



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'Hôpital**

**Promotion 2002 - 2004**

---

**À LA RECHERCHE DU TEMPS PERDU  
OPPORTUNITÉ ET PRIORITÉS D'UNE POLITIQUE  
DE PRÉVENTION DE L'ABSENTÉISME**

*RÉFLEXIONS NOURRIES PAR UNE EXPÉRIENCE AU CENTRE  
HOSPITALIER DE LA CÔTE BASQUE*

---

**Guillaume LE HÉANFF**

---

# Remerciements

---

Je tiens à exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide pour l'élaboration de ce mémoire et plus particulièrement :

à M. LUCAS, Directeur d'Hôpital, enseignant au département MATISS, qui a eu la gentillesse d'accepter d'être mon directeur de mémoire,

à M. PIQUEMAL, Directeur du Centre Hospitalier de la Côte Basque,

à M. JAZERON, Directeur des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de la Côte Basque,

ainsi qu'à l'ensemble du personnel de l'hôpital et des personnes interviewées sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

Merci

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION :</b>	<b>1</b>
<b>1 POURQUOI SE DÉCIDER À AGIR ? DES EXPLICATIONS MULTIPLES ET COMPLEXES</b>	<b>3</b>
<b>1.1 APPROCHE COMPARÉE EN EUROPE</b>	<b>3</b>
1.1.1    Vers un modèle réglementaire européen focalisé sur la prévention des risques professionnels,	3
1.1.2    Nos partenaires européens: des incitations à agir à géométrie variable,	5
1.1.3    L'absentéisme : « les Pays-Bas sont malades », quelques enseignements tirés du mauvais élève de la classe européenne,	7
1.1.4    Position de la France dans le concert européen.	8
<b>1.2 LA RATIONALITÉ DU SECTEUR PRIVÉ EN QUESTION ?</b>	<b>11</b>
1.2.1    Un concept de prévention considérablement enrichi en droit français :	11
1.2.2    Une concordance apparente des intérêts économiques et sanitaires :	12
1.2.3    La célébration précoce de fiançailles incertaines :	14
<b>1.3 POURQUOI AGIR CONTRE L'ABSENTÉISME EN MILIEU HOSPITALIER ?</b>	<b>17</b>
1.3.1    L'avance anglo-saxonne :	17
1.3.2    Une préoccupation plus tardive mais réelle dans le monde hospitalier français :	18
<b>1.4 DES MOTIVATIONS PROPRES À CHAQUE STRUCTURE HOSPITALIÈRE :</b>	<b>21</b>
1.4.1    Firminy, Lourdes : deux centres hospitaliers actifs avec leurs motivations propres.	21
1.4.2    Pourquoi s'être décidé à lutter contre l'absentéisme au C. H. Côte Basque ?	23

<b>2</b>	<b>QUELLE(S) ACTION(S) CONDUIRE ?</b>	<b>28</b>
<b>2.1</b>	<b>DIFFICULTÉS DU « DIAGNOSTIC OBJECTIF » :</b>	<b>28</b>
2.1.1	Deux options possibles, le diagnostic interne ou externe : forces et faiblesses,	28
2.1.2	Les vertus d'objectivation des études « statistiques » en question,	30
2.1.3	Le CHCB en quelques chiffres parlants,	32
2.1.4	Le recueil des ressentis : « un diagnostic-action » incomplet,	39
2.1.5	Complémentarité des approches, remède à un diagnostic objectif introuvable.	42
<b>2.2</b>	<b>LE CHOIX COMPLEXE DES LEVIERS D'ACTION PRIORITAIRES</b>	<b>47</b>
2.2.1	Un champ politique à géométrie variable	47
2.2.2	Primus inter pares ?	55
<b>3</b>	<b>ÉTUDE DE DEUX DIMENSIONS DE LA POLITIQUE À CONDUIRE</b>	<b>68</b>
<b>3.1</b>	<b>UN MANAGEMENT DE PROXIMITÉ PERFORMANT, CONDITION DE RÉUSSITE SINE QUA NON</b>	<b>69</b>
3.1.1	Un corps en crise	69
3.1.2	Participation à la prise de décision et partage de valeurs communes.	71
<b>3.2</b>	<b>« MANAGER LA SANTÉ DANS L'ENTREPRISE », LE PARENT PARADOXALEMENT PAUVRE DE LA LUTTE CONTRE L'ABSENTÉISME EN MILIEU HOSPITALIER</b>	<b>79</b>
3.2.1	Des données chiffrées sur l'état de santé du personnel soignant inquiétantes,	79
3.2.2	Comment instaurer un rapport plus actif du soignant à sa santé ?	84
	<b>CONCLUSION</b>	<b>91</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AFGRIS: Association Française des Gestionnaires de Risques Sanitaires  
AP-HP: Assistance Publique - Hôpitaux de Paris  
ARACT: Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail  
ARHA: Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine  
CBI: Confederation of British Industry  
CEE: Communauté Économique Européenne  
CFDT: Confédération Française Démocratique du Travail  
CGT: Confédération Générale du Travail  
CHD: Centre Hospitalier de Dax  
CHF: Centre Hospitalier de Firminy  
CHICB: Centre Hospitalier Intercommunal de la Côte Basque  
CHL: Centre Hospitalier de Lourdes  
CHP: Centre Hospitalier de Perpignan  
CHSCT: Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail  
CHU: Centre Hospitalo Universitaire  
CJD: Centre des Jeunes Dirigeants  
CLARCT: Contrat Local d'Amélioration des Relations et des Conditions de Travail  
CPOM: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CRAM: Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
CTE: Comité Technique d'Établissement  
DRASS: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DRH: Direction des Ressources Humaines  
GRAPA: Groupe régional Aquitain pour la Prévention de l'Absentéisme  
OGPA: Observatoire et Groupe de Proposition d'Actions  
OMS: Organisation Mondiale de la Santé  
PME: Petites et Moyennes Entreprises  
RTT: Réduction du Temps de Travail  
TMS: Troubles Musculo Squelettiques  
TUC: Trades Union Congress  
UHSO: Union Hospitalière du Sud Ouest  
UNSA: Union Nationale des Syndicats Autonomes  
VGH: Vancouver General Hospital

