



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2002 - 2004

**83 597 jours tous comptes faits :
l'absentéisme du personnel non-
médical du C.H.U de Nîmes.**

Jean BRIZON

Remerciements

A Xavier CADILHAC, mon directeur de mémoire, pour la qualité de ses conseils ainsi que sa patience.

A Serge DONADILLE, mon maître de stage.

A tous ceux qui m'ont apporté leur aide et leur soutien pendant ces huit mois et sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

Que toutes ces personnes trouvent dans ces quelques lignes l'expression de ma profonde gratitude et soient ici remerciées.

Sommaire

INTRODUCTION	1
<u>I. LE CONSTAT</u>	3
<u>A. DEFINITION LEGALE ET REGLEMENTAIRE DE L'ABSENTEISME</u>	3
1. <u>La définition littérale de l'absentéisme</u>	3
2. <u>Absentéisme et fonction publique hospitalière</u>	7
<u>B. L'ABSENTEISME AU C.H.U DE NIMES</u>	12
1. <u>Le contexte</u>	13
2. <u>L'absentéisme 2002</u>	14
a) <u>Répartition des journées d'absence en 2002, selon les motifs</u> :	15
b) <u>L'absentéisme détaillé par catégorie</u>	19
c) <u>Le détail des C.M.O et de la maternité</u>	22
3. <u>La pyramide des âges du personnel</u>	25
4. <u>Variation de l'absentéisme sur plusieurs années</u>	28
a) <u>Une évolution générale</u>	28
b) <u>La progression de l'absentéisme, catégorie par catégorie</u>	29
<u>II. L'ANALYSE DE L'ABSENTEISME ET DE SES CONSEQUENCES</u> :	34
<u>A. L'absentéisme, un témoin des relations sociales</u>	34
1. <u>Un indicateur important mais méconnu...</u>	34
2. <u>...qui entraîne des dysfonctionnements</u>	35
<u>B. Ses conséquences directes et indirectes</u>	37
1. <u>Le coût financier direct</u>	37
2. <u>Le coût en terme d'image et d'efficacité du service public</u>	38
3. <u>Le coût humain</u>	39
<u>C. Analyse de l'absentéisme au C.H.U de Nîmes</u>	40
1. <u>Analyse du phénomène</u>	41
a) <u>L'amélioration des conditions de travail</u>	41

b)	<u>Quelle est la charge de travail dans les services ?</u>	42
c)	<u>Les nouvelles conditions de travail :</u>	44
d)	<u>Les données de la médecine du travail :</u>	46
e)	<u>Vieillessement du personnel et prévention de l'usure physique :</u>	50
2.	<u>La satisfaction du personnel au travail, un élément subjectif ?</u>	52
a)	<u>Le travail, un élément incontournable :</u>	52
b)	<u>La réduction du temps de travail :</u>	55
3.	<u>Les catégories d'absentéisme sur lesquelles une action est envisageable :</u>	57
III.	<u>LES PISTES DE RESOLUTION :</u>	58
A.	<u>Pourquoi lutter contre l'absentéisme ?</u>	58
B.	<u>Les solutions à envisager :</u>	59
1.	<u>Des solutions globales :</u>	59
a)	<u>Le temps partiel, un frein à l'absentéisme ?</u>	59
b)	<u>La gestion informatisée du temps de travail :</u>	61
c)	<u>Une équipe de remplacement :</u>	63
d)	<u>L'information du personnel :</u>	64
e)	<u>Une police d'assurance ?</u>	65
f)	<u>Les sanctions :</u>	67
2.	<u>Des solutions ciblées sur quelques types d'absentéismes particuliers :</u>	68
a)	<u>Réorganiser le schéma de transmission des pièces justificatives de l'absentéisme :</u>	68
b)	<u>Le suivi des agents :</u>	70
c)	<u>La formation professionnelle :</u>	71
d)	<u>Un psychologue à l'hôpital ?</u>	72
e)	<u>Une politique cohérente des postes aménagés :</u>	73
	<u>CONCLUSION :</u>	76
	Bibliographie	77
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- A.E.S: accident d'exposition au sang.
- A.I.P.N: autorité investie du pouvoir de nomination.
- A.t: accident de trajet.
- A.T: accident de travail.
- C.E: Conseil d'Etat.
- C.D.R: Comité départemental de réforme.
- C.H.U: Centre Hospitalier Universitaire.
- C.L.D: congé de longue durée.
- C.L.M: congé de longue maladie.
- C.M.O: congé de maladie ordinaire.
- C.S.P: Code de la Santé Publique.
- D.R.H: Direction des ressources humaines.
- E.T.P: équivalent temps plein.
- F.P.H: fonction publique hospitalière.
- M.P: maladie professionnelle.
- P.R.N: projet de recherche en nursing.
- R.S.I: résumé de soins infirmiers.
- R.T.T: réduction du temps de travail.
- S.I.I.PS: soins infirmiers individualisés à la personne soignée.
- T.E.P: tableau des emplois permanents.

INTRODUCTION

« Le management est un art, [...] dans la mesure où il consiste avant tout à gérer un quotidien tissé de contradictions »¹.

Cette réflexion de Michel CROZIER illustre parfaitement les difficultés que l'on rencontre dans la gestion des hommes. Celle-ci se retrouve fréquemment dans la position de « l'âne du Buridan », car elle est située à la croisée de deux impératifs presque incompatibles, qui lui imposent quotidiennement d'établir des actions de long terme et de gérer des situations individuelles, des épiphénomènes, dans l'urgence.

C'est à l'occasion de mon premier stage hospitalier, réalisé au printemps 2002, que j'ai constaté qu'il existe un domaine exprimant toutes ces contradictions au sein même des ressources humaines : l'absentéisme. Sa complexité illustre bien le fragile équilibre existant entre théorie et pratique, entre l'obligation de présence due par tout agent public et la nécessaire régulation sociale qui conduit à tolérer bien des absences.

Au C.H.U de Nîmes, la Direction des ressources humaines avait constaté que ce phénomène prenait une importance croissante. Pourtant, elle ne disposait pas forcément des éléments nécessaires pour résoudre cette question. En effet, comme dans de nombreux établissements de santé où les dossiers urgents l'emportent sur les thèmes fondamentaux, la D.R.H manquait de recul et d'un travail de fond par rapport à cette question. C'est donc en concertation avec mon maître de stage que j'ai choisi comme sujet d'étude « l'absentéisme du personnel non médical du C.H.U de Nîmes ». Ce dernier vise à observer les absences des agents de leur poste de travail, pour tout le personnel à l'exception du corps médical.

Les résultats de cette analyse ont démontré que l'absentéisme élevé au sein de cet établissement : en 2002, chaque agent a été absent 22,36 jours, alors que la moyenne nationale est de 19,8 jours par personne².

¹ M. CROZIER, « Les problèmes du management public », in *Les cahiers français* n°233, octobre-décembre 1987.

Bien entendu de tels chiffres sont conséquents et ne prêtent guère à l'optimisme. Cependant, ils ne sont que le reflet d'une recherche globale qui demande à être complétée. En effet, il convient de préciser que trois événements ont limité la portée de la démarche engagée au C.H.U. En premier lieu, peu de données étaient disponibles. Il a fallu les rechercher et les rassembler puis les comparer, afin de pouvoir disposer d'un bilan chiffré et donc, d'une vision d'ensemble de l'absentéisme. C'est une tâche qui demande beaucoup de temps : le sujet est si vaste et si riche qu'il ne peut être épuisé en seulement 8 mois de stage. En second lieu, l'établissement a déménagé entre la fin de l'année 2002 et le début de l'année 2003. C'est un événement très particulier qui aura des répercussions sur l'absentéisme.

Pour l'ensemble de ces raisons, l'étude doit être poursuivie par une analyse plus détaillée, notamment au niveau de chaque service, au sein des équipes de nuit, ce qui permettra de déterminer quels sont les secteurs de l'hôpital qui sont les plus touchés. L'établissement disposera alors d'un ensemble d'informations pour mieux combattre l'absentéisme.

Malgré toutes ces remarques, ce travail constitue une base solide qui s'appuie sur un constat global (I), qui propose une analyse (II) et présente enfin des solutions (III) destinées à faire diminuer le niveau d'absentéisme au C.H.U de Nîmes.

² C'est la moyenne de tous les établissements de santé français. Elle est issue des données sociales hospitalières publiées en 2002 et relatives à l'année 2000.

I. LE CONSTAT :

Il est impossible de mener à bien l'étude d'un thème sans connaître les différentes significations qu'il peut recouvrir.

Ainsi, il est absolument nécessaire de définir le substantif « absentéisme » (A), avant de constater et d'évaluer le niveau d'absentéisme du personnel non médical du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes (B).

A. DEFINITION LEGALE ET REGLEMENTAIRE DE L'ABSENTEISME :

L'étude d'un phénomène aussi complexe que l'absentéisme ne peut avoir lieu qu'après un premier travail de définition essentiel, qui demande de se pencher sur l'acception littérale de cette notion (1), avant d'en définir les implications au niveau du droit de la fonction publique (2).

1. La définition littérale de l'absentéisme :

L'absentéisme est un phénomène global et diffus, dont on connaît plus les manifestations que les causes exactes³. Pourtant, lorsque l'on évoque la notion de l'absentéisme, chacun de nous peut aisément imaginer et se représenter ce qu'elle sous-entend. Ainsi, dans toute organisation sociale plaçant le travail au rang de ses valeurs fondamentales, c'est un élément qui est considéré négativement : « il est souvent perçu comme une faute, un manque de conscience professionnelle »⁴. « Le terme d'absentéisme est chargé d'une

³ P. CANDAU, in *Audit social*, Vuibert 1985, page 141.

⁴ BRUN, DELPECH, DUMONT et al., (promotion 1983-1985), séminaire de recherche sous la direction de Monsieur DAMEL in *L'absentéisme à l'hôpital : causes, manifestations, remèdes*, p.1.

connotation péjorative et s'attache le plus souvent aux absences irrégulières, aux arrêts de maladie abusifs ».⁵

Ces remarques préliminaires étant effectuées, il convient d'étudier plus précisément ce que recouvrent les notions « d'absence » et « d'absentéisme », pour pouvoir en proposer une définition satisfaisante.

Si l'on veut définir correctement et exactement le sens du substantif absentéisme, il convient de s'intéresser à un ensemble plus large. Puisque l'absentéisme naît de l'absence, il faut donc préciser le sens que l'on entend donner au mot « absent(e) ».

Ce mot qui provient du latin *absens* est assez remarquable, car il est simultanément substantif et adjectif qualificatif. Il revêt plusieurs sens qui présentent de légères différences.

Il désigne en premier lieu, le fait de manquer ou de ne pas exister. En deuxième lieu, il peut également exprimer une défaillance. Il signifie enfin, pour une personne : « qui n'est pas présent là où il devrait être »⁶. Ainsi, être absent signifie ne pas être présent.

Cette première conclusion est presque une lapalissade, mais elle est néanmoins utile pour passer à la phase suivante qui nous conduit vers le nom « absentéisme ».

Selon l'encyclopédie Universalis, l'absentéisme représente le fait de ne pas être présent à son poste de travail alors que l'on est censé le faire. Ainsi, une personne est inscrite sur un planning, mais n'est physiquement pas présente.

Ce que l'on peut constater de manière évidente est que ces premières définitions sont nécessaires, mais non suffisantes.

En effet, l'approche proposée est bien incomplète. En premier lieu, elle ne différencie pas l'absence de l'absentéisme. En second lieu, elle peut laisser penser que toute absence d'un agent ou d'un salarié de son poste de travail

⁵ De l'intérêt d'un service infirmier de compensation et de suppléance en vue d'adapter les moyens en personnel aux besoins des personnes soignées, in *Guide du service infirmier*, Bulletin officiel n°86-2 bis. (Circulaire n°136 du 20 janvier 1986).

⁶ In *Le petit Larousse en couleurs*, librairie Larousse 1981, page 3.

est nécessairement une manifestation de l'absentéisme, alors que tel n'est pas toujours le cas. Un agent peut par exemple se trouver en période de congé, situation qui ne peut évidemment pas être assimilée à l'idée que l'on se fait de l'absentéisme. Enfin, il faut rappeler que certains auteurs distinguent l'absentéisme du « présentéisme » passif⁷, qui dissimule derrière la présence physique une absence réelle de travail. L'absentéisme ne désigne donc pas simplement les absences physiques.

Le dictionnaire Le petit Robert⁸ rattache le terme « absentéisme » à « l'absence ». Il indique que substantif français dérive du terme anglais *absent*, signifiant « absent ». Par ailleurs, le substantif anglais *absenteeism* représente l'habitude prise au XIX^{ème} siècle par des propriétaires fonciers de résider hors de leurs terres.

Après avoir effectué ces rappels, cet ouvrage précise ensuite les sens qu'il donne à l'absentéisme. Il s'agit d'une part, de « l'absence d'un salarié de son lieu de travail, non justifiée par un motif légal ». La proposition est certes intéressante, car elle permet de distinguer les absences justifiées de celles qui ne le sont pas. Pourtant, elle n'est pas plus satisfaisante que la première, car on ne décrit pas ce que représente une notion ou un nom, en l'occurrence l'absentéisme, par un nom qui en est dérivé. En outre, si l'on applique strictement le critère de l'absence injustifiée, toutes les causes d'arrêt de travail pour motifs légaux sortent du champ de l'absentéisme, puisqu'elles sont justifiables.

Il s'agit d'autre part, du « comportement de celui qui est souvent absent ». Cette qualification exprime un fait sans le définir littéralement ; elle permet simplement de revenir aux premières remarques effectuées à propos du sens négatif attribué à ce mot.

La définition que propose le dictionnaire le petit Larousse⁹ est la suivante : c'est « une absence fréquente du lieu de travail ». Elle repose évidemment sur la relation entre le salarié et son lieu de travail, mais elle y ajoute autre

⁷ CROZET in *Gestion des ressources humaines*, Nathan 1984, page 188.

⁸ In *Le petit Robert*, 3^{ème} trimestre 1978, page 7.

⁹ In *Le petit Larousse en couleurs*, librairie Larousse 1981, page 3.

élément pertinent qui est la composante temporelle. Celle-ci évoque la répétition de l'action ou du phénomène dans le temps : l'absentéisme s'inscrit ainsi dans la durée. Pourtant, cette définition reste également incomplète car elle définit l'absentéisme par l'absence, ce qui n'est pas satisfaisant.

Dans ces conditions, il convient de proposer une définition plus précise, qui prend en compte les éléments suivants : la non-présence physique de l'agent, les conséquences sur le travail réalisé ainsi que la répétition du phénomène sur une période donnée.

Si l'on tient compte de ces différents critères, le sens donné à l'absentéisme peut être le suivant. *Il désigne, sur une période donnée, la somme de toutes les absences physiques individuelles, se situant hors des périodes de formation et de représentation syndicale¹⁰, qui ont pour corollaire l'absence de travail fait.*

L'approche retenue privilégie bien ce qui à été précédemment énoncé.

Ainsi, on constate effectivement que l'origine de l'absentéisme est une conséquence des absences du personnel. Pourtant, contrairement aux définitions précédentes, le substantif « absence » est ici qualifié, puisque sont concernées « les absences physiques ». En outre, le caractère cumulatif de l'absentéisme est évoqué, car il est le résultat de « la somme de toutes les absences physiques individuelles ».

Enfin, il faut préciser que la définition retenue évoque la notion de « période ». Cela signifie que l'absentéisme est un phénomène qui se reconduit dans le temps. En effet, il existe un niveau « naturel » d'absentéisme en deçà duquel on ne peut descendre. C'est un niveau difficile à quantifier, mais en admettant arbitrairement que l'on puisse trouver une parade pour toutes les catégories d'absences, l'absentéisme comprendrait encore les arrêts de travail pour cause de maternité. C'est une hypothèse assez irréaliste, mais qui permet de comprendre de manière quasi-intuitive que l'absentéisme a toujours un caractère répétitif.

¹⁰ Se référer à l'absentéisme « d'utilité sociale », page 11.

2. Absentéisme et fonction publique hospitalière :

Les agents publics titulaires de la fonction publique sont soumis à un ensemble de normes légales et réglementaires rassemblées au sein d'un statut. Ces règles définissent les droits et sujétions qui régissent la carrière des fonctionnaires. La loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires a institué un cadre qui définit le statut général de la fonction publique¹¹.

Le titre IV du statut général, qui constitue le statut de la fonction publique hospitalière (F.P.H) a été ajouté plus tardivement, par la loi du 9 janvier 1986¹².

Lors de la présentation du projet de statut général de la fonction publique, le 3 mai 1983, Anicet Le Pors a précisé : « on ne sert pas l'Etat et les pouvoirs publics comme on sert une société privée ». En effet, les dispositions statutaires soumettent les fonctionnaires à certaines sujétions spécifiques auxquelles les agents titulaires de la F.P.H. n'échappent pas. Ces obligations spécifiques sont la contrepartie des tâches d'intérêt général que les fonctionnaires doivent servir.

Les statuts des fonctions publiques comportent des règles caractéristiques, c'est indéniable. Pourtant, bien des dispositions qu'ils renferment sont comparables aux normes qui régissent le droit privé, notamment en ce qui concerne la relation entre l'agent et son emploi. Tout comme pour le salarié de droit privé dont le travail est réglementé par le Code du travail, l'agent public ou le fonctionnaire doit être présent à son poste de travail.

Ainsi, il faut comprendre le principe qui précise que la position d'activité est « la position du fonctionnaire qui, titulaire d'un grade, exerce effectivement les fonctions de l'un des emplois correspondant à ce grade »¹³. Par conséquent, un fonctionnaire en position d'activité est contraint par un commandement général qui est l'obligation de servir.

Cette première résolution en appelle immédiatement une seconde: « le fonctionnaire [doit] occuper [son poste] conformément au tableau de

¹¹ Loi n°86-634 du 13 juillet 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires.

¹² Loi n°86.33 du 9 janvier 1986.

¹³ Loi n°86-634 du 13 juillet 1983, article 40.

service »¹⁴. Ainsi, comme tout salarié, le fonctionnaire est soumis à une obligation de présence à son poste de travail. Par conséquent, si cette dernière n'est pas remplie, l'agent se place dans une situation d'absence. De plus, dans le cas où l'absence est irrégulière, l'agent se met en défaut par rapport à la règle dite du « service fait »¹⁵. Le cas le plus extrême étant l'abandon de poste¹⁶ dont la suite logique est la révocation de la fonction publique. Dans ces conditions, il ne se conforme pas, dans le cadre de la F.P.H, à l'article L.859 du Code de la santé publique (C.S.P), qui précise que « **lorsque des agents s'absentent ou prolongent leur absence sans autorisation, ils sont immédiatement placés dans la position de congé sans traitement, à moins de justification présentée dans les quarante-huit heures et reconnues valables par l'administration** ».

Néanmoins, cette règle générale doit être nuancée. Il faut préciser que la position dite d'activité et de service effectif « ne signifie pas que le service doit être ininterrompu. L'activité correspond à la notion de service effectif, qui ne saurait en aucun cas être confondue avec la notion de service continu. En congés annuels ou en congé maladie, le fonctionnaire, bien qu'absent de son poste de travail, est déclaré en position d'activité »¹⁷.

Il semble utile d'apporter cette précision, car la celle-ci recouvre des situations statutaires très différentes, telles que :

- ◆ Le service effectif à temps plein ou à temps partiel.
- ◆ Les congés annuels.
- ◆ Les congés de maladie et de maternité.
- ◆ Les congés spécifiques dont le congé spécial.
- ◆ Les autorisations d'absence.
- ◆ La mise à disposition.

¹⁴ COUNY S., DIEUMEGARD P., JEANNE B. et al., sous la coordination de DERENNE O. et LUCAS A. in *Le fonctionnaire hospitalier et sa carrière*, Editions E.N.S.P 2001, page 70.

¹⁵ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la F.P.H, article 77.

¹⁶ L'abandon de poste est une construction essentiellement jurisprudentielle. Se référer à ce propos aux arrêts suivants : CE 21 avril 1950, Gicquel ; CE 16 février 1951, Barbe ; CE 16 février 1951, Molina et Ravira.

¹⁷ *Le fonctionnaire hospitalier et sa carrière*, p.93.

Cependant, il faut toutefois remarquer que le droit de la fonction publique ne définit pas de manière précise ce qui constitue une absence. Il décrit la position d'activité et ses différentes acceptions. C'est donc un défaut de présence, ou bien une absence non conforme aux possibilités prévues dans le cadre du statut, qui circonscrivent de manière large ce que représente l'absentéisme.

En effet, si nous reprenons la loi du 9 janvier 1986 précitée, elle signale uniquement **l'obligation de présence**. Si nous nous retournons vers l'article L. 859 du C.S.P, force est de constater que l'accent est mis sur trois traits principaux. En premier lieu, il est fait mention de l'existence ou l'inexistence d'une **autorisation d'absence**. En second lieu, l'article insiste sur **le délai** de justification possible. Enfin, il précise qu'existe une notion de **recevabilité** de la justification par l'employeur, qui conserve un pouvoir discrétionnaire important selon les termes même du statut.

