



**EHESP**

---

**Directeur d'établissements sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2009-2010**

Date du Jury : **Décembre 2010**

---

**L'amélioration de la qualité de vie au  
travail : un levier de prévention de  
l'absentéisme au Centre Hospitalier  
Sud Gironde**

---

**Sofia BOUALLALI**

---

# Remerciements

---

Mes plus vifs remerciements vont à Mme Bouchaud, directrice du Centre Hospitalier Sud Gironde, pour m'avoir accueillie au sein de son équipe de direction durant ces huit mois de stage.

Je tiens à remercier tout particulièrement Mme Limoges, directrice adjointe chargée des ressources humaines, pour sa confiance, sa disponibilité et son expertise. Je salue sa passion pour son métier et son humanisme.

Je remercie sincèrement Mme Combrate, directrice adjointe au Centre Hospitalier de La Réole, de m'avoir fait découvrir et partager le quotidien d'un directeur d'établissement de proximité.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe de direction, et en particulier Mme Bellouguet, pour sa bienveillance et son adhésion aux différents projets partagés.

Je remercie l'ensemble du personnel avec qui j'ai eu le plaisir de travailler pour sa précieuse contribution.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenue lors de la réalisation de ce mémoire ainsi que mes amis de promotion sans qui ces années à l'EHESP n'auraient pas été aussi enrichissantes.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Préserver la santé au travail : un enjeu incontournable et difficile à relever pour le directeur .....</b>	<b>5</b>
1.1 L'obligation pour le directeur de protéger la santé des agents.....	5
1.1.1 Une mise en œuvre dynamique de l'obligation de prévenir les risques professionnels au Centre Hospitalier Sud Gironde .....	5
1.1.2 Un secteur d'activité confronté à un absentéisme élevé préjudiciable à la qualité de prise en charge des usagers.....	10
1.2 L'instauration incontournable d'une politique de prévention de l'absentéisme au Centre Hospitalier Sud Gironde .....	13
1.2.1 L'absentéisme au Centre Hospitalier Sud Gironde : une situation critique..	13
1.2.2 La stratégie à adopter pour la réduction de l'absentéisme par la direction du Centre Hospitalier Sud Gironde.....	15
<b>2 Les facteurs de l'absentéisme imprévisible au Centre Hospitalier Sud Gironde.....</b>	<b>19</b>
2.1 Les caractéristiques de l'absentéisme imprévisible .....	19
2.1.1 Les différents motifs d'absentéisme au Centre Hospitalier Sud Gironde ....	19
2.1.2 La construction du profil type de l'agent absent au CHSG.....	23
2.1.3 Une usure professionnelle d'ordre physique et psychologique .....	26
2.2 La dégradation de la qualité de vie au travail, une cause vérifiée d'absentéisme notamment sur les EHPAD du CHSG .....	27
2.2.1 Une qualité de vie au travail contrastée suivant le service d'exercice de l'activité professionnelle.....	27
2.2.2 Le management présent au sein des EHPAD source de désengagement au travail des agents .....	29
2.3 Forces et faiblesses de la politique de gestion de l'absentéisme du Centre Hospitalier Sud Gironde.....	32

2.3.1	Les axes d'amélioration de la politique de prévention des problèmes de santé .....	32
2.3.2	La gestion actuelle de l'absence imprévisible des agents .....	33
2.3.3	La prise en compte des obstacles liés à la reprise du travail au CHSG :.....	35
<b>3 L'instauration d'une politique de prévention de l'absentéisme au CHSG par la promotion de la qualité de vie au travail .....</b>		<b>37</b>
3.1	Définir une politique de pilotage de l'absentéisme .....	37
3.1.1	Elaborer un plan d'action de manière concertée .....	37
3.1.2	Corriger l'absentéisme par un pilotage adapté.....	39
3.1.3	Optimiser les modalités de remplacement des absents : .....	41
3.2	Les démarches de prévention mises en place .....	43
3.2.1	Prévenir les troubles musculo-squelettique du CHSG.....	43
3.2.2	Maintenir dans l'emploi des agents en situation de handicap.....	45
3.3	Prévenir les risques psycho-sociaux.....	47
3.3.1	Diagnostiquer les RPS dans le document unique .....	47
3.3.2	Fédérer le personnel des EHPAD autour d'une amélioration de la qualité de la prise en charge .....	48
3.3.3	Développer l'engagement au travail.....	51
<b>Conclusion.....</b>		<b>55</b>
<b>Source et Bibliographie .....</b>		<b>57</b>
<b>Liste des annexes .....</b>		<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

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

ARACT : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aides Soignants

ASH : Agents des Services Hospitaliers

AT : Accident du Travail

BIT : Bureau International du Travail

BO : Business Object

CEAP : Centre pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés

CH : Centre Hospitalier

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHSG : Centre Hospitalier Sud Gironde

CLACRT : Contrat Local d'Amélioration des Conditions et des Relations de Travail

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DRH : Direction des Ressources Humaines

EHPAD : Etablissement Hébergeant les Personnes Agées Dépendantes

EPS : Etablissements Publics de Santé

ETP : Equivalents Temps Pleins

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FIPHFP : Fond d'Insertion des Personnes Handicapées de la Fonction Publique

FNP de la CNRACL : Fond National de Prévention de la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

GMP : Gir Moyen Pondéré

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : la Haute Autorité en Santé

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

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique

MP : Maladies Professionnelles

PASA : Pôle d'Activités et des Soins Adaptés

PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

PMP : Pathos Moyen Pondéré

RPS : Risques Psycho-Sociaux

RTT : Réduction du Temps de Travail

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

UF : Unité Fonctionnelle

## Introduction

La souffrance au travail est une réalité pour 92% des français comme le relève le 8<sup>ème</sup> congrès national de la société française d'Etude et de Traitement de la douleur qui s'est déroulé en 2008. Parmi ces personnes, 70% souffrent de TMS (Troubles Musculo-Squelettiques) et 50% de migraines causés par leur activité professionnelle.

Le travail peut donc avoir un effet néfaste sur la santé des salariés. Le concept de santé doit être entendu dans son sens le plus large : santé physique certes, mais aussi santé mentale. La définition du BIT (Bureau International du Travail) peut être retenue, à savoir : la promotion et le maintien du niveau le plus élevé possible de bien-être physique mental et social.

La responsabilité du directeur dans la promotion de la santé mérite d'être soulignée. En premier lieu, la législation sur le droit du travail prévoit que l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. L'élaboration du document unique permet d'identifier et de classer les risques physiques et psycho-sociaux de l'établissement afin d'y pallier grâce au programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

En second lieu, l'amélioration des conditions de travail, dans son acception la plus large, repose sur le développement de la sécurité, la réduction de la pénibilité physique et mentale, la valorisation et la reconnaissance des agents et enfin l'amélioration de l'efficacité du travail. En ce sens, plus qu'une contrainte réglementaire, c'est un véritable levier en termes de gestion des ressources humaines.

Enfin, préserver la santé du personnel permet au directeur de limiter l'absentéisme qui génère, à minima des dysfonctionnements organisationnels, souvent des surcoûts, et peut, dans certaines proportions, pénaliser la qualité de la prise en charge des usagers et dégrader les conditions de travail du personnel présent.

Au sein du Centre Hospitalier Sud Gironde, résultant de la fusion au 1er janvier 2010 des CH (Centres Hospitaliers) de La Réole et de Langon, l'absentéisme est déploré par l'ensemble des acteurs internes : personnel, représentants syndicaux et direction. Le projet social de chacune des anciennes entités juridiques a pour 3<sup>ème</sup> axe l'amélioration des conditions de travail et de l'organisation de la vie au travail en incluant la lutte contre l'absentéisme pour le site de Langon. Aussi, la direction et le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) souhaitent parvenir à limiter l'absentéisme du

personnel non médical qui se porte, tous motifs confondus, à 17 024 jours ouvrés en 2009, soit en moyenne 22 jours par agent<sup>1</sup>.

La définition de l'absentéisme est encadrée par le décret n°88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social. Les données des établissements de la fonction publique hospitalière sont donc comparables, calculées par motifs, en neutralisant les jours chômés (repos compensateurs, jours fériés, etc.) par l'application de la règle du 5/7<sup>ème</sup>.

Le niveau de l'absentéisme au CH est largement supérieur aux données nationales. De 2005 à 2007, le taux d'absence pour motifs médicaux est resté stable autour de 19,3 jours d'absence par agent et par an<sup>2</sup> sur un échantillon de plusieurs dizaines d'établissements de plus de 300 agents alors qu'il est de 20,6 jours au CHSG<sup>3</sup>.

La mission principale qui m'a été confiée durant cette période de stage professionnel de 8 mois a été de rechercher des leviers pour limiter l'absentéisme du personnel non médical au sein du CHSG. A ce titre, l'action du directeur et ses méthodes pour parvenir à réduire l'absentéisme font l'objet du présent mémoire.

Il s'agit donc d'appréhender la problématique de l'absentéisme, sa définition, ces facteurs et les moyens de le prévenir par une recherche bibliographique. Dès lors, il paraît opportun de dissocier l'absentéisme prévisible c'est-à-dire connu par le directeur et intégré dans le cycle de travail, de l'absentéisme imprévisible. L'absentéisme imprévisible est composé de :

- Les absences pour raison médicale : la maladie, les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles (AT/MP). La maternité est considérée comme prévisible car une déclaration avant la fin du 3ème mois est obligatoire.
- Les congés exceptionnels : les autorisations spéciales pour enfants malades, les congés paternités et familiaux.
- Les absences irrégulières.

Le choix de ces motifs permet de concentrer l'analyse, d'une part, sur l'absentéisme potentiellement évitable, c'est à dire qui est généré par une dégradation des conditions de travail<sup>4</sup>, et d'autre part, sur l'absentéisme non prévisible qui a pour conséquence de désorganiser le travail. L'absentéisme imprévisible ainsi défini représente, en 2009, 85% de l'absentéisme total des deux établissements. La part de l'absentéisme imprévisible est nettement supérieure à celle de la moyenne nationale qui est de 78,5%<sup>5</sup>. Par ailleurs, l'absentéisme pour congés exceptionnels et absences irrégulières ne représente que 2% de l'absentéisme imprévisible.

---

<sup>1</sup> Bilan social 2009 du CHSG en incluant les congés maternité et paternité

<sup>2</sup> DGOS, « Synthèses Annuelles des Données Sociales Hospitalières », p 59.

<sup>3</sup> Bilan social 2009 du CHSG

<sup>4</sup> ANACT, Absentéisme : outils et méthodes pour agir, p3-5

<sup>5</sup> DGOS, « Synthèses Annuelles des Données Sociales Hospitalières », p60

Face à la prégnance des justifications pour raisons médicales il est possible de s'interroger sur le lien entre absentéisme et qualité de vie au travail. Cette dernière peut constituer un axe pertinent pour rechercher des leviers opérationnels permettant de limiter l'absentéisme au Centre Hospitalier Sud Gironde.

Afin de vérifier cette hypothèse, il convient en premier lieu de préciser le cadre nécessaire à l'élaboration de cette démarche par la définition des concepts, la recherche de modèles et la liste des informations à recueillir. En second lieu, il est nécessaire de rechercher, d'une part, les facteurs d'absentéisme au CHSG et, d'autre part, les leviers de prévention en caractérisant les conditions de vie au travail.

La méthode d'analyse des causes d'absentéisme retenue consiste à élaborer une base de données des absences du personnel non médical. L'analyse statistique permet d'émettre des hypothèses qui doivent être ensuite vérifiées sur le terrain par la réalisation d'entretiens semi-directifs. La synthèse de ces données quantitatives et qualitatives permet d'établir un plan d'action à mettre en œuvre et à réajuster suivant les résultats dans le cadre d'une démarche de conduite de projet.

Cependant, la méthodologie de l'étude a été adaptée durant le stage afin de tenir compte la difficulté générée par la modification de l'entité juridique. En effet, la création du CHSG par la fusion du CH de La Réole, lieu de stage originel, avec celui de Langon a profondément modifié les caractéristiques ainsi que la dimension de la structure à analyser. Globalement, ce nouvel EPS (Etablissement Public de Santé) dispose d'un personnel de 862 ETP (Equivalents Temps Pleins) moyen rémunérés et d'un budget de 58,4 millions d'euro en 2010.

Le site réolais est positionné principalement sur une activité médico-sociale alors que le langonnais concentre la majorité de le secteur sanitaire. Sur La Réole, le champ de l'accompagnement des personnes handicapées est remarquable avec le CEAP (Centre pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés) de 26 lits, la MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) de 48 lits accueillant les adultes polyhandicapés et le FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) de 22 lits pour les adultes en situation de handicap psychologique. de 88 lits. Un second EHPAD de 90 lits est positionné sur le site de Langon qui concentre la majorité de l'offre sanitaire. En outre, le CHSG dispose d'un EHPAD (Etablissement Hébergeant les Personnes Agées Dépendantes) de 88 et 90 lits sur chaque commune, de 180 lits de MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique), 40 lits de soins de suite et de réadaptation, de 40 places d'HAD (Hospitalisation à Domicile) et d'un institut de formation des aides soignants.

Par ailleurs, la politique de prévention des risques professionnels doit être harmonisée entre les deux sites. En 2009, la directrice des Ressources Humaines du site

de La Réole a constitué un comité de pilotage des risques professionnels composé de représentants du CHSCT, du médecin du travail et de la direction. Cette impulsion a permis l'élaboration du document unique et du plan pluriannuel de prévention des risques professionnels. En outre, un CLACRT (Contrat Local d'Amélioration des Conditions et des Relations de Travail) a été signé afin d'équiper le Centre pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés d'un système de transfert sur rail au plafond. A l'inverse, sur le site de Langon, l'ensemble des acteurs critique le défaut d'exhaustivité du document unique tant en termes de services, que de risques couverts.

Par conséquent, si le traitement des données d'absentéisme porte sur l'ensemble du CHSG, les entretiens semi-directifs ont été réalisés en privilégiant le secteur médico-social en cohérence avec mon projet professionnel. En ce sens, des grilles d'entretiens ont été construites en intégrant des indicateurs aptes à caractériser les conditions de vie au travail en vigueur dans le CHSG.

L'objectif de cette étude est de déterminer un plan d'action à court, moyen et long terme qui permette au directeur du CHSG de corriger et prévenir son absentéisme en investissant dans le capital humain qui constitue sa principale source de production au sein d'un établissement SMS.

Ainsi, en prévenant l'absentéisme par l'amélioration des conditions de travail, l'employeur transforme-t-il une obligation réglementaire en levier d'amélioration de la qualité de sa prise en charge. De plus, il fidélise ses agents et développe l'attractivité de son établissement dans un contexte de pénurie de certains métiers soignants.

En ce sens, préserver la santé au travail est un enjeu incontournable et difficile à relever pour le directeur (I). Toutefois, l'analyse des causes de l'absentéisme au CHSG permet de dégager des leviers de prévention (II). Cette politique de prévention de l'absentéisme au CHSG contribuera à une promotion de la qualité de vie au travail (III).

# **1 Préserver la santé au travail : un enjeu incontournable et difficile à relever pour le directeur**

Le directeur d'un établissement sanitaire et médico-social doit protéger la santé au travail de ces employés afin de garantir le bon fonctionnement de son établissement dans le respect de la législation en vigueur (1.1). Au CHSG, la nécessité de préserver la santé au travail transparaît dans le besoin de mettre en place une politique de prévention de l'absentéisme (1.2).

## **1.1 L'obligation pour le directeur de protéger la santé des agents**

Le directeur a un double intérêt dans la mise en place d'une politique visant à préserver la santé au travail de ses employés. D'une part, la prévention des risques professionnels est une obligation légale. Elle est mise en œuvre au CHSG par le biais d'une politique concertée d'amélioration des conditions de travail. D'autre part, le directeur d'un établissement public sanitaire et médico-social exerce dans un secteur d'activité où l'absentéisme est élevé, ce qui a des conséquences néfastes sur la qualité.

### **1.1.1 Une mise en œuvre dynamique de l'obligation de prévenir les risques professionnels au Centre Hospitalier Sud Gironde**

La prévention des risques professionnels est une obligation mise en œuvre au CHSG de manière concertée. Toutefois, elle se doit de rester réactive afin d'atteindre les nouveaux objectifs nationaux.

#### **1) La protection de la santé des agents, une obligation législative pour le directeur d'un établissement**

Il est de la responsabilité de l'employeur, public ou privé, d'assurer la santé et la sécurité de son personnel<sup>6</sup>. En outre, le directeur a l'obligation de mettre en œuvre des principes généraux de prévention des risques professionnels et de procéder à leur évaluation a priori. Il convient donc d'analyser les conditions dans lesquelles se déploie l'activité des salariés et d'en déterminer les effets physiques, psychiques et sociaux.

A cet effet, le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 porte création du document unique qui doit d'abord contribuer à la présentation du rapport écrit traçant le bilan de la situation générale et les actions prises en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail. *« Mais le document unique doit davantage contribuer à l'élaboration du*

---

<sup>6</sup> Conformément à la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 et à l'article 23 de la Loi n°83-634 du 13 juillet 1983, « des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique doivent être données aux fonctionnaires durant leur travail ».

*programme annuel de prévention des risques professionnels. Ce programme est essentiel dans la mise en œuvre des actions de prévention qui font suite à l'évaluation des risques* », comme le rappelle la circulaire du 18 avril 2002<sup>7</sup>.

L'employeur transmet et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il doit procéder. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'établissement. L'intérêt du document unique est de permettre de hiérarchiser les risques pouvant nuire à la sécurité et à la santé de tout salarié. Il doit préconiser des actions visant à prévenir, réduire et/ou supprimer les risques identifiés. Le document unique est réévalué annuellement et également lorsqu'une unité de travail est modifiée, ou à la suite d'un accident ou incident grave.

## 2) Les principaux acteurs de la prévention des risques professionnels

Trois acteurs sont fondamentaux pour prévenir un risque de souffrance au travail : le médecin du travail, l'inspecteur du travail et le CHSCT.

Les inspecteurs du travail ont une mission de sensibilisation des acteurs internes, d'accompagnement à la démarche de prévention, et de contrôle de l'évaluation des risques. Ils peuvent accéder au document unique tout comme les agents des services de prévention des caisses régionales d'assurance maladie.

Les autres ressources externes de la prévention des risques professionnels sont l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) et l'ARS (Agence Régionale de Santé). L'ANACT est chargée d'apporter des conseils méthodologiques, de produire et diffuser de l'information et de développer des actions régionales par le biais de ses délégations (ARACT). L'ARS participe au financement d'actions ciblées par la signature de CLACRT<sup>8</sup>.

Au sein de l'établissement, le CHSCT et le médecin du travail sont les acteurs incontournables de la prévention des risques professionnels. Le CHSCT, instance représentative du personnel est présidée par le directeur de l'établissement. Sa composition est fixée par l'article R.236-24 du Code du Travail. Le CHSCT est compétent pour intervenir au sein de l'établissement dans le domaine de la prévention des risques professionnels. A ce titre, il est en mesure de contrôler le respect de la réglementation, d'analyser les risques professionnels et les conditions de travail, d'inspecter les locaux, d'enquêter sur les AT-MP et d'agir en cas de danger grave et imminent. Il est également consulté pour tous les documents et mesures relatives à son champ de compétence. De ce fait, le CHSCT est associé à la préparation du document unique et du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de

---

<sup>7</sup> Circulaire N°6 DRT du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n°2001-1016, p 9

<sup>8</sup> Accord Durieux du 15 novembre 1991 relatifs à l'amélioration des conditions de travail.

travail. Cette instance est obligatoire pour tout établissement occupant au moins 50 agents. Au-delà de 500 agents, il est même possible d'en créer plusieurs, notamment en cas de sites différenciés. Le CHSG dispose d'un CHSCT pour les deux sites dont le règlement intérieur est en cours de validation.

Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des agents et de leurs représentants sur la santé au travail, notamment dans le cadre du C.H.S.C.T dont il est membre avec voix consultative. Il intervient également pour l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'établissement, l'hygiène générale de l'établissement, la protection des agents contre l'ensemble des nuisances et notamment contre les risques d'accidents du travail, les aménagements relatifs aux postes de travail, l'éducation sanitaire du personnel, les constructions nouvelles ou les aménagements de locaux. Il doit également surveiller médicalement les agents et rédiger un rapport d'activité<sup>9</sup>. Le CHSG dispose d'un médecin du travail partagé entre les établissements du territoire. Il est présent au CHSG trois jours par semaine. Le médecin du travail couvre un total de 1 561 agents répartis entre les différents hôpitaux et maisons de retraite publiques du Sud-Gironde. Or, la réglementation fixe un maximum de 1500 agents par temps plein.

### 3) Deux problématiques nationales majeures de santé au travail : les TMS et les RPS (Risques Psycho-Sociaux)

Le 20 novembre 2009, le ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, a signé un accord national interprofessionnel sur la santé et la sécurité au travail. Parmi les quinze actions comprises dans l'accord d'engagement, plusieurs actions concernent la prévention des TMS et les RPS qui sont reconnus comme les deux principaux facteurs de dégradation de la santé au travail.

La plupart des TMS liés au travail se développent avec le temps et affectent principalement le dos, le cou, les épaules et les membres supérieurs.

D'ordre différent, les RPS regroupent le stress, la violence d'origine externe ou interne (dont le harcèlement moral et sexuel) et le mal-être ou souffrance au travail. D'après l'agence européenne pour la sécurité et la santé au Travail, un Européen sur quatre souffre de stress au travail et 50 % à 60 % de l'absentéisme serait dû au stress. Afin de relever cet enjeu en France, l'évaluation et à la prévention des problèmes de santé liés aux RPS fera notamment partie des objectifs du deuxième plan de santé au travail (2010-2014).

Aussi, l'accord du 20 novembre 2009 précise que « *l'amélioration des conditions de travail, en favorisant le bien-être des agents, est [elle] un élément essentiel d'une gestion*

---

<sup>9</sup> Article R.242-11 du code du travail

des ressources humaines moderne et dynamique »<sup>10</sup>. Cette approche implique de dépasser l'analyse classique des conditions de travail, limitée aux risques physiques, par celle plus complète de la qualité de vie au travail qui dépend notamment, pour l'HAS<sup>11</sup>, de :

- l'environnement physique (conditions d'hygiène et de sécurité) au travail,
- les relations de travail (tensions, conflits, motivation collective, soutien hiérarchique),
- l'organisation du travail,
- le contenu du travail (en qualité et quantité),
- les possibilités de développement professionnel, et
- la conciliation entre vie professionnelle et privée.

La promotion de la qualité de vie au travail inclut l'amélioration de la prise en charge des patients ou usagers par le biais du contenu du travail. Si ces deux objectifs venaient à s'opposer, l'intérêt de l'utilisateur devra être privilégié.

#### 4) Une politique de prévention des risques professionnels concertée au CHSG

Jusqu'à la fusion du Centre Hospitalier Sud Gironde est né de la fusion des CH de La Réole et de Langon au 1<sup>er</sup> janvier 2010, la politique de prévention des risques professionnels était différenciée entre les deux établissements.

Le Centre Hospitalier de La Réole a mené une politique de prévention des risques professionnels dynamique. En effet, il a mis en place la Commission Santé et Poste de Travail (CSPT) qui est constituée de la direction des ressources humaines, de la direction des soins infirmiers et du médecin du travail. Cette commission est un des points forts noté par les experts visiteurs de l'HAS (la Haute Autorité en Santé) de la 2<sup>ème</sup> certification menée en 2009. Elle a pour mission de :

- aider et d'accompagner les agents reprenant leur travail après une longue absence,
- étudier les possibilités d'emplois adaptés sur le CH,
- étudier les besoins éventuels de reclassement,
- suivre des agents en absence prolongée, soit de plus de 60 jours, pour les aider à garder un contact individualisé avec l'établissement afin de répondre à leurs questions d'ordre social, administratif, financier ou relatives à leur reprise d'activité (questionnement et souhait).

