



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2005 –

L'ABSENTEISME, UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE GESTION

Groupe n° 23

- ALYSSE Sabine (D 3S)
- DELESTRE Christine (D 3S)
- LAZARE Patricia (DS)
- LEMETAIS Christine (DS)
- RENOUF Nadine (DS)
- RESTOUX Guillaume (D 3S)
- SCHOONEMAN Bénédicte. (IASS)
- THAREL Laure (D 3S)
- TRAPEAUX Jérôme (EDH)
- TROUDE Manuelle (EDH)
- VILLAFRANCA Vanessa (EDH)

Animateurs :

- *S. CHEROUTRE*
- *J.P. DUMOND*

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 L'ABSENTEISME : UN PARADOXE.....	3
1.1 Une définition aux contours flous.....	3
1.1.1 La prise en charge de l'absentéisme par la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers	3
1.1.2 Les indicateurs utilisés pour mesurer l'absentéisme.....	4
1.2 Evolution des absences – Evolution des absents	5
1.2.1 Evolution des absences	5
1.2.2 Evolution des absents	7
1.2.3 Des mutations durables ?.....	9
1.3 Les différents coûts de l'absentéisme	10
1.3.1 Les coûts directs.....	10
1.3.2 Les coûts indirects.....	11
2 LES CAUSES MULTIPLES DE L'ABSENTEISME.....	11
2.1 Les déterminants individuels de santé.....	12
2.2 L'engagement personnel dans le travail	12
2.3 Les conditions de travail et l'organisation du travail	13
2.3.1 Facteurs matériels	13
2.3.2 Facteurs psychosociologiques	14
3 LES FONDEMENTS D'UNE POLITIQUE DE LUTTE CONTRE L'ABSENTEISME POUR MOTIF MEDICAL	15
3.1 Au niveau national.....	15
3.1.1 La tradition française d'une gestion partagée entre l'Etat et les partenaires sociaux	15
3.1.2 La légitimité réaffirmée de l'Etat en matière de santé au travail	16
3.2 Propositions au niveau local	17
3.2.1 Une politique impliquant tous les acteurs et tous les échelons de l'établissement.....	17
3.2.2 L'identification et l'analyse personnalisée des absences répétitives	21

3.2.3 Les conditions de l'efficacité d'une politique de lutte contre l'absentéisme.....	23
BIBLIOGRAPHIE	29
LISTE DES ANNEXES.....	I

Remerciements

Nous tenons à remercier les deux encadrants, Madame CHEROUTRE et Monsieur DUMOND ainsi que l'ensemble des personnes qui nous ont accueillis lors des entretiens et plus particulièrement :

- Madame BAUBEAU, médecin inspecteur de santé publique à la DRASS Ile de France
- Monsieur CHEVALLIER, DRH du Centre hospitalier de Blois
- Monsieur DEPORCQ, chargé de la gestion des cadres dirigeants de l'AP-HP,
- Madame ESTRYN-BEHAR, médecin coordonnateur médecine du travail, docteur en ergonomie
- Madame LACROIX, chef d'établissement de MEULAN, les Mureaux
- Madame LUCAS, enseignante GRH, Paris Dauphine
- Madame OUSSET, Directrice du centre de ressources – ARH- Ile de France
- Monsieur ROUSSEAU, chargé de mission à l'ANACT
- Madame SAL SIMON, DRH du CHU de Rennes
- Monsieur TAVERNIER, responsable de la cellule absentéisme médical - DRH du CHU de Saint-Etienne
- Monsieur TONNEAU, enseignant-chercheur à l'école des Mines de Paris

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

AS : aide-soignant

ASH : agent des services hospitaliers

AT : accident de travail

CDD : contrat à durée déterminée

CDI : contrat à durée indéterminée

CHU : centre hospitalier universitaire

CLD : congé longue durée

CLM : congé longue maladie

CMO : congé de maladie ordinaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation
et des Statistiques

DRH : direction des ressources humaines

ETP : équivalent temps plein

FPH : fonction publique hospitalière

IDE : infirmier diplômé d'Etat

INRS : Institut Nationale de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du
travail et des maladies professionnelles

MP : maladie professionnelle

RTT : réduction du temps de travail

TMS : troubles musculo-squelettiques

UE : Union européenne

INTRODUCTION

« Les absents ont toujours tort » a-t-on coutume d'affirmer ou d'entendre au gré de nos conversations quotidiennes. Si l'expression ne tient que de la formule dans le langage courant, elle révèle néanmoins la représentation première que se fait la collectivité de l'absentéisme. Le dicton est clair : on est présumé responsable et coupable de nos absences...excepté lorsque l'on est malade, pourrait-on compléter, notamment dans le cadre professionnel. Il est vrai qu'à l'inverse des congés ou des RTT, l'absentéisme pour motif médical ne résulte pas d'un choix et semble étranger à toute idée de responsabilité. Quoique les abus existent, en témoigne le renforcement du contrôle des arrêts maladie prévu par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie. Si l'action conjuguée des entreprises, des partenaires sociaux et des pouvoirs publics a permis une baisse significative des accidents de travail, il demeure que sont annuellement recensés 760 000 accidents avec arrêt et sont reconnues 35 000 maladies professionnelles¹.

Nous limiterons l'étude à l'absentéisme pour motif médical dans les établissements du domaine sanitaire et social. Par absentéisme pour motif médical, l'on entend toute absence justifiée par un certificat médical.

Au-delà de l'impératif consistant en la maîtrise médicalisée des dépenses, l'absentéisme pour motif médical mérite l'attention pour plusieurs raisons.

La première a trait au vieillissement de la population active qui se traduira dans les années à venir par un maintien plus long dans l'emploi. Par ailleurs, la nature des risques professionnels tend à évoluer avec l'accélération de l'innovation. L'intensification du travail, l'augmentation des contraintes organisationnelles ainsi que la progression de l'exposition aux produits chimiques contribuent à la montée de la souffrance au travail. Ce sont autant de motifs qui ont poussé l'Etat français à élaborer le Plan Santé au Travail et à y inscrire la nécessité de « faire reculer ces risques, sources de drames humains et de handicaps économiques, et d'encourager la diffusion d'une véritable culture de prévention (...) ». C'est ainsi qu'est reconnue l'idée selon laquelle l'absentéisme pour motif médical ne se résume pas à des considérations économiques, mais qu'il est une composante à part entière de santé publique et que l'on peut agir sur ses causes.

¹ En trente ans, le nombre des accidents du travail avec arrêt a été diminué par 1,5, celui des accidents graves par 2,3 et celui des accidents mortels par 3.

Tandis que le Plan ne distingue pas selon les secteurs d'activité, la nécessité d'agir sur ce qui conditionne l'absentéisme s'impose d'autant plus au sein des établissements sanitaires et sociaux publics.

Il se trouve en effet que nos diverses lectures et rencontres nous amènent à constater que ce sont ces structures qui accusent le plus fort absentéisme². Une illustration éloquent du phénomène peut en être donnée par les propos recueillis auprès du Chargé de la Gestion des cadres dirigeants de l'AP-HP. Ce dernier explique effectivement qu'à l'AP-HP, l'absentéisme pour motif médical s'élève en moyenne à 23 jours par an contre 5,5 jours dans tous les secteurs professionnels confondus.

Curieuse ironie : la santé de ceux qui nous soignent est plus fragile que celle des autres...La réalité en est pourtant ainsi, ce qui n'est pas sans implication particulière. En terme de santé publique, le problème se pose d'une manière accrue puisque le bon fonctionnement des services, voire du système de prise en charge tout entier, repose sur la présence et la bonne santé physique et morale des personnels compétents. De plus, le principe de continuité des soins rend plus impérative la gestion des absences. Si l'absentéisme implique pour les établissements *l'obligation* de remplacer, et donc de faire face à un surcoût financier, il a également un impact sur l'organisation du travail. Le bouleversement peut être tel que la qualité de la prise en charge peut s'en ressentir³. A ce titre, l'absentéisme pour motif médical dans les établissements publics du secteur sanitaire et social constitue un enjeu majeur de gestion interne. Or, il ressort que si responsabilité il y a en la matière, cette responsabilité résulte d'une conjonction de mesures, d'actions, d'abstentions ou de négligences d'une pluralité d'acteurs. Il s'ensuit que la lutte contre l'absentéisme ne peut ici d'avoir d'efficacité qu'à la condition d'une implication des acteurs les plus concernés.

Avant de proposer les fondements d'une politique de réduction de l'absentéisme (III), l'on s'ingéniera à faire état du paradoxe qui existe à propos de l'absentéisme pour motif médical dans les établissements sanitaires et sociaux publics (I), puis l'on exposera les déterminants de cet absentéisme (II).

² LE HENANFF G., *A la recherche du temps perdu, Opportunité et priorités d'une politique de prévention de l'absentéisme*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé publique, 2002-2004.

1 L'ABSENTEISME : UN PARADOXE

Bien que l'absentéisme fasse l'objet d'une définition au contour flou, il n'en reste pas moins qu'il se révèle très coûteux.

1.1 Une définition aux contours flous

Les formes d'absentéisme pour motif médical peuvent se répartir dans trois domaines : la maladie, l'accident du travail, l'absence liée à la naissance et à l'enfant. Cette classification permet aux établissements d'en mesurer l'impact par catégorie de personnel, mais aussi de calculer des ratios d'absentéisme et de dégager un absentéisme lié à de nouvelles pathologies.

1.1.1 La prise en charge de l'absentéisme par la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers

Les fonctionnaires hospitaliers disposent d'un régime spécial de sécurité sociale qui repose sur la distinction entre les prestations en nature, c'est-à-dire le remboursement des soins par le régime général et les prestations en espèces, c'est-à-dire le paiement des salaires pendant les arrêts de travail sur le budget de l'établissement employeur qui se trouve dans une situation d'auto-assureur sans pour autant mettre en œuvre systématiquement des politiques pour réduire ce risque.

L'agent est de droit en **congé maladie**, en cas de maladie dûment constatée par **certificat médical** le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. Au cours de ce congé, il conserve l'intégralité de son traitement statutaire pendant 3 mois ou 90 jours et un demi traitement pendant 9 mois.

Le fonctionnaire peut être placé en **congé de longue maladie** sur avis du **comité médical départemental** lorsqu'il est dûment constaté qu'il est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions au cours d'une affection devenue invalidante tel que : maladies cardiaques et vasculaires, rhumatismes chroniques invalidants ou insuffisance respiratoire chronique. La durée du congé de longue maladie est de 3 années accordées par périodes de 3 à 6 mois. Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an et la moitié de son traitement pendant les deux années suivantes.

Le fonctionnaire peut être placé en **congé de longue durée** sur avis du **comité médical départemental** lorsqu'il est dûment constaté qu'il est atteint d'une des pathologies suivantes : tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis (SIDA). Il conserve l'intégralité de sa rémunération pendant 3 ans et la moitié de celle-ci pendant 2 ans.

³ ANJARD T., *Favoriser le présentéisme en établissement sanitaire et social*,

L'**accident du travail** se distingue de l'**accident de trajet** par le fait qu'il se produit sur le lieu et aux heures de travail, pendant que le salarié est sous la subordination de l'employeur. Il se différencie de la **maladie professionnelle** par le caractère soudain de la lésion. Ils doivent être déclarés dans les 48 heures à la direction de l'établissement par la production d'un **certificat médical** initial avec ou sans arrêt de travail. En accident du travail, l'agent a droit à l'intégralité de son traitement pendant toute la durée de l'arrêt de travail jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ainsi qu'au remboursement des honoraires médicaux et de tous frais entraînés par l'accident ou la maladie professionnelle. Le traitement et le remboursement des frais sont à la charge de l'établissement, même après sa mise à la retraite⁴.

Le **congé maternité** est de 16 semaines, soit 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 10 semaines après pour les deux premiers enfants. Sa durée maximale est 46 semaines en cas de grossesse de triplés. Les agents titulaires ou stagiaires sont rémunérés intégralement pendant la durée de leur congé de même que les agents à temps partiel. Les agents contractuels perçoivent des indemnités journalières par la sécurité sociale pendant la durée de leur congé. Ces indemnités sont déduites de leur rémunération.

Le **congé d'adoption** est d'une durée de dix semaines à partir de l'arrivée de l'enfant au foyer, qui peut être portée à 18 semaines lorsque l'adoption porte le nombre d'enfants à charge à 3 ou plus et à 22 semaines en cas d'adoptions multiples.

Un **congé exceptionnel enfant malade** de 12 jours peut être accordé à un agent seul ou dont le conjoint ne bénéficie pas du même droit. Les bénéficiaires doivent produire un **certificat médical** justifiant la présence d'un des parents auprès de l'enfant. Les jours sont accordés par famille et par année civile, quel que soit le nombre d'enfants de moins de 16 ans, sans aucune limite d'âge pour les enfants handicapés.

1.1.2 Les indicateurs utilisés pour mesurer l'absentéisme

Dans la fonction publique hospitalière⁵, l'absentéisme moyen pour motif médical par an et par agent est de 20,1 jours en 2002, en très légère baisse par rapport à 2001 (-0,3 jours). Ce chiffre n'est pas très fiable dans la mesure où il n'existe aucun mode de calcul type. A ce titre, différentes méthodes sont utilisées dont trois d'entre-elles décrites ci-dessous peuvent illustrer ces difficultés :

Un travail **inter CHU** a été mené lors de réunions de DRH. Le taux d'absentéisme étant important dans tous les établissements, les DRH ont décidé d'adopter la même

⁴ Ce qui prolonge d'autant les charges supportées par les établissements qui s'auto-assurent.

⁵ - DHOS BILAN SOCIAL 2002

mesure de l'absentéisme, soit : nombre de journées d'absence pour motif médical / effectif moyen annuel = nombre de journées d'absence médical par agent. L'application de ce système donne un résultat de 20,70 de journées d'absence médicale par agent au titre de l'année 2004.

Dans la **région Centre**, sept années auront été nécessaire aux DRH des établissements pour harmoniser les indicateurs de mesure de l'absentéisme, soit : nombre de journées d'absence pour motif médical (sans déduction des repos hebdomadaires pendant lesquels l'agent n'aurait pas été présent) / Effectif moyen annuel = nombre de journées d'absence médical par agent. L'application de ce système donne un résultat de 25 de journées d'absence médicale par agent au titre de l'année 2004.

Les établissements de **l'AP/HP** utilisent quant à eux un mode de calcul qui n'intègre pas les congés maternité pour mesurer l'absentéisme, soit : nombre de journées d'absence pour motif médical (hors congé maternité) / Effectif moyen annuel = nombre de journées d'absence pour motif médical par agent. L'application de ce système donne un résultat de 23⁶ de journées d'absence médicale par agent au titre de l'année 2004.

Ces exemples confirment l'absence d'homogénéité dans le calcul d'indicateurs. En effet, malgré les dispositions théoriques du décret sur l'élaboration du bilan social, les commentaires libres du bilan social 2002 de la DHOS font apparaître qu'il n'y a pas d'homogénéité dans le mode de calcul de l'absentéisme et du présentéisme dans les établissements. L'harmonisation ne pourra se faire que lorsque des indicateurs communs seront définis sous l'impulsion conjointe de la DHOS et des établissements.

1.2 Evolution des absences – Evolution des absents

Avant d'entrer dans l'analyse et afin d'avoir une compréhension partagée du phénomène, il est important de caractériser et de connaître les évolutions à la fois des absences et des absents.

1.2.1 Evolution des absences

A) Tendances globale de l'absentéisme

Tous secteurs confondus, la France se classe dans une position médiane en Europe en terme d'absentéisme. L'enquête sur les conditions de travail en Europe réalisée par la Fondation de Dublin en 2000 souligne que la France avec 3% des heures de travail perdues pour absentéisme n'est pas le pays le plus touché. Ainsi, le taux d'absence⁷ pour accidents du travail, pour maladies professionnelles et pour autres problèmes de santé est respectivement de 0,8%, 0,8% et 1,5% (total 3,1%) contre 0,6%, 0,9% et 1,9% en Europe (total 3,4%).

⁶ donc encore plus avec les congés maternité

Dans le secteur hospitalier et selon les données fournies par la DHOS dans le bilan social de 2002, le nombre de jours d'absence pour raison médicale par agent s'élève à 20,1. Les quinze dernières années se caractérisent par trois grandes phases : de 1991 à 1996 le niveau de l'absentéisme a baissé jusqu'à atteindre un seuil de 17,6 jours puis la situation s'est dégradée jusqu'en 1997 avant de se stabiliser en 2002⁸.

Peu de chiffres et de recherches au niveau national sont disponibles sur ces dernières années car le sujet de l'absentéisme est resté longtemps un sujet peu exploré compte tenu de l'image parfois négative qu'il revêt dans le public et du désaccord des partenaires sociaux sur sa définition. L'évolution de l'absentéisme à partir de 2002 est donc difficile à établir à partir de données nationales mais les bilans sociaux des établissements sont un bon indicateur. Ceux dont nous disposons – CH de Blois et CHU de Saint-Etienne – présentent ainsi une évolution concordante de l'absentéisme médical sur la période 2002/2004 : celui-ci diminue globalement.

B) Evolution des absences par motif médical :

Excepté pour les congés maternité qui présentent une recrudescence en 2002 par rapport à 2001, l'évolution des absences selon la nature des motifs médicaux montre des tendances lourdes⁹:

Ainsi, si la part des maladies ordinaires est le premier motif d'absence – représentant 44% des absences médicales en 2002 selon le bilan social de la DHOS¹⁰ – sa part a diminué depuis dix ans mais à l'inverse, la part longue maladie, maladie de longue durée – représentant 26% des absences – a progressé de manière significative (de six points) sur cette même période.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles ont également augmenté sur cette période mais dans une proportion moindre pour atteindre en 2002 respectivement 8,3% et 2,1%.

Les congés maternité présentent à l'inverse une tendance nouvelle puisque après une baisse continue de 23,6% en 1991 à 17,7% en 2001, cette part est en hausse d'un point en 2002 et cette tendance semble perdurer au regard des retours d'entretiens qui ont été conduits.

Les bilans sociaux des établissements de Blois et de Saint-Étienne présentent pour la période 2002/2004 une baisse de l'absentéisme médical pour tous les motifs d'absence sauf en ce qui concerne l'absentéisme lié aux maternités qui, lui, augmente.

⁷ défini par le nombre de jours d'absence * 100/ le nombre de jours théoriquement travaillés

⁸ Dernières données nationales disponibles

⁹ Graphique sur l'évolution de la répartition des jours d'absence pour motifs médicaux en annexe 1

¹⁰ Graphique sur la répartition des jours d'absence en fonction des motifs médicaux en annexe 1

C) Difficultés liées à la nature des absences médicales :

Définir la proportion des différents types d'absentéisme reste délicat comme le précisait notre interlocuteur au CHU de Saint-Étienne ; en effet, il est peu aisé d'avoir des chiffres en continu du fait des changements de qualification des absences après l'intervention du comité médical départemental. Cela rend donc difficile la ventilation entre motifs médicaux, particulièrement entre maladie ordinaire et LD-LM.

Par ailleurs, une typologie par pathologie est également rendue difficile compte tenu du principe de secret médical. Il émerge néanmoins que la principale pathologie responsable des arrêts de travail correspond aux « TMS », troubles musculo-squelettiques. L'étude de Madeleine Estryn-Behar sur « Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant » souligne à cet égard que ces TMS sont le premier problème de santé déclaré et que sur un échantillon national de 5376 soignants, il concerne 56,2% des soignants. Depuis 1999 cette affection a été inscrite parmi les maladies professionnelles reconnues et est en augmentation constante, tant dans le secteur public que privé.

En matière d'accidents du travail, les accidents les plus fréquents sont liés aux efforts de soulèvement pour 19% des accidents, aux accidents d'exposition au sang pour 17% et aux chutes et glissades pour 14%.

Concernant la durée des arrêts, nous ne disposons pas de données nationales ce qui rend difficile toute comparaison, notamment avec le secteur privé. L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, l'ANACT, a réalisé une étude en juillet 2004 dans une entreprise du secteur industriel (Atal) selon laquelle 41% des absences sont inférieures ou égales à 3 jours et 68% des absences sont inférieures ou égales à la semaine. Les éléments chiffrés du CHU de Saint-Étienne - qui ne sont pas nécessairement représentatifs des données nationales - indique que la durée moyenne d'une absence pour motif médical pour l'année 2004 s'élève à 32,86 jours contre 35,72 pour 2003.

1.2.2 Evolution des absents

L'analyse quantitative porte ici sur les **caractéristiques des personnels hospitaliers absents** pour motif médical.

A) Des différences persistantes

Des disparités entre catégories de la FPH (A-B-C)

Le graphique « évolution de la répartition des jours d'absence pour motifs médicaux par catégorie d'agents » du bilan social de la DHOS¹¹ porte sur une période longue (1991 – 2002, soit 12 années d'études). Il est relativement explicite : il existe de

¹¹ Graphique « évolution de la répartition des jours d'absence pour motifs médicaux par catégorie d'agents » en annexe 2

fait une forte disparité entre catégories de personnels de la FPH (A, B, C regroupée avec D qui a aujourd'hui disparu). **L'absentéisme augmente en effet quand la catégorie baisse** : les personnels de catégorie A sont moins absents que ceux de catégorie B, eux-mêmes moins absents que ceux de catégorie C, la moyenne de toutes les catégories confondues se situant entre celle des B et des C. Ces constats restent valables quelle que soit la taille de l'établissement considéré¹²

Les variations au sein d'une même catégorie sont cependant plus difficiles à établir ainsi qu'à expliquer¹³. En effet, comme le note la DHOS, « l'accès des infirmières spécialisées à la catégorie A a modifié de manière sensible la structure du personnel par catégories : en 2002, la catégorie A représente 16,8% du personnel, contre 11,8% en 2001. La catégorie B passe de 42% du personnel à 37%. »

Les deux rapports (2000 et 2001) consacrés par la Cour des Comptes à la fonction publique d'Etat n'abordent pas cette question de l'absentéisme par catégorie mais les études particulières qu'elle a réalisées semblent confirmer cette disparité de fait entre catégories de la fonction publique.

Une spécificité par métier et catégorie professionnelle (professions médicale, soignante, médico-technique, technique, administrative)

Les différences d'absences médicales par catégories professionnelles¹⁴ recourent celles observées par catégories de la FPH. On distingue alors 3 groupes : les médecins sont les personnels les moins touchés par les absences médicales (catégories A uniquement), ensuite, les personnels administratifs et médico-techniques (environ 90% de catégorie B) occupent une position intermédiaire, enfin les soignants (surtout B et C) et les personnels techniques (90% de catégories C) sont les professions qui connaissent les plus longues absences médicales.

