableau pour n-1 et n+1	<u>Business Object</u>
	Service (regroupement BO si besoin)	EMA	JTT	Moyenne jours absence par agent	Taux de présence	Taux d'absentéisme		
	A							
	B							
	PÔLE							
	Serv. Lib.	Effectif Moyen Annuel	JTT	Moyenne jours absence par agent	Taux de présence	Taux d'absentéisme		
	A							
B								
CS								
Somme :								

1.1 « L'absentéisme structurel » : données démographiques

Facteur	Manifestations du facteur	Données chiffrées année n	Evolution n+1	Sources																												
<u>LE GENRE</u>	<p>Congés maternité</p> <p>1/ Nombre important de congés maternité</p> <p>2/ Proportion importante des congés maternité sur l'ensemble des arrêts de travail</p> <p>3/ Durée importante de l'ensemble des congés liés à un congé maternité</p>	<p><i>Mensualités congés maternité pour l'année n. Par service, par grade</i></p> <p><i>Proportion des mensualités d'absence pour congé maternité / ensemble des mensualités du pôle, du service. Comparaison avec l'ensemble de l'établissement</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grade</th> <th>Age</th> <th>Ancienneté</th> <th>Nombre de jours congés maternité</th> <th>Nombre de jours de congés pathologiques et maladie ordinaire liés à un CM</th> <th>Total jours de congés liés à un CM année n</th> <th>Taux d'absentéisme / agent (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MOYENNE PAR AGENT : nb de jours de congés liés à un congé maternité</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Grade	Age	Ancienneté	Nombre de jours congés maternité	Nombre de jours de congés pathologiques et maladie ordinaire liés à un CM	Total jours de congés liés à un CM année n	Taux d'absentéisme / agent (%)															MOYENNE PAR AGENT : nb de jours de congés liés à un congé maternité								<p><u>Business Objects</u></p> <p><u>DPRS</u></p>
Grade	Age	Ancienneté	Nombre de jours congés maternité	Nombre de jours de congés pathologiques et maladie ordinaire liés à un CM	Total jours de congés liés à un CM année n	Taux d'absentéisme / agent (%)																										
MOYENNE PAR AGENT : nb de jours de congés liés à un congé maternité																																
	Congé de présence parentale	<p><i>Mensualités CPP pour l'année n. Par service, par grade</i></p> <p><i>Proportion des mensualités d'absence pour CPP / ensemble des mensualités du pôle, du service. Comparaison avec l'ensemble de l'établissement</i></p>		<u>Encadrement</u>																												
	Autorisations garde d'enfant malade	<p><i>Mensualités garde enfant malade pour l'année n. Par service, par grade</i></p> <p><i>Proportion des mensualités d'absence pour garde enfant malade / ensemble des mensualités du pôle, du service. Comparaison avec l'ensemble de l'établissement</i></p>		<u>Business Objects</u>																												

Facteur	Manifestations du facteur	Données chiffrées n			Evolution n+1	Sources
<u>L'AGE</u>	Des agents plus jeunes ou plus âgés que la moyenne	- Part des agents de moins de 30 ans, par grade -> au CHI ; -> dans le pôle - Part des agents de plus de 45 ans, par grade -> au CHI ; -> dans le pôle -Taux d'absentéisme pour l'ensemble des agents du grade et pour les agents du grade qui ont moins de 30 ans; plus de 45 ans -> au CHI ; -> dans le pôle_				<u>Business Object</u>
<u>LA SITUATION PROFESSIONNELLE</u>	Le statut Des agents titulaires plus absents que les agents en situation plus précaire ?	Statut	Effectif Moyen Annuel (ETP) - au CHI - dans le pôle	Taux d'absentéisme	Arrêts <6 jours	<u>Business Objects</u>
		Agents titulaires				
		Agents stagiaires				
		Agents en CDI				
		Agents en CDD 3 et 5				
	Le grade Un absentéisme inversement proportionnel au niveau de diplôme ?	TAUX D'ABSENTEISME PAR GRADE				<u>Business Objects</u>
		Grade	Effectif Moyen Annuel (ETP) dans le pôle en année n	Taux d'absentéisme		
				Taux inférieur à la moyenne du pôle Taux supérieur à la moyenne du pôle		
		Grade A		x%		
		Grade B		y%		
		PART DE CHAQUE GRADE DANS L'ABSENTEISME DU POLE				

	Nombre de jours d'absence en année n	Total jours d'absence pour le pôle	Part du grade dans les jours d'absences du pôle	Part du grade dans l'effectif ³⁸ Sous représentation du grade dans l'absentéisme Sur représentation du grade dans l'absentéisme du pôle		
Grade A			W%	y%		
Grade B			X%	Z%		
MOTIFS D'ABSENCE PAR GRADE						
Motifs principaux d'absence						
	Congés excepL	AT-MP	Garde enfant maladie	CLM-CLD	CMO	Mater
Grade A	X %					
Grade B						
DESCRIPTION DES CLM-CLD ET CONGES MALADIE ORDINAIRE POUR LES GRADES LES PLUS CONCERNES						
Motifs principaux d'absence						
	CLM	CLD	CMO période 1 ^{ère}	CMO 2 ^e période		
IDE	3,3%	31,6%	24,2%	2,9%		
AS : part de chaque motif dans l'ens des jours d'absence	25,3%	11,5%	29,4%	10,2%		
ASH	0%	0%	42,7%	8,4%		
AGENTS A TEMPS PARTIEL PAR GRADE						
	EMA du grade	Agents à temps	Répartition des	Part de l'EMA du grade à		

			en année n (ETP)	partiel : personnes physiques	temps partiels (personnes physiques)	temps partiel																				
					1 agents à 80% 2 agent à 60% 3 agents à 50%	X %																				
LA FRAGILITE PHYSIQUE	Reclassements et postes aménagés : difficultés de gestion de l'équipe ? Proportion importante d'agents reclassés par la CIRE ou sur postes aménagés : absentéisme plus élevé ? chez ces agents ? difficultés de gestion des complémentarités entre agents ?	<p>- Nombre d'agents reclassés par la CIRE dans le pôle, ou sur poste aménagé. Comparaison avec les autres pôles</p> <p>- Analyse de l'absentéisme des agents suivis par la CIRE ou sur poste aménagé</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ancienneté</th> <th>Nombre de jours d'arrêt 2008</th> <th>Moyenne nombre de jours d'arrêt des agents CIRE ou sur poste aménagé pour le pôle</th> <th>Moyenne nombre de jours d'arrêt des agents CIRE ou sur poste aménagé pour l'ensemble de l'établissement</th> <th>Moyenne nombre de jours d'arrêt pour l'ensemble des agents CHI et pôle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Agent A</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Agent B</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>- Désorganisation potentielle du pôle : Total du nombre de jours d'arrêt pour l'ensemble du pôle. Arrêts pouvant être anticipés par l'encadrement (remplacement facilité)</p>						Ancienneté	Nombre de jours d'arrêt 2008	Moyenne nombre de jours d'arrêt des agents CIRE ou sur poste aménagé pour le pôle	Moyenne nombre de jours d'arrêt des agents CIRE ou sur poste aménagé pour l'ensemble de l'établissement	Moyenne nombre de jours d'arrêt pour l'ensemble des agents CHI et pôle	Agent A						Agent B						Agents > 45ans	<u>PPUB</u> <u>DPRS</u>
	Ancienneté	Nombre de jours d'arrêt 2008	Moyenne nombre de jours d'arrêt des agents CIRE ou sur poste aménagé pour le pôle	Moyenne nombre de jours d'arrêt des agents CIRE ou sur poste aménagé pour l'ensemble de l'établissement	Moyenne nombre de jours d'arrêt pour l'ensemble des agents CHI et pôle																					
Agent A																										
Agent B																										
	CLM-CLD Proportion importante	<p>Mensualités CLM-CLD pour l'année n. Par service, par grade</p> <p>Proportion des mensualités d'absence pour CLM-CLD / ensemble des mensualités du pôle, du service. Comparaison avec l'ensemble de l'établissement</p>						<u>Business</u> <u>Objects</u>																		

LA FRAGILITE SOCIALE	Des agents connaissant des difficultés d'organisation entre vie personnelle et vie professionnelle ?	<i>Nombre d'agents suivis par l'assistante sociale.</i> <i>Nombre moyen de jours de congés enfant malade par agent</i>				<u>Encadrement du pôle.</u> <u>Ou DPRS mais difficultés de recensement pour comparaison pertinente avec l'ensemble de l'établissement.</u>													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">NB D'ENFANTS/AGENT PAR POLE (Source : BO)</th> </tr> <tr> <th>Pôles</th> <th>Nb d'enfants des PNM du pôle</th> <th>PNM (pers physiques)</th> <th>NB d'ENFANTS / AGENT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pôle A</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pôle B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					NB D'ENFANTS/AGENT PAR POLE (Source : BO)				Pôles	Nb d'enfants des PNM du pôle	PNM (pers physiques)	NB d'ENFANTS / AGENT	Pôle A				Pôle B
NB D'ENFANTS/AGENT PAR POLE (Source : BO)																			
Pôles	Nb d'enfants des PNM du pôle	PNM (pers physiques)	NB d'ENFANTS / AGENT																
Pôle A																			
Pôle B																			

1.2. « L'absentéisme structurel » : données culturelles

Facteur	Manifestations du facteur	Données chiffrées n	Evolution n+1	Sources
<u>UNE EVOLUTION DE CULTURE LIEE AU DEPART DE CERTAINS AGENTS</u>		<i>Voir départs en retraite en année n</i>		<u>Encadrement du pôle</u>

DES CMO <u>REGULIERS DE</u> <u>COURTE DUREE :</u> <u>MARQUEURS DE</u> <u>DIFFICULTES DE</u> <u>COHESION DE</u> <u>L'EQUIPE</u>	Arrêts de courte durée réguliers Part de CMO injustifiés	Nombre de contrôles réalisés Arrêts de travail < 6jours :	Business Objects Bilan social de l'année n																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Arrêts de travail < 6jours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre de jours d'absence <6 jours</td> <td></td> <td>Part des abs <6j dans le total des absences du pôle</td> <td>Nb jours absences >6 jours / total jours absences *100</td> </tr> <tr> <td>Nombre de congés</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Nombre d'agents</td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>			Arrêts de travail < 6jours				Nombre de jours d'absence <6 jours		Part des abs <6j dans le total des absences du pôle	Nb jours absences >6 jours / total jours absences *100	Nombre de congés				Nombre d'agents							
Arrêts de travail < 6jours																							
Nombre de jours d'absence <6 jours		Part des abs <6j dans le total des absences du pôle	Nb jours absences >6 jours / total jours absences *100																				
Nombre de congés																							
Nombre d'agents																							
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>POLE A</th> <th>POLE B</th> <th>POLE C</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nb journées absence <6jours en année n</td> <td>Valeur absolue</td> <td>Valeur absolue</td> <td>Valeur absolue</td> <td>Valeur absolue</td> </tr> <tr> <td>Part d'absence <6jours dans le total des journées d'absence</td> <td>x %</td> <td>x%</td> <td>x%</td> <td>x%</td> </tr> <tr> <td>Part du pôle dans le PNM de l'établissement</td> <td>x%</td> <td>x%</td> <td>x%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		POLE A	POLE B	POLE C	TOTAL	Nb journées absence <6jours en année n	Valeur absolue	Valeur absolue	Valeur absolue	Valeur absolue	Part d'absence <6jours dans le total des journées d'absence	x %	x%	x%	x%	Part du pôle dans le PNM de l'établissement	x%	x%	x%	100%	<p><u>CMO première période= maintien du plein traitement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nombre de jours de CMO première période pour le pôle - Nombre d'agents en CMO - Nombre d'agents en CMO entre 80 et 90 jours, suivis d'une reprise de travail ? - Moyenne de la durée des CMO
	POLE A	POLE B	POLE C	TOTAL																			
Nb journées absence <6jours en année n	Valeur absolue	Valeur absolue	Valeur absolue	Valeur absolue																			
Part d'absence <6jours dans le total des journées d'absence	x %	x%	x%	x%																			
Part du pôle dans le PNM de l'établissement	x%	x%	x%	100%																			
		première période ? NB : Les CMO de courte durée réguliers peuvent aussi être une marque de volontarisme des personnels, ou de																					