---

<sup>10</sup> Document synthèse présentant l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique p1.

<sup>11</sup> HAS, « manuel V2010 de certification des établissements publics de santé », chapitre 1 « management », partie 2 « management des ressources », référence 3 « la gestion des ressources humaines », critère 3.d p 23.

De plus, depuis la suppression de la compétence de la Commission de réforme en termes de reconnaissance d'imputabilité au service des accidents de travail et de trajet, la commission santé poste de travail donne un avis préalable à la décision du directeur sur celle-ci.

Par ailleurs, la directrice des ressources humaines du CH de La Réole a constitué, en 2009 (antérieurement à la fusion), un comité de pilotage des risques professionnels composé de représentants du CHSCT dont le secrétaire, du médecin du travail, de la directrice des soins, du directeur des services économiques et de l'ingénieur qualitatif. Ce groupe a élaboré le document unique et le plan pluriannuel de prévention des risques professionnels suivant une méthode participative avec l'intervention des membres du CHSCT au sein de chaque service de l'établissement.

L'élaboration du document unique sur le site de La Réole a donné lieu à la rédaction d'un plan d'action par risque. Ce plan d'action a été piloté sur la base d'un programme pluriannuel de prévention des risques professionnels décliné en 5 axes prioritaires :

- a) Prévenir, réduire ou supprimer les risques professionnels liés à la manutention.
- b) Prioriser un plan d'équipement et de travaux.
- c) Prévenir les risques chimiques, biologiques et ionisants.
- d) Prévenir les phénomènes de violence.
- e) Favoriser l'expression du personnel.

Si la politique de prévention des risques professionnels est traditionnellement axée sur les risques physiques, des risques psychosociaux ont bien été recensés dans le document unique.

Le CH de Langon a également élaboré un document unique. La création du Centre Hospitalier Sud Gironde au 1<sup>er</sup> janvier 2010 nécessite d'harmoniser et de consolider le document unique de chacun des sites, ce qui offre l'opportunité de les actualiser. La concrétisation du document unique sur la nouvelle entité juridique est fixée pour le premier trimestre 2011.

La politique de prévention des risques professionnels par l'amélioration des conditions de vie au travail permet au directeur de préserver la santé des employés et donc de limiter l'absentéisme. Cette action est d'autant plus primordiale que le directeur d'un établissement sanitaire et médico-social exerce dans un secteur d'activité où l'absentéisme est élevé, ce qui a des conséquences néfastes sur le service rendu à l'utilisateur.

### 1.1.2 Un secteur d'activité confronté à un absentéisme élevé préjudiciable à la qualité de prise en charge des usagers

Le directeur doit cerner avec précision la notion d'absentéisme afin de pouvoir appréhender sa propension et ses conséquences sur le fonctionnement de l'établissement.

#### 1) La définition de l'absentéisme imprévisible

Dans un souci de gestion, il est possible de dissocier l'absentéisme prévisible c'est-à-dire connu du directeur et intégré dans le cycle de travail, de l'imprévisible. L'absentéisme peut alors être défini par la non-présence au travail alors que cette dernière est planifiée ou attendue.

En ce sens, il s'entend en neutralisant les jours chômés en application de la réglementation sur le temps de travail. Afin de pouvoir mesurer quantitativement l'absentéisme au sein d'une entité juridique, il est nécessaire d'arrêter une méthode de calcul de sa durée. En effet, il est possible de calculer l'absentéisme en jours calendaires, ouvrés ou ouvrables. Sauf mention contraire, les données d'absentéisme présentées dans ce mémoire sont en jours ouvrés afin de faciliter les comparaisons avec les bases nationales existantes au sein de la fonction publique hospitalière. La règle des 5/7<sup>ème</sup> est donc appliquée afin de neutraliser les repos hebdomadaires.

L'absentéisme est considéré comme « *une incapacité temporaire, élargie ou permanente de travailler du fait d'une maladie ou d'une infirmité* »<sup>12</sup>. Dans le cadre de la réglementation applicable dans la fonction publique hospitalière, cet absentéisme est de nature médical, à savoir, les motifs de maladie ordinaire, des congés longue durée, des congés longue maladie, d'accidents du travail et de trajet et de maladie professionnelle. Toutefois, les congés maternité (relevant du motif médical), les congés paternité et la formation professionnelle sont exclus du périmètre de ce mémoire car ils relèvent de l'absentéisme prévisible. A contrario, les absences exceptionnelles ou irrégulières, sans être d'origine médicale, sont incluses dans le champ de l'étude du fait de leur caractère imprévisible.

En synthèse, la définition retenue de l'absentéisme est déterminée par la volonté d'agir. En effet, l'objet de l'étude porte sur l'absentéisme potentiellement évitable. De plus, le choix de ces motifs permet de se concentrer sur l'absentéisme non prévisible qui dégrade les conditions de travail. Pour l'ANACT, cet absentéisme « *se caractérise par*

---

<sup>12</sup> Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, « La prévention de l'absentéisme sur le lieu de travail – Résumé » p11.

*toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradations des conditions de vie au travail »<sup>13</sup>.*

## 2) L'absentéisme dans le secteur sanitaire et médico-social

A défaut de statistiques nationales officielles sur l'absentéisme professionnel<sup>14</sup>, les résultats présentés ci-après sont tirés d'une enquête réalisée par une entreprise privée spécialisée en ressources humaines. Cette enquête a été menée en 2009 auprès des DRH (Directions de Ressources Humaines) de 200 entités : entreprises, établissements d'entreprise, collectivités territoriales, société à économie mixte et établissements hospitaliers. Conformément aux résultats d'absentéisme par secteur d'activité, les services et la santé affichent le taux d'absentéisme le plus fort<sup>15</sup>.

Ce niveau d'absentéisme peut s'expliquer par une relation au travail différente dans les métiers des services à la personne. En effet, la relation directe avec l'utilisateur est source potentielle de tension, du fait de la proximité physique et de l'impossibilité de différer la réponse apportée au patient ou au résident. Dans certains cas, lorsque ce stress devient trop prononcé, il peut en résulter une position de retrait ou de désengagement des salariés les plus fragiles, si des mesures ne sont pas prises pour prévenir les risques psychosociaux.

Ainsi, le directeur d'un établissement proposant des services à la personne a intérêt à mettre en place une politique de prévention de l'absentéisme puisque ce secteur d'activité y est très sensible. Cette politique devient stratégique face aux conséquences de l'absentéisme sur le fonctionnement de sa structure.

## 3) Les conséquences de l'absentéisme

Les conséquences de l'absentéisme sur le fonctionnement d'une organisation sont néfastes en termes de conditions de travail et de performance financière.

En effet, les conditions de travail se dégradent du fait des conséquences sociales de l'absentéisme sur les individus et le collectif. Au niveau individuel, les employés présents doivent supporter une charge de travail supplémentaire, qui génère fatigue et stress. S'ajoute un manque de reconnaissance des efforts qui est source de démotivation.

Au niveau collectif, les relations sociales se tendent au sein des équipes avec l'apparition d'une incompréhension des motifs d'absence. Ceci dégrade les relations interpersonnelles et entraîne, par conséquent, une baisse de la solidarité. La direction et les représentants du personnel voient aussi leurs relations se détériorer du fait de leurs divergences sur les causes de l'absentéisme.

---

<sup>13</sup> ANACT, « Absentéisme : outils et méthodes pour agir », p3

<sup>14</sup> Rapport IGF n° 2003-M-049-01 et rapport IGAS n° 20 03-130, « Les dépenses d'indemnités journalières »

<sup>15</sup> Alma Consulting Group - « 2ème Baromètre de l'absentéisme en France »

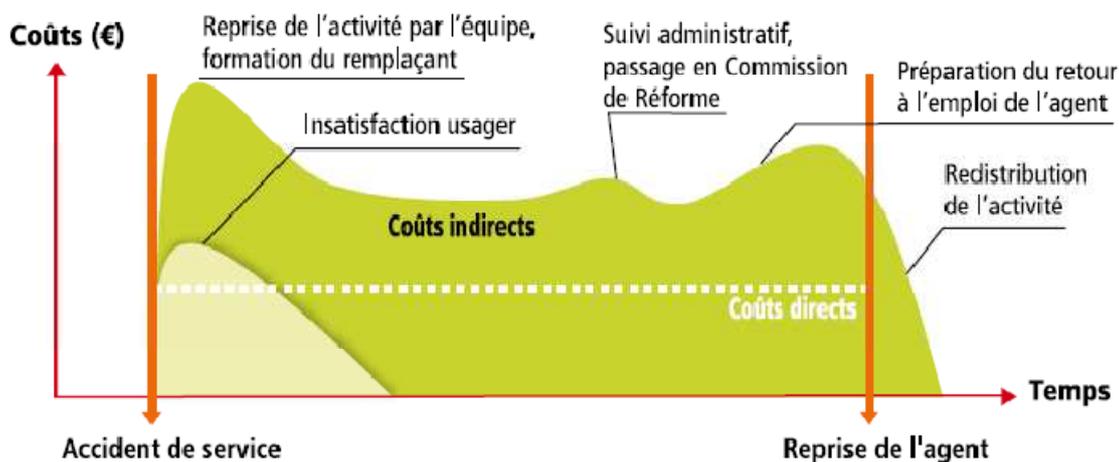
Face à cet enjeu managérial, le directeur doit tenir compte du coût de l'absentéisme. Les conséquences financières sont plurielles. En premier lieu, la régulation de l'absence est une charge directe du fait du maintien du salaire, dès le 1<sup>er</sup> jour d'absence pour les agents titulaires et après trois jours de carence pour les contractuels. Le remplacement de l'agent absent engendre la réalisation d'heures supplémentaires que le directeur devra compenser en temps ou en rémunération, voire par un recrutement en contrat à durée déterminée ou en intérim. De plus, la charge indirecte générée par la gestion de l'absence par le cadre du service et la direction ne doit pas être occultée.

En second lieu, les dysfonctionnements consécutifs à une absence, à savoir la baisse de la qualité, le report et les retards dans la réalisation des tâches, les erreurs ou les accidents de travail, sont coûteux pour l'établissement.

En troisième lieu, s'ajoutent certaines conséquences de l'absentéisme non mesurables comme la démotivation individuelle et collective, l'augmentation du turn over et l'atteinte à l'image de l'établissement. La perte de notoriété est une conséquence d'autant plus grave qu'elle va dégrader l'attractivité de l'établissement pour les patients ou résidents comme pour le personnel sur le moyen et long terme.

En synthèse, les surcoûts liés à l'absentéisme peuvent être représentés comme suit<sup>16</sup> :

### Schéma de l'évolution des coûts directs et indirects dans le temps (cas d'un accident de service)



Ainsi, face à ces difficultés organisationnelles, financières et managériales générées par la dégradation de la santé au travail de ses employés, le directeur d'un établissement a intérêt à prévenir l'absentéisme plutôt qu'à le subir. L'absentéisme détériore la qualité de vie au travail et annihile la politique d'amélioration des conditions de travail. Le risque de s'inscrire dans un cercle vicieux entre dégradation des conditions de travail et absentéisme devient alors réel.

<sup>16</sup> Dexia Sofcap, « Absentéisme et santé au travail : quels enjeux pour les collectivités territoriales ? » p 4.

Au CHSG, la nécessité de préserver la santé au travail transparaît également dans le besoin de mettre en place une politique de prévention de l'absentéisme.

## **1.2 L'instauration incontournable d'une politique de prévention de l'absentéisme au Centre Hospitalier Sud Gironde**

Le niveau de l'absentéisme au CHSG rend nécessaire la mise en place d'une politique de prévention adaptée. En ce sens, la compréhension des causes de l'absentéisme est un préalable indispensable pour élaborer un plan d'action.

### **1.2.1 L'absentéisme au Centre Hospitalier Sud Gironde : une situation critique**

En termes d'ampleur et de coût, la situation de l'absentéisme du personnel non médical au CHSG est critique.

#### **1) L'ampleur de l'absentéisme imprévisible**

Le bilan social des deux anciennes entités juridiques qui composent maintenant le CHSG permet d'avoir une première approche du phénomène. Entre 2007 et 2009, soit 3 ans, l'absentéisme, tel que défini précédemment<sup>17</sup>, est globalement en forte augmentation avec + 21% sur le site de Langon, et + 8% sur le site de La Réole. Il en ressort que l'absentéisme imprévisible évolue en 2009 de manière différenciée entre les deux sites pour atteindre un taux de 8,5% sur le CHSG. L'absentéisme est de 5 217 jours ouvrés en 2008 et 6 648 jours en 2009 pour le site de La Réole, soit une augmentation de 27%. Il est de 8 948 jours en 2008 et 7 861 jours en 2009 pour le site de Langon, soit une diminution de 12%.

En outre, la comparaison de l'absentéisme pour raisons médicales des deux sites avec les établissements de même catégorie<sup>18</sup> révèle une surexposition du Centre Hospitalier de Sud Gironde en 2008 :

- Sur le site de La Réole : en moyenne 21,3 jours ouvrés d'arrêt par agent, pour une référence régionale à 19,3 jours et nationale à 19,6 jours, soit deux jours de plus en moyenne. Cet écart provient principalement des absences pour accidents de travail et maladies professionnelles avec 1,3 jours d'absence par agent de plus que la moyenne régionale, et 1,1 jours de plus par rapport à la moyenne nationale.

- Sur le site de Langon : en moyenne 23 jours d'arrêt par agent, pour une référence régionale à 18,9 jours et nationale à 17,9 jours, soit un niveau respectivement supérieur de 4 jours et 5 jours. Les maladies ordinaires sont à l'origine de ces écarts avec 2,1 jours

---

<sup>17</sup> Cf 1.1.2. 1) La définition de l'absentéisme imprévisible

<sup>18</sup> BDHF 2010 – données 2008 – L'absentéisme du personnel non médical : toutes causes médicales (en incluant les congés maternité)

par rapport à la moyenne régionale et 3,3 avec la nationale. Les absences pour longue maladie et la maternité justifient le reste de l'écart.

Ainsi, le niveau d'absentéisme au CHSG est inquiétant, d'autant plus que son évolution est croissante, ce qui pénalise la performance de l'établissement.

## 2) Le coût de l'absentéisme imprévisible au CHSG

Le coût direct de l'absentéisme est une perte de ressources humaines qui peut être évaluée en ETP ou en euro.

En 2009, d'après le bilan social, l'absentéisme est de 14 509 jours ouvrés pour le CHSG. On considère que le nombre de jours travaillés est de 203 du fait de la forte proportion de personnel à repos variables (avec au moins 20 dimanches et jours fériés travaillés) dans l'établissement.

L'absentéisme imprévisible génère une perte de 71,5 ETP en 2009 pour un effectif physique total de 774 ETP. Celle-ci est valorisable monétairement de manière approximative. La méthode retenue consiste à multiplier le nombre de jours ouvrés d'absence pour lesquels l'établissement a rémunéré l'agent, par le coût moyen du traitement d'une journée de travail au CHSG (en incluant les charges patronales). L'absentéisme pour motif maladie (de plus de 3 mois), congé de longue maladie (de plus d'un an) et congés de longue durée (de plus de 3 ans) est rémunéré à demi-traitement. Il représente 26% des jours d'absence en 2009<sup>19</sup>. Le nombre de journée d'absence rémunéré est donc approximativement de 12 620.

Le compte de résultat principal enregistre pour l'exercice 2009 une charge de personnel non médical (de titre 1) de 25,2 millions d'euro, hors charges de personnel extérieur à l'établissement (compte 621). Cela correspond à 600 ETP rémunérés sur ce budget. Le coût annuel moyen d'un ETP est donc de 41 986€ au CHSG. Le coût moyen d'un ETP est de 207 euro par jour si l'on considère que les agents travaillent 203 jours par an.

Le coût du maintien du salaire est de 2,6 millions d'euro en 2009, soit 5,7% des charges 2009 du compte de résultat principal. A ce coût direct s'ajoute les charges indirectes qui sont difficilement estimables.

Une diminution de l'absentéisme permettrait de dégager les moyens nécessaires à une amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers et celle de la vie au travail des agents. Face à cette problématique, le CHSG souhaite mettre en place une politique de prévention de l'absentéisme.

---

<sup>19</sup> Calcul établi à partir de la base de données établie pour caractériser l'absentéisme. Cf. 2.1 Les caractéristiques de l'absentéisme imprévisible

### 3) Les actions actuelles du CHSG en faveur de la prévention de l'absentéisme

La création récente du CHSG par la fusion de deux entités juridiques distinctes a pour conséquence de rendre obsolètes les projets d'établissement antérieurs. Mais dans l'attente de la rédaction du nouveau projet d'établissement, ceux-ci restent une source d'information précieuse permettant de comprendre la politique de lutte ou de prévention de l'absentéisme menée.

Le projet d'établissement 2007-2011 du CH de La Réole aborde la question de la santé au travail uniquement sous l'axe de la prévention des risques professionnels. Il met en évidence une baisse de l'absentéisme depuis 2003. La problématique de l'absentéisme est donc récente pour le site de La Réole.

Le projet d'établissement 2004-2008 du CH de Langon, quant à lui, identifie le niveau d'absentéisme comme l'un de ces points faibles. Il prévoit d'effectuer une analyse de ce dernier et de rédiger un plan d'action. Afin d'inciter au présentéisme, deux journées de congé ont été accordées aux personnes ne s'étant pas absentes l'année passée. Un groupe de travail sur la prévention de l'absentéisme a été constitué mais est tombé en désuétude. Le projet social 2010, élaboré par la DRH dans l'attente du nouveau projet d'établissement du CHSG, fixe comme objectif de réactiver ce groupe languonnais en étendant son rayon d'action sur le site de La Réole.

En effet, il est difficile de maintenir dans la durée des groupes de travail sur des thématiques transversales comme la prévention de l'absentéisme, encore plus pour des établissements de cette taille. En effet, la DRH dispose d'un directeur, de deux attachées d'administration hospitalière et de 9 agents administratifs, mais pas d'encadrement intermédiaire.

L'absentéisme au CHSG a atteint un niveau critique d'un point de vue objectif considérant les données du bilan social, mais également subjectif puisque la question est périodiquement à l'ordre du jour du CHSCT et du CTE (Comité Technique d'Etablissement). Cette préoccupation est partagée par la direction de l'établissement qui souhaite agir pour limiter et prévenir l'absentéisme.

La mission principale qui m'a été confiée durant cette période de stage professionnel de 8 mois a été de rechercher des leviers pour limiter l'absentéisme du personnel non médical au sein du CHSG.

#### **1.2.2 La stratégie à adopter pour la réduction de l'absentéisme par la direction du Centre Hospitalier Sud Gironde**

L'absentéisme est un phénomène complexe qui a fait l'objet de nombreuses études dont il est utile de se servir afin de concevoir une stratégie et un plan d'action adaptés à la situation du CHSG.

## 1) la nécessaire prudence face à un phénomène plurifactoriel

Les études sociologiques sur les facteurs d'absentéisme sont nombreuses et révèlent la complexité de ce phénomène multifactoriel. La méthode préconisée consiste à caractériser et rechercher les causes d'absentéisme et les facteurs sur lesquels il est possible d'agir.

Les variables explicatives de l'évolution de l'absentéisme peuvent être synthétisées en trois groupes. Certaines sont exogènes à l'établissement, d'autres sont contrôlables et enfin, la majorité d'entre elles dépendent des conditions de vie au travail.

Les variables exogènes sont les règles juridiques de gestion de l'absence (dont le système de protection sociale), les conditions économiques d'emploi, l'évolution des normes sociales (la valeur accordée au travail), et les conditions de vie des individus (situation familiale, lieu d'habitation, moyen de transport, déterminants comportementales de la santé, etc.). Ces variables sont relativement stables dans le temps. En ce sens, elles ne peuvent expliquer l'évolution de l'absentéisme du CHSG sur les trois dernières années.

Les deux variables qui peuvent être maîtrisées par l'employeur sont le processus de production des données d'absentéisme et la structure démographique. En effet, le mode de saisie des données, l'hétérogénéité des pratiques des gestionnaires, et les modes de calcul de l'absentéisme<sup>20</sup> influent sur le niveau de l'absentéisme. Il est donc nécessaire de veiller à pérenniser les méthodes de calcul. Par ailleurs, la maîtrise de la pyramide des âges est possible mais nécessite une politique de recrutement et de gestion prévisionnelle des emplois et compétences adaptée.

Enfin, les variables relevant de la qualité de vie au travail sont les plus nombreuses : l'organisation du travail (flexibilité, polyvalence, intensité, contenu des tâches, etc.), du temps de travail (équilibre entre la vie professionnelle et personnelle), les conditions de travail (prévention des risques professionnels physiques et psychologiques, rémunération, quotité de travail, etc.), les relations sociales, l'ambiance au travail et le style de management. Le management des hommes est une notion large qui mérite d'être précisée. Elle est entendue comme l'ensemble des conditions qui font que le salarié est motivé pour réaliser son travail au sein de son équipe : objectifs clairs, confiance sa hiérarchie, équipe solidaire, culture et système de valeur de l'entreprise, etc.

Pour J.-P. Dumond, « *l'évolution de l'absentéisme est la résultante de la transformation des conditions et relations de travail* » puisque les autres variables sont soit contrôlées soit exogènes et relativement stables dans le temps<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> avec par exemple l'application ou non de la règle des 5/7 ou la comptabilisation du nombre d'agent en effectif physique ou en ETP

<sup>21</sup> DUMOND J.-P., « L'absentéisme pour raison de santé : comparaison méthodologique »

En ce sens, les actions sur la qualité de vie au travail semblent être les plus efficaces pour prévenir l'absentéisme.

## 2) L'amélioration de la qualité de vie au travail, un axe stratégique pertinent

La qualité de vie au travail, telle que définie par l'HAS<sup>22</sup>, est le facteur d'absentéisme sur lequel le directeur peut agir. Toutefois, il est nécessaire de vérifier si cette hypothèse est pertinente pour le CHSG afin d'arrêter une stratégie de prévention de l'absentéisme efficace. La démarche adoptée consiste, tout d'abord, à rechercher les causes de l'absentéisme imprévisible au CHSG. Ensuite, il convient d'examiner les axes d'amélioration de la qualité de vie au travail sur lesquels il est pertinent d'intervenir. Enfin, il est intéressant d'étudier dans quelle mesure une meilleure gestion de l'absentéisme peut limiter ses conséquences néfastes.

## 3) La méthodologie déployée pour concevoir un plan d'action adapté au CHSG

L'ANACT préconise que *« pour agir sur l'absentéisme, il faut avant tout être en mesure de le caractériser : il faut identifier les différents types d'absentéisme (nature des absences, durée, fréquence, etc.), les hiérarchiser et mesurer leurs évolutions respectives. La première étape de la construction d'un plan d'action et de prévention de l'absentéisme consiste donc à analyser et traiter les données chiffrées disponibles »*<sup>23</sup>. Or, l'analyse de l'absentéisme à partir de données statistiques impose d'avoir dans une même base de données des informations variées, comme par exemple l'âge, l'ancienneté, le grade, le type d'absence, le nombre de jours d'absence, la durée de chaque absence, etc. Le choix des données dépend des indicateurs désirés et des informations disponibles.