Il y a donc bien une **spécificité par métier**. En effet, si l'on construit un nombre de jours d'absence théorique à partir du nombre de jours d'absence associé à chaque catégorie et du poids de chaque catégorie au sein des différents métiers, on obtient¹⁵ alors 4 groupes par nombre croissant de jours d'arrêt : les médecins d'abord, les médico-techniques ensuite, les soignants et les administratifs au même niveau, et enfin les techniques. Or on obtient dans la réalité seulement 3 groupes, ce qui implique une *spécificité métier pour les soignants*, seul métier où la courbe observée se situe en dessus de la courbe théorique¹⁶.

¹² Tableau de répartition des absences par taille d'établissement pour les différentes catégories d'agents en annexe 2

¹³ Graphique sur le nombre de journées d'absence médicale par agent au CHU de Saint-Étienne en annexe 2

¹⁴ Graphique sur l'évolution de la répartition des jours d'absence par catégorie professionnelle en annexe 2

¹⁵ Tableau des jours d'absence selon le poids des catégories d'agents en annexe 2

¹⁶ Graphique sur la courbe théorique des métiers construite à partir de la répartition par catégories de la FPH en annexe 2

L'ordre à l'intérieur des 3 groupes initiaux peut fluctuer d'une année sur l'autre comme le prouve l'exemple du CHU de Saint-Étienne¹⁷ ou le tableau de la DHOS en fonction de la taille d'établissement¹⁸.

B) Le sexe, une variable dont l'effet sur l'absentéisme reste difficile à évaluer

Les éventuelles différences d'absences médicales par sexe (de même que des statistiques selon la charge de famille) ne figurent pas dans les bilans sociaux publiés par les établissements ou par la DHOS. En effet, aucun chiffre selon cette variable n'est fourni¹⁹. À l'évidence, seules les femmes sont concernées par les arrêts pour maternité et grossesse pathologique²⁰. Cela conduit à penser que les hommes seraient moins absents que les femmes de 20% environ (poids des arrêts maternité et grossesse pathologique dans l'ensemble des absences médicales). Il convient aussi de remarquer que les catégories professionnelles sont fortement sexuées : 75 à 90% de femmes parmi les administratifs, les soignants et les médico-techniques, 25 à 30% parmi le personnel technique et 40% parmi les médecins.

L'hypothèse que le sexe n'influe pas sur les autres types d'arrêts maladies reste cependant largement discutable. Par exemple, les chiffres d'Eurostat sur les accidents sérieux²¹ dans l'UE à 25 montrent des différences entre les deux sexes²².

1.2.3 Des mutations durables ?

A) Un absentéisme accru par les renouvellements de la pyramide des âges hospitalière

La première difficulté pour lier l'âge à l'absentéisme est l'absence de taux par tranches d'âge dans les bilans sociaux des établissements et donc de la DHOS. Les rares études sur le sujet²³ indiquent cependant une répartition bimodale (avec un pic sur la tranche 25-35 ans pour les maternités, et un autre pour les plus de 50 ans pour l'usure physique). Pour suivre les effets de l'âge sur l'absentéisme hospitalier, il est donc nécessaire de connaître la pyramide des âges des personnels et en particulier de savoir comment elle évolue. Or la structure démographique des établissements hospitaliers se renouvelle avec le remplacement des départs en retraite par du personnel plus jeune²⁴,

¹⁷ Graphique CHU de Saint-Étienne en annexe 2

¹⁸ Tableau DHOS des jours d'absence selon la taille de l'établissement et par catégorie professionnelle

¹⁹ Les règles contre la discrimination et sur l'égalité (juridique) hommes-femmes au travail se seraient-elles muées en politiquement correct au point de ne pas évaluer l'absentéisme selon cette variable ?

²⁰ Catégorie qui inclut de manière marginale les congés paternité et adoption pour les hommes

²¹ Accidents de travail conduisant à des arrêts supérieurs à 3 jours survenant pendant l'année indiquée. Base 100 en 1998. Source : Annual review of working conditions in the EU (2004-2005), publiée par la Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail

²² Tableau des accidents de travail dans l'UE (Eurostat) en annexe 2

²³ Notamment « Vieillesse du personnel hospitalier et absentéisme pour raisons de santé » par JP Dumond, Gestions hospitalières novembre 2004

²⁴ « Si le vieillissement du personnel administratif et technique continue, ce n'est pas le cas du personnel soignant, infirmier et aide soignant où est constaté un rajeunissement de la base de la pyramide d'âge. Ceci est dû à l'arrivée de toutes jeunes recrues : en 2001, 3,6% des infirmiers ont moins de 25 ans contre moins de 0,1% quatre ans plus tôt et 5,7% d'aide

en particulier dans la catégorie des soignants. Cela devrait mécaniquement conduire à un nombre élevé de congés maternité (et de congés maladies associés) qui se combinerà à un absentéisme en augmentation pour les personnels en fin de carrière dont le nombre augmentera. Il en résultera sans doute une augmentation générale de l'absentéisme pour motif médical dans les années à venir du simple fait de la structure démographique des personnels hospitaliers.

B) L'hypothèse de l'effet de l'ancienneté et du statut

Là encore, l'absentéisme n'est pas présenté dans les bilans sociaux en fonction de l'ancienneté²⁵ dans l'établissement ou en fonction du statut. Par conséquent, les données manquent pour établir des liens clairs avec ces deux variables. Cependant, on peut émettre l'hypothèse que l'évolution du délai moyen de mise en stage²⁶, en nette baisse depuis 2000, n'est pas forcément neutre sur l'absentéisme. En effet, dans d'autres secteurs d'activité²⁷, le taux d'absentéisme augmente après la fin de la période de « test » dans l'entreprise (en intérim et CDD) et le passage à un CDI correspond à une augmentation de l'absentéisme par « décompensation²⁸ ».

1.3 Les différents coûts de l'absentéisme

1.3.1 Les coûts directs

Les charges liées au personnel de remplacement occupent une place croissante, 4.1 % en 2002 contre 3.6 % en 2000 et 2.7 % en 1995²⁹. Le coût de l'absentéisme long compensé par des remplacements est assez bien évalué contrairement à l'absentéisme court ou moyen qui est intégré dans la réorganisation des équipes. L'absentéisme entraîne aussi un recours à l'intérim mais également au paiement d'heures supplémentaires. Une approximation du coût financier direct a été réalisée pour le CHU de St-Etienne en 2004: 15.5 millions d'€ environ par an soit 416 ETP³⁰.

Un autre exemple, à l'AP-HP, le directeur fonctionnel de la blanchisserie dont l'effectif total est de 800 agents équivalent temps plein (ETP) a évalué l'absentéisme médical à 45 ETP/an soit un atelier complet en permanence. Comparativement, la mise en place de mesures préventives représente un coût bien moindre.

soignants ont moins de 25 ans contre 3,9% quatre ans plus tôt. » - Bilan social 2002 de la DHOS. Les données les plus récentes datent cependant de 2001.

²⁵ Concernant l'ancienneté, on peut avancer l'idée qu'elle joue dans le même sens que l'âge puisque les carrières sont fréquemment faites dans un unique établissement.

²⁶ Le délai moyen avant « mise en stage » est le temps travaillé dans l'établissement, comme contractuel, avant le passage d'un concours sur titres ou sur épreuves. La « mise en stage » est la période, en général d'une durée d'une année, qui précède la titularisation

²⁷ Par exemple, étude ANACT sur l'entreprise industrielle INOPLAST.

²⁸ Graphique sur l'évolution du délai moyen d'activité effectuée en tant que stagiaire ou contractuel selon la taille de l'établissement en annexe 2. On pense ici au schéma suivant : mise en stage – titularisation – congés maternités pour les jeunes recrues.

²⁹ Bilan social DHOS 2002

³⁰ Tableaux d'estimation du coût financier direct au CHU St-Etienne en annexe 2

Concernant les différents régimes indemnitaires des contractuels absents, l'employeur verse le traitement du remplaçant, les caisses de sécurité sociale versant les indemnités journalières du contractuel en arrêt maladie. En revanche, concernant les titulaires, la structure verse à la fois le traitement de son employé et celui de son remplaçant.

1.3.2 Les coûts indirects

L'absentéisme peut entraîner à effectif constant un report de travail sur les autres membres du personnel. En effet, les heures supplémentaires constituent le premier outil pour remplacer le personnel absent pour motif médical, le coût de l'emploi d'intérimaires étant trop élevé. D'où deux types de coûts indirects. Tout d'abord, chaque soignant dispose de moins de temps pour chaque usager et prodigue des soins de moins bonne qualité. En outre, la grande majorité des soignants craint de faire des erreurs. Si cette crainte s'atténue avec l'âge (à partir de 6 ans d'ancienneté), les facteurs évoqués sont la fréquence des interruptions, la pression du temps qui manque par rapport à la charge de travail, la pression du rythme de travail et l'exigence de rapidité³¹.

Enfin, un absentéisme trop important décourage la productivité des meilleurs éléments, enclins à terme à adopter un même comportement d'absence au travail. Par ailleurs l'absentéisme peut générer un phénomène de spirale, la surcharge de travail entraînant un stress supplémentaire pour les agents présents dont le risque d'absence augmente logiquement afin de fuir cette situation.

2 LES CAUSES MULTIPLES DE L'ABSENTEISME

Les causes de l'absentéisme peuvent être classées en trois grandes catégories sur lesquelles l'établissement dispose d'une maîtrise croissante. Nous verrons successivement les déterminants individuels de santé, peu maîtrisables par l'établissement, puis l'engagement personnel dans le travail et enfin l'organisation et les conditions de travail.

³¹ Cf. l'étude de Mme ESTRYN-BEHAR

2.1 Les déterminants individuels de santé

Intitulé du facteur	Maîtrise du facteur par l'établissement	Chaîne de causalité	Remarques		
les pathologies personnelles et l'état individuel de santé	Nulle ou presque	Facteurs de santé propres à la personne (patrimoine génétique, environnement, alimentation...) et inégalités de réaction face à l'usure physique et psychologique	Le secret médical limite les informations dont dispose l'établissement		
le sexe	Faible pour le recrutement, possibilité de concilier environnement professionnel et vie privée	L'implication familiale (enfants, répartition des tâches ménagères au sein du foyer, présence ou non d'un conjoint ...) et le rôle particulier joué par la femme est un facteur d'absentéisme. A l'extrême, faire des enfants peut être une solution de retrait volontaire du milieu professionnel ³² Cependant, les hommes apparaissent plus sensibles au burnout ³³	Le personnel hospitalier est largement féminisé (cf. IB) et les métiers de la santé sont largement associés aux femmes dans les représentations collectives. Par ailleurs, l'espérance de vie des femmes est, pour toute la population française, largement supérieure à celle des hommes, ce qui devrait être un atout.		
l'âge et l'ancienneté	Adaptation des conditions de travail et des postes proposés	Elle est double :			
			Prévisibilité	Fréquence	Longueur des arrêts
		25 – 35 ans pour maternité	+	+	-
> 50 ans pour usure physique et vieillissement	-	-	+		

2.2 L'engagement personnel dans le travail

L'hôpital apparaît comme un lieu de reconnaissance de soi à travers le travail. Mais la satisfaction procurée par celui-ci n'est pas acquise³⁴ alors qu'elle conditionne largement l'investissement³⁵ personnel dans le travail. Celui-ci dépend également de facteurs que l'on peut regrouper sous le terme « pressions au présentéisme », qu'elles soient économiques, sociales ou personnelles³⁶.

Ces deux angles d'analyse ont été appliqués ici au personnel de la fonction publique hospitalière qui présente de nombreuses spécificités : répartition hiérarchisée et réglementaire des tâches, règles de gestion du personnel particulières (recrutement sur titre avec période de mise à l'épreuve généralement précédées d'un ou plusieurs CDD, système de notation et d'évaluation des agents, rémunération et progression selon des grilles), activité de service public (accueil des malades et des familles avec égalité d'accès) avec nécessité absolue de continuité du service, métiers soignants comportant une forte charge émotionnelle.

³² En s'inspirant du modèle de Hirschmann dans *Exit, voice or loyalty*.

³³ Entretien avec Mme Estryn-Behar, médecin du travail

³⁴ Susan Rhodes, Richard Steers, *A systematic approach to diagnosing employee absenteeism*, Employee relations, 3 (2), 1981. Cette étude anglo-saxonne porte sur le secteur privé (et donc assez éloignée culturellement de la fonction publique hospitalière française) et les auteurs distinguent 7 variables de satisfaction au travail (variété du travail, possibilité de promotion, bas niveau de stress, petite taille du groupe de travail, management démocratique, relations positives avec les collègues, chances d'avancement)

³⁵ Comme tout investissement, il n'est pas obligatoire et sa réalisation dépend de ce qui est attendu en retour.

³⁶ Conditions économiques et marché du travail, systèmes d'incitations et de récompenses, flexibilité du temps de travail, normes du groupe de travail, autonomie, éthique professionnelle de chacun

Intitulé du facteur	Maîtrise du facteur par l'établissement	Chaîne de causalité	Remarques
Répétitivité des tâches	Dépassement de fonctions dans la limite des contraintes réglementaires + formation du personnel	Une forte spécialisation peut entraîner une lassitude des personnels et un absentéisme important. A l'inverse, certaines études ³⁷ ont montré qu'une trop forte polyvalence des tâches peut limiter l'engagement des individus dans leur métier et la vie de leur institution.	En particulier, les soignants (les ASH et les AS)
Sentiment d'être utile	Entretenir ce sentiment et soutien	La mission même du personnel hospitalier (soin d'un public malade) est génératrice d'un fort sentiment d'utilité, exprimée souvent comme une vocation	
Ethique professionnelle	Lors du recrutement	Ensemble d'obligations et d'attentes que chacun se crée (ou non) vis-à-vis du travail, en particulier la valeur attribuée par chacun au travail ³⁸ et le fait que celui-ci participe à la reconnaissance de soi	
Niveau d'exigences individuelles au travail	Amélioration de la qualité via des groupes d'expression	Peur de l'erreur, insatisfaction concernant la qualité des actes ³⁹	L'absentéisme apparaît ici comme un coût de non-qualité
Rétributions matérielles et symboliques (ex : promotion/avancement)	Contraintes budgétaires et réglementaires pour les aspects matériels, liberté accrue pour les aspects symboliques	Leur utilisation permet de renouveler l'engagement réciproque entre le personnel et l'établissement et de reconnaître la valeur du travail accompli	
Normes internes du groupe	A l'échelle du service	Le groupe est ici constitué par le service, unité de base du fonctionnement de l'hôpital. Celui-ci exerce une pression au présentéisme variable selon le type d'activités exercées, son histoire et les personnes qui le composent	
Conditions économiques et marché du travail	Stratégie de différenciation pour rendre l'hôpital attractif (« magnet hospitals »), sinon aucune	Dans le secteur privé, le chômage fait diminuer l'absentéisme par peur du licenciement. Dans la FPH, les CDD et la période de stage jouent un rôle identique mais les tensions actuelles sur l'offre de travail (pénurie de personnel soignant) jouent en sens inverse.	

2.3 Les conditions de travail et l'organisation du travail

Ce sont les facteurs les plus maîtrisables par l'établissement et ils comptent parmi les plus efficaces.

2.3.1 Facteurs matériels

³⁷ Etude ANACT sur la société INOPLAST

³⁸ Mme Lucas parle de « génération zapping » pour les jeunes agents qui n'ont pas le même rapport au travail que leurs aînés, les premiers étant davantage que le seconds dans une relation purement contractuelle.

³⁹ Ainsi, 50.5% des soignants (infirmières diplômées d'état, aides-soignants et ASH) interrogés lors d'une étude nationale sur la satisfaction au travail se déclaraient *insatisfaits de la qualité de leurs actes*.

Intitulé du facteur	Maîtrise du facteur par l'établissement	Chaîne de causalité	Remarques
Pénibilité physique, exposition à la violence	Investir dans un matériel ergonomique, former à la gestion des situations de violence.	Cette pénibilité peut être liée à la nature des tâches ou aux services. Les aides-soignantes sont d'avantage exposées aux risques liés à la manutention des patients et des charges inertes que les infirmières. Dans l'étude de Mme ESTRYN BEHAR ⁴⁰ , les conditions physiques du travail représentent le troisième motif d'insatisfaction (52% des soignants sont concernés). En outre, les agents travaillant en gériatrie sont plus exposés à la manutention de charges lourdes; ceux des services des urgences ou de psychiatrie sont plus fréquemment victimes de situations de violence.	
Horaires	Introduire la possibilité de débattre des choix d'horaire, d'organisation du travail. Attirer le personnel soignant.	L'incertitude des horaires de travail et notamment le fait d'être rappelé pendant son temps de repos limite l'engagement du personnel. Par ailleurs, le travail de nuit serait aussi plus propice à l'absentéisme que le travail de jour. En outre, à effectif constant, l'introduction de la semaine de 35h augmente l'absentéisme par un accroissement de la charge de travail et du stress associé.	
Contraintes de temps	Gestion des plannings de travail	Bon nombre de soignants se plaignent d'un manque de temps pour communiquer avec les patients et transmettre leurs informations aux équipes qui les relèvent ⁴¹ . D'où la crainte de faire des erreurs et le stress qui l'accompagne. Par ailleurs, la diminution de la durée de séjour des patients contribue à accroître l'intensité du travail et le manque de temps ressenti par les agents.	

2.3.2 Facteurs psychosociologiques

Intitulé du facteur	Maîtrise du facteur par l'établissement	Chaîne de causalité	Remarques
Degré d'autonomie dans l'organisation du travail	Délégation accrue du cadre. Contraintes de continuité des soins et de répartition réglementaire des tâches	Selon le modèle de Karasek et de Siegrist, une intensité de travail trop forte ajoutée à une autonomie limitée peut entraîner l'apparition de maladies cardiovasculaires et mentales. L'autonomie est également une marque de confiance des collègues et de l'encadrement.	
Taille des équipes	Privilégier des équipes de petite taille ⁴² dans la limite de l'organisation médicale des services ⁴³	Des équipes trop importantes diluent le rôle de chacun et rendent plus impersonnelles les relations entre collègues.	
Accueil du public	Adaptation des horaires de visites (familles) et des entrées programmées (patients)	L'accueil du public est identifié comme facteur de stress (responsabilité immédiate, désorganisation du travail pour s'adapter à des sollicitations non prévues...). Or c'est dans l'essence même de l'hôpital, service public, d'accueillir des patients et leurs familles en situation de grande tension émotionnelle.	
Relations entre collègues	Rôle du cadre pour veiller à une équité entre les agents	Les soignants qui peuvent débattre des questions professionnelles dans leur service (choix d'horaire, organisation du travail, qualité des soins...) sont moins touchés par les troubles tels la dépression, l'insomnie et le burnout ⁴⁴	
Management, exigences et écoute par l'encadrement	Formation des cadres à l'échelle de l'hôpital	Un management autoritaire conduit à l'absentéisme par usure psychologique. A l'inverse, un management trop laxiste incite au désengagement des personnels dans leur travail, lui aussi source d'absentéisme.	

⁴⁰ ESTRYN BEHAR, santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, Etude PRESST-NEXT, janvier 2004

⁴¹ Ibid

⁴² Environ 20 personnes

⁴³ c'est-à-dire en fonction des chefferies de service et de la répartition des lits entre praticiens

⁴⁴ ESTRYN BEHAR, santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, Etude PRESST-NEXT, janvier 2004

3 LES FONDEMENTS D'UNE POLITIQUE DE LUTTE CONTRE L'ABSENTEISME POUR MOTIF MEDICAL

A quelque échelon qu'elle se trouve, toute politique doit tenir compte des prescriptions édictées à un niveau supérieur. Aussi quand bien même devons poser les fondements d'une politique locale de lutte contre l'absentéisme, la déclinaison de la politique nationale s'impose.

3.1 Au niveau national

Parallèlement au dispositif de contrôle des arrêts de travail, l'Etat français développe une politique de prévention depuis une cinquantaine d'années.

Le système français de prévention des risques professionnels repose en effet, historiquement sur une gestion partagée, entre l'Etat et les partenaires sociaux. Cependant, face aux évolutions des formes d'emplois et des conditions de travail et, conforté par la jurisprudence « amiante » de mars 2004 qui pose le principe de la seule responsabilité de l'Etat en matière de risque liés aux produits, l'Etat réaffirme aujourd'hui sa légitimité concernant la santé au travail.

3.1.1 La tradition française d'une gestion partagée entre l'Etat et les partenaires sociaux

Actuellement, le système de prévention des risques professionnels est partagé entre les acteurs du niveau central et les acteurs de terrain.

Au niveau central, c'est essentiellement le ministère chargé du travail qui définit ou contribue à définir les cadres juridiques dans lesquels s'exerce le travail salarié, et en particulier les conditions de travail et la politique de prévention des risques en milieu de travail.

Les partenaires sociaux jouent également un rôle essentiel de par leur action de proximité. Ce sont en effet la CNAMTS ou d'autres organismes tels que l'INRS, qui disposent de moyens humains, techniques et financiers adaptés à l'application de la politique de santé et de sécurité au travail définie par l'Etat.

Cette configuration du système de prévention est le fruit d'une lente maturation. Il a en effet fallu attendre 1973 pour voir la création de l'ANACT et celle du Fonds d'amélioration des conditions de travail, rattachés au ministère du travail. L'intervention au sein de l'entreprise fut rendue possible à partir de la loi du 23 décembre 1982 qui crée le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, instance représentative du

personnel. Les partenaires sociaux voient d'ailleurs leur rôle renforcé avec l'accord de septembre 2000, créant notamment les observatoires régionaux de la santé au travail.

C'est ainsi que bien avant la directive communautaire cadre du 12 juin 1989, laquelle vise à harmoniser les stratégies préventives des états membres au moyen d'une approche commune du « management et de l'organisation de la santé et de la sécurité au travail »⁴⁵, l'Etat français avait commencé à développer une politique de prévention dans une logique de partenariat. Il n'a par ailleurs pas cessé de compléter la transposition des normes européennes, notamment par l'ajout significatif du décret du 5 novembre 2001 qui pose l'exigence pour l'ensemble des entreprises et établissements publics ou privés de répertorier dans un « document unique » les risques qui leur sont propres.

Ceci est peut-être l'explication d'un taux d'absentéisme tout à fait relatif par rapport aux autres pays européens qui n'ont pas adopté la même politique, voire pas de politique du tout.

Conformément à sa tradition, l'Etat français a récemment confié, dans la loi du 21 août 2003, portant réforme des retraites, le soin de négocier une définition et une prise en compte de la pénibilité au travail. Toutefois, en s'emparant de toute la dimension du thème de la santé au travail, l'Etat réaffirme sa légitimité à poser le cadre des politiques de prévention.