Les références que nous venons de citer montrent clairement que le droit de la fonction publique ne précise pas le sens qu'il donne à l'absence. Il définit un principe général, qui est celui de la présence obligatoire de l'agent à son poste de travail. Il énumère ensuite de manière limitative les causes possibles de l'absence. De la sorte, il ne fait que répondre à une logique juridique assez commune qui tend à décrire un principe de base et qui l'assortit d'un nombre certain d'exceptions.

Ainsi, nous pouvons affirmer que le droit de la fonction publique définit uniquement de manière négative ce qu'est l'absentéisme.

Cette approche très large de l'absence ne constitue pas forcément une lacune. Pourtant, c'est une conception qui peut manquer de précision. Ainsi, pour des raisons évidentes de facilité de compréhension et de réflexion, nous conserverons la définition de l'absentéisme proposée au début de cet énoncé. *Il désigne sur une période donnée, la somme de toutes les absences physiques individuelles, se situant hors des périodes de formation et de représentation syndicale, qui ont pour corollaire l'absence de travail fait.*

Les exceptions au principe de présence trouvent leurs fondement dans des textes de natures disparates et sont assez nombreuses. Cependant, nous pouvons les classer en trois catégories principales : les causes prévisibles et

les causes imprévisibles d'absences ainsi que les absences que l'on qualifiera de « socialement utiles ».

Parmi les causes prévisibles d'absence, il faut notamment citer :

- ◆ Les congés annuels¹⁸.
- ◆ Les jours de repos hebdomadaire¹⁹.
- ◆ Les jours de réduction du temps de travail (R.T.T)²⁰.
- ◆ Les jours fériés.
- ◆ Les repos compensateurs²¹
- ◆ Les congés pour formation professionnelle²².
- ◆ Les congés pour formation syndicale²³.
- ◆ La représentation syndicale²⁴.
- ◆ Les congés pour maternité²⁵.
- ◆ Les congés de paternité.
- ◆ Le congé pour adoption²⁶.
- ◆ Congé parental²⁷.
- ◆ Le congé de six jours ouvrables par an accordé au fonctionnaire de moins de vingt-cinq ans, pour participer aux activités des organisations de jeunesse et d'éducation populaires, des fédérations et des associations sportives de plein air²⁸.

¹⁸ Loi 86.33 du 9 janvier 1986, article 41.

¹⁹ Ordonnance n°82-272 du 26 mars 1982, art.6.

²⁰ Loi n°98-461 du 13 juin 1998 et décret n°2002-9 du 4 janvier 2002.

²¹ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002, relatif au temps de travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 précitée.

²² Congé prévu par les arts. 22, 41-6 du statut et par le décret n°319 du 5 avril 1990.

²³ Dispositions prévues par l'art. 41-7 du statut de la F.P.H ainsi que par le décret n° 676 du 6 mai 1988.

²⁴ Pour les autorisations spéciales d'absence, il faut se référer à l'article 45 du statut ainsi qu'au décret n°660 du 19 mars 1986. En ce qui concerne les décharges d'activités de service, c'est l'article 97 du statut qui les régit.

²⁵ Article 41 du statut de la F.P.H, conformément à l'art. L.298 du Code de la Sécurité Sociale.

²⁶ Art. 41-5 du statut prévoit le congé d'adoption.

²⁷ Art. 64 du statut, modifié par l'art. 52 de la loi n°558 du 30 juillet 1987 ainsi que les arts. 40 à 44 du décret n°976 du 13 octobre 1988.

²⁸ Art 41-8 du statut.

- ◆ Les congés pour longue maladie²⁹.
- ◆ Les congés de maladie de longue durée³⁰.
- ◆ Certains cas d'autorisations d'absence, comme les évènements familiaux ou bien les fêtes religieuses ou enfin, l'exercice de fonctions publiques électives.

Les causes imprévisibles d'absence sont les plus difficiles à gérer en terme de ressources humaines, car on ne connaît ni leur date de survenance, ni leur durée. Les principaux cas sont cités dans la liste ci-après :

- ◆ Les congés pour maladie ordinaire³¹.
- ◆ Les faits de grèves.
- ◆ Les accidents de travail ainsi que les accidents de trajet.
- ◆ Les autres cas d'autorisation d'absence, comme la candidature à une fonction publique élective ou encore l'appartenance au corps des sapeurs-pompiers.

La formation professionnelle ainsi que la représentation syndicale sont les éléments de l'absentéisme qui ont une « utilité sociale ». Ce type d'absence est facilement identifiable et ses manifestations futures sont connues à l'avance. Ce sont des absences qui sont prédéfinies et programmées *a priori*. Le corollaire de cette simple remarque est que l'on aurait donc pu les classer parmi les causes prévisibles de l'absentéisme.

Cependant la formation professionnelle, tout comme la décharge d'activité pour représentation syndicale, doivent obligatoirement être intégrées au sein d'une catégorie spécifique, dans la mesure où elles prennent une connotation positive. On ne peut pas considérer ces types d'absence comme on envisage tous les autres, pour au moins deux raisons.

D'une part, la formation représente la volonté d'une constante amélioration du personnel dans son parcours professionnel. Elle permet également au salarié

²⁹ Art. 41-3 du statut définit la longue maladie qui « met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, [et] qui rend nécessaire un traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée ».

³⁰ Art. 41.4 de la loi n° 86.33 du 11 janvier 1986.

³¹ Art. 41-2 du statut ainsi que l'art. 15 du décret du 19 avril 1988.

de sortir de son environnement de travail quotidien, tout en effectuant une activité souvent liée à la profession qu'il exerce. Ceci n'est pas négligeable, puisque le temps de la formation représente à la fois un enrichissement mais aussi une « rupture » avec un rythme de travail habituel, souvent répétitif. En outre, les programmes de formation du personnel sont une partie intégrante du projet d'établissement, dans le cadre du projet social. Certes, un établissement public de santé peut faire varier d'une année à l'autre le nombre de départs en formation, mais les restreindre de manière excessive serait une erreur de stratégie qui pourrait engendrer des conséquences négatives sur le long terme.

D'autre part, la représentation syndicale, qui est l'un des éléments du dialogue social, revêt une dimension obligatoire ainsi qu'un aspect symbolique très important. Il serait illusoire et périlleux de penser pouvoir restreindre l'exercice du droit syndical, qui est constitutionnellement reconnu.

Bien que la représentation syndicale et la formation professionnelle représentent à elles seules 26,77% du nombre des journées d'absence en 2002, nous n'en tiendrons pas compte dans notre propos, pour les raisons que nous venons d'évoquer.

Ce qui retiendra notre attention pour la suite de l'exposé sont les absences prévisibles et imprévisibles. Cependant, au sein même de ces catégories, il faut effectuer un choix. Nous focaliserons notre étude sur les éléments les plus importants et les plus fréquents que sont les congés pour maladie ordinaire (C.M.O), les congés de maternité, les congés de longue maladie (C.L.M), les congés de longue durée (C.L.D) les accidents de trajets (A.t) et de travail (A.T), ainsi que la maladie professionnelle (M.P).

B. L'ABSENTEISME AU C.H.U DE NIMES :

L'analyse de l'absentéisme ne peut se faire qu'après avoir précisé l'évolution du contexte dans lequel se situe l'établissement, puisque la période 2002-2003 représente une étape incontournable dans l'histoire du C.H.U (1). Elle demande ensuite une présentation de la répartition des journées d'absences par motif en 2002 (2), mais également une étude de la pyramide des âges du

personnel (3) et, enfin, l'examen de l'évolution de l'absentéisme depuis 1997 (4).

1. Le contexte :

Pour comprendre l'importance du changement qui est actuellement en train de se dérouler, il faut remonter dans le temps. L'ensemble hospitalier Gaston Doumergue a été bâti au début des années 1930, au nord-est de la ville. Implanté à l'origine aux limites de la cité, l'hôpital s'est retrouvé enclavé dans un quartier situé à proximité du centre-ville du fait de l'extension des zones urbanisées. Sa localisation très particulière rendait cet établissement vulnérable et fragile, ce que les inondations de l'agglomération nîmoise ont permis de vérifier durant l'année 1988.

Le projet de construction d'un nouvel ensemble hospitalier, situé à l'ouest de la cité, a donc été arrêté au début des années 1990. Le but était de disposer d'un hôpital moderne, neuf et dont le fonctionnement ne pourrait être diminué par des causes d'ordre météorologique. Les inondations qui ont touché tout le département du Gard durant l'automne 2002 n'ont fait que confirmer le bien-fondé de cette résolution.

Tout le personnel plaçait de hauts espoirs dans la construction rapide de cette nouvelle structure hospitalière. Cependant, quasiment dix ans ont été nécessaires pour mener le projet « Carémeau » à son aboutissement. Cette attente, estimée trop importante, a eu pour conséquence que Carémeau a progressivement été considéré comme une autre « arlésienne » par une partie du personnel. Ces dix années représentent effectivement un laps de temps assez long en valeur absolue, mais finalement assez court si l'on se rend compte de l'ampleur du projet.

Aujourd'hui, le site du centre ville a été fermé et le nouvel établissement a ouvert ses portes.

L'hôpital « Carémeau » est, pour sa majeure partie, constitué d'un bâtiment unique qui rassemble toutes les structures de court et moyen séjour, alors même que l'hôpital « Gaston Doumergue » était construit sur un modèle dit « pavillonnaire ». L'architecture des lieux impose donc une organisation du travail nouvelle, radicalement différente, ce qui implique d'importantes modifications par rapport aux dispositions qui prévalaient encore récemment à « Gaston Doumergue ». Le personnel doit abandonner ses habitudes pour

s'adapter à d'autres conditions de travail. Après une première période d'euphorie liée au départ tant attendu, le risque est que le personnel « idéalise » les modalités de fonctionnement de l'ancien établissement et ne s'approprie pas totalement l'hôpital « Carémeau », du moins pendant un certain laps de temps. La période qui s'ouvre risque d'être fortement troublée par l'effort d'adaptation demandé par le déménagement.

Ce rappel est important, car l'analyse de l'absentéisme au cours d'une telle phase de transition devient forcément limitée et contingente. Elle ne représente donc qu'une explication de l'absentéisme parmi un champ d'interprétations possibles. Elle demande donc à être poursuivie durant les années à venir, car l'ouverture du nouvel établissement aura des répercussions sur le niveau des absences au travail.

2. L'absentéisme 2002 :

L'analyse des données contenues dans le bilan social 2002 a permis de constater que l'absentéisme du personnel non médical au C.H.U de Nîmes est important. Ainsi, si l'on tient compte de la catégorie « toutes maladies »³², chaque agent est absent en moyenne 19 jours par an (18,44 jours par agent, plus exactement). Si l'on y ajoute l'ensemble des congés dus au titre de la maternité³³, le nombre s'élève à 22,36 journées d'absence par agent et par an.

Au-delà de leur relative importance, ces informations doivent être abordées avec prudence, car ce sont des données brutes. En tant que telles, elles doivent être éclairées par d'autres indices comme la répartition des journées d'absence selon les motifs, la pyramide des âges ainsi que la répartition par sexe des effectifs, avant d'analyser l'évolution de l'absentéisme sur plusieurs années.

³² La catégorie « toutes maladies » regroupe : les C.M.O, le C.L.M, le C.L.D, les A.t et les A.T ainsi que les M.P (se référer à la note n° 34).

³³ La durée des congés de maternité est légalement fixée à seize semaines. Mais, les chiffres indiqués ici tiennent compte de l'ensemble des congés délivrés au titre de la maternité pour l'année 2002. Il s'agit donc des éléments suivants : congés de maternité, congés pour grossesses pathologiques et congés pour adoption.

Ces lectures successives, mais complémentaires, sont absolument indispensables pour qui veut appréhender de manière globale la question de l'absentéisme.

a) Répartition des journées d'absence en 2002, selon les motifs :

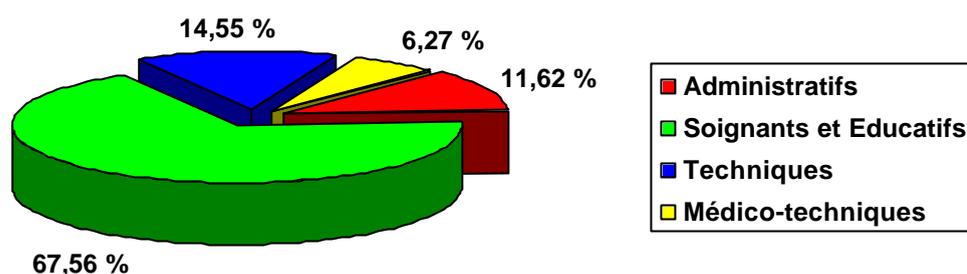
Avant d'étudier les principaux motifs des absences en 2002, il convient d'effectuer quelques rappels en ce qui concerne les effectifs, l'importance relative des différentes professions, ainsi qu'en ce qui concerne le nombre de journées de travail réalisées en 2002.

Au 31 décembre 2002, l'effectif rémunéré par le C.H.U sur des emplois permanents était de 3815,08 équivalent temps plein (E.T.P), ce qui représente 4012 personnes physiques. Parmi ces dernières, 3440 travaillaient à temps plein et 572 à temps partiel.

L'effectif présent au mois de décembre d'une année civile, inscrit dans le bilan social de l'établissement donne une image exacte du nombre de salariés à la fin de cette année. Mais si l'on désire effectuer une analyse statistique de l'absentéisme, on ne peut se contenter de cette seule information, qui fausserait les calculs. Il faut donc utiliser des moyennes, qui constituent des données plus fiables.

L'effectif moyen rémunéré au cours de l'année 2002, ne représente que 3787,86 salariés. Il est certes modeste pour un établissement hospitalier universitaire, mais il est passé de 3329,10 personnes en 1999 à 3737,86 personnes en 2002, soit une augmentation de 12,27% du nombre d'emplois inscrits au tableau des emplois permanents.

La répartition qui précise l'importance de catégorie professionnelle est exposée dans le diagramme ci-dessous.



Comme nous pouvons le constater, elle indique quelle est la proportion de chacune des catégories professionnelles du C.H.U de Nîmes. Ainsi, nous apercevons que le personnel soignant et éducatif équivaut à 67,56% de l'effectif global, tandis que les personnels technique, administratif et médico-technique ne représentent respectivement que 14,55%, 11,62% et 6,27% du personnel. Elle confirme la très nette majorité des emplois de type « soignants et éducatifs » par rapport à l'ensemble des autres familles professionnelles existant au sein de tout établissement de santé.

Selon le bilan social 2002, le nombre de journées théoriquement travaillées par le personnel s'élève à 825 463 unités.

Cependant, ce chiffre n'intègre pas les absences des agents. Si l'on tient compte des absences de l'année, ce sont seulement 741 867 journées qui ont réellement été travaillées. Par rapport aux journées de travail théoriques, la différence est de 11,26%. Ainsi, ce sont près de 83 596 journées de travail qui ont été perdues. Il convient de rappeler que la différence ne tient pas compte des journées d'absence pour représentation syndicale, pour formation ainsi que les absences pour congés autorisés, compte tenu de ce qui a été précédemment énoncé.

Avant d'aller plus avant dans la présentation de l'absentéisme, il convient de préciser deux points. Les données ont été rassemblées au sein de deux

familles principales : les absences « toutes maladies »³⁴ et les absences « maternité ». De plus, ce ne sont pas des données réelles, mais retraitées : une pondération de 5/7^{ème} leur est appliquée, car le bilan social d'un établissement de santé tient compte des jours ouvrés et non pas des jours ouvrables³⁵.

En ce qui concerne la catégorie « absences toutes maladies », dont les chiffres sont données par le tableau ci-dessous, elle décrit le nombre de journées d'absence du personnel non médical du C.H.U de Nîmes en 2002.

Type d'absence	Nombre de jours
◆ nombre total de jours d'absence maladie et maternité	83597
◆ nombre total de jours d'absence maladie	68928
◆ équivalent E.T.P (base 221 jours de travail)	311,89

Ces journées d'absence maladie ont ensuite été rapportées à l'effectif moyen rémunéré annuellement, afin de calculer un taux d'absentéisme en nombre de jours par agent.

Nous pouvons constater de manière générale que le nombre de journées d'absences pour cause de « maladies » représente approximativement 82% des 83 597 journées comptabilisées annuellement. L'ensemble de ces journées représente la valeur de 311,89 agents, qui seraient donc absents en permanence, si l'on considère que chaque salarié doit fournir en moyenne 221 jours³⁶ de travail par an. Cette information est importante, dans la mesure où les créations de postes à la suite de l'application de la législation sur le temps de travail ne compensent que partiellement les effets liés à la R.T.T. La

³⁴ La maladie est ici entendue au sens large puisqu'elle regroupe l'ensemble des causes suivantes : la maladie ordinaire, la maladie professionnelle, l'accident de travail, l'accident de trajet, le congé de longue durée et le congé de longue maladie.

³⁵ La notion des jours ouvrés désigne une semaine comprise du lundi au vendredi, tandis que la notion de jours ouvrables désigne une semaine de six jours, comprenant le samedi. Dans les deux cas, le dimanche est considéré comme jour de repos hebdomadaire.

³⁶ Ce résultat est obtenu en retranchant au nombre de jours que compte une année : l'ensemble des repos hebdomadaires, des congés annuels ainsi que des jours fériés. Ce calcul est valable pour tout agent travaillant à temps plein moins de 10 dimanches et jours fériés par an.

diminution, même faible, du nombre de jours d'absences permettrait de compenser un manque de personnel qui se fait durement ressentir.

Sachant que le C.H.U a employé 3737 salariés en 2002, la proportion des agents absents est égale à près de 8% de l'effectif moyen. L'hôpital n'a donc disposé en 2002 que de 3426 agents pour mener à bien toutes ses missions de service public.

La seconde catégorie, « absentéisme maladie et maternité » est encore plus éloquente. En effet, si l'on ajoute à l'absentéisme pour cause de maladie l'ensemble des jours d'absence imputables à la maternité, nous aboutissons au résultat suivant : 83 597 jours de travail perdus. Ceci signifie que chaque agent est en moyenne absent un peu plus de 22 jours par an.

Si l'on effectue le même calcul que précédemment, ce sont 10% du personnel soient 378, 26 agents, qui manquent. L'effectif moyen disponible est donc théoriquement ramené à seulement 3360 agents.

Le contenu de l'information délivrée ci-dessus a donc de quoi surprendre. En effet, nous avons classé la maternité parmi les causes prévisibles de l'absentéisme au début de notre exposé. A quoi cela sert-il d'analyser un absentéisme global qui tient compte des effets liés à la maternité ? Tout d'abord, c'est une information générale concernant l'absentéisme. Ensuite, comme nous le verrons un peu plus loin, la maternité induit des effets directs sur l'absentéisme pour cause de maladie ordinaire (cf. page 23).

La conclusion à laquelle on aboutit est très simple. Chaque salarié doit théoriquement travailler 221 jours au C.H.U de Nîmes. Si l'on utilise les résultats obtenus, nous constatons que le temps de travail effectif oscille entre 199 et 203 jours par an, selon que nous prenons en compte ou non la maternité. Toutefois, l'inventaire que nous venons de réaliser ne rassemble que des indications globales au sujet de l'absentéisme du personnel. Pour compléter notre approche, il apparaît nécessaire d'approfondir notre étude, afin de mieux comprendre toutes les implications de ce phénomène.

b) L'absentéisme détaillé par catégorie :

Nous venons de constater que le nombre de jours d'arrêt de travail est élevé et qu'un nombre conséquent de salariés fait défaut à l'établissement durant toute l'année.

Le tableau qui suit est relatif le nombre de jour total par type d'absence pour l'ensemble du personnel. Il précise quelle est l'importance respective des différentes manifestations de l'absentéisme.

Type d'absence	Nombre de jours d'absence
maladie ordinaire	42707
longue maladie et maladie de longue durée	19151
accident du travail	3690
accident de trajet	1520
maladie professionnelle	1860
maternité	14669
TOTAL	83597

Nous constatons ainsi qu'en 2002, les principales sources des arrêts de travail sont les suivantes : la maladie ordinaire, puis les congés de longue maladie³⁷ et de maladie de longue durée³⁸ et enfin, les congés de maternité.

La maladie ordinaire est de loin le motif qui revient le plus fréquemment avec un total de 42 707 journées. Les autres manifestations marquantes sont les séries C.L.M et C.L.D (19 151 jours) ainsi que la maternité (14 669 jours).

Le reste ne représente que la part congrue du phénomène : les accidents du travail sont à l'origine de 3690 jours d'arrêt, tandis que les maladies professionnelles et les accidents de trajets ont donné respectivement lieu à 1860 et 1 520 journées d'arrêt de travail.

³⁷ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, article 41.3 : le congé de longue maladie est obtenu après un congé de maladie ordinaire, lorsqu'il est constaté qu'un fonctionnaire est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions à la suite d'une maladie qui nécessite des soins prolongés et présente un caractère gravement invalidant.