La constitution de ce type de base de données pour le CHSG est possible par le croisement de deux fichiers issus du logiciel de paie et de gestion des effectifs grâce au requêteur BO (Business Object) et à l'application « Bilan social ». En effet, la requête BO permet d'avoir des informations précises sur les agents et l'application « bilan social » des données correctes sur l'absentéisme. De plus, les données sur les effectifs physiques ont été calculées à partir des fichiers Excel constitués par la DRH. Enfin, l'analyse par service a nécessité de corriger les UF (Unité Fonctionnelle) grâce au fichier structure. L'annexe 1 présente un extrait de cette base de données.

Cette analyse quantitative permet d'émettre des hypothèses qui doivent être vérifiées par le biais d'entretiens. Préalablement à la réalisation des entretiens auprès des

---

<sup>22</sup> A savoir : l'environnement physique, les relations de travail, l'organisation du travail, le contenu du travail, les possibilités de développement professionnel et la conciliation entre vie professionnelle et privée.

<sup>23</sup> ANACT, « Absentéisme : outils et méthodes pour agir », p2.

professionnels, la problématique a été présentée aux instances de l'établissement et une lettre de mission a précisé le cadre de l'intervention (Cf. annexe 2).

Dans un souci d'efficacité, ces entretiens semi-directifs ont porté sur l'ensemble des informations à recueillir dans le cadre de l'étude. En complément des facteurs d'absentéisme, les forces et les faiblesses de la politique d'amélioration des conditions de vie au travail ont également été abordées, au niveau de la prévention des risques professionnels et du management des hommes et des organisations. Des personnes ciblées, en fonction de leurs compétences ou de leur rôle au sein de l'établissement, ont été interviewées sur la base de grilles d'entretien spécifiques. Ces grilles d'entretiens sont différentes pour le médecin du travail, les cadres de direction (6 personnes), les représentants du personnel (4 personnes), les cadres de proximités (4 personnes), les personnels des services (17 personnes) et les psychologues des EHPAD (2 personnes). La grille d'entretien des personnels des services est présentée en annexe 3. Ces entretiens se sont déroulés en mai 2009.

De plus, la réalisation de l'étude dans les délais impartis nécessite de limiter l'analyse qualitative sur quatre services. Afin de vérifier la pertinence de la stratégie proposée, des services, ayant des caractéristiques d'absentéisme différents et identifiés par la direction pour leurs conditions de vie au travail dégradées ou agréables, ont été sélectionnés.

Au final, les réflexions, expériences et ressentis de 34 personnes<sup>24</sup> sont directement recueillis sur informatique en suivant une codification facilitant le traitement des réponses. La synthèse de ces données quantitatives et qualitatives a permis d'arrêter une stratégie de prévention de l'absentéisme au CHSG.

Force est de constater que préserver la santé au travail est un enjeu crucial pour le directeur d'un établissement sanitaire et médico-social qui peut être relevé par une politique de prévention des risques physiques et psycho-sociaux adaptée. Néanmoins, lorsque le niveau d'absentéisme est critique malgré une politique de prévention des risques professionnels, il est nécessaire d'enquêter, suivant une méthodologie précise, sur leurs caractéristiques afin de déceler des leviers de correction et de prévention.

---

<sup>24</sup> Dans un souci de respect de l'anonymat, la liste détaillée des personnes interviewées n'est pas annexé au présent document.

## 2 Les facteurs de l'absentéisme imprévisible au Centre Hospitalier Sud Gironde

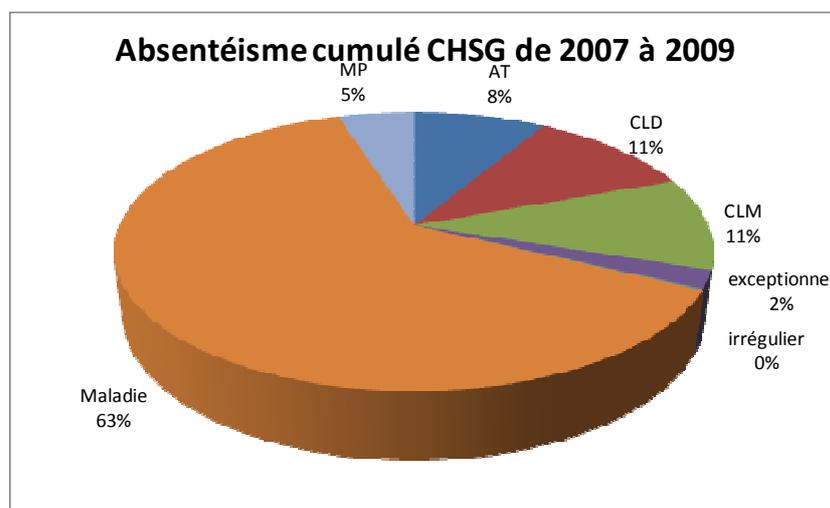
La recherche des facteurs d'absentéisme du CHSG permet de dégager des leviers de prévention. Ils sont décelés grâce à une analyse approfondie des caractéristiques de cet absentéisme (2.1), un diagnostic sur la qualité de vie au travail (2.2) et une synthèse des forces et faiblesses de la gestion actuelle des absences (2.3).

### 2.1 Les caractéristiques de l'absentéisme imprévisible

La caractérisation de l'absentéisme du CHSG a été possible grâce à la construction d'une base de données suivant la méthodologie expliquée précédemment<sup>25</sup>. L'analyse a pu être réalisée sur les exercices 2007 à 2009. Des écarts entre les résultats de cette analyse et ceux du bilan social<sup>26</sup> persistent. Ceci est lié au retraitement des durées et du nombre d'absences. En effet, les données extraites pour le bilan social scindent artificiellement la durée d'une absence. Par exemple, à chaque envoi d'une prolongation d'arrêt maladie, une nouvelle absence est enregistrée alors que l'agent n'a pas repris le travail.

#### 2.1.1 Les différents motifs d'absentéisme au Centre Hospitalier Sud Gironde

Après analyse des proportions relatives des différents types d'absentéisme, un diagnostic est établi en fonction de la fréquence et de la durée des absences sur chacun des motifs retenus. En effet, la signification de l'absence est différente en fonction de ces deux critères. La durée de l'absence a donc été analysée par paliers. Le premier, de 90 jours est cohérent avec la réglementation. Le second correspond à la durée moyenne d'une absence entre 2007 et 2009, soit 20 jours. Le dernier permet d'isoler le micro absentéisme (3 jours au plus).



<sup>25</sup> Cf. 1.2.2. 3) La méthodologie déployée pour concevoir un plan d'action adapté au CHSG.

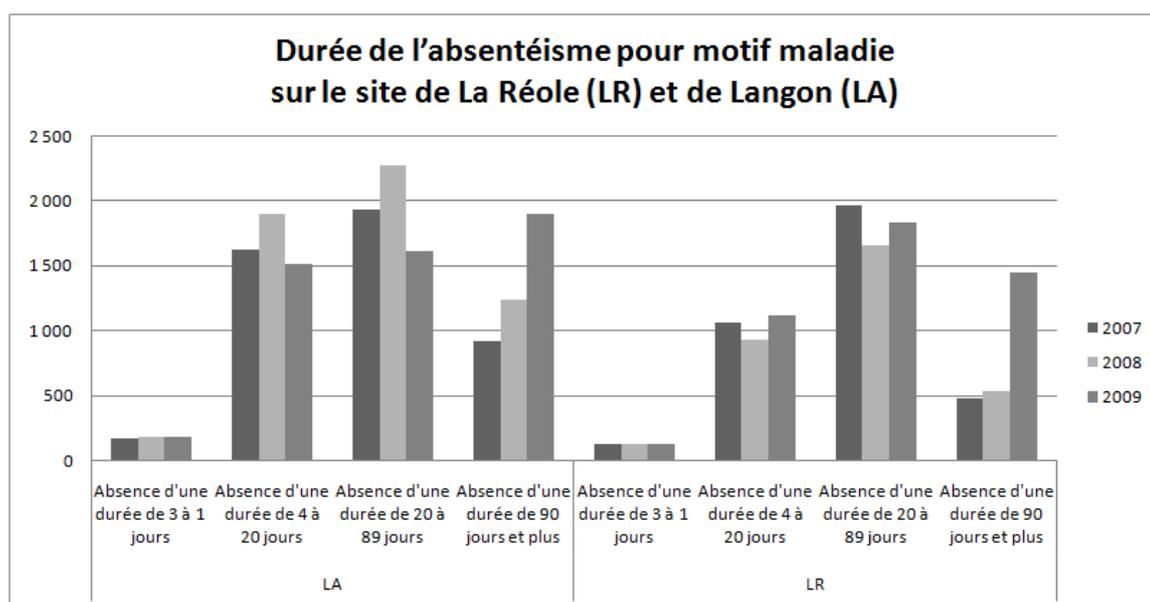
<sup>26</sup> Cf. 1.2.1. 1) L'ampleur de l'absentéisme imprévisible.

## 1. Des absences pour maladie courantes et d'une durée élevée

Au sein du CHSG, la maladie est le principal motif d'absence avec 63% des journées pour la période 2007-2009. Il est culturellement admis puisqu'il concerne 40% de l'effectif physique. L'absence pour maladie comprend le congé ordinaire de maladie d'une durée maximale d'un an sur une année de référence glissante, la mise à disposition d'office pour raison de santé, la maladie sans traitement et la grossesse pathologique.

Pour l'ANACT, « ce type d'absence, caractéristique d'une interaction entre l'état de santé de la personne et les obligations du poste, doit faire l'objet d'une attention soutenue de la part des responsables. Souvent, il est révélateur du climat social dans lequel évoluent les salariés »<sup>27</sup>.

Le nombre de journées d'absence pour motif maladie connaît un accroissement significatif sur le site de La Réole avec + 40% en 2009 par rapport à 2008. Cette augmentation s'explique, en premier lieu, par une augmentation de la fréquence (nombre d'absence) de plus 49% sur la même période, et, en second lieu, par une augmentation de 12% du nombre d'agents absents. Ainsi, la durée moyenne de l'absence pour maladie est stable avec 8,57 jours, du fait d'un accroissement concomitant de la durée et du nombre d'absences (numérateur et dénominateur). Ce phénomène est illustré dans le graphique ci-après par l'accroissement de la durée des absences de plus de 90 jours. Sur le site de Langon, l'absentéisme pour motif maladie en nombre de journées ouvrées diminue de 7% en 2009, après avoir augmenté de 20% en 2008. Sur les trois années concernées par l'étude, il a cru de 11%, pour une fréquence du nombre d'absences et de nombre d'agents absents identique. La durée moyenne d'une absence est de 13,5 jours ouvrés en 2009 sur le site de Langon (soit 5,5 jours de plus que sur le site de La Réole). Le graphique suivant illustre l'aggravation de la durée de l'absentéisme.



<sup>27</sup> ANACT, « Absentéisme : outils et méthodes pour agir », p4

Enfin, sur les deux sites, le niveau du micro absentéisme, révélateur du manque d'engagement, est relativement faible.

## 2. Seize agents réalisent un quart de l'absentéisme

Les congés de longue durée et longue maladie représentent 22% de l'absentéisme considéré. Il est très ciblé puisqu'il concerne seize agents en 2009.

Le congé de longue maladie est d'une durée maximale de trois ans. Ce congé est octroyé notamment pour l'une des affections suivantes lorsqu'elle est devenue invalidante : hémopathies graves, insuffisances respiratoires, hypertension, lèpre mutilante, maladies cardiaques et vasculaires, maladies du système nerveux, rhumatismes chroniques, appareil digestif, collagénoses, endocrinopathies, etc. Après avoir épuisé un an de congé longue maladie à plein traitement, le fonctionnaire atteint d'une des cinq maladies suivantes (tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite, déficit immunitaire grave ou acquis) est placé en congé de longue durée.

Ces motifs peuvent donc donner lieu à un suivi personnalisé, pour faciliter la reprise des agents concernés.

## 3. Un absentéisme pour accidents de travail et de trajet majoré

Les accidents de travail et de trajet représentent 8% de l'absentéisme sur les deux sites.

Le bilan 2009 de l'assureur de l'établissement permet d'analyser cet absentéisme des agents affiliés à la CNRACL en le comparant aux données nationales.

La fréquence est croissante (+40% d'agents touchés) alors qu'à l'inverse, la gravité des accidents a diminué avec 33% jours d'absence en moins sur le site de Langon et 8% sur le site de La Réole entre 2007 et 2009. Pourtant, ces deux indicateurs sont supérieurs aux valeurs nationales :

	Langon	La Réole	Données nationales
% agents ayant eu un accident	14,7 %	12 %	10,5 %
Durée moyenne d'arrêt	53,2 jours	73,8 jours	50,4 jours

L'ANACT met en évidence que « *les absences consécutives à un accident du travail sont le prototype de l'absence involontaire, imposée par un événement grave et subit. Il est donc nécessaire d'en tenir le compte d'autant que des actions sur les conditions de travail peuvent infléchir la progression de ce type d'absences* »<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> ANACT, « Absentéisme : outils et méthodes pour agir », p4

Au CHSG les premières causes d'accident sont la manutention et les efforts de soulèvement, puis les chutes ou glissades et enfin les outils coupants.

#### 4. Les TMS à l'origine des maladies professionnelles

Les maladies professionnelles sont les maladies contractées par les agents au cours de leur activité professionnelle, et qui ont été reconnues comme telles par les commissions de réforme. Les maladies sont recensées l'année de leur reconnaissance, et non l'année pendant laquelle elles ont commencé. Il est important de suivre l'évolution des maladies professionnelles, d'autant que les jours d'arrêts maladie sont le signe précurseur de problèmes plus profonds : absences répétées et longues, restrictions d'aptitudes et difficulté de maintien dans l'emploi.

Les TMS sont la cause de la totalité des maladies professionnelles<sup>29</sup>. Le nombre de jours ouvrés d'absence pour maladies professionnelles est en augmentation depuis 2008 sur le site de La Réole avec + 38% en 2009. Par contre, sur le site de Langon la situation est stable. Les maladies professionnelles concernent, en 2009, quatre agents sur chacun des sites pour 556 jours ouvrés à Langon et 351 jours à La Réole.

#### 5. Une part marginale d'absences exceptionnelles et injustifiées

Les absences exceptionnelles sont liées à la vie personnelle de l'agent puisqu'elles regroupent les autorisations d'absence de l'employeur pour cause d'enfant malade, de décès ou de mariage, pour ne citer que les motifs les plus courants au CHSG. Elles représentent seulement 2% de l'absentéisme.

Toujours selon l'ANACT, les absences injustifiées « *tradui[sent] une relation problématique des salariés avec l'entreprise : insatisfaction latente à l'égard des conditions d'emploi, fatigue, manque de motivation, non-respect des règles de prévenance, etc. C'est un témoin du climat social général dans l'entreprise* »<sup>30</sup> Au CHSG, ce motif est résiduel.

Il ressort que les risques liés à la manutention, au soulèvement ainsi que les TMS sont les principaux facteurs d'absentéisme. Nonobstant, il est nécessaire d'approfondir l'analyse quantitative en fonction de caractéristiques complémentaires.

---

<sup>29</sup> Centre Hospitalier Sud Gironde, Bilan social 2009, rapport du médecin du travail.

<sup>30</sup> ANACT, « Absentéisme : outils et méthodes pour agir », p5

## 2.1.2 La construction du profil type de l'agent absent au CHSG

Afin d'affiner l'analyse de l'absentéisme, il est intéressant de développer une approche par âge, ancienneté, catégorie professionnelle et service, de l'absentéisme sur l'ensemble des motifs d'absence.

- 1) L'usure professionnelle et les difficultés d'intégration des agents recrutés comme facteurs supposés d'absentéisme

L'examen de la relation entre l'âge, les facteurs d'usure professionnelle et l'état de santé de la population est essentiel pour une bonne compréhension de l'absentéisme.

Ainsi, le tableau suivant indique la durée et la fréquence moyenne d'une absence par tranche d'âge. Les tranches d'âge sont identiques à celles retenues pour le bilan social. Il convient de rappeler que le motif d'absence pour maternité n'a pas été retenu.

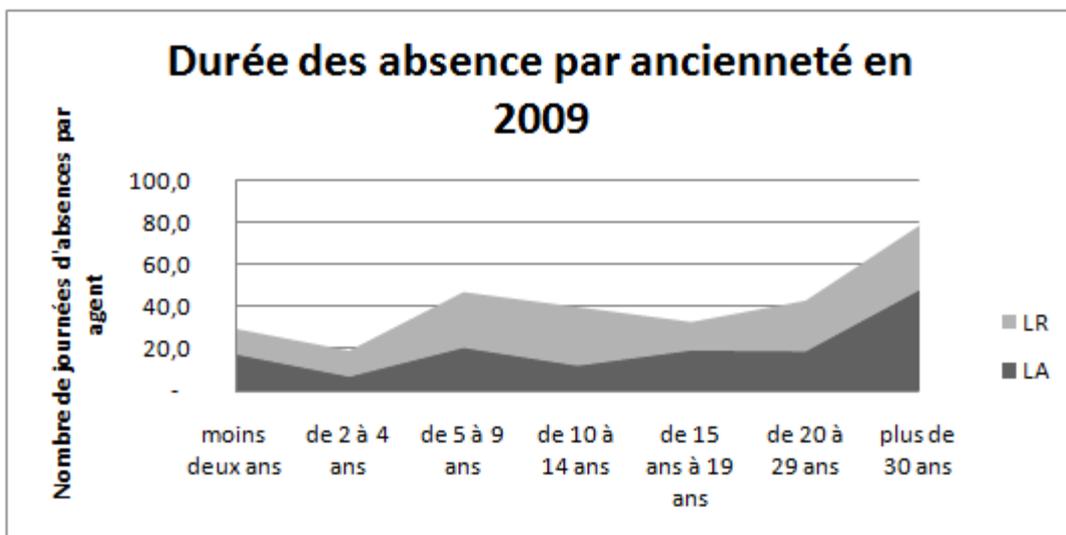
Etablissement	2009	tranches d'age			
		moins de 25 ans	26 à 40 ans	41 à 55 ans	plus de 55 ans
LANGON	Nombre de jours moyen par agent	13,47	11,78	12,47	38,90
	Nombre d'absence en moyenne par agent	1,82	1,27	0,89	1,46
LA REOLE	Nombre de jours moyen par agent	26,66	15,37	19,35	57,58
	Nombre d'absence en moyenne par agent	2,80	1,83	2,02	5,85

Ces indicateurs permettent de tirer deux enseignements. D'une part, les agents de plus de 55 ans souffrent d'usure professionnelle avec des absences moins fréquentes mais qui durent plus longtemps. Cet absentéisme est le signe précurseur d'un risque de restrictions d'aptitudes qui pourront apparaître et causer des problèmes de gestions au CHSG.

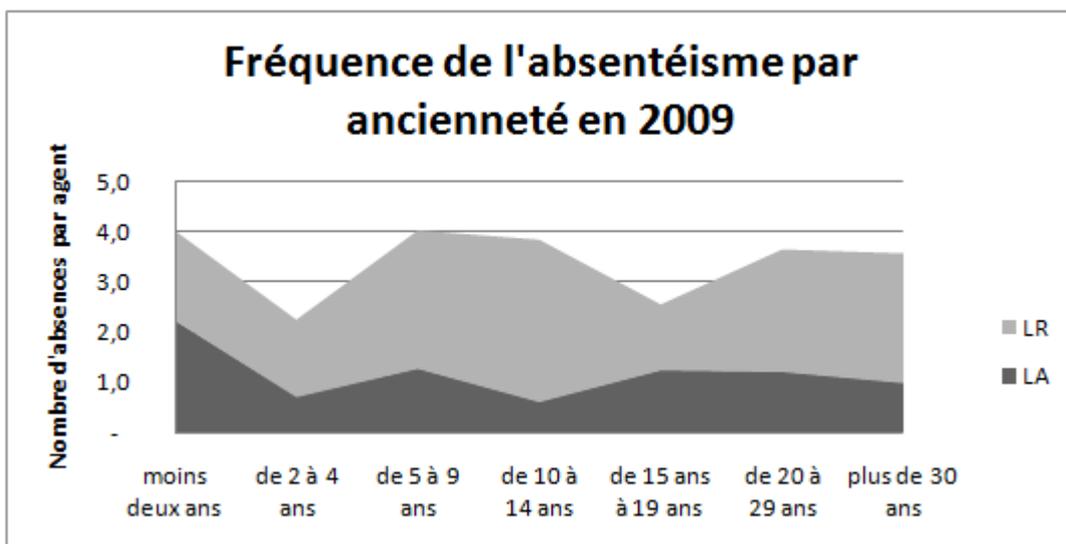
D'autre part, les agents de moins de 25 ans ont tendance à s'absenter fréquemment mais pour des durées plus courtes que leurs aînés. Dans ce cas, si d'emblée la question de la pénibilité du poste ne peut être écartée, il peut être nécessaire de s'interroger sur les mécanismes de recrutement et d'intégration au travail des plus jeunes et de développer l'accompagnement sous peine de voir croître non seulement l'absentéisme, mais aussi le turn over.

- 2) Des hypothèses confortées par l'ancienneté des agents absents

L'approche de l'absentéisme par tranche d'âge a permis de mettre en exergue l'impact de deux facteurs d'absentéisme : l'usure professionnelle et l'intégration des nouveaux arrivants. L'analyse de l'absentéisme en fonction de l'ancienneté dans l'établissement confirme ces hypothèses. Pour cet indicateur, les tranches retenues sont également celles du bilan social.



Il ressort qu'à partir de quinze ans d'ancienneté, la durée de l'absentéisme est croissante confirmant ainsi l'hypothèse de l'usure professionnelle. De plus, il est possible de constater un pic d'absentéisme pour le personnel ayant cinq à quatorze ans d'ancienneté notamment sur le site de La Réole.

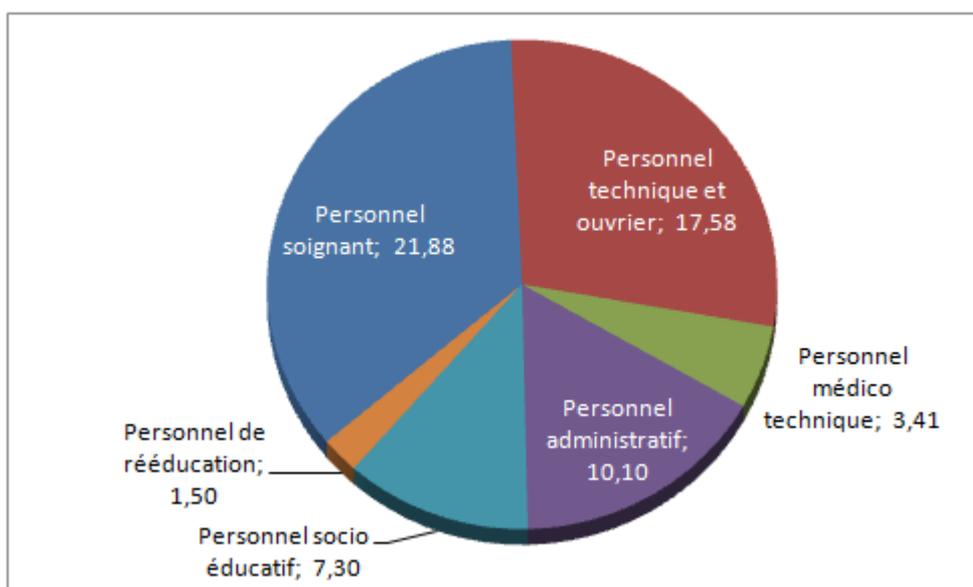


L'analyse par fréquence permet de confirmer les difficultés d'intégration du personnel récemment recruté avec un maximum de nombre d'absence par agent ayant moins de deux ans d'ancienneté.