3.1.2 La légitimité réaffirmée de l'Etat en matière de santé au travail

L'actualité est celle du plan santé au travail 2005-2009⁴⁶, présenté par le Ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, ainsi que le Ministre délégué aux relations du travail. Ce plan prévoit 23 actions organisées autour de 4 objectifs : développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel ; renforcer l'effectivité du contrôle ; réformer les instances de pilotage et décloisonner les approches des administrations ; et encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail

La mobilisation de tous les types d'instruments démontre une forte impulsion politique ; c'est dans ce contexte très marqué que la réflexion d'une politique locale doit être menée.

⁴⁵ article L230-2 du code du travail

⁴⁶ Le plan santé au travail complète et s'articule avec deux autres grands plans structurants : le plan national santé environnement, présenté le 21 juin 2004 et le plan de cohésion sociale, présenté le 30 juin 2004.

3.2 Propositions au niveau local

3.2.1 Une politique impliquant tous les acteurs et tous les échelons de l'établissement

L'absentéisme est révélateur des problèmes de fidélisation que connaissent les établissements. A ce titre, il implique l'ensemble des acteurs et les pistes d'actions qui en découlent. S'il apparaît que le service est un échelon adapté à la mise en œuvre de bon nombre d'actions, celles-ci ne peuvent s'inscrire que dans le cadre d'une politique d'établissement.

A) Un échelon de proximité primordial...

Le service est l'échelon de proximité dans lequel il va être possible de mener des actions importantes en terme de lutte contre l'absentéisme dans la mesure où il impacte fortement les conditions de travail quotidiennes des personnels. Les acteurs-clé de cet échelon local que représente le service sont le médecin chef de service et surtout le cadre de santé.

Au sein du service, et dans cet objectif de lutte contre l'absentéisme, leur rôle consiste notamment en l'amélioration de l'organisation et de la qualité des relations de travail. Les relations à l'hôpital sont largement dépendantes des circuits d'information existant entre les services. C'est pourquoi, l'organisation de réunions d'échange de pratiques professionnelles, tant à l'intérieur des services qu'entre les services, est importante. Les transmissions entre les équipes améliorent l'implication des personnels et influent sur la qualité des conditions de travail des agents soignants, permettant ainsi de réduire leur inquiétude quant au risque d'erreur professionnelle. L'étude américaine sur les « magnet hospitals » citée précédemment montre l'importance de l'autonomie dans l'organisation du travail et de bonnes relations avec les médecins. Les cadres peuvent ainsi concourir à accroître la variété des tâches effectuées par le personnel et responsabiliser les agents de leur équipe de tout niveau.

Par ailleurs, il revient au cadre de santé d'organiser de manière souple les plannings des personnels soignants. Disposer du choix de se positionner sur un planning prévisionnel favorise le présentéisme et la responsabilisation des agents. L'organisation de son temps de travail et la possibilité de le faire coïncider avec ses contraintes personnelles sont des facteurs importants du bien-être au travail. Dans le même esprit, le cadre peut faire participer le plus possible les agents de son service au processus décisionnel le concernant par la mise en place de groupes de travail thématiques notamment.

Le cadre et le chef du service peuvent encourager la formation des personnels. A condition qu'elle soit adaptée et personnalisée, celle-ci joue un rôle non négligeable dans

le développement de perspectives professionnelles permettant de systématiser la construction de trajectoires personnelles étoffées et d'accroître la motivation au travail. Par ailleurs, les cadres peuvent développer une culture de droit à l'erreur⁴⁷ et développer des retours d'expérience suite à d'éventuels incidents avec les acteurs concernés.

Les cadres ont également un rôle à jouer sur la prévention des risques professionnels, notamment quant aux mesures permettant la réduction du stress au travail. A cet égard, il est important que les cadres et les chefs de service veillent à adopter une rédaction claire des procédures professionnelles, à tenter de réduire les conflits d'attribution des tâches.

Enfin, la prise en compte par le cadre de santé des répercussions psychiques de situations parfois difficiles à gérer pour les agents sur le plan émotionnel peut vraisemblablement contribuer à leur mieux-être au travail. A cet effet, il est possible dans de nombreux établissements de faire intervenir un psychologue et de développer des groupes de parole auprès des personnel demandeurs.

Une formation particulière des cadres, centrée sur l'importance de la valorisation des postes de travail et de la reconnaissance des individus, quelle que soit leur fonction, est essentielle dans la conduite de ces actions de lutte contre l'absentéisme. Un tutorat des agents faisant fonction de cadres a fait ses preuves au centre hospitalier des Mureaux notamment. L'orientation du rôle du cadre comme conseiller, autant que comme autorité hiérarchique peut permettre de responsabiliser et autonomiser les personnels et contribuer à diminuer l'absentéisme.

Ces actions à l'échelon du service sont indissociables et complémentaires d'une politique d'établissement.

B) ...indissociable d'une politique au niveau de l'établissement

La politique de lutte contre l'absentéisme au niveau de l'établissement mobilise le directeur général, le directeur des ressources humaines, le directeur des finances, le directeur des soins, le médecin du travail et les partenaires sociaux.

Le directeur des soins et le directeur des ressources humaines ont tout intérêt, en coordination avec le cadre du service, dans la mesure du possible et dans la limite de la nécessité de continuité des soins, à faciliter l'aménagement du temps de travail des personnels, tels que le choix des jours de travail et l'accès au temps partiel, favorisant ainsi leur mieux-être au travail. La badgeuse, en tant qu'instrument permettant une certaine souplesse en terme d'organisation du travail grâce aux horaires variables, permet aux agents de gérer leur temps de travail en fonction du flux d'activité, tout en assurant

⁴⁷ Thierry Anjard, *Favoriser le présentéisme en établissement sanitaire et social*, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001.

une présence minimum de personnel afin de garantir la continuité des soins et la sécurité⁴⁸.

Il semble également que la taille des équipes de travail influence le taux d'absentéisme. Le directeur des ressources humaines ainsi que le directeur des soins ont la possibilité d'agir sur la taille des équipes afin qu'elles restent suffisamment restreintes pour permettre une certaine cohésion, une bonne communication, une moindre spécialisation des tâches, accroissant la motivation de ses membres. Par ailleurs, une équipe restreinte favorise l'émergence de normes en faveur du présentéisme en raison d'une plus grande interdépendance des tâches et engendre généralement une plus grande satisfaction au travail.

Les risques d'atteinte à la santé liés au travail en milieu sanitaire et social sont particulièrement élevés. Des actions de prévention peuvent être menées, à l'échelle de l'établissement⁴⁹, de concert entre le directeur des soins, le directeur des ressources humaines, les partenaires sociaux via, notamment le CHSCT, et le médecin du travail en faveur de la prévention des troubles musculo-squelettiques⁵⁰, de la vaccination, de l'alcoolisme⁵¹, de la drogue, ou du tabac. L'acquisition de matériel ergonomique, tels des lève-malades électriques, chariots à fond élévateur ou des baignoires ergonomiques, permet d'alléger la charge physique des personnels. Un travail conjoint entre les différents acteurs peut également être mené afin de limiter le bruit ou réorganiser l'espace au sein des locaux professionnels.

La qualité du recrutement influe également sur le taux d'absentéisme ultérieur. A cet égard, le directeur des ressources humaines doit tenir compte des compétences professionnelles des agents afin d'optimiser l'adéquation entre les capacités de celui-ci et les besoins de l'établissement et veiller, dans la limite du possible, à la mixité du recrutement et à l'embauche de personnels de toutes les classes d'âge. Un accompagnement au métier peut être réalisé, afin de fidéliser le personnel. Cela passe par un suivi de carrière et un accompagnement du projet professionnel de l'agent depuis l'école. Par ailleurs, le fait que tous les postes soient pourvus permet de limiter l'impact de l'absentéisme sur la charge de travail.

Une politique de reclassement des personnels à la santé défaillante, associant la direction, les cadres de proximité mais aussi les partenaires sociaux, est également importante pour limiter le recours trop fréquent aux absences. Le succès en matière de

⁴⁸ C'est l'utilisation qui en est faite au centre hospitalier de Blois notamment.

⁴⁹ Selon le rapport Costargent Vernerey sur les violences subies au travail par les professionnels de santé, les mesures de prévention et d'accompagnement des situations de violence intégrées dans les programmes annuels de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail des établissements de santé sous dotation globale se sont révélées bénéfiques.

⁵⁰ Par exemple, la société allemande Beiersdorf, propose avec succès des stages de maintien, du sport ou des séances de relaxation pour son personnel.

⁵¹ L'acquisition d'un distributeur de boissons non alcoolisées gratuites par le directeur des ressources humaines d'une blanchisserie hospitalière de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a par exemple permis de réduire la consommation d'alcool des employés.

réduction de l'absentéisme du centre hospitalier des Mureaux est parlant. Cet établissement intègre dans le « pôle risque » qu'il a créé un dispositif qui permet d'assurer l'adaptation des postes pour faciliter la reprise du travail. Cette mesure repose sur un contrat entre l'agent et le service d'accueil et différencie les tâches que l'agent peut faire comme tout un chacun et celles qui nécessitent une adaptation.

En outre, le directeur général et les directeurs-adjoints chargés des ressources humaines, des finances ainsi que le directeur des soins peuvent développer une politique concertée de remplacement des absences au sein de l'établissement. Dans l'objectif de pallier la désorganisation engendrée par l'absentéisme, un mode centralisé de gestion des absences pourrait être initié avec la création d'un pool permettant la mutualisation des moyens entre services. Le pool de remplacement nécessite toutefois une réserve importante de personnel, ce qui ne s'accorde pas avec une situation de pénurie, comme c'est actuellement le cas des infirmiers. Néanmoins, le remplacement par des personnels intérimaires se révèle très onéreux et désorganisateur pour les services et le rappel au travail des agents en repos concourt à une dégradation des conditions de travail et une démotivation des équipes.

C) Un échelon intermédiaire à venir : le pôle

La mise en place des pôles dans le cadre de la « nouvelle gouvernance », en instituant un échelon intermédiaire rapprochant les niveaux de responsabilité des agents peut être un facteur de motivation au travail et ainsi de réduction de l'absentéisme. Il devrait permettre une meilleure appropriation des décisions par les personnels dans la mesure où cette réforme réduit le nombre d'échelons entre les agents et le niveau décisionnel.

Il est prévu que les mesures individuelles de gestion des ressources humaines soient, elles aussi, regroupées dans un pôle. Le rapprochement des décisions liées par exemple à la formation professionnelle des agents a de fortes chances d'accroître leur motivation au travail et au présentéisme. En tout état de cause, le rapprochement du niveau de décision des personnels conduira très certainement à améliorer la connaissance du profil et des compétences des agents et ainsi de la fidélisation des personnels au travail.

Enfin, le pôle sera composé de plusieurs catégories de personnels, ce qui contribuera vraisemblablement à inscrire les personnels dans la mission générale de l'établissement, à savoir l'objectif de santé publique. Cette composition peut avoir pour conséquence de mobiliser le personnel et de donner un sens à la tâche de chacun des agents.

3.2.2 L'identification et l'analyse personnalisée des absences répétitives

Des politiques de contrôle et d'incitation sont indispensables à une gestion plus rigoureuse de l'absentéisme. Plusieurs DRH qualifient de « délinquant » le comportement absentéiste de certains agents dans la mesure où celui-ci est perçu comme un abus d'un système généreux et protecteur des agents malades. Néanmoins, les abus en matière d'arrêts maladie sont difficilement contrôlables. Même si certaines solutions de contrôle apparaissent politiquement délicates à mener, elles permettent de contribuer à la diminution de l'absentéisme abusif.

Si le droit du travail français protège le salarié en cas de problèmes de santé récurrents, le droit européen du travail insiste plus volontiers sur la notion de co-responsabilité de l'employeur et de son salarié dans la protection de son état de santé. La législation du travail en Colombie Britannique se montre beaucoup plus exigeante envers le salarié dans la « préservation de son capital humain ». Sans aller jusqu'à demander une telle évolution en droit français beaucoup déplorent le manque d'outils de lutte contre les abus identifiés du fait de leur fréquence ou de leur caractère récurrent à certaines dates notamment. Le nombre de ces absences abusives est certainement faible mais il nourrit très fortement l'imaginaire collectif. Aussi est-il important d'agir contre ces absences résiduelles et contrairement à une idée largement partagée des solutions de contrôle effectives existent.

A) Renforcer les contrôles des arrêts maladie

Ces moyens sont nombreux et doivent s'inscrire dans une politique globale de répression de l'absentéisme abusif. Il est notamment possible de mobiliser les moyens juridiques existants qui encadrent strictement la légalité des arrêts maladies⁵², d'accroître les contre-visites par des médecins agréés ou encore de rendre plus fréquents les contrôles administratifs de la présence à domicile du fonctionnaire en arrêt de travail. Ces contrôles demeurent insuffisants au regard des taux d'absentéisme atteints. Dans le secteur privé, tout absentéisme supérieur ou égal à 5,6% déclenche automatiquement l'intervention des inspecteurs du travail. D'où de sérieuses interrogations sur la qualité du service rendu dans les établissements de santé où il est évalué à 20%.⁵³

Par ailleurs, si l'arrêt de travail n'est pas reconnu, il peut y avoir sanction financière pour absence de service fait.

⁵² Au nombre desquels l'art 41-42 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée, le décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la FPH et la lettre circulaire n° 2001/DH/8D du 11 octobre 1983

⁵³ Revue hospitalière de France 1997 n°6 et 1999 n°1

B) Favoriser le présentéisme

La mise en place des 35 heures a entraîné de la part de certains agents une accentuation des comportements délinquants en terme d'absence. En effet, il s'agit d'éviter que des jours de récupération liés à la RTT soient acquis en cas d'absence, d'autoriser l'utilisation des jours RTT à la place des autorisations d'absence et arrêts maladie. Il s'agit plutôt de valoriser les personnels qui n'ont pas ou peu d'absentéisme en accentuant la réduction de la prime de service en cas d'absence et d'inciter à la révision des règles d'attribution de la prime de service dans tous les hôpitaux en s'appuyant sur son principe initial pour renforcer la bonification des présences et le coût des absences : quel que soit le motif d'absence d'un agent, son travail est souvent réparti sur ses collègues présents, qui doivent en être récompensés. Une manière de contrebalancer ce problème d'absentéisme est donc d'inciter le personnel au présentéisme, phénomène contraire à l'absentéisme.

Une prime d'intéressement a, en outre, été mise en place à l'Institut Paoli-Calmettes, centre régional de lutte contre le cancer en Provence-Alpes-Côte d'Azur afin de développer la motivation, la cohésion et l'implication du personnel, fidéliser les agents, reconnaître certains efforts et résultats collectifs, aider les salariés à se constituer une épargne dans des conditions sociales et fiscales favorables ou encore dynamiser le dialogue social⁵⁴.

Quelle que soit la diminution de l'absentéisme que pourraient engendrer de telles évolutions réglementaires dans les hôpitaux, le service public de santé, et en particulier le service au public, ne pourrait être que renforcé. Cette politique conserve, par ailleurs, le mérite d'afficher clairement la règle de l'établissement afin d'éviter le développement de comportements laxistes en matière d'absentéisme.

Néanmoins, ces modes d'incitation ne sont pas sans faille. Il convient que le montant soit suffisamment incitatif et que le calcul soit progressif selon le nombre de jours d'absence⁵⁵. Enfin, le développement d'une telle politique de présentéisme peut avoir comme effet pervers de culpabiliser le personnel légitimement absent, représentant tout de même une majorité des agents absents pour motif médical.

Des mesures dépassant le cadre du lieu de travail peuvent venir renforcer ce dispositif. La création d'une crèche et d'une garderie hospitalières dont l'amplitude horaire serait calquée sur le rythme particulier des emplois du temps des personnels hospitaliers permettrait de faciliter le mode de garde des enfants ainsi que de réduire l'inquiétude des parents au travail et pourrait avoir une action incitative au présentéisme des agents. Des

⁵⁴ L'arrêté du 6 février 2002 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements sanitaires et sociaux à but non lucratif précise pour cet institut que l'intéressement y est calculé sur la base de référence correspondant au taux moyen d'absentéisme maladie de cinq années sur la période 1995-1999 (taux égal à 5,6%), toutes catégories de personnel confondues.

chercheurs américains⁵⁶ préconisent même que l'institution engage des aides maternelles pour se rendre au chevet des enfants malades du personnel afin de permettre à leurs parents de pouvoir se rendre au travail et de limiter ainsi l'absentéisme pour enfant malade, ou encore de développer des services de blanchisserie, ravaudage, confection des repas, livraison des courses, facteurs de fidélisation d'une population féminine.

Enfin, l'éloignement entre le domicile et le travail, généralement lié au coût de l'immobilier, est un facteur d'absentéisme du personnel. La facilitation de l'accès à des logements sociaux proches de l'hôpital peut favoriser la présence des personnels au travail.

Toutes ces actions au niveau de l'établissement passent par un dialogue privilégié avec les organisations syndicales. L'association des partenaires sociaux à une réflexion relative aux mesures de réduction de l'absentéisme est indispensable à leur acceptation et leur appropriation par le personnel.

3.2.3 Les conditions de l'efficacité d'une politique de lutte contre l'absentéisme

L'efficacité d'une politique de lutte contre l'absentéisme résulte d'une réelle action volontariste, qui s'exprime notamment par un suivi et une évaluation des mesures menées, la mobilisation des acteurs-clé qui est l'encadrement de l'établissement et par le développement d'une coopération inter-établissements.

A) Un suivi et une évaluation des mesures menées

Une politique de réduction de l'absentéisme n'est envisageable qu'à la condition que l'établissement dispose d'indicateurs fiables et de tableaux de bord pour suivre et évaluer l'impact des mesures menées. Il s'agit d'un travail de cohésion au sein de l'encadrement : les cadres de santé ou des services administratifs doivent répercuter l'information constatée au quotidien dans leurs services au directeur des soins ou au directeur des ressources humaines, qui devra effectuer un traitement et une analyse de ces données. Par ailleurs, le rôle du médecin du travail est primordial en matière d'analyse et de suivi de l'absentéisme dans un établissement. La visite médicale des personnels peut agir comme un révélateur des tensions liées au travail dans un service. Un véritable travail d'équipe entre le médecin du travail, le directeur des soins et le directeur des ressources humaines de l'établissement peut, sans enfreindre le secret médical, permettre de déceler les services dans lesquels les arrêts de travail sont importants et dès lors permettre une véritable réflexion sur les moyens de l'améliorer⁵⁷.

⁵⁵ En effet, certains établissements ne comptabilisent pas les absences de moins de sept jours dans la modulation de la prime de service. Outre le manque d'équité de cette méthode, elle génère un effet pervers non négligeable qui réside dans la systématisation des arrêts de travail de moins de sept jours.

⁵⁶ Susan Rhodes, Richard Steers, *A systematic approach to diagnosing employee absenteeism*, Employee relations, 3 (2), 1981, p. 22

⁵⁷ Le rapport du médecin du travail peut notamment faire l'objet d'une analyse par la direction.

Par ailleurs, il est important que ce suivi et cette évaluation soient répercutés aux cadres. Ainsi, le suivi des absences par le service des ressources humaines du CHU de Rennes a mis en lumière que les absences de courte durée pouvaient être le symptôme d'une situation d'un épuisement professionnel (burnout).

B) La mobilisation des acteurs-clés : l'encadrement supérieur

Les mesures de réduction de l'absentéisme nécessitent la mobilisation de l'ensemble de l'encadrement supérieur : équipe de direction, médecin chef de service, médecin du travail, cadres de santé, cadres administratifs. Sans ces acteurs-clés, aucune mesure ne peut être menée de manière satisfaisante. L'exemple du centre hospitalier des Mureaux est à cet égard révélateur : la mise en place d'un pôle risque, composé du médecin du travail, du psychologue du travail et d'un attaché de la direction des ressources humaines, a fait baisser l'absentéisme de 25%. Cette cellule est chargée d'expliquer et d'identifier les motifs des absences et de suivre les personnels en congé maladie de longue durée pour maintenir le lien au travail et faciliter une réinsertion ultérieure.

C) Le développement de la coopération

Il serait également utile de développer des formes de coopération inter-établissements afin de lutter plus efficacement contre l'absentéisme. Au sein d'un territoire de santé, au regard de la complexité de mesurer et de résoudre le phénomène absentéiste il est apparu nécessaire de favoriser des groupements entre DRH de différents établissements de santé en vue de l'élaboration d'une définition commune de l'absentéisme et la mise en commun de pistes de solutions. En l'occurrence, un travail inter-CHU a été mené lors des réunions des DRH de CHU en 2002-2003 : il a été décidé qu'il était préférable d'unifier la mesure de l'absentéisme au sein des CHU.

Par ailleurs, comme il en a précédemment été fait mention, la région Centre s'est dotée d'un club des DRH des établissements de santé présents sur le secteur à l'initiative du Centre hospitalier de Blois. Néanmoins cette démarche ne va pas de soi dans un contexte de concurrence accrue entre les établissements dans le domaine du recrutement. Le DRH de Blois, lors d'un entretien, a avoué toute la difficulté d'harmoniser les outils de mesure de l'absentéisme : sept ans ont été nécessaires pour convaincre et mettre d'accord l'ensemble des DRH de la région.

Ainsi, la politique de réduction de l'absentéisme mobilise un nombre important d'acteurs au sein de l'établissement. En matière d'absentéisme pour raisons médicales, comme dans beaucoup de domaines, les maître mots semblent être globalité, coordination et communauté d'action. Par ailleurs l'importance des conditions nécessaires à la réduction de l'absentéisme met en exergue qu'il n'existe aucune politique toute faite

ni de garantie de réussite en la matière. Il convient néanmoins de garder à l'esprit que l'absentéisme des personnels agit souvent telle une soupape. La recherche de l'absentéisme zéro est donc illusoire, mais tout doit être mis en œuvre afin de le réduire.

CONCLUSION

Notre étude nous amène à faire le constat selon lequel l'absentéisme pour motif médical dans les établissements sanitaires et sociaux publics fait l'objet d'un tabou. En effet, si l'absentéisme entraîne des coûts économiques et sociaux considérables, il n'est pas pour autant évalué précisément par les structures. Celles-ci sont tentées de faire des choix quant aux indicateurs utilisés ainsi qu'aux méthodes d'exploitation des données qui en résultent. Il s'ensuit que les résultats de leurs évaluations répondent parfois davantage à un souci de communication qu'à une analyse fine et fiable de leur absentéisme. Aussi est-il difficile de les comparer entre elles.