		<i>fréquence particulière de maladies saisonnière dans certaines unités.</i>						
<u>DES AGENTS</u> <u>ORIGINAIRES D'UN</u> <u>SITE, D'UNE UNITE,</u> <u>PLUS SUJETS A</u> <u>ABSENCES</u>		<i>Taux d'absentéisme des agents ayant exercé sur ce site, dans cette unité</i>						<u>Encadrement</u> <u>du pôle pour</u> <u>repérage des</u> <u>agents</u> <u>Business</u> <u>Objects</u>
			Effectif	Moyenne	Taux de	Taux		
		Reg. Grade Lib.	Moyen	jours	présence	d'absentéisme		
		Grade A	Annuel	absence				
		Grade B		par agent				
	Somme :							

2.1 « L'absentéisme conjoncturel » : l'impact de l'organisation du travail

Facteur	Manifestations du facteur	Données chiffrées n	Evolution n+1	Sources
<u>LES CONDITIONS DE</u> <u>TRAVAIL : HYGIENE</u> <u>ET SECURITE</u> Le stress au travail	Pénibilité du travail engendrant une usure professionnelle et diminuant l'esprit d'équipe	Ressenti du stress au travail. Données médecine du travail à travers les questionnaires distribués à certains agents. Evaluation par les agents du stress ressenti au travail, à travers : <ul style="list-style-type: none"> - la contrainte temporelle - la charge mentale, - la force musculaire requise - l'ambiance de travail - les relations avec la hiérarchie - les relations avec les collègues - l'intérêt du travail. 	Comparaison n-1 ; n ; n+1	Médecine du travail : données anonymisées, Encadrement
Charges lourdes	Pénibilité du travail engendrant une usure professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Thème « la force musculaire requise » dans le questionnaire de la médecine du travail 		Voir avec médecine du travail : enquête sur le vécu du travail

Configuration architecturale des locaux	Pénibilité du travail engendrant une usure professionnelle			Voir avec médecine du travail : enquête sur le vécu du travail																
Activité	Hausse d'activité engendrant une usure professionnelle Répartition inégale de l'activité dans l'année, rendant plus complexe l'attribution des congés	<i>Variation d'activité par unité pour l'année n par rapport aux années précédentes. Au cours de l'année n.</i> <i>Variation des ETP.</i>		Contrôle de gestion, DACQ Variation ETP : encadrement																
Rémunération	Absentéisme inversement proportionnel par rapport au niveau de rémunération ?	<i>Niveau de rémunération dans le pôle par rapport à l'ensemble du CHI</i>																		
<u>L'ORGANISATION DU TRAVAIL</u> Un effectif faible dans un grade	Désorganisation rapide du travail quand absence d'un agent du grade	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Agents</th> <th>Effectif Annuel (ETP)</th> <th>Moyen</th> <th>Taux d'absentéisme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Agents du grade A dans l'unité 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Agents dans grade A dans l'unité 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MOTIFS d'absence</td> <td></td> <td></td> <td>1. (nombre de jours) 2. (nombre de jours)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Les motifs d'absence donnent des indications sur leur caractère plus ou moins prévisible pour l'encadrement.</p>	Agents	Effectif Annuel (ETP)	Moyen	Taux d'absentéisme	Agents du grade A dans l'unité 1				Agents dans grade A dans l'unité 2				MOTIFS d'absence			1. (nombre de jours) 2. (nombre de jours)		Business objects
Agents	Effectif Annuel (ETP)	Moyen	Taux d'absentéisme																	
Agents du grade A dans l'unité 1																				
Agents dans grade A dans l'unité 2																				
MOTIFS d'absence			1. (nombre de jours) 2. (nombre de jours)																	
Organisation des amplitudes horaires		<i>Taux d'absentéisme des agents selon les amplitudes horaires</i>		Encadrement Médecine du travail																
Organisation du travail de nuit		<i>Taux d'absentéisme des agents en équipe de nuit</i>		Encadrement Médecine du travail																
Organisation des remplacements	Usure professionnelle des agents les plus	Taux de remplacement		Business objects Bilan de la																

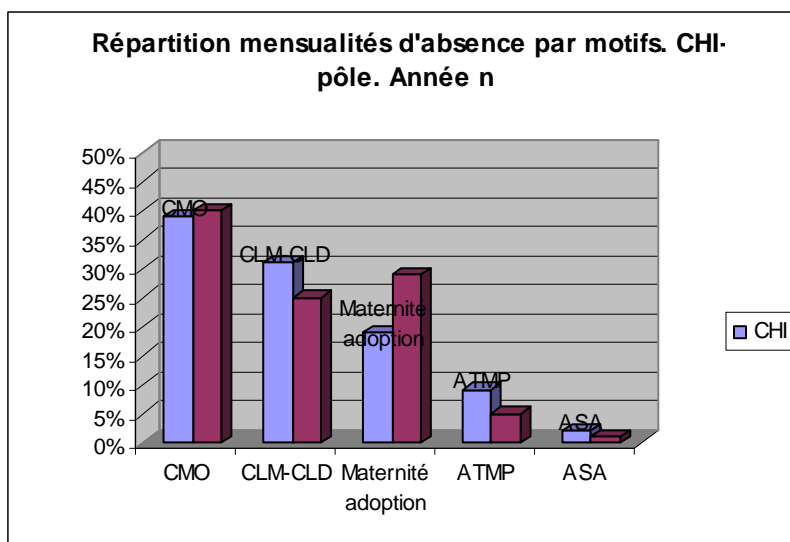
	fréquemment sollicités			contractualisation Encadrement Médecine du travail
Organisation des tournées	L'organisation des tournées peut favoriser les distances importantes et être source de pénibilité du travail.			Encadrement Médecine du travail
Glissements de tâches				Encadrement Médecine du travail
Attribution des heures supplémentaires	Forme de valorisation de la présence. Peut être source de découragement de certains agents, ou au contraire accentuer l'usure professionnelle.			Encadrement Médecine du travail

2.2 « L'absentéisme conjoncturel » : le partage du sens de l'action

<u>LES RELATIONS DE TRAVAIL</u>	Organisation lacunaire de la communication : Cadres –médecins, transmissions de l'encadrement aux équipes, bureau de pôle, conseil de pôle, conseils de service, groupes de travail, relations avec la			Encadrement Médecine du travail
----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	------------------------------------

	direction			
<u>L'ENCADREMENT DE PROXIMITE</u> Le rôle du cadre		<i>Absence du cadre au cours de l'année</i> <i>Ancienneté du cadre</i> <i>Nombre d'évaluations en année n</i> <i>Saisonnalisation des congés</i> <i>Ratios d'encadrement (à mettre en relation avec la diversité des grades du pôle, le niveau de diplôme des personnels...)</i> <i>Délai de transmission des plannings aux équipes</i> <i>Formations suivies par le cadre au cours des dernières années</i>		
L'encadrement médical		Projet de service : dynamisme d'une démarche de projets ?		
Les outils de pilotage	Manque ou excès d'outils de pilotage de l'absentéisme. Outils à disposition inadaptés.			
L'autonomisation des équipes	Agents référents. Participation des équipes à la construction des plannings, gestion des remplacements	Fréquence des réunions thématiques ? Avec certains grades ? Mesures d'accueil des nouveaux arrivants, parrainage ?		
<u>LA COHESION DU GROUPE ET LA DEMARCHE PROJETS</u>	La cohésion du groupe et le sentiment de reconnaissance	<i>Projets communs (formations, animations...)</i>		

n-1					
ENSEMBLE CONSIDERE	CMO	CLM/CLD	Maternité adoption	Accident du travail	Autorisations d'absence
CHI					
PÔLE					
Unité 1					
Unité 2					
n					
ENSEMBLE CONSIDERE	CMO	CLM/CLD	Maternité adoption	Accident du travail	Autorisations d'absence
CHI					
PÔLE					
Unité 1					
Unité 2					
N+1					
ENSEMBLE CONSIDERE	CMO	CLM/CLD	Maternité adoption	Accident du travail	Autorisations d'absence
CHI					
PÔLE					
Unité 1					
Unité 2					



Annexe 4

**Grille de diagnostic de
l'absentéisme du pôle
femme-mère-enfant,
Centre Hospitalier
Intercommunal Elbeuf-
Louviers/Val de Reuil.
2008**

Plan de la grille de diagnostic

1. Données générales 2007-2008-2009 sur l'activité et l'absentéisme du pôle

2. Facteurs d'absentéisme liés à la structure de la population

2.1. Données démographiques

- Le genre : les congés maternité, les autorisations de garde d'enfant malade, les congés de présence parentale
- L'âge
- La situation professionnelle : le statut, le grade
- La fragilité physique
- La fragilité sociale

2.2. Données culturelles

- Evolutions liées aux départs d'agents
- Particularités des agents originaires de Louviers ?

3. Facteurs d'absentéisme liés à l'environnement de travail

3.1. Facteurs liés aux conditions et à l'organisation du travail

- Les conditions de travail, hygiène et sécurité : le stress au travail, le port de charges lourdes, la configuration des lieux, l'activité
- L'organisation du travail : les CMO réguliers de courte durée, les effectifs réduits sur certains grades, l'organisation du travail de nuit, l'organisation des remplacements, l'organisation de la journée de soins, les glissements de tâches

3.2. Facteurs liés au niveau de cohésion de l'équipe

- Le partage de l'information : relations de travail et communication entre agents
- Le rôle de l'encadrement : rôle du cadre, l'encadrement médical, une IDE référente, l'autonomisation des équipes
- La cohésion du groupe et la démarche projet : cohésion et reconnaissance

Constat général	Données absentéisme 2007 – 2008 – 2009. Emplois permanents
Taux d'absentéisme le plus élevé du CHI en 2008	

	<u>2007</u>					<u>2008</u>					<u>2009</u>				
	EMA	JTT	Moyenne jours absence/agent	Tx de présence	Taux d'absentéisme	EMA	JTT	Moyenne j absence /agent	Tx prsce (%)	Tx absme (%)	EMA	JTT	Moyenne j absence /agent	Tx prsce	Tx absme
MATERNITE	73	15085	26	87,4%	12,6%	77,8	16067	35,8	82,68 %	17,32%					
PEDIATRIE	43	8884	32,52	84,3%	15,7%	44,3	9146	30,9	85,05 %	14,95%					
PÔLE	116	23 968	28,4	86,2%	13,8%	↗	↗	↗	↘	↗	↘	128			↘
CHI tous budgets	1431	295 566	20,8	89,9%	10,1%	1515	312 892	21,9	89,4 %	10,6%					
Budget Hôpital	1170	241 704	20,3	90,2%	9,8%	1234	256 151	21,9	89,4 %	10,6%					

Chiffres 2008 retraités BO en juillet 2009.

↗ ↘ : indication des évolutions 2008 par rapport aux mêmes données en 2007 ; et données 2009 par rapport à 2008.