### 3) Un absentéisme accru pour certains grades du personnel de catégorie C

Afin d'appréhender les liens entre l'absentéisme et la place dans l'institution des agents, un croisement de ce dernier avec la catégorie statutaire puis la filière professionnelle est nécessaire.

L'analyse par catégorie statutaire fait apparaître une majoration de l'absentéisme pour le personnel de catégorie C, en durée comme en fréquence sur l'ensemble de la période. La durée moyenne des absences est en 2009 de 22,5 jours pour la catégorie C quand elle est respectivement de 13,2 et 12 jours pour les catégories A et B. De plus, la fréquence est de 2 absences en moyenne pour les agents de catégorie C en 2009 par rapport à 1,3 et une absence pour ceux de la catégorie A et B. En termes de filière professionnelle, le graphique suivant illustre la durée moyenne d'absence par agent.



Ainsi, le personnel soignant, le personnel technique et ouvrier et, dans une moindre mesure, le personnel administratif, ont les durées d'absence les plus importantes. L'analyse par fréquence d'absence corrobore ces constats.

Une analyse complémentaire de l'absentéisme sur l'exercice 2009 permet de dégager les grades concernés. Les agents d'entretien qualifiés (39 jours), les agents des services hospitaliers (31,5 jours en moyenne par agent) et les aides soignantes/aides médico-psychologique (25 jours) sont les plus exposés.

Cette sensibilité des personnels soignants et techniques de catégorie C peut trouver son origine dans la pénibilité de l'activité, les risques professionnels encourus ou le manque de reconnaissance.

#### 4) Les EHPAD plus touchés par l'absentéisme

Le CHSG est composé de sept pôles. Le pôle réhabilitation gériatrie représente 33% de l'absentéisme du CHSG en 2009. Il enregistre une moyenne de 33,4 jours d'absence par agent. Il est suivi du pôle médico-social (secteur personnes handicapées) avec 21 jours. En affinant l'analyse au niveau des services, la blanchisserie située sur La Réole, l'EHPAD de Langon, puis celui de La Réole sont les plus exposés avec respectivement :

39, 36 et 32 jours d'absence en moyenne par agent en 2009. Les EHPAD réalisent 25% de l'absentéisme 2009 alors qu'ils ne représentent que 14% de l'effectif.

En synthèse, le profil type de l'agent absent a plus de 55 ans et plus de 20 ans d'ancienneté. Le professionnel absent est le plus souvent agent d'entretien qualifié, agent des services hospitaliers ou aide soignant. Son activité se déroule en EHPAD. L'explication semble résider dans l'usure professionnelle et dans le manque de reconnaissance. Mais ces hypothèses doivent être vérifiées.

### **2.1.3 Une usure professionnelle d'ordre physique et psychologique**

Les principales pathologies à l'origine de l'absentéisme démontrent que l'usure physique et psychologique est le principal facteur d'absentéisme au CHSG.

#### 1) La prépondérance des TMS et des syndromes anxio-dépressifs

Une étude du médecin du travail réalisée sur 2008 et 2009 révèle que plus d'un tiers des arrêts pour maladie ordinaire sur le site de Langon et 43% sur le site de La Réole sont dus aux troubles musculo-squelettique en 2009. De plus, les TMS sont la cause de 54% des accidents du travail et 100% des maladies professionnelles en 2009<sup>31</sup>. Dans cette même étude, le médecin du travail précise que les syndromes anxio-dépressifs sont la 2<sup>ème</sup> cause d'arrêts pour maladie ordinaire (15%). Une analyse par service d'affectation a été réalisée pour le site de Langon. Il en ressort que 35% des agents interrogés sont affectés à l'EHPAD.

Ces éléments permettent de démontrer la pertinence de l'hypothèse d'une usure physique et psychologique du personnel absent.

#### 2) Le stress comme source d'usure professionnelle

En effet, les TMS trouvent leur origine dans différents facteurs dont l'organisation du travail, les qualités de l'agent et les ambiances physiques. Au niveau de l'organisation du travail, les sollicitations biomécaniques (dépendant de l'aménagement du poste, des outils, des processus, de la répétitivité, de l'effort, etc.), la nature de la tâche, les marges de manœuvres (et contraintes) pesant sur l'agent, et les facteurs de stress développent les risques de TMS.

Les syndromes anxio-dépressif sont également un indicateur de stress chronique. Le stress *« survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de*

---

<sup>31</sup> Le rapport du médecin du travail annexe au bilan social 2009 du Centre Hospitalier Sud Gironde, p13 et 14.

*nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité* »<sup>32</sup>. En ce sens il est facteur de RPS.

Ainsi, la prévention des risques liés à l'activité physique et des RPS est un levier d'action pertinent pour prévenir l'absentéisme à moyen terme. Ces risques étant directement liés à la qualité de vie au travail du CHSG, il semble pertinent de chercher à la qualifier.

## **2.2 La dégradation de la qualité de vie au travail, une cause vérifiée d'absentéisme notamment sur les EHPAD du CHSG**

La qualité de vie au travail est jugée, par l'ensemble des personnes interrogées, globalement satisfaisante mais avec des marges de progression. En effet, 6% seulement des personnes interrogées la jugent dégradées. Pourtant, une analyse plus approfondie visant à apprécier la qualité de vie au travail révèle de fortes divergences entre les services.

### **2.2.1 Une qualité de vie au travail contrastée suivant le service d'exercice de l'activité professionnelle**

Le personnel et les cadres de proximité des deux EHPAD, du CEAP<sup>33</sup> et de la blanchisserie du site de La Réole ont été rencontrés. Le choix de ces services repose sur leur niveau d'absentéisme. Alors que les EHPAD et la blanchisserie enregistrent les taux d'absentéisme les plus élevés<sup>34</sup>, le CEAP est le seul service du secteur médico-social à disposer d'un niveau d'absentéisme faible avec 13 jours en moyenne par agent en 2009. Cette enquête a permis de dégager le ressenti des agents et des cadres de proximité sur la qualité de vie au travail de manière générale, et plus spécifiquement, avec des indicateurs de risques psycho-sociaux (Cf. l'annexe 4).

#### **1. Les résultats en termes de qualité de vie au travail**

Il ressort que le CEAP et la blanchisserie disposent de conditions de travail dégradées en en termes d'environnement physique. A l'inverse, sur les EHPAD ce sont les autres composantes de la qualité de vie au travail qui sont détériorées<sup>35</sup>. Le personnel du site de Langon déplore principalement, l'organisation du travail et le développement professionnel, celui du site de La Réole souffre des relations de travail, de la difficile conciliation entre la vie personnelle et professionnelle, et du contenu du travail en qualité et quantité.

---

<sup>32</sup> INRS, « Stress et risques psycho-sociaux : concepts et prévention », p2

<sup>33</sup> Centre pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés

<sup>34</sup> Cf 1.1.2 3) Les conséquences de l'absentéisme

<sup>35</sup> Pour mémoire, les composantes de la qualité de vie au travail sont pour l'HAS : l'environnement physique, les relations de travail, l'organisation du travail, le contenu du travail, les possibilités de développement professionnel et la conciliation entre vie professionnelle et privée.

## 2. Le diagnostic des risques psycho-sociaux

Le diagnostic des RPS dans les services audités a été élaboré à partir d'indicateurs sélectionnés<sup>36</sup> (Cf. annexe 3). Ces résultats visent à établir un premier diagnostic et doivent être interprétés avec prudence face au nombre limité d'indicateurs et d'entretiens menés.

Il apparaît, que les services de blanchisserie et du CEAP semblent moins concernés par les RPS que les EHPAD. En termes de charge de travail et d'exigence, le seuil d'alerte est atteint pour les EHPAD. Le manque de moyens est déploré par la majorité des agents. Il est jugé en rapport avec la charge de travail qui est croissante du fait de la dépendance des résidents, de l'absentéisme et du degré d'exigence. L'exigence des familles puis de la hiérarchie est la plus difficile à assumer. Le degré d'autonomie est important, ce qui est un point positif. Cependant, lorsqu'il est associé à un manque de contrôle et d'esprit d'équipe, il peut contribuer à une dégradation de la qualité de prise en charge et de climat social, par manque de coordination.

Enfin, plus de 70% des agents rencontrés sur le CEAP et l'EHPAD de La Réole subissent un stress professionnel, et 42% des personnes interrogées à l'EHPAD du site de Langon déclarent souffrir de mal être.

## 3. L'amélioration de la qualité de vie au travail comme préventeur de l'absentéisme

Cette enquête révèle le bien être au travail globalement ressenti par les agents des services de la blanchisserie et du CEAP malgré un environnement de travail dégradé. Alors que sur les EHPAD ce sont des difficultés d'ordres organisationnel et relationnel qui dégradent la qualité de vie au travail. Ce paradoxe peut s'expliquer par le constat et les perspectives d'une amélioration de leurs conditions de travail dans ces services, alors que les agents des EHPAD ressentent une dégradation de leur qualité de vie au travail.

En effet, l'accroissement de la dépendance des résidents des EHPAD génère une charge de travail supplémentaire à laquelle s'ajoutent des difficultés organisationnelles. Sur le site de La Réole, les carences dans l'organisation de l'intervention des médecins de ville dégradent les conditions de travail du personnel soignant et d'entretien (lors des décès). Par conséquent, le recrutement de personnel pour combler les postes vacants, notamment d'infirmières, est d'autant plus délicat que les qualifications sont recherchées. Sur l'EHPAD de Langon, les absences du cadre de proximité (vacance de poste durant 9 mois, puis longue maladie de la remplaçante) sont perçues par le personnel comme ayant une répercussion néfaste sur l'organisation du service et sur le climat social.

---

<sup>36</sup> au sein du document suivant : Direction régionale du Travail, de l'Emploi et la Formation Professionnelle de Bourgogne, « La prévention des risques psycho-sociaux »,

A contrario, le service de blanchisserie va disposer d'une formation action dans le cadre du programme de prévention des risques professionnels et les travaux de reconstruction du CEAP ont débuté en 2010.

Ainsi, la dynamique du service, impulsé par le cadre de proximité en lien avec l'appui de la direction, est indispensable au bien être des agents. En ce sens, l'analyse du mode de management en vigueur est nécessaire à la bonne compréhension des facteurs d'absentéisme.

### **2.2.2 Le management présent au sein des EHPAD source de désengagement au travail des agents**

Les évolutions du travail et de son contexte, de l'individu et des nouvelles attentes sur le travail ont pour conséquences un investissement personnel complet du salarié et une implication psychique, cognitive et physique plus forte. C'est pourquoi les démarches de reconnaissance et de développement des compétences sont primordiales. Lorsque le besoin de reconnaissance des agents n'est pas satisfait, l'absentéisme peut être un révélateur d'un désengagement au travail.

L'engagement au travail est fragile et peut être remis en question en cas de changement majeur, de tensions au sein du collectif, ou d'absence de perspectives professionnelles au niveau individuel.

#### 1) Une meilleure communication lors de la survenue de changements cruciaux :

Le management doit tenir compte des changements structurels et des évènements graves et marquants pour un service. Le CHSG est dans un contexte de changement structurel du fait de la fusion récente de deux CH. Cette évolution, pour ne pas induire des comportements de retrait, doit être suffisamment expliquée par le management. Or, 60% des personnes interrogées déplorent le manque de communication et de proximité de la direction, ce qui génère une perte de repère et de lisibilité de l'organisation dans ce contexte.

Le management de proximité, en tant que relai de la direction doit être associé et informé des orientations stratégiques. A titre d'exemple, l'élaboration du projet de service de l'EHPAD de La Réole, préalable à la renégociation de la convention tripartite prévue pour 2010, a démarré durant le dernier trimestre 2009 sur un mode participatif. Mais face à un projet de territoire orienté sur la prise en charge sanitaire et dans l'attente du projet d'établissement 2011-2015, les grandes orientations sur l'organisation médicale ou les prestations offertes n'étaient pas tranchées. Il aurait été préférable de saisir cette opportunité de donner des perspectives aux membres des groupes de travail.

Par ailleurs, l'EHPAD de La Réole a été confronté à une dénonciation de maltraitance par un agent stagiaire en 2008. Une enquête interne a été menée, et la directrice a

prononcé la mutation interne de l'agent impliqué, tout en proposant, dès 2008, une action de formation institutionnelle sur la bientraitance en EHPAD. Si ces mesures semblent être indispensables à la protection des résidents, elles ont été interprétées par les agents comme un manque de reconnaissance du travail effectué. Cet évènement a marqué une cassure dans l'histoire du service et a eu pour conséquence de désengager le collectif. L'absentéisme a cru de 52% en volume et de 55% en fréquence entre 2008 et 2009.

## 2) La présence de situations de tensions au sein du collectif de travail des EHPAD

Parallèlement aux tensions consécutives aux changements, des tensions peuvent paraître du côté des contraintes du travail et des relations sociales. Au niveau des EHPAD, les moyens alloués sont jugés insuffisants par rapport aux exigences de la tâche, ce qui est vécu par les agents comme une absence d'intérêt pour leur travail. Cette perception est justifiée pour l'EHPAD de La Réole, puisque la dotation soin est inférieure de 113 750 €, soit 11%, par rapport à la dotation théorique calculée à partir du GMP (Gir Moyen Pondéré) et du PMP (Pathos Moyen Pondéré) validés en 2009<sup>37</sup>. Aux besoins de réorganisation<sup>38</sup>, s'ajoute la nécessité de négocier dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite des ressources supplémentaires.

Les relations collectives sont tendues sur les EHPAD du fait des transferts de tâches entre les AS (Aides Soignants) et les ASH (Agents des Services Hospitaliers), même si chacun dispose d'une fiche de poste spécifique. Les ASH peuvent être satisfaits par ce qui est ressenti comme une valorisation de leur mérite et de leur expérience, mais à contrario, certains se disent démunis et angoissés par ces responsabilités qui ne relèvent pas de leur compétence. Pour les ASH nouvellement recrutés, la pratique de soins sans formation adéquate est source de stress. Mais elle est également difficile pour les AS récemment diplômées se trouvant intégrées à des équipes où les ASH ayant de l'ancienneté font fonction d'AS. La communication entre les deux corps est dégradée, chacun estimant détenir les bonnes pratiques.

Par ailleurs, il n'y a pas de procédure d'accueil formalisée des nouveaux agents, ce qui entraîne un sentiment de manque d'écoute et d'intégration au sein de l'équipe. Or, la commission violence, travail, emploi, santé précise que *« la reconnaissance dépend fondamentalement de la qualité des relations de travail, c'est-à-dire de la façon dont les principes de justices sont respectés non seulement par le management mais à l'intérieur du collectif ou de l'équipe de travail. [...] En d'autres termes, même si la centralité du travail vis-à-vis de la santé relève d'une dynamique individuelle, la construction de*

---

<sup>37</sup> Cf. tableau présenté en page 50. Les règles de calcul sont précisées par l'arrêté du 16 juillet 2008 et également par la circulaire interministérielle DGAS/DSS n°2008-54 du 15 février 2008.

<sup>38</sup> Cf. 2.2.1 3) L'amélioration de la qualité de vie au travail comme préventeur de l'absentéisme.

*l'identité et de la santé mentale par le travail est fondamentalement tributaire de l'organisation du travailler ensemble »<sup>39</sup>.*

### 3) Une valorisation du travail non satisfaisante pour les agents

La dernière source de tensions se situe au niveau des valeurs et des exigences des agents. Ces dernières portent sur la qualité du travail accompli, leurs perspectives professionnelles et la reconnaissance de leurs mérites.

Le contenu du travail est la principale source de motivation pour 70% des personnes interrogées. Le dynamisme des projets, la variété des tâches et la relation avec le résident sont les moteurs de leur activité professionnelle. Du fait du défaut d'accompagnement social de la personne âgée, seulement 18 % des agents rencontrés estiment avoir le temps de bien faire leur travail. Or l'un des fondamentaux de la bientraitance pour l'ANESM est d'instaurer une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes, *« cela implique que les professionnels eux-mêmes soient reconnus, soutenus et accompagnés dans le sens qu'ils donnent à leurs actes »<sup>40</sup>.*

D'autre part, alors que l'accès à la formation continue et à la promotion professionnelle sont perçus comme des points forts de la politique des ressources humaines, le ressenti dans les services est très contrasté. Au CEAP, ces perspectives sont mises en avant par le cadre lors du recrutement et des évaluations annuelles. Au sein des EHPAD, les demandes ont été refusées pour cinq agents sur les onze interrogées. De plus, les agents contractuels considèrent ne pas y avoir accès. Pourtant, les démarches de reconnaissance et développement des compétences sont essentielles à une meilleure implication au travail. Parmi les personnes interrogées, la moitié juge que le manque de valorisation par la hiérarchie du travail effectué comme leur source de démotivation.

Ainsi, l'analyse de la qualité de vie au travail révèle des facteurs d'absentéisme cohérent avec l'analyse quantitative à savoir : la présence de risques psycho-sociaux et le besoin de reconnaissance professionnel notamment sur les EHPAD. Le dernier axe de recherche de leviers de prévention de l'absentéisme porte sur sa gestion.

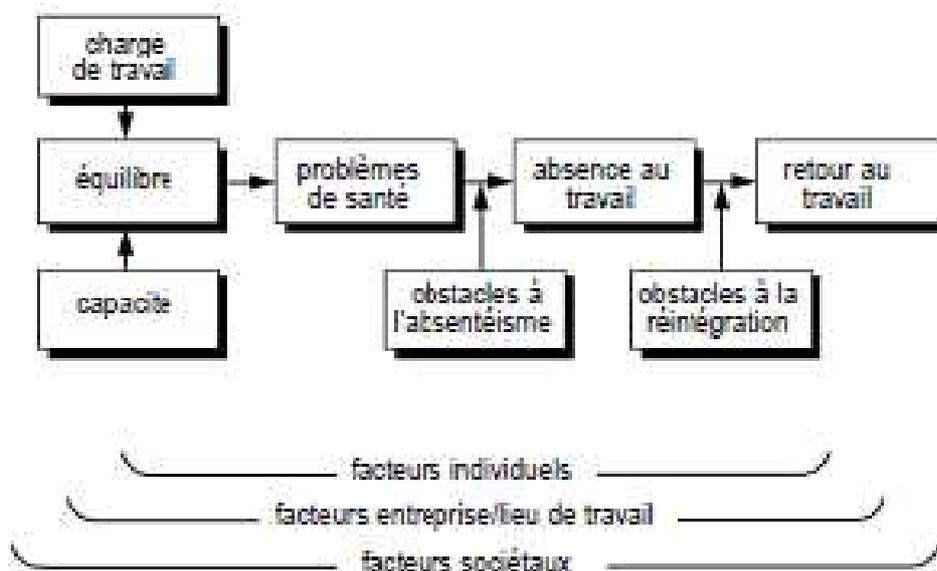
---

<sup>39</sup> Pr DEJOURS Ch., « Rapport final de la Commission thématique violence, travail, emploi et santé »,

<sup>40</sup> ANESM « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », p 14

## 2.3 Forces et faiblesses de la politique de gestion de l'absentéisme du Centre Hospitalier Sud Gironde

L'analyse de la gestion de l'absentéisme au CHSG, doit être opérée sur la globalité du processus d'absence, tel qu'illustré dans la figure suivante.



Processus d'irruption de la maladie, de l'absence au travail, de la guérison et du retour au travail<sup>41</sup>

Suivant ce processus, la gestion de l'absentéisme consiste dans la prévention des problèmes de santé au travail, le pilotage de l'absence de l'agent dans le service et la levée des obstacles liés à la réintégration et à la reprise du travail.

### 2.3.1 Les axes d'amélioration de la politique de prévention des problèmes de santé

Préserver la santé au travail nécessite une politique de prévention des risques professionnels qui est mise en œuvre au CHSG<sup>42</sup>. Malgré cela, la prégnance des risques liés à la manutention et des RPS dans les facteurs d'absentéisme est problématique.

#### 1) La prévention des risques liés à l'activité physique

Afin de perfectionner la politique de prévention des risques professionnels liés à la manutention des malades, des résidents et du matériel, le comité de pilotage du CHSG a missionné un groupe de travail. Ce groupe, que j'ai co-animé avec le cadre supérieur du site de La Réole, s'est réuni le 31 mars en présence de la secrétaire du CHSCT accompagnée de deux autres représentants, de la directrice des soins infirmiers, du médecin du travail et de deux aides soignantes ayant répondu à l'appel à volontariat.

<sup>41</sup> Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, « La prévention de l'absentéisme sur le lieu de travail – Résumé » p20

<sup>42</sup> Cf. 1.1.1 4) Une politique de prévention des risques professionnels concertée au CHSG.

La secrétaire du CHSCT, en tant que formatrice pour la prévention des TMS, a mis en exergue les limites de ces actions de formations en termes de modification des pratiques dans les services. Le groupe a proposé la mise en place d'un réseau de Prévention des Risques liés à l'Activité Physique (PRAP) composé de référents volontaires issus de chaque service du CHSG. Cette action a été validée par le comité de pilotage des risques professionnels et la commission santé et poste de travail.

## 2) La prévention des RPS

Le document unique a été effectué selon la classification nationale de la CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) qui inclue une famille pour les risques liés à l'organisation du travail<sup>43</sup>. Ainsi, le programme de prévention des risques professionnels du site de La Réole dispose de deux axes liés à la prévention des RPS, à savoir, prévenir les phénomènes de violence et favoriser l'expression du personnel. Toutefois, lors d'une formation continue réalisée au CHSG sur la prévention des RPS, des modèles d'analyse du travail plus adaptés à ce type de risques ont été présentés. Les plus connus sont le modèle « demande psychologique versus latitude décisionnelle » de Karasek, le modèle « effort versus récompense » de Siegrist, la psychodynamique du travail fondée par C. Dejours et le modèle de l'activité de travail des ergonomes.

L'approche de l'ANACT sur la prévention des RPS s'appuie sur une démarche projet visant à établir un diagnostic approfondi des causes de tensions générées par l'activité de travail. Les facteurs de cette tension sont la instabilité des repères dans le temps, les objectifs et les exigences de l'agent comme de l'employeur, et enfin, la présence ou non de soutien technique, hiérarchique ou psychologique.<sup>44</sup>.

La politique de prévention des risques liés à la manutention et des RPS peut être développée au CHSG dans un souci de limitation de l'absentéisme. D'autres leviers peuvent être trouvés dans l'analyse de la gestion de l'absence des agents.

### **2.3.2 La gestion actuelle de l'absence imprévisible des agents**

A défaut de procédure de gestion de l'absence, le règlement de la situation a lieu dans l'urgence ce qui nuit à la santé des agents présents.

#### 1) L'absence de procédure de gestion

Il n'existe pas de procédure décrivant la gestion de l'absentéisme d'un agent. Concernant l'absentéisme imprévisible, les cadres de proximité interviennent lorsque l'effectif minimum est atteint. Une fois cette limite est dépassée, le cadre de proximité

---

<sup>43</sup> CRAM des pays de la Loire et les services de santé au travail du Maine-et-Loire, Guide d'évaluation des risques professionnels, fiche n°20 .