Toutefois, si l'absentéisme est perçu dans une perspective de gestion, il n'en demeure pas moins une véritable préoccupation de santé publique. Non seulement il y va de la santé des personnels travaillant dans les structures mais plus largement de la qualité du système de prise en charge. En effet, les personnels sont soumis à un impératif de productivité, dû aux nouvelles formes d'organisation du travail, notamment les mesures de réduction du temps de travail et la nouvelle tarification à l'activité dans les établissements de santé. A travail identique, les personnels disposent de moins de temps mais c'est de leur activité que dépendent les recettes de leurs établissements. Il en ressort une pression, une usure, une démotivation des personnels ce qui engendre un absentéisme accru. D'où une possible désorganisation des équipes et des ruptures dans la chaîne du soin.

Pourtant cela ne signifie pas que les établissements ne se mobilisent pas en faveur de la qualité de la prise en charge. Depuis une dizaine d'années, le secteur sanitaire a mis en place une démarche d'amélioration de la qualité au travers de certains outils tels que des contrats d'objectifs et de moyens, des procédures d'accréditation, de la charte des patients. Depuis la loi du 2 Janvier 2002, le secteur social et médico-social s'inscrit également dans une démarche de ce type, notamment avec l'obligation faite aux établissements de réaliser un projet d'établissement ou de réaliser des évaluations interne et externe. Il n'empêche que certains établissements ne font pas le lien entre la qualité des soins et le bien-être de leur personnel. On peut également noter que le plan santé au travail 2005-2009 se révèle essentiellement fondé sur une maîtrise médicalisée des dépenses et traite plutôt des symptômes de l'absentéisme que de ses causes premières.

Par conséquent, l'élaboration d'une politique propre à chaque établissement tenant compte des caractéristiques quantitatives et qualitatives de leur absentéisme s'avère nécessaire afin de concilier ces impératifs de bonne gestion et de santé du personnel. L'ambivalence de la situation des établissements sanitaires et sociaux mérite cependant d'être signalée : d'une part la recherche d'un gain de temps en réduisant l'absentéisme, de l'autre une diminution du temps de travail avec le passage aux 35 heures. Paradoxe ou logique de compensation ?

Bibliographie

Etudes :

ANACT, GILLES M., ROUSSEAU T., Rapport d'intervention de l'ANACT à Atal, Diagnostic court, Juillet 2004

Assurance maladie, 2004, *Description des populations du régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois*, p.4-23

COSTARGENT VERNEREY, *Les violences subies au travail par les professionnels de santé*, octobre 2001, IGAS n°2001.110.

DARES, 2004, *Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq*, Premières synthèses, n°19.1

DHOS, Bilan social 2002.

DREES, *Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers*, La documentation française, Dossiers solidarité et santé, n°2, avril-juin 2001.

DREES, *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*, Etudes et Résultats, août 2004, n°335

ESTRYN-BEHAR M, 2004, *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, Etude Presst-next, p. 10-42.

Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail, *Annual review of working conditions in the EU (2004-2005)*

Plan Santé au Travail 2005-2009, www.travail.gouv.fr

Mémoires :

ANJARD Thierry, *Favoriser le présentéisme en établissement sanitaire et social*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001.

CARIVEN Laurence, *Un enjeu important : la gestion de l'absentéisme au CHU de Clermont-Ferrand*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004

DUMON Marc, *L'absentéisme : quel diagnostic pour quel traitement ? Réflexions issues du vécu au centre hospitalier de Versailles*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 1996

Le HENANFF Guillaume, *A la recherche du temps perdu : opportunité et priorités d'une politique de prévention de l'absentéisme*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2003.

PIQUES Cécile, *Vers la mise en place d'une stratégie de maîtrise de l'absentéisme au CH de Montauban*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004

Ouvrages :

BAUDELLOT Christian, GOLLAC Michel, *Travailler pour être heureux ?*, éditions Fayard, 2003.

CLEMENT Jean-Marie, *Le fonctionnaire hospitalier*, Berger-Levrault, 1999.

DEJOURS Christophe, *Souffrance en France, La banalisation de l'injustice sociale*, éditions Seuil, 1998.

DERENNE Odile, LAMY Yves, *Les douze points clé de la carrière du fonctionnaire hospitalier*, éditions ENSP, 1997.

Articles :

BARMBY T. A., ERCOLANI M. G., TREBLE G.J., 2002, *Sickness Absence: An International Comparison*, The Economic Journal, 112 : 315-331

BELLON P. *Lutter contre l'absentéisme, réorganiser le travail à l'hôpital..., préserver les 35h*, Entreprise Santé, mars-avril 2004

DANOS J-P, PINCHON C., *Exemple de résolution de l'absentéisme dans le département Gériatrie du Centre hospitalier de Lourdes*, Gestions hospitalières, Décembre 2002

DUMOND JP, *Vieillessement du personnel hospitalier et absentéisme pour raisons de santé* , Gestions hospitalières, novembre 2004

KLARSFELD Agnès, «*Les remèdes de nos voisins pour faire reculer l'absentéisme* », Liaisons sociales, avril 2002.

LANSADI Jessica, *Quand le travail rend malade*, Le Monde Initiatives, avril 2005

Revue hospitalière de France, 1997, N°6 et 1999 N°1

STEERS R. M., RHODES S. R., 1981, *A Systematic Approach to Diagnosing Employee Absenteeism*, Employee Relations, 3 (2) : 17-23.

Liste des annexes

ANNEXE 1

- Evolution de la répartition des jours d'absence pour motifs médicaux (*source : bilan social DHOS 2002*)
- Répartition des jours d'absence par agent en fonction des motifs médicaux (*source : bilan social DHOS 2002*)

ANNEXE 2

- Evolution de la répartition des jours d'absence pour motifs médicaux par catégorie d'agents (*source : bilan social DHOS 2002*)
- Evolution de la répartition des jours d'absence pour motifs médicaux par catégorie d'agents ventilée par taille d'établissement (*source : bilan social DHOS 2002*)
- Nombre de journées d'absence médicale par agent au CHU de Saint-Étienne (*source : bilan social du CHU de Saint-Étienne*)
- Evolution de la répartition des jours d'absence par catégorie professionnelle (*source : bilan social DHOS 2002*)
- Jours d'absence selon le poids des catégories d'agents (*source : bilan social DHOS 2002*)
- Courbe théorique des métiers construite à partir de la répartition des catégories de la fonction publique hospitalière et illustration dans le CHU de Saint-Étienne
- Jours d'absence selon la taille de l'établissement et par catégorie professionnelle (*source : bilan social DHOS 2002*)
- *Accidents de travail dans l'UE* (*source : Eurostat*)
- Evolution du délai moyen d'activité effectuée en tant que contractuel avant recrutement comme stagiaire par taille d'établissement *source : bilan social DHOS 2002*)
- Coût financier direct au CHU de Saint-Étienne (*source : bilan social du CHU de Saint-Étienne*)

ANNEXE 3

- Fiche méthodologique

ANNEXE 4

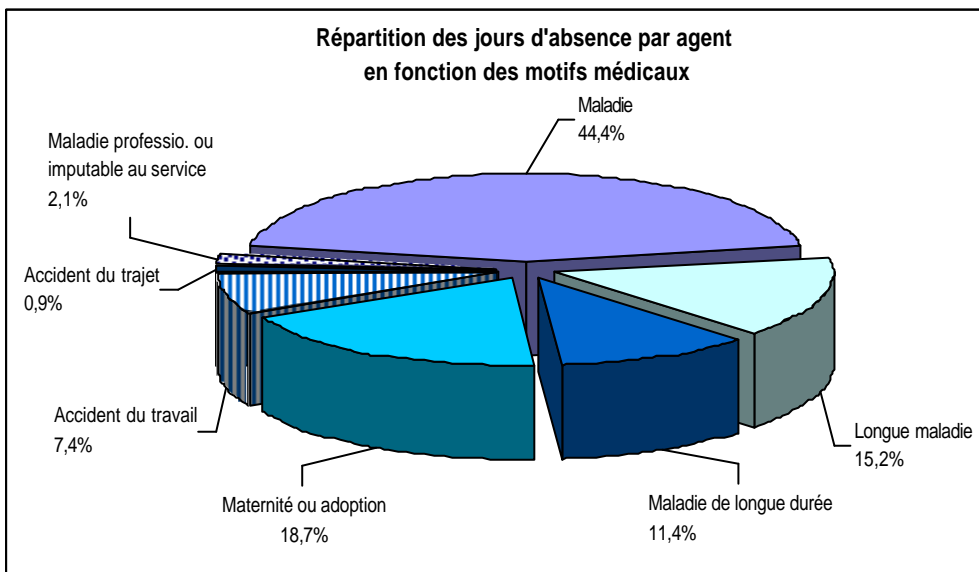
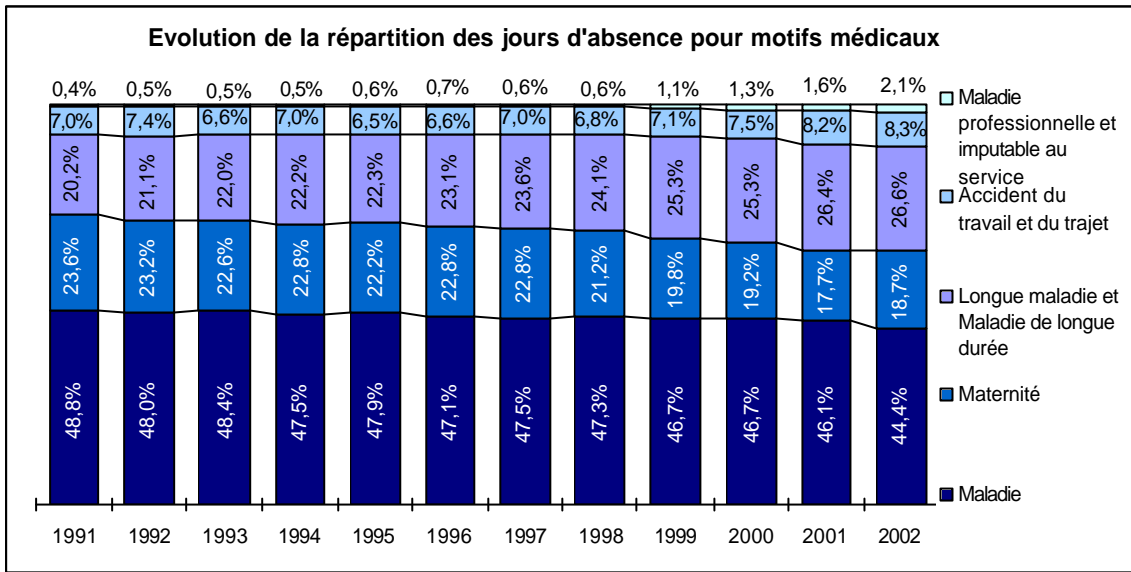
- Grille d'entretien

ANNEXE 5.....

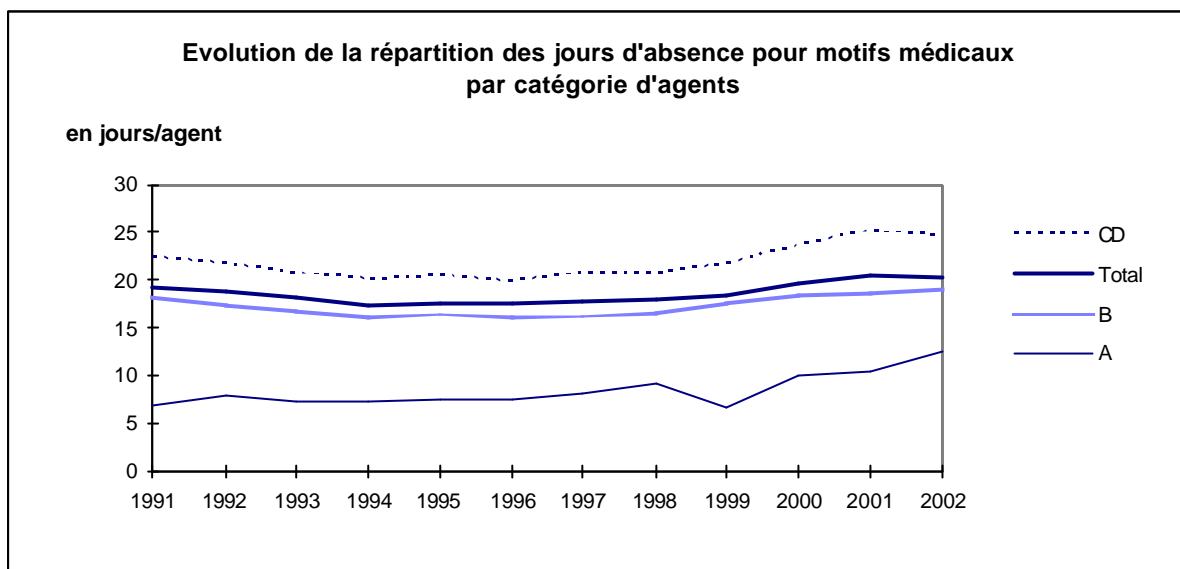
Comptes-rendus des entretiens réalisés avec les personnes suivantes :

- Monsieur ROUSSEAU, chercheur à l'Anact
- Monsieur DEPORCQ, Chargé de la gestion des cadres dirigeants de l'AP-HP
- Madame ESTRYN-BEHAR, médecin coordonnateur médecine du travail, docteur
- Monsieur CHEVALLIER, DRH du Centre hospitalier de Blois
- Madame BAUBEAU, médecin inspecteur de santé publique DRASS Ile-de-France
- en ergonomie
- Monsieur TONNEAU, ingénieur à l'école des Mines
- Monsieur TAVERNIER, cellule absentéisme médical - DRH du CHU de Saint Etienne
- Madame LUCAS, enseignante GRH Paris Dauphine
- Madame LACROIX, chef d'établissement de Meulan les Mureaux
- Madame OUSSET, directrice du centre de ressources ARH IDF
- Madame SAL SIMON, DRH du CHU de Rennes

ANNEXE 1



ANNEXE 2



	TAILLE D'ETABLISSEMENTS												TOTAL (jours/agent)	Précision n +/-			
	>= 3000 (jours/agent)			1000-2999 (jours/agent)			500-999 (jours/agent)			300-499 (jours/agent)							
	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200			200	200	200
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2			0	1	2
Catégorie A	6,6	6,6	9,6	8,5	9,2	11,4	8,4	9,4	11,5	8,2	7,2	9,6	7,6	8,0	10,5	1.4	
Catégorie B	17,4	17,7	17,2	19,5	19,8	20,6	18,1	18,0	20,3	19,4	18,1	17,7	18,4	18,5	19,1	5.2	
Catégorie C	22,9	24,6	23,7	25,1	26,3	26,3	23,1	25,0	24,3	22,7	24,9	23,5	23,6	25,3	24,7	3.5	
Total	18,7	19,5	18,8	20,9	21,6	21,7	19,3	20,1	20,8	20,1	20,6	19,5	19,6	20,4	20,2	2.8	

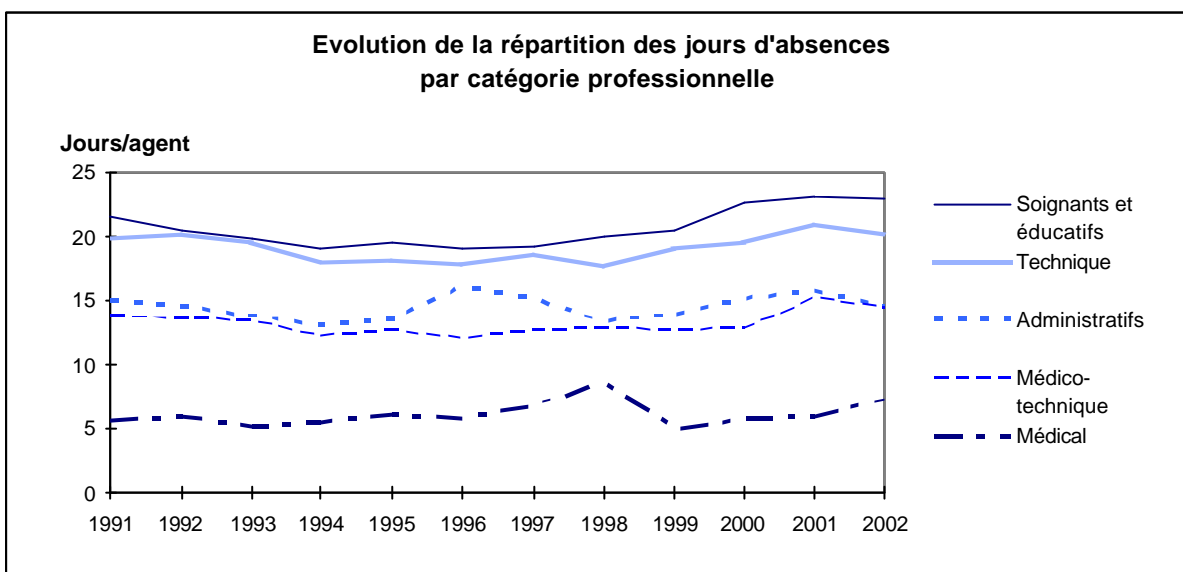
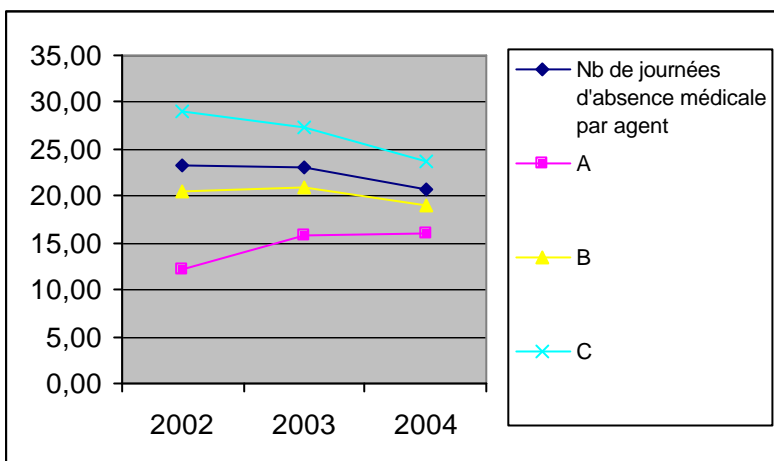
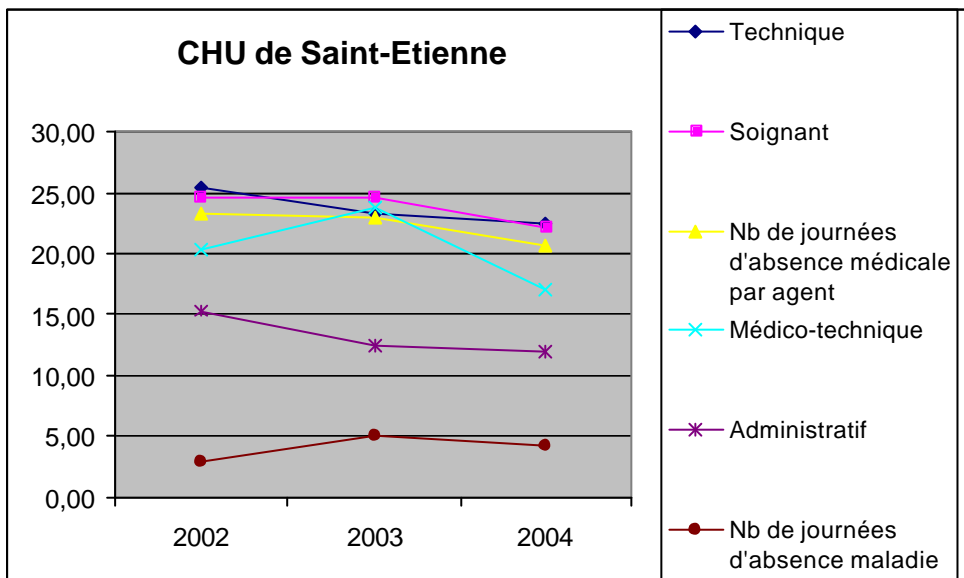
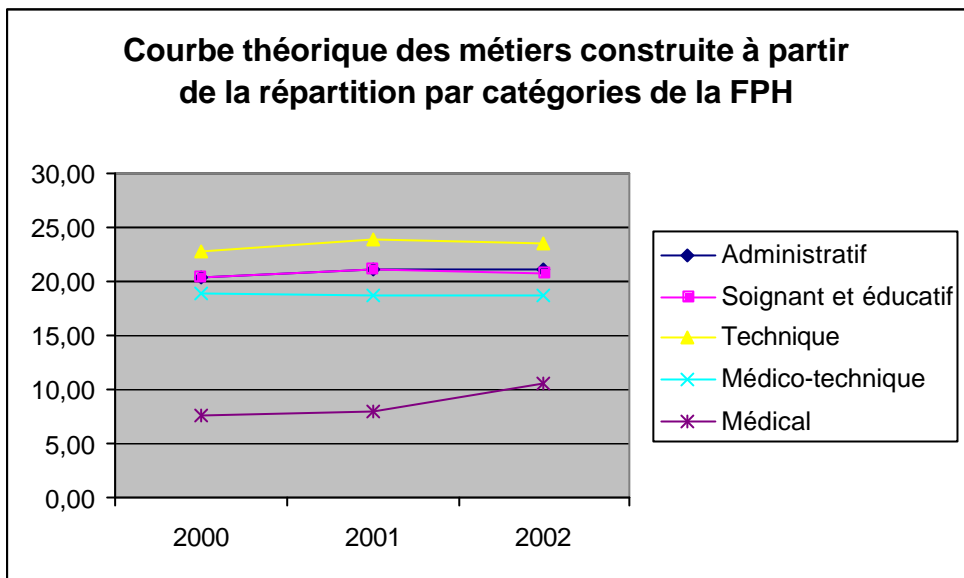
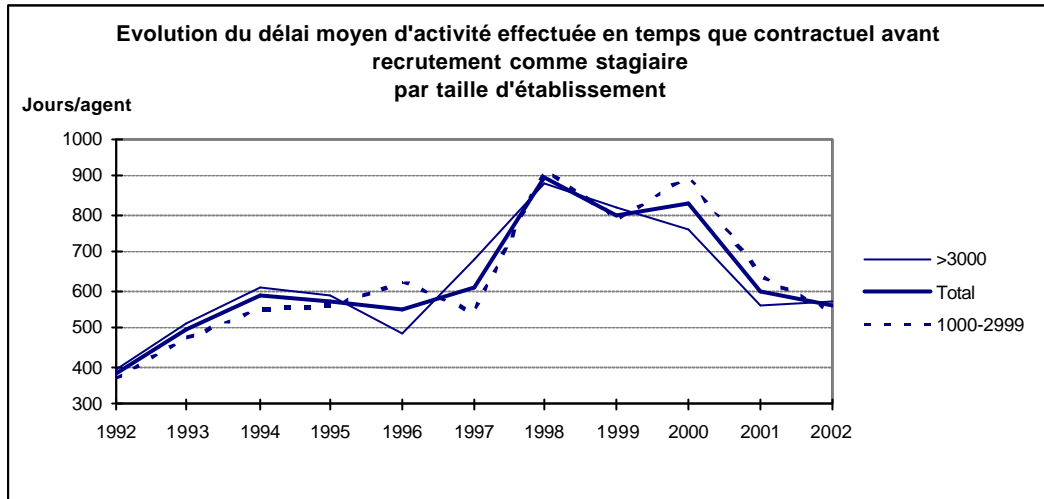


Tableau des jours d'absence selon le poids des catégories d'agents

	A			B			C		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Administratif	9,52%	8,57%	8,49%	37,14%	36,19%	35,85%	54,29%	54,29%	54,72%
Soignant et éducatif	3,81%	3,96%	11,25%	49,24%	50,15%	42,55%	46,65%	45,88%	46,20%
Technique	4,31%	4,39%	4,46%	6,03%	6,14%	8,04%	90,52%	88,60%	87,50%
Médico-technique	2,04%	1,96%	8,00%	91,84%	90,20%	86,00%	8,16%	7,84%	6,00%
Médical	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%



DHOS	TAILLE D'ETABLISSEMENTS												TOTAL			Précision +/-
	≥ 3000 (jours/agent)			1000-2999 (jours/agent)			500-999 (jours/agent)			300-499 (jours/agent)			(jours/agent)			
	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2000	2001	2002	
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2				
Personnel																
Administratif	15,4	15,3	14,7	16,0	17,1	14,5	13,2	15,3	14,6	14,4	14,9	14,0	15,1	15,8	14,6	1.1
Soignant et éducatif	22,2	22,6	22,4	23,5	24,1	23,2	21,9	21,9	23,4	23,2	23,7	22,9	22,7	23,1	22,9	1.2
Médico-technique	10,4	14,5	13,3	16,2	15,2	15,9	14,5	17,1	14,8	16,1	17,1	17,3	12,7	15,2	14,4	2.5
Technique	18,0	20,3	19,6	20,6	21,9	20,5	21,1	21,7	21,4	17,8	18,2	17,4	19,4	21,0	20,1	1.9
Médical	5,1	4,8	6,0	6,7	7,3	8,6	6,6	6,9	8,9	4,5	4,2	5,5	5,8	5,9	7,3	1.8
Total	18,3	19,1	18,8	20,5	21,1	20,1	19,2	19,5	20,3	20,0	20,4	19,7	19,3	19,9	19,6	2.7



ANNEXE 3

Fiche méthodologique

- Entretiens

Nous avons commencé par définir au sein du groupe une grille d'entretien commune mais adaptable aux interlocuteurs rencontrés. La grille était plutôt destinée aux DRH et aux établissements ; les autres interlocuteurs – experts, chercheurs ... - nous ont d'abord présenté leur analyse du thème et ensuite nous leur avons posé certaines questions issues de la grille d'entretien.