Taux du pôle dans le bilan social : 16,10%

Maternité : hausse du taux d'absentéisme de 5 points entre 2007 et 2008. L'unité se situait à un taux supérieur à celui de l'établissement mais plus raisonnable.

Pédiatrie : Taux élevé en 2007, supérieur de presque 6 points à celui de l'établissement. En baisse en 2008, mais toujours supérieur

Mise en perspective : contexte du pôle

Activité			
	01-05/2008	01-05/2009	Var
Entrées	2 030	2 100	3,4%
Journées	10 415	10 637	2,1%
DMS	3,73	3,63	-2,7%
Tx Occup.	107,10%	110,20%	2,9%
Dépenses (k€)			
Personnel	3 224,58	3 362,63	4,3%
P. Non Médical	2 380,02	2 357,13	-1,0%
P. Médical	844,56	1 005,5	19,1%
Médicales	198,4	215,22	8,5%
Hotelieres et Générales	131,82	227,49	72,6%
Recettes			
Nombre de RUM	2 820	2 919	3,5%
Valorisation T2A (k€)	4 541	4 682	3,1%
Valorisation activité externe	699	789	13 %

On
prendra
en compte
dans
l'analyse
de la
variation
des

effectifs, les mensualités de remplacement et les ETP permanents. Les CCD 5 ne représentent en revanche pas des emplois pérennes.

Ressources Humaines			
	01-05/2008	01-05/2009	Ecart
ETP Permanent non médical moyen	118,92	117,97	-0,95
Nombre de mensualités de remplacement.	49,5	36,76	-12,74
Nombre d'emplois aidés	9,13		-9,13
ETP permanent médical	24,39	26,73	2,34
Taux de remplacement mensuel	51,80%	61,34%	18,4%
Montant des mensualités de remplacement (k€)	98,71	69,84	-29,2%
Taux d'absentéisme non médical	16,66%	9,43%	-43,4%

1.1 « L'absentéisme structurel » : données démographiques

Facteur explicatif	Hypothèses	Données chiffrées 2008	Conclusions	Pistes d'action																																																																						
LE GENRE	<p>Congés maternité</p> <p>1/ Nombre important de congés maternité</p> <p>2/ Proportion importante des congés maternité sur l'ensemble des arrêts de travail</p> <p>3/ Durée importante de l'ensemble des congés liés à un congé maternité</p> <p>FME : pratique d'un congé allaitement ?</p>	<p>Regroupement service de maternité :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grade</th> <th>Age</th> <th>Ancienneté</th> <th>Nombre de jours congés maternité</th> <th>Nombre de jours de congés pathologiques et maladie ordinaire liés à un CM</th> <th>Total jours de congés liés à un CM en 2008</th> <th>Taux d'absentéisme / agent (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sage Femme</td> <td>30</td> <td>5 ans</td> <td>148</td> <td>103</td> <td>251</td> <td>68,77</td> </tr> <tr> <td>Auxiliaire de puériculture</td> <td>37</td> <td>15 ans</td> <td>112</td> <td>201</td> <td>313</td> <td>58,36</td> </tr> <tr> <td>Sage Femme</td> <td>29</td> <td>4 ans</td> <td>112</td> <td>77</td> <td>189</td> <td>51,78</td> </tr> <tr> <td>ASH Q</td> <td>34</td> <td>13 ans</td> <td>112</td> <td>66</td> <td>178</td> <td>48,77</td> </tr> <tr> <td>Sage Femme</td> <td>30</td> <td>5 ans</td> <td>112</td> <td>64</td> <td>176</td> <td>48,22</td> </tr> <tr> <td>Sage Femme</td> <td>36</td> <td>13 ans</td> <td>112</td> <td>14</td> <td>126</td> <td>34,52</td> </tr> <tr> <td>Sage Femme</td> <td>29</td> <td>5 ans</td> <td>45</td> <td>14</td> <td>59</td> <td>16,16</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">SOMME</td> <td>753</td> <td>539</td> <td><u>1292</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">MOYENNE PAR AGENT : nb de jours de congés liés à un congé maternité</td> <td>107,57 = 21 semaines</td> <td>77,00</td> <td><u>184,57 = 36,9 semaines</u></td> <td>46.65</td> </tr> </tbody> </table>	Grade	Age	Ancienneté	Nombre de jours congés maternité	Nombre de jours de congés pathologiques et maladie ordinaire liés à un CM	Total jours de congés liés à un CM en 2008	Taux d'absentéisme / agent (%)	Sage Femme	30	5 ans	148	103	251	68,77	Auxiliaire de puériculture	37	15 ans	112	201	313	58,36	Sage Femme	29	4 ans	112	77	189	51,78	ASH Q	34	13 ans	112	66	178	48,77	Sage Femme	30	5 ans	112	64	176	48,22	Sage Femme	36	13 ans	112	14	126	34,52	Sage Femme	29	5 ans	45	14	59	16,16	SOMME			753	539	<u>1292</u>		MOYENNE PAR AGENT : nb de jours de congés liés à un congé maternité			107,57 = 21 semaines	77,00	<u>184,57 = 36,9 semaines</u>	46.65	<p>1/ Taux d'absentéisme pour congé maternité plus élevé que dans l'ensemble de l'établissement.</p> <p>29% des journées d'absence dues à un congé maternité en 2008. (20,52% au niveau de l'établissement)</p> <p>2/ Taux d'absentéisme du pôle FME, de la maternité et de la pédiatrie, hors congés liés à un congé maternité = 6,75%</p> <p>3/ Moyenne par agent de la durée des congés maternité et liés à un congé maternité : 184,57 jours en</p>	<p>Les pistes d'action restent limitées sur les congés maternité, Certaines ont déjà été adoptées et semblent porter leur fruit en 2009 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une heure est accordée, par jour, à chaque agent qui en fait la demande, à partir du premier jour du 3^e mois de grossesse - la pose de congés annuels à l'issue du congé maternité, est devenue systématique pour éviter que les arrêts maladie ordinaire.
		Grade	Age	Ancienneté	Nombre de jours congés maternité	Nombre de jours de congés pathologiques et maladie ordinaire liés à un CM	Total jours de congés liés à un CM en 2008	Taux d'absentéisme / agent (%)																																																																		
Sage Femme	30	5 ans	148	103	251	68,77																																																																				
Auxiliaire de puériculture	37	15 ans	112	201	313	58,36																																																																				
Sage Femme	29	4 ans	112	77	189	51,78																																																																				
ASH Q	34	13 ans	112	66	178	48,77																																																																				
Sage Femme	30	5 ans	112	64	176	48,22																																																																				
Sage Femme	36	13 ans	112	14	126	34,52																																																																				
Sage Femme	29	5 ans	45	14	59	16,16																																																																				
SOMME			753	539	<u>1292</u>																																																																					
MOYENNE PAR AGENT : nb de jours de congés liés à un congé maternité			107,57 = 21 semaines	77,00	<u>184,57 = 36,9 semaines</u>	46.65																																																																				
		<p>Regrou</p> <p>pement</p> <p>service</p> <p>de</p> <p>pédiatri</p>																																																																								

e :

Grade	Age	Ancienneté	Nombre de jours congés maternité	Nombre de jours de congés pathologiques et maladie ordinaire liés à un CM	Total jours de congés liés à un CM en 2008	Taux d'absentéisme / agent (%)
Aide soignante	39	3 ans	112	191	303	83,01
ASH Q	26	9 ans	112	152	264	72,33
Aide soignante	30	10 ans	112	57	169	46,30
Agent de bio-nettoyage (CAE)	24	8 mois	112	1	113	30,96
IDE contractuel	27	5 ans	14	81	95	26,03
IDE	26	2 ans	85	1	86	23,56
Puéricultrice	31	8 ans	61	3	64	17,53
IDE	29	8 ans	33	29	62	16,99
SOMME			641	515	1156	
MOYENNE PAR AGENT : nb de jours de congés liés à un congé maternité			80,13 = 16 semaines	64,38	144,5 =28,9 semaines	39,59

TOTAL jours absence du pôle e en 2008 hors congés matT et liés à un CM = 1.701,5

(TOTAL jours absence du pôle en 2008 - total jours de congés liés à un CM en 2008

= 4.149,5 - (1.292 + 1.156) = 4.149,5 - 2.448

Taux d'absentéisme, hors congés maternité et lié à un congé maternité = 6,75%

((Nb de jours d'absence * 100) / JTT

= 1.701,5 * 100 / 25.213)

maternité

144,5 jours en

pédiatrie.

=> Même si les congés maternité sont réputés être des congés prévisibles, la durée globale des congés maternité et liés à un congé maternité apparait comme un facteur de complexité dans l'organisation de l'équipe. En effet, le pôle FME connaît en proportion davantage de congés maternité que la moyenne de l'établissement. Ceci peut être dû en partie à une population d'agents plus jeunes (IDE et sages-femmes) et ayant éventuellement plus d'enfants (passage du congé maternité de 16 à 26 semaines à partir du troisième enfant).

	<p>Congés de présence parentale</p> <p>Les congés de présence parentale ne relèvent pas à proprement parler de l'absentéisme. Ils ne représentent pas un coût pour l'établissement. Ils peuvent constituer, en revanche, un élément de complexité dans la gestion de l'équipe.</p>	<p>Sur 4 agents placés en congé de présence parentale, 3 appartiennent au pôle femme-mère-enfant.</p> <p>Les agents des autres pôles n'ont pas recours à ce dispositif.</p> <p>Selon l'encadrement du pôle, l'affichage d'une difficulté personnelle face aux collègues, peut poser un problème d'intégration pour ces agents, qui sont de surcroît absents de l'équipe par périodes.</p>	<p>La présence dans le pôle de 3 agents ayant recours à un congé de présence parentale constitue une difficulté d'organisation supplémentaire, par rapport aux autres pôles.</p>	
	<p>Autorisations garde d'enfant malade</p>	<p>40 jours d'arrêts <6 jours pour garde d'enfants malades, dans le pôle en 2008 = 0,96% des journées d'absences du pôle en 2008</p>	<p>Pas de difficulté particulière sur ce type de congé. Rappel des règles relatives à ces congés, dans le Guide d'Organisation du Temps de Travail, et par l'encadrement.</p>	