## INTRODUCTION :

Reyes Nunez, médecin du travail de l'hôpital de Guipuzcoa (San Sebastian) a été licenciée en juillet 2001 par le service basque (espagnol) de santé, Osakidetza, pour avoir refusé le contrôle de l'absentéisme. Osalan, l'Institut basque de sécurité et santé au travail affirme que, selon les lois de la médecine préventive, cette fonction n'est pas du ressort de ce médecin. Toutefois, cela n'a pas suffi à annuler l'ordre de licenciement. Aussi le docteur Nunez a saisi la Cour de justice européenne pour l'interroger sur la compatibilité entre la législation espagnole et la directive 89/391/CEE du 12 juin 1989 concernant la santé et la sécurité au travail, laquelle a pour vocation de prévenir les risques et non d'organiser « la police des absences » selon le professeur SCHUTYSER, Secrétaire général des hôpitaux de l'Union Européenne. La décision de justice est toujours en attente.

Cette affaire si elle n'est pas la seule dimension par laquelle la question de l'absentéisme est d'actualité au Pays Basque, n'a pas été complètement étrangère à mon intérêt pour cette problématique. Ceci m'a conduit à rechercher dans quels termes se posait la question au Centre Hospitalier Intercommunal de la Côte Basque, par delà cette relation complexe entre médecine du travail et prévention de l'absentéisme sur laquelle nous reviendrons plus tard.

Le CHICB qui s'étend sur quatre sites (deux à Saint Jean de Luz et deux à Bayonne) et comptait 2063 agents (physiques) en 2002, est comme la majorité des structures hospitalières françaises confronté à un taux d'absentéisme relativement élevé. Au cours de mon stage dans les services du CHICB, j'ai d'ailleurs été assez frappé par le caractère récurrent de l'évocation de ce problème. On m'a, en effet, fréquemment souligné les difficultés liées non pas tant à l'absentéisme qu'à sa gestion, aux rappels fréquents pendant les repos pour pallier aux absences.

En avril 2002, M. PIQUEMAL, directeur du CHICB annonçait en Comité Technique d'Etablissement son intention de faire réaliser un audit sur l'absentéisme au CHICB, les conclusions duquel ont été rendues en octobre 2002. Après cette annonce, m'intéressant plus en détail à la question, je fus surpris de constater que le nombre de journées d'absence rapporté à l'effectif, s'il était en constante augmentation entre 1999 et 2001, restait sensiblement inférieur à la moyenne des établissements comparables : 16,3 jours d'absence pour motifs médicaux par agent au CHCB contre une moyenne de 17,6 en 2000 pour les établissements employant entre 1000 et 2999 agents.