<sup>44</sup> BERNADAT JP, « Prévention des risques psychosociaux », support de formation de C3S.

modifie, dans l'urgence, le planning ou l'organisation en rappelant un agent en repos, en annulant les congés de formation, ou encore en sollicitant un agent d'un autre roulement. Ces changements génèrent des déséquilibres avec, à minima, la réalisation d'heures supplémentaires à récupérer. Dans certains cas extrêmes, les personnes interrogées ont dénoncé le non respect de la réglementation sur le temps de travail en termes d'amplitude ou de repos.

Si le cadre de proximité n'a plus de marge de manœuvre afin d'assurer le remplacement de l'agent absent, il fait alors appel au cadre supérieur qui est en mesure de recourir au pool de remplacement (existant uniquement sur le site de Langon) ou à un redéploiement d'effectifs entre les services. Ainsi, sur le site de La Réole, les agents du secteur handicap sont souvent appelés en renfort sur l'EHPAD sans qu'aucun recensement ne permette de mesurer l'ampleur du phénomène.

Enfin, si le cadre supérieur est en difficulté, il peut solliciter la DRH afin de bénéficier du recrutement d'un agent contractuel dans la limite de la contrainte budgétaire. L'établissement a rémunéré 6,44 ETP de plus que ceux autorisés dans la convention tripartite de l'EHPAD de La Réole. Cette gestion est confrontée à ces limites face à un absentéisme de masse, comme il existe dans certains services du CHSG.

## 2) Le cercle vicieux de l'absentéisme

La gestion de l'absentéisme imprévisible génère une dégradation de la santé du personnel. La surcharge de travail générée par l'absence des collègues, la perte des récupérations due aux rappels ou aux reports des jours de repos, la fatigue, la frustration voire l'angoisse de ne pas pouvoir assumer le travail, usent les agents présents. D'autant plus, que les heures supplémentaires ne sont pas toujours compensées et que les agents rappelés sont souvent les mêmes.

Le service rendu est dégradé avec des effectifs réduits et l'organisation détériorée. Les agents ne pouvant réaliser toutes les tâches, sélectionnent celles qui leur semblent prioritaires, les nouvelles recrues ne sont pas accompagnées, les transferts de tâches sont courants, etc. Le personnel n'est plus satisfait du travail réalisé, son métier perd de son sens.

Cette situation dégrade le climat social car l'équipe est en difficulté. En effet, deux tiers des personnes interviewées estiment que le problème de l'absentéisme réside dans la fragilisation des équipes. L'épuisement du personnel est source de tensions. Les agents en difficulté sont culpabilisés, la cohésion diminue et la suspicion sur les motifs d'absence s'installe. A ce titre, les abus de certains agents sont déplorés par leurs collègues.

L'accroissement de la charge de travail, associée à une diminution de sa qualité et à une détérioration du climat social usent physiquement et moralement les agents présents. Cette usure est source d'un absentéisme à venir..

### **2.3.3 La prise en compte des obstacles liés à la reprise du travail au CHSG :**

Une politique institutionnelle visant à lever les obstacles liés à la reprise de travail existe uniquement pour l'absentéisme de très longue durée. La commission santé poste de travail le réalise par le biais d'un suivi personnalisé des agents en absence de très longue durée. En outre, une procédure d'accompagnement et de reclassement des agents en difficultés existe.

Cette politique est une force pour le CHSG. Elle peut encore être perfectionnée par une application plus stricte de la procédure de reclassement afin de faciliter l'intégration dans le service des agents disposant d'un poste aménagé depuis de nombreuses années. Cette action est difficile à mener du fait du temps nécessaire à l'étude des situations individuelles dans un contexte d'augmentation du nombre de restrictions d'aptitude par le médecin du travail, ce qui est source de tensions entre les acteurs de la commission. La fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, connaît ces contraintes : *« on constate souvent un manque de communication de la direction sur la réalisation des actions de prévention, un essoufflement de ces actions, ainsi que des difficultés de relations service médical/opérationnel sur les restrictions médicales. Les actions qui touchent aux aménagements de poste et à la prise en compte des restrictions d'aptitude sont, par ailleurs, souvent mal vécues car elles entraînent des tensions entre opérateurs, et avec l'encadrement »*<sup>45</sup>. Les orientations 2009-2014 de la DRH du CHSG, prévoient de favoriser le maintien dans l'emploi des personnels handicapés ce qui comprend le retour à l'emploi des personnes absentes sur une longue durée.

La qualité de gestion l'absentéisme est donc un levier de prévention de ce dernier. Son analyse au CHSG a permis d'identifier des leviers de diminution de l'absentéisme.

En synthèse, la stratégie à adopter pour prévenir l'absentéisme au CHSG consiste à améliorer la qualité de vie au travail par une action sur l'ensemble du processus d'absence. Le plan d'action à concevoir doit intégrer la prévention des risques liés à la manutention et aux RPS, qui sont directement liés au management des organisations et des hommes en vigueur, la gestion des absences et la politique de maintien dans l'emploi.

---

<sup>45</sup> Andreas Agathocleous, « Impact des troubles musculo-squelettiques sur le lieu du travail »  
Sofia BOUALLALI - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010

### **3 L'instauration d'une politique de prévention de l'absentéisme au CHSG par la promotion de la qualité de vie au travail**

La politique de prévention de l'absentéisme au CHSG a pour objectif de réduire les risques facteurs d'absentéisme et de mettre fin au cercle vicieux dans lequel se trouvent certains services de l'établissement. L'analyse de l'absentéisme a permis de dégager les axes prioritaires pour y parvenir. Ils relèvent du management et de la politique des ressources humaines avec le pilotage de l'absentéisme et la prévention des risques physiques et psycho-sociaux.

A cette fin, il convient tout d'abord de mettre en place une véritable politique de pilotage de l'absentéisme dans le cadre d'une démarche projet (3.1), ce plan d'action pourra contenir les deux démarches de prévention en cours de déploiement sur le CHSG (3.2), et le lancement d'une véritable politique de prévention des RPS (3.3).

#### **3.1 Définir une politique de pilotage de l'absentéisme**

L'absentéisme au CHSG est chronique, il est primordial de mettre en place une politique de prévention dans le cadre d'une démarche projet. Le groupe projet chargé de la définir doit partager un diagnostic afin d'établir un plan d'action adapté. Sur la base de l'analyse effectuée des facteurs d'absentéisme au CHSG<sup>46</sup>, les deux premières actions à soumettre à ce collectif sont, l'instauration d'un pilotage de l'absentéisme et l'optimisation des modalités de remplacement.

##### **3.1.1 Elaborer un plan d'action de manière concertée**

Le déploiement des actions de prévention de l'absentéisme nécessite l'élaboration d'un plan d'action. Celui-ci est un ensemble cohérent de mesures à prendre et d'actions à mener qui peuvent être de natures différentes.

##### **1) Construire un plan d'action de manière concertée**

Cette démarche implique les acteurs de l'organisation autour des étapes successives suivantes :

- a) Recenser et réunir les acteurs afin d'enclencher une démarche participative. Pour le CHSG, les acteurs à intégrer sont des représentants élus du personnel médical et non médical, des cadres de proximité des services à fort et à faible taux d'absentéisme et les membres de la commission santé et poste de travail.

---

<sup>46</sup> Cf. 2. Les facteurs de l'absentéisme imprévisible au Centre Hospitalier Sud Gironde 23  
Sofia BOUALLALI - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010

- b) Mettre en place un groupe de travail paritaire. Ce groupe de travail est distinct du comité de pilotage des risques professionnels, cependant le chef de projet doit être membre de ce comité.
- c) Proposer un programme pour le groupe de travail (en s'inspirant de la présente étude) :
  - i) réaliser un état des lieux de l'absentéisme à l'aide d'indicateurs pertinents, produire et valider des données chiffrées,
  - ii) analyser les causes et établir un diagnostic,
  - iii) proposer des actions visant à remédier aux causes principales,
  - iv) trier les actions selon leur horizon temporel, court terme (moins d'un an), moyen (de un à cinq ans) ou long terme (plus de cinq ans), et les articuler en un plan d'action cohérent,
  - v) obtenir l'approbation des instances de l'établissement sur le plan d'action,
  - vi) définir un plan de communication : informer et sensibiliser sur l'état des lieux, le diagnostic et les actions prioritaires qui vont être lancées, par le biais d'une réunion des cadres et de service, du journal interne (transmis avec le bulletin de salaire) et de la note de service.
- d) Mettre en œuvre le plan d'action qui doit inclure les actions suivantes :
  - i) mettre en mouvement l'ensemble de la chaîne managériale : sensibiliser, former et fixer des objectifs qui seront des critères d'évaluation,
  - ii) réunir le groupe de travail à intervalles réguliers pour évaluer les actions réalisées,
  - iii) communiquer à partir des résultats obtenus,
  - iv) faire bénéficier les services des économies réalisées du fait de la baisse de l'absentéisme,

Ce plan d'action peut s'appuyer sur les préconisations du présent document.

## 2) La synthèse des actions proposées

L'action sur l'absentéisme peut être corrective ou préventive. Dans le premier cas, il s'agit de corriger une tendance jugée néfaste à la bonne santé des salariés en mettant en place des mesures dont l'impact doit être évalué sur le court terme. Dans le second cas, il s'agit avant tout d'éviter un approfondissement du problème ou de viser sa résorption à plus long terme.

Les actions proposées combinent ces deux natures afin d'agir tout de suite et de mettre en place une démarche sur le long cours, pour faire face à un taux d'absentéisme qui reste obstinément élevé (Cf. annexe 5).

Par la suite, les préconisations sont présentées de manière détaillée, elles doivent être menées de concert afin d'avoir un véritable impact, puisque chacune répond aux facteurs d'absentéisme identifiés précédemment.

### 3.1.2 Corriger l'absentéisme par un pilotage adapté

Le pilotage est indispensable pour lutter contre l'absentéisme. Fiabiliser l'information permettra de mettre en place des tableaux de bord adaptés à chacun des acteurs. Il conviendra également de faciliter le retour des agents et de limiter les abus.

#### 1) Fiabiliser les informations pour piloter le plan d'action

Certaines informations doivent être disponibles dès 2011 pour que les acteurs de la politique de prévention de l'absentéisme puissent concrétiser les actions préconisées. La réalisation de la base de données<sup>47</sup> a mis en exergue le besoin de fiabiliser le traitement des informations. Par conséquent, la mise en place de tableaux de bord au CHSG sera progressive.

La construction des tableaux de bord, visant à piloter la réalisation des objectifs fixés dans le plan d'action pourra être réalisée en deux temps. En 2011, les informations à transmettre concerneront uniquement le nombre de jours d'absence par motif et leur périodicité sera limitée. Cependant, dès 2012, il devrait être possible de fournir les taux, la fréquence et la durée de l'absentéisme. Ce délai d'une année permettra à l'établissement, avec le recours de son service informatique et d'un stagiaire contrôleur de gestion, de construire des bases de données afin de traiter de manière automatisée les informations sur l'absentéisme et les effectifs. Cet investissement garantirait la fiabilité des données produites par la DRH et libérerait du temps agent en limitant les saisies. Cette ressource pourra être utilisée afin de responsabiliser un agent sur la production des données qui nécessitera en routine environ 3 jours pour les tableaux de bord mensuels. Il serait également intéressant de gagner en expertise interne par le biais de formation sur les logiciels bureautiques.

#### 2) Mettre en place des tableaux de bord adaptés à chacun des acteurs

La mise en place de tableaux de bord permettrait à chacun des acteurs engagés dans la démarche de prévention de disposer d'outils de suivi de l'absentéisme.

La commission santé et poste de travail aurait l'opportunité de disposer, une semaine avant la réunion, de l'évolution du nombre et de la nature de l'absentéisme, notamment pour les accidents du travail, les pathologies professionnelles et la maladie ordinaire de plus de 90 jours. Les membres pourront alors réaliser des suivis personnalisés, en particulier afin de lever les obstacles de retour à l'activité professionnelle<sup>48</sup>.

Pour la Direction et le CHSCT, il serait intéressant de suivre l'absentéisme par motif, durée, grade et service tous les quadrimestres.

---

<sup>47</sup> Cf. 1.2.2 3) La méthodologie déployée pour concevoir un plan d'action adapté au CHSG

<sup>48</sup> Cf. 3.2.2 2) Les actions prévues relevant de la politique de maintien dans l'emploi

Enfin, la diffusion de tableaux « préconstruits » permettra à l'encadrement de proximité de suivre quelques indicateurs-clés de l'absentéisme dans leur service ou équipe. La liste nominative des agents absents par motif peut être transmise mensuellement en précisant les actions menées par la commission santé et poste de travail le cas échéant. Cette information permettra d'adapter le discours lors de l'entretien de retour.

### 3) Faciliter la reprise d'activité

Les entretiens de retour permettent, dans certains cas, de traiter le problème des absences récurrentes pour raisons de santé. L'entretien de retour doit permettre de mieux cerner les motivations de l'absentéisme et de préparer le retour du salarié au sein du collectif de travail. Toutefois, ces entretiens doivent se faire dans le plus strict respect du secret médical avec l'objectif de mieux comprendre les problèmes de l'agent : surcharge répétée de travail, problèmes de santé, mauvais état d'esprit au sein du collectif, problèmes personnels, etc.

En ce sens, il fournit l'occasion de mieux connaître les situations de travail et d'instaurer un meilleur dialogue. Au CEAP, la relation de confiance et le principe du « donnant donnant » instaurés par le cadre de proximité limitent l'absentéisme. Les difficultés de l'agent sont traitées par le cadre dans le respect de la confidentialité. Si des mesures impactent l'ensemble de l'équipe, elles font l'objet d'une communication à lors des transmissions afin d'assurer légitimité et transparence. Cette écoute active renforce l'engagement de l'agent soutenu. De plus, l'entretien de retour est un moment privilégié pour discuter avec le salarié des modalités de sa réinsertion dans l'organisation du service.

Cet entretien doit être mené par le cadre de proximité. Dans le cas d'une absence de plus de 90 jours, il doit être réalisé de manière coordonnée avec la DRH qui a pu rencontrer l'agent préalablement (intervention de la commission santé poste de travail). Les entretiens de reprise doivent être systématiques en veillant à ne pas culpabiliser les agents mais au contraire, à les motiver en les informant des événements manqués et des attendus. C'est pourquoi la conduite de l'entretien de retour ne s'improvise pas. Il est sans doute nécessaire de former les cadres de proximité à qui incombera cette responsabilité.

### 4) Limiter les abus

L'incitation financière au présentéisme et la contre-visite médicale sont deux mesures correctrices relativement courantes dont l'efficacité est limitée dans le temps.

L'incitation financière est mise en œuvre par le biais de la prime de service. La réglementation précise son mode de calcul, en laissant une marge d'interprétation sur

l'évaluation des critères de répartition qui sont « *la qualité des services rendus et l'assiduité manifestée par chacun des agents* »<sup>49</sup>. Les règles d'abattement de la prime et de redistribution de ce dernier peuvent donner lieu à une application plus ou moins stricte. Les limites de cette mesure sont connues. Elle risque de pénaliser des agents absents pour des causes médicales bien réelles. De plus, elle n'agit pas sur les raisons de l'absentéisme. Cette action peut être présentée au groupe de travail afin de constituer une marge de négociation avec les représentants syndicaux pour leur faire accepter d'autres mesures plus pertinentes. Dans tous les cas, la conséquence financière de l'assiduité de l'agent sur sa prime doit être lisible pour gagner en efficacité.

Il est également possible d'avoir recours à des contrôles visites médicales pour limiter les abus en matière d'absentéisme. Si cette mesure peut être négociée dans le cadre d'un plan d'action global, elle n'est pas prioritaire. Sans préjuger de la justesse de ces contre-visites, force est de constater que cette mesure n'aide pas à développer un climat social propice au dialogue pour une efficacité controversée.

Le pilotage de l'absentéisme est le moyen correctif à privilégier. Toutefois, pour mettre fin au cercle vicieux de l'absentéisme il est nécessaire d'agir sur l'une de ces causes identifiées : la gestion de l'absence au sein du service.

### **3.1.3 Optimiser les modalités de remplacement des absents :**

L'optimisation des modalités de remplacement est un objectif difficile à atteindre car aucune solution n'est complètement satisfaisante. Les options pourront être discutées par le groupe de travail dans le cadre de l'élaboration d'une procédure de gestion de l'absence qui respecte l'équité et valorise les agents disponibles.

#### **1. Instauration des règles justes**

Le respect de l'équité semble être la clé de voûte des principes de remplacement. Ses principaux avantages sont de garantir à tous les agents un repos périodique et de les rendre solidaire dans la gestion d'une absence. La polyvalence des agents doit être développée dans un souci de cohésion d'équipe tout en limitant le transfert de tâches. Dans les services où le climat social est tendu, il est indispensable que le rappel soit réalisé par une personne de niveau hiérarchique supérieur.

Les modalités proposées sont de rappeler les agents sur la base d'une liste tournante. Pour faciliter la conciliation avec la vie personnelle, il est proposé d'avertir l'agent de son ordre dans la liste. Il peut aussi être décidé de privilégier les RTT (Réduction du Temps de Travail) sur les repos hebdomadaires, afin de limiter l'usure des agents. Pour réaliser les rappels, les cadres doivent disposer des coordonnées téléphoniques des agents à

---

<sup>49</sup> Circulaire du 24 mai 1967 prise en application de l'arrêté du 24 mars 1967 modifiant les conditions d'attribution de la prime de service aux personnels de certains établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics, chapitre III.

jour. Ils doivent également comptabiliser les rappels par agents et disposer de bilan des heures dans le logiciel de gestion du planning qui est en cours de paramétrage.

Par ailleurs, le groupe de travail pourra aborder la question du maintien ou non du pool de remplacement. S'il est maintenu, il doit rester disponible pour répondre à des absences imprévisibles dans l'urgence.

## 2. Améliorer la gestion des plannings

La gestion des plannings est au cœur de la conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée des agents. Une harmonisation des règles et des pratiques en la matière semble pertinente. La souplesse dans la gestion du planning est une clé de la prévention de l'absentéisme. Le cadre de proximité doit veiller à stabiliser le planning et à minima à communiquer systématiquement aux agents tous changements opérés pour la quinzaine suivante. De plus, les pics de jours d'absence sont les lundis et le mois de janvier, il est possible d'anticiper les difficultés en limitant les congés sur ces périodes.

## 3. Reconnaître les efforts des agents

La valorisation des agents disponibles est indispensable à leur motivation. Cette reconnaissance repose sur le cadre de proximité et peut avoir plusieurs formes. Elle consiste à faciliter la récupération des heures en lien avec les souhaits de l'agent sollicité, à valoriser sa disponibilité dans le cadre de la notation et surtout à l'informer du nombre d'heures réalisées sur demande du cadre.

La DRH a tout intérêt à institutionnaliser les règles de paiement des heures supplémentaires dans un souci d'équité et de valorisation des efforts fournis par certains. De plus, sur des secteurs dégradés comme les EHPAD, il peut être opportun de rémunérer les heures de manière concomitante à la mise en place de ces nouvelles modalités de remplacement pour mettre fin au cercle vicieux de l'absentéisme.

Les cadres de proximité doivent définir avec leurs équipes les tâches à réaliser en priorité lorsque les conditions de travail sont dégradées par l'absentéisme.

Ces mesures dont les effets escomptés sont à court ou moyen termes, peuvent être mises en place dans le courant de l'année 2011. Sans attendre, des mesures de prévention à moyen et long terme ont déjà été déployées en 2010.

## **3.2 Les démarches de prévention mises en place**

Les deux démarches de prévention de l'absentéisme lancée en 2010 auront un impact à moyen terme. La première consiste à prévenir les risques liés à l'activité physique. La seconde à développer la politique de maintien dans l'emploi.

### **3.2.1 Prévenir les troubles musculo-squelettique du CHSG**

Le besoin d'améliorer la politique de prévention des risques liés à la manutention est une des conclusions tirées de l'analyse des facteurs d'absentéisme. La démarche de prévention des TMS est menée par un réseau de référents sur le circuit du linge, dans le cadre d'un projet financé par le FNP de la CNRACL (Fond National de Prévention de la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales).

#### **1) Les bénéfices attendus de la mise en place du réseau de prévention des risques liés à l'activité physique**

La mise en place d'un réseau PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique) est plus qu'une simple action de prévention des TMS. L'objectif principal est de dépasser les limites d'une simple politique de formation continue en se dotant en interne d'agents experts et motivés sur la thématique, capables de mener une action de proximité et dans la durée. En outre, cette démarche de prévention, consistant à fédérer un groupe d'agents volontaires issus de toutes les catégories professionnelles et de tous les services de l'établissement, est également pertinente en termes de management. La constitution de ce réseau a pour conséquence de décroiser les services du CHSG, de responsabiliser les agents et de mettre en place une communication ascendante.

En effet, le réseau PRAP est chargé de :

- former et d'informer les agents du Centre Hospitalier sur les TMS et les méthodes de prévention,
- réaliser un état des lieux en identifiant dans leur pôle les situations ou gestes à risques.
- réfléchir sur les gestes et postures,
- proposer des adaptations du matériel ou de l'environnement,
- analyser les causes des AT/MP en lien avec la commission santé et poste de travail en utilisant notamment la méthode de l'arbre des causes.

Pour mener à bien ces missions, les référents doivent conseiller au quotidien les agents, répondre aux sollicitations d'un service face à une situation difficile et participer aux rencontres trimestrielles organisées par le réseau afin de rechercher des solutions aux problématiques transversales. L'objectif principal de ce réseau est de diminuer le nombre d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de maladies ordinaires et de

restrictions d'aptitudes sur le CHSG. A moyen terme, la réussite du réseau se mesurera par sa capacité à optimiser les organisations et à rendre l'agent acteur de son travail.

## 2) L'intérêt de la mise en application sur la fonction support linge :

Le CHSG souhaite concrétiser la démarche, afin d'évaluer sa pertinence et de bénéficier de résultats effectifs à court terme, en expérimentant sa mise en œuvre sur le traitement du linge. En effet, cette activité transversale est en cours de restructuration avec le transfert de l'activité du site de Langon à un GCS programmé en automne 2010. De plus, la réalisation du document unique a révélé une forte criticité des risques du service de blanchisserie du site de La Réole. Aussi, le lancement du réseau PRAP sur le circuit du linge présente-t-il de multiples avantages. Il permet de :

- sensibiliser la majorité des agents du Centre Hospitalier Sud Gironde sur les troubles musculo-squelettique puisque cette activité est transversale,
- améliorer les conditions de travail en optimisant la réalisation des tâches quotidiennes liées à la gestion du linge. A ce titre, une réflexion sur le transfert de certaines tâches, comme le tri du linge des résidents, doit être menée afin de libérer du temps agent au sein des services médico-sociaux,
- décloisonner le traitement du linge entre le service prestataire et les services clients,
- former le réseau PRAP autour d'une démarche concrète et valorisante afin de pérenniser la participation des référents volontaires.

## 3) La préparation du projet

La mise en place de cette démarche de prévention a suivi la méthodologie d'une gestion de projet. Après la phase de conception, qui a permis d'analyser la situation, de poser un diagnostic et d'identifier les besoins et les objectifs du projet, celle de préparation a consisté en la recherche des personnes ressources et de source de financement, la structuration du projet et l'élaboration d'un plan d'action.