Facteur explicatif	Hypothèses	Données chiffrées 2008						Conclusions	Pistes d'action													
L'AGE	<p>Des IDE et des sages-femmes jeunes Facteur d'un plus fort taux de congé maternité ?</p> <p>Des aides-soignantes auxiliaires de puériculture plus âgées Générateur de postes aménagés et d'arrêts plus fréquents ? Pourrait être générateur d'arrêts maladie plus fréquents</p>		<i>EFFECTIF TOTAL</i>	<i>EFFECTIF <31 ANS</i>		<i>EFFECTIF >46 ANS</i>		<p>La moitié environ des sages femmes et des IDE du pôle avaient moins de 31 ans.</p> <p>En revanche, la moitié des aides-soignants-auxiliaires de puériculture avaient plus de 46 ans. Ces agents peuvent être particulièrement sujets à l'usure professionnelle.</p>														
		Ensemble du centre hospitalier intercommunal	1513 ETP permanents	377 ETP	24,9%	211 ETP	13,9%															
		Pôle femme-mère-enfant	134	38	28,3%	44 ETP	32,8%															
		Sages-femmes																				
		Pôle femme-mère-enfant	45	21	46,7%	7	15,5%															
		IDE et puéricultrices																				
		Pôle femme-mère-enfant	25	12	50%	5	20%															
		Aides-soignants-auxiliaires de puériculture																				
		Pôle femme-mère-enfant	48	7	14,6%	24	50%															
LA SITUATION PROFESSIONNELLE	<p>Le statut Des agents titulaires plus absents que les agents en situation plus précaire ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="629 1046 920 1094">Statut</th> <th data-bbox="920 1046 1211 1094">Effectif (ETP)</th> <th data-bbox="1211 1046 1496 1094">Moyen Annuel</th> <th data-bbox="1496 1046 1830 1094">Taux d'absentéisme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="629 1094 920 1134">Agents titulaires</td> <td data-bbox="920 1094 1211 1134"></td> <td data-bbox="1211 1094 1496 1134">90</td> <td data-bbox="1496 1094 1830 1134">17,6%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="629 1134 920 1174">Agents stagiaires</td> <td data-bbox="920 1134 1211 1174"></td> <td data-bbox="1211 1134 1496 1174">7</td> <td data-bbox="1496 1134 1830 1174">38%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="629 1174 920 1294">Agents en CDI et CDD3</td> <td data-bbox="920 1174 1211 1294"></td> <td data-bbox="1211 1174 1496 1294">11,6 NB : CDI = 1,5ETP</td> <td data-bbox="1496 1174 1830 1294">6,1% CDI = 12,3% d'absentéisme</td> </tr> </tbody> </table>	Statut	Effectif (ETP)	Moyen Annuel	Taux d'absentéisme	Agents titulaires		90	17,6%	Agents stagiaires		7	38%	Agents en CDI et CDD3		11,6 NB : CDI = 1,5ETP	6,1% CDI = 12,3% d'absentéisme			<p>1/ Le taux d'absentéisme des titulaires est effectivement supérieur à celui observé chez les agents en situation plus précaire.</p> <p>2/Le taux d'absentéisme est plus faible chez les agents</p>	
Statut	Effectif (ETP)	Moyen Annuel	Taux d'absentéisme																			
Agents titulaires		90	17,6%																			
Agents stagiaires		7	38%																			
Agents en CDI et CDD3		11,6 NB : CDI = 1,5ETP	6,1% CDI = 12,3% d'absentéisme																			

		Agents en CDD 5	10,64	4,2%	contractuels. A noter que les agents en CDI et CDD ne sont pas à proprement parler en situation précaire. Pourtant, leur taux d'absentéisme est inférieur de plus de 11 points à celui des titulaires. 3/Le taux d'absentéisme est faible chez les agents en CDD 5.																																																			
	Le grade Un absentéisme inversement proportionnel au grade ?	Pôle FME <table border="1" data-bbox="633 619 1507 1300"> <thead> <tr> <th colspan="5">TAUX D'ABSENTEISME PAR GRADE</th> </tr> <tr> <th>Grade</th> <th>Effectif</th> <th>Moyen</th> <th>Annuel (ETP) dans le pôle en 2008</th> <th>Taux d'absentéisme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sages-femmes</td> <td></td> <td></td> <td>32</td> <td>8,5%³⁹</td> </tr> <tr> <td>IDE-puéricultrices</td> <td></td> <td></td> <td>20,6</td> <td>16,6%</td> </tr> <tr> <td>AS</td> <td></td> <td></td> <td>46,7</td> <td>23,6%</td> </tr> <tr> <td>ASH</td> <td></td> <td></td> <td>13,5</td> <td>19,7%</td> </tr> <tr> <td>Secrétaires médicales</td> <td></td> <td></td> <td>4,2</td> <td>3,6%</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="633 995 1507 1300"> <thead> <tr> <th colspan="5">PART DE CHAQUE GRADE DANS L'ABSENTEISME DU POLE</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Nombre de jours d'absence en 2008</th> <th>Total jours d'absence pour le pôle</th> <th>Part du grade dans les jours d'absence du pôle</th> <th>Part du grade dans l'effectif⁴⁰</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sages-femmes</td> <td>565</td> <td>4149,5</td> <td>13,6%</td> <td>27,5%⁴¹</td> </tr> </tbody> </table>			TAUX D'ABSENTEISME PAR GRADE					Grade	Effectif	Moyen	Annuel (ETP) dans le pôle en 2008	Taux d'absentéisme	Sages-femmes			32	8,5% ³⁹	IDE-puéricultrices			20,6	16,6%	AS			46,7	23,6%	ASH			13,5	19,7%	Secrétaires médicales			4,2	3,6%	PART DE CHAQUE GRADE DANS L'ABSENTEISME DU POLE						Nombre de jours d'absence en 2008	Total jours d'absence pour le pôle	Part du grade dans les jours d'absence du pôle	Part du grade dans l'effectif ⁴⁰	Sages-femmes	565	4149,5	13,6%	27,5% ⁴¹	1. Taux d'absentéisme Césure assez nette entre le taux d'absentéisme des IDE-AS-ASH et celui des sages-femmes et secrétaires médicales. 2. Part de chaque grade dans l'absentéisme du pôle On observe une surreprésentation des AS et des ASH dans l'absentéisme du pôle, au regard de leur effectif. En revanche, les sages-femmes et les secrétaires médicales ont une part	
TAUX D'ABSENTEISME PAR GRADE																																																								
Grade	Effectif	Moyen	Annuel (ETP) dans le pôle en 2008	Taux d'absentéisme																																																				
Sages-femmes			32	8,5% ³⁹																																																				
IDE-puéricultrices			20,6	16,6%																																																				
AS			46,7	23,6%																																																				
ASH			13,5	19,7%																																																				
Secrétaires médicales			4,2	3,6%																																																				
PART DE CHAQUE GRADE DANS L'ABSENTEISME DU POLE																																																								
	Nombre de jours d'absence en 2008	Total jours d'absence pour le pôle	Part du grade dans les jours d'absence du pôle	Part du grade dans l'effectif ⁴⁰																																																				
Sages-femmes	565	4149,5	13,6%	27,5% ⁴¹																																																				

IDE-puér	732			17,6%	17,6%	
AS	2202			53%	39,9%	
ASH	550			13,3%	11,5%	
Secrétaire médicales	23			0,55%	3,5%	
MOTIFS D'ABSENCE PAR GRADE						
	Congés excepL	AT-MP	Garde enfant malade	CLM-CLD	CMO	Mater
Sages-femmes	0,7% ⁴²	0%	0	13,6%	23,7%	61,9% ₄₃
IDE-puéricultrice	0,8%	1,9%	0,4%	33,5%	32%	23,6%
AS	0,1%	3,8%	0,9%	35,5%	39,7%	18,7%
ASH	3,5%	14,7%	1,6%	0%	51%	31,5%
Secrétaires médicales	8,7%	0%	21%	0%	59,6%	0%
DESCRIPTION DES CLM-CLD ET CONGES MALADIE ORDINAIRE POUR LES GRADES LES PLUS CONCERNES						
	CLM	CLD	CMO 1 ^{ère} période	CMO 2 ^e période		
IDE	3,3%	31,6%	24,2%	2,9%		
AS : part de chaque motif dans l'ens des jours d'absence	25,3%	11,5%	29,4%	10,2%		
ASH	0%	0%	42,7%	8,4%		
AGENTS A TEMPS PARTIEL PAR GRADE						
	EMA du grade en 2008 (ETP)	Agents à temps partiel : personnes physiques	Répartition des temps partiels (personnes physiques)	Part de l'EMA du grade à temps partiel		
Sages-femmes	32	19	16 agents à 80% 1 agent à 60% 2 agents à 50%	45%		
IDE-puéricultrices	20,6	6	6 agents à 80%	23,3%		
AS	46,7	21	20 agents à 80% 1 agent à 50%	35,3%		

dans les jours d'absence du pôle, inférieure à leur part dans l'effectif. Même part dans les jours d'absence et dans l'effectif pour les IDE.

3. Motifs d'absence par grade

Les agents au taux d'absentéisme le plus élevé, AS et ASH, ont été surtout absents pour maladie ordinaire (1^{ère} période), et pour longue maladie (AS).

Les IDE puéricultrices ont été surtout absentes pour motif de congé longue durée et maladie 1^{ère} période.

Les sages-femmes ont été très majoritairement absentes pour congé maternité.

Enfin, **les secrétaires médicales,** peu absentes, ont bénéficié surtout de congés maladie ordinaire

		<table border="1"> <tr> <td>ASH</td> <td>13,5</td> <td>2</td> <td>1 agent à 80% 1 agent à 50%</td> <td>9,6%</td> </tr> <tr> <td>Secrétaires médicales</td> <td>4,2</td> <td>4</td> <td>3 agents à 80% 1 agent à 50%</td> <td>69%</td> </tr> </table>	ASH	13,5	2	1 agent à 80% 1 agent à 50%	9,6%	Secrétaires médicales	4,2	4	3 agents à 80% 1 agent à 50%	69%	<p>1^{ère} période.</p> <p>4. <u>Temps partiels par grade</u></p> <p>Temps partiels particulièrement répandus chez les sages femmes (presque la moitié de l'effectif moyen annuel est à temps partiel). Toutefois, on ne peut pas parler d'une réelle baisse des temps partiels avec le grade (hypothèse d'une nécessité de travailler à temps plein plus fréquente quand le traitement est moins élevé).</p> <p>En effet, 35,3% de l'effectif d'AS est à temps partiel. Seuls les ASH sont très peu en temps partiel.</p> <p>Les secrétaires médicales sont très majoritairement à temps partiel, mais leur effectif est faible.</p> <p>A noter que la quotité de temps la plus répandue est le 80% (donnant droit à</p>
ASH	13,5	2	1 agent à 80% 1 agent à 50%	9,6%									
Secrétaires médicales	4,2	4	3 agents à 80% 1 agent à 50%	69%									

MOTIFS D'ABSENCE PAR GRADE						
	Congés excepL	AT-MP	Garde enfant malade	CLM-CLD	CMO	Mater
Sages-femmes	0,7%	0%	0%	13,3%	23,7%	62% ⁴⁵
Puéricultrice	0%	0%	0%	231 jours + 22 dispo pour raison de santé	0%	0%
AS	0,1%	7,2% (AT et MP)	0,1%	38,9%	36,8%	16,6%
ASH	2,2%	3,7% ^v (AT)	1,8%	0%	60,6%	31,9%
Secrétaires médicales	11,8%	0%	0%	0%	88,2% (15 jours)	0%
DESCRIPTION DES CLM-CLD ET CONGES MALADIE ORDINAIRES POUR LES GRADES LES PLUS CONCERNES						
	CLM	CLD	CMO 1 ^{ère} période	CMO 2 ^e période		
Sages-femmes	13,3%	0%	23,7%	0%		
AS : part de chaque motif dans l'ens des jours d'absence	23,7%	15,2%	29,2%	7,6%		
ASH	0%	0%	57% (154jours)	3,1%		
<u>PEDIATRIE</u>						

3. Motifs d'absence par grade

Les agents au taux d'absentéisme le plus élevé, AS ont été surtout absents pour maladie ordinaire (1^{ère} période). La part importante des congés longue maladie et l'existence de congés longue durée semblent être révélatrices de l'usure professionnelle qui touche certains agents du grade.

Les sages-femmes ont été très majoritairement absentes pour congé maternité.

Enfin, **les secrétaires médicales**, peu absentes, ont bénéficié surtout de congés maladie ordinaire 1^{ère} période.