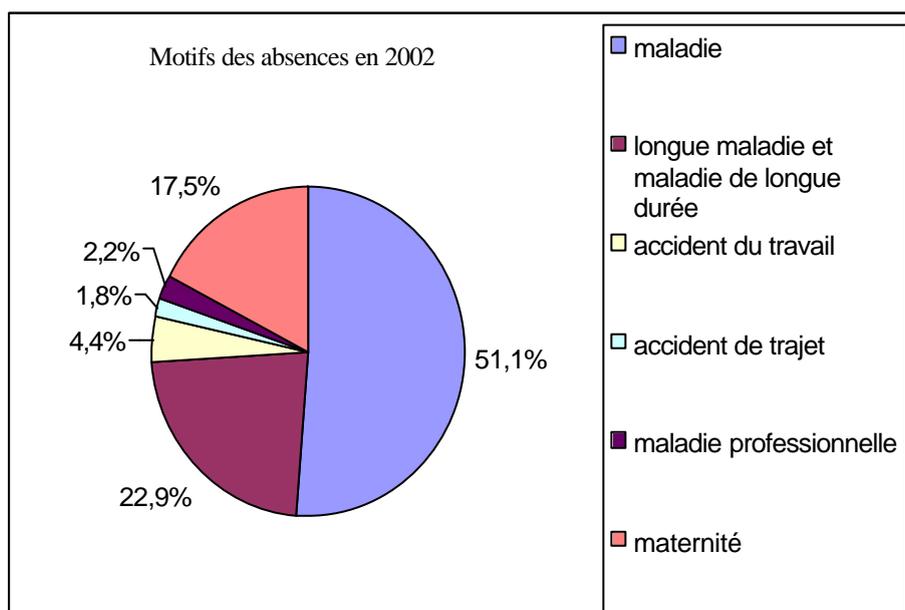
³⁸ Le congé de maladie de longue durée intervient à la suite d'un C.L.M. Il faut que l'agent soit atteint d'une pathologie décrite dans l'article 41.4 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 : maladie mentale, tuberculose, affection cancéreuse, poliomyélite, syndrome d'immunodéficience acquise.

Le nombre total de jours d'absence pour chaque sous-catégorie délimite les causes les plus importantes des arrêts de travail, ce que les pourcentages permettent d'identifier de manière plus rapide et plus précise.

Les motifs les plus fréquents, comme la maladie ordinaire, les congés de longue maladie et maladie de longue durée ainsi que la maternité représentent respectivement : 51%, 23% et 18% des absences. Ce sont ces trois motifs principaux qui comptent pour 92% de l'absentéisme total.

Les accidents de travail, de trajet ainsi que la maladie professionnelle ne sont responsable que des 8% restant.

Le diagramme ci-dessous est la représentation graphique des informations précédentes. Il précise la structure générale de l'absentéisme au C.H.U de Nîmes et permet de constater l'importance de chaque type d'absence. Les trois catégories dominantes évoquées précédemment ressortent ici très nettement.



Nous pouvons apporter une précision supplémentaire en calculant le ratio suivant : « nombre de jours d'absence par agent ». Il s'obtient en rapportant le nombre de jours par famille d'absence à l'effectif moyen. Les découpages établis ci-dessus ne changent pas, mais cela apporte une précision supplémentaire, car les résultats démontrent que chaque agent est absent en moyenne sur l'année :

- ◆ 11,43 jours pour maladie ordinaire.
- ◆ 5,12 jours pour C.L.M et C.L.D.
- ◆ 3,92 jours pour cause de maternité.
- ◆ 0,99 jour au titre des accidents du travail.
- ◆ 0,41 jours pour les accidents de trajet.
- ◆ 0,5 jour pour maladie professionnelle.

Bien entendu, Il ne s'agit là que de calculs théoriques, car tous les salariés ne sont pas effectivement absents pour l'ensemble des causes citées. Cependant, ils permettent de déterminer concrètement la répartition du nombre de jours d'absence par salarié.

Si l'on étudie à présent l'absentéisme en détaillant le nombre de jours d'absence par famille professionnelle ainsi que par catégorie statutaire, nous pouvons relever deux points essentiels.

La lecture par colonne du tableau, nous montre clairement les différences qui existent.

Catégorie	A	B	C	TOTAL DES JOURNEES
◆ ADMINISTRATIF	129	1157	5737	7023
◆ SOIGNANT EDUCATIF	4963	23009	34749	62721
◆ TECHNIQUE	102	73	10815	10990
◆ MEDICO-TECHNIQUE	13	2358	492	2863
TOTAL par catégorie	5207	26597	51793	83597

Ainsi, la catégorie C est celle qui totalise le plus grand nombre de journées d'absences en 2002, avec 51 793 jours. Les catégories B et A arrivent ensuite et comptent, respectivement, 26 597 et 5 207 jours d'absence.

Les seules exceptions à ce constat global concernent le secteur médico-technique où les agents de catégorie B ont été plus longtemps absents, ainsi que le secteur technique au sein duquel la catégorie B totalise le nombre de jours d'absence le plus faible, parmi l'ensemble des agents de catégorie B.

La lecture en ligne du tableau démontre ensuite que c'est la famille professionnelle « soignant et éducatif » qui comptabilise le plus d'absences en

2002, avec 62 721 jours. C'est tout à fait normal, car le personnel paramédical regroupe la majorité des agents du C.H.U. Le nombre de jours d'arrêts de travail de ces agents est donc mécaniquement le plus élevé. Mais, ce qu'il est intéressant de constater est que les soignants représentent 75% du nombre total de journées d'absence « toutes maladies et maternité », alors qu'ils ne constituent que 67,56% du personnel. Cela signifie que ces agents sont plus fréquemment absents que le reste des salariés de l'hôpital.

Arrivent ensuite, par ordre décroissant, les familles :

- ◆ « technique » qui représente 14,55% de l'effectif et 13,14% des absences,
- ◆ « administratif » pour 11,62% des agents et 8,4% des absences,
- ◆ « médico technique », pour 6,27% salariés et 3,4% des absences.

La conclusion sommaire à laquelle nous arrivons est qu'en général, le personnel le plus longtemps absent en 2002 appartient à la catégorie C du secteur para-médical.

c) Le détail des C.M.O et de la maternité :

L'étude qui vient d'être exposée n'est pas tout à fait complète. En effet, parmi l'ensemble des types d'absences étudiés, deux d'entre eux doivent faire l'objet d'une attention toute particulière : les C.M.O ainsi que des congés de maternité.

Les congés de maladie ordinaire, représentent le volume le plus important des absences, c'est un fait. Mais, les données recueillies dans le bilan social de l'établissement ne sont pas suffisantes, car elles ne permettent pas de déterminer si les C.M.O sont de courte, de moyenne ou bien de longue durée. C'est une lacune qui mérite donc d'être comblée.

La recherche relative aux absences pour cause de « maternité » doit également être poursuivie, dans la mesure où il a été empiriquement constaté qu'elles étaient précédées ou prolongées par un nombre certain de jours de C.M.O.

L'étude menée sur les C.M.O prend appui sur le travail effectué par la conférence des D.R.H de C.H.U, lequel a pour ambition de construire une base de donnée sur l'absentéisme médical à partir des informations recueillies dans

l'ensemble des C.H.U français. Dans ce cadre-là, des tableaux de suivi de l'absentéisme médical ont été élaborés. Ils permettent d'étudier les absences par durée, afin de réaliser un état périodique du phénomène. Pour ce faire, la conférence a défini des durées d'absences qui permettent d'étudier les C.M.O de courte, moyenne et longue durée.

- ◆ La catégorie « 1 à 30 jours » permet de relater l'absentéisme de courte durée. Elle est décomposée en trois sous-ensembles plus détaillés, qui concernent les durées de « 1 à 4 jours », de « 5 à 10 jours » et de « 11 à 30 jours ».
- ◆ La classe « 31 à 100 jours », s'adresse à l'absentéisme de moyenne durée.
- ◆ L'ensemble « strictement supérieur à 100 jours », prend en compte l'absentéisme de durée plus importante.

L'étude menée au C.H.U de Nîmes a été réalisée par l'intermédiaire du logiciel « Business Object », qui permet de recueillir les informations au sein du programme de gestion du personnel et de la paye.

L'objectif était de déterminer en fonction des durées d'absence pré-établies, le nombre de jours consécutifs dus au seul absentéisme « maladie ordinaire » ainsi que le nombre d'agents concernés.

Les données recueillies ont été ensuite pondérées de 5/7^{ème}, afin de correspondre à celles contenues dans le bilan social 2002 de l'établissement. Précisons au passage que le bilan social enregistre 42707 jours d'absence C.M.O alors que la recherche informatisée donne 42336,43 jours, ce qui constitue une différence de 0,87%. La marge d'erreur qui existe entre ces deux sources d'informations est donc assez faible pour être considérée comme négligeable.

L'étude est riche d'enseignements. Elle confirme une présupposition générale concernant l'importance des absences de courte durée. Elle nous renseigne ensuite, au niveau quantitatif, sur le comportement des agents du C.H.U. A ce titre, les résultats affichés dans ce tableau sont éloquentes.

Durée-type en nombre de jours	nombre d'agents	jours de maladie consécutifs en 2002	pondération de 5/7ème	part relative de chaque durée-type
-------------------------------	-----------------	--------------------------------------	-----------------------	------------------------------------

concernés				
◆ 1 à 4	506	1366	975,71	2,30%
◆ 5 à 10	488	3448	2462,86	5,82%
◆ 11 à 30	504	9226	6590,00	15,57%
1 à 30 (sous-total)	1498	14040	10028,57	23,69%
◆ 31 à 100	348	19507	13933,57	32,91%
◆ > à 100	156	25724	18374,29	43,40%
total	2002	59271	42336,43	100%

Nous remarquons par contre que les absences comprises entre « 1 et 30 jours » représentent pratiquement le quart (23,69%) du total des absences dues à la maladie ordinaire. C'est un renseignement fort utile, car les absences de courte durée sont imprévisibles et désorganisent très fortement les services, ainsi que les équipes de travail.

Les absences strictement supérieures à 100 jours correspondent à environ 43% du total. Cependant, elles ne concernent qu'un faible nombre d'agents pour lesquels on peut raisonnablement estimer qu'ils sont atteints d'une affection qui risque d'être qualifiée en « accident du travail » ou bien en « maladie professionnelle » par le comité départemental de réforme. Nous pouvons donc considérer, en l'espèce, que ce n'est pas la catégorie la plus intéressante pour cette partie de l'exposé.

Le deuxième point vers lequel nous orientons notre recherche sont les absences pour cause de maternité. Elles appellent trois remarques préliminaires.

D'une part, la maternité désigne les seize (16) semaines de congés légaux ainsi que ceux qui peuvent être accordés pour des états de grossesse pathologique. D'autre part, la recherche effectuée s'appuie sur un constat empirique qui est le suivant : la maternité est souvent précédée ou prolongée par un C.M.O. L'objet de cette étude est de contrôler si le postulat de base se vérifie ou non. Enfin, les données recueillies ont été pondérées de 5/7^{ème}, afin de correspondre aux informations du bilan social.

La première remarque que l'on peut effectuer est que le nombre de jours de congés de maternité indiqué dans le tableau ne correspond pas aux chiffres cités précédemment (14669 jours). Cela est tout à fait normal. En effet, le but de l'étude était de déterminer le nombre d'agents qui avaient ajouté à leur

absence « maternité » des jours de C.M.O. Bien entendu, ce comportement n'affecte pas tous les salariés, mais simplement une partie d'entre eux : seules 133 personnes sont concernées.

Le deuxième constat que l'on peut faire est que sur un ensemble de 19914 journées d'absence recensées, 13400 journées de C.M.O ont précédé ou suivi 6511 jours de congés de maternité.

Il est donc clair que la maternité a des répercussions non négligeables par rapport à l'absentéisme pour cause de maladie ordinaire. Ceci signifie en outre que la maternité génère 31% des journées de C.M.O (13400 des 42707 journées). L'importance de ces arrêts mérite que l'on y accorde beaucoup d'attention car ils peuvent signifier deux choses. Soit l'hôpital est un lieu de travail beaucoup trop exigeant et la maternité doit obligatoirement être accompagnée par du congé de maladie, ce qui indique que la durée légale du congé de maternité devrait être modifiée. Soit certaines mauvaises habitudes ont été prises et il convient, au niveau de l'établissement, de réfléchir à des dispositions qui permettraient de diminuer la charge de travail du personnel féminin, le cas échéant.

Toutefois, l'ensemble de ces renseignements est à aborder avec certaines précautions. En effet, le congé de maladie accordé pré ou post-partum est délivré sur prescription médicale, ce qui ne peut être véritablement contesté. Il est ensuite impossible de déterminer la part prise par des certificats qualifiés « de complaisance ».

3. La pyramide des âges du personnel :

Le détail de la répartition du personnel selon l'âge pour l'année 2002 est la suivante :

- ◆ 7,13% du personnel a moins de 25 ans.
- ◆ 41,68% du personnel a entre 25 et 40 ans.
- ◆ 46,83% du personnel a entre 41 et 55 ans.
- ◆ 4,36% du personnel a plus de 55 ans.

La première remarque que l'on peut effectuer en analysant les chiffres donnés est que le nombre des agents ayant plus de 41 ans représente 51,19% de l'effectif total en 2002, soit plus de la moitié des agents de l'établissement.

Cependant, le fait que le personnel le plus âgé représente la majorité absolue des membres du personnel ne constitue pas une gêne.

En effet, la part représentée par les « extrêmes »³⁹ est assez peu élevée. En outre, les agents les plus jeunes sont plus nombreux que les salariés les plus âgés. Pour le reste de l'effectif, la proportion de « personnel jeune » est légèrement inférieure à celle du « personnel âgé ». Pourtant, nous pouvons affirmer que la pyramide des âges du C.H.U est assez équilibrée. En effet, lorsque l'on compare l'importance relative des catégories « moins de 40 ans » et « plus de 41 ans », nous constatons qu'elle sont pratiquement d'une valeur égale (48,91% contre 51,19%).

Il faut adjoindre à ces premières remarques deux réflexions importantes.

La première est que l'âge ne signifie rien en soi⁴⁰. C'est une donnée chiffrée qui doit être associée à d'autres critères pour pouvoir prendre tout son sens. Ainsi, l'âge est une variable qui doit être considérée comme un facteur explicatif supplémentaire, comme un « éclairage » ou encore comme un élément aggravant, mais non pas comme la seule cause de l'absentéisme.

La seconde remarque est issue de l'attention qui doit être portée au tableau joint ci-après.

Répartition par tranche d'âge de l'effectif en pourcentage	1997	1998	1999	2000	2001	2002	? 1997-2002
Moins de 25 ans	1,45	1,79	1,88	2,55	5,48	7,13	391,72
25 à 40 ans	45,18	43,9	43,89	43,78	41,71	41,68	-7,75
41 à 55 ans	48,78	49,61	49,58	48,92	48,57	46,83	-4,00
Plus de 55 ans	4,59	4,7	4,65	4,75	4,24	4,36	-5,01
Total	100	100	100	100	100	100	

Le lecteur constatera sans difficulté que depuis 1997, la pyramide des âges a évolué. Certes, si l'on compare année par année les taux de répartition, la différence n'est pas véritablement significative. La catégorie des agents de moins de 25 ans a par exemple enregistré une hausse de 5,68 points. Par

³⁹ La catégorie « moins de 25 ans » et la catégorie « 55 ans et plus ».

⁴⁰ « Vieillissement des personnels soignants et travail à l'hôpital », in *Information sur les ressources humaines à l'hôpital*, n° 17, septembre 1999.

ailleurs, la part des agents dont l'âge est compris entre 25 et 40 ans, ne diminue que de 3,5 points. Pour les agents dont l'âge est compris entre 41 et 55 ans, le pourcentage diminue de 1,95 points.

Cependant, lorsque l'on s'intéresse à ces variations en terme de pourcentages, les changements sont plus représentatifs. Pour les catégories précédemment citées, nous pouvons souligner des modifications importantes qui sont apparues entre 1997 et 2002.

La très forte augmentation de la fraction du personnel âgé de « moins de 25 ans » (+ 391,72%) a été accompagnée par une diminution concomitante de l'ensemble des agents de plus de 25 ans. Le personnel dont l'âge est compris entre « 25 et 40 ans » a régressé de 7,75%, tandis que le personnel âgé de plus de 41 ans a diminué de 4,084%, sur la même période.

En analysant les changements intervenus, à la lumière des pourcentages d'évolution de chaque catégorie de personnel, nous pouvons immédiatement remarquer que la proportion des agents âgés de moins de 25 ans a très fortement augmenté. Cela signifie que l'effectif « rajeunit ».

Cette évolution entraîne deux conséquences majeures pour l'établissement.

La première est d'ordre financier. La fonction publique est marquée par un déroulement régulier de la carrière des agents. L'avancement de carrière est une conséquence de l'ancienneté ainsi que de la valeur professionnelle du fonctionnaire⁴¹. En effet, tous les fonctionnaires sont titulaires d'un grade de la fonction publique. Chaque grade est divisé en échelons qui correspondent à une grille indiciaire de rémunération. L'avancement d'échelon en échelon se traduit par une augmentation du traitement. Ceci signifie qu'entre deux agents titulaires du même grade et de même mérite, le plus âgé des deux perçoit une rémunération plus importante. Au niveau strictement pécuniaire, si le

⁴¹ L'article 66 du Titre IV du statut des fonctionnaires précise que « l'avancement d'échelon à l'ancienneté maximale est accordé de plein droit ». L'avancement d'échelon à échelon est donc principalement une conséquence de l'ancienneté, même si un agent mieux noté progresse plus vite qu'un autre. Cependant, la fonction publique prévoit des possibilités d'avancement au mérite, notamment en ce qui relève du changement de grade. Ce sont les dispositions de l'article 69 de la loi du 9 janvier 1986 qui organisent cette deuxième modalité d'avancement. Le changement de grade peut ainsi intervenir après inscription de l'agent sur un tableau d'avancement ou par sélection sur la base d'un concours professionnel.

rajeunissement de l'effectif se poursuit, le G.V.T⁴² va baisser et le coût moyen par agent va se stabiliser, ce qui indique que la structure des dépenses sera modifiée. La part des charges de personnel⁴³, parmi l'ensemble des débours du C.H.U va donc légèrement diminuer.

En second lieu, précisons que le personnel para-médical est très majoritairement féminin⁴⁴. Or, un personnel féminin jeune est celui qui est principalement concerné par la maternité. Le rajeunissement de la pyramide des âges aboutit à une augmentation du nombre de maternité et donc une progression des arrêts de travail liés à la parturition.

4. Variation de l'absentéisme sur plusieurs années :

a) Une évolution générale :

L'évaluation de l'absentéisme qui vient d'être effectuée n'est qu'un bilan primaire, puisqu'il est relatif à la seule année 2002. Ainsi, il convient de préciser ce constat initial en analysant l'évolution du phénomène sur plusieurs années⁴⁵.

D'après le tableau et le graphique⁴⁶ joints ci-dessous, nous remarquons une augmentation globale de l'effectif de 13,45 % en six ans, soit 440 salariés supplémentaires. La progression du personnel en nombre aurait pu avoir comme corollaire la diminution progressive du niveau de l'absentéisme depuis 1997. Cependant, il n'en est rien. L'augmentation du nombre de salariés n'a pas eu d'incidence positive sur le niveau moyen de l'absentéisme. Nous observons au contraire que le niveau moyen des absences se renforce. Ainsi, la catégorie « toutes maladies » progresse de 32,19% et passe de 52 142 à 68 868 journées d'arrêt de travail. Sur la même période, la catégorie « toutes maladies et maternité » augmente de 31,78% : le nombre de journées de travail perdues passe de 63 439 à 82 832 unités.

⁴² Le Glissement vieillesse-technicité.

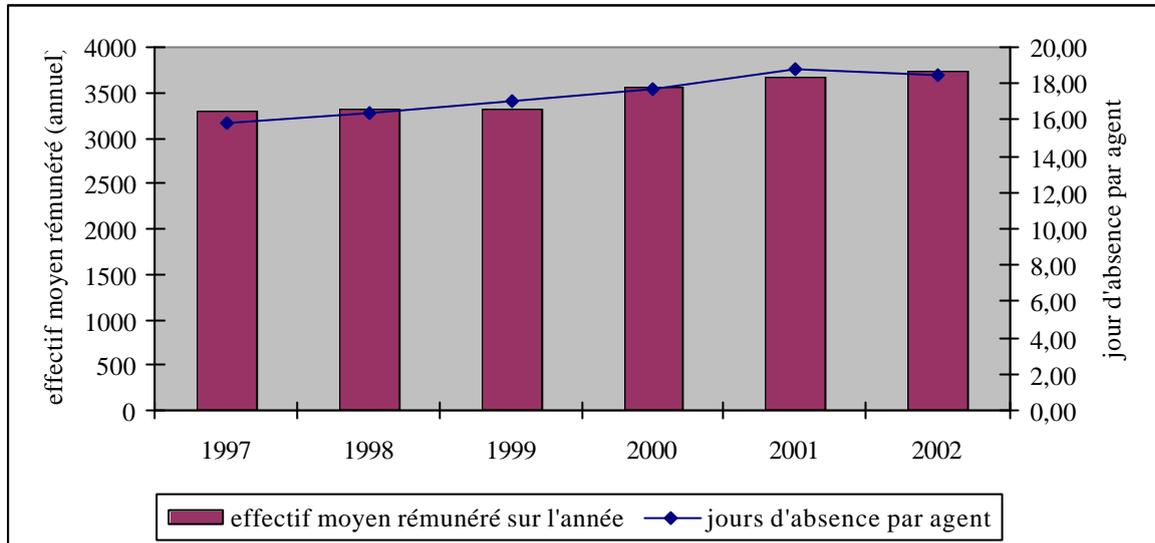
⁴³ Ce sont les dépenses de groupe I de la section d'exploitation.