Cette augmentation de l'absentéisme justifiait sans doute, à elle seule, en dehors de toute approche comparative, une démarche prospective, visant à mieux comprendre le phénomène. Néanmoins cette démarche du CHCB m'a conduit à m'interroger plus en profondeur sur les politiques visant à prévenir l'absentéisme. Marc DUMON, EDH 1995-97, a réalisé un mémoire intitulé « *L'absentéisme : quel diagnostic pour quel traitement ?* »<sup>1</sup> en se fondant sur son vécu au Centre Hospitalier de Versailles. Je filerais à mon tour volontiers la métaphore médicale. Il m'apparaît en premier lieu intéressant de s'interroger sur la temporalité dans laquelle s'inscrit la réalisation du diagnostic. Le choix de « s'attaquer » à cette maladie chronique qu'est l'absentéisme à un instant « t » de la vie hospitalière n'est vraisemblablement pas anodin. De même le choix de recourir à un organisme extérieur pour aborder le sujet questionne. Aussi essaierai-je, tout d'abord, dans ce mémoire d'analyser les enjeux stratégiques.

Souci d'efficacité économique, d'optimisation du capital humain constituent a priori les moteurs déterminants d'une action de lutte et de prévention en la matière. Or, si ces enjeux se révèlent être le socle très largement partagé des politiques conduites, les décisions d'agir pour freiner l'absentéisme s'avèrent répondre à des déterminants beaucoup plus variés et complexes (I).

En outre, une fois le choix de l'action entériné se posent deux difficultés majeures : celle, tout d'abord, de l'élaboration d'un diagnostic « objectif » de l'absentéisme et celle, ensuite, de la détermination des leviers prioritaires. La diversité des analyses et des interprétations quant aux causes de l'absentéisme et à l'importance relative de celles-ci, rend, en effet, toute approche stratégique en la matière particulièrement mal aisée (II).

C'est néanmoins le défi que le Centre Hospitalier de la Côte Basque souhaite relever. Aussi, après avoir analysé différentes approches possibles, les forces et faiblesses de chacune d'entre-elles, sera présentée, au vu des conclusions de cette étude, une politique de prévention jugée adaptée à la situation du CHCB. Deux leviers d'action considérés comme prioritaires au regard de la situation du CHCB seront explorés plus en détail. L'amélioration des compétences managériales des cadres de proximité, tout d'abord, laquelle apparaît constituer un défi majeur au CHCB notamment dans cette perspective de prévention et de gestion des absences. Le « management de la santé » enfin, qui se révèle être le parent paradoxalement pauvre de la lutte contre l'absentéisme en milieu hospitalier (III).

---

<sup>1</sup> DUMON M. *L'absentéisme : quel diagnostic pour quel traitement ? Réflexions issues du vécu au Centre Hospitalier de Versailles*. Mémoire de fin de formation EDH : ENSP, 1996. 65 p.

# 1 POURQUOI SE DÉCIDER À AGIR ? DES EXPLICATIONS MULTIPLES ET COMPLEXES

En effet, derrière une motivation a priori évidente de valorisation optimale des ressources humaines se révèlent des politiques, des approches très contrastées et aux mobiles aussi divers que complexes tant au niveau européen qu'au sein du secteur privé, souvent cité en exemple, ou encore à l'échelle hospitalière qui nous intéresse plus particulièrement.

## 1.1 APPROCHE COMPARÉE EN EUROPE

### 1.1.1 Vers un modèle réglementaire européen focalisé sur la prévention des risques professionnels :

L'orientation de la politique de l'Union Européenne en matière de prévention et gestion des absences consiste exclusivement en la délimitation d'exigences quant à la santé et la protection au travail. L'approche européenne a tendu vers une démarche préventive plus systématique et compréhensive<sup>2</sup>. Cette approche remonte pour certains pays de l'Union au début des années 70. Ainsi à cette époque les Pays Bas, la Finlande, le Danemark, la Suède ou encore le Royaume Uni se sont dotés de cadres législatifs concernant la santé et la sécurité au travail. Pour d'autres pays des législations similaires sont intervenues plus tard. L'Irlande adopta en 1989 l' « Acte sur la protection de la santé et le bien être au travail », de même que la Grèce dans une certaine mesure en 1985. Toutefois, pour nombre des pays membres de l'Union les dispositions légales concernant la santé et la protection des travailleurs se sont limitées jusque dans les années 1990 à des textes épars et souvent décalés par rapport à la réalité du travail aujourd'hui.

C'est pour toutes ces raisons qu'a été adoptée la directive 89/391 laquelle vise à harmoniser les stratégies préventives des états membres au sein d'une approche commune du « management et de l'organisation de la santé et de la sécurité au travail ». La directive incite au développement de systèmes de management des risques au sein des entreprises, systèmes dont la responsabilité incombe principalement à l'employeur.