1. Taux d'absentéisme

AS et ASH = 45% et 30% des journées d'absence de la

TAUX D'ABSENTEISME PAR GRADE				
	Effectif Moyen Annuel (ETP) en unité de pédiatrie en 2008	Taux d'absentéisme Taux inférieur à celui du pôle Taux supérieur à celui du pôle		
IDE-puéricultrices	19,6			11,
AS	15,7			19,
ASH	4,7			28,
Secrétaires médicales	1,9			1,
PART DE CHAQUE GRADE DANS L'ABSENTEISME DU POLE				
	Nombre de jours d'absence en 2008	Total jours d'absence la pédiatrie	Part du grade dans les jours d'absence du pôle	Part du grade dans l'effectif ⁴⁶ Sous-représentation du grade dans l'absentéisme Sur-représentation
IDE-puér	454	1367	33,2%	44,4%%
AS	617		45,1%	35,4%
ASH	279,5		20,4%	10,6%
Secrétaire médicales	6		0,4%	4,3%
MOTIFS D'ABSENCE PAR GRADE				

Le taux d'absentéisme des ASH de pédiatrie est supérieur à celui de leur grade dans l'ensemble du pôle.

Les IDE ont un taux d'absentéisme plus faible, se rapprochant de la moyenne de l'établissement

2. **Part de chaque grade dans l'absentéisme du pôle**

On observe la même surreprésentation des AS et des ASH dans l'absentéisme qu'au niveau du pôle, au regard de leur effectif..

La sur-représentation est beaucoup plus importante pour les ASH, par rapport à l'ensemble des ASH du pôle.

.En revanche, les IDE et les secrétaires médicales ont une part dans les jours d'absence du pôle, inférieure à leur part dans pédiatrie. Surreprésentation dans l'absentéisme, au regard de la part dans l'effectif.

- ⇒ Communication sur l'absentéisme
- ⇒ Rappel des règles
- ⇒ Intégration dans les projets à venir
- ⇒ Réflexion sur la pénibilité du travail, pour des agents subissant une usure professionnelle => ergonomie ?

	Congés excepL	AT-MP	Garde enfant malade	CLM-CLD	CMO	Mater
IDE-puéricultrice	1,3%	3,1%	0,7%	5,3%	51,5%	38,1% ⁴⁷
AS	0,2%	0%	2,9%	26,7%	42%	28,2%
ASH	0%	25,4% (MP)	1,43%	0%	42%	31,1%
Secrétaires médicales	0%	0%	83%	0%	17%	0%

**DESCRIPTION DES CLM-CLD ET CONGES MALADIE ORDINAIRES
POUR LES GRADES LES PLUS CONCERNES**

	CLM	CLD	CMO 1 ^{ère} période	CMO 2 ^e période
IDE	5,3%	0%	38,9%	4,6%
AS : part de chaque motif dans l'ens des jours d'absence	26,7%	0%	26,2%	15,7%
ASH	0%	0%	29%	13%

l'effectif.

3. Motifs d'absence par grade

Les agents au taux d'absentéisme le plus élevé, AS et ASH,

ont été surtout absents pour maladie ordinaire (1^{ère} période = maintien du plein traitement).

Les IDE puéricultrices

ont été surtout absentes pour motif de maladie 1^{ère} période, et de congé maternité.

Enfin, **les secrétaires**

médicales, en très faible effectif et très peu absentes ont sollicité surtout des gardes d'enfant malade.

<p>LA FRAGILITE PHYSIQUE</p> <p>Une proportion importante d'agents reclassés par la CIRE ou sur postes aménagés : absentéisme plus élevé et difficultés de gestion de l'équipe ?</p> <p>Pédiatrie : AS reclassés créant des difficultés pour organiser les plannings.</p> <p>Maternité : difficultés à intégrer certains agents sur des postes aménagés.</p>	<p>NB : Tous les agents bénéficiant d'un poste aménagé ne relèvent pas du FIPHFP. Certains aménagements sont en effet décidés par la médecine du travail du CHI.</p> <p>Pédiatrie : 8 agents reclassés par la Commission Interne de Retour à l'Emploi ou sur poste aménagé</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ancienneté</th> <th>Nombre de jours d'arrêt 2008</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Agent A</td> <td>30 ans</td> <td>MO 1^{ère} et 2^e période = 133</td> </tr> <tr> <td>Agent B</td> <td>32 ans</td> <td>MO 1^{ère} période = 18</td> </tr> <tr> <td>Agent C</td> <td>35 ans</td> <td>MO 1^{ère} période = 1</td> </tr> <tr> <td>Agent D</td> <td>33 ans</td> <td>Total jours arrêt de travail = 149 (CLM = 147 ASA = 2)</td> </tr> <tr> <td>Agent E</td> <td>29 ans</td> <td>Accident du travail = 20</td> </tr> <tr> <td>Agent F</td> <td>14 ans</td> <td>Maladie professionnelle = 140 jours</td> </tr> <tr> <td>Agent G</td> <td>20 ans</td> <td>Total jours arrêt de travail = 71 (60 jours CLM + 1 jour MO + 10 jours garde enfant malade)</td> </tr> <tr> <td>Agent H</td> <td>20 ans</td> <td>Total jours arrêt de travail = 92 (51 jours MO + 34 jours CLM + 7 jours enfant malade)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Total = 624 jours</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Pédiatrie : Nombre moyen de jours d'absence/agent = 78</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Pôle : Nombre moyen de jours d'absence/agent = 38</td> </tr> </tbody> </table>		Ancienneté	Nombre de jours d'arrêt 2008	Agent A	30 ans	MO 1 ^{ère} et 2 ^e période = 133	Agent B	32 ans	MO 1 ^{ère} période = 18	Agent C	35 ans	MO 1 ^{ère} période = 1	Agent D	33 ans	Total jours arrêt de travail = 149 (CLM = 147 ASA = 2)	Agent E	29 ans	Accident du travail = 20	Agent F	14 ans	Maladie professionnelle = 140 jours	Agent G	20 ans	Total jours arrêt de travail = 71 (60 jours CLM + 1 jour MO + 10 jours garde enfant malade)	Agent H	20 ans	Total jours arrêt de travail = 92 (51 jours MO + 34 jours CLM + 7 jours enfant malade)	Total = 624 jours			Pédiatrie : Nombre moyen de jours d'absence/agent = 78			Pôle : Nombre moyen de jours d'absence/agent = 38			<p>L'absentéisme des agents CIRE ou sur poste aménagé apparaît potentiellement désorganisant en maternité (11 agents), mais également en pédiatrie (8 agents). Absentéisme moyen de ces agents fragiles à prendre en compte dans l'organisation de l'équipe et la conception de leur poste. Toutefois, communication à réaliser pour faciliter l'intégration de ces agents dans l'équipe : certains agents sont peu absents. Poste bien adapté à leurs aptitudes.</p> <p>Nécessité d'une meilleure coopération entre l'encadrement et la CIRE, pour une meilleure anticipation des reclassements. Proposition d'une cartographie que chaque cadre réaliserait, afin de recenser les postes qui pourraient faire l'objet d'aménagements dans son service, et les profils de personnels recherchés. Expression des besoins en termes d'aptitudes et d'opportunités pour l'ensemble de l'équipe.</p> <p>A venir : cartographie des agents reclassés par le CIRE.</p>
		Ancienneté	Nombre de jours d'arrêt 2008																																			
	Agent A	30 ans	MO 1 ^{ère} et 2 ^e période = 133																																			
	Agent B	32 ans	MO 1 ^{ère} période = 18																																			
	Agent C	35 ans	MO 1 ^{ère} période = 1																																			
	Agent D	33 ans	Total jours arrêt de travail = 149 (CLM = 147 ASA = 2)																																			
	Agent E	29 ans	Accident du travail = 20																																			
	Agent F	14 ans	Maladie professionnelle = 140 jours																																			
	Agent G	20 ans	Total jours arrêt de travail = 71 (60 jours CLM + 1 jour MO + 10 jours garde enfant malade)																																			
	Agent H	20 ans	Total jours arrêt de travail = 92 (51 jours MO + 34 jours CLM + 7 jours enfant malade)																																			
Total = 624 jours																																						
Pédiatrie : Nombre moyen de jours d'absence/agent = 78																																						
Pôle : Nombre moyen de jours d'absence/agent = 38																																						
<p>Maternité : 11 agents reclassés par la CIRE ou sur poste aménagé</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ancienneté</th> <th>Nombre de jours d'arrêt 2008</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Agent</td> <td>24 ans</td> <td>319 jours CLM</td> </tr> </tbody> </table>		Ancienneté	Nombre de jours d'arrêt 2008	Agent	24 ans	319 jours CLM	<p>E !</p>																															
	Ancienneté	Nombre de jours d'arrêt 2008																																				
Agent	24 ans	319 jours CLM																																				

A (sorti du pôle FME en 2009)		
Agent B	20 ans	90 jours = 67 jours maladie professionnelle +23 jours MO
Agent C	34 ans	42 jours MO => 6 arrêts MO, de 2 à 14 jours en février, mars, mai, septembre, octobre, novembre. (AT en 2007 et 2009)
Agent D	33 ans	15 jours MO
Agent E	28 ans	164 jours = 113 jours CLM + 51 jours MO
Agent F	14 ans	247 jours = 239 jours CLM + 8 jours MO
Agent G	8 ans	186 jours = 129 jours MO + 57 jours AT
Agent H	15 ans	Total jours arrêt de travail = 5 (enfant malade : 4 jours + ASA : 1 jour)
Agent I	26 ans	CLD = 365
Agent J	12	CMO 1 ^{ère} période = 79
Agent K	9 ans	CMO 1 ^{ère} période = 3 (Congé maternité + pathologique = 196)
Total = 1515 jours		
Maternité : Nombre moyen de jours d'absence/agent =138		

		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: right;">jours</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ensemble du pôle : Nombre moyen de jours d'absence/agent = 38</td> </tr> </table>	jours	Ensemble du pôle : Nombre moyen de jours d'absence/agent = 38		
jours						
Ensemble du pôle : Nombre moyen de jours d'absence/agent = 38						
		Taux d'absentéisme des agents suivis par la CIRE ou sur postes aménagé : 43,30%				
	CLM-CLD Proportion importante	Taux plus faible de CLM-CLD que dans l'ensemble de l'établissement : 25% des journées d'absence en 2008 étaient dues à un CLM ou un CLD en 2008.	Taux de CLM-CLD moins important que dans l'ensemble du CHI			

<u>LES DIFFICULTES D'ORGANISATION ENTRE VIES PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLE</u>	Des agents connaissant des difficultés d'organisation entre vie personnelle et vie professionnelle ?	NB D'ENFANTS/AGENT PAR POLE (SOURCE : BO)				Les personnels non médicaux du pôle FME ne figurent pas parmi les agents ayant le ratio d'enfants/agent le plus élevé. L'analyse de l'effet du critère sur l'absentéisme du pôle semble complexe. Comparaison trop compliquée avec un pôle comparable ou ensemble du CHI. Et critères pas
		Pôles	Nb d'enfants des PNM du pôle	PNM (pers physiques)	NB d'ENFANTS / AGENT	
		SSR	203	198	1,03	
		Médecotechq	241	223	1,08	
		Médecine d'urgence	288	266	1,08	
		Médecine spé médicales	422	365	1,16	
		Femme-mère-enfant	277	225	1,23	
		Administratif	499	370	1,35	
		Chir-anesthésie	295	209	1,41	
		Gériatrie	Non renseigné	217	Non renseigné	

			forcément révélateurs des difficultés sociales. Voir quand même nombre d'agents suivis par l'assistante sociale.	
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