⁴⁴ Au C.H.U de Nîmes, 40% du personnel est de sexe féminin.

⁴⁵ La recherche a concerné les années 1997 à 2002, afin d'obtenir des données fiables.

⁴⁶ Sur le graphique sont indiqués le nombre de jour d'absence hors maternité, ce qui ne pose pas de problème particulier car la courbe « maladies et maternité » suit une évolution parallèle.

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	? 1997-2002
◆	Effectif rémunéré sur l'année	3294,6	3325,6	3329,1	3557,4	3663,1	3737,9	+13,45%



La conclusion que nous pouvons immédiatement formuler est qu'en règle générale, l'augmentation des effectifs ne permet pas de réduire significativement le niveau global des absences.

b) La progression de l'absentéisme, catégorie par catégorie :

Nous venons de souligner que l'évolution générale de l'absentéisme est importante. Mais, nous ne pouvons nous contenter d'un résultat aussi global. L'ampleur de cette progression mérite que l'on s'y attarde afin de présenter le détail des différentes sous-catégories d'absences.

Si l'on analyse les tableaux ci-après, nous relevons que l'augmentation du nombre de journées d'absences touche toutes les sous-catégories mentionnées, entre 1997 et 2002. Il n'en est pas une qui ne soit épargnée. Les précisions qui suivent au sujet de leur évolution moyenne en nombre de journées apporte des éléments nouveaux.

Evolution du nombre total de jour en fonction du type d'absence	1997	1998	1999	2000	2001	2002	? 1997-2002
◆ maladie	35201	33901	36470	38277	40429	42707	21,32
◆ longue maladie et maladie de longue	14260	15921	16920	20147	22269	19151	34,30

durée								
◆	accident du travail	1652	3083	2346	2834	3792	3690	123,37
◆	accident de trajet	455	778	447	825	1036	1520	234,07
◆	maladie professionnelle	574	628	463	863	1342	1860	224,04
	SOUS-TOTAL	52142	54311	56646	62946	68868	68928	32,19
◆	maternité	11297	9933	11025	14204	13964	14669	29,85
	TOTAL	63439	64244	67671	77150	82832	83597	31,78

La « maladie ordinaire », progresse de 21,32% en volume. Mais, ce qui est le plus gênant est la progression du C.M.O de courte durée. La catégorie « moins de quatre jours » augmente de 26,01% depuis 1997. Le C.M.O « supérieur à 31 jours » croît de 40,04% sur la même durée.

Durée de l'absence en nombre de jours	Nombre total de jours		? 1997-2002
	1997	2002	
1 à 4	1084	1366	26,01%
5 à 10	3526	3448	-2,21%
11 à 30	9259	9226	-0,36%
1 à 30 (sous-total)	13869	14040	1,23%
31 à 100	16441	19507	18,65%
> à 100	15857	25724	62,22%
> à 31 (sous-total)	32298	45231	40,04%
total	46167	59271	28,38%

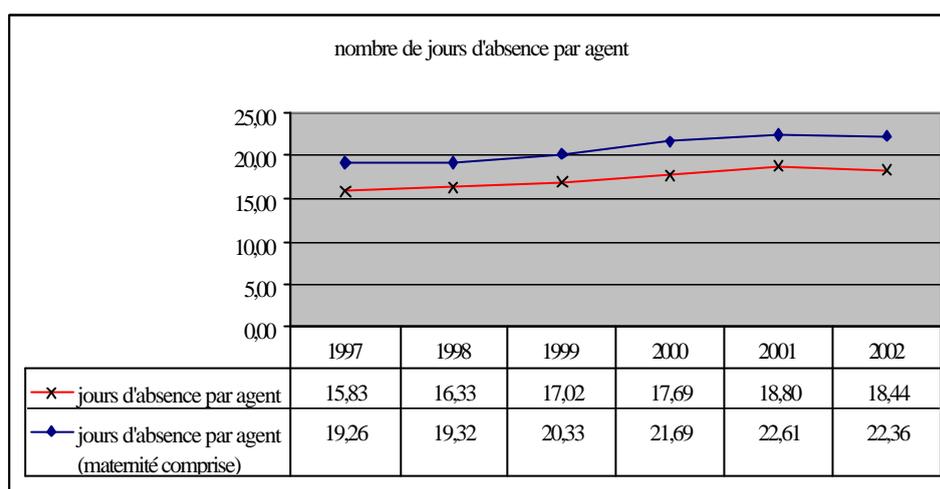
Les congés de « maladie de longue durée et de longue maladie » se renforcent de 34,30% et la « maternité » de 29,85% depuis 1997. Ainsi, l'hôpital subit une forte désorganisation. Au quotidien, l'absentéisme maladie de courte durée perturbe le fonctionnement des services, tandis que l'absentéisme maladie de durée plus importante prive le C.H.U d'une part de son facteur travail sur le moyen terme.

Si nous nous tournons ensuite vers les catégories représentant le plus faible nombre de journées de travail perdues, nous pouvons constater que ce sont celles qui se développent de la manière la plus surprenante. En effet, la « maladie professionnelle » croît de 224%, les « accidents de travail » de 123%, tandis que les « accidents de trajets » augmentent de 234%. En 2002, ces sous-ensembles ont respectivement été à l'origine de 1860, 3690 et 1520 journées d'arrêt de travail.

Certes, ces trois types d'absences ne donnent pas, comme nous venons de le préciser, le plus important volume d'absences. Il ne s'agit donc pas de céder à un quelconque affolement. Pourtant, leur progression ne peut laisser

indifférent, car elle est extrêmement rapide sur une période aussi courte. De plus, la valeur globale de ces absences représente 32 employés à temps plein.

Le ratio « nombre de jours d'absence par agent » que nous abordons maintenant nous renseigne de manière détaillée sur les fluctuations de chaque type d'absence.



Cependant, si l'on veut apprécier la tendance, il faut se reporter au tableau. Là, nous constatons que depuis 1997, la catégorie « toutes maladies » passe de 15,83 à 18,44 jours par agent, progressant ainsi de 24,5%. La catégorie « toutes maladies et maternité » croît de 29% et passe donc de 19,26 à 22,36 jours par agent⁴⁷.

jours d'absence / agent	1997	1998	1999	2000	2001	2002	?1997-2002
maladie	10,68	10,19	10,95	10,76	11,04	11,43	+6,9%
CIm et CId	4,33	4,79	5,08	5,66	6,08	5,12	+7,4%
accident du travail	0,50	0,93	0,70	0,80	1,04	0,99	+4,5%
accident de trajet	0,14	0,23	0,13	0,23	0,28	0,41	+2,5%
maladie professionnelle	0,17	0,19	0,14	0,24	0,37	0,50	+3,0%
TOTAL MALADIE	15,83	16,33	17,02	17,69	18,80	18,44	+24,5%
maternité	3,43	2,99	3,31	3,99	3,81	3,92	+4,6%
TOTAL MALADIE ET MATERNITE	19,26	19,32	20,33	21,69	22,61	22,36	+29,1%

⁴⁷ A titre de comparaison, la moyenne nationale « toutes maladies et maternité » est de 19,8 jours par agent et de 18,6 jours par agent pour les établissements de plus de 3000 agents. Ces données datent de 2002, mais concernent l'année 2000.

Nous pouvons effectuer le même bilan que précédemment, à savoir que toutes les sous-catégories enregistrent une hausse. Cette tendance est d'ailleurs confirmée par les données nationales publiées par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (D.H.O.S)⁴⁸. Les progressions enregistrées ne sont bien évidemment que des moyennes, ce qui signifie qu'il y a eu des fluctuations selon les années. Pourtant, si l'on approfondit la recherche, nous observons que les accroissements les plus significatifs en nombre de jours d'absence par agent intéressent principalement la « maladie ordinaire » (+6,9%) ainsi que les congés de « longue maladie et de maladie de longue durée » (+7,4%). On peut considérer ce fait comme un indice supplémentaire qui confirmerait l'hypothèse émise au sujet de l'absentéisme médical. Nous avons vu précédemment (page 30) que les C.M.O progressent de deux manières principales : les absences de moins de quatre jours ainsi que celles de plus de 31 jours. Il est donc normal que le nombre de jours de C.M.O par agent augmente de manière globale. Cependant, les absences maladie de durée plus importante, en particulier celles supérieures à 100 jours, constituent une catégorie à part. En effet, les absences C.M.O de durée longue constituent un passage obligatoire pour une affection qui peut ensuite être qualifiée de C.L.M par le Comité départemental de réforme (C.D.R). Bien évidemment, tous les C.M.O longs ne se transforment pas obligatoirement en C.L.M, mais une partie seulement, ce qui suffirait à expliquer l'augmentation concomitante des catégories « C.L.M et C.L.D » et « absentéisme maladie ordinaire » de plus de 100 jours.

Si nous nous référons à l'importance de chaque type d'absence par rapport au total⁴⁹, nous assistons à une déformation progressive de la structure des absences, ce qui signifie que celle-ci se modifie avec le temps.

⁴⁸ Se référer aux annexes.

⁴⁹ Les données sociales de 2000 publiées en 2002 sont jointes en annexe. Elles montrent que le C.H.U de Nîmes présente une proportion de C.M.O et de maternité plus importante (respectivement +5,3 et +2,2 points) que la moyenne des établissements de taille comparable (+ de 3000 agents).

Proportion de chaque type d'absences en %	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Moyenne	?1997-2002
maladie	55%	53%	54%	50%	49%	51%	52%	-7,93
longue maladie et maladie de longue durée	22%	25%	25%	26%	27%	23%	25%	1,91
accident du travail	3%	5%	3%	4%	5%	4%	4%	69,50
accident de trajet	1%	1%	1%	1%	1%	2%	1%	153,51
maladie professionnelle	1%	1%	1%	1%	2%	2%	1%	145,90
maternité	18%	15%	16%	18%	17%	18%	17%	-1,46

Ainsi, la part représentée par le C.M.O diminue, tandis que la « maternité » a tendance à se maintenir. Parallèlement, la proportion des « accidents de travail », « accidents de trajets » et des « maladies professionnelles » augmente considérablement. Cette observation permet de modérer nos précédents propos au sujet de l'accroissement de toutes les catégories d'absence. La catégorie « maladie ordinaire » continue de croître, c'est indéniable. Cependant, elle perd de son importance car elle progresse moins rapidement que les autres. Elle atteint peut-être un palier, tandis que les autres types pourraient se développer dans les années à venir.

II. L'ANALYSE DE L'ABSENTEISME ET DE SES CONSEQUENCES :

La première partie de ce mémoire est consacrée à l'étude des données chiffrées de l'absentéisme. Cette démarche nécessaire, mais elle ne constitue qu'une première étape. Elle est un point d'appui à partir duquel nous pouvons tenter d'expliquer les raisons générales de l'absentéisme (A). Dans un deuxième temps, il faut discerner ses conséquences (B) et enfin, expliciter l'absentéisme propre au C.H.U de Nîmes (C).

A. L'absentéisme, un témoin des relations sociales :

L'absentéisme est un bon indicateur du climat social de l'établissement (1), un baromètre qui signale un certain nombre de dysfonctionnements (2).

1. Un indicateur important mais méconnu... :

L'absentéisme n'est pas une question récente dans le monde du travail où la main d'œuvre constitue encore le principal capital. La lecture d'un dossier du mensuel *Stratégie santé* souligne la part croissante actuellement donnée au problème de l'absentéisme. Ce phénomène, « longtemps méconnu[...] est aujourd'hui analysé comme une donnée importante du bilan social »⁵⁰.

C'est un indicateur qui est resté longtemps inutilisé, mais qui tend à devenir un élément essentiel de gestion : en effet, dans un secteur d'économie de plus en plus concurrentiel, les ressources humaines se raréfient et le capital humain coûte de plus en plus cher. Après la période faste des « Trente glorieuses » pendant laquelle le secteur hospitalier public a investi des moyens financiers considérables en technologies de pointe, plusieurs épisodes de crises économiques ont tout bouleversé. Ainsi, « face à l'argent rare, l'hôpital a dû améliorer sa productivité »⁵¹. En effet, lorsqu'une entité économique désire améliorer sa productivité, elle peut agir de deux manières. Soit en investissant dans des moyens techniques ou bien en enrichissant son capital humain. L'un des moyens d'investir dans ce dernier domaine est de faire en

⁵⁰ E. MALEY, « L'absentéisme, un baromètre social très sensible » in *Stratégie santé mensuel* – n° 67, janvier 1995, pp. 24-25.

⁵¹ « L'hôpital face à ses défis (II) », in *Entreprise Santé* n°2, mars-avril 1996.

sorte que chaque salarié fournisse effectivement le temps de travail théoriquement prévu : la solution est de combattre l'absentéisme. Ce dernier est ainsi devenu une préoccupation majeure des dirigeants hospitaliers, car les coûts qu'il engendre ne peuvent être compensés par des moyens financiers qui deviennent plus rares.

2. ...qui entraîne des dysfonctionnements :

L'absentéisme est un phénomène bien moins banal que l'on pourrait le penser. C'est une sonnette d'alarme, un signal qui permet de préciser qu'un seuil de difficulté à été atteint ou dépassé. Il est d'ailleurs considéré comme « un excellent baromètre de l'état des relations sociales »⁵².

Selon les auteurs qui se sont consacrés à cette question, l'absentéisme « occupe l'essentiel de la scène. [...] C'est une constante dont nous intégrons chaque jour le fonctionnement dans notre organisation »⁵³. Pour Hervé LETEURTRE, « l'absentéisme apparaît comme un dysfonctionnement social très important dans le secteur hospitalier public »⁵⁴.

Pourtant, ce ne sont pas les absences qui se révèlent problématiques lorsqu'elles se produisent. Ce qui est extrêmement gênant, c'est lorsqu'elles se répètent et qu'elles s'accumulent, au point de diminuer les capacités de fonctionnement d'un l'établissement de santé.

Pour Bernard KAPP, « [l'absentéisme est] le symptôme des dysfonctionnements de l'organisation »⁵⁵. Cela signifie qu'il ne peut se réduire à la somme des absences qui le composent. Il révèle une multiplication d'événements négatifs qui induisent des absences diverses. De ce point de vue, les causes ainsi que les manifestations de l'absentéisme sont variées. A ce propos, la revue *Liaisons sociales* évoque succinctement et non sans une certaine ironie : « [le] stress, [...] un accident du travail, [...] une grippe ou

⁵² « L'absentéisme, un baromètre social très sensible », op. cité.

⁵³ P. FLOUR, « Le présentéisme, un nouveau gisement de productivité » in *Stratégie Santé Mensuel* n°67, janvier 1995, page 26.

⁵⁴ H. LETEURTRE, in *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, éditions Berger-Levrault janvier 1991, page 11.

⁵⁵ « L'absentéisme, un baromètre social très sensible », op. cité.

[...] la simple flemme du salarié »⁵⁶. Certes, ces quelques exemples constituent une image d'Épinal de l'absentéisme mais il faut avouer c'est ce qui peut être empiriquement constaté dans certains cas. Que la cause de l'absentéisme relève des mauvaises conditions de travail, du stress consécutif à l'intensification du rythme du travail ou bien encore d'une ambiance délétère⁵⁷, la principale conséquence est que les salariés adoptent un comportement de fuite, qui prend souvent la forme d'un absentéisme de courte durée. Cette attitude est soulignée par Anne VEGA⁵⁸ ainsi que par Hervé LETEURTRE⁵⁹ qui évoquent « un désinvestissement professionnel » et « une défection par rapport à la structure ». Ce comportement de défection signale un manque de confiance qui peut se manifester lorsque le personnel s'interroge sur le sens à donner à son action. Il signifie également que le salarié ne trouve plus son bonheur au travail, son « bien-être professionnel »⁶⁰.

Puisque la performance au travail est la résultante d'un fragile équilibre entre la qualité de vie professionnelle et extra-professionnelle, lorsque la première décroît, cet équilibre se rompt. Les agents risquent d'aller trouver ailleurs un bien-être qu'ils ont perdu. Les absences vont mécaniquement augmenter parce que chaque agent va « moduler [son] temps de présence / absence »⁶¹ et effectuer un arbitrage simple entre « loisirs » et revenus. A ce propos, la modification intervenue à Nîmes pour la deuxième répartition de la prime de service⁶² n'a eu que peu d'influence par rapport à l'absentéisme. Celle-ci a été redéfinie en 1997, afin d'inciter le présentéisme : passée la limite de 5 jours

⁵⁶ A. KLARFELD, « Les remèdes de nos voisins pour faire reculer l'absentéisme », in *Liaisons sociales / magazine*, avril 2002, pp. 42 à 45.

⁵⁷ « Les remèdes de nos voisins pour faire reculer l'absentéisme », op. cité.

⁵⁸ A. VEGA, « Le paradoxe infirmier », in *Sciences Humaines* n°114, mars 2001, p.34.

⁵⁹ H. LETEURTRE, op. cité.

⁶⁰ « L'absentéisme un baromètre social très sensible », op. cité..

⁶¹ « Le présentéisme, un nouveau gisement de productivité », op. cité.

⁶² Voir l'arrêté interministériel du 24 mars 1976 modifié. Conformément à la réglementation, la prime est servie en deux fois. Pour un agent à temps plein, chaque jour d'absence correspond à un abattement de 1 / 140^{ème} sur le montant annuel de la première répartition. La totalité des absences constitue le montant utilisé pour la deuxième répartition de la prime.

d'absence, le montant de la prime de deuxième répartition diminue très rapidement⁶³.

Toute structure hospitalière publique dispose d'une représentation syndicale, ainsi que d'instances au sein desquelles les difficultés relatives au travail, ou à son organisation, sont abordées. Ces deux éléments sont sensés faciliter le dialogue social, afin de trouver des solutions aux problèmes et difficultés que pourrait rencontrer le personnel. Ce qui est surprenant, c'est que les agents choisissent une troisième voie pour se faire entendre : l'absentéisme. Il est un moyen d'action parallèle, une manière de communiquer un désaccord. Sa progression correspond à l'émergence d'un conflit latent, dévié et couvert.

B. Ses conséquences directes et indirectes :

L'absentéisme engendre des répercussions importantes au niveau financier (1) ou en terme de représentativité (2), mais il fait également supporter à l'établissement un coût humain considérable (3).

1. Le coût financier direct :

Le premier coût direct qui est relatif à l'absentéisme est d'ordre financier. Celui-ci revêt deux aspects.

En premier lieu, un agent absent perçoit tout ou partie de sa rémunération. Quand ce dernier est remplacé, l'établissement assure également le traitement du suppléant. Ainsi en 2002, ce sont près de 390 mensualités qui ont été servies, pour un montant total de 751 989 euros.

Nous pouvons tout d'abord constater que les absences progressent concomitamment aux dépenses de remplacement. Cependant, si l'on se réfère aux années antérieures, l'augmentation du nombre de mensualités servies est limitée : + 1,37% entre 1999 et 2002, pour un coût global en hausse de 8,5% sur la même période. Néanmoins, si le coût moyen du remplacement reste

⁶³ Le deuxième montant redistribué décroît très rapidement en fonction du nombre de jours d'absence. Chaque agent perçoit en moyenne 260 € pour 0 jours d'absence, 173 € pour 1 à 5 jours, 81 € jusqu'à 10 jours et 27 € jusqu'à 24 jours.

élevé, il diminue entre 2001 et 2002, après une période de hausse⁶⁴. C'est une évolution qui est sans doute positive, car si elle se confirme, l'établissement pourra recourir plus largement aux remplacements. Toutefois, en utilisant des mensualités de remplacement, le C.H.U perd une partie de sa marge de manœuvre financière.

En second lieu, il existe une différence entre l'effectif rémunéré et l'effectif inscrit au budget de l'établissement. En jargon hospitalier, il y a un écart entre « le rémunéré » et « le budgété ». Le C.H.U rémunère 150,96 E.T.P supplémentaires par rapport au tableau des emplois permanents (T.E.P)⁶⁵, pour un montant de 5,8 millions d'euros⁶⁶. Il est clair que cette différence n'est pas uniquement due aux absences du personnel, cependant une réduction du niveau de l'absentéisme aurait certainement des répercussions positives et ferait diminuer le décalage que nous venons d'évoquer.

2. Le coût en terme d'image et d'efficacité du service public :

L'absentéisme entraîne des coûts indirects, qui dégradent l'efficacité ainsi que l'image du service public.