Les entretiens ont été effectués en binôme, sur place (Paris, Blois, Saint-Etienne, Rennes) ou par téléphone et suivis par la rédaction d'un compte-rendu diffusé à l'ensemble du groupe et aux encadrants. Tous les compte-rendus figurent en annexe du rapport.

Les rendez-vous avec les personnes interrogées ont été pris préalablement au MIP par les encadrants et d'autres rencontres, proposées par les membres du groupe, ont été ajoutées ensuite. Les entretiens ont eu lieu du mardi 10 au mercredi 18 mai 2005.

- Lectures (rapports, articles et mémoires)

En parallèle des entretiens, les membres du groupe qui ne participaient pas aux entretiens ont lu et synthétisé les articles proposés dans le dossier initial, dans la bibliographie, ainsi que des mémoires (d'EDH et de DESS) et des rapports rédigés sur ce

ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2005

thème. Les personnes rencontrées en entretien nous ont également conseillé pour d'autres lectures et proposé une documentation supplémentaire.

- Proposition d'un plan détaillé soumis aux encadrants

A la fin de la 1^{ère} semaine de MIP, le groupe s'est réuni pour établir une première ébauche de plan détaillé soumis aux deux encadrants qui nous ont fait part de leurs premières remarques. Au début de la 2^{ème} semaine, un des encadrants nous a incité à une remise à plat de nos conceptions du sujet et de la manière de le traiter en interrogeant chacun des membres du groupe.

Ce travail nous a permis de définir une trame et une direction communes pour la rédaction des différentes parties et sous-parties.

- Répartition des parties et rédaction d'une première version soumise aux encadrants

La rédaction des différentes sous-parties du plan a alors été confiée à des binômes. Une fois ce travail réalisé, une première version du rapport a été soumise aux encadrants.

- Harmonisation, relecture

Une fois intégrées les remarques des encadrants, le groupe a procédé à une relecture complète du rapport et à une harmonisation de l'ensemble des parties afin d'éviter les redondances, supprimer les développements superflus et corriger grammaire et orthographe.

Enfin, la bibliographie, les remerciements, la méthodologie, les annexes et le sommaire ont été intégrés dans le rapport avant sa remise.

ANNEXE 4

GUIDE D'ENTRETIEN

I – ETAT DES LIEUX / DESCRIPTIF

Présentation de l'intervenant, motivations par rapport au thème

Définition de l'absentéisme, comment est-il mesuré dans l'établissement ?

Proportion des différents types d'absentéisme (motifs médicaux)

Absences par catégorie professionnelle (A-B-C)

Absences par catégorie : médicaux, soignants, administratifs, techniques

Absences par âge, sexe

Absences par service

Taux d'incidence, taux de récurrence

Coût de l'absentéisme

Demander les évolutions, les études réalisées, les autres ratios utilisés

Les horaires de travail, organisation du travail

Documents sur les risques professionnels

II – ANALYSE : Facteurs influençant l'absentéisme

a) facteurs individuels

Age, sexe

Pathologies, état de santé personnel

Engagement personnel (famille, taille, nombre d'enfants)

b) facteurs liés à l'environnement socioprofessionnel

Reconnaissance professionnelle (intéressement, perspective d'évolution, participation aux décisions, salaire)

Comparaison public / privé

Statut : sous contrat, stagiaire, titulaire

Impact du temps partiel

Mode de contrôle des arrêts

Existence des groupes de soutien

Relations de travail : encadrement, collègues

Taille des équipes de travail

Organisation du temps de travail (ARTT, Temps partiel, horaires...)

Pénibilité du travail (type de services, psychiatrie, soins palliatifs....)

Principales pathologies professionnelles

III – POLITIQUES SUIVIES

Modes de remplacement

Politique de lutte et de prévention de l'absentéisme et résultats obtenus

Prévention du risque professionnel

Plan de formation

Viellissement du personnel et adaptation des postes de travail

Mode de garde, existence de crèches, de logements..

Aménagement du temps de travail par rapport aux loisirs et par rapport aux problèmes physiques

Maîtrise des agents de leurs emplois du temps

Contrôle, pointage, sanctions

Politique de recrutement (pyramide des âges)

ANNEXE 5

MIP Groupe 23 Absentéisme pour motif médical	Entretien avec M. ROUSSEAU - ANACT	Date : 10/05/2005
---	------------------------------------	-------------------

Membres MIP Groupe 23

Laure THAREL

Jérôme TRAPEAUX

Personne rencontrée

M. ROUSSEAU – chargé de mission ANACT

Documents remis aux membres du groupe

revue ANACT Travail et changement n°300 sur l'absentéisme
rapport d'étude – société INOPLAST

INTRODUCTION

PRESENTATION DE L'ANACT

L'ANACT est un service public financé par le ministère de l'emploi au service des entreprises ou autres organismes publics pour l'amélioration des conditions de travail. IL signe des contrats de progrès avec l'Etat dont le dernier porte sur 4 axes : **la santé au travail** (TMS, risques psychosociaux...), **les compétences et parcours professionnels** (attractivité des entreprises) **les changements technologiques et organisationnels** et **l'agenda des âges** (augmenter le taux d'emploi des 50, 60 ans...) °

DEFINITION DEL'ABSENTEISME (ECLAIRAGES)

Facteur sanitaire : absentéisme révélateur de l'état sanitaire de la population

Engagement personnel : absentéisme comme forme de retrait choisi

Dimension gestionnaire/ administrative : quel encadrement de proximité ? Quelle organisation du travail ?...

POURQUOI SE PREOCCUPER DE L'ABSENTEISME ?

Dans les années 70 on parle de turn over, absentéisme interprété comme un rejet du modèle productif taylorien

Dans les années 80, 90 : reflux de l'absentéisme à cause du chômage, risque de sanctions

A partir de 2000 augmentation de l'absentéisme lié au vieillissement de la population (augmentation des arrêts maladie longue durée pour compenser l'augmentation progressive du taux d'activité des 50-60 ans).

Les entreprises sont davantage préoccupées par absentéisme de court terme qui entraîne des perturbations non prévues d'autant que celles-là disposent d'une organisation du travail à flux tendu. Question : l'absentéisme augmente-t-il vraiment ou au regard des nouvelles organisations du travail la sensibilisation des entreprises au thème est-elle plus grande ?

M. ROUSSEAU nous a présenté une étude effectuée sur le thème de l'absentéisme dans une entreprise spécialisée dans la production de pièces automobiles. Même si elle présente des caractéristiques particulières au monde de l'entreprise certaines analyses sont transposables à l'absentéisme dans le monde hospitalier.

Dans cette étude il a mis en évidence les manifestations les plus générales de l'absentéisme (I) puis propose une analyse et différentes hypothèses sur les éléments d'organisation du travail qui peuvent concourir à produire de l'absentéisme (II). Enfin, des pistes de réflexion pouvant amener les acteurs de l'entreprise à agir sur l'absentéisme sont explorées (III).

I/ Éléments d'analyse démographique

Les absences pour maladies représentent 61,5% des absences (hors congés).

Les absences injustifiées de courte durée apparaissent les plus préjudiciables à la bonne marche de la production.

L'absence liée à la maladie renvoie à de multiples éléments, certains internes à l'entreprise, d'autres externes, liés à l'individu.

Durée des absences : on observe que 41% des absences sont inférieures ou égales à 3 jours, et 68% des absences sont inférieures ou égales à la semaine. Les absences sont majoritairement de courte durée. Plus l'absence est courte plus elle perturbe l'organisation de la production : il faut réorganiser les équipes, le recours aux intérimaires pour des périodes si courtes n'étant pas possible d'où recours à la polyvalence.

La fréquence des absences décroît avec l'âge mais la durée de chaque absence croît, elle, avec l'âge.

On observe que 68% des absents ont une ancienneté inférieure ou égale à 5 ans. Autrement dit, ce sont les plus récents dans l'entreprise qui s'absentent le plus.

II/ Analyse

Deux hypothèses d'explication sont avancées : l'interchangeabilité et la non qualité

Absentéisme et interchangeabilité

L'observation montre que la polyvalence est un bon outil de gestion de l'absentéisme. Dans le contexte de l'entreprise étudiée, fabrication de nombreuses petites séries et de produits différents, l'enjeu est de ne pas rompre le flux productif en pratiquant des réaffectations d'effectifs en cas d'absence. La polyvalence permet alors de combler les vides laissés par les absents sans entraîner de ruptures majeures dans la gestion des effectifs. Forte pression sur l'encadrement mais absentéisme n'est pas perçu par les salariés, en ce qu'il n'impacte pas leur travail. Mais dans les faits polyvalence systématique = manque d'implication, déresponsabilisation des salariés et privation d'un espace de compétences et du développement de l'expertise.

Le fait que presque 70 % des absents aient une ancienneté inférieure à 5 ans pose la question de la difficulté à intégrer une population salariée nouvelle. Le problème de l'engagement moindre ou d'une attitude de retrait (dont l'absence fait partie) des salariés, de tout âge, relèvent d'abord de questions restées souvent implicites :

Quel est le sens du collectif ? souvent amoindri par un parcours de précarité

Quelles sont les perspectives professionnelles ? (en fait, il faut une perspective professionnelle pour « durer » dans un travail dont la pénibilité est reconnue et vécue comme telle).

Absentéisme et non qualité

Non qualité = augmentation des cadences de travail

= perte de motivation « *faire des pièces dégueulasses et puis les corriger, c'est frustrant* » = augmentation des arrêts maladies et absences injustifiées. La question du sens du travail est posée : personne ne veut produire des pièces risquant d'être rejetées au contrôle.

III/ Pistes de solutions

La polyvalence :

La polyvalence systématique qui est développée peut bloquer la construction d'un sentiment d'appartenance à un collectif si elle n'est pas assortie de perspectives professionnelles réelles. Il s'agit par conséquent de systématiser la construction de trajectoires personnelles étoffées.

Le management :

Des échanges plus fréquents et des retours d'expériences sur les conditions d'obtention de la qualité pourraient être organisés. Des groupes de travail pourraient être mis sur pied avec des opérateurs, des régleurs et l'encadrement. (L'ANACT, dans une démarche d'accompagnement pourrait animer ces groupes).

Les procédures pour traiter l'absentéisme sont également importantes. Il s'agit de clarifier les règles de management liées à la prise d'absence et de rendre l'imposition de cette règle applicable à tous (consulter les salariés au retour d'absences injustifiées, pratiquer des contre-visites). Il semble également que les responsables d'équipe ne soient pas toujours facile à joindre par les salariés lorsqu'ils s'absentent. A cet égard, une réflexion sur les mécanismes d'information (qui, quand, comment) pourrait être engagée. Un petit livret pourrait être produit par la DRH qui informerait les salariés des problèmes générés par l'absentéisme de façon à les sensibiliser à la question.

MIP Groupe 23 Absentéisme pour motif médical	Entretien avec M. DEPORCQ – AP-HP	Date : 10/05/2005
---	-----------------------------------	-------------------

Membres MIP Groupe 23 Manuelle TROUDE Vanessa VILLAFRANCA Personne rencontrée M. DEPORCQ, Chargé de la gestion des cadres dirigeants de l'AP-HP

Il a été DRH à deux reprises :

- service central de blanchisserie de l'AP-HP dont il a dû moderniser l'équipement et réduire l'effectif de 800 à 500 personnes.
- DRH de l'hospitalisation à domicile (HAD) de l'AP-HP.

A aussi travaillé dans une équipe de consultants rattachée à la DPRS.

Il n'est pas directeur d'hôpital. A une formation ressources humaines.

I – Etat des lieux

En moyenne à l'AP-HP, l'absentéisme pour motif médical est de 23 jours par an hors maternité. Dans tous les secteurs professionnels confondus (public et privé), il est de 5,5 jours par an. Dans la fonction publique hospitalière, il est d'environ 20 jours.

L'accord ARTT local à l'AP est très avantageux : 32h30 par semaine, la pause étant comprise dans ce temps de travail (illégal au regard de la loi sur les 35h) + 20 jours de RTT par an (et jusqu'à 30 jours pour les personnels à horaires particuliers, comme les équipes de réanimation qui travaillent en 12h).

Le temps de travail réel est donc d'une trentaine d'heures. Or l'AP-HP a 23 jours d'absentéisme pour motif médical, beaucoup plus que dans l'ensemble de la fonction publique hospitalière et que dans l'ensemble des secteurs professionnels confondus.

La réserve de productivité ne se situe pas que dans la fermeture de lits et d'unités mais également dans la réduction de l'absentéisme.

En effet, gagner 4 points d'absentéisme équivaldrait aux effectifs de la Pitié-Salpêtrière.

L'AP a ses propres médecins de contrôle qui, au lieu de contrôler au domicile du personnel malade, convoque les agents en maladie sur le site, ce qui embête les personnels réellement malades et permet à ceux qui abusent d'éviter d'être pris.

Ce sont les catégories les plus basses qui ont le taux d'absentéisme le plus fort. Mais ce taux varie selon les services.

Il y a plus d'absentéisme chez les titulaires que chez les contractuels. Ces derniers sont en effet plus que proportionnellement sanctionnés sur leurs feuilles de paye lors d'une absence pour raison médicale. La seule sanction des titulaires en cas d'absentéisme se trouve dans le montant de la prime de service, mais la réduction est progressive.

Il n'y a pas de lien entre le temps partiel et l'absentéisme.

Le bilan social de l'AP n'est pas rédigé selon une optique de lutte contre l'absentéisme. L'absentéisme est un « gros mot ».

Le coût financier direct de l'absentéisme est considérable. Il est estimé, pour le service de la blanchisserie qui représente au total 800 agents équivalent temps plein (ETP), à 45 ETP/an, soit un atelier complet en permanence.

La mesure de l'absentéisme

Un travail inter-CHU a été mené lors des réunions des DRH de CHU en 2002-2003 : à l'initiative du DRH du CHU de Nevers, il a été décidé que le taux d'absentéisme étant important dans tous les établissements, il serait préférable que tous les établissements adoptent la même mesure de l'absentéisme.

A l'AP, calcul de l'absentéisme hors maternité. Cependant, il n'est pas très judicieux d'écarter la maternité du calcul de l'absentéisme car on a remarqué que les conditions de travail dégradées contribuent à la natalité. Les femmes auraient sans doute eu ces enfants mais les font plus généralement lorsque l'intérêt du travail décroît.

Par ailleurs, le milieu hospitalier est très féminisé, ce qui accroît le nombre de maternités.

II- Les raisons de l'absentéisme

- tâches les moins gratifiantes, les moins reconnues.
- charges de famille
- domicile éloigné du lieu de travail

Il arrive à tout le monde d'être malade, cependant si le temps de transport est important, le travail peu intéressant, les arrêts de travail seront plus nombreux.

Le taux d'absentéisme le plus réduit se retrouve chez les femmes jeunes sans encore d'enfants, des femmes de plus de 45 ans dont les enfants sont grands, ou encore les hommes d'âge moyen pères de famille.

Il est faux de dire que les femmes sont plus absentéistes que les hommes. Seulement le milieu hospitalier est plus féminisé.

III- Solutions expérimentées

Le contrôle et les sanctions

A la blanchisserie, l'absentéisme était élevé. Il a mis en place des tableaux de bord de suivi de l'absentéisme.

Dans les années 1980, un prestataire (les Mutuelles du Mans) a proposé un audit de l'absentéisme qui consistait en une analyse et une réduction de l'absentéisme, et qui serait payé selon les résultats obtenus. Ils proposaient d'utiliser leurs médecins assermentés. L'absentéisme obéit à la loi de Pareto : environ 20% des agents engendrent 80% des arrêts de travail. Le prestataire proposait de repérer les arrêts de travail répétitifs et abusifs et de réaliser un contrôle strict, qui serait relayé par l'employeur qui emploierait des mesures fortes avec les personnels identifiés comme abusant des arrêts de travail (menaces de les placer en congés sans solde, impact au niveau de la notation de ces personnels mais sans dire explicitement que cela résulte de l'absentéisme car c'est interdit).

Le principe avait été négocié avec les organisations syndicales, qui étaient demandeuses de certaines règles contre ces abus.

Mais à cette époque, un nouveau directeur du personnel a été nommé à l'AP et a interdit ce projet.

L'absentéisme est un tabou et pour beaucoup de dirigeants, il ne faut rien faire.

Devant l'échec de cette action, seules ont été mises en place les mesures suivantes :

Suivi de l'absentéisme

Le suivi de l'absentéisme a perduré. Il donnait des résultats de chaque atelier au sein de la blanchisserie à chacun des cadres de ces services qui le prenaient comme un jugement. Ce suivi était complété par une analyse des cas de maladie.

Actions de prévention des accidents du travail

Une formation pour le CHSCT dans la blanchisserie a été organisée. La hiérarchie a joué le jeu de la prévention des accidents du travail : il y avait en effet beaucoup de brûlures, de mains coincées entre les chariots...

Lors du rééquipement de la blanchisserie, des chariots en aluminium ont été rachetés, plutôt que des chariots en fer, à fond élévateur pour éviter de trop se baisser.

Le résultat a été une réduction du nombre d'accidents du travail réelle. Certes, pas du jour au lendemain mais au bout de deux ans.

Actions de prévention de l'alcoolisme

Dans la blanchisserie se posait un gros problème d'alcoolisme car il fait chaud, les personnels ont besoin de s'hydrater. Les vestiaires insalubres tenaient lieu de salle de repos et les personnels apportaient de l'alcool dans leurs casiers. Aucun lieu plaisant pour faire sa pause n'existait.

Aussi, il a associé le personnel à la décoration et à la conception de nouvelles salles de pause. Il a également fait installer des distributeurs de boissons non alcoolisées et gratuites pour lutter contre l'alcoolisme. Ce dispositif a coûté 70.000 francs.

Des actions de prévention contre l'alcoolisme ont été réalisées avec le médecin du travail. Ces mesures ont permis l'amélioration des conditions de vie au travail et de s'allier les organisations syndicales.

Les résultats ont été une petite baisse de l'absentéisme par la réduction du nombre d'accidents du travail mais cela représentait une baisse limitée.

Par ailleurs, l'accent a été mis sur les contrôles systématiques des arrêts maladie même si le recours au prestataire n'a pas pu être possible.

Amélioration des conditions de travail

Dans le cadre de son précédent emploi comme DRH de l'hospitalisation à domicile (HAD) de l'AP, il a remarqué que le taux d'absentéisme était assez élevé (environ 20 jours par an) même s'il représentait 3 jours de moins par an que sur l'ensemble de l'AP.

Le service d'HAD gérait 800 malades et comptait 620 employés. Il n'y avait pas les contraintes d'un hôpital classique, les marges de manœuvre étaient intéressantes. Les agents qui y travaillaient recherchent l'autonomie, ce n'est donc pas des infirmières de base.

La RTT a été un désastre pour la gestion du personnel infirmier, d'autant que des centres de formations d'infirmiers ont été fermés deux ans avant la mise en place de la RTT, ce qui a provoqué une grande pénurie d'infirmières. D'où une grande difficulté à fidéliser le personnel et d'où le choix d'améliorer les conditions de travail pour attirer les personnels et les fidéliser.

Les actions n'ont pas tellement porté sur les conditions physiques de travail, bien qu'un travail ait été réalisé avec des ergothérapeutes sur les sacoches que portent les infirmières pour aller en visite chez les malades. Elles ont plus porté sur les conditions psychologiques d'exercice du métier en HAD, et notamment sur la solitude des personnels face au patient, le stress face au patient qui souffre alors que plusieurs patients attendent.