1.2. « L'absentéisme structurel » : données culturelles

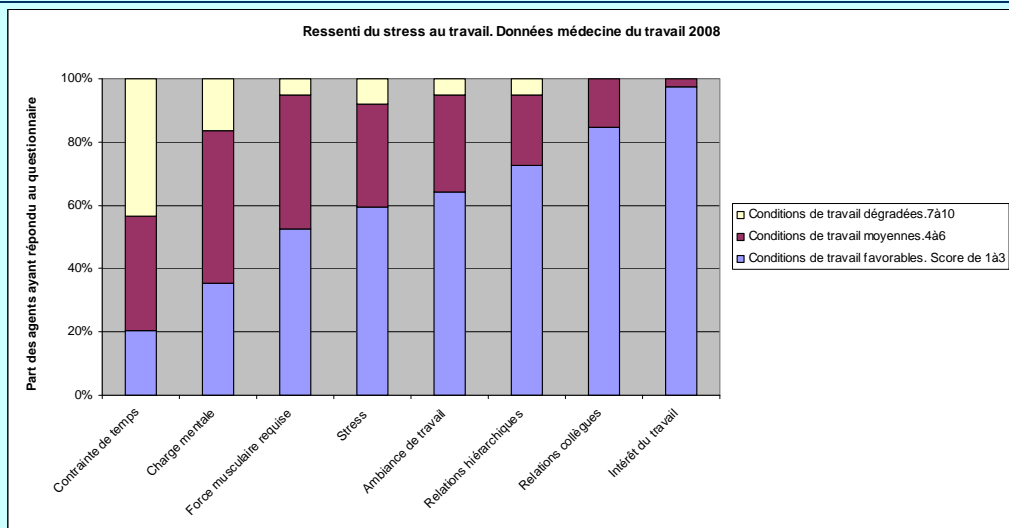
<u>EVOLUTION CULTURELLE LIEE AU DEPART DE CERTAINS AGENTS</u>		Pas de départ en retraite en pôle FME en 2008. 2 mutations et détachements 3 autres congés (parentale/dispo/démission)	Critère non pertinent pour l'analyse de l'absentéisme 2008 du pôle FME	
---------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	--

<u>DES AGENTS</u> <u>ORIGINAIRES DU</u> <u>SITE DE</u> <u>LOUVIERS, PLUS</u> <u>SUJETS A</u> <u>ABSENTEISME ?</u>	Les agents qui exerçaient à la maternité de Louviers auraient eu des difficultés à s'adapter aux rythmes de travail plus élevés du site d'Elbeuf. Leur intégration en serait encore aujourd'hui affectée. Passage de la maternité d'Elbeuf de 29 à 38 lits.	<u>Reg. Grade Lib.</u>	<u>Effectif Moyen Annuel</u>	<u>Moyenne jours absence par agent</u>	<u>Taux de présence</u>	<u>Taux d'absentéisme</u>	Le taux d'absentéisme des agents ayant exercé à la maternité de Louviers, a été inférieur à celui du pôle en 2008. Leur moyenne de jours d'absence par agent a été également inférieur à celui du pôle.
		AIDE SOIGNANT AIDE MEDICO PSY	4,9	20,6122449	90,0226318	9,97736817	
		ASHQ	1,72916667	16,1927711	92,1618805	7,8381195	
		SAGE FEMME	1,95	1,02564103	99,5035379	0,49646209	
		SECRETAIRE MEDICAL	1		100	0	
		Somme :		13,6755111	93,3803615	6,61963846	

2.1 « L'absentéisme conjoncturel » : l'impact de l'organisation du travail

LES CONDITIONS DE TRAVAIL : HYGIENE ET SECURITE

Le stress au travail



Plus la partie proche des abscisses est haute, plus les conditions de travail sont ressenties favorablement par les agents, sur le thème donné.

Le nombre de personnes correspondant à la proposition est indiqué en rouge

Stress faible. Scores 1 à 3	Ambiance très bonne	Très bonnes relations avec la hiérarchie	Très bonnes relations avec les collègues	Travail intéressant	Contrainte de temps faible	Faible force musculaire requise	Faible charge mentale
22 personnes	25	29	33	38	8	20	14
Moyen. 4 à 6	Moyenne	Relations	Relations	Travail	Moyenne	Moyenne	Moyenne

Les questionnaires soumis par la médecine du travail à une quarantaine d'agents de la maternité en 2008 permettent de retracer le ressenti des agents sur le stress au travail. Le nombre d'agents interrogés est limité (environ 40) mais cette enquête fournit de premiers éléments d'analyse.

1/ Pour une majorité des agents, les facteurs de **pénibilité** sont surtout la **contrainte temporelle** et la **charge mentale** de leur travail.

2/ En revanche, le **travail** est perçu majoritairement comme **intéressant**, et les **relations avec les collègues** sont **appréciées** par une majorité d'agents (score de 1 à 3). Les **relations avec la hiérarchie**

12 personnes	12	moyennes 9	moyennes 6	moyennement intéressant 1	14	16	19
Important. 7 à 10 3 personnes	Dégradée. 2	Mauvaises relations 2	Mauvaises relations 0	Travail inintéressant 0	Importante 17	Grande 2	Lourde 6
TOTAL réponses 37 personnes	39	40	39	39	39	38	39

apparaissent satisfaisantes.

Charges lourdes	Néonatalogie : peu de charges lourdes.	Résultats des questionnaires transmis par la médecine du travail à une quarantaine d'agents de maternité, pour 2008. Evaluation de la « force musculaire requise »			L'analyse s'applique ici aux agents du service de maternité, pour la quarantaine d'entre eux ayant répondu aux questionnaires constitués par la médecine du travail en 2008. Au regard des chiffres généraux, les difficultés de manutention n'apparaissent pas comme un des facteurs principaux de la pénibilité du travail. Voir graphique en annexe. Toutefois, une analyse plus fine des commentaires joints aux scores du questionnaire nuance cette conclusion. Les agents interrogés ont en effet mentionnés explicitement le port de charges lourdes lors du brancardage des lits notamment, comme un facteur de pénibilité du travail. Cinq agents de nuit ont particulièrement évoqué cette difficulté, couplée à une contrainte temporelle importante. .	Etude de la pénibilité du travail et l'ergonomie des postes de travail à mener en pédiatrie
	Pénibilité du travail en pédiatrie : poids des lits d'enfants et système peu adapté. Poids des enfants.	L'agent sollicite une force musculaire faible pour effectuer son travail.	Nombre de réponses	Pourcentage de réponses		
	+ pb supplémentaire des agents reclassés.	L'agent sollicite une force musculaire moyenne pour effectuer son travail.	20	52,6%		
	Maternité : pénibilité particulière au travail des AS, d'autant que ces personnels ont une moyenne d'âge plus élevée.	L'agent sollicite une force musculaire importante pour effectuer son travail.	16	42,1%		
	TOTAL	2	5,3%	38	100%	

Configuration architecturale des locaux		Mentionné comme un point positif dans l'évolution du pôle, depuis l'enquête menée en maternité en 1997		
Activité	<p>- Pédiatrie : hausse de l'activité aux urgences pédiatriques (+11% en 2008)</p> <p>Répartition inégale de l'activité dans l'année. Taux d'occupation = 70%, mais fluctuations importantes au cours de l'année</p>	<p><u>Voir tableaux p. 3 :</u></p> <p>1/ Fort recul de l'absentéisme entre 2008 et 2009 (-43%). Passage de 16,66% de tx d'absentéisme à 9,43%.</p> <p>2/ Recul d'autant plus important que l'activité s'est intensifiée entre les deux années :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moins de personnel... : La hausse des dépenses de personnel du pôle (+4,3%) a concerné le personnel médical (+19,1% de dépenses). Les dépenses en personnel non médical ont en revanche baissé de 1%. NB : Selon le tableau BO de la page 3, les effectifs permanents non médicaux sont passés de 118,92 ETP de janvier à mai 2008 ; à 117,97 ETP pour les 5 premiers mois de 2009. - ...pour plus d'activité : hausse du nombre d'entrées et du taux d'occupation ; baisse de la DMS. 	L'intensification de l'activité entre 2008 et 2009 n'a pas engendré de hausse de l'absentéisme. La baisse importante du taux semble même indiquer que la hausse d'activité n'a pas été la cause majeure de l'absentéisme 2008.	

ORGANISATION DU TRAVAIL

DES CMO
REGULIERS
DE COURTE
DUREE :
MARQUEURS
DE
DIFFICULTES
DE
COHESION
DE L'EQUIPE

De nombreux arrêts de courte durée réguliers ?
 Une part de CMO semble médicalement injustifiée ?

ARRETS <6jours

Le pôle FME représente 9,24% des arrêts de courte durée (<6jours) de l'établissement, alors qu'il ne contient que 8% du personnel non médical du CHI.

	MEDECINE SPE MEDICALES	POLE ADMINISTRATIF	FEMME- MERE- ENFANT	SSR	MEDICOTECH	CHIR ANESTHESIE	MEDECINE D'URGENCE	TOTAL
Nb journées absence <6jours en 2008	862	835,5	445	353	430,5	382,5	473,5	4817
Part jours d'absence <6jours dans le total des journées d'absence	17,89%	17,34 %	9,24%	7,33%	8,94%	7,93%	9,82%	99,98%
Part du pôle dans le PNM de l'établissement (ETP permanents rémunérés au 13/12/2008 selon le bilan social 2008)	16%	16%	8%	7%	9%	10%	13%	100%

Arrêts de travail < 6jours			
Nombre de jours d'absence	115	Part dans l'ensemble des journées d'absences du pôle	2,7%
Nombre de congés dans le pôle en année n	46		
Nombre d'agents concernés dans la pôle en année n	25		

On observe une sur-représentation des absences de moins de 6 jours sur l'ensemble des absences dans le pôle FME. Ce phénomène peut être désorganisant : difficultés de gestion des remplacements. Il peut aussi être un marqueur d'un climat social et managérial dégradé. Toutefois, ces arrêts de courte durée peuvent aussi être la marque d'un volontarisme du personnel. Ils devraient, pour une analyse complète, être mis en regard de la fréquence de maladies infantiles transmises aux personnels.

Rappel des règles.
Prime d'assiduité ?
Aujourd'hui, déjà : acompte de la prime de service si total des arrêts de travail est inférieur à 1 mois. Mais ne joue pas sur les arrêts réguliers de courte durée.
Peut être un moyen de motivation des agents. Mais peut :
Etre proportionnelle au revenu.
Etre assortie d'une politique de communication.
Afficher régulièrement des indicateurs de coût de l'absentéisme. Heures supplémentaires générées par l'absentéisme, H supplémentaires payées, H supplémentaires récupérées, Taux de perte présence théorique et

ASH de pédiatrie : une organisation du travail fragile	Seulement 3,5ETP ASH en pédiatrie. Désorganisation rapide du travail quand absence d'un agent ASH => remplacements de courte durée et par des agents peu qualifiés	Agents	Effectif Annuel (ETP)	Moyen	Taux d'absentéisme	Les taux révèlent une difficulté dans l'organisation des équipes d'ASH. Toutefois, les congés maternité relèvent d'un absentéisme prévisible.	Nécessité d'organiser un fonctionnement dégradé et les remplacements => polyvalence des agents...
		ASH de maternité		9	14,9%		
		ASH de pédiatrie		4,7	28,5%		
		ASH du pôle FME		13	19,6%		
		MOTIFS		1. Maladie ordinaire (121 jours) 2. Congé maternité (87 jours) 3. Maladie professionnelle (71 jours)			
Organisation du travail de nuit		Certains agents de nuit interrogés par la médecine du travail ont indiqué des difficultés particulières.					
		<ul style="list-style-type: none"> - port de charges lourdes lors du brancardage des lits notamment - contrainte temporelle importante. 					
Organisation des remplacements	Usure professionnelle des agents très sollicités	SOLUTIONS MISES EN PLACE = En pédiatrie, l'aide soignant volant. Amplitude horaire = 8h, Horaire 8h-16h, décalé par rapport aux équipes sectorisées. =>Assure prioritairement les remplacements. => Appuie les équipes soignantes entre 8h et 10h. Puis mène des animations. Pédiatrie : Sectorisation des personnels. 3IDE et 3 AS par secteur, en plage horaire du matin ou de l'après-midi. Organisation de l'autonomie des équipes dans la constitution des plannings (maternité et pédiatrie)				Penser une procédure de remplacement pour les ASH de pédiatrie Communication sur les remplacements en instances de pôle	
Organisation des tournées	Organisation des tournées en maternité favorise les distances importantes	Coexistence de plusieurs organisations du travail chez les AS de maternité.				Groupe de travail sur l'organisation des soins et des passages dans les chambres. Association des aides-soignantes , des ASH,	

				des sages-femmes. Objectif = travailler à la qualité de vie des patientes lors de leur séjour au CHI
Glissements de tâches		Glissements de tâches la nuit au bloc obstétrical		Groupe de travail sur l'intégration des jeunes professionnelles