Nous pouvons estimer qu'à charge de travail égale, un personnel moins nombreux aura plus de difficultés à mener à bien les missions qui lui sont confiées. Le niveau général des prestations offertes risque de diminuer, tant au niveau des soins que de la qualité de l'accueil réservé à l'utilisateur.

L'hypothèse est confirmée par les résultats de l'enquête de satisfaction menée auprès du personnel du C.H.U à la fin de l'année 2001. Ainsi, 59% du personnel estime que l'absentéisme a toujours un retentissement sur la qualité des soins.

Une diminution de la qualité des soins ou des prestations risque d'engendrer comme conséquence directe une baisse de la fréquentation et donc de

⁶⁴ Le coût moyen du remplacement est passé de 1800,81 euros en 1999 à 1928 euros en 2002, avec un maximum de 1972,46 euros en 2001.

⁶⁵ Le T.E.P désigne l'effectif titulaire de l'établissement, pour lequel le C.H.U perçoit une fraction de sa dotation globale.

⁶⁶ 5774687,976 euros exactement, dans la mesure où le coût annuel moyen d'un agent est estimé à 38253,31 euros.

l'activité de l'hôpital. Le handicap est lourd à assumer et il risque de devenir plus important encore avec le financement du secteur hospitalier public sur la base de la tarification à l'activité. A terme, une baisse de la fréquentation des usagers aura des répercussions financières puisqu'une partie du financement des établissements publics de santé sera calculée à partir de l'activité des services de soins.

A ce stade, il est nécessaire de rappeler que la part des dépenses de groupe I (charges de personnel), représente 70 % du budget du C.H.U. Si la réforme du financement des établissements est appliquée⁶⁷, la diminution de l'absentéisme risque de devenir un enjeu plus important que jamais. En effet, toute charge financière supplémentaire en dépenses de personnel signifie une marge de manœuvre réduite pour le développement de l'établissement de santé.

3. Le coût humain :

Le report de la charge de travail sur le personnel présent est aussi un coût indirect lié à l'absentéisme.

Lorsque le personnel absent n'est pas totalement remplacé, la charge de travail des agents présents augmente. Les conditions de travail se détériorent donc, car nous assistons à l'intensification du rythme de travail pour le personnel présent.

L'enquête de satisfaction menée auprès du personnel du C.H.U à l'automne 2001 démontre que 83% des agents jugent que l'absentéisme a un retentissement important sur les plannings. Leur analyse confirme donc ce qui vient d'être exposé.

Dès lors, puisqu'il y a moins de personnel pour une charge de travail identique, il faut que les cadences augmentent. « Ce phénomène est d'autant plus problématique que [...] les salariés doivent faire preuve d'une vigilance accrue vis-à-vis de normes de qualité »⁶⁸, car ces dernières années, les

⁶⁷ La tarification à l'activité dont le principe est de financer les établissements de santé publics et privés sur la base de leur activité médicale et du programme de médicalisation du système d'information.

⁶⁸ S. PAUGAM, « les formes d'intégration professionnelles » in *Sciences humaines Travail, mode d'emploi*, n° 114 mars 2001, pp. 22 à 26.

normes de qualité et de sécurité sanitaire obligatoires ont rendu le travail plus exigeant. Un niveau d'absentéisme élevé, conjugué à un travail plus difficile détériorent les conditions de travail. Si ces dernières continuent à se dégrader, nous risquons d'assister à un effet cumulatif de l'absentéisme, car le risque de surmenage ou de « burn out » des agents est important. Il faut ajouter que le non-remplacement ou bien le remplacement partiel des absences engendre des coûts institutionnels cachés⁶⁹. Un article publié à ce propos dans la revue Gestion hospitalière⁷⁰ précise « [qu']il existe un coût de régulation dû au non-remplacement, qui se manifeste par une diminution de la production [...] une augmentation du rebut chiffrable, [ainsi que par des risques élevés] d'accidents, d'erreurs graves, de détérioration du climat social [et de]rotation élevée du personnel ». C'est un cercle vicieux qui peut alors s'enclencher.

Il faut également prendre en compte un autre phénomène. Les résultats de l'enquête menée auprès du personnel montrent que 68% des agents estiment que l'absentéisme maladie programmé n'est jamais ou rarement remplacé. Le jugement est encore plus sévère en ce qui concerne le congé maladie inopiné, dans la mesure où 78% des agents pensent qu'il pas remplacé.

Les conclusions que nous venons de livrer confirment que l'établissement ne peut procéder à la substitution de tous les agents absents. Elles démontrent par ailleurs que le personnel exprime des attentes fortes par rapport à ce problème et demande des solutions pour y remédier.

C. Analyse de l'absentéisme au C.H.U de Nîmes :

L'analyse des causes l'absentéisme du personnel non-médical du C.H.U de Nîmes concerne en priorité les agents du secteur para-médical, qui représentent 67% de l'effectif et 75% des absences. Nous devons étudier en priorité des faits concrets (1), puis la satisfaction du personnel au travail (2),

⁶⁹ H. SAVALL et V.ZARDET, in *Maîtriser les coûts et performances cachés*, Economica, 2^{ème} édition, 1989.

⁷⁰ N. BUREAU et M.G. GENIN, « absentéisme du personnel soignant : une approche socio-économique », in *Gestion hospitalière* n°205, avril 1981, p.356.

avant d'envisager quelles catégories d'absences doivent faire l'objet d'une attention particulière (3).

1. Analyse du phénomène :

a) L'amélioration des conditions de travail :

L'analyse de l'absentéisme représente la partie la plus subtile d'une enquête, tout simplement car c'est un phénomène complexe, qui trouve sa source dans une multitude d'événements.

Cependant, parmi les facteurs explicatifs de l'absentéisme, il est un thème qui revient fréquemment : celui qui concerne les conditions de travail et la motivation des agents.

A ce propos, les travaux de HERZBERG⁷¹ démontrent que pour un salarié, deux éléments principaux comptent : le contenu de sa tâche, ainsi que le contexte dans lequel elle est effectuée. En ce qui concerne l'environnement de travail, ses conclusions sont surprenantes. Selon HERZBERG, dans l'hypothèse où les conditions de travail seraient optimales, nous aboutissons à ce qu'il appelle « un point neutre ». Ce dernier est un état où le personnel cesse de se plaindre, mais il ne constitue pas pour autant un facteur de motivation des salariés.

Nous sommes en réalité assez éloignés de ce modèle idéal, car les conditions de travail sont souvent imparfaites. C'est d'ailleurs ce qui explique que des recherches ont prouvé que des salariés confrontés à des mauvaises conditions de travail pouvaient se résigner et s'adapter. Pour Christophe DEJOURS les individus peuvent arriver à contrôler les effets de la souffrance sur leur santé grâce à certaines stratégies individuelles ou de groupe⁷². De même, M. GOLLAC et S. VOLKOFF soulignent que la souffrance peut être « ressentie mais non exprimée »⁷³, ce qui n'est finalement pas la meilleure des situations. Si l'amélioration des conditions de travail n'a qu'une influence limitée sur la motivation du personnel et que les individus s'adaptent, pourquoi s'intéresser

⁷¹ F. HERZBERG, in *Le travail et la nature de l'homme*, The Mentor Executive Library, New York, 1966.

⁷² C. DEJOURS, in *Souffrances en France, la banalisation de l'injustice sociale*.

⁷³ M. GOLLAC et S. VOLKOFF, in *Les conditions de travail*, édition La Découverte, collection Repères, 2000.

à l'environnement du salarié ? Il est nécessaire d'évoquer les conditions de travail du personnel, pour au moins deux raisons. Tout d'abord parce qu'une dégradation de celles-ci n'est pas sans conséquences sur l'attitude des salariés, même quand ils semblent se résigner. Ensuite, le contexte de travail est un élément fondamental auquel le personnel est quotidiennement confronté. Ces deux raisons justifient ainsi pleinement l'intérêt que l'on doit y porter.

b) Quelle est la charge de travail dans les services ?

Afin d'étudier les conditions de travail et, notamment la charge de travail au sein des services de soins, plusieurs méthodes ont été élaborées. « Ces principaux systèmes sont : le S.I.I.P.S (soins infirmiers individualisés à la personne soignée), le P.R.N (projet de recherche en nursing), le R.S.I (résumé de soins infirmiers), le PENDISKAN, l'EXCHAQUET, le GERONTE, le KARNOFSKY, l'OMEGA»⁷⁴. Parmi tous ces procédés, deux d'entre eux présentent un caractère assez généraliste qui aide à évaluer la charge de travail en fonction des besoins fondamentaux des patients. « L'objectif est de planifier le nombre de personnel soignant nécessaire au service des malades »⁷⁵.

A Nîmes, c'est la méthode S.I.I.P.S qui a été retenue pour les services de soins. Elle permet de calculer la part occupée par chacune des activités du personnel au cours d'une journée. En effet, chaque acte de soins appartient à une catégorie particulière : les soins de base, qui sont effectués par les aides-soignants, les soins techniques ainsi que les soins relationnels et éducatifs qui sont réservés au corps infirmier. Tous les actes réalisés auprès d'un patient sont consignés et sont affectés d'un coefficient en fonction de leur durée ainsi que de leur difficulté de réalisation. La somme de tous les points S.I.I.P.S d'une journée pour tous les patients d'un service donne une idée de la charge globale en soins.

⁷⁴ P. TESTUT, in *outil d'aide graphique au diagnostic*, note d'approfondissement pour le cycle d'études supérieures du travail en organisation, Conservatoire National des Arts et Métiers, 2000.

⁷⁵ P. TESTUT, op. cité.

La démarche a été initiée en 2001 et devait se poursuivre en 2002. Cependant, il convient de rappeler que le C.H.U devait déménager dans le courant de l'année 2002. Pour obtenir des résultats fiables, il fallait que les services de soins concernés ne soient pas transférés de Gaston Doumergue vers le nouveau site durant ce laps de temps⁷⁶. En l'état actuel des choses, les résultats obtenus ne sont pas faussés, mais incomplets.

Nous pouvons constater que des différences substantielles existent entre les services. Ainsi, les unités de patients cérébrolésés nécessitent plus de soins de base et de soins éducatifs, que de soins techniques. C'est une constante entre 2001 et 2002. Ce sont des patients dont les séjours sont longs. Pour ces derniers les soins de base (hygiène) et relationnels (soins destinés à éviter les complications de type escarres) sont importants. Il faut donc un personnel infirmier et aide soignant présent en égale quantité.

Au sein des services de rééducation fonctionnelle, les soins de base sont les plus nombreux, et cela quelle que soit la durée du séjour. Le nombre d'aide-soignant devra logiquement être plus élevé. Il se produit un phénomène identique dans les services de moyen séjour pour personnes âgées.

La principale difficulté qui apparaît est que le programme S.I.I.P.S ne délivre que des informations globales. En ce sens, il sert à apprécier la proportion de personnel infirmier ou aide-soignant nécessaire, et non pour déterminer le nombre d'agents dont le service doit nécessairement disposer. En outre, c'est un outil qui ne peut être utilisé que pour les services de soins. Enfin, il ne permet pas d'évaluer l'importance du temps passé à des activités connexes⁷⁷.

Il faudrait donc mettre en œuvre un programme d'étude, destiné à tous les services de l'établissement, qui permette de déterminer quelle est l'importance du temps passé à effectuer ces tâches. Ceci demande un travail conséquent,

⁷⁶ Ce sont principalement des services de rééducation fonctionnelle et de moyen séjour pour personnes âgées.

⁷⁷ Toutes ces activités sont nécessaires aux soins, mais ne sont pas de soins. Il s'agit principalement des communications téléphoniques, des transmissions orales ou écrites, des réunions, de la gestion du transfert des patients, des demandes d'examen pour les services de soins. Pour les autres services, il s'agit de communications téléphoniques, de demande de renseignements, de transmissions, de réunions, gestion d'emploi du temps et de rendez-vous.....

mais il permettrait de répartir le personnel en fonction de l'activité du service. Le projet formalisé existe à Nîmes⁷⁸, mais il n'a pas encore été expérimenté.

c) Les nouvelles conditions de travail :

L'hôpital est considéré depuis peu comme un milieu pathogène, dans la mesure où le contact rapproché avec les patients, la souffrance, la maladie ou la mort ont des conséquences sur la santé du personnel et, en particulier, du personnel soignant. La littérature abondante que l'on peut consulter à ce sujet évoque fréquemment le terme d'épuisement professionnel. Ces métiers sont reconnus comme éprouvants, eu égard à la charge physique et psychologique qu'ils impliquent. La détresse à laquelle est confronté le personnel soignant finit par affecter des êtres humains qui ne sont pas, par essence, invulnérables. « La durée de vie d'une infirmière est estimée entre huit et dix ans environ. Le *burn-out* traque [les soignants] »⁷⁹. L'exemple que nous venons de citer indique que la fatigue acquise par le travail, les effets négatifs du stress, ne sont plus tabous. Nous assistons aujourd'hui à une véritable reconnaissance de la difficulté des métiers du corps para-médical. C'est un phénomène qui est assez récent à l'hôpital, surtout pour les métiers d'infirmiers et de soignants, autrefois considérés comme un quasi-sacerdoce. D'une manière générale, il est paradoxal de constater l'évolution du regard de tout un chacun à ce propos. En effet, nous nous interrogeons aujourd'hui sur les effets que le travail a sur la santé, alors même que les moyens techniques dont nous disposons n'ont jamais été aussi perfectionnés. La progression quantitative et qualitative des moyens mis à la disposition du personnel aurait dû conduire à l'amélioration des conditions de travail. Pourtant, cette évolution n'a pas apporté tous les bienfaits attendus. Le constat concerne le monde du travail en général et non pas simplement le secteur hospitalier. Mais, puisque l'hôpital suit les évolutions techniques et technologiques, il est également touché. Ainsi, l'automatisation des tâches, l'informatisation des services, sont autant d'éléments positifs qui ont conduit à la suppression des postes de travail physiquement très durs. Pourtant, l'effet pervers induit par ces

⁷⁸ P. TESTUT, op. cité.

⁷⁹ A. VEGA in *Revue sciences humaines* mars 2001, n° 114, p. 34, op. cité.

nouveaux outils de travail est que chaque agent traite quotidiennement un nombre de tâches croissant. Si l'on y ajoute les conséquences de la baisse tendancielle du temps de travail et l'augmentation consécutive de la productivité, nous pouvons dire que les salariés sont soumis, à l'hôpital comme ailleurs, à de nouvelles contraintes qui demandent une attention constante ainsi qu'une disponibilité accrue.

Il faut certainement en conclure que les actions d'amélioration des conditions de travail doivent se dérouler en continu, puisque tout progrès entraîne des effets indésirables : il apparaît que les facteurs de pénibilité et les risques liés au travail ont tendance à se renouveler au gré de l'évolution des techniques et des modes d'organisation du travail

Pour le cas particulier de Nîmes, la construction du nouveau site hospitalier de Carémeau a été l'occasion d'engager des actions d'amélioration des conditions de travail. Parmi celles-ci, nous pouvons en évoquer trois. En premier lieu, le déménagement lui-même, qui est une découverte, un changement dans les habitudes de travail, qui induisent tous deux des effets positifs pour l'ensemble du personnel. Pourtant, une fois l'effet « découverte » passé, le personnel risque de focaliser son attention sur des points importants. Les matériaux utilisés pour les aménagements intérieurs du bâtiment permettent d'envisager des solutions techniques innovantes pour l'entretien ou bien le gain de place. Pourtant, ils sont fragiles et vieillissent rapidement. L'établissement au sein duquel règne une activité intense, subit quotidiennement des dégradations assez importantes. Il est à craindre que la détérioration de ce dernier pèse, à terme, sur la motivation des équipes.

En deuxième lieu vient le nouveau bâtiment, qui est une structure neuve et moderne, composée d'un ensemble unique. Elle facilite les déplacements du personnel : les circulations s'effectuent sans sortir de l'édifice, dans un sens horizontal et vertical⁸⁰, mais au sein d'un bâtiment assez long. Pourtant, la simplification des allées et venues n'empêchera pas l'apparition ou la progression des pathologies veineuses et articulaires chez les agents. Elles sont principalement causées par la station debout quasi-permanente du personnel soignant : ce constat est valable pour la plupart des hôpitaux.

⁸⁰ Notamment par le biais d'ascenseurs.

Par ailleurs, la disposition intérieure du bâtiment administratif risque d'engendrer des conséquences sur l'absentéisme du C.H.U. En effet, la disposition spatiale des services, selon un mode « paysager », constitue une dégradation des conditions de travail du personnel. Ainsi, le manque de séparation physique entre les différents départements d'un même service est source de déconcentration à cause du bruit et des fréquents déplacements. De plus, les bureaux de type « paysager » conduisent inévitablement à la mise en place d'un contrôle au sein du service, car chaque salarié surveille les autres. Ceci n'est pas sans effet, comme le prouve l'enquête réalisée par Techniker Krankenkasse⁸¹. « Dans les services administratifs et les bureaux d'études, l'absentéisme était relativement fort. L'analyse des causes a montré que le facteur déclenchant était l'organisation [...] de l'espace. Les bureaux paysagers stressaient les salariés et faisaient baisser leur motivation ». C'est un facteur à considérer, car il faudra certainement revoir l'organisation spatiale du bâtiment administratif.

Le dernier élément qui est plébiscité par l'ensemble du personnel est la climatisation. Elle régule la température au sein de l'établissement et constitue un élément de confort incontestable tant pour les patients que pour le personnel. Toutefois, les réseaux de climatisation doivent bénéficier d'une maintenance méticuleuse. Dans le cas contraire, il existe un risque important de transmission de germes.

d) Les données de la médecine du travail :

Nous avons précédemment constaté l'importante augmentation de la catégorie d'absence « accidents du travail » (+ 123,37% depuis 1997). L'étude quantitative qui a été réalisée doit être précisée par des données qualitatives fournies par la médecine préventive du C.H.U de Nîmes. La synthèse que présente annuellement la médecine du travail est essentielle, car elle précise la nature des accidents constatés. Elle constitue en outre une source d'information nécessaire pour qui veut comprendre les conditions d'exercice du travail.

⁸¹ A. Klarsfeld, in *Les remèdes de nos voisins pour faire reculer l'absentéisme*, op. cité.

La médecine préventive a recensé au cours de l'année 2002⁸² : 185 accidents d'exposition au sang (A.E.S), ainsi que 276 accidents du travail (A.T), hors accidents de trajet.

Pour ces derniers, nous pouvons constater que les catégories les plus importantes sont les chutes ou les glissades (21%), les efforts de soulèvement et de manutention (26,1%), ainsi que les accidents dus aux masses et objets en mouvement accidentel (27,9%). La nature des lésions consécutives aux A.T est articulaire ou ostéo-tendineuse (47,1%). Elles se situent principalement au niveau du rachis. La catégorie professionnelle la plus touchée par les accidents du travail est le corps para-médical (73,3% des cas).

Comme le rappelle très justement la médecine préventive, les accidents de travail dus aux chutes et efforts de manutention impliquent des « risques d'arrêts longs, avec possibilité de rechute ou passage à la chronicité »⁸³. De telles lésions risquent d'entraîner une progression du niveau général des absences. Elles peuvent également aboutir à ce que la médecine préventive rédige un nombre croissant d'avis d'aptitude avec restrictions, lors des visites périodiques obligatoires, « en raison des problèmes rachidiens, qui [concernent] les contraintes liées à la manutention »⁸⁴.

La médecine préventive a également constaté des cas de troubles musculo-squelettiques, qui peuvent évoluer vers des maladies professionnelles (M.P), en particulier la M.P n°57⁸⁵. Pour prévenir l'apparition de telles affections, la médecine préventive recommande d'alterner les tâches, afin d'éviter une hyper-sollicitation des membres et articulations, due à l'exécution de gestes répétitifs. Les données du rapport confirment que « contrairement à ce que l'on a longtemps pensé, les activités de service ne sont pas inoffensives à l'égard de la santé du corps. Pour certaines professions, elles impliquent plus de sédentarisation, qui est une source d'usure des surfaces articulaires »⁸⁶.

⁸² Les rapports des années précédentes n'ont pas pu être conservés à cause du déménagement des services de la médecine préventive de vers le nouveau site hospitalier de Carémeau.

⁸³ Rapport d'activité des médecins du travail, année 2002, page 44.

⁸⁴ Rapport d'activité des médecins du travail, op. cité, page 19.

⁸⁵ Affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail.

⁸⁶ S. ALLEMAND, « Regards croisés sur le travail », in *Travail, mode d'emploi*, Sciences humaines n°114, mars 2001, pp. 28 à 29.

Christophe DEJOURS⁸⁷ évoque également les pathologies de surcharge liées à l'exécution de tâches répétitives. Ainsi, ce qui est constaté au C.H.U correspond à l'analyse qui est faite par les sciences sociales. L'intensification du travail due aux 35 heures ajoutée à un fort taux d'absentéisme (ce qui implique un personnel moins nombreux) a pour conséquence que les « soignants » effectuent l'ensemble de leurs tâches en série, pour pouvoir mener à bien toutes les missions qui leurs sont confiées. Ce genre de comportement permet de gagner du temps, mais il a des répercussions négatives sur les affections articulaires ou du rachis et il entraîne une augmentation mécanique du nombre d'A.T.