Il a suivi les soignants en HAD pour repérer les gains de productivité possibles pour absorber la réduction du temps de travail liée aux 35h.

Il a obtenu que les soignants disposent d'un téléphone portable, de chèques restaurant et la possibilité de rentrer le soir chez soi avec le véhicule de service, pour gagner du temps à ne plus devoir aller déjeuner dans l'hôpital de l'AP le plus proche ni retourner tous les matins au siège chercher la voiture et perdre du temps. En contrepartie, le téléphone portable permettait de garder le contact.

Tous ces nouvelles mesures ont permis d'accroître leur autonomie et ont été très bien accueillies.

Par ailleurs, une étude sur les violences subies par les personnels soignants de l'HAD a été menée : il a été fait appel au sociologue Michel Wieworka, qui avait déjà travaillé sur les situations de violence à la RATP.

Les résultats ont montré que le personnel a conscience que le risque de violence (dans la rue...) est faible et qu'il n'existait pas de corrélation entre le taux de violences subies et le caractère populaire du quartier. Ce qui était ressenti comme plus violent étaient plus les pressions de l'encadrement (direction, cadres de santé) et les violences verbales que les violences extérieures.

Il a été décidé que si un incident avec un soignant de l'HAD était déclaré, la hiérarchie devait s'en préoccuper immédiatement. La prise en considération (même symbolique) des problèmes de l'HAD a ainsi engendré de meilleures conditions de travail pour les soignants : dépôt d'une plainte, remplacement du soignant sur le reste de sa tournée...

L'amélioration des conditions de travail a engendré une réduction de l'absentéisme mais le turn-over a perduré (vers des métiers d'infirmière libérale notamment).

Le mode de management

Le management mou ne donne pas de bons résultats. Le management le plus efficace en terme de présentéisme est celui qui est exigeant en terme de qualité du travail et donnant plus d'autonomie pour l'organisation du travail.

Le taux d'absentéisme est une bonne évaluation de la qualité de l'encadrement.

L'encadrement a tout intérêt à être souple sur l'accès au temps partiel. On a tout intérêt à adapter les plannings pour lutter contre l'absentéisme, entre autres.

La politique de remplacement

- Intérim pour les professions soignantes principalement mais cette méthode coûte très cher.
- Des pools de remplacement existent dans certains établissements mais pour des fonctions données : ex : à Cochin : infirmières de bloc opératoire. Cette méthode est peu attractive dans un marché de l'emploi déprimé car les contraintes de ce type de travail sont fortes, or on manque d'infirmières. Souvent on y met les personnels les moins compétents, et alors c'est un échec. Mais dans l'absolu, cette méthode est intéressante. Il faut savoir la gratifier en jouant sur la notation, l'avancement, la formation.
- Arrangements au sein des équipes avec parfois des compensations que ne voit pas le DRH, comme des jours de récupération en plus.
- CDD pour les catégories non qualifiées ou administratives et techniques.

MIP Groupe 23 Absentéisme pour motif médical	Entretien avec Mme ESTRYN-BEHAR – AP-HP	Date : 10/05/2005
---	---	-------------------

Membres MIP Groupe 23 Patricia LAZARE Guillaume RESTOUX Personne rencontrée Mme ESTRYN-BEHAR, médecin coordonnateur médecine du travail AP-HP

I) Etat des lieux

Définition de l'absentéisme : aspect péjoratif, lorsque les personnels s'arrêtent c'est pour une bonne raison (arrêt maladie,pour enfant malade, ou en congé de maternité (beaucoup de grossesse pathologique). Les gens ont des motifs sérieux pour s'arrêter. Les études menées restent lettre morte, il n'existe aucun lien avec le terrain. Le coût de l'absentéisme est important

II) Analyse

Les études menées sur l'ergonomie montre une amélioration des conditions de travail et une baisse de l'absentéisme , exemple les long séjours dans une expérience canadienne avec les personnes âgées. L'aménagement des chambres avec des normes différentes avec une salle de bain pour 2 un soignant référent pour l'accueil des familles accompagnant le projet de vie des résidents tout ceci pour en opposition aux conditions de travail actuel où le travail s'effectue sans matériel, les échanges se font entre soignant et non entre la personne âgée et le soignant. Le soin est fait comme si la personne était un objet, ce qui provoque de la violence. Cela se manifeste avec des maux de dos, des arrêts pour état dépressif, les familles deviennent exigeantes font des reproches parce qu'il n'existe pas de qualité dans l'organisation du travail.

L'organisation du travail bien repensée avec une qualité de travail, une écoute avec des groupes de paroles coûte moins cher que l'absentéisme.

Les causes : très peu d'arrêt pour les causes ORL

Les facteurs : les études montrent que la pénibilité physique a un retentissement important, notamment dans les pathologies ostéo-articulaires , les grossesses pathologiques ;

Les relations entre les individus absence de travail en équipes, absence de reconnaissance professionnelle, absence de relation dans les équipes, d'où l'importance de développer des groupes de paroles et des formations en interne.

III) Politiques

Repenser les organisations de travail en ayant le respect de l'agent, en l'accompagnant dans les formations continues d'adaptation à l'emploi, en respectant l'ergonomie des postes de travail en intégrant les acteurs dans la conception des services

MIP Groupe 23 Absentéisme pour motif médical	Entretien avec M. CHEVALLIER – CH BLOIS	Date : 11/05/2005
---	---	-------------------

Membres MIP Groupe 23 Laure THAREL Vanessa VILLAFRANCA Personne rencontrée M. CHEVALLIER, DRH CH de Blois

MESURE

Les professionnels de santé DRH mais aussi du secteur privé ont du mal à parler du thème de l'absentéisme car d'une part l'absentéisme n'a longtemps pas été considéré comme un thème majeur de GRH et car d'autre part ils ne parlent jamais de la même chose lorsqu'il parle d'absentéisme dans la mesure où il n'y a aucun indicateur commun.

2 biais:

- Une difficulté méthodologique : ex : Mme X est malade du lundi au dimanche – 3 possibilités de calcul :

arrêt de 7 jours = 7 jours d'absence

arrêt de 7 jours = 5 jours d'absence car 5 jours de travail

arrêt de 7 jours mais si à temps partiel = 2,5 jours d'absence

mieux vaut travailler sur un matériau brut le moins modifié possible

dans la région Centre : la règle est de suivre la durée de l'arrêt prescrit par le médecin pour déterminer le nombre de jours d'absence

- Un problème de rigueur en l'absence de badgeuse : avant la mise en place de la badgeuse le 1^{er} janvier 2002, les agents pouvaient plus facilement être absents sans avoir fait remonter à la DRH leur justificatif d'absence. La badgeuse permet de certifier la présence des agents et demander alors le cas échéant un justificatif d'absence tout en assurant la même équité entre les agents.

RATIO

Comment diviser ? Il est tentant de faire : nombre de jours d'absence / nombre d'agents mais se posent plusieurs difficultés outre le fait qu'il faut trouver un accord avec les

hôpitaux alentours sur un même indicateur afin de pouvoir comparer de façon pertinente les résultats :

- Personnes physiques ou ETP ? (*région Centre, ETP*)
- Si choix des ETP, au 31 décembre ou effectif moyen rémunéré en ETP sur l'année ? (*région Centre, effectif moyen rémunéré en ETP sur l'année*)
- Nombre de jours travaillés des ETP : environ 206 jours ou déterminer précisément le nombre de jours potentiellement travaillés des ETP en tenant compte des jours fériés et repos fixes et variables ?

7 ans pour harmoniser les calculs et obtenir des indicateurs communs en région Centre

DEFINITION ET PROPORTIONS

L'absentéisme est selon ce DRH uniquement celui pour raisons médicales, les autres formes possibles (formation, droit syndical) relevant de l'activité.

L'objectif est donc d'augmenter les jours de formation et de droit syndical et au contraire de réduire les jours d'absence médicale :

formation : 4200 jours en 2004

activité syndicale : équivalent à 6 ETP en 2004 avec une augmentation de 50% par rapport à 2003

absentéisme médical : pour le PNM : 25 jours d'absence / agent / an soit l'équivalent de 300 ETP en 2003 et une baisse de 20% en 2004 soit l'équivalent de 230 ETP => absentéisme = enjeu financier énorme

II et III /

RAISONS DE LA BAISSSE DE L'ABSENTEISME :

Il y a deux approches pour lutter contre l'absentéisme :

lutter contre l'absentéisme en considérant les agents absents comme des délinquants qu'il faut traquer => problème : ne concerne en fait que moins de 10% des agents

améliorer les conditions de travail = > bénéficie à 100% des agents ex : lutte contre le tabac, aménagement des postes de travail pour les femmes enceintes, politique de prévention contre la drogue et l'alcool auprès des agents

Ces mesure d'amélioration des conditions de travail doivent s'inscrire dans une politique active en faveur de la baisse de l'absentéisme, ce qui passe par des interventions répétées du DRH au CA, CTE, CHSCT, réunions de cadres... car cet absentéisme pénalise la mission de service public et car l'hôpital a une certaine responsabilité quant aux conditions de travail de ses agents.

Rôle essentiel de la badgeuse, pas conçue comme un élément de coercition. Au contraire, elle offre une certaine souplesse en terme d'organisation du travail grâce aux horaires variables, ce qui permet aux agents de gérer leur temps de travail en fonction du flux d'activité, tout en assurant un seuil en dessous duquel on ne peut descendre afin de garantir la continuité des soins.

MIP Groupe 23 Absentéisme pour motif médical	Entretien avec Mme BAUBEAU – DRASS IdF	Date : 11/05/2005
---	--	-------------------

Membres MIP Groupe 23

Guillaume RESTOUX

Manuelle TROUDE

Personne rencontrée

Mme BAUBEAU, Médecin inspecteur de santé publique, DRASS IdF

Mme Baubeau est médecin inspecteur de santé publique à la DRASS Ile de France. Elle a participé à la réalisation d'une étude (cf. art. DRESS n°335 dossier MIP) mettant en évidence l'importance des conditions de travail sur les performances au travail en milieu hospitalier. Elle a donc pu évoquer l'absentéisme comme facteur diminuant les performances du personnel mais n'a pas étudié ce thème de manière approfondie. D'où un relatif manque d'informations.

Les difficultés de mesure:

Toutefois, Mme Baubeau a souligné la faiblesse de la mesure de l'absentéisme en notant qu'il n'existe pas de définition harmonisée du concept (existence de différentes nomenclatures). La DHOS ne peut donc objectiver le phénomène et s'en faire une idée relativement précise, les comparaisons entre établissements étant difficiles à établir. Seule la DARES a mis en place une définition acceptable du concept mais elle reste malheureusement peu utilisée. En revanche, le secteur privé a mis en place des indicateurs apparemment plus harmonisés, ces derniers étant autant révélateurs de la bonne santé des entreprises qu'un bilan financier.

En fait, selon notre intervenant, le champ de la recherche sur l'absentéisme n'est pas exploré car pour les DRH, ce problème est d'abord celui du monde médical. Le management global de la structure est de ce fait mis hors de cause.

L'importance des facteurs psycho-sociologiques:

Plus que les horaires ou l'organisation de travail, ce sont les conditions de travail qui prédominent. L'étude DREES ci-dessus s'est donc inspirée des modèles de Karasek et de Siegrist expliquant les risques de problèmes de santé au travail. Trois facteurs prédominants dans l'amélioration des conditions de travail et plus précisément dans l'apparition de l'absentéisme ont ainsi été mis en évidence:

- la charge mentale et le niveau d'exigences auxquels sont soumis les individus,
- la capacité d'autonomie et la possibilité de peser sur les décisions,
- le soutien social (écoute de la hiérarchie, soutien des collègues) particulièrement déterminant,
- la gratification.

Ces modèles ont notamment montré qu'une intensité de travail trop forte ajoutée à une autonomie limitée pouvaient entraîner l'apparition de maladies cardio-vasculaires et mentales. On peut notamment penser aux IDE qui cumulent les responsabilités des médecins et les contraintes des personnels d'exécution. En revanche, les médecins ont de fortes responsabilités mais davantage d'autonomie ce qui leur permet de recourir moins souvent aux arrêts de travail. Plus globalement, la directrice de l'APHP a donné davantage d'autonomie aux différents hôpitaux en déconcentrant les décisions afin de diminuer l'absentéisme caractéristique des grandes structures et notamment de l'APHP.

L'exemple des "magnet hospitals" (hôpitaux attirants) aux Etats-Unis est venu illustrer cette étude en montrant que certains établissements pouvaient être plus attirants que d'autres du fait d'une bonne ambiance et d'une autonomie des acteurs. En outre, ces conditions psycho-socio favorables ont entraîné des soins de meilleure qualité. Ainsi, la paix sociale généralement recherchée en France lors de la conclusion d'accords des conditions de travail n'est pas un élément déterminant de management américain.

Toutefois, les conclusions de ces différentes études n'ont pas vraiment marqué le milieu hospitalier français, les conditions de travail n'étant généralement pas évaluées (cf questionnaire joint à l'article de la DREES).

Une approche systémique de l'absentéisme

Notre intervenant a cité une récente enquête de la DRESS sur les effets indésirables des pratiques médicales. Cette étude a montré que les fautes généralement attribuées à l'un ou l'autre des actifs hospitaliers pouvaient en réalité être réparties sur l'ensemble des

chaînons de la production de soins. Les soignants pouvaient de ce fait relativiser leurs implications, et les autres acteurs prendre pleinement conscience de leurs responsabilités. Il s'agit, selon Mme Baubeau, de développer une culture de l'erreur et non de la faute en envisageant un "schéma causal collectif". La présence de groupes de parole, de débriefing semble donc fondamentale pour l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant et de la qualité des soins. Finalement, ce schéma impose au directeur d'être à la fois gestionnaire et manager. Or, selon Mme Baubeau, on ne peut être bon partout...

Cette gestion systémique renvoie aussi à celle de la qualité. Les protocoles de soins devront par exemple être lisibles par tous les acteurs de la chaîne des soins. L'intervenant a noté que les procédures d'accréditation ont mis une pression supplémentaire sur les épaules de personnels soignants déjà surchargés. Ce qui ne favorise pas la diminution d'arrêts maladies qui agissent comme des "soupapes". Rechercher un absentéisme zéro est donc illusoire.

Enfin, le rôle du médecin du travail apparaît important pour signaler d'éventuelles dégradations des conditions de travail et prévenir une désorganisation des services. Or, l'information qu'ils délivrent semble insuffisamment utilisée. L'intervenant a rappelé que, dans le privé, toute absentéisme supérieur ou égal à 5.6% déclenchait automatiquement l'intervention des inspecteurs du travail. D'où de sérieuses interrogations sur la qualité du service rendu dans les établissements de santé où l'absentéisme est évalué à 20%! (cf. revue hospitalière de France 97, n°6 et 99, n°1).

MIP Groupe 23 Absentéisme pour motif médical	Entretien avec M. TONNEAU, Ecole des Mines de Paris	Date : 11/05/2005
---	---	-------------------

Membres MIP Groupe 23 Laure THAREL Vanessa VILLAFRANCA Personne rencontrée M. TONNEAU, Chercheur, Ecole des Mines de Paris
--

M Tonneau ingénieur école des mines
Gestion des organisations de travail
Condition de travail des personnels soignants
Logistique dans la mise en place du PMSI dans les hôpitaux
Travaux sur les conditions de travail : marqueurs de l'absentéisme

I) Etat des lieux

Absentéisme a une composante individuelle et composante organisationnelle, cependant le discours des ergonomes n'apporte pas de preuve qui permette d'admettre que l'absentéisme baisse.

II) Analyse

Les 35 heures n'ont pas données les effets escomptés, il n'y a pas eu d'anticipation de la gestion, les solutions ont été contrastées.

Les conditions de travail au sens très large (la non reconnaissance du travail, le stress la production des soins

Quelle activité, quelles conditions ?

L'absence de réflexion sur ce thème : Reconnaissance sociale, dignité, respect des plannings.

Sur le plan national 45000 postes ces négociations du ministère avec les représentants du personnel aggrave les inégalités sociales d'un établissement à un autre (80% au prorata de la productivité qui très liée à la capacité en ressources humaines.

Sur le plan local, les directeurs ont négociés les RTT en journée de RTT donc plus de jours d'absence, cela n'a pas été réfléchi en terme d'organisation du travail

Il en résulte une inégalité dans les services de soins

Le malade est déconnecté de l'activité et de la gestion des ressources humaines

III) Politiques

Repenser les organisations de travail en ayant le respect de l'agent, en l'accompagnant dans les formations continues d'adaptation à l'emploi, en créant des groupes de paroles et un travail de réflexion pluridisciplinaire et en le respectant dans sa vie privée.

MIP Groupe 23 Absentéisme pour motif médical	Entretien avec M. TAVERNIER, CHU Saint-Etienne	Date : 13/05/2005
---	--	-------------------

Membres MIP Groupe 23 Jérôme TRAPEAUX Personne rencontrée M. TAVERNIER, Cellule absentéisme médical, DRH CHU Saint-Etienne

I – ETAT DES LIEUX / DESCRIPTIF

✓ Présentation de l'intervenant, motivations par rapport au thème

La cellule absentéisme médical du CHU de Saint-Etienne est composée de 4 personnes : 2.8 ETP pour 3 agents administratifs + 1 ACH à temps plein.

Elle est rattachée hiérarchiquement à 1 AAH et au 2^e niveau hiérarchique au DRH. Elle ne s'occupe donc que des personnels autres que médicaux (*l'absentéisme des personnels médicaux est traité par la Direction des Affaires Médicales - DAM*). Il n'a pas été abordé lors de l'entretien mais figure à la fin du I).

Elle existait déjà à l'arrivée de JP Tavernier en 1979. Jusqu'au début des années 80, l'absentéisme médical et les retraites étaient gérés par le même ACH. Ensuite, séparation des deux fonctions.

Elle ne gère pas les « petits » arrêts (qui sont traités par les bureaux du personnel de chaque site du CHU) mais *seulement les longs arrêts (> 1 mois) et ceux qui posent problème*.

✓ Définition de l'absentéisme, comment est-il mesuré dans l'établissement ?

Logiciels utilisés : ALIENOR pour les RH, relié au logiciel GRAPH pour la paie. Cela permet aussi de lister ceux dont les arrêts de travail se terminent à une date donnée.

Dans le bilan social 2004, pp. 89-96 (donc *données annuelles*), le mode de calcul est le suivant :

- définition du **nombre de journées** théoriques travaillées pour l'ensemble des agents (hors médicaux) = 35h/5 = 7h. *La mesure est en journées, pas en heures.*
- nombre de journées de présence
- nombre de journées d'absence avec ventilation par motif (MALADIE = maladie « ordinaire », longue maladie ou LM, maladie longue durée ou LD, accident de travail ou AT, accident de trajet, maladie professionnelle, maternité ou adoption hors grossesse pathologique, grossesse pathologique ; hors maladie = syndicats et représentation, formation, congés autorisés, absences non justifiées non récupérées)
- coût financier direct (salaires et cotisations sociales) pour les absences maladie (hors maladie ordinaire)

	2002	2003	2004
Nb de journées théoriques travaillées	858547	933036	986071
Effectif moyen annuel	3902,43	4241,01	4461,82
Nb de journées théoriques travaillées par agent	220,00	220,00	221,00
Nb de journées de présence	741058	807200	863621
Nb de journées d'absence	117489	125836	122450
Nb de journées d'absence par agent	30,11	29,67	27,44
<i>Nb de journées d'absence pour maladie "ordinaire"</i>	<i>40221</i>	<i>44702</i>	<i>40970</i>
<i>Nb de journées d'absence pour LM et LD</i>	<i>30607</i>	<i>29633</i>	<i>26723</i>
<i>Nb de journées d'absence pour AT</i>	<i>6314</i>	<i>6739</i>	<i>5610</i>
<i>Nb de journées d'absence pour accident de trajet</i>	<i>452</i>	<i>524</i>	<i>391</i>
<i>Nb de journées d'absence pour MP</i>	<i>1642</i>	<i>1304</i>	<i>1027</i>
<i>Nb de journées d'absence pour maternité et adoption</i>			
<i>> nb de journées d'absence pour mater et adoption hors grossesse pathologique</i>	<i>9226</i>	<i>11508</i>	<i>14462</i>
<i>> nb de journées d'absence pour grossesse pathologique</i>	<i>2269</i>	<i>3038</i>	<i>3195</i>
Nb de journées d'absence pour motif syndical ou représentation	272	303	585
Nb de journées de formation	24461	25870	27137
Nb de journées d'absence pour congés autorisés	2008	2188	2014
Nb de journées d'absence non justifiées non récupérées	21	29	337
TOTAL journées d'absence	117493	125838	122451
<i>Total journées maladie</i>	<i>90731</i>	<i>97448</i>	<i>92378</i>
Nb de journées d'absence maladie par agent	23,25	22,98	20,70
Part de la maladie dans les absences	77,22%	77,44%	75,44%
<i>Montants salaires et cotisations versés pour LM et LD</i>	<i>8136988</i>	<i>8549085</i>	<i>7969311</i>
<i>Montants salaires et cotisations versés pour AT, accident trajet, MP</i>	<i>1095625</i>	<i>1078676</i>	<i>877064</i>
<i>Montants salaires et cotisations versés pour maladie hors maladie ordinaire</i>	<i>9232613</i>	<i>9627761</i>	<i>8846375</i>
Coût maladie (hors ordinaire) par agent	2365,86	2270,16	1982,68

En pratique,

- en cas d'absence maladie, l'agent a un délai de 48h pour expédier l'arrêt signé par le médecin et prévenir (en théorie) son service. Si l'agent ne prévient pas par téléphone, des lettres de relance sont expédiées

JP Tavernier indique que le délai postal pour recevoir l'arrêt est très fluctuant (jusqu'à 8 jours) et que la cellule absentéisme garde les enveloppes comme preuve.

- Un arrêt de travail contient 3 volets : le 1^{er} où figure le diagnostic du médecin est conservé par l'agent dans l'éventualité d'un contrôle médical. Certains agents l'envoient et le volet est alors conservé dans le dossier. Les volets 2 et 3 sont envoyés par l'agent à la DRH.