L'identification des personnes ressources en interne et en externe a été un facilitateur de la mise en œuvre du projet. En effet, leurs concours a permis d'une part, de perfectionner le projet en tenant compte des contraintes et des attentes de chacun, et d'autre part, de faciliter leur adhésion et donc la pérennisation de l'action. Les deux acteurs clés en externe ont été l'ARACT Aquitaine, pour son réseau spécialisé dans les démarches de prévention et le FNP de la CNRACL pour son soutien méthodologique et financier. En effet, ce fond subventionne les démarches de prévention de la santé au travail dans la limite de 200 000€. Le CHSG a effectué une demande de subvention par le biais d'un cahier des charges contenant outre, une présentation général de

l'établissement, la caractérisation de la démarche, sa mise en œuvre opérationnelle (méthode et moyens, dialogue social, calendrier prévisionnel et budget) et son système d'évaluation.

La seconde étape de la préparation du projet est sa structuration sur la base d'un comité de pilotage des risques professionnels et deux groupes de travail. Le chef de projet est la Directrice des Ressources Humaines en tant que présidente du comité de pilotage. A cette occasion, le comité a été élargi à certaines personnes ressources comme le chef du service d'hygiène (également membre de la CME).

Le premier groupe de travail est le réseau PRAP qui a vocation à rester pérenne, tandis que le second se dissoudra à la fin de l'expérimentation de la démarche sur la fonction linge. Pour chacun des groupes, un responsable a été désigné, afin d'en assurer son animation et de garantir la réalisation des missions confiées. Par ailleurs, le CHSG souhaite être soutenu dans cette démarche de prévention par un organisme extérieur spécialisé en ergonomie et sur l'activité de traitement du linge hospitalier. Cet accompagnement à la conduite de projet devra permettre aux membres des groupes de travail d'optimiser le processus et les équipements.

La troisième et dernière étape de cette préparation est l'élaboration du plan d'action et du budget de projet (Cf. annexe 6 et 7). Tout au long de la préparation du projet, le dossier a été présenté aux instances (CHSCT et CTE) qui ont donné un avis favorable.

Cette démarche de prévention des risques visant à préserver la santé au travail des agents aura un impact sur l'absentéisme à moyen terme. Elle doit être accompagnée d'une politique de maintien dans l'emploi des agents dont la santé est d'ors et déjà détériorée.

### **3.2.2 Maintenir dans l'emploi des agents en situation de handicap**

Les agents confrontés à de graves problèmes de santé restreignant leur aptitudes professionnelles sont suivis par la commission santé et poste de travail afin de lever les obstacles à la reprise du travail. Cette politique de maintien dans l'emploi ou de reclassement des personnes en situations de handicap peut encore être développée dans le cadre d'un conventionnement avec le FIPHFP (Fond d'Insertion des Personnes Handicapées de la Fonction Publique).

#### **1) Les avantages du conventionnement avec le FIPHFP**

La Loi pour " l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées " du 11 février 2005 a imposé une obligation d'emploi d'au moins 6% de travailleurs handicapés se traduisant par une sanction financière en cas de non respect. Le souhait de l'établissement est de se saisir de cette opportunité pour impulser une dynamique tant dans la politique de recrutement que pour aider au maintien dans

l'emploi. En ce sens, il paraît opportun de passer une convention avec le FIPHFP puisque son cahier des charges comprend des actions d'identification des acteurs, de recrutement, de sensibilisation, de maintien dans l'emploi et d'évaluation de la démarche. Nonobstant le caractère humaniste de cette politique, l'intérêt pour le CHSG est de structurer sa démarche de maintien dans l'emploi en bénéficiant à la fois d'une expertise et d'un financement. Pour y parvenir, il est nécessaire de mettre en œuvre une démarche projet avec une première étape de conception du protocole, et une seconde, de déploiement des actions prévues. Le groupe de travail du CHSG est constitué de partenaires sociaux, d'un agent reclassé et de la DRH.

La phase de conception consiste à établir un diagnostic sur la situation de l'emploi des personnes en situation de handicap ou reclassées au CHSG, puis, à définir un protocole sur un ensemble d'actions. Cette étape, qu'elle soit réalisée en interne ou avec l'aide d'un prestataire extérieur, est finançable dans le cadre de la démarche d'étude et de diagnostic du FIPHFP. La demande de financement s'opère directement sur la plateforme internet du FIPHFP. Le CHSG a décidé d'avoir recours à un accompagnement extérieur, sélectionné sur la base d'un cahier des charges grâce à la réalisation d'un MAPA (Marché à Procédure Adapté). Ces honoraires ont été négociés afin de ne pas dépasser la limite de remboursement à savoir 20 000 euro hors taxes pour un établissement de 300 à 1 500 lits. De plus, l'établissement a convenu que l'organisme organise, sans attendre la signature du protocole, des journées de sensibilisation afin d'agir sur la représentation du handicap et du reclassement. Il escompte ainsi impulser une évolution des mentalités et provoquer des changements d'attitude en interne. En outre, cet objectif a donné lieu à la rédaction d'une fiche action spécifique indispensable face à la difficulté de reconnaissance et d'insertion des personnes en inaptitude temporaire ou définitive.

L'autre clé de voûte consistera à appliquer strictement la politique de maintien dans l'emploi.

## 2) Les actions prévues relevant de la politique de maintien dans l'emploi

Les actions de maintien dans l'emploi du protocole de conventionnement avec le FIPHFP impactent directement la politique de prévention de l'absentéisme. Quatre objectifs prioritaires ont été déclinés en fiche-action.

A visée uniquement préventive, une fiche action a pour objet de diminuer les situations de handicap en aménageant l'environnement du CH. Sur la base des risques identifiés dans le document unique, il s'agit de réaliser des études d'ergonomie au niveau des services et des postes particulièrement générateurs de restrictions d'aptitude, afin d'évaluer les adaptations et les aménagements possibles. Parallèlement, l'établissement s'engage à prévoir un volet handicap lors de la rédaction de nouveaux cahiers des charges (lors de travaux de rénovation, travaux de construction, adaptation des matériels,

etc.) pour prévoir l'ingénierie des locaux, la conception des équipements et de la signalétique.

Les autres actions portent sur les missions de maintien dans l'emploi en reprenant les missions de la commission santé poste de travail concernant d'une part, les agents bénéficiant de restrictions d'aptitudes temporaires ou définitives, et d'autre part, ceux reconnus inaptes de manière totale et définitive. De plus, une fiche action spécifique a été établie pour le maintien dans l'emploi des agents reconnus inapte définitivement aux fonctions d'aides-soignants.

Le FIPHFP contribue au financement des actions conventionnées relatives à son catalogue des aides. A titre d'exemple, pour mener à bien ces objectifs, les bilans de compétence et les études d'ergonomes seront subventionnés. Ces mesures vont permettre d'accompagner au mieux les agents inaptes, accidentés du travail ou en maladie professionnelle en levant les obstacles de maintien dans l'emploi par la reconversion professionnelle ou l'adaptation du poste ou des conditions de travail. Les études en ce sens pourront servir à l'ensemble des agents du service. La difficulté résiduelle porte sur les moyens nécessaires pour mener à bien ce suivi personnalisé. La commission santé poste de travail doit parvenir à se réunir à périodicité constante afin d'optimiser le retour à l'emploi et ne pas être embolisée par le suivi administratif des dossiers. Le recrutement d'une personne chargée du suivi personnalisé des agents absents en longue durée pourrait être expérimenté sur la base des économies générées par un retour précoce au travail.

Par ailleurs, la politique de prévention de l'absentéisme par la diminution des risques liés à l'activité physique et l'aide au maintien dans l'emploi doit être complétée par la prise en compte des RPS.

### **3.3 Prévenir les risques psycho-sociaux**

L'usure professionnelle des agents du CHSG est une manifestation des RPS. Une politique de prévention peut être déployée pour limiter l'absentéisme à moyen terme. Elle consiste en premier lieu à réaliser un diagnostic des RPS. En second, à mettre en œuvre un ensemble de mesures qui semblent prioritaires sur les EHPAD, services identifiés comme étant à risque. Enfin, de manière générale, l'optimisation du management au CHSG permettra de limiter les RPS.

#### **3.3.1 Diagnostiquer les RPS dans le document unique**

Le CHSG s'est fixé comme objectif d'unifier son document unique pour janvier 2011. Cette étape d'évaluation des risques professionnels offre l'opportunité de diagnostiquer la criticité des RSP de chaque service. En l'espèce, la démarche globale de

prévention des RPS préconisée par l'INRS<sup>50</sup> se réfère à une conduite de projet qui semble difficile à mettre en œuvre pour un établissement de la taille du CHSG et face à l'ensemble de mesures préconisées dans ce plan d'action contre l'absentéisme. Aussi, il semble préférable d'agir plus modestement, tout en s'inspirant de cette démarche.

Il est proposé d'établir un diagnostic sur la base des indicateurs retenus dans l'enquête sur la qualité de vie au travail (Cf. annexe 4). Ce pré-diagnostic sera établi par les représentants du personnel et les membres du comité de pilotage des risques professionnels, afin de ne pas démultiplier le nombre de groupes de travail. De plus, ce groupe a suivi une formation à la prévention des RPS en juin 2010. Parallèlement, la DRH pourra recenser toutes les situations graves telles que les tentatives de suicides, les violences physiques et les accidents de travail graves ou mortels qui donnent lieu à une réponse en urgence. Il serait utile de mettre en place un tableau de suivi au fil de l'eau. Ces données permettront d'intégrer et de classer les RPS par niveau de gravité et de fréquence au sein du document unique. Le plan pluriannuel d'amélioration de la qualité de vie au travail du CHSG (et non plus des conditions de travail) pourra prévoir la réalisation de diagnostics approfondis en suivant la méthode de l'ANACT<sup>51</sup> uniquement sur les secteurs ou les catégories professionnelles les plus à risque. Ce diagnostic pourra être réalisé en faisant appel à un organisme extérieur (CRAM, ARACT, cabinets-conseil, etc.) ou au médecin du travail, afin de garantir l'objectivité des résultats. Il devra être communiqué et donnera lieu à la réalisation d'un plan d'action spécifique.

Suite au pré-diagnostic établi lors de l'analyse des qualités de travail, il est d'ors et déjà possible de déterminer des mesures pour diminuer les RPS sur les EHPAD.

### **3.3.2 Fédérer le personnel des EHPAD autour d'une amélioration de la qualité de la prise en charge**

La prévention des RPS dans les EHPAD peut donner lieu à un diagnostic plus approfondi dans le cadre du plan pluriannuel d'amélioration de la qualité de vie au travail. Cependant, face au niveau d'absentéisme de ces services, il est urgent d'impulser une dynamique positive dans le cadre de l'élaboration des projets de service. D'autant plus que certaines mesures sont à initier dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite en 2011. En ce sens la construction du projet de service de l'EHPAD de La Réole a été pilotée par le cadre du service sur la base d'une démarche participative. L'état des lieux réalisé par ce biais, associé à la présente analyse de l'absentéisme fixe les principaux arbitrages.

---

<sup>50</sup> INRS, Démarche de prévention du stress au travail, « La réalisation d'un diagnostic organisationnel » et INRS, « Dépister les risques psycho-sociaux – des indicateurs pour vous guider » p21, 22, 42, 43 et 45

<sup>51</sup> BERNADAT JP, « Prévention des risques psychosociaux »

## 1) Négocier avec les financeurs le renouvellement de la convention tripartite

Le renouvellement de la convention tripartite est le moment privilégié pour obtenir le soutien des financeurs dans la mise en œuvre des projets des EHPAD. En 2010, les conventions tripartites des EHPAD du CHSG ont été prorogées pour l'année par avenant suite à la demande de l'ARS. Aussi, il convient de se rapprocher et de solliciter sans plus attendre l'ARS et le Conseil Général afin d'entamer des négociations. Depuis 2005, date d'effet de la convention de première génération, la dépendance des résidents et la réglementation tarifaire a évolué. La simulation dotation soin plafond comme celui du passage en dotation globale offrent des perspectives financières positives pour l'EHPAD de La Réole. Ces ressources pourront être utilisées afin d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées. Les modalités de calcul sont présentées dans le tableau suivant :

<b>SIMULATION de la DOTATION SOIN de l'EHPAD du site de La Réole</b>			
<b>TARIF PARTIEL AVEC PUI :</b>			
Dotation plafond : nombre de résidents x valeur du point x (GMP + PMP x 2,59)			
88 x 9,89 x ( 712 + 221 x 2,59)	<b>1 117 830,30 €</b>	(1)	
Dotation 2009 inscrite au compte de résultat :	1 004 080,53 €	(2)	
Sous-dotation soins 2009 :	113 749,77 €	A =(2-1)	11%
<b>TARIF GLOBAL AVEC PUI</b>			
Dotation plafond : nombre de résidents x valeur du point x (GMP + PMP x 2,59)			
88 x 12,83 x ( 712 + 221 x 2,59)	<b>1 450 127,69 €</b>	(3)	
<b>PASSAGE EN TARIF GLOBAL</b>			
Produits attendus	332 297,38 €	4=(3-1)	
Charges supplémentaires estimées (4,5% de la dotation actuelle sur la base des consommations de soins 2008)	45 183,62 €	5=(2*4,5%)	
<b>Résultat du passage en tarif global</b>	<b>287 113,76 €</b>	B=(4+5)	
<b>Marge de négociation sur la dotation soin</b>	<b>400 863,53 €</b>	<b>(A+B)</b>	

Ainsi, dans le cadre d'une tarification à la ressource<sup>52</sup>, le résultat net (après déduction de l'accroissement des charges dues au paiement des intervenants libéraux) est de l'ordre de 400 000€. Il est primordial pour l'établissement de déterminer avec l'ARS le passage progressif à la dotation soin plafonnée, et de choisir l'option tarifaire globale, afin d'obtenir les ressources correspondantes à la prise en charge qu'il effectue. Cette visibilité permettra d'arbitrer les mesures proposées pour le projet de service.

<sup>52</sup> L'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué une tarification à la ressource. Contrairement à la convergence tarifaire qui est d'application immédiate, il est prévu que la tarification à la ressource entre en vigueur au 1er janvier 2010. Or, le décret appliquant l'article 63 n'a toujours pas été pris à ce jour.

## 2) Définir le projet médical et de soins dans le cadre du pôle réhabilitation gériatrique

Le rattachement de l'EHPAD de La Réole au pôle réhabilitation gériatrique serait bénéfique pour la prise en soins des personnes âgées s'il se concrétisait par la création d'un poste de PH à temps partiel.

En effet, le manque de coordination dans l'intervention des médecins libéraux dégrade la qualité de la prise en charge qui est assurée au prix d'une désorganisation complète du travail des soignants. Les marges de manœuvre du médecin coordonnateur<sup>53</sup> reste limitées et ceux du cadre de proximité également. Bien entendu, le respect du libre choix de son médecin traitant sera garanti au résident, comme sur le site de Langon où ce modèle de prise en charge est déjà en vigueur et apporte satisfaction. Ce médecin sera sous la responsabilité fonctionnelle du chef de pôle qui aura pour mission de coordonner la filière gériatrique, de décroiser les services et de défendre l'intérêt du secteur médico-social au sein des instances de l'établissement où il siège (CME et directoire notamment).

Les propositions du groupe de travail, animé par le médecin coordonnateur, sur la création de place en accueil de jour et en PASA (Pôle d'Activités et des Soins Adaptés) dans le cadre du plan Alzheimer<sup>54</sup> restent à arbitrer. Par ailleurs, une réflexion sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes serait opportune face aux capacités actuelles et à venir de l'établissement sur ce secteur (extension de 53 lits du FAM en cours).

## 3) Optimiser l'accompagnement des résidents des EHPAD

La charge de travail est perçue comme trop lourde par les agents des EHPAD, pourtant, les ratios d'encadrement correspondent aux moyennes nationales (0,58 sur chacun des sites contre 0,56 au niveau national<sup>55</sup>). Certes, l'absentéisme prélève des moyens, mais l'organisation actuelle du travail est également source d'épuisement.

Plusieurs établissements, dont la maison de retraite de St Macaire située à proximité, ont optés pour une répartition des effectifs en fonction du projet personnalisé et de la dépendance des résidents. Cette dépendance peut être évaluée dans le cadre de la grille GIR, mais il est préférable d'utiliser le référentiel SMART (Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste), axé sur le maintien de l'autonomie. Cette mesure est intrinsèquement liée à la mise en place effective d'un accompagnement individualisé des résidents.

---

<sup>53</sup> Le rapport de la mission remis à la secrétaire d'Etat chargée des aînés « 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD » dresse un état des lieux des difficultés du médecin coordonnateur. Les projets de décrets visant à les corriger ne sont pas publiés à ce jour.

<sup>54</sup> Circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 »

<sup>55</sup> Enquête réalisée au niveau national dans le cadre des assises sur le grand âge

Par ailleurs, la philosophie de soin « humanitude » en développant la bientraitance par l'amélioration des soins apportés à la personne âgée peut être un axe stratégique du projet de soin. Ce type de prise en charge permettrait d'une part, d'améliorer la qualité de la prise en charge, et d'autre part, de rendre l'attractivité au métier d'aide-soignant qu'il convient de promouvoir.

#### 4) Apaiser le climat social

Le projet social de l'EHPAD doit comprendre des mesures spécifiques visant à prévenir l'absentéisme en complément du plan d'action applicable sur l'ensemble du CHSG. En premier lieu, il est indispensable de mettre un terme au transfert de tâche entre ASH et AS. Les ASH souhaitant réaliser des soins ou bénéficier de promotions doivent être accompagnés par la DRH et par le cadre de proximité afin de mener à bien leur projet professionnel. Avec le renouvellement de la convention tripartite, le nouveau tableau des effectifs pourrait transformer des postes d'ASH en AMP et AS en utilisant les marges financières de la dotation soin. L'introduction d'AMP et la diversification des qualifications, en instaurant de la pluridisciplinarité, doivent permettre d'insufler une culture médico-sociale et d'apaiser le climat social des EHPAD par une plus grande richesse. En ce sens, les thématiques du plan de formation devront veiller à correspondre aux besoins du secteur médico-social (relation avec les familles, prise en charge personnes âgées démentes, etc.).

En second lieu, il paraît nécessaire qu'une réflexion soit menée afin de faciliter l'intégration des agents recrutés. Une demi-journée de formation regroupant tous les nouveaux agents, se déroulant durant leur premier mois, peut être mise en place sur la base de la formation connaissances générales de l'hôpital. Cette dernière, victime de son succès, serait destinée prioritairement aux agents inscrits dans une démarche de promotion professionnelle. Parallèlement, les collègues, sous l'impulsion du cadre, pourront établir des modalités d'accueil soucieuses d'assurer le transfert des bonnes pratiques et d'instaurer une relation de confiance. A cet effet, un tutorat peut être mis en place afin de faciliter l'intégration des personnes en créant un lien privilégié entre des agents expérimentés et des professionnels accueillis.

Certaines de ces actions ciblées pour les EHPAD peuvent être utilisées sur l'ensemble du CHSG. De manière concomitante, une action globale sur le management est nécessaire pour développer l'engagement au travail.

### **3.3.3 Développer l'engagement au travail**

L'engagement au travail doit être soutenu quotidiennement par les directeurs et les cadres de l'établissement. La mise en place du management situationnel peut permettre de développer la motivation des agents par la prise en compte de l'individu au sein du

groupe de travail. Cependant la réussite de la politique de prévention de l'absentéisme dépend du juste positionnement des cadres de proximité.

### 1) Donner du sens au travail

Il est primordial d'arrêter un nouveau projet d'établissement 2012-2016 et de communiquer dès 2011 sur ces objectifs afin de donner sens au collectif de travail suite à la fusion des deux établissements. La proximité de la direction est souhaitée par la majorité des agents qui la considère comme source de reconnaissance. La réalisation d'une réunion annuelle de l'ensemble du personnel serait bienvenue (à l'occasion des vœux de la nouvelle année par exemple).

### 2) Positionner le cadre de proximité

Le cadre de proximité est l'acteur pivot pour la réussite du plan de prévention de l'absentéisme du fait de sa position. En tant que relai entre la direction et les agents, il est au cœur de la communication interne. La communication ascendante doit être organisée à tous les niveaux par la réalisation de réunion d'information et d'échanges au sein des services et au niveau des cadres.

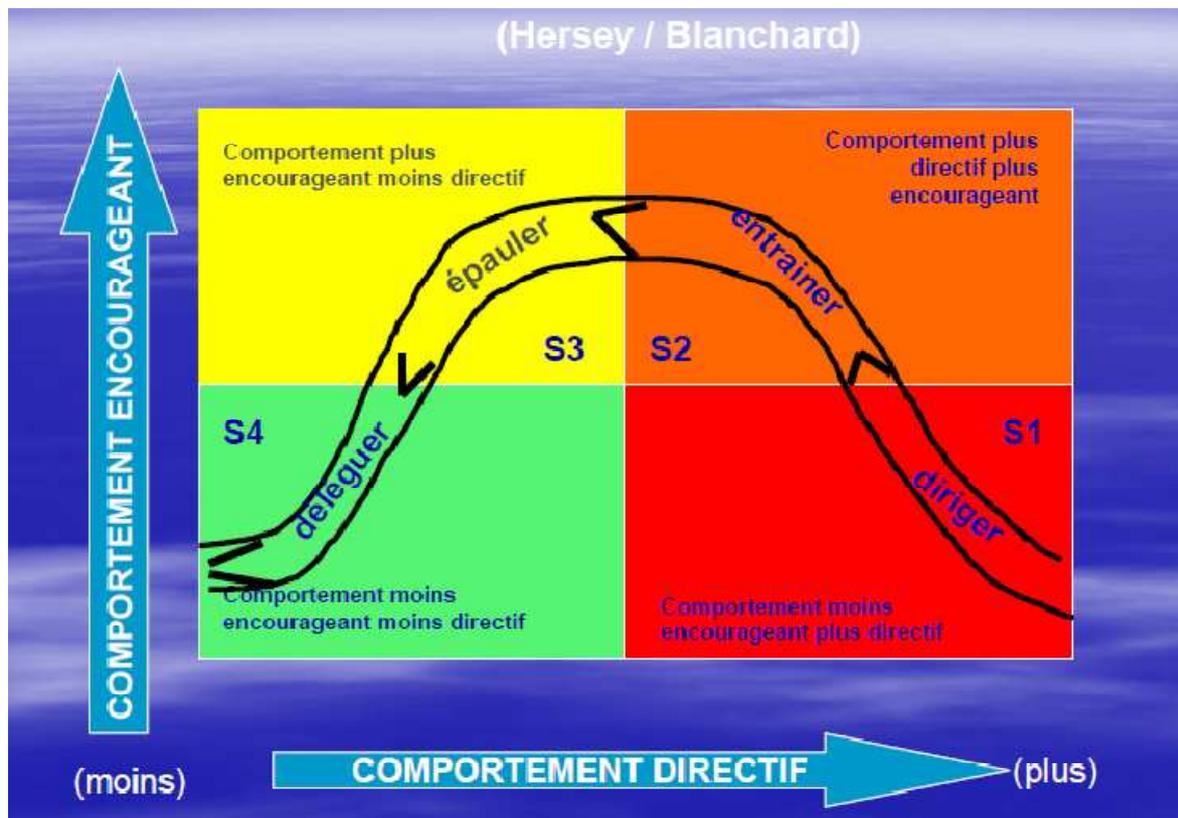
L'absentéisme est un indicateur du climat social et donc des difficultés que peut rencontrer un cadre de proximité dans le management de son service. Le cadre supérieur doit pouvoir venir en soutien pour solutionner ces problèmes. En outre, il semble intéressant de proposer aux cadres dans cette situation une formation spécifique sur la prévention de l'absentéisme et le management.