Pour prévenir l'apparition de telles affections, le C.H.U a acquis des appareils ergonomiques. Ce type d'appareillage est par exemple destiné à aider les agents lors de la manutention de patients. Pourtant, le personnel soignant n'utilise que peu ces dispositifs de levage, car ils sont d'un usage complexe. En effet, le personnel doit amener le lève-malade auprès du patient, déplacer ce dernier afin de pouvoir le sangler, puis lever la personne. L'agent répète exactement les mêmes gestes lorsqu'il s'agit d'allonger ou de rasseoir le patient. Par ailleurs, toute l'opération est recommencée lorsque des soins sont prodigués à un autre usager. Nous pouvons donc comprendre que le personnel soignant n'utilise que peu le lève-malade, par manque de temps ainsi que de personnel.

Les mouvements accidentels de masses ou d'objets font également partie des catégories des accidents du travail qui se manifestent fréquemment. Parmi ceux-ci, la projection de produits d'entretien et d'hygiène est un événement qui se déroule régulièrement, comme le démontre une étude des accidents de travail réalisée au C.H.U de Nîmes⁸⁸.

Les agents de service hospitalier utilisent de la javel pour les tâches de nettoyage et de désinfection. La dose de javel concernée se présente sous la forme d'une bouteille au corps souple et au col rigide. « C'est toujours lors de l'ouverture que les projections de produit sont constatées », précise l'auteur. En effet, l'agent maintient le flacon souple d'une main et utilise une paire de ciseaux pour couper le col rigide. L'ouverture de la dose provoque

⁸⁷ C. DEJOURS, op. cité.

⁸⁸ A. EL AIMER, in *Etudes des accidents de travail au C.H.U de Nîmes*, mai – juin 2000.

mécaniquement une dépression et de la javel pure est projetée sur l'agent. Le rapport signale ensuite que la procédure d'ouverture des flacons n'est pas toujours suivie avec la rigueur nécessaire. Mais quand bien même elle serait respectée, « la projection [de javel] serait inévitable » conclut l'auteur. L'exemple établit que le fait générateur d'un tel accident est parfois assez banal et qu'il serait facile d'y remédier.

Depuis cette étude, rien n'a été fait. Une solution simple existe qui est de remplacer les doses de javel liquide par des doses solides effervescentes. Ces dernières présentent deux avantages : l'impact sur les accidents du travail aurait été immédiat, puisque la manipulation de ces pastilles est sans danger. De plus, elles limitent la déperdition de produit, donc les gaspillages. En effet, la pastille est utilisée en totalité alors que la javel liquide s'évapore puisque la dose ne se referme pas une fois ouverte. Simplement, le coût unitaire des pastilles de javel est plus important que celui des doses souples. Mais si l'on s'arrête à des questions purement pécuniaires, il est nécessaire de rappeler que les dépenses engendrées par les accidents du travail représentaient la valeur de 1 929 121 Francs en 1996, 2 838 657 Francs en 1999, avec une pointe à 3 431 367 Francs en 1998. Il est évident que cet exemple ne constitue qu'une fraction des accidents qui se produisent annuellement. Cependant, faire diminuer les accidents de travail, donc l'absentéisme, ne demande pas forcément des actions spectaculaires, mais concrètes.

Les médecins du travail ont recensé 185 déclarations d'A.E.S en 2002. Les statistiques issues de ces déclarations démontrent que c'est une piqûre avec une aiguille sous-cutanée qui en est la cause (36,8%). La blessure se produit le plus régulièrement dans la chambre du patient (44%), mais sans qu'il y ait de contact avec le malade (17,8%).

Une première protection existe et qui devrait être utilisée à chaque geste technique de soin. Les gants créent une barrière efficace contre les maladies transmises par le sang ainsi que par les liquides biologiques, surtout si les mains sont abîmées. « En cas de blessure cutanée, il empêche le sang de s'infiltrer dans l'organisme. Le gant retient en partie le sang présent sur l'aiguille, lorsque celle-ci pénètre dans la peau de l'agent »⁸⁹. Pourtant, la

⁸⁹ *Etudes des accidents de travail au C.H.U de Nîmes, op. cité.*

médecine du travail constate que les agents ne portent des gants que dans 50,6% des cas. Quelle est la raison qui pousse le personnel à ne pas utiliser une paire de gants ? La réponse est simple : « les gants doivent être changés à chaque soin, mais le personnel semble réticent à leur utilisation, car elle engendre une perte de temps ainsi qu'une altération du sens du toucher », comme le précise Aziz EL AIMER.

La solution qu'il convient d'apporter est de disposer de collecteurs scellés⁹⁰. L'agent introduit l'aiguille dans l'orifice du collecteur prévu à cet effet. Il peut ainsi détacher l'aiguille du reste de la seringue sans avoir à la manipuler directement. Une fois les deux parties séparées, l'aiguille tombe directement dans le collecteur. Cette option a été retenue par le C.H.U, mais le nombre d'A.E.S dus à des piqûres n'a pas diminué. Par conséquent, il serait intéressant d'effectuer un audit concernant l'utilisation de ce matériel.

e) Vieillesse du personnel et prévention de l'usure physique⁹¹ :

Nous venons d'évoquer l'épuisement professionnel, la nécessité d'amélioration continue des conditions de travail. Le vieillissement du personnel et la prévention de l'usure physique sont également des éléments essentiels de la gestion des ressources humaines. Tout comme pour l'épuisement professionnel, le vieillissement du personnel soignant des établissements de santé n'est pas un phénomène récent. Cependant, cet élément n'a été pris en compte que tardivement, certainement parce que le contexte antérieur était sans doute plus favorable qu'aujourd'hui. Ainsi, l'institution hospitalière a pu longtemps compter sur deux points qui ont facilité la gestion des ressources humaines : un personnel jeune et une rotation rapide de ce même personnel.

Ce n'est qu'en 1994 que la D.H.O.S pris conscience du renversement de la tendance. Elle a donc organisé une étude sur le thème suivant : « vieillissement du personnel soignant et travail à l'hôpital »⁹². Bien que cette analyse n'ait pas été conduite à Nîmes, ses conclusions y sont applicables. En

⁹⁰ les *vacutainers*.

⁹¹ *Information sur les ressources humaines à l'hôpital*, n° 17, septembre 1999.

⁹² *ibidem*, p.31.

effet, elle concerne, d'une part, le milieu professionnel hospitalier et, d'autre part, des établissements de même catégorie que le C.H.U de Nîmes.

Il convient de rester prudent dans l'utilisation des données de ce travail de recherche. Premièrement, cette expertise, bien qu'elle ait analysé la situation d'hôpitaux de taille conséquente, n'a porté que sur cinq établissements publics de santé. Deuxièmement, c'est un travail qui est aujourd'hui relativement ancien, car l'enquête a débuté en 1994 et s'est achevée en 1999.

Néanmoins, son intérêt est réel, tout simplement car elle permet de s'affranchir d'un certain nombre d'idées préconçues. Ainsi, les résultats de cette dernière démontrent que l'âge n'a pas de forcément de conséquence directe sur le niveau d'absentéisme maladie.

En ce qui concerne le C.H.U de Nîmes, la pyramide des âges est assez équilibrée, comme nous l'avons déjà démontré⁹³, car la part du personnel « jeune » est proche des 50%. En outre, les catégories que nous venons d'évoquer ont vu leur importance diminuer depuis 1997 : -4% pour les « 41 à 55 ans » et -5% pour les « plus de 55 ans ». Ce phénomène de recul progressif est une conséquence de la politique de recrutement du C.H.U, qui vise à éviter le vieillissement du personnel en anticipant les départs à la retraite.

A la lumière de ces informations, nous pouvons affirmer que le personnel du C.H.U de Nîmes n'est pas « vieux ». Pourtant, les bilans de la médecine du travail montrent que les pathologies du rachis sont nombreuses. Ces dernières sont handicapantes, car elles limitent les capacités physiques des agents. Elles n'affectent pas uniquement le personnel de plus de 41 ans, mais force est de reconnaître que les agents plus âgés sont naturellement plus exposés. En effet, la répétition de mêmes gestes tout au long d'une carrière favorise l'apparition de ce type de pathologies. Il y a en outre un risque de passage à la chronicité, après la survenance du traumatisme initial, comme le précise la médecine préventive. Ceci pose des difficultés supplémentaires pour la gestion du personnel.

⁹³ Se reporter à la page 25.

Une politique cohérente et globale concernant la création de postes aménagés⁹⁴ est certainement l'une des clefs de ce problème⁹⁵.

2. La satisfaction du personnel au travail⁹⁶, un élément subjectif ?

a) Le travail, un élément incontournable :

La diminution du temps de travail est une tendance qui a marqué la France du vingtième siècle. Les symboles de cette « libération du temps » sont l'instauration des deux semaines de congés payés par le gouvernement du Front Populaire en 1936, les cinq semaines en 1982 et, plus récemment, la loi sur la réduction du temps de travail. Joffre DUMAZEDIER a d'ailleurs interprété la baisse progressive du temps de travail comme la naissance d'une civilisation des loisirs⁹⁷. Selon ce dernier, « le loisir est un ensemble mouvant et complexe d'occupations auxquelles l'individu s'adonne de plein gré, soit pour se délasser ou se divertir, soit pour développer sa participation sociale, ses goûts, ses informations, ses connaissances ou ses aptitudes, après s'être libéré de toutes les obligations, professionnelles familiales ou sociales ».

Pourtant, malgré tout ce qui a pu être annoncé sur la fin du travail⁹⁸, celui-ci occupe toujours une place prépondérante dans notre existence. La preuve en est l'enquête réalisée par P. BRECHON qui démontre que 68% des Français déclarent que le travail a une très grande importance dans leur vie⁹⁹. Le jugement porté est compréhensible car l'emploi est encore l'un des facteurs déterminant de l'intégration sociale d'un individu, qui se fait ainsi reconnaître socialement. Il est également le moyen pour chacun d'être autonome financièrement : il représente une garantie face à l'avenir.

⁹⁴ Article 71 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant statut de la fonction publique hospitalière.

⁹⁵ Se référer à la page 73.

⁹⁶ Voir également la revue sciences humaines n° 114 pp 27, 28 et p 34.

⁹⁷ J. DUMAZEDIER, in *Vers une civilisation du loisir ?* (1972).

⁹⁸ Il faut se référer au débat qui avait suivi la publication d'un ouvrage de D. MEDA intitulé *Travail, une valeur en voie de disparition ?*

⁹⁹ P. BRECHON, in *Les valeurs de Français*, Armand Colin, 2000.

Les résultats de cette recherche infirment ainsi les thèses émises par rapport à la fin du travail en tant que valeur fondamentale de notre société. Ce qui a changé, c'est la perception que nous en avons aujourd'hui. Le travail conserve une grande influence, mais la place qu'il occupe se réduit progressivement : l'entrée dans la vie active se fait plus tard. L'épanouissement individuel n'est plus uniquement basé sur l'activité professionnelle, mais sur un subtil équilibre que l'on appelle « la qualité de vie », car chacun considère qu'il y a une vie après le travail.

C'est pour cet ensemble de raisons que la gestion des ressources humaines doit apporter une attention croissante à l'élément subjectif qu'est la satisfaction du personnel au travail. Certes, chacun de nous a des attentes particulières vis-à-vis de sa profession, mais il existe des tendances communes qui doivent être prises en compte. Le monde du travail est en train de subir des évolutions bien plus importantes qu'il n'y paraît. L'environnement économique devient de plus en plus concurrentiel et impose une individualisation du rapport au travail, qui se traduit par un management par objectifs, même au sein du service public de la santé. Ce genre de pratique attache beaucoup d'importance à la performance quantitative et qualitative que chaque salarié peut produire.

Dans ces conditions, les théories sur la satisfaction et la motivation du personnel tendent à prendre une importance grandissante. L'amélioration des conditions de travail est un moyen nécessaire, mais non suffisant, d'accroître le degré de satisfaction du personnel. L'approche quantitative doit être accompagnée par une amélioration qualitative des conditions de travail. En effet, puisque le rapport au travail subit un bouleversement, il faut adapter la gestion des ressources humaines en conséquence, car « la satisfaction [...] devient [...] plus difficile lorsque le rapport au travail s'individualise »¹⁰⁰.

La responsabilité de chaque salarié devient plus importante en même temps que s'accroît sa marge d'autonomie. Le corollaire est que : « de nombreux salariés disent éprouver le sentiment de ne pas être à la hauteur des objectifs assignés »¹⁰¹. La conséquence est que leur motivation risque de chuter.

¹⁰⁰ S. PAUGAM, in *Salaire, plaisir, reconnaissance*, Sciences humaines n°114, mars 2001, p.27.

¹⁰¹ S. PAUGAM, in *Salaire, plaisir, reconnaissance*, op. cité.

Pour éviter que ceci ne se produise, il faut donc que la gestion des ressources humaines conduise ce changement. L'individualisation du rapport au travail doit être accompagnée par un suivi individuel des agents, plus fréquent que celui qui consiste en une simple évaluation annuelle. A Nîmes comme ailleurs, le cadre doit pouvoir exercer ses fonctions d'encadrement de manière plus satisfaisante qu'actuellement. Il faut donc instaurer des relations sociales beaucoup plus ténues, réintroduire de l'humanité dans la relation de travail. L'autonomie supplémentaire accordée aux agents dans la conduite de leurs tâches impose que l'on prête une attention plus importante aux parcours professionnels ainsi qu'à la personne elle-même, à ses objectifs, à ses attentes et à ses interrogations.

Un management au plus près des membres d'un service ou d'une équipe est, pour les agents une reconnaissance indirecte du travail accompli. Si l'encadrement joue bien le rôle qui lui est effectivement dévolu, c'est-à-dire diriger et animer une équipe, la conduite du personnel devient plus efficiente car la fonction d'écoute et de contrôle du cadre sont rétablis. Il faut que le personnel se sente valorisé dans ses actions quotidiennes : c'est un principe essentiel.

Lorsque l'on analyse les résultats de l'enquête de satisfaction menée en fin d'année 2001 à Nîmes, nous constatons que c'est l'ensemble des éléments que nous venons d'évoquer qui est exprimé par le personnel. L'avis exprimé sur les conditions matérielles de travail n'est plus forcément valable, puisque le nouvel établissement est neuf et doté d'équipements très modernes. Par contre, 74% des agents estiment que la reconnaissance et la valorisation du travail n'existent pas au sein du service. C'est un jugement qui n'a pas évolué malgré le déménagement, car il est lié au style de management et pas à la structure.

b) La réduction du temps de travail :

L'organisation de la RTT et l'impact de la RTT sur l'absentéisme¹⁰² sont également des critères qui interviennent sur la satisfaction des agents.

La réduction du temps de travail au sein du C.H.U de Nîmes a donné lieu à la rédaction d'un protocole d'accord local qui prévoit l'attribution de vingt jours de réduction du temps de travail pour l'ensemble du personnel. Bien que les organisations syndicales n'aient pas signé ce texte, le passage des 39 heures aux 35 heures est considéré comme un acquis social important sur lequel il ne saurait être question de revenir. A Nîmes comme dans de nombreux établissements de santé en France, le désaccord porte uniquement sur les modalités de mise en œuvre de la réforme¹⁰³.

Les comparaisons concernant le niveau d'absentéisme établies ci-dessus ne permettent pas d'affirmer que l'application de la réduction du temps de travail a conduit à une forte diminution du niveau d'absentéisme. En effet, entre 2001 et 2002, le taux d'absentéisme exprimé en nombre de jours par agent est passé de 22, 61 à 22,36. La diminution du nombre de jours d'absence par agent est si faible (-1,10%) que l'on peut donc annoncer, sans risque d'erreur, qu'elle est quasi-nulle.

L'impact limité de la réduction du temps de travail sur l'absentéisme peut être expliqué par deux raisons principales.

La première est que cette réforme aussi importante aurait dû être effective dès le premier janvier 2002. Cependant, son application a été repoussée par la parution tardive des textes réglementant la R.T.T¹⁰⁴ au sein de la fonction publique hospitalière. La politique de réduction du temps de travail n'a pu être concrètement appliquée qu'à partir du mois d'avril 2002. Par conséquent, 2003 est la première année pour laquelle la R.T.T. produit ses effets pleins et

¹⁰²E. JARDIN « Moins de travail pour plus de bonheur ? », in *Sciences humaines* trimestriel n°39, décembre 2002 / janvier-février 2003, pp. 28 à 31. Le rapport « Piquemal » apporte de nombreux renseignements à ce sujet.

¹⁰³ A ce propos, lire le rapport *Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T dans les établissements de santé*, dit rapport PIQUEMAL.

¹⁰⁴ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail. Décret n°2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux heures supplémentaires. Décret n°2002-788 du 3 mai 2002, relatif au compte épargne-temps.

entiers. Pour le moment, nous ne pouvons donc logiquement en conclure que nous ne disposons pas encore du recul nécessaire pour apprécier quels sont les véritables effets positifs ou négatifs de la R.T.T sur l'absentéisme du personnel hospitalier. Cet élément est confirmé dans un article rédigé par Evelyne JARDIN, qui précise qu' « il est peut-être encore trop tôt pour mesurer tous les effets de cette réduction du temps de travail sur nos sociétés »¹⁰⁵. Par contre, l'analyse des chiffres complets de l'absentéisme pour le C.H.U de Nîmes à la fin de l'année 2003 apportera certainement un début de réponse.

La deuxième raison porte sur des éléments plus généraux.

Selon le même auteur, « les enquêtes montrent que les plus satisfaits de la R.T.T sont les cadres. [...] Lorsque l'on descend dans la hiérarchie, la satisfaction s'étiole et la proportion de personnes qui déclarent que leurs conditions de vie se sont dégradées s'accroît »¹⁰⁶. Cette précision est confirmée par C. GAVINI. Pour cet auteur, l'opinion des salariés sur la R.T.T est fortement dépendante du niveau de vie. Ce dernier explique que les cadres qui ont les revenus les plus élevés, optent pour la ressource rare qui est le temps, tandis que pour les ouvriers, c'est l'argent qui constitue la ressource rare¹⁰⁷.

Or il se trouve que l'hôpital est par nature un milieu ouvrier. Ce n'est pas apporter un jugement péjoratif que de qualifier le microcosme hospitalier « d'ouvrier ». C'est un constat effectué par Anne VEGA, lors d'une enquête de terrain réalisée au sein d'un établissement de santé¹⁰⁸. L'auteur ne fait que rapporter les paroles d'un cadre hospitalier quand il écrit: « [nous sommes] des ouvriers hospitaliers »¹⁰⁹.

Dès lors, il n'est pas étonnant que « le degré de satisfaction relatif aux 35 heures [...] [soit] lié aux modalités d'organisation du travail. Si les moins qualifiés sont les moins contents, c'est parce que leurs conditions de travail se

¹⁰⁵ E. JARDIN, *Moins de travail pour plus de bonheur ?*, op. cité, p 31.

¹⁰⁶ E. JARDIN, op. cité, pp 28-31.

¹⁰⁷ C. GAVINI, in *Les métamorphoses du travail*, éditions LIAISONS, 2001-2002.

¹⁰⁸ Anne VEGA in *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Edition des Archives contemporaines, 2000.

¹⁰⁹ Voir à ce propos l'article de A. VEGA *le paradoxe infirmier* in la revue Sciences Humaines n°114, mars 2001, p.36.

sont dégradées avec la R.T.T. Selon le rapport de la D.A.R.E.S (et le rapport Piquemal pour les établissements de santé), ils sont généralement soumis à de fortes contraintes horaires mais aussi organisationnelles qui, compte tenu du peu d'embauches réalisées, ont entraîné une dégradation des conditions de travail ». Parmi les dégradations des conditions de travail, l'auteur cite pour l'essentiel : une accélération conséquente des rythmes, une augmentation du nombre de tâches à effectuer ainsi que des amplitudes horaires quotidiennes plus importantes.

Les conclusions de ces deux auteurs sur la réduction du temps de travail sont confirmées par un article du quotidien *Le Monde* présentant les résultats d'une enquête réalisée auprès de 6000 personnes entre 1996 et 1999¹¹⁰ : « [la R.T.T a rendu] le travail plus intense encore qu'il ne l'était ».

3. Les catégories d'absentéisme sur lesquelles une action est envisageable :

Au terme de cette deuxième partie, certaines priorités se dessinent : le C.H.U ne peut engager des actions contre tous les types d'absences. En effet, à la lumière des éléments évoqués précédemment, il serait judicieux que l'établissement tente de réduire trois manifestations principales de l'absentéisme.

En premier lieu, il faut que l'hôpital fasse chuter le nombre de jours d'arrêt de travail pour maladie ordinaire et, notamment, les C.M.O de moins de trente jours, qui constituent le quart de ces derniers.

En deuxième lieu, ce sont les accidents de travail qui doivent être traités, car leur évolution est très rapide depuis 1997.

Enfin, ce sont les maladies professionnelles qui sont concernées, car leur progression est extrêmement forte. Elles concernent principalement les affections rachidiennes, qui ont un impact très important, comme nous l'avons précédemment constaté.