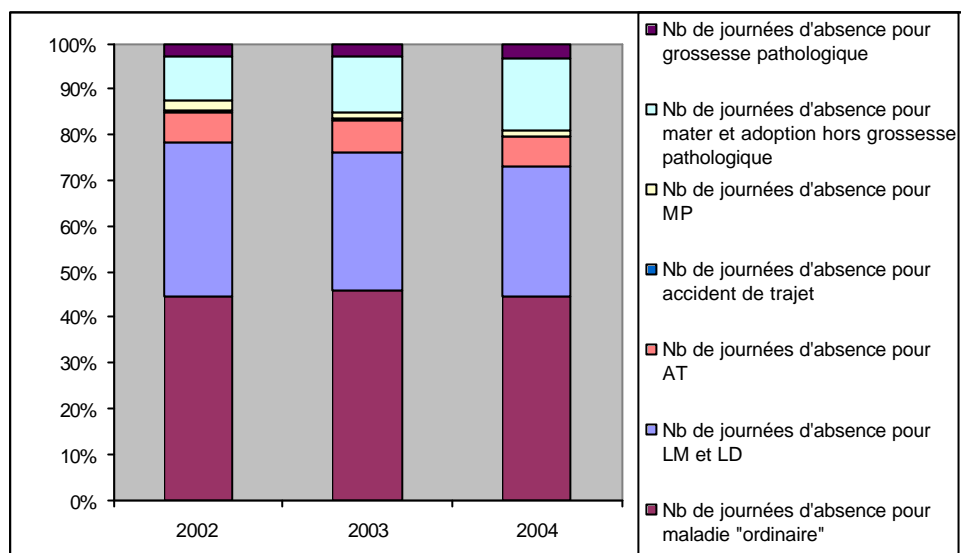
In fine, l'arrêt sera archivé dans le dossier de l'agent à la médecine du travail.

✓ **Proportion des différents types d'absentéisme (motifs médicaux)**

JP Tavernier souligne la difficulté d'avoir des chiffres en continu du fait des changements de qualification des absences. En effet, le comité médical intervient au bout de 6 mois d'arrêt maladie et statue avec un délai. Ainsi après 9 mois – 1 an, il y a un basculement éventuel en LD ou LM à la place de la maladie ordinaire. Cette requalification rend donc difficile la ventilation entre types.

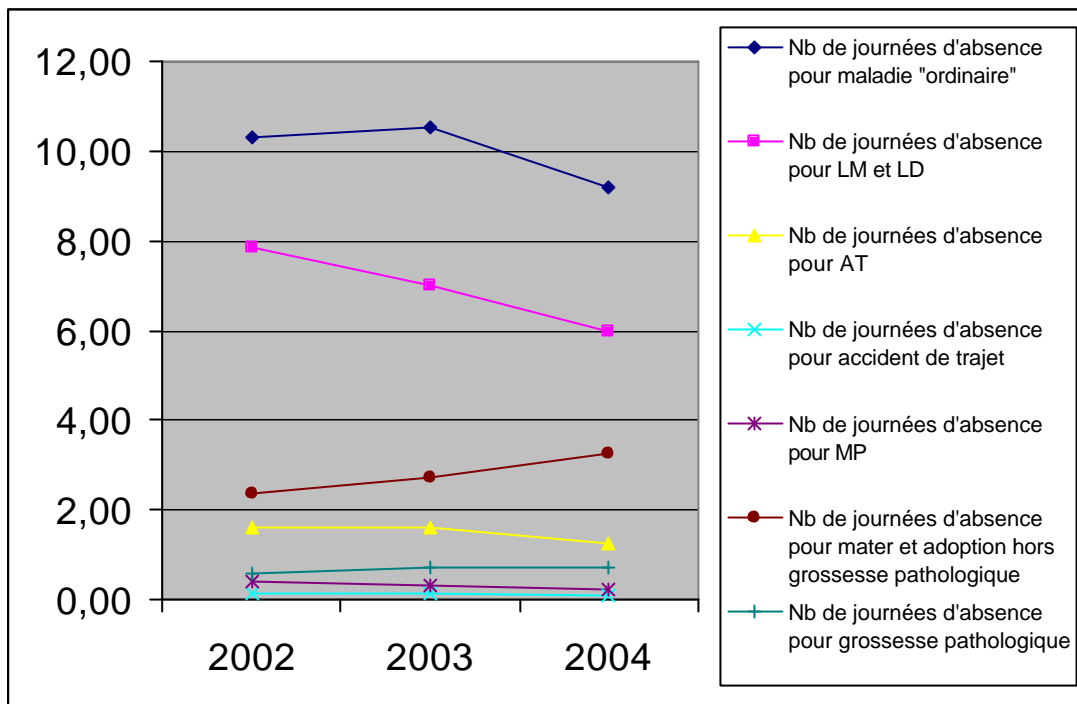
% des absences pour motif médical :

	2002	2003	2004
Nb de journées d'absence pour maladie "ordinaire"	44,33%	45,87%	44,35%
Nb de journées d'absence pour LM et LD	33,73%	30,41%	28,93%
Nb de journées d'absence pour AT	6,96%	6,92%	6,07%
Nb de journées d'absence pour accident de trajet	0,50%	0,54%	0,42%
Nb de journées d'absence pour MP	1,81%	1,34%	1,11%
Nb de journées d'absence pour mater et adoption hors grossesse pathologique	10,17%	11,81%	15,66%
Nb de journées d'absence pour grossesse pathologique	2,50%	3,12%	3,46%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%



Nb de journées d'absence par agent et par type :

	2002	2003	2004
Nb de journées d'absence pour maladie "ordinaire"	10,31	10,54	9,18
Nb de journées d'absence pour LM et LD	7,84	6,99	5,99
Nb de journées d'absence pour AT	1,62	1,59	1,26
Nb de journées d'absence pour accident de trajet	0,12	0,12	0,09
Nb de journées d'absence pour MP	0,42	0,31	0,23
Nb de journées d'absence pour mater et adoption hors grossesse pathologique	2,36	2,71	3,24
Nb de journées d'absence pour grossesse pathologique	0,58	0,72	0,72
TOTAL	23,25	22,98	20,70



Commentaire : l'absentéisme médical diminue globalement et par type d'absence sauf celui lié aux maternités qui augmente. Voir si un lien existe avec la pyramide des âges.

JP Tavernier indique que les dossiers sont vite complexes pour LD et LM (qui nécessitent toutes deux l'accord du patient pour être classé dans ces catégories, mais n'ouvrent pas les mêmes droits). L'agent peut avoir « intérêt » à être classé en LM s'il est jeune, alors que quelqu'un de plus âgé a plutôt « intérêt » à être en LD pour atteindre l'âge de la retraite.

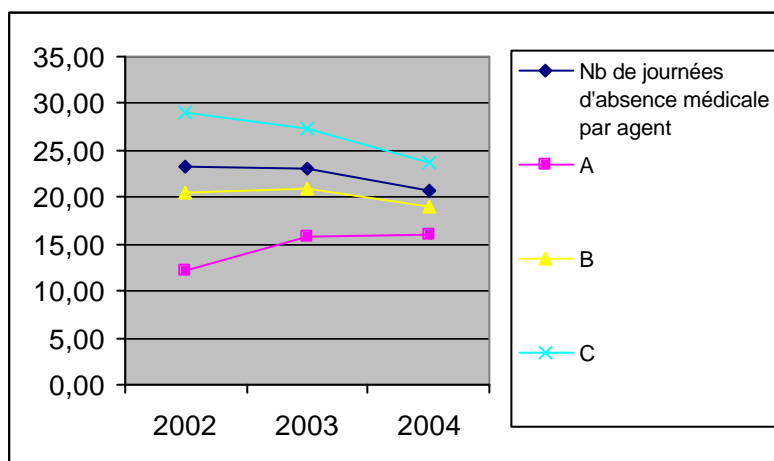
Une typologie par pathologie est rendue impossible du fait du secret médical. Cependant une étude menée sur une centaine de dossiers en 1998-99 a montré que les troubles psychologiques étaient la principale cause d'absentéisme pour motif médical.

Quelques informations remontent depuis la médecine du travail, surtout concernant les accidents du travail. Dans ce cas, l'accès aux dossiers médicaux est possible (cf. tableau figurant dans le bilan social).

Depuis début 2005, la DRH n'a plus le droit de savoir le nom du médecin du comité médical qui convoque un patient. Ce qui pose un problème de facturation. JP Tavernier pense qu'il y a une hypocrisie sur ce sujet.

✓ **Absences par catégorie professionnelle (A-B-C)**

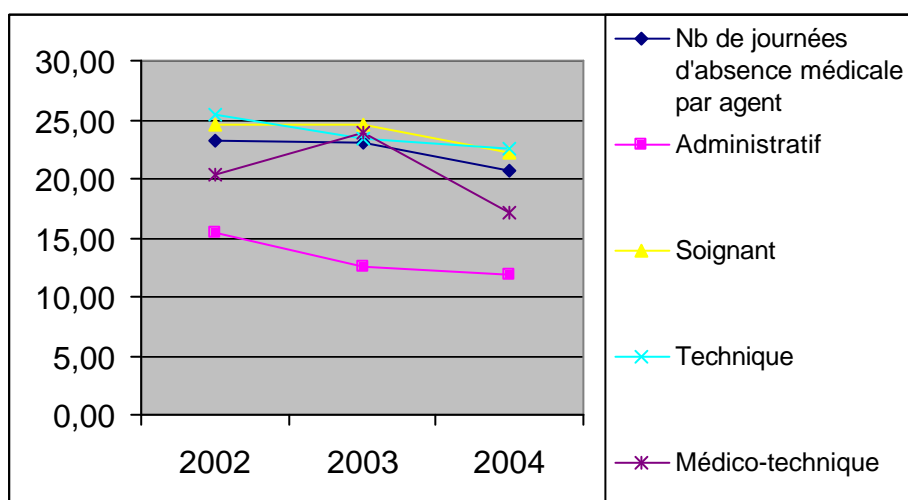
	2002	2003	2004
Effectif moyen annuel	3902,43	4241,01	4461,82
A	452,04	470,17	483,07
B	1739,48	1969,85	2092,40
C	1710,91	1800,99	1886,35
Nb de journées d'absence	117490	125836	122450
A	7366	9848	10005
B	49316	55057	54241
C	60808	60931	58204
Nb de journées d'absence par agent	30,11	29,67	27,44
A	16,30	20,95	20,71
B	28,35	27,95	25,92
C	35,54	33,83	30,86
<i>Nb de journées d'absence médicale</i>	<i>90731</i>	<i>97448</i>	<i>92378</i>
A	5461	7405	7698
B	35621	41011	39907
C	49649	49032	44773
Nb de journées d'absence médicale par agent	23,25	22,98	20,70
A	12,08	15,75	15,94
B	20,48	20,82	19,07
C	29,02	27,23	23,74



Commentaire : comme au niveau national, les catégories A sont moins absents que les B et ceux-ci moins que les C. Cependant, l'évolution est différente au sein d'une même catégorie : diminution pour les B et C (sensible pour les C), augmentation pour les A.

✓ **Absences par catégorie : médicaux, soignants, administratifs, techniques**

	2002	2003	2004
Effectif moyen annuel	3902,43	4241,01	4461,82
Administratif	485,84	490,93	507,27
Soignant	2530,70	2843,55	3014,22
Technique	592,72	608,83	634,98
Médico-technique	293,17	297,70	305,35
Nb de journées d'absence	117490	125836	122450
Administratif	9129	8412	8000
Soignant	84730	93207	92312
Technique	16685	16034	16456
Médico-technique	6946	8183	5683
Nb de journées d'absence par agent	30,11	29,67	27,44
Administratif	18,79	17,13	15,77
Soignant	33,48	32,78	30,63
Technique	28,15	26,34	25,92
Médico-technique	23,69	27,49	18,61
<i>Nb de journées d'absence médicale</i>	<i>90731</i>	<i>97448</i>	<i>92378</i>
<i>Administratif</i>	<i>7460</i>	<i>6120</i>	<i>6020</i>
<i>Soignant</i>	<i>62257</i>	<i>70014</i>	<i>66812</i>
<i>Technique</i>	<i>15041</i>	<i>14208</i>	<i>14304</i>
<i>Médico-technique</i>	<i>5973</i>	<i>7106</i>	<i>5242</i>
Nb de journées d'absence médicale par agent	23,25	22,98	20,70
Administratif	15,35	12,47	11,87
Soignant	24,60	24,62	22,17
Technique	25,38	23,34	22,53
Médico-technique	20,37	23,87	17,17



✓ Absences par âge, sexe

Données non disponibles dans le bilan social.

Les seules données fournies sur l'âge et le sexe sont la répartition des agents par tranche d'âges et par sexe mais sans lien avec l'absentéisme.

	2002	2003	2004
<25 ans	24	141	165
26-40 ans	1596	1761	1714
41-55 ans	2574	2593	2665
>55 ans	151	199	331
TOTAL	4345	4694	4875

	2002	2003	2004
Hommes	859	919	936
Femmes	3486	3775	3939
TOTAL	4345	4694	4875

✓ **Absences par service**

Possibilité d'avoir des chiffres par unité fonctionnelle (cf. « Etude sur l'absentéisme de l'AMC » = accueil des urgences). C'est le niveau le plus fin. Les cadres et cadres supérieurs de santé sont plus attentifs à ces chiffres.

✓ **Taux d'incidence (= % d'agents qui s'arrêtent au moins une fois dans l'année), taux de récurrence (=nb moyen d'arrêts par agents s'arrêtant), durée moyenne d'un arrêt**

Il faudrait faire des requêtes spécifiques dans le logiciel ALIENOR pour obtenir des statistiques intermédiaires.

Le nombre d'arrêts (par type de motif médical) et la durée moyenne d'un arrêt sont fournis dans « l'étude sur l'absentéisme au CHU de Saint-Etienne »

✓ **Coût de l'absentéisme**

Une approximation peut être faite de la manière suivante pour le coût financier direct :

→ $CFD = \text{Nombre de jours d'absence pour motif médical (92378j en 2004)} * \text{coût moyen par agent par jour}$

Le coût moyen par agent par jour se calcule en multipliant :

- l'indice moyen CHU = 390
- la valeur annuelle du point = 53.0196€
- le « taux de charges sociales » = $1+80/100 = 1.8$ (environ. Les cotisations sociales sont à 73% hors primes de service, de technicité et primes diverses)

On obtient un coût approximatif de 37220€ par agent par an (= sur 221 jours), soit *un coût moyen par agent par jour de 168.4€*

Et donc un coût financier direct lié à l'absentéisme pour motif médical de 15.5 millions d'€ environ par an, soit 3475€ par agent (=9.3% de sa rémunération et des cotisations sociales), soit l'équivalent de 416 ETP.

La maladie ordinaire coûte donc $15.5 - 8.846375 = 6.66$ millions d'€ par an.

	2002	2003	2004
Montants salaires et cotisations versés pour LM et LD	8136988	8549085	7969311
Montants salaires et cotisations versés pour AT, accident trajet, MP	1095625	1078676	877064
<i>Montants salaires et cotisations versés pour maladie ordinaire</i>			6660000
Coût absentéisme médical			15500000
Effectif moyen annuel	3902,43	4241,01	4461,82
Coût absentéisme médical par agent			3473,92

✓ **Evolutions, études réalisées, autres ratios utilisés, comparaison avec les autres établissements**

Pas de comparaison avec les hôpitaux périphériques ou les HCL. La cellule absentéisme médical du CHU joue cependant un rôle de conseil et de formateur pour les hôpitaux périphériques.

Pour les AT et MP, la caisse maladie de Bordeaux est en train de mettre en place le logiciel Prorisk qui permettra à terme une comparaison avec les établissements de toute la France.

✓ **Evolutions**

JP Tavernier indique que le nombre de dossiers soumis au comité médical a augmenté et que cela est aussi vrai pour les établissements périphériques. Les problèmes rencontrés par les agents sont non seulement de santé mais aussi financiers avec les ½ traitements insuffisants pour faire face à de nombreux prélèvements automatiques. Ces problèmes se retrouvent au niveau des services sociaux du CHU et donnent aussi lieu à des reprises de travail par les agents contre l'avis médical.

✓ **Les horaires de travail, organisation du travail**

Accord local sur la RTT en 2003 au CHU de Saint-Etienne + 32h30 de nuit par semaine depuis 01/01/2004.

✓ **Documents sur les risques professionnels**

Le document unique est *en cours de rédaction* par la chargée de mission sur les conditions de travail et une stagiaire-ingénieur.

Pour les AT, le bilan social 2004 fournit les données suivantes :

	2002	2003	2004
emploi d'outils, instruments coupants, contondants ou perforants	201	172	191
efforts de soulèvement	145	133	142
chutes, glissades	67	97	90
autres	78	75	77
objets ou masses en mouvement accidentel	87	86	72
contact avec des malades agités de circulation	35	36	33
manipulation de produits toxiques	24	42	32
brûlures	9	13	30
occasionnés par des machines	17	8	8
radiations	4	2	1
TOTAL	0	0	1
AT donnant lieu à arrêt	667	664	677
	188	204	191

Pour les risques professionnels :

	2002	2003	2004
Nb d'agents en horaires alternants	2309	2697	3018
Nb d'agents en horaires de nuit	478	547	496
Nb d'agents exposés de façon habituelle et régulière à > 85dB	164	172	174
Nb d'agents exposés à des températures anormales	183	183	193
Nb d'agents soumis à contrôle dosimétrique	558	540	503
Nb d'agents manipulant des produits toxiques	640	519	667

✓ **L'absentéisme des médecins (données DAM)**

	2002	2003	2004
ETP rémunérés en décembre	428,83	470,92	490,25
Nb de jours théoriques travaillés **	81875,88	65470,33	62004,43
Nb de jours de présence	78004,48	60751,18	58618,26
Nb de jours d'absence	3871,4	4719,15	3386,17
Nb de jours d'absence par médecin	9,03	10,02	6,91
<i>Nb de jours d'absence pour maladie ordinaire</i>	<i>595,86</i>	<i>666,22</i>	<i>546,33</i>
<i>Nb de jours d'absence LM et LD</i>	<i>251,72</i>	<i>591,56</i>	<i>497,18</i>
<i>Nb de jours d'absence pour AT</i>	<i>8,97</i>	<i>0</i>	<i>5,65</i>
<i>Nb de jours d'absence pour accident de trajet</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Nb de jours d'absence pour maternité, adoption, paternité</i>	<i>401,38</i>	<i>1107,79</i>	<i>1002,82</i>
Nb de jours de formation	1051	978	800
Nb de jours d'absence pour mission temporaire	159,31	54,21	29,94
Nb de RTT	1403,1	1321,06	1252,26
<i>TOTAL journées d'absence maladie (et paternité)</i>	<i>1257,93</i>	<i>2365,57</i>	<i>2051,98</i>
Nb de journées d'absence maladie par médecin	2,93	5,02	4,19
Part de la maladie dans les absences	32,49%	50,13%	60,60%
<i>Montant des salaires et charges versés pour LD et LM</i>	<i>244936</i>	<i>244217</i>	<i>393528</i>
<i>Montant des salaires et charges versés pour AT, accident de trajet</i>	<i>5044</i>	<i>0</i>	<i>4657</i>
Coût maladie (hors maladie ordinaire) par médecin	582,93	518,60	812,21

Note figurant au bilan social : « la base de calcul des obligations de service des médecins pour l'année 2004 est de 207j au lieu de 220j pour 2003. Cette base a été réduite du fait de l'intégration des RTT dans le calcul des jours de présence par décret ministériel. Elle fait apparaître une diminution des jours de présence alors que l'absentéisme a été moins important pour l'année 2004. »

II – ANALYSE

Facteurs influençant l'absentéisme

a) facteurs individuels

✓ **Pathologies, état de santé personnel**

Les chiffres de la médecine du travail ont montré une augmentation des pathologies suivantes :

- les cancers du sein, pour 2 raisons : la prévention avec le dépistage (à l'extrême, ablation du sein pour une tumeur mais sans cancer, qui ne sera pas reconnu en LD) et le vieillissement des agents. Or cette pathologie conduit à des reclassements.
- les maladies psychologiques (dépression notamment). Identifiées comme la 1^{ère} cause de départ en invalidité. Elles sont cependant diluées dans les maladies ordinaires, LD et LM.

- ✓ Age, sexe
- ✓ Engagement personnel (famille, taille, nombre d'enfants)

b) facteurs liés à l'environnement socioprofessionnel

✓ **Conditions de travail (pénibilité, type de services - psychiatrie, soins palliatifs....)**

Travail de la cellule absentéisme médical avec la chargée de mission sur les conditions de travail (elle aussi rattachée à la DRH) : par exemple pour faire face aux lombalgies, le CHU s'est équipé de lits électriques à hauteur variable.

De manière systématique pour tous les AT, la chargée de mission est destinataire de l'AT et elle établit un arbre des causes.

Pas de maîtrise sur les accidents de trajet (conditions météo).

✓ **Reconnaissance professionnelle (intéressement, perspective d'évolution, participation aux décisions, salaire)**

Mode de calcul de la prime de service

Elle est fixé au maximum autorisé (7.5% du traitement de base, avec plafond à 17% du traitement).

Elle se compose d'un solde et d'un acompte

→ l'acompte (payé en novembre de l'année N)

L'absentéisme joue de la manière suivante : si >50j d'absences, aucun acompte et entre 30 et 49j, pondération de l'acompte en 1/140^e

→ le solde (payé en juin de l'année N+1)

Réduction par 1/140^e par jour d'absence pour maladie ordinaire, LD et LM et enfant malade, sur les jours ouvrés uniquement

La somme libérée par les absences est ensuite redistribuée (pas à ceux dont la note est inférieure au barème ou dont l'absentéisme dépasse 139) au prorata des points, sans pondération pour les temps partiels, mais avec abattement par 1/140^e par jour d'absence.

- ✓ Comparaison public / privé
- ✓ Statut : sous contrat, stagiaire, titulaire
- ✓ Impact du temps partiel
- ✓ Mode de contrôle des arrêts
- ✓ Existence de groupes de soutien
- ✓ Relations de travail : encadrement, collègues
- ✓ Taille des équipes de travail
- ✓ Organisation du temps de travail (ARTT, Temps partiel, horaires...)
- ✓ Principales pathologies professionnelles

III – POLITIQUES SUIVIES

- ✓ **Contrôle, pointage, sanctions**

Le contrôle

Les contrôles médicaux sont opérés par un médecin agréé, soit au domicile de l'agent soit au cabinet du médecin. Auparavant, un agent administratif portait une lettre de contrôle au domicile de l'agent malade. Mais un agent sanctionné à la suite de cette procédure a attaqué la sanction au TA et le CHU a perdu donc il est fait systématiquement appel à un médecin agréé.

JP Tavernier indique que certains établissements périphériques font des contrôles téléphoniques mais que cela ne constitue pas un moyen de preuve reconnu.

Les contrôles sont ponctuels, aléatoires mais aussi sur demande de l'établissement quand ils portent sur des agents à qui il n'est pas fait confiance (des indicateurs : le nomadisme médical ou des arrêts très courts prescrits par des spécialistes).

Pointage

Mise en place progressive du badgeage.