### 3) Former les cadres de proximité au management situationnel

Le management situationnel est un levier de prévention de l'absentéisme par le développement de l'engagement en instaurant un encadrement adapté de la part du cadre de proximité. Parce qu'il gère une équipe composée avant tout d'individualités, le manager doit adapter sa gestion, à chacun de ses collaborateurs, en fonction de chaque tâche. Il n'y a pas un style de management idéal, mais des styles adaptés à diverses situations. Telle est l'approche d'Hersey et Blanchard basé sur deux critères : la compétence (le savoir, les connaissances techniques et le savoir-faire), et l'engagement (le vouloir, fait de motivation, d'intérêt pour le travail et la confiance en soi).

Le management des hommes doit être adapté à l'individu en fonction des compétences et de l'engagement, il peut être : directif (compétence faible, engagement limité), participatif (compétence faible à modérée, engagement fort), persuasif (compétence modérée à forte, engagement variable) et délégatif (compétence forte,

engagement fort). Cette échelle permet d'évaluer la maturité professionnelle qui est susceptible d'évolution. Le schéma ci-après présente le modèle Hersey et Blanchard :



Ce modèle est intéressant car il met en avant le processus d'apprentissage et de motivation qui est de la responsabilité du manager. Il a pour objectif est de mener les agents vers plus d'autonomie. Le cadre doit donc être très flexible et passer rapidement d'un style de management à l'autre. La difficulté réside dans la tendance de chaque cadre à développer intuitivement un style de management plutôt qu'un autre. Afin de lever cet obstacle, il est nécessaire que les cadres de proximité soient accompagnés en les formant à ce type de management mais également en leur apportant un soutien adapté.

Au sein du CHSG, le cadre supérieur de santé du site de La Réole peut être la personne ressource pour porter cet objectif puisqu'il l'applique au sein du service dont il a la responsabilité. Par ailleurs, la mise en œuvre de ce modèle repose sur la capacité du cadre à développer les compétences des agents.

#### 4) Développer les compétences des agents

Dans un souci de développement des compétences, l'accès à la formation continue doit être réel pour tous les agents. Les cadres de proximité doivent avoir un rôle incitatif lors de l'entretien de formation (concomitant à l'entretien d'évaluation).

Pour y parvenir, les cadres de proximités doivent être pointus sur les dispositifs de formation afin de conseiller les agents lors de l'entretien d'évaluation. Ils pourraient être sensibilisés sur l'ensemble du dispositif, mis en place avec le décret sur la formation tout au long de la vie, lors d'une réunion d'information organisée préalablement. Les personnes de la DRH aptes à renseigner les agents et les cadres seraient identifiées. Lorsque le cadre de proximité le justifierait, le remplacement de l'agent en formation pourrait être assuré sur la base des crédits non consommés du plan de formation. Les agents n'ayant pas suivi de formation durant les 3 dernières années pourront être privilégiés.

Chacune des mesures préconisées a pour objet de répondre aux facteurs d'absentéisme identifiés au sein du CHSG. La DRH pourra proposer au groupe de travail de réfléchir à une politique de prévention et de correction de l'absentéisme sur la base de l'état des lieux, du diagnostic et des mesures proposées dans cette étude. La difficulté réside dans la priorisation de ces actions et la capacité de l'établissement à assumer simultanément plusieurs chantiers. Une hiérarchisation des différentes actions (en fonction de leur priorité) est proposée en annexe 5.

## Conclusion

Le niveau de l'absentéisme imprévisible du personnel non médical est problématique au CHSG. D'une part, le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social a l'obligation légale de tout mettre en œuvre pour préserver la santé au travail de ces agents. D'autre part, l'absentéisme a des effets pervers préjudiciables à la qualité de la prise en charge. Avec un taux de 8,5% d'absentéisme imprévisible en 2009, le CHSG perd 71,5 ETP et 2,6 millions d'euro. La recherche de leviers pour le prévenir est donc une priorité pour l'établissement.

La stratégie qui consiste à lutter contre l'absentéisme en améliorant la qualité de vie au travail semble être la plus appropriée. En effet, l'analyse de l'absentéisme révèle d'une part, la prégnance des TMS dus à l'usure physique et mentale des agents et, d'autre part, la difficulté d'intégration des agents récemment recrutés. Les agents les plus absents sont de la catégorie C soignants et ouvriers. Une forte proportion travaille au sein des EHPAD. Il ressort des différents entretiens que la qualité de vie au travail dans ces services est particulièrement dégradée, avec la présence de RPS. En outre, la gestion de l'absentéisme est facteur de ces derniers. Ces causes permettent d'identifier les mesures adaptées corriger et prévenir l'absentéisme du CHSG qui doivent être pilotées dans le cadre d'une démarche de gestion de projet. Deux de ces mesures sont en cours de déploiement et devraient porter leur fruit à moyen terme.

L'intérêt de cette mission est d'avoir pu mener plusieurs projets relevant principalement du domaine de la gestion des ressources humaines dont en particulier le réseau de référent PRAP. Pour y parvenir, il a fallu tenir compte des différentes contraintes dont celles exprimées par les personnes ressources internes et externes. Il est primordial pour un directeur d'apprendre à concilier les difficultés afin de garantir la faisabilité de son projet sans se détourner de son objectif premier.

Prévenir l'absentéisme en améliorant la qualité de vie au travail, est un axe intéressant à explorer puisqu'il permet d'avoir une approche globale du management des hommes et des organisations, véritable enjeu pour un directeur d'établissement.

Relever ce défi est le gage d'une amélioration de la qualité de prise en charge des patients et des résidents. L'attractivité de l'établissement sera garantie pour les usagers et le personnel.

---

# Source et Bibliographie

---

## TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

**Loi du 27 décembre 1973** relative à l'amélioration des conditions de travail, la création des CHS (Comité Hygiène et sécurité) et de l'ANACT.

**Loi n°82-1097 du 23 décembre 1982** relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

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

**Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991** modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail.

**Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002** de modernisation sociale

**Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008** de financement de la sécurité sociale pour 2009

**Décret n°85-946 du 16 août 1985** relatif aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans les établissements mentionnés à l'article L792 du code de santé publique et dans les syndicats interhospitaliers.

**Décret n°88-951 du 7 octobre 1988** relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

**Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001** portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail

**Décret n°2008-824 du 21 août 2008** relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

**Circulaire du 24 mai 1967** prise en application de l'arrêté du 24 mars 1967 modifiant les conditions d'attribution de la prime de service aux personnels de certains établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

**Circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002** prise pour l'application du décret n°2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.

**Circulaire DHOS/P1/DGAS/5C n° 2007-123 du 26 mars 2007** relative à la mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les établissements publics de santé et les établissements participant au service public hospitalier et dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière

**Circulaire interministérielle DGAS/DSS n° 2008-54 du 15 février 2008** relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médicosociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées - BO Santé/Protection sociale/Solidarités n°2008/3 du 15 avril 2008, pages 263 à 283.

**Circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009** relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan "Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

**Arrêté du 16 juillet 2008** fixant les modalités de calcul des tarifs plafonds prévus à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité.

## **PROTOCOLE D'ACCORD**

**Le protocole d'accord du 15 novembre 1991** dit Accord Durieux du 15 novembre 1991 relatifs à l'amélioration des conditions de travail.

**Le protocole d'accord du 20 novembre 2009** sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique et synthèse présentant cet accord – Collection de la DGAFP, décembre 2009. [www.fonction-publique.gouv.fr](http://www.fonction-publique.gouv.fr)

## **OUVRAGES**

**DERENNE O., et LUCAS A.,** Coordination, « Le développement des ressources humaines », Edition ENSP.

**DUMAS M.**, « Vie personnelle et vie professionnelle – Vers un nouvel équilibre dans l'entreprise ? » CORMELLES LE ROYAL, éditions EMS, Collection : Questions de société, 2008, 173 pages.

**GINESTE Y.**, Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux, Paris : Colin, 2007, 319 pages.

**GALLOIS P.**, « L'absentéisme. Comprendre et agir », éditions Liaisons Paris, Entreprises et Carrières, 98 pages.

**MARTORY B.**, « Tableaux de bord sociaux : pilotage, animation, décision. », Edition liaison, Collection Entreprise et carrières, 276 pages.

**PETERS S., MESTERS P.**, « Le Burn Out. Comprendre et vaincre l'épuisement professionnel », Marabout Paris, 2008, 347 pages

**TISSIER D.**, « Management situationnel. Les voies de l'autonomie et de la délégation », INSEP Editions, 1997.

## **ARTICLES**

**FOUCHER R.**, « Un nouveau modèle explicatif de l'absentéisme basé sur une approche globale et intégrée », Université du Québec, Décembre 1990.

**Andreas Agathocleous**, « Impact des troubles musculo-squelettiques sur le lieu du travail », publié le 17-02-2004,

<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2004/02/FR0402NU33.htm>

**SIANO B., BAUDE I., BOULE M., DAVID M., DUCASSE D., EON M., JUCHS O., LADET C., LEJEUNE H., LERAY L., PUECH F., SOUCHON P.**, « L'absentéisme », Les Cahiers, Supplément, 2005/06.

**BOYER H.**, « Absentéisme des personnels hospitaliers », Revue Hospitalière de France 2006/07-08.

**Institut National de Recherche et de Sécurité**, « Stress et risques psycho-sociaux : concepts et prévention », Documents pour le médecin du Travail, N°106n 2<sup>ème</sup> trimestre 2006

**Institut National de Recherche et de Sécurité**, Démarche de prévention du stress au travail, « La réalisation d'un diagnostic organisationnel », Document pour le médecin du travail, n°107, 3<sup>ème</sup> trimestre 2006.

**DUBIN Ch.**, « Absentéisme : une base de données inter-CHU », Revue Hospitalière de France, 2008/03-04.

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

**MABROUK J.**, « Management hospitalier : encadrer ou manager ? », Revue Hospitalière de France, 2009/05-06.

**WERY O.**, « Diagnostiquez la performance sociale grâce au contrôle de gestion », Santé RH – la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, 2009/06.

**CORDIER M**, « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », Etudes et résultats - DREES n° 709 – novembre 2009.

**Dexia Sofcap**, « absence au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers », Analyse et conjoncture, décembre 2009.

**Alma Consulting Group**, « 2ème Baromètre de l'absentéisme en France », Communiqué de presse, Gennevilliers, le 12 janvier 2010,  
<http://www.almacg.fr/presse/communiques/2eme-barometre-de-labsenteisme-en-france-alma-consulting-group.html>

**Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail**, « Absentéisme : outils et méthodes pour agir », réseau édition ANACT, 2010, 42 pages.

**Dexia Sofcap**, « Absentéisme et santé au travail : quels enjeux pour les collectivités territoriales ? », la Gazette des Communes, numéro du 21 Juin 2010.

## **RAPPORTS**

**Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail**, « La prévention de l'absentéisme sur le lieu de travail – Résumé » ; Office des publications officielles des communautés européennes, 1997, <http://europe.osha.eu.int>

**Caisse Régionale d'Assurance Maladie** des pays de la Loire et les services de santé au travail du Maine-et-Loire, « Guide d'évaluation des risques professionnels », Septembre 2002.

**L'Inspection générale des finances**, rapport n°2003-M-049-01 et *l'Inspection générale des affaires sociales*, rapport n°2003-130, « Les dépenses d'indemnités journalières », octobre 2003.

**Pr DEJOURS Ch.**, « Rapport final de la Commission thématique violence, travail, emploi et santé », Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé en application de la loi relative à la politique, mars 2005.

**Institut National de Recherche et de Sécurité**, « Et s'il y avait du stress dans votre entreprise ? », Edition INRS, 2<sup>ème</sup> édition, octobre 2006, 20 pages.

**Institut National de Recherche et de Sécurité**, « Dépister les risques psycho-sociaux – des indicateurs pour vous guider », Edition INRS, 2<sup>ème</sup> édition, décembre 2007

**Agence National de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux** « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », ANESM juillet 2008.

**Haute Autorité de Santé**, « Manuel V2010 de certification des établissements de santé » - version juin 2009, [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_714928/manuel-v2010-de-certification-des-etablissements-de-sante-version-juin-2009](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_714928/manuel-v2010-de-certification-des-etablissements-de-sante-version-juin-2009)

**Direction générale de l'offre de soins**, « Synthèses Annuelles des Données Sociales Hospitalières 2007 », mis en ligne en juillet 2009, [http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese\\_annuelle\\_des\\_donnees\\_sociales\\_hospitalieres\\_2007\\_d\\_es\\_etablissements\\_publics\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_annuelle_des_donnees_sociales_hospitalieres_2007_d_es_etablissements_publics_de_sante.pdf)

**Ministère de la santé et des sports**, « 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD », rapport de la mission remis à la secrétaire d'Etat chargée des aînés, coordonné par M. le Pr Claude JEANDEL, décembre 2009.

**Commission des affaires sociales**, Synthèse du rapport de la « mission d'information sur le mal-être au travail », Juillet 2010, <http://blogs.senat.fr/mal-etre-au-travail/>

**Centre Hospitalier Sud Gironde**, Bilan social 2009, est composé des bilans sociaux des deux anciennes entités juridiques, le Centre Hospitalier de La Réole et le Centre Hospitalier de Langon auquel est annexé le rapport du médecin du travail.

**Direction régionale du Travail, de l'Emploi et la Formation Professionnelle de Bourgogne**, « La prévention des risques psycho-sociaux », Vade Mecum à l'usage de contrôle de l'inspection du travail et des médecins du travail,

**Banque de Données Hospitalière de France**, « l'absentéisme du personnel non médical : toutes causes médicales » pour le Centre Hospitalier de La Réole et de Langon, FHF, module ressources humaines, données 2008,

## **FORMATION CONTINUE**

**BERNADAT JP**, « Prévention des risques psychosociaux », support de formation de C3S.

## **CONFERENCE**

Séminaire régional Aquitaine, « prévention des risques psycho-sociaux », vendredi 4 décembre 2009.

4<sup>ème</sup> colloque du Fond National de Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNRACL, le 29 janvier 2010.

## **SITE INTERNET**

8<sup>ème</sup> congrès national de la société française d'Etude et de Traitement de la douleur  
<http://imedia.sfetd2008.sfetd-douleur.org/index.php>

Fond de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNARCL. [https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=rubrique&id\\_rubrique=140&ci\\_ble=\\_partenaire](https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=140&ci_ble=_partenaire)

Philosophie de soin de l'Humanité et Méthodologie de soin Gineste-Marescotti  
<http://www.igm-formation.net/>

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Extrait de la base de données de l'absentéisme prévisible au CHSG de 2007 à 2010.

ANNEXE 2 : Lettre de mission.

ANNEXE 3 : Grille d'entretien du personnel du service.

ANNEXE 4 : Résultats de l'enquête sur les conditions de vie au travail et les RPS dans les services audités.

ANNEXE 5 : Plan d'action préconisé pour le CHSG.

ANNEXE 6 : Plan d'action du lancement de la démarche de prévention PRAP.

ANNEXE 7 : Budget de la démarche de prévention PRAP.

### ANNEXE 1 : Extrait de la base de données de l'absentéisme prévisible au CHSG de 2007 à 2010.

motif absence	Regroupement motif absence	correction du fractionnement	CUMUL JOURS OUVRES	durée cumulée sur absence continue jours	Absentéisme de très longue durée de 90j et plus	Absentéisme de longue durée de plus de 20j à 89 jours	Absentéisme de moyenne durée 4j à 20j	Absentéisme de courte durée de 3 à 1 jours	jour semaine (1=dimanche)	jour semaine début période absence	mois début absence (1=janvier)
MALADIE	Maladie		3,57	3,57			4		lundi	lundi	1
MALADIE 1ERE PERIODE	Maladie		0,71	0,71				1	lundi	lundi	1
MALADIE 1ERE PERIODE	Maladie		1,00	1,00				1	lundi	lundi	1
MALADIE	Maladie		3,00	3,00				3	mercredi	mercredi	2
MALADIE	Maladie		3,00	3,00				3	lundi	lundi	2
MALADIE	Maladie		10,00	10,00			10		mercredi	mercredi	5
REPOS SUPP PAYE 100%	Maladie		9,29	9,29			9		mercredi	mercredi	2
Maternité payée 100%	Maternité		115,00						mercredi	mercredi	8
Maternité payée 100%	Maternité	corriger	169,29	169,29	169				mercredi		
MALADIE	Maladie		5,00	5,00			5		lundi	lundi	2
AC.TRAJET	AT		1,00	1,00				1	mercredi	mercredi	5

Unité fonctionnelle	Libellé UF	Activité	Pôle	Ets	Exercice	Effectifs par UF (et Ets)	Effectifs par activité et Ets	Effectifs par pôle et Ets	Effectifs par regroupement de grade et Ets	Effectifs par catégorie de grade et Ets	Effectifs par catégorie et Ets
1002	GESTION DES MALADES	GESTION DES MALADES	Administratif, logistique et santé publique	LA	2007	9	10	89	43	59	235
1002	GESTION DES MALADES	GESTION DES MALADES	Administratif, logistique et santé publique	LA	2007	9	10	89	43	59	235
1002	GESTION DES MALADES	GESTION DES MALADES	Administratif, logistique et santé publique	LA	2007	9	10	89	43	59	235
1002	GESTION DES MALADES	GESTION DES MALADES	Administratif, logistique et santé publique	LA	2007	9	10	89	43	59	235
1002	GESTION DES MALADES	GESTION DES MALADES	Administratif, logistique et santé publique	LA	2007	9	10	89	2	59	148
1002	GESTION DES MALADES	GESTION DES MALADES	Administratif, logistique et santé publique	LA	2007	9	10	89	43	59	235
1003	GESTION PERSONNEL	ADMINISTRATION	Administratif, logistique et santé publique	LA	2007	7	27	89	43	59	235
1003	GESTION PERSONNEL	ADMINISTRATION	Administratif, logistique et santé publique	LA	2007	7	27	89	43	59	235
1003	GESTION PERSONNEL	ADMINISTRATION	Administratif, logistique et santé publique	LA	2007	7	27	89	43	59	235
1003	GESTION PERSONNEL	ADMINISTRATION	Administratif, logistique et santé publique	LA	2007	7	27	89	43	59	235
1003	GESTION PERSONNEL	ADMINISTRATION	Administratif, logistique et santé publique	LA	2007	7	27	89	43	59	235

<b>Année de naissance</b>	<i>Age</i>	<i>tranche d'age</i>	<i>Début de la période d'absence</i>	<i>Fin de la période d'absence</i>	<i>Date d'entrée dans le CH</i>	<i>Année d'entrée dans le CH</i>	<i>Ancienneté dans le CH</i>	<b>Code du grade</b>	<i>LIBELLE du GRADE</i>	<i>regroupement de grade</i>	<i>Catégorie de grade</i>	<b>Catégorie professionnelle</b>
1958	49	41 à 55 ans	01-janv-07	06-janv-07	08-nov-82	1982	de 20 à 29 ans	1414	Adjoint Adm Hosp 2cl	Adjoint Adm Hosp	Personnel administratif	C
1958	49	41 à 55 ans	31-déc-07	01-janv-08	15-oct-04	2004	de 2 à 4 ans	1516	Adjoint Adm Hosp 2cl	Adjoint Adm Hosp	Personnel administratif	C
1946	61	plus de 55 ans	31-déc-07	01-janv-08	06-janv-92	1992	de 15 ans à 19 ans	1416	Adjoint Adm Hosp 1cl	Adjoint Adm Hosp	Personnel administratif	C
1946	61	plus de 55 ans	07-févr-07	10-févr-07	06-janv-92	1992	de 15 ans à 19 ans	1414	Adjoint Adm Hosp 2cl	Adjoint Adm Hosp	Personnel administratif	C
1953	54	41 à 55 ans	05-févr-07	08-févr-07	01-mai-05	2005	moins deux ans	1251	Adjoint des Cadres cl.nor	Adjoint des Cadres	Personnel administratif	B
1949	58	plus de 55 ans	18-avr-07	02-mai-07	01-sept-99	1999	de 5 à 9 ans	1319	Adjoint Adm Hosp Ppal	Adjoint Adm Hosp	Personnel administratif	C
1970	37	26 à 40 ans	14-févr-07	27-févr-07	22-juin-05	2005	moins deux ans	1503	Adjoint Adm Hosp	Adjoint Adm Hosp	Personnel administratif	C
1970	37	26 à 40 ans	28-févr-07	08-août-07	22-juin-05	2005	moins deux ans	1503	Adjoint Adm Hosp	Adjoint Adm Hosp	Personnel administratif	C
1970	37	26 à 40 ans	08-août-07	23-oct-07	22-juin-05	2005	moins deux ans	1516	Adjoint Adm Hosp 2cl	Adjoint Adm Hosp	Personnel administratif	C
1963	44	41 à 55 ans	12-févr-07	17-févr-07	09-avr-01	2001	de 5 à 9 ans	1503	Adjoint Adm Hosp	Adjoint Adm Hosp	Personnel administratif	C
1963	44	41 à 55 ans	23-mai-07	24-mai-07	09-avr-01	2001	de 5 à 9 ans	1503	Adjoint Adm Hosp	Adjoint Adm Hosp	Personnel administratif	C

## **ANNEXE 2 : Lettre de mission**

Le Centre Hospitalier Sud Gironde est confronté à une problématique d'absentéisme. En effet, en comparaison avec les établissements de même catégorie<sup>56</sup> :

- sur le site de Langon, l'absentéisme est en moyenne de 23 jours d'arrêts par agent, pour une référence régionale à 18,9 jours et nationale à 17,9 jours pour les établissements de même catégorie,
- sur le site de La Réole, il est en moyenne de 21,3 jours d'arrêts par agent, pour une référence régionale à 19,3 jours et nationale à 19,6 jours.

Par ailleurs, le Centre Hospitalier Sud Gironde met en place une politique d'amélioration des conditions de travail qui prend appui sur le document unique et le plan de prévention des risques professionnelles.

Or, les conditions de travail, dans son acception la plus large, d'une part, et l'absentéisme, d'autre part, semblent étroitement liés. En ce sens, Melle Sofia Bouallali, Directeur stagiaire, est missionnée pour réaliser une étude visant à déterminer dans quelle mesure il est possible de prévenir l'absentéisme en améliorant les conditions de vie au travail proposées par le CHSG.

Ainsi, parallèlement à une analyse quantitative de l'absentéisme sur la base des données 2006 à 2009 disponibles pour les deux sites, Melle Bouallali va procéder à des entretiens semi-directifs auprès :

- de personnels pluridisciplinaires exerçant dans les services suivants :
  - l'EHPAD de Langon,
  - l'EHPAD de La Réole,
  - la blanchisserie de La Réole et,
  - le CEAP,
- des membres du CHSCT,
- du médecin du travail et,
- de l'équipe administrative.

Cette étude donnera lieu à la production d'un mémoire et de préconisations à mettre en œuvre à court et moyen terme au sein de l'établissement.

A cette fin, je vous prie de bien vouloir informer le personnel exerçant sous votre responsabilité de son intervention et de mettre à sa disposition les documents et informations nécessaires à cette mission.

P. LIMOGES

Directeur adjoint chargée des ressources humaines

---

<sup>56</sup> Source BDHF 2010 sur données 2008 - Ratio 10 : Absence des personnels non médicaux pour toutes causes médicales.

## ANNEXE 3 : Grille d'entretien du personnel du service

### Définition :

- Que sont pour vous des bonnes conditions de travail ?
- Que sont pour vous des mauvaises conditions de travail ?
- Quelle différence faite vous entre condition de travail et qualité de vie au travail ?