¹¹⁰ N. WEILL, in *Une vaste étude sociologique souligne la place du travail dans la vie des Français*, Le Monde, 11 février 2003, p. 9.

III. LES PISTES DE RESOLUTION :

A. Pourquoi lutter contre l'absentéisme ?

L'absentéisme est, comme nous l'avons vu, un phénomène relativement ancien, une donnée presque récurrente. Longtemps considéré comme une manifestation peu significative, il est actuellement regardé comme un élément essentiel de la gestion des ressources humaines.

Pourtant, ce dernier n'est pas aisé à appréhender. Les informations chiffrées que nous pouvons obtenir permettent de comprendre ses implications générales. Mais il dépend souvent d'un lieu, de conditions de travail bien précises et d'une époque donnée. Ainsi, chaque absentéisme est quasiment unique. Nous pouvons retrouver des tendances générales, mais en fonction certains critères spécifiques, ses expressions diffèrent. Il ne peut donc y avoir de solutions globales qui seraient appliquées de manière uniforme pour solutionner cette question. La multiplicité des causes, qui interagissent les unes avec les autres, rend complexe la résolution de ce problème. Par ailleurs, le travail demandé est important : il requiert du temps ainsi qu'une analyse détaillée des sources de l'absentéisme. De plus, les solutions qui seront envisagées et appliquées ne donneront pas leurs fruits immédiatement. Il faut donc faire preuve de persévérance.

Faire diminuer l'absentéisme est une tâche incessante, presque ingrate. Alors, pourquoi tenter de limiter ce qui semble intangible ? Tout simplement car il n'est pas satisfaisant de constater que l'absentéisme progresse. Il induit des coûts, il désorganise l'établissement sur le plan humain et financier. Ce problème est d'une importance telle que l'on parle volontiers de « lutte », de « combat » ou bien de « remèdes » contre l'absentéisme. Les substantifs utilisés témoignent de la difficulté de la tâche, mais également de l'engagement qu'elle demande.

A Nîmes en 2002, ce sont 312 agents qui sont absents en permanence, ce qui représente 8,34% de l'effectif. La conséquence est que l'établissement est amené à recourir à du personnel contractuel, ce qui le prive d'une partie de ses ressources financières. Enfin, les créations d'emplois consécutives à

l'application de la R.T.T seront étalées sur la période 2002-2005 et ne suffiront pas à compenser les effets de la baisse du temps de travail¹¹¹.

B. Les solutions à envisager :

Les solutions à proposer doivent constituer un ensemble cohérent de solutions générales (1) et plus spécifiques (2).

1. Des solutions globales :

a) Le temps partiel, un frein à l'absentéisme ?

A Nîmes, l'application du temps partiel concerne 15% du personnel, avec une préférence marquée des agents pour les durées de 50% et de 80%. C'est la loi du 9 janvier 1986¹¹² qui a réglementé son usage dans la fonction publique hospitalière. Selon ses termes, un agent peut demander à obtenir un temps de travail équivalent à 50, 60, 70, 75, 80 ou 90% de la durée légale du travail.

Le séminaire de recherche dirigé par Monsieur DAMEL¹¹³ préconisait au début des années 1980 l'extension du travail à temps partiel comme « moyen de lutter efficacement contre un certain type d'absentéisme, notamment celui lié aux problèmes de la vie courante, à la conciliation des charges professionnelles et familiales ».

Pourrait-on considérer le temps partiel comme la solution à Nîmes ? En tout état de cause, la réponse ne peut être que négative. En effet, comme le précise le mémoire « *L'absentéisme à l'hôpital : causes, manifestations, remèdes* », l'application du temps partiel à l'hôpital n'est pas « sans difficultés de gestion, [car] il est indispensable que l'équivalent temps plein soit couvert par des agents à temps partiel ». L'augmentation du nombre de temps partiels aurait comme conséquence d'imposer au C.H.U le recrutement de personnel pour compenser les effets de la diminution de la quotité de travail de certains

¹¹¹ La R.T.T fait diminuer de 10% le temps de travail de chaque agent. Pour arriver à l'équilibre, le C.H.U aurait dû obtenir le financement de 373,8 postes. Or, il n'en obtient que 187 sur trois ans.

¹¹² Articles 46 et 47 de la loi du 9 janvier 1986, op. cité.

¹¹³ « *L'absentéisme à l'hôpital : causes, manifestations, remèdes* », op. cité.

agents. De plus, le temps partiel est une politique coûteuse¹¹⁴. Or, il est nécessaire de rappeler qu'il existe une différence de 150,96 E.T.P entre les effectifs prévus au T.E.P et le personnel effectivement rémunéré, ce qui induit une charge financière supplémentaire de 5,8 millions d'€uros. Il est aisé de comprendre que ce n'est pas possible, du point de vue financier.

Enfin, il faut reconnaître que si le temps partiel permet à l'agent qui en bénéficie de concilier les charges professionnelles et familiales, il n'aboutit pas à la diminution du niveau d'absentéisme au sein d'un hôpital. Il faut à ce propos évoquer une étude réalisée au C.H de Saint-Malo en 1998, dont le but était de vérifier si l'extension du travail à temps partiel permettait de faire diminuer le taux d'absentéisme. Les résultats de cette recherche¹¹⁵ ont permis de démontrer le contraire. Comme le précise l'auteur, « contrairement à ce qu'il est unanimement affirmé, l'absentéisme des agents travaillant au Centre Hospitalier de Saint-Malo est supérieur à celui des agents travaillant à temps plein ».

Bien entendu, nous ne pouvons pas utiliser les résultats de cette étude sans prendre un certain recul : il ne faut pas tirer de conclusions générales et hâtives à partir de ce cas particulier. Les données relatives au seul absentéisme C.M.O des agents à temps partiel à Nîmes confirment qu'il faut rester prudent car il s'élève à 10,64 jours d'absence par agent (6091 jours pour 572 personnes). L'étude réalisée à Saint-Malo n'est ni infirmée, ni confirmée, étant donné que ce chiffre est assez proche des 11,43 jours d'absence C.M.O par agent pour l'ensemble du C.H.U. Néanmoins, l'intérêt de l'exemple malouin est réel car ses conclusions remettent en cause un certain nombre d'idées préconçues sur l'utilisation du temps partiel. En outre, elle permet de prendre conscience que l'utilisation trop généreuse impose un effort de recrutement que l'établissement n'est pas toujours en mesure de fournir.

¹¹⁴ Notamment pour les 80 et 90% qui perçoivent respectivement 6 / 7^{ème} et 32 / 35^{ème} de la rémunération d'un agent à temps plein. Le surcoût dû aux temps partiels est en partie compensé par le Fonds pour l'Emploi Hospitalier.

¹¹⁵ B. PAGLIANO, in *Le travail à temps partiel, un frein réel à l'absentéisme ? Analyse de la situation au Centre Hospitalier de Saint-Malo*.

b) La gestion informatisée du temps de travail :

A Nîmes, dans services de soins, ce sont les cadres de santé qui prévoient les horaires de travail pour leurs équipes. L'emploi du temps est rédigé sur des fiches papiers pour le mois à venir. Ces dernières subissent au cours de leur utilisation des modifications manuscrites en fonction des absences des agents. En fin de mois, elles sont adressées au service de la paye qui effectue les vérifications d'usages, avant de transmettre l'ordre de payer le personnel. Cette façon de travailler est chronophage et source d'erreurs multiples, toutes les vérifications étant effectuées manuellement pour l'ensemble de 3700 agents du C.H.U.

A ces premières remarques s'ajoutent deux difficultés. La première est que le personnel para-médical représente quasiment 70% de l'effectif et travaille selon des horaires variables qui comprennent les nuits, dimanches et jours fériés. C'est donc le secteur le plus complexe à gérer en matière de planification du temps. La seconde concerne l'application de la R.T.T, qui renforce les difficultés de gestion car le personnel travaille 38 heures 20 minutes par semaine : cette durée ne constitue pas un nombre entier, ce qui finit par poser des problèmes de décimales lorsque l'on calcule les droits à repos des agents.

La gestion informatisée du temps de travail est une deuxième solution que le C.H.U de Nîmes est actuellement en train d'appliquer. Elle impose de passer d'une gestion manuelle et manuscrite à une gestion automatique des emplois du temps. Le but de la démarche est de pouvoir disposer d'un outil fiable et rapide en ce qui concerne la planification du temps de travail. Chaque cadre pourra réaliser une version informatique des emplois du temps, qui sera transmise au service de la paie en fin de mois. Les modifications apportées par les cadres seront réalisées « au propre », tandis que les vérifications seront automatiques et ainsi, beaucoup plus précises. Le programme informatique sera étendu à l'ensemble des services de l'établissement, mais ce sont les services de soins qui vont en retirer les principaux avantages.

Le choix effectué par le C.H.U de Nîmes est une solution intermédiaire, dans la mesure où c'est une aide informatique qui est apportée à la planification des emplois du temps.

Actuellement, l'option envisagée ne permettra pas de faire diminuer le niveau d'absentéisme, puisque ce sont les emplois du temps prévisionnels et théoriques qui sont informatisés. Les modifications des emplois du temps qui seront reportées sur le logiciel de gestion qui confirmeront ou amèneront les plannings prévisionnels.

Par contre, si cette nouvelle organisation n'est que temporaire permet ensuite de passer à une gestion automatisée du temps de travail, les incidences sur l'absentéisme risquent d'être importantes. En effet, une telle organisation suppose la mise en place d'horaires « individualisés ». Il est ainsi prévu un temps de travail quotidien par agent, ainsi que des plages fixes et variables. Au sein de ces dernières, l'agent devient plus autonome, car il peut choisir ses horaires de début et de fin de travail. Il est également plus responsable, car son autonomie ne peut s'exercer qu'en tenant compte des impératifs de son service et de l'équipe dont il fait partie. En outre, cette organisation du travail suppose l'installation de bornes de contrôle (les pointeuses), qui permettent de vérifier les heures de début et de fin de travail du personnel, ainsi que ses absences et qui transmet les informations en temps réel à la D.R.H.

Cette solution impose évidemment de s'entourer de certaines précautions qui sont liées aux impératifs de continuité du service public. Il faut prévoir un effectif minimum correspondant à l'activité du service. La planification du temps de travail doit prendre la semaine pour période de référence, comme l'enjoint la réglementation « 35 heures ». Enfin, un système de débit / crédit d'heures doit être mis en place¹¹⁶. Tout agent dispose d'heures qu'il peut répartir selon ses besoins et reporter sur la semaine suivante, à l'instar de ce qui se déroulait sous le régime des heures vertes¹¹⁷.

Nous ne pouvons pas préciser à l'avance les résultats d'une telle option. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'elle fait partie des éléments qui concourent à l'amélioration des conditions de travail, car elle « donne à chacun de régler les

¹¹⁶ Cela suppose qu'une limite maximale d'heures soit imposée pour que le procédé fonctionne correctement.

¹¹⁷ Lors du passage des 40 aux 39 heures, le C.H.U avait opté pour la semaine des 40 heures. Chaque agent disposait d'un crédit de 4 heures à répartir sur le mois. L'application de la R.T.T a mis un terme aux « heures vertes ».

mille et une question de la vie courante »¹¹⁸. Elle représente également l'occasion d'implanter ou de réintroduire un moyen de contrôle des agents au sein de l'établissement. Par ces deux aspects, elle devrait donc concourir à une diminution de l'absentéisme.

c) Une équipe de remplacement :

Le remplacement de l'absentéisme au C.H.U de Nîmes se fait par l'intermédiaire d'emplois contractuels temporaires. Une modification à envisager est la constitution d'une équipe centralisée de compensation et de suppléance. En effet, le remplacement, même partiel, des agents limite les conséquences négatives de l'absentéisme : le report de la charge de travail sur le personnel restant, le rappel d'agents pendant leurs périodes de repos, le mécontentement des équipes et le désengagement professionnel de chacun.

Il est difficile de définir sans expérience préalable le nombre d'agents qui doit composer cette équipe. Une première estimation doit être réalisée en fonction des objectifs à atteindre et des missions confiées. Une évaluation de son activité doit ensuite être réalisée au terme d'une durée d'un an de fonctionnement.

Comme nous l'avons précédemment rappelé, le C.H.U de Nîmes compte 312 agents absents au quotidien. Il est évidemment impossible de les remplacer tous. Une hypothèse de travail est de compenser 10% de l'absentéisme médical, soient 7000 journées¹¹⁹. Si l'équipe de compensation n'effectue que des remplacements de courte durée (4 à 15 jours) et uniquement en semaine, il faudrait 32 agents (31,67), soient l'équivalent de 19 postes de travail. Les règles régissant le fonctionnement de cette équipe seraient simples. Les remplacements seraient de courte durée, pour du travail de jour et pendant la semaine. Les agents seraient donc astreints à des repos fixes et ne pourraient être membres de cette équipe pendant plus de deux ans consécutifs. A la fin de l'affectation de l'agent au sein de l'équipe, ce dernier bénéficierait d'une priorité pour choisir son poste au sein de l'établissement, dans le cadre de la mobilité interne.

¹¹⁸ « *L'absentéisme à l'hôpital : causes, manifestations, remèdes* », op. cité.

¹¹⁹ 6892,8 journées pour être exact.

Afin de constituer cette équipe de compensation et de suppléance, il faudrait utiliser une partie des 183 temps pleins accordés au C.H.U consécutivement à l'application des 35 heures. Actuellement, ce sont 129,92 temps pleins qui ont été alloués à l'établissement. Il en reste donc pratiquement 54, qui seront attribués au C.H.U en 2004. C'est sur ces derniers éléments que l'on doit prendre l'effectif nécessaire à la constitution de l'équipe de compensation. C'est une opportunité à saisir.

C'est une solution qui ne traite pas le fond du problème, mais simplement la forme. En effet, comme nous l'avons précisé, les missions d'une équipe de remplacement sont généralement définies en fonction de son effectif. Elle est donc une solution d'appoint car elle ne comprend pas personnel suffisant pour remplacer toutes les absences. Ainsi, ce sont principalement les absences pour motif médical de courte durée qui sont concernées : l'équipe de compensation ne peut servir à neutraliser l'effet des jours de repos dus au titre de la R.T.T. Enfin, elle ne peut être utilisée pour des remplacer des agents de nuit, car le rythme de travail qu'elle impose est suffisamment exigeant.

Malgré les remarques que nous venons de formuler, c'est une proposition que le C.H.U de Nîmes devrait appliquer.

d) L'information du personnel :

Actuellement, les informations relatives à l'absentéisme sont contenues dans deux documents principaux : le rapport de gestion ainsi que le bilan social. Bien entendu, ces documents sont publics, ce qui signifie que l'information est accessible à tous. Pourtant, seule une minorité de personnes a le temps de s'y intéresser : il s'agit principalement des membres du corps de direction, des membres des instances hospitalières, ainsi que les représentants du personnel. Seule cette minorité a une vision globale de l'absentéisme du C.H.U. Le reste des agents n'en a qu'une vision parcellaire, à travers le prisme déformant du service où ils sont affectés.

Parmi les préconisations d'ordre général envisagées jusqu'à présent, toutes ont des répercussions financières. Il faut également envisager d'utiliser des moyens plus élémentaires, qui ne sont pas forcément gratuits, mais dont le coût est moindre. La solution est simple dans son concept et simple à mettre en œuvre : elle consiste à informer l'ensemble du personnel sur l'état de l'absentéisme, afin que chacun prenne pleinement conscience du phénomène.

L'information du personnel a pour but, non pas de culpabiliser les agents, mais de les éclairer par rapport au niveau d'absentéisme car la diminution du nombre des absences est l'affaire de tous.

Le concept est aisé à mettre en œuvre. Le C.H.U dispose d'une base de données et d'un logiciel de requêtes. L'information serait délivrée trimestriellement ; elle préciserait le niveau de chaque catégorie d'absence pour le service ainsi que pour le C.H.U. C'est un travail qui demande au plus quelques minutes, puisque toute la recherche est effectuée automatiquement et que tous les services disposent d'au moins un poste de travail informatique. Cette solution peut avoir un impact fort dans les premiers temps. Cependant, son pouvoir dissuasif risque de décroître rapidement si l'information n'est pas accompagnée de mesures destinées à combattre l'absentéisme : le personnel la considèrera alors comme une information parmi tant d'autres.

e) Une police d'assurance ?

Actuellement, le C.H.U intervient en tant qu'organisme de sécurité sociale pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès. Il verse des prestations en espèces à ses employés, en complément des prestations en nature servies par les caisses primaires d'assurance-maladie, le cas échéant. C'est uniquement dans les cas d'accident du travail¹²⁰ ou de maladie professionnelle que tout est à la charge de l'employeur¹²¹. Cela peut constituer un poste de dépense considérable si l'E.P.S choisit de demeurer son propre assureur.

Il pourrait envisager de contracter une police d'assurance, afin de contrebalancer les effets du risque « absentéisme ». En l'échange d'une cotisation versée à son assureur, l'hôpital est ainsi déchargé de la gestion administrative et financière des absences. La question qui vient alors

¹²⁰ Accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions, conformément à la loi du 9 janvier 1986, art. 41.2°. L'accident de trajet est considéré comme un accident du travail par la jurisprudence, à partir du moment où il se produit entre le domicile et le lieu du travail. Ainsi, un accident lié à un malaise pendant le trajet est considéré comme un accident de service, C.A.A Lyon, Mlle MELI, 19 septembre 1997. Par contre une chute entre la porte d'entrée et le portail donnant sur la rue en allant prendre son service n'est pas un accident de service, C.A.A Paris, 26 janvier 1999, A.P.-H.P c / Dame BECASSE.

¹²¹ Décret n°60.58 du 11 janvier 1960.

immédiatement à l'esprit est la suivante : faut-il assurer tout le risque « absentéisme » ? La logique de l'assurance fait que l'on doit assurer les risques qui ne sont pas prévisibles d'un point de vue managérial et comptable. Les données que nous avons recueillies montrent que le niveau moyen d'absentéisme se situe autour de 73000¹²² journées d'absence par an depuis 1997. Il convient donc de déterminer ce qui doit être garanti par une police d'assurance. En effet, compenser l'ensemble du risque « absentéisme » aurait des implications financières beaucoup trop importantes pour le C.H.U, compte tenu de l'importance du phénomène. Alors, si l'on adopte un raisonnement logique, le risque envisagé doit constituer un *alea* au sens premier du terme, c'est-à-dire qu'il ait un caractère imprévisible, comme nous venons de le souligner.

Parmi les différentes causes d'absences, les seules qui soient véritablement fortuites sont les accidents de travail ainsi que les accidents de trajet. Nous avons précédemment constaté qu'ils ne représentent pas plus important volume d'absences, mais leur progression est très forte depuis 1997 (respectivement + 123,37 % et + 234,07%).

La solution consiste à souscrire une police d'assurance qui garantisse, en capitalisation¹²³, les dépenses engagées par l'établissement au titre des accidents de trajet et de travail : les frais de soins. Le montant de la prime est calculé en fonction de l'absentéisme, sur la base d'un pourcentage appliqué à la ligne budgétaire 641.11 de l'hôpital. Compte tenu de la masse salariale du C.H.U et du taux d'absentéisme, il est raisonnable de prévoir un taux de 0,30%, soit une prime d'approximativement 200 000 Euros.

Les avantages offerts par cette solution ne sont pas négligeables.

L'établissement déclare les sinistres à son assureur, qui constitue les dossiers et assure les remboursements, le cas échéant, selon le régime du tiers-payant. De plus, l'assureur prend en charge la gestion des dossiers, ce qui signifie que le C.H.U externalise cette tâche, lui permettant ainsi de redéployer

¹²² Ce chiffre est conséquent, mais il comprend les absences « toutes maladies et maternité ». La moyenne C.M.O est de 38000 journées par an.

¹²³ Un contrat en capitalisation continue à produire ses effets, pour les sinistres déclarés pendant sa période de validité, même après sa résiliation. Par contre, si la gestion se fait en répartition, l'indemnisation des sinistres déclarés s'arrête à la date de résiliation du contrat.

des E.T.P. Enfin, les expertises médicales dont l'établissement pourrait avoir besoin pour présenter un dossier au Comité départemental de réforme (C.D.R) sont à la charge intégrale de l'assureur.

Les principales limites de ce projet sont de trois ordres. En premier lieu, la couverture des frais de soins est une solution de moindre assurance, car seules sont prises en charge les dépenses relatives aux accidents de trajet et de travail. En deuxième lieu, ce ne sont que les conséquences de l'absentéisme qui sont traitées. Enfin, le coût de la prime d'assurance est un facteur bloquant même si la passation d'un marché public permettrait certainement de stimuler la concurrence et d'obtenir ainsi des tarifs plus avantageux.

f) Les sanctions :

Parmi l'ensemble des solutions envisagées, les sanctions sont celles qui sont à appliquer en dernier lieu, car elles ne résolvent pas le problème de l'absentéisme. Elles ne répriment que ses manifestations les plus exagérées, ce qui les rend parfois indispensables.