Les sanctions

Si l'arrêt n'est pas justifié (parfois les médecins contrôleurs cassent l'arrêt), le CHU envoie une LRAR pour demander la reprise du travail à la réception. Si l'agent ne reprend pas, une 2^e mise en demeure a lieu. A l'issue de la 3^e, décision de radiation des cadres pour abandon de poste. La procédure est rapide : 2 jours à chaque fois.

Si les agents malades ne se présentent pas aux contrôles ou qu'ils ne sont pas à leur domicile, le médecin agréé appelle le CHU. Il laisse une convocation dans la boîte aux lettres de l'agent ou le CHU adresse une LRAR indiquant que l'agent serait placé en congé sans solde. La 1^{ère} fois, l'agent peut tenter d'être couvert par un médecin ou un kiné. Le médecin contrôleur passe une 2^e fois et éventuellement une autre fois. Ensuite l'agent est placé en congé sans traitement ou licencié pour abandon de poste.

✓ **Prévention du risque professionnel**

- équipement de lits à hauteur variable
- formation de niveau 1 sur la lombalgie et la manutention suivie de formations dispensées en interne par les premières personnes formées. 2 colloques sur le dos ont eu lieu mais arrêt actuellement.
- Formation à la prévention de la violence, de l'agressivité et de la gestion du stress.

✓ **Vieillesse du personnel et adaptation des postes de travail**

Des réunions entre la médecine du travail et la DRH ont lieu pour la réadaptation des agents. La DRH dispose d'un budget de 20 postes de réadaptation (ils sont tous utilisés). Les agents concernés sont sortis budgétairement des services et placés à des endroits utiles

Ex :

- un ambulancier avec sclérose en plaques à la DRH où il s'occupe de factures sans être stressé par le téléphone
- une AS avec des problèmes de dos testée en emploi de réadaptation au standard. Elle est aujourd'hui reclassée et n'est plus dans un emploi de réadaptation

	2002	2003	2004
Nb d'agents reclassés	115	108	115
Nb d'agents considérés médicalement comme définitivement inaptes	25	28	15
Nb d'agents en mi-temps thérapeutique	56	42	37

✓ **Plan de formation**

Formation et VAE pour éviter les reclassements et les réadaptations.

Ex :

- ASH en difficulté a fait un bilan de compétences avec la psychologue du travail. Elle voudrait changer de fonctions. Une formation avec ensuite un détachement ou une mutation peut être envisagée.
- IDE avec polyarthrite passant le diplôme de diététicienne ou d'assistante sociale.

- ✓ Modes de remplacement
- ✓ Politique de lutte et de prévention de l'absentéisme et résultats obtenus
- ✓ Mode de garde, existence de crèches, de logements..

- ✓ Aménagement du temps de travail par rapport aux loisirs et par rapport aux problèmes physiques
- ✓ Maîtrise des agents de leurs emplois du temps
- ✓ Politique de recrutement (pyramide des âges)

MIP Groupe 23 Absentéisme pour motif médical	Entretien avec Mme LUCAS, Université Paris Dauphine	Date : 16/05/2005
---	---	-------------------

Membres MIP Groupe 23 Patricia LAZARE Manuelle TROUDE Personne interviewée par téléphone Mme LUCAS, enseignante – formatrice en RH, Université Paris Dauphine

I) Etat des lieux

Absentéisme par âge, les jeunes n'ont pas les mêmes rapports au travail que les plus anciens, ils ont des attentes

Elle s'exprime sous forme de stratégie de retrait

II) Analyse

Les jeunes sont plus tactiques que stratégiques, ils ont des attentes plus fortes qui les opposent aux personnels d'encadrements, ils ont besoin d'une reconnaissance.

Ils ont besoin de faire confiance, il faut leur offrir des conditions de travail qui leur permette d'allier la vie professionnelle et vie privé. Les conditions de vie au travail sont très importantes.

Les études ont montré qu'ils ont pour mission de faire bouger les plus anciens, cela sera difficile parce qu'il manque de réseau, d'expérience, de connaissance sur l'organisation intergénérationnelle. Il leur faudra du temps.

L'étude sur trois entreprises donne un profil du jeune agent au travail comme volatile, changeant (génération ZAPPING) avec des stratégies de retrait. Ils ont besoin de reconnaissance, ils veulent bien faire des efforts mais ils leur faut des récompenses, une ouverture de carrière en cas de retour négatif ils n'hésite pas à démissionner du jour au lendemain.

En revanche il ne remet pas en cause la valeur du travail, en premier lieu c'est l'estime de soi, puis le lien du travail avec la vie privé puis l'investissement au travail. La dimension collective est absente au profit de l'individualisme, l'agir collectif ne s'exprime

que la défense collective. L'échec est mal vécu avec une situation de non remise en question, un ego très important avec un besoin de reconnaissance immédiate

III) Politique

Former dans les IFCS les nouveaux cadres aux managements des ressources humaines avec les enjeux qui intéressent la nouvelle gestion des pôles.

Il faudrait que les hôpitaux s'intéressent plus à la gestion de ressources humaines.

Aujourd'hui avec l'offre la circulation va changer au sein des pôles avec la mobilité et l'évaluation par les compétences. Les cadres doivent absolument savoir gérer cela : c'est à dire offrir des conditions de travail où la vie à l'extérieur est respectée (respect des rythmes de travail avec une vie privé) ;

C'est ainsi que les hôpitaux sont mis en concurrence, ainsi il faut développer une politique de fidélisation. Ce qui devient une préoccupation pour la hiérarchie faire cohabiter la motivation au travail et la satisfaction au travail.

Dans le milieu hospitalier cela se remarque car il existe un décalage entre la formation et l'arrivée dans le milieu professionnel. Ce qui met en difficulté les jeunes cadres qui n'ont pas une formation assez poussée en GRH.

Il faut rétablir la stratégie : énoncer des règles claires une organisation de travail qui respecte l'individu au travail et sa vie privé et sensibiliser les cadres à cet aspect

En conclusion il ressort de ces trois entretiens des aspects communs

La composante individuelle :

« Les gens ont des motifs sérieux pour s'arrêter »

« Absentéisme a une composante individuelle et composante organisationnelle »

« Absentéisme par âge, les jeunes n'ont pas les mêmes rapports au travail que les plus anciens, ils ont des attentes

La composante organisationnelle :

« Les études menées sur l'ergonomie montre une amélioration des conditions de travail et une baisse de l'absentéisme »

« Les 35 heures n'ont pas données les effets escomptés, il n'y a pas eu d'anticipation de la gestion, les solutions ont été contrastées.

Les conditions de travail au sens très large (la non reconnaissance du travail, le stress la production des soins »

« Ils ont besoin de faire confiance, il faut leur offrir des conditions de travail qui leur permette d'allier la vie professionnelle et vie privé. Les conditions de vie au travail sont très importantes »

La composante projet :

« Repenser les organisations de travail en ayant le respect de l'agent, en l'accompagnant dans les formations continues d'adaptation à l'emploi, en respectant l'ergonomie des postes de travail en intégrant les acteurs dans la conception des services »

« Il faut rétablir la stratégie : énoncer des règles claires une organisation de travail qui respecte l'individu au travail et sa vie privé et sensibiliser les cadres à cet aspect

Il faut rétablir la stratégie : énoncer des règles claires une organisation de travail qui respecte l'individu au travail et sa vie privé et sensibiliser les cadres à cet aspect »

MIP Groupe 23 Absentéisme pour motif médical	Entretien avec Mme LACROIX, CH Mureaux	Date : 17/05/2005
---	--	-------------------

Membres MIP Groupe 23 Christine LEMETAIS Nadine RENOUF Vanessa VILLAFRANCA Personne interviewée par téléphone Mme LACROIX, Directrice CH Mureaux

Mode de calcul de l'absentéisme

L'absentéisme est calculé avec le nombre total de jours d'absence rapporté à l'effectif ETP moyen de l'année.

Ce qui donne 21,57 jours par ETP tous motifs confondus

Dont 4,29 jours pour la maternité (congés pathologiques compris)

8,5 jours de maladie ordinaire

6,30 jours de congé longue maladie et longue durée

La mise en place d'un pôle de risque a fait baisser l'absentéisme de 25 %.

Ce pôle est composé du médecin du travail, du psychologue du travail et d'un attaché de la DRH.

Cette cellule est chargée d'expliquer, d'identifier les motifs des absences et de suivre les personnels en congé maladie de longue durée pour maintenir le lien au travail et faciliter une réinsertion ultérieure. Le dispositif permet aussi d'assurer l'adaptation des postes pour faciliter la reprise du travail, ce qui repose sur un contrat entre l'agent et le service qui recevra l'agent. Ce contrat différencie ce que l'agent peut réaliser comme tout autre agent et ce qui nécessite une adaptation.

L'établissement est dans la moyenne régionale d'absentéisme sauf pour les catégories B et C. Ce sont les AS qui sont les plus absents. (des tableaux précis seront envoyés par mail)

Les causes les plus importantes de l'absentéisme :

- ✓ En secteur de psychiatrie, c'est la violence qui est le motif le plus fréquent d'arrêt
- ✓ En rééducation fonctionnelle et en gériatrie, ce sont les lombalgies
- ✓ Parmi les accidents du travail, ce sont les accidents par exposition au sang qui restent importants, ce phénomène pourrait être en lien avec le recrutement de nombreux jeunes diplômés.

Il perdure dans certains services un absentéisme lié au mal être et à la souffrance au travail des soignants. Ce problème est traité essentiellement par le psychologue du travail.

Globalement les résultats du dispositif perdurent dans le temps bien qu'il y ait quelques variations. Les résultats obtenus ne sont jamais acquis définitivement.

En dehors du pôle de risque, **une politique de recrutement** a été mise en place et a permis de pourvoir l'ensemble des postes. Cette politique est centrée sur un accompagnement au métier et non sur des avantages matériels (type heures sup ou logement).

Cet accompagnement passe par un suivi de carrière et accompagnement du projet professionnel de l'agent depuis l'école d'infirmière. Par exemple, un tutorat des agents faisant fonction de cadres est mis en place.

Si le recrutement de jeunes diplômées permet de pourvoir tous les postes, donc d'éviter la dégradation des conditions de travail, d'éviter la surcharge liée au manque d'effectif, il a favorisé l'augmentation des congés maternités, sachant que de plus, pour chaque maternité environ 40 à 50 jours d'absence sont intégrés dans les arrêts pour maladie ordinaire.

L'amélioration des conditions de travail s'est également appuyée sur une politique de prévention des lombalgies et le développement du partenariat le CHSCT et avec les partenaires sociaux afin d'analyser les causes et les problématiques en question pour apporter la meilleure réponse possible au cas par cas. Ainsi, le pôle de risque a permis depuis 2000 de réinsérer 25 agents, ce qui semble un bon résultat pour l'établissement.

Par contre, il n'y a pas eu de lien observé entre l'absentéisme, la RTT et le temps partiel.

Si ce n'est peut être la diminution du nombre de jours d'absence pour enfant malade, cela pourrait également être mis en relation avec le fait que la prime de service est ventilée significativement en fonction de tranches de nombre de jours d'absence.

Les agents qui ont des absences répétitives sont identifiés afin de comprendre les causes et de proposer une solution personnalisée en lien avec le pôle de risque.

Dans les conditions de travail, le fait d'avoir le choix de se positionner sur un planning prévisionnel favorise également le présentéisme et la responsabilisation des agents et des cadres.

Il existe aussi un pool de remplacement de 5 IDE mais celui est actuellement absorbé par les congés de longue durée.

Le fait que tous les postes soient pourvus par ailleurs permet de limiter l'impact de l'absentéisme sur la charge de travail.

MIP Groupe 23 Absentéisme pour motif médical	Entretien avec Mme OUSSET, ARH IdF	Date : 18/05/2005
---	------------------------------------	-------------------

Membres MIP Groupe 23 Patricia LAZARE Christine LEMETAIS Nadine RENOUF Personne interviewée par téléphone Mme LACROIX, Directrice centre de ressources, ARH IdF
--

Objectifs du centre de ressources : créer du lien et partager des expériences entre les établissements.

Tous les établissements ont des préoccupations similaires, la mise en commun peut permettre de trouver des solutions et proposer une politique régionale, en particulier sur les aspects de management des établissements et sur l'organisation du travail.

Les **thèmes prioritaires** retenus pour 2005 :

- ✓ Attractivité des établissements, recrutement et fidélisation du personnel
- ✓ Adaptation des organisations par rapport à la T2A
- ✓ Accompagnement des personnels dans le changement

Un sous thème est l'absentéisme, l'absentéisme en tant qu'élément primordial du tableau de bord social et indicateur et révélateur des problématiques de fidélisation.

Les autres axes sont la GPEC et le rôle des cadres de proximité.

La difficulté en ce qui concerne l'absentéisme est que si tout le monde est d'accord sur les constats et la nécessité de traiter le phénomène comme une priorité des établissements, le passage à la concrétisation d'une politique cohérente reste à faire.

Le passage des expériences en cours est au stade de la prise de conscience.

Il s'avère que l'absentéisme est un indicateur peu communiqué bien que l'on sache que la communication sur cet indicateur a toujours un effet positif pour la résolution du problème.

Une hypothèse d'explication est que cet indicateur est aussi en lien avec l'image de l'établissement car il reflète en partie, et remet en cause éventuellement, la politique de management de l'établissement et la qualité des organisations.

Ceci peut expliquer également les difficultés pour se mettre d'accord sur les modes de calcul de l'absentéisme et en conséquence sur les remèdes à apporter.

En fait, l'absentéisme reste un tabou et représente une forme de coût caché important et mal pris en compte. Toutefois, la Fédération Hospitalière de France a menée une réflexion sur ce thème, et met en évidence que dans le contexte de la mise en place de la T2A, les ressources humaines restent le seul levier et marge de manœuvre des établissements. Et dans le domaine des ressources humaines et compte tenu du contexte de pénurie de personnel dans certaines régions le ressort principal est la réduction de l'absentéisme.

MIP Groupe 23 Absentéisme pour motif médical	Entretien avec Mme SAL SIMON, CHU de Rennes	Date : 18/05/2005
---	---	-------------------

Membres MIP Groupe 23 Laure THAREL Jérôme TRAPEAUX Personne rencontrée Mme SAL SIMON, DRH CHU Rennes Documents remis aux membres du groupe Note interne CHU Rennes sur la BDHF Extraits d'études des CHU sur l'absentéisme Méthodologie de la commission des DRH de CHU pour le calcul de l'absentéisme Extraits du bilan social 2004 du CHU de Rennes

I – ETAT DES LIEUX / DESCRIPTIF

Présentation de l'intervenant, motivations par rapport au thème

Mme SAL SIMON est Directrice du Personnel du CHU de Rennes.

Cet établissement compte environ 6000 ETP pour 6200 personnes physiques (effectifs non médicaux au 31/12/2004) et 2000 lits de court séjour.

Définition de l'absentéisme, comment est-il mesuré dans l'établissement ?

Il est uniquement question de l'absentéisme des personnels non médicaux.

Le calcul se fait à partir du nombre de jours théoriquement travaillés (difficile d'être homogène pour les fixes, non fixes et variables), du nombre de jours de présence et enfin du nombre de jours d'absence. Celui est multiplié par 5/7^e.

C'est la méthodologie des bilans sociaux demandés par la DHOS.

Le CHU de Rennes se situe en dessous de la moyenne nationale (20j), avec un score de 17.77j en 2004 (2002 : 17.53j, 2003 : 17.90j).

Proportion des différents types d'absentéisme (motifs médicaux)

Les LM et LD augmentent. Les AT aussi de manière importante en 2004 (pour les personnels techniques).

Augmentation également des congés maternité et adoption. Ceux-ci comprennent les congés paternité et les adoptions peuvent aussi concerner les hommes (mais cela reste très marginal).

Absences par catégorie professionnelle (A-B-C)

Les infirmières spécialisées sont passées par tranches en catégorie A en 2002-2003. Les soignants de catégorie A sont donc à ce jour les cadres de santé, les puér., les IADE et les IBODE.

Cela représente 300 à 400 agents.

Absences par catégorie : médicaux, soignants, administratifs, techniques

Similaires aux tendances nationales (médecins < administratifs et médico-tech < soignants et techniques)

Absences par âge, sexe

Pas d'impact en fonction du sexe.

Pour l'âge, maternité pour les plus jeunes, CLM, CLD et maladie ordinaire pour les plus de 50 ans. Les AES (accidents d'exposition au sang) touchent surtout les plus jeunes par inexpérience.

Pour obtenir d'autres données en fonction de l'âge, Mme SAL SIMON nous invite à contacter la DRH du CHU de Poitiers ou Hélène Chasson, DRH adjointe du CHU de Dijon.

Absences par service

Variable et intéressant selon Mme SAL SIMON.

Mais pas suivi, sauf dans le cadre d'un diagnostic de service.

En gériatrie, travail de fidélisation des professionnels (mais pas de suivi de l'absentéisme) car des postes vacants existaient. Cela a conduit à un accompagnement dans la

formation des soignants, des contrats de 2 ans en USLD et une politique de mise en stage plus rapide sur cette UF.

Taux d'incidence, taux de récurrence

Pas de données sauf dans le cadre d'un diagnostic de service où les petites absences de 3-4j peuvent être le symptôme d'une situation de ras le bol.

Coût de l'absentéisme

Il y a moins de consommation de mensualités. La politique de remplacement a été remise à plat avec la RTT. Celle-ci a été l'occasion de recalculer les effectifs à partir des effectifs requis (calcul par poste et en tenant compte des roulements). Dès que l'effectif disponible pour un service est inférieur à l'effectif requis, un remplacement a lieu, soit en modifiant les plannings à l'intérieur du service, soit en faisant appel à un pool de remplaçants (actuellement 250 personnes pour Pontchaillou et 100 pour l'Hôpital Sud). Mais cela implique une gestion lourde et relativement délicate dans le cas des remplacements imprévisibles.

Les IJ sont payées par le CHU et remboursées par les caisses de sécurité sociales pour les contractuels (CDD et médecins). Pour tout le reste, c'est le CHU qui supporte la charge financière. Mme SAL SIMON nous renvoie pour plus de détails au classeur de RH édité par l'ENSP.

Evolutions, études réalisées, autres ratios utilisés, comparaison avec les autres établissements

Mme SAL SIMON nous indique deux sources de données nationales :

la base de données des CHU (pas d'accès via internet). D'après notre interlocutrice, il y a une spécificité des CHU pour l'absentéisme qui y est supérieur.

la BDHF (base de données de la FHF), à laquelle le CHU de Rennes a adhéré cette année.

Les horaires de travail, organisation du travail

Mme SAL SIMON s'interroge sur l'impact de la RTT sur l'absentéisme. Pour elle, il a été plutôt positif car le nombre de jours a baissé.

En 1999, il était à 19.03, en 2000 à 19.82 et en 2001 à 19.5.

Le passage aux 35h a eu lieu juridiquement au 01/01/2002 et en pratique au cours de l'année 2002. Le nombre de jours d'absence est 2002 est de 17.53j et il proche de cette valeur depuis alors que les congés maternité augmentent (rajeunissement du personnel). Mme SAL SIMON n'a pas de réponse à apporter sur un lien entre RTT et absentéisme et s'interroge aussi sur la durabilité de la baisse de l'absentéisme constatée depuis 2002.

Documents sur les risques professionnels

Le document unique est en cours de rédaction.

II – ANALYSE

Facteurs influençant l'absentéisme

a) facteurs individuels

Age, sexe

Cf. I.

Engagement personnel (famille, taille, nombre d'enfants)

L'effet de la variable familiale (famille monoparentale ou non) n'a jamais été mesuré. Elle devrait pourtant jouer pour une population à 80% féminine qui doit concilier horaires et enfants en bas âge.

Pathologies, état de santé personnel

b) facteurs liés à l'environnement socioprofessionnel

Statut : sous contrat, stagiaire, titulaire

Mme SAL SIMON rappelle le schéma mise en stage - titularisation – congé maternité pour les 20-35 ans.

Reconnaissance professionnelle (intéressement, perspective d'évolution, participation aux décisions, salaire)

La prime de service est calculée de manière habituelle avec abattement par 1/140^e lors de la première répartition. Pas d'intéressement au présentisme dans la 2^e répartition.

Comparaison public / privé

Impact du temps partiel

Mode de contrôle des arrêts

Existence des groupes de soutien

Relations de travail : encadrement, collègues

Taille des équipes de travail

Organisation du temps de travail (ARTT, Temps partiel, horaires...)

Pénibilité du travail (type de services, psychiatrie, soins palliatifs...)

Principales pathologies professionnelles

III – POLITIQUES SUIVIES

Modes de remplacement

Vus dans le I

Contrôle, pointage, sanctions

Le contrôle à domicile a lieu et il coûte cher (1500F par déplacement d'un organisme).

Moins de un par moins. Il reste impératif, même à faible échelle.

Il a lieu pour des absences signalées par les cadres comme abusives et n'est pas toujours bien utilisé par ceux-ci.

Pas de système de badgeage (réticence face au paiement de plus d'heures sup') mais celui-ci pourrait être essayé pour certains services (brancardiers)

Mode de garde, existence de crèches, de logements.

99 places de crèches existent actuellement. Cela évite d'avoir plus de jours enfant malade qui sont comptés comme maladie ordinaire mais ne constituent un droit pour l'agent.

Aménagement du temps de travail par rapport aux loisirs et par rapport aux problèmes physiques

Informatisation des plannings pour les ¾ de l'établissement. Cela permet aux agents de connaître leur planning longtemps à l'avance.

Vieillessement du personnel et adaptation des postes de travail, conditions de vie au travail

Travail de prévention de l'absentéisme en jouant sur les conditions de vie au travail. Ex : ne pas affecter de nuit quelqu'un qui ne le supporte pas ; suivi social en cas de difficultés (avec l'assistante sociale puis la commission médico-sociale) et éventuellement proposition de postes de coupe.

La mise en place de la RTT a permis de mettre en place des cycles de travail (qui n'existaient pas auparavant), négociés par service. Aujourd'hui, le temps de travail est comptabilisé de manière uniforme pour tous les agents (balance horaire). Cela permet aux agents d'avoir une régularité du travail et de prévoir longtemps à l'avance leurs journées de travail. Le personnel de nuit est assez peu absent.

Prévention du risque professionnel

Rôle du CHSCT. La prévention porte sur la manutention et l'usure professionnelle (fatigue, stress).

Le Fonds National de Prévention des Risques Professionnels peut nous fournir des indicateurs (cf site internet de la CNRACL).

Politique de lutte et de prévention de l'absentéisme et résultats obtenus

Plan de formation

Maîtrise des agents de leur emploi du temps

Politique de recrutement (pyramide des âges)