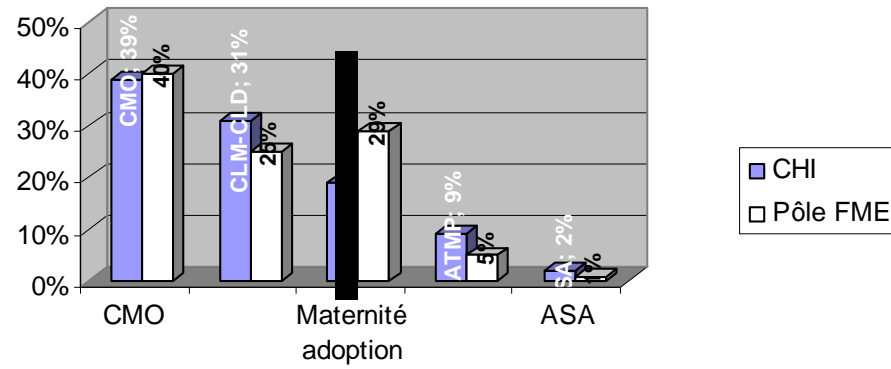
2.2 « L'absentéisme conjoncturel » : le partage du sens de l'action

<u>PARTAGE DE L'INFORMATION</u>				
Relations de travail	<p>Communication :</p> <p>Cadres -médecins</p> <p>Transmissions de l'encadrement à l'équipe du matin et à l'équipe de l'après-midi.(depuis 2009 en pédiatrie)</p> <p>Bureau de pôle</p> <p>Conseil de pôle</p> <p>Conseils de service</p> <p>Groupes de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le bureau de pôle : Il se déroule après chaque conseil exécutif et regroupe... Il ne comporte pas d'ordre du jour prédéfini et est surtout le lieu de transmission d'informations entre médecins. - Le conseil de pôle regroupe davantage d'agents avec les médecins responsables d'unité fonctionnelle, les quatre cadres, et les représentants métiers. L'ordre du jour regroupe des sujets institutionnels en matière d'activité, de ressources humaines...) Il a été l'occasion en 2008 d'une communication de la cadre administrative sur l'absentéisme du pôle (mensualités de remplacement, hausse des absences, emplois permanents). Mais le conseil de pôle ne se tient que deux fois par an et la communication de l'information est descendante. - Les conseils de service se tiennent tous les deux mois. Mais la cadre supérieure du pôle évoquait ainsi la difficulté à faire participer les agents dans leur préparation. L'ordre du jour y est libre, chaque agent pouvant inscrire un thème sur un document affiché par la cadre dans le service une semaine La cadre supérieure dépose une feuille dans le service une semaine avant pour permettre à chacun d'y inscrire un sujet. Mais les propositions sont rares et les sujets restent très institutionnels. - Groupes de travail ponctuels sur des thématiques - Rencontres ponctuelles sur des difficultés (ex : entretiens encadrement médical et paramédical –sages femmes) 		<p>Besoin d'un groupe de travail sur l'absentéisme du pôle ? Réunion régulière. Plutôt que communication en conseil de pôle.</p>
<u>L'ENCADREMENT DE PROXIMITÉ</u>				
Le rôle du cadre		<p>Rôles du cadre :</p> <p>1/ gestion du temps de travail : Plannings : en pédiatrie, sectorisation des personnels. 3IDE et 3 AS par secteur, en plage horaire du matin ou de l'après-midi. Arrêts de travail.</p> <p>- Congés. Exemple : congés annuels attribués après les congés maternité</p>		

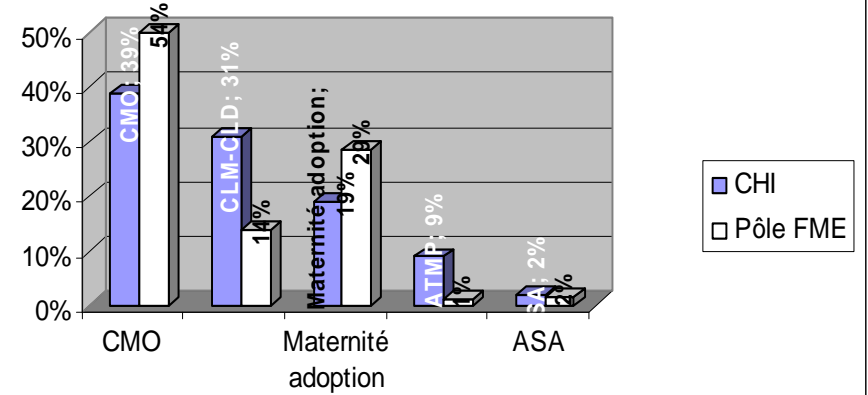
		<p>- Reclassements et postes aménagés à organiser dans le planning collectif</p> <p>2/ Projets</p> <p>3/ Courroie de transmission : direction-médecins-PNM</p> <p>2008 : Absence du cadre de maternité pour formation. Une semaine par mois.</p> <p>Absence cumulées en septembre-octobre</p> <p>Maternité : 42 notes et entretiens en 2008 (stagiaires et titulaires).</p> <p>2009 : absences du cadre de pédiatrie, pour responsabilités syndicales</p>		
L'encadrement médical		<p><u>Voir rencontre personnel médical avec les équipes sur thèmes de l'absentéisme, ou des relations professionnelles.</u></p> <p><u>Voir rencontre avec l'encadrement : fréquence, sujets</u></p>		
Une IDE référente		<p>SOLUTIONS DEJA MISES EN PLACE :</p> <p>Pédiatrie : Système de tutorat. IDE référente, venant en appui du cadre de proximité.</p> <p>⇒ Elaboration des plannings en concertation avec les équipes. Démarche participative : des agents de chaque grade participe à la construction du planning, à tour de rôle.</p> <p>⇒ Démarche projets</p>		<p>Volonté d'extension de l'action de l'action de l'IDE référente à la maternité.</p> <p>Rôle de conceptrice de projets, en lien avec l'équipe soignante.</p> <p>Appui sur les compétences en puériculture.</p>
L'autonomisation des équipes		<p>Agents référents.</p> <p>Plannings en maternité :</p> <p>Référente plannings chez les ASH (petite équipe) et chez les sages-femmes (récent).</p> <p>Pas de rotation.</p> <p>=> contrôle et décision finale assurés par la cadre</p>		
LA COHESION DU GROUPE ET LA DEMARCHE PROJETS				
La cohésion du groupe et le sentiment de reconnaissance		<p>SOLUTIONS DEJA MISES EN PLACE :</p> <p>Pédiatrie : Système de tutorat infirmier, depuis 2004. Parrainage des nouveaux arrivants</p>		C)
				- Formation bien être menée par

				<p>un kinésithérapeute.</p> <ul style="list-style-type: none">- Travail sur l'accueil des nouveaux arrivants.- Travail de l'encadrement sur l'intégration des agents reclassés et/ou sur poste aménagé (TPT...) : nécessité de présenter aux équipes les avantages collectifs de ces reclassements.
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

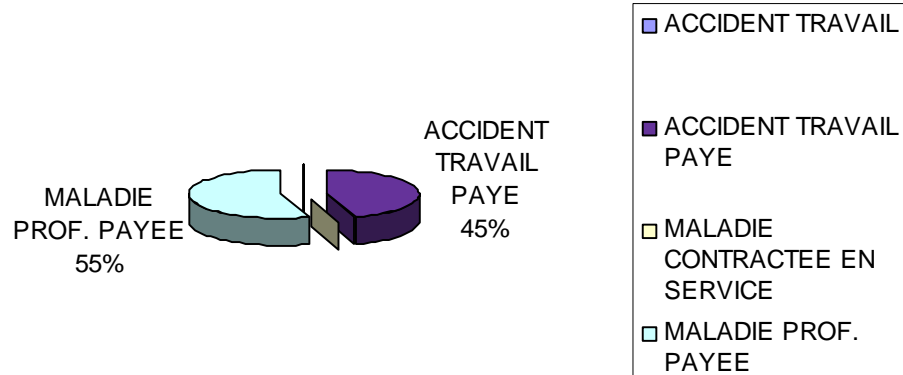
Répartition mensualités d'absence par motifs. CHI-
FME. 2008



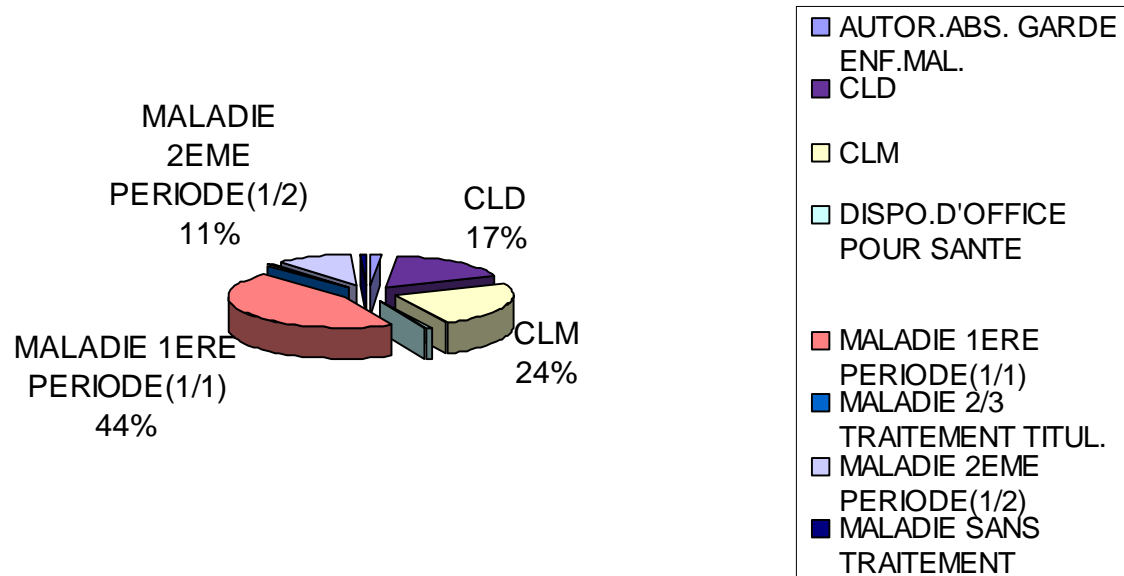
Répartition mensualités d'absence par motifs. CHI-
FME. janv-avril 2009



REGROUPEMENT ACCIDENT DU TRAV.