Nous pouvons distinguer deux catégories de pénalités, notamment disciplinaires et pécuniaires, qui découlent de la politique des contrôles¹²⁴. Les vérifications au cours du C.M.O prennent la forme de contrôles médicaux exercés par des médecins agréés, ou encore de contrôles administratifs pour vérifier si l'agent est présent à son domicile en dehors des heures de sortie autorisées.

Les sanctions qui sont applicables sont d'ordre pécuniaire, c'est-à-dire que l'agent peut être placé en position de congé sans traitement, dans trois cas. En premier, si l'agent n'a pas respecté le délai de justification de son absence¹²⁵, ou bien parce qu'il refuse de se soumettre à un contrôle médical, ou encore parce qu'il est absent de sa résidence en dehors des heures de sortie autorisée.

¹²⁴ Les agents ont obligation de se soumettre aux contrôles conformément aux dispositions de l'article 15 du décret 88.396 du 19 avril 1988.

¹²⁵ Il faut pour cela que le C.H.U modifie le mode de transmission des pièces justificatives de l'arrêt de travail (voir à ce propos page 66 et s. « des solutions plus ciblées »)

Des sanctions administratives peuvent être utilisées, mais uniquement dans des cas d'abus manifeste, mais elles ne sont pas les plus utiles, car seuls l'avertissement et le blâme peuvent réellement être appliqués. Ce sont des sanctions du premier degré, que l'A.I.P.N peut prononcer sans avoir à réunir un conseil de discipline mais qui ne laissent pas de traces dans le dossier de l'agent¹²⁶. Elles ont donc un intérêt extrêmement limité.

2. Des solutions ciblées sur quelques types d'absentéismes particuliers :

a) Réorganiser le schéma de transmission des pièces justificatives de l'absentéisme :

L'envoi des pièces justificatives d'une absence est un élément fondamental dans la gestion du phénomène de l'absentéisme. En effet, le délai imparti à tout agent pour justifier son absence est assez court¹²⁷. Au terme de ce délai, l'autorité investie du pouvoir de nomination (A.I.P.N) doit disposer des informations nécessaires pour traiter le dossier de l'agent concerné. Le bilan réalisé à ce sujet au C.H.U de Nîmes a permis de constater que les pièces justificatives des absences et en particulier, des C.M.O, n'étaient pas transmises à la D.R.H dans le temps prévu.

Après une analyse de la situation, il ressort que deux modalités d'envoi coexistent à Nîmes. La première méthode est utilisée par la majorité du personnel¹²⁸. L'agent concerné transmet les documents à son encadrement qui les adresse à son tour à la D.R.H, mais sans y ajouter de visa. Lorsque les pièces justificatives transitent par l'intermédiaire de l'encadrement, l'avantage est que ce dernier est informé de la situation. Par contre, la présence d'un tiers entre l'agent et la D.R.H allonge le délai de transmission de l'information, qui est ainsi supérieur aux quarante-huit heures réglementaires. Puisque les documents ne comportent pas la date de réception par le cadre, il est

¹²⁶ L'avertissement n'est pas inscrit au dossier de l'agent, contrairement au blâme, mais ce dernier disparaît si aucune autre sanction n'a été prononcée dans un délai de trois ans.

¹²⁷ Art. L.859 du Code de la Santé Publique, op. cité.

¹²⁸ Ceci concerne la majeure partie des cas, qui n'a cependant pas pu être quantifiée.

impossible de déterminer si le retard est dû à l'agent ou à l'acheminement du courrier.

Le deuxième procédé est utilisé par une minorité d'agents, qui transmet directement les pièces justificatives de l'absence à la D.R.H. Lorsque les agents adressent directement les justifications à la D.R.H, le délai est respecté¹²⁹ et l'A.I.P.N peut traiter le dossier. Cependant, l'encadrement des agents concernés n'est pas informé avec précision de la situation, ce qui peut gêner l'organisation de son équipe et de son emploi du temps.

Afin de remédier à cette situation, il conviendrait de réorganiser le système, tout en tenant compte de la mise en place de la planification informatisée du travail. Les agents devraient donc transmettre les documents relatifs à leur absence à l'encadrement dont ils dépendent. Le cadre enverrait ensuite à la D.R.H les éléments en précisant sur un bordereau la date de réception ainsi que la date d'envoi. Une telle organisation n'est pas plus rapide, mais elle est plus efficace dans la mesure où elle permet de déterminer avec précision si l'agent a respecté la règle des quarante-huit heures. Des sanctions peuvent être prises, le cas échéant. Un autre avantage est que les cadres sont informés sur la durée prévisionnelle de l'absence, ce qui leur permet de gérer leurs équipes en conséquence.

Le dernier atout est que la D.R.H détermine toujours la qualification de l'absence¹³⁰, ce qui lui permet d'assurer le contrôle de l'ensemble. Les informations enregistrées par la D.R.H seront transmises au cadre, puisque la gestion informatisée du temps de travail relie les logiciels de gestion du temps et de gestion de la paie.

¹²⁹ Si le délai n'est pas respecté, la preuve matérielle rend la sanction possible.

¹³⁰ Actuellement, le cadre dispose d'un code pour signaler toute absence sur les plannings. C'est la D.R.H qui détermine quel est le type d'absence et enregistre l'information sur le logiciel de gestion de la paye. C'est une modalité de fonctionnement normale, car il faut tenir compte de l'avis du Comité départemental de réforme dans certains cas, notamment quand la maladie ordinaire se poursuit par un C.L.M ou encore en cas de maladie professionnelle.

b) Le suivi des agents :

Actuellement, un agent qui reprend son travail après une période d'absence pour motif médical n'est pas systématiquement vu en entretien par le cadre dont il dépend. Il serait souhaitable de définir les modalités de mise en œuvre d'une rencontre obligatoire entre le cadre et l'agent qui reprend son activité.

Une telle pratique doit servir à établir un échange plus direct entre le cadre et l'un des membres de son équipe, afin de faire émerger les difficultés qui pourraient exister.

La mise en œuvre systématique de ces entretiens doit être rendue possible grâce au temps rendu disponible par la G.I.T.T¹³¹. Elle offre trois avantages pour un coût financier quasi-nul.

En premier lieu, la rencontre fait partie d'une logique de suivi global du salarié. Elle permet de « faire le point » et l'agent doit en déduire qu'il n'est pas considéré comme un simple rouage du système puisque son absence est prise en considération par la hiérarchie. Chaque agent doit réaliser quelle est son importance et sa spécificité. Il doit également comprendre que son absence a des répercussions sur l'organisation de l'ensemble auquel il appartient. C'est un point qui paraît extrêmement important. En effet, « dans un environnement de plus en plus concurrentiel, tous les salariés deviennent sensibles à la reconnaissance de leur travail et de leurs compétences par leurs supérieurs hiérarchiques »¹³². Il est vrai que la rencontre entre l'agent et sa hiérarchie directe après une période d'absence ne sert pas à valoriser des compétences ou un savoir-faire. Elle signale que tous les agents comptent et que les absences de chacun ont une répercussion négative sur le reste de l'équipe. C'est donc un moyen de reconnaissance indirecte, qui doit s'ajouter à la reconnaissance directe des qualités professionnelles du personnel. C'est un élément qui fait peut-être défaut à Nîmes, car seule une fraction du personnel (26%) estime que la reconnaissance et la valorisation du travail existent.

En deuxième lieu, l'entretien permet de préciser les difficultés que rencontre le salarié et qui le pousseraient à s'absenter. C'est une possibilité de management qui concerne principalement les agents dont les absences sont fréquentes. Afin de faire cesser ces absences chroniques, le cadre doit trouver

¹³¹ Gestion informatisée du temps de travail.

¹³² S. PAUGAM, *Salaires, plaisir, reconnaissance*, in *Sciences humaines* n° 114, mars 2001, p27.

des solutions adaptées, dans le cadre d'une négociation avec l'agent concerné. Bien souvent, il s'agira d'autoriser des aménagements d'horaires pendant un laps de temps prédéterminé. En agissant de la sorte, les chances de conserver l'agent présent à son poste de travail sont élevées, puisque les moyens sont donnés à celui-ci de résoudre ses difficultés d'ordre individuel. C'est une stratégie qui a pour but de rétablir l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, en tentant de concilier les besoins de chaque partie.

Le troisième et dernier bénéfice à attendre est que les cadres intermédiaires exercent véritablement leur missions d'organisation, d'animation et de contrôle de leurs équipes. Le suivi individuel des salariés, y compris après une période d'absence, fait partie intégrante de ces missions.

Comme nous le précisons plus haut, l'évolution du style de management n'est pas financièrement coûteuse. Elle nécessite simplement de trouver du temps, car c'est une activité « chronophage ». L'instauration de la G.I.T.T doit être le moment ainsi que le moyen de conduire le changement.

c) La formation professionnelle :

Parmi l'ensemble des démarches à conduire afin de faire diminuer l'absentéisme, « l'école du dos » ainsi que le soutien psychologique des agents sont des facteurs qui apparaissent déterminants pour améliorer les conditions de travail.

L'école du dos est l'un des thèmes retenus dans le cadre du récent projet social de l'établissement. Le constat effectué par la médecine du travail confirme la nécessité d'apporter une formation continue au personnel, afin d'enseigner aux agents des méthodes de travail adaptées. Des formations avaient eu lieu par le passé, mais de manière transitoire. Ce projet doit aboutir, car il permettrait de former les agents de manière continue et non plus épisodique. Le but est que les agents n'adoptent pas de mauvaises postures de travail, ceci afin de limiter les traumatismes du rachis et, par voie de conséquence, les arrêts de travail.

La principale limite est que ce projet n'est efficace que dans le cadre de la prévention secondaire, c'est à dire pour éviter les rechutes après un premier traumatisme.

d) Un psychologue à l'hôpital ?

« Travailler à l'hôpital, ça laisse des traces, on prend des coups, après ça devient la catastrophe si on ne trouve pas des lieux pour se décharger, se soulager »¹³³. Quelle meilleure réflexion que cette remarque pour exprimer la situation du personnel soignant à l'hôpital ? Evidemment, la charge émotionnelle n'est pas équivalente partout : elle est plus importante dans les services de soins intensifs ou dans les services d'accueil de l'urgence.

Face à la douleur, à la détresse, le réflexe du personnel est de prendre du recul, de la distance par rapport au malade. Le personnel para-médical adopte ainsi une attitude de compromis entre humanisme et comportement purement technique, car il n'est pas insensible. Pourtant ce processus ne suffit pas et il est nécessaire que le stress, la fatigue émotionnelle soient évacués. Pour celui qui connaît le monde hospitalier, les réunions d'équipe, les pauses, servent aussi à « exploser et dire ce que l'on a sur le cœur »¹³⁴. Le phénomène de catharsis est totalement compréhensible, car écouter, comprendre et soigner la souffrance d'autrui est un travail épuisant, qui nécessite l'existence de « soupapes de sécurité ».

Si ces groupes de parole improvisés ont un effet bénéfique, l'échange n'a lieu qu'entre des membres d'une même équipe ou d'un même service, ce qui peut engendrer des effets négatifs sur le long terme.

Le soutien psychologique du personnel de soins d'un établissement de santé est donc une hypothèse de travail à envisager très sérieusement. La solution à envisager à Nîmes est de mettre en place une équipe de soutien psychologique pour les agents affectés aux services les plus difficiles. L'écoute aurait lieu à la demande, par l'intermédiaire de psychologues extérieurs au service. Ainsi, chaque employé aurait la possibilité de s'exprimer et d'échanger avec un interlocuteur « neutre » pour se détacher, ne serait-ce que quelques instants, « d'un travail bouffant »¹³⁵.

¹³³ A. VEGA, in *Le paradoxe infirmier*, op. cité.

¹³⁴ A. VEGA, op. cité.

¹³⁵ A. VEGA, op. cité.

e) Une politique cohérente des postes aménagés :

Nous avons précédemment constaté que l'hôpital en général était un milieu de travail « pathogène » et que le personnel soignant est exposé à un certain nombre de risques, qui conduisent souvent à un épuisement professionnel. Les nouvelles exigences en matière de sécurité sanitaire, de qualité, ainsi que les modalités de prise en charge nouvelle¹³⁶ poussent à une productivité accrue du travail de tout le personnel hospitalier. Le risque de voir progresser les accidents du travail ou bien les maladies professionnelles dans les années à venir est une hypothèse de travail réaliste.

Le statut de la fonction publique a depuis longtemps tenté de limiter les effets de la déqualification des agents hospitaliers, en prévoyant la possibilité d'aménagements de postes¹³⁷. Mais dans bien des cas, les établissements de santé n'ont pas pu instaurer une gestion globale et cohérente de ces postes aménagés, les agents y étant souvent affectés dans la précipitation, puis « oubliés ».

Une étude a été conduite par la D.R.H du C.H.U. Elle a démontré qu'il existait des discordances entre les informations détenues par la D.R.H et les services. La D.R.H avait placé un certain nombre d'agents sur des postes aménagés, mais les services n'avaient pas enregistré cette disposition. En outre, un certain nombre d'agents bénéficiaient d'aménagements de postes au sein de leur service, ce que la D.R.H ignorait. Cette analyse a également démontré que des agents étaient affectés sur des postes aménagés depuis plus de dix ans au sein du même service. La conséquence est qu'ils se considèrent titulaires de leur poste de travail. De plus, le maintien de leur affectation fait que les agents concernés sont placés sur « une voie de garage » et transforme les services impliqués en « ghettos ». Le secteur hospitalier, à Nîmes comme ailleurs, ne sait pas que faire de ses « bras cassés ». L'expression est couramment utilisée pour désigner des agents usés par leur parcours professionnel. Le fait même d'utiliser cette formule et de regrouper ces agents

¹³⁶ Les hôpitaux de jour ou les hôpitaux de semaine.

¹³⁷ Article 71 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, op. cité. Il est paradoxal de constater que la possibilité des aménagements de poste est prévue dans la partie du statut évoquant le reclassement professionnel. Il est par ailleurs gênant que le législateur évoque tour à tour l'aménagement et l'adaptation de poste, sans les définir ni les distinguer.

au sein de quelques services démontre qu'ils sont considérés comme des salariés en plus, dont l'aptitude au travail est toute relative.

Afin d'apporter une réponse concrète à cette question, le C.H.U doit envisager un changement d'orientation qui vise un triple objectif :

- ◆ Affecter des agents sur des postes aménagés pour permettre à l'agent de revenir sur un poste de travail classique au terme d'un délai compris entre 6 et 12 mois¹³⁸.
- ◆ prévoir la possibilité de reconduire l'affectation en fonction des indications de la médecine du travail.
- ◆ soumettre les agents aux règles de la mobilité interne, le cas échéant. Le but est de proposer un avenir professionnel aux agents affectés durablement sur des postes aménagés, pour qu'ils ne soient plus considérés comme de travailleurs « en plus » et pour que le reste de leur carrière ne se déroule pas au sein du même service.

Pour arriver à ce résultat, il faut instituer une « commission postes aménagés » et la doter d'un règlement intérieur. Celle-ci doit rassembler : le Directeur de ressources humaines, les représentants des organisations syndicales, les médecins du travail.

Il faut ensuite recenser les postes de travail aménagés de l'hôpital, ou en créer, le cas échéant. A ces derniers doivent obligatoirement être associés des descriptifs de postes, qui définissent l'ensemble des tâches que l'agent aura à effectuer.

La tâche principale de la Commission est d'étudier les dossiers et de proposer à la D.R.H des avis d'affectation qui tiennent compte des capacités de l'agent. Sur la base des informations qui lui sont communiquées, la direction du personnel prend sa décision et en informe l'agent. Dans le cas où la personne serait affectée sur un poste aménagé, celle-ci doit s'engager à reprendre un poste de travail classique au terme d'un délai imparti. A cette date, la personne est revue par la médecine du travail ainsi que par la D.R.H, pour déterminer si l'attribution d'un poste aménagé doit être ou non reconduite. Le

¹³⁸ Les durées indiquées correspondent aux consultations semestrielles et annuelles de la médecine préventive.

projet demande donc un suivi régulier de ces agents par la D.R.H, afin que ce projet soit correctement mis en œuvre.

Une telle réorientation ne produira ses effets que sur le long terme, mais elle aura un impact positif sur l'absentéisme.

CONCLUSION :

Au terme de cette étude nous pouvons estimer qu'en un sens, elle s'est attachée à respecter la célèbre formule d'Albert Einstein, qui estimait qu'« il faut rendre les choses aussi simples que possible, mais pas plus simples ».

En effet, le travail réalisé a permis de préciser la situation et d'établir un premier diagnostic clair de la situation du C.H.U de Nîmes, qui confirme si besoin était que l'absentéisme demeure un sujet complexe. Si l'ensemble des informations recueillies a permis de mettre en lumière des facteurs explicatifs ainsi que certaines conséquences de l'absentéisme, l'analyse effectuée ne prétend pas toutefois être exhaustive et les solutions apportées ne sont ni générales ni absolues.

La lutte contre l'absentéisme est un travail ingrat, car il demande beaucoup de temps et d'énergie pour des résultats qui ne sont immédiatement perceptibles: les actions correctives doivent être appliquées sur le long terme pour porter tous leurs fruits. C'est également un combat qui ne peut véritablement être abandonné, car l'absentéisme est un fait répétitif et récurrent. Or, en ce domaine, il ne peut exister d'efficacité que si les personnes en charge du dossier disposent de suffisamment de temps pour conduire le changement, ce qui n'est pas toujours le cas.

C'est un élément qu'il conviendra de prendre en compte dans le cadre de la nouvelle gouvernance des hôpitaux, car la réforme des retraites ainsi que l'application de « la tarification à l'activité » risquent d'aboutir à une très forte croissance de l'absentéisme pour raison médicale dans les années à venir.

Bibliographie

1. Articles et coupures de presse:

- ◆ Une vaste étude sociologique souligne la place du travail dans la vie des Français, in *Le Monde*, 11 février 2003.

2. Ouvrages juridiques:

- ◆ Statut de la fonction publique
- ◆ Code de la Santé Publique
- ◆ Code de la Sécurité Sociale

3. Dictionnaires:

- ◆ Le petit Larousse en couleurs, librairie Larousse, 1981.
- ◆ Le petit Robert, 3^{ème} trimestre 1978.

4. Mémoires:

- ◆ Aziz El AIMER, « Etudes des accidents de travail au C.H.U de Nîmes, mai-juin 2000 ».
- ◆ PAGLIANO, in « Le travail à temps partiel, un frein réel à l'absentéisme ? Analyse de la situation au Centre Hospitalier de Saint-Malo », Mémoire ENSP 1998.
- ◆ BRUN, DELPECH, DUMONT et al., (promotion 1983-1985), séminaire de recherche sous la direction de Monsieur DAMEL in *L'absentéisme à l'hôpital : causes, manifestations, remèdes*.
- ◆ P. TESTUT, in *outil d'aide graphique au diagnostic*, note d'approfondissement pour le cycle d'études supérieures du travail en organisation, Conservatoire National des Arts et Métiers, 2000.

5. Ouvrages:

- ◆ H. LETEURTRE, in *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, éditions Berger-Levrault janvier 1991.

- ◆ COUNY S., DIEUMEGARD P., JEANNE B. et al., sous la coordination de DERENNE O. et LUCAS A. in *Le fonctionnaire hospitalier et sa carrière*, Editions E.N.S.P 2001.

6. Rapports:

- ◆ Rapport d'activité des médecins du travail du C.H.U de Nîmes 2002.
- ◆ Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T dans les établissements de santé.

7. Revue et mensuels:

- ◆ Sciences humaines, trimestriel n°39, décembre-janvier-février 2003.
- ◆ Information sur les ressources humaines à l'hôpital n°17, septembre 1999.
- ◆ Stratégie santé n°67, janvier 1995.
- ◆ Entreprise santé n°2, mars-avril 1996.
- ◆ Liaisons sociales, avril 2002.
- ◆ Sciences humaines n°114, mars 2001, *Travail mode d'emploi*.
- ◆ Gestion hospitalière n°205, avril 1981.

Liste des annexes

- 1) Tableau comparatif des absences pour motif médical du personnel non-médical en nombre de jours par agents et par catégorie statutaire.

	ETABLISSEMENT DE PLUS DE 3000 AGENTS		MOYENNE NATIONALE	
	1999	2000	1999	2000
CATEGORIE A	6,2	6,6	6,7	7,6
CATEGORIE B	16,2	17,4	17,8	18,4
CATEGORIE C	21,7	22,9	21,9	23,6
TOTAL	17,6	18,7	18,4	19,6

- 2) Tableau comparatif des absences pour motif médical du personnel non médical, en nombre de jours par type d'absence.

	ETABLISSEMENT DE PLUS DE 3000 AGENTS			MOYENNE NATIONALE
	1998	1999	2000	2000
MALADIE	8,3	8,1	8,6	9,2
C.L.M / C.L.D	4,3	4,5	4,8	5
A.T	1,2	1	1,1	1,3
A.t	0,2	1	0,2	0,2
M.P	0,1	0,2	0,2	0,3
MATERNITE	3,8	3,6	3,7	3,8
TOTAL	17,9	18,4	18,6	19,8