### Ressenti :

- Êtes-vous globalement satisfait de votre travail ? [réalisation biblio 29]
- Travaillez-vous dans de bonnes conditions ? pourquoi ?
- Que diriez-vous de la qualité : [Reprise définition HAS de la qualité de vie au travail]

### Satisfaction, dégradation, marge de progression

- de l'environnement physique (conditions d'hygiène et de sécurité) au travail ?
- des relations de travail (tensions, conflits, motivation collective, soutien hiérarchique) ?
- de l'organisation du travail ?
- du contenu du travail ?
- des possibilités de développement professionnel ?
- de la conciliation entre vie professionnelle et privée ?

### Analyse des risques physiques :

- Avez-vous déjà eu un AT ? souffrez-vous de MP ?
- Qu'est ce qui permettrait d'éviter un AT ? une MP (TMS) ?
- Vous sentez vous parfois seul face à votre travail ? [sécurité]
- Quelle relation avez-vous avec la médecine du travail ? le CHSCT ?

### Analyse des risques psycho-sociaux : (en plus de la question sur les relations sociales)

- Comment jugez-vous les conditions de réalisation du travail ?
  - Charge de travail ?
  - Exigence ?
  - Autonomie ?
- Avez-vous des troubles (stress, inquiétudes, Trouble du sommeil...). Si oui, les estimez vous en lien avec votre vie professionnelle ?
- Éprouvez vous de la souffrance au travail ? Pourquoi ?

### Analyse de l'organisation du travail :

- Connaissez-vous votre fiche de poste (cohérente) ? ?
- Vos horaires vous conviennent ils ? [biblio 28] Par rapport à la charge de travail / à votre vie personnelle ?
- Avez-vous le sentiment d'avoir le temps de bien faire votre travail ? [biblio 29]
- Travaillez-vous dans l'urgence ? (fréquence ? temps de répit ?)
- Comment sont faits les plannings dans votre service ?
- Quels sont les principes en termes de poses de congés dans votre service ?

- Pouvez-vous avoir les congés demandés/prévus ?
- Quels sont les motifs d'heures supplémentaires ?
- Existence de réunions de service ? (Fréquence ? quelles informations ?)
- Vous donne-t-on les moyens de vous adapter aux exigences de votre travail ? [biblio 28]
- Êtes-vous libre de vous organiser pour faire votre travail ? [biblio 29]
- Travaillez-vous en équipe ?
- Existe-t-il des réflexions sur les pratiques professionnelles ? si oui, lesquelles ?
- Vous sentez vous accompagné dans votre pratique professionnelle ? si oui, par qui ?
- Existe-t-il un contrôle de votre travail ?

### Absentéisme :

- Comment définissez-vous l'absentéisme ? (prévisible / imprévisible)
- Qu'est ce qui provoque une absence ? (hiérarchiser les réponses)
- Quels sont les problèmes générés par l'absentéisme ?
- Quel lien faite vous entre absentéisme et condition de travail ?
- Qu'est ce qui pourrait être fait pour développer la présence au travail ?
- Comment est gérée l'absence d'un collègue/agent ?
- Quelle gestion serait souhaitable ?
- Qu'est ce qui pourrait faire diminuer l'absentéisme ?

### Management et motivation professionnelle :

- Comment avez-vous été accueilli dans l'établissement ?
- Existe-t-il un projet de service ?
- Qu'est ce qui vous motive le plus ?
- Qu'est ce qui vous pèse le plus ?
- Vous sentez vous concerné par la formation continue ?
- Four vous qu'es: ce que la reconnaissance professionnelle ?
- Avez-vous des retours (+ ou -) sur le résultat de votre travail ? [appartenance]
- Avez-vous un entretien d'évaluation annuel ? (avec qui ? quelle valeur ajoutée ?)
- Votre travail a-t-il un sens ? Avez-vous votre place ?
- Vos perspectives professionnelles sont elles claires ? satisfaisantes ?

### **40 questions.**

Les questions renvoyant à la biblio 29 sont des indicateurs des RPS sélectionnés dans le document édité par la Direction régionale du Travail, de l'Emploi et la Formation Professionnelle de Bourgogne, « La prévention des risques psychosociaux ». Vade Mecum à l'usage de contrôle de l'inspection du travail et des médecins du travail

## ANNEXE 4 : Résultats de l'enquête sur les conditions de vie au travail et les RPS dans les services audités.

Les résultats ont été codifiés de la manière suivante : Satisfaction et oui = 1 ; Dégradation et non = 2 ; Marge de progression : 1,5

Analyse de la qualité de vie au travail	EHPAD du site de Langon	EHPAD du site de La Réole	CEAP	Blanchisserie	Moyenne générale
Le service offre t il de bonnes conditions de travail ?	1,5	1,3	1,6	1	1,4
Que diriez-vous de la qualité :					
a/ de l'environnement physique (conditions d'hygiène et de sécurité) au travail ?	1	1	1,6	1,5	1,3
b/ des relations de travail (tensions, conflits, motivation collective, soutien hiérarchique) ?	1,3	1,7	1	1,2	1,4
c/ de l'organisation du travail ?	1,6	1,4	1	1,2	1,4
d/ du contenu du travail ? (qualité et quantité)	1,35	1,5	1,4	1,3	1,4
e/ des possibilités de développement professionnel ?	1,5	1,3	1,2	1	1,3
f de la conciliation entre vie professionnelle et privée ?	1,4	1,6	1	1	1,4
Résultat sur la qualité de vie au travail (moyenne)	1,4	1,4	1,2	1,2	1,4
Analyse des risques psycho sociaux	EHPAD du site de Langon	EHPAD du site de La Réole	CEAP	Blanchisserie	Moyenne générale
Comment jugez-vous les conditions de réalisation de votre travail ?					
a/ Charge de travail ?	1,5	1,6	1,5	1	1,5
b/ Exigence ?	1,8	1,4	1,3	1	1,4
c/ Autonomie ?	1,2	1	1,3	1	1,2
Avez-vous le sentiment d'avoir le temps de bien faire votre travail ? (oui/non)	1,5	1,8	1,1	1	1,5
Travaillez-vous dans l'urgence ? (oui/non)	1,3	1,6	1,8	2	1,6
Vous donne-t-on les moyens de vous adapter aux exigences de votre travail ? (oui/non)	1,6	1,6	1,3	1,2	1,5
Vous sentez vous parfois seul face à votre travail ? (oui/non)	1,7	1,5	2	2	1,72
Travaillez-vous en équipe ? (oui/non)	1,3	1,3	1,1	1	1,2
Vous sentez vous accompagné dans votre pratique professionnelle ? (oui/non)	1,4	1,4	1,4	1	1,4
Avez-vous des retours (+ ou -) sur le résultat du travail ?	1,2	1,2	1	1	1,1
Existe-t-il un contrôle de votre travail ? (oui/non)	1,5	1,5	1	1	1,3
Proportion d'agent qui déclarent subir ces troubles :					
a/ Stress	33%	71%	75%	0%	
b/ trouble du sommeil	17%	14%	38%	17%	
c/ mal être	42%	21%	25%	0%	

## ANNEXE 5 : Plan d'action préconisé pour le CHSG

chapitre du mémoire	Préconisations	Objectifs	Actions	Résultat attendu	Difficultés	Responsable	Délai de lancement	Priorité	impact à court, moyen ou long terme
3.1.1 1)	Construire un plan d'action concerté	Adhésion, sensibilisation et efficacité de la stratégie adoptée	Groupe de travail spécifique	Pilotage des actions	Cadrer les réunions : 1/ Présentation de la problématique 2/ Diagnostic 3/ Proposition d'actions 4/ Hiérarchisation des actions	DRH	1 mois	1	Court terme
3.1.1 1)	Communication sur le diagnostic et rappel des règles institutionnel	Modifier la culture de l'absence (40% de l'effectif a au moins une absence en 2009)	réunion des cadres, réunion de services, article dans le journal interne et de la note de service	Diminution du nombre d'agent absent	Management : meilleur conciliation vie professionnelle et privée	DRH	3 mois	2	Court terme
3.1.2 1)	Automatiser le traitement de l'information	Libérer du temps agent et fiabiliser les données	Former les agents chargés de la productions de données	Production de tableaux de bord mensuels	soutien technique nécessaire à relever en proposant cette mission à un stagiaire niveau master	Cadre de la DRH	3 à 6 mois	1	Court terme
3.1.2 2)	Mettre en place des tableaux de bord	Les acteurs du plan d'actions disposeront d'outils pour le mettre en application	Construire des tableaux de bord pour la CSPT (Commission Santé et Poste de Travail), la direction, le CHSCT et les cadres de proximité	Les acteurs du plan d'action disposeront d'outils d'alerte et de suivi de l'absentéisme	Nécessite d'automatiser le traitement de l'information (préconisation 3.1.2 1)	Cadre de la DRH	3 à 6 mois	2	Court terme
3.1.2 3)	Réaliser systématiquement des entretiens de reprise d'activité	La cadre de proximité facilite le retour à l'emploi des agents	Entretien systématique du cadre de proximité avec l'agent absent	Diminuer l'absentéisme et développer la communication interne	Former les cadres de proximité, se coordonner avec la CSPT pour les absences de plus de 90 jours (préconisation	Equipe de direction	6 mois	3	Court terme
3.1.2 4)	Incitation financière	Limiter les abus	Inciter au présentéisme par le biais de la prime de service	Diminuer l'absentéisme mais résultat limités	Optimiser la communication sur l'impact financier de l'absentéisme et négocier avec les représentants du personnel	DRH	3 mois	9	Court terme

3.1.2.4)	Contre-visites médicale	Limiter les abus	Réaliser des contrôles ciblés de l'absentéisme sur proposition du cadre de proximité	Diminuer l'absentéisme mais résultat limités	Négocier avec les représentants du personnel	DRH	3 mois	10	Court terme
3.1.3	Optimiser les modalités de remplacement	Mettre fin au cercle vicieux de l'absentéisme	Elaborer une procédure de remplacement des agents absents et de valorisation des agents remplaçants. Améliorer la gestion des planning.	Limiter l'usure des agents	obtenir l'adhésion des cadres de proximité et la disponibilité des tableaux de suivi	DSI (Directeur des Soins Infirmiers)	6 mois	5	Court et moyen termes
2.2.1	Réseau PRAP sur le circuit du linge subventionné par le FNP de la CNRACL	Limiter l'usure des agents, décloisonner les services et financer la mesure de prévention	informer les agents sur les TMS et les méthodes de prévention, réaliser un état des lieux, réfléchir sur les gestes et postures, proposer des adaptations du matériel ou de l'environnement, analyser les causes des AT/MP	Diminution de l'absentéisme pour TMS	Maintenir l'action du réseau dans le temps	DRH	En cours de mise en œuvre		Moyen et long termes
2.2.2	La CSPT étudie la situation de chaque agent absent depuis plus de 90 jours	Maintenir les agents dans l'emploi. Financer les demandes d'intervention de la CSPT	Conventionner avec le FIPHP. Analyse des situations mensuellement par la CSPT	Baisse du nombre et de la durée d'absence	Disponibilité des membres de la CSPT	DRH	En cours de mise en œuvre		Moyen et long termes
3.3.1	Diagnostiquer les RPS dans le document unique	Disposer d'un plan pluriannuel d'amélioration de la qualité de vie au travail du CHSG	Pré-diagnostiquer les RPS dans tous les services lors de l'actualisation du document unique intégrer et classer les RPS par niveau de gravité et de fréquence et prévoir si besoin la réalisation de diagnostics plus approfondis	Mettre en œuvre des actions de prévention des RPS	Disposer des informations et du temps nécessaire à l'élaboration de ce diagnostic	Comité de pilotage des risques professionnels	6 mois	6	Moyen et long termes
3.3.1	Recenser les situations graves de manifestation des RPS	Piloter les RPS en disposant d'information sur leurs manifestations les plus graves	Recenser les tentatives de suicides, les violences physiques, les accidents de travail graves ou mortels	Identifier les services ou les catégories professionnelles les plus à risques pour le document unique	Garantir la confidentialité	DRH	1 mois	6	Court terme

3.3.2 1)	Négocier avec les financeurs le renouvellement de la convention tripartite	Disposer de ressources supplémentaires pour mettre en œuvre le plan d'action	Programmer des rencontres avec l'ARS	Augmentation de la dotation soin	Disponibilité des chargés de mission de l'ARS	Directeur des Affaires Financières	1 mois	1	Court et moyen termes
3.3.2 4)	Faciliter l'intégration des agents recrutés	Motiver les nouvelles recrues	Organiser une formation obligatoire d'une demi-journée, mettre en place une réflexion au sein de chaque service, développer le tutorat	Diminution de l'absentéisme des jeunes et des agents de moins de 2 ans d'ancienneté		DRH	2 mois	3	Court et moyen termes
3.3.3 1)	Réaliser une réunion annuelle de l'ensemble du personnel	Optimiser la communication interne	Elaborer le projet d'établissement 2012-2016	Donner du sens au travail, développer la reconnaissance des agents	Regroupement des agents sur un site	Directeur d'établissement	1 mois	1	Court terme
3.3.3 2)	Réunir périodiquement le personnel	Optimiser la communication interne	Réunion d'information et d'échange au sein des services et au niveau des cadres, Recenser le nombre de cadres présents	Donner du sens au travail, développer la reconnaissance des agents	Anticiper les dates pour garantir la tenue	DRH	2 mois	4	Court et moyen termes
3.3.3 2)	Former les cadres en difficulté à la gestion de l'absentéisme	Inciter les cadres de proximité à manager pour lutter de manière adéquat contre l'absentéisme	Intervention du cadre supérieur qui peut proposer cette solution	Soutenir les cadres supportant un fort taux d'absentéisme	Valoriser le cadre de proximité	DRH	2 mois	5	Court et moyen termes
3.3.3 3)	Former les cadres de proximité au management situationnel	Développer l'engagement des agents et les compétences des cadres de proximité	Inscription de l'action dans le projet social de l'établissement	Meilleur management des agents	Maturité managériale des cadres de proximité	DRH	1 an	7	Moyen terme
3.3.3 4)	Rendre accessible à tous la formation continue	Développer les compétences des agents	Réunion d'information sur la formation professionnelle à destination des cadres de proximité, identification d'un agent expert au sein de la DRH et sur justification remplacement de l'agent en congé de formation	Meilleurs engagement au travail et attractivité de l'établissement		DRH	3 mois	8	Court et moyen termes

Actions spécifiques aux EHPAD									
3.3.2.2)	Définir le projet médical et de soins dans le cadre du pôle réhabilitation gériatrique	Mettre fin à la désorganisation de la prise en soins des personnes âgées et disposer d'un responsable aptes à défendre l'intérêt des EHPAD dans les instances	Recruter un PH à temps partiel qui deviendrait médecin coordonnateur de l'EHPAD de La Réole	Rendre les EHPAD attractifs	Obtenir l'accord de l'ARS	DSI	1 mois	2	Court et moyen termes
3.3.2.3)	Mieux répartir la charge de travail	Optimiser l'accompagnement des résidents des EHPAD	Répartir les effectifs en fonction de la dépendance, puis de l'autonomie des résidents	Limiter l'usure des agents et améliorer la prestation	Disposer d'une évaluation périodique de la dépendance et rendre effectif l'individualisation de l'accompagnement	DSI	3 mois	1	Court terme
3.3.2.3)	Rendre effectif l'individualisation de l'accompagnement	Améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents	Réunir de manière hebdomadaire tous les agents afin d'actualisation des projets d'accompagnement personnalisés	Amélioration du contenu du travail et de l'engagement des soignants	Délai d'attente pour disposer de la formation humanitaire	Médecin coordonnateur	2 mois	1	Moyen terme
3.3.2.4)	Mettre un terme au transfert de tâches des AS vers les ASH	Augmenter les moyens qualitativement	Transformer les postes d'ASH en AS (ou AMP) et inciter à la promotion professionnelle les ASH	Apaisement du climat social	Capacité des agents à être promus, signature de la convention tripartite	DRH	1 an	5	Moyen terme
3.3.2.4)	Diversifier les compétences	Promouvoir la culture médico-sociale	Recrutement d'AMP et de professions paramédicales	Apaisement du climat social	Trouver les compétences recherchées, signature de la convention tripartite	DSI	1 an	3	Moyen terme

## ANNEXE 6 : Le plan d'action du lancement de la démarche PRAP

### ANNEXE 6 : Le plan d'action du lancement de la démarche PRAP

Le projet a débuté en février 2010 et devrait prendre fin en décembre 2011, soit une durée prévisionnelle de 1 an et 11 mois :

#### ETAPE 1 - LA FORMALISATION DU PROJET : 9 mois

La formalisation du projet a débuté en février 2010 pour finir en octobre 2010. Cette étape consiste en la formalisation du projet, la formation du comité de pilotage, la constitution des groupes de travail, la consultation et le choix de l'organisme extérieur.

- Durant ces 9 mois, le comité de pilotage se réunira 4 fois.

La mise en place du comité de pilotage comme la structuration du projet a été progressive.

1. Février : organiser la mise en œuvre du plan de prévention des risques professionnels sur le site de La Réole.
2. Avril : modifier le comité de pilotage suite à la création du Centre Hospitalier Sud Girond au 1<sup>er</sup> janvier 2010.
3. Juin : la constitution des deux groupes de travail et le cahier des charges du Fond National de Prévention de la CNRACL sera présenté et discuté.
4. Octobre : présenter le projet validé.

- Le groupe projet sur la prévention des troubles musculo-squelettique :

Le comité de pilotage a missionné une partie de ces membres afin de mettre en place une politique de prévention des risques liés à la manutention de matériel et de patients.

1. Mars : Réunir le groupe de travail afin d'émettre des propositions (brainstorming)
2. Avril : accord du comité de pilotage sur la mise en place un réseau PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique) et 1<sup>er</sup> appel à volontariat
3. Mai : Première réunion du réseau et second appel à volontariat avec une communication auprès des cadres de l'établissement. Recherche de financement externe et rédaction du cahier des charges du FNP CNRACL
4. Juin : Lancement du groupe PRAP lors d'une rencontre visant à présenter en détail le projet et les objectifs et de proposer d'expérimenter la démarche sur le circuit du linge. Le réseau est maintenant constitué avec 23 agents volontaires.

- L'expérimentation de la démarche de prévention sur le circuit du linge :

1. Avril : le Centre Hospitalier Sud Gironde a élaboré un premier cahier des charges afin de réaliser une formation action pour améliorer l'ergonomie et l'organisation du service de blanchisserie de La Réole.
2. Mai : Analyse des offres des entreprises (Le marché est déclaré infructueux)

3. Juin : Le comité de pilotage des risques professionnels décide de réaliser une nouvelle consultation portant sur un accompagnement pour optimiser l'ergonomie et l'organisation du circuit du linge au Centre Hospitalier Sud Gironde.
4. Août et septembre : Réflexion du groupe projet sur les orientations du service de la blanchisserie de La Réole.
5. Fin septembre : Choix de l'organisme

#### ETAPE 2 – LA REALISATION DU PROJET : 1 an et deux mois :

La réalisation du projet doit débuter en novembre 2010 pour une durée d'un an et deux mois. La signature de la convention avec le Fond national de Prévention de la CNRACL pourrait avoir lieu en décembre 2010. Le plan d'action sera rédigé pour la fin de l'année 2010, avec une mise en œuvre dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

#### ETAPE 3 – EVALUATION DE LA DEMARCHE :

Les indicateurs retenus en lien avec les exigences du FNP de la CNRACL :

- Nombre de réunions des différents groupes de travail réalisées / prévues du : CHSCT, comité de pilotage, réseaux de référent PRAP et groupe de travail du service blanchisserie
- Les indicateurs d'évaluation de l'activité et des résultats obtenus par le réseau PRAP :
  - o Nombre de référents volontaires et formés.
  - o Nombre de réunion du réseau.
  - o Nombre de situations étudiées.
  - o Nombre de situations corrigées.
  - o Analyse de l'évolution des AT/MP.
- La mise en place du plan d'action de réorganisation de la blanchisserie : Nombre d'action préconisée/nombre d'actions misent en œuvre.
- Respect du calendrier (mesure de l'écart)

#### ETAPE 4 - PERENNISATION DE LA DEMARCHE :

Communiquer sur les résultats de l'action afin de faciliter l'adhésion à la démarche de nouveaux référents PRAP et de garantir sa pérennisation.

Les résultats annuels des éléments suivants seront transmis au service gestionnaire du FNP durant les deux années de suivi :

- Evolution de l'absentéisme : taux d'absentéisme par motif.
- Evolution des AT/MP : nombre d'événements et nombre de jours d'arrêt.
- Evolution de l'effectif et du budget dédiés à la prévention des risques professionnels.
- Taux de mise en œuvre du plan d'action.

## ANNEXE 7 : Le budget de la démarche de prévention PRAP

SYNTHESE DES RESSOURCES MOBILISEES	Formalisation		Réalisation de la démarche		Bilan de la démarche		TOTAL GENERAL		
	Nombre de journées	Valorisation €	Nombre de journées	Valorisation €	Nombre de journées	Valorisation €	Nombre de journées totales	Cout unitaire (TTC)	Coût total
<b>Formalisation du projet</b>									
Directeur	7,8	3 143	4,5	1 813	4	1 612	16,3	403	6 567
agent chargé des risques professionnels	4,3	634	3,7	545	6	884	14	147	2 063
13 autres membres du comité	0,2	772	2,6	10 037	3	11 581	5,8	3 860	22 391
<i>Dont service hygiène et sécurité (7)</i>	<i>0,2</i>	<i>395</i>	<i>2,6</i>	<i>5 131</i>	<i>3</i>	<i>5 921</i>	<i>5,8</i>	<i>1 974</i>	<i>11 447</i>
<b>Réseau PRAP</b>									
Coordonnateur	4,4	1 480	7	2 355	5	1 682	16,4	336	5 517
Personnes ressources	1,5	968	5,5	3 550	4	2 582	11	646	7 101
<i>Infirmière hygiéniste</i>	<i>0</i>	<i>-</i>	<i>9</i>	<i>2 855</i>	<i>3</i>	<i>952</i>	<i>12</i>	<i>317</i>	<i>3 807</i>
Secrétariat	2	335	4,5	754	5	838	11,5	168	1 927
Membres du Réseau (24)	0,1	407	12,2	49 708	4	16 298	16,3	4 074	66 413
<b>Expérimentation sur le circuit du linge</b>									
Directeur	5,9	2 846	1	482	2	965	8,9	482	4 293
responsable de l'expérimentation	0	-	6	1 709	3	855	9	285	2 564
Secrétariat	3,7	716	7,5	1 452	5	968	16,2	194	3 136
Responsable service blanchisserie	2	570	20,5	5 841	5	1 425	27,5	285	7 835
Autres membres du groupe (9)	0	-	12,2	14 200	3	3 492	15,2	1 164	17 692
<b>TOTAL ressources internes</b>		<b>11 871</b>		<b>95 303</b>		<b>44 133</b>	<b>180</b>		<b>151 307</b>
<i>Dont service hygiène et sécurité</i>	<i>0,20</i>	<i>395</i>	<i>11,60</i>	<i>7 987</i>	<i>6,00</i>	<i>6 873</i>	<i>17,80</i>		<i>15 254</i>
<b>Organisme extérieur</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>18</b>	<b>25 834</b>	<b>5</b>	<b>7 176</b>	<b>23</b>	<b>1 435</b>	<b>33 010</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>11 871</b>		<b>121 137</b>		<b>51 309</b>			<b>184 317</b>