Regroupement maladie. Détails jours d'absence



Annexe 5

Grilles d'entretiens

Entretiens cadres supérieurs de santé

I. Questions relatives à l'état d'avancement des politiques de présentéisme

- Que vous évoquent le terme d'absentéisme ? de présentéisme ?
- Quels travaux ont déjà été réalisés sur le thème de l'absentéisme :
 - ⇒ au sein des différentes unités ? au sein du pôle ? au sein de l'établissement ?
- S'agit-il surtout d'initiatives individuelles ? Une politique institutionnelle plus générale est-elle lancée ?
- Un groupe de travail a-t-il été créé au sein du pôle et de l'établissement sur le thème de l'absentéisme ?
- Dans quels domaines le pôle dispose-t-il de délégations de gestion ?

II. Questions relatives au diagnostic de l'absentéisme

Outils de diagnostic

- De quels outils disposez-vous pour mesurer et analyser l'absentéisme ?
- Avec qui travaillez-vous sur la question ?
- Quelles sont les principales causes d'absentéisme dans le pôle ?

Caractéristiques des personnels du pôle

- Quelles grandes caractéristiques pourriez-vous dégager, concernant les personnels de votre pôle : âge, sexe, catégories professionnelles, statuts ?
- Pensez-vous que certains personnels soient plus sujets à absences ?

Conditions de travail

=> Sécurité des agents

- Pensez-vous que les conditions d'hygiène et de sécurité soient satisfaisantes dans le pôle ? dans l'établissement ?
- Certaines unités sont-elles davantage concernées par des lacunes dans la sécurité des conditions de travail ?
- L'appui de la direction, du médecin chargé de l'hygiène et de la sécurité et du médecin du travail vous semble-t-il satisfaisant en la matière ?

=> Structures et locaux

- La configuration des locaux vous semble-t-elle satisfaisante pour l'exercice des missions quotidiennes des agents ?
- Les distances à parcourir sont-elles importantes ?
- Les charges à porter sont-elles lourdes ?
- Y a-t-il d'autres facteurs de pénibilité du travail ? => ergonomie du matériel, gestion des stocks de produits...

=> Organisation du travail

- Répartition des tâches : les glissements de tâches sont-ils fréquents ? Entre quelles catégories de personnels ?
- Existe-t-il une rotation des personnels entre différents postes de travail ?
- Comment sont organisés les plannings (quand et comment sont-ils présentés aux agents) ?
- Certains personnels sont-ils souvent interrompus au cours de leur journée de travail ?
- Comment sont organisés les horaires de travail des agents du pôle ?
- Des études de la charge de travail ont-elles été réalisées pour certaines catégories de personnels, certaines tranches horaires ?

=> Relations de travail

- Les relations entre les catégories de personnels vous semblent-elles bonnes ?
- Quelle fréquence et quelle composition des réunions de pôle, d'unités ?
- Les équipes maternité-pédiatrie sont-elles mutualisées ?
- Les personnels nouveaux dans les unités sont-ils en nombre important ? Surtout dans certaines unités ? Comment sont-ils accueillis dans les équipes ?

-
- Quel est le niveau de syndicalisation des personnels ?

 - Pensez-vous que le pôle ait ressenti en 2008 les effets d'un manque d'effectif ?

III. Questions relatives aux pistes d'action visant à favoriser le présentéisme

- La réflexion sur les actions à mener en matière de présentéisme vous paraît-elle intéressante ? Pensez-vous disposer de marges de progrès ?

- Quelles pistes d'action pensez-vous être prioritaires sur le sujet ?

- Quels objectifs souhaitez-vous atteindre en termes de présentéisme ?

- De quels soutiens auriez-vous besoin pour les mener à bien ?

Autres remarques :

Grille d'entretien Cadre de santé de pédiatrie

I. Questions relatives à l'état d'avancement des politiques de présentéisme dans l'établissement

- Que vous évoquent le terme d'absentéisme ? de présentéisme ?

- Quels travaux ont déjà été réalisés sur le thème de l'absentéisme :
 - ⇒ au sein des différentes unités ?
 - ⇒ au sein du pôle
 - ⇒ au sein de l'établissement ?

- S'agit-il surtout d'initiatives individuelles ? Une politique institutionnelle plus générale est-elle lancée ?

- Un (des) groupe(s) de travail a (ont)-t-il été créé(s) au sein du pôle et de l'établissement sur le thème de l'absentéisme ?

- Quel bilan tirez-vous de l'action de la CIRE ? du groupe prévention de la souffrance au travail ? autres initiatives ?

II. Questions relatives au diagnostic de l'absentéisme

- Quelles sont les principales causes d'absentéisme dans votre unité ?
 1. Hospi néonatal

 2. Hospi pédiatrie

 3. Urgences pédiatriques

Caractéristiques des personnels du pôle

- Quelles grandes caractéristiques pourriez-vous dégager, concernant les personnels de votre unité : âge, sexe, catégories professionnelles, statuts ?

- Pensez-vous que certains personnels soient plus sujets à absences ?

Conditions de travail

Pensez-vous que les conditions de travail (charges ...) sont moins difficiles ?

=> Sécurité des agents

- Pensez-vous que les conditions d'hygiène et de sécurité soient satisfaisantes dans votre unité ? le pôle ? l'établissement ?

=> Structures et locaux

- La configuration des locaux vous semble-t-elle satisfaisante pour l'exercice des missions quotidiennes des agents ?
- Les distances à parcourir sont-elles importantes ?
- Les charges à porter sont-elles lourdes ?
- Y a-t-il d'autres facteurs de pénibilité du travail ? => ergonomie du matériel, gestion des stocks de produits...

=> Organisation du travail

- Répartition des tâches : les glissements de tâches sont-ils fréquents ? Entre quelles catégories de personnels ?
- Existe-t-il une rotation des personnels entre différents postes de travail ?
- Comment sont organisés les plannings (quand et comment sont-ils présentés aux agents) ?
- Certains personnels sont-ils souvent interrompus au cours de leur journée de travail ?
- Comment sont organisés les horaires de travail des agents de votre unité ?
- Des études de la charge de travail ont-elles été réalisées pour certaines catégories de personnels, certaines tranches horaires ?

=> Relations de travail

- Les relations entre les catégories de personnels vous semblent-elles bonnes ?
- Quelle fréquence et quelle composition des réunions de pôle, d'unités ?
- Comment sont accueillis les personnels nouveaux dans les équipes ?
- Quel est le niveau de syndicalisation des personnels ?

III. Questions relatives aux pistes d'action visant à favoriser le présentéisme

=> Le rôle du cadre de santé

- Quel rôle le cadre de santé de proximité a-t-il aujourd'hui dans la gestion de l'absentéisme ? Quel rôle avez-vous sur ce sujet ?
- Que pensez-vous de l'autonomisation de ses équipes par le cadre ? (notion évoquée lors de la journée cadres de santé, mission de Singly)

-
- Une infirmière référente exerce en pédiatrie depuis mars et devrait étendre son action à la maternité.
 - ⇒ quelles sont ses fonctions ?
 - ⇒ Quel bilan tirez-vous de son intervention ?
 - ⇒ Quelles pistes d'amélioration pour elle ?

 - Le cadre dispose-t-il selon vous des moyens d'actions nécessaires pour agir sur l'absentéisme ? Sinon, de quels moyens auriez-vous besoin ?

 - Quels sont les outils d'analyse dont vous disposez ?

 - Pensez-vous avoir un appui suffisant en la matière : échanges avec les autres cadres sur l'absentéisme et le présentéisme, appui du trio de pôle, direction, médecin du travail, groupes constitués (CIRE, GPS) ?

 - La réflexion sur les actions à mener en matière de présentéisme vous paraît-elle intéressante ? Pensez-vous disposer de marges de progrès ?

 - Quels objectifs souhaiteriez-vous atteindre dans la gestion de l'absentéisme ?

Autres remarques :

Grille d'entretien médecine du travail

I. Questions relatives aux éléments de définition de l'absentéisme

Comment définissez-vous l'absentéisme ?

Que vous évoque la notion de présentéisme ?

De quels outils de pilotage de l'absentéisme disposez-vous aujourd'hui ? de quels outils complémentaires auriez-vous éventuellement besoin ?

II. Questions relatives à l'état d'avancement des réflexions

Un groupe de travail a-t-il été constitué sur la question de l'absentéisme ?

Quelles sont les initiatives individuelles ou institutionnelles sur le sujet ?

Une comparaison est-elle pratiquée avec d'autres ES ? hors champ santé ?

Quel bilan tirez-vous de l'action de la CIRE, après bientôt 4 ans d'existence ?

III. Questions relatives au diagnostic de l'absentéisme

Quels sont, selon vous, les facteurs principaux d'absentéisme ?

- caractéristiques particulières des personnels
- conditions de travail :
 - ⇒ santé et sécurité au travail
 - ⇒ locaux
 - ⇒ répartition des tâches
 - ⇒ relations de travail ?

Existent-ils des disparités importantes entre pôles ? Entre unités ?

Quelles spécificités se dégagent au sein du pôle FME ?

Peut-on distinguer des causes d'absentéisme différentes entre les différentes unités du pôle ?

IV. Questions relatives aux pistes d'action

- Quelles pistes d'action souhaiteriez-vous voir développer ?
- Quel avenir envisagez-vous pour le GPS (Groupe de Prévention de la Souffrance) ?
- Quels objectifs souhaiteriez-vous atteindre en termes de présentéisme ?

Pensez-vous que les délégations de gestion aux pôles soient un élément positif pour les politiques de présentéisme ?

D'autres délégations seraient-elles souhaitables

Grille d'entretien partenaires sociaux

I. Questions relatives à la définition des termes

- Que vous évoquent le terme d'absentéisme ? de présentéisme ?
- Vous paraissent-ils pertinents ?

II. Questions relatives à l'état aux politiques de l'établissement et à l'implication des partenaires sociaux

- Disposez-vous d'un appui interne ou externe pour réaliser un diagnostic en la matière (formation, information, de votre syndicat, de l'hôpital...) ?
- Quels travaux ont déjà été réalisés sur le thème de l'absentéisme dans l'établissement ?
- S'agit-il surtout d'initiatives individuelles ? Une politique institutionnelle plus générale est-elle lancée ?
- Y avez-vous été associés ? De quelle manière ?
- L'appui de la direction, du médecin chargé de l'hygiène et de la sécurité, du médecin du travail, des cadres vous semble-t-il satisfaisant en la matière ?
- Quel bilan tirez-vous de l'action de la CIRE, après bientôt 4 ans d'existence ?

III. Questions relatives au diagnostic de l'absentéisme

Quels sont selon vous les facteurs de l'absentéisme ?

1. Conditions de travail

=> Sécurité des agents

- Pensez-vous que les conditions d'hygiène et de sécurité soient satisfaisantes dans l'établissement ? dans le pôle femme-mère-enfant ?
- Quels sont les points forts et les points faibles de l'établissement en la matière ?
- Points forts et points faibles du pôle FME
- Quels sont selon vous les principaux facteurs de pénibilité du travail ?
- Certains pôles, unités sont-ils davantage concernés par des lacunes dans la sécurité des conditions de travail ?

=> Relations de travail

- Les relations entre les catégories de personnels vous semblent-elles bonnes ?

-
- Les nouveaux agents sont-ils accueillis de manière satisfaisante ?

2. Caractéristiques des personnels

- Pensez-vous que certains personnels soient plus sujets à absences ?

III. Questions relatives aux pistes d'action visant à favoriser le présentéisme

- La réflexion sur les actions à mener en matière de présentéisme vous paraît-elle intéressante ?
- Quels objectifs l'établissement devrait-il selon vous se fixer en termes de présentéisme ?
- Quelles pistes d'action souhaiteriez-vous voir développer au CHI ?

Autres remarques