---

<sup>2</sup> WALTERS D. Health and safety strategies in a changing Europe. *International Journal of Health Services*, 1998, vol. 28, n° 2, pp. 305-331.

Par ailleurs, elle contient des dispositions concernant l'information des salariés et de leurs représentants sur la santé et les risques. Les systèmes de régulation (médecine du travail pour l'essentiel en France) sont conçus dans cette directive avec une double mission : celle d'auditer les modes de « management des risques » internes aux entreprises d'une part, et celle d'identifier les violations spécifiques aux règles prévalant en matière de santé et de sécurité au travail d'autre part. L'esprit de cette directive se retrouve dans celles qui sont venues la compléter par la suite. Celles-ci constituent ainsi un socle, un fondement pour l'application de « principes de management de la santé et de la sécurité » dans tous les secteurs de travail et par delà les frontières nationales.

La traduction fidèle de cette directive dans les législations nationales fait cependant l'objet de controverses et de débats comme l'illustre l'affaire opposant l'hôpital de San Sebastian au Docteur Nunez. Mais ce qui questionne davantage encore, par delà ce cadre commun, c'est la manière dont les législations nationales concernant la santé et la sécurité au travail se sont adaptées ou non selon les pays aux évolutions des formes d'emploi et de production qui se sont caractérisées notamment par :

- La croissance du nombre des PME,
- La crise de représentation des organisations syndicales,
- La croissance de l'économie souterraine,
- L'augmentation du travail saisonnier,
- L'augmentation de la flexibilité au travail,
- Le vieillissement de la population active,
- Ou encore la part croissante des femmes dans la population active.

En outre, le constat de la disparité des situations des pays européens quant à l'état de santé et au taux d'absentéisme de leurs salariés invite à cette conclusion. Un tel cadre législatif commun en matière de prévention des risques professionnels ne saurait suffire à mobiliser et/ou expliquer la mobilisation ou non des principaux acteurs concernés par la lutte contre l'absentéisme. Deux raisons à cela sans doute : la prévention des risques professionnels ne constitue pas le seul levier d'action contre l'absentéisme (nous y reviendrons plus tard) tout d'abord, mais surtout les incitations à agir échappent très largement à ce seul cadre législatif.

### 1.1.2 Nos partenaires européens : des incitations à agir à géométrie variable,

Les arrêts de travail coûtent cher aux employeurs et aux régimes sociaux. Aussi dans la plupart des pays européens, pouvoirs publics, entreprises et acteurs sociaux s'efforcent d'en réduire le nombre. La plus ou moins grande réussite de ces efforts trouve une part d'explication dans les systèmes sociaux qui sont les leurs ainsi que dans leurs tissus d'entreprises (les PME constituant une échelle plus difficile de mise en place de plans de prévention faute de moyens suffisants)<sup>3</sup>.

L'Espagne qui est caractérisée par un fort pourcentage de PME dans son tissu industriel (80%) est confrontée à un taux d'absentéisme élevé par rapport à ses partenaires européens, au regard des données recueillies par Eurostat, lesquelles comptabilisent la différence entre les heures théoriques travaillées et celles réellement effectuées. Si la poste espagnole (Correos y Telegrafos) dans son accord d'entreprise de 2001 place la lutte contre l'absentéisme au cœur de ses priorités, la question de l'absentéisme reste, sinon taboue à l'échelle de l'Espagne, du moins l'objet de peu d'attention puisque le Ministère du Travail et des Affaires Sociales lui-même ne dispose d'aucune statistique en la matière.

Au Royaume-Uni, en revanche, les carences du système de santé publique empêchent les salariés de se faire soigner rapidement. Aussi, les grandes entreprises cherchent à prévenir au maximum les maladies, notamment par des campagnes d'information. Selon la principale organisation patronale britannique, CBI (Confederation of British Industry), le nombre de jours d'absence par salarié serait de 7,8 au Royaume-Uni soit 192 millions de journées de travail perdues. Toutefois, derrière ce chiffre se cache une situation très disparate (4,6 jours dans certaines entreprises contre 10 jours pour d'autres). Ces écarts tiennent souvent plus à des manques de moyens, notamment des PME qu'à un manque de sensibilisation au problème. Des entreprises comme East Midlands Electricity, Powergen ont ainsi développé des programmes relativement performants de dépistage précoce et gratuit et d'accompagnement des salariés confrontés à des problèmes de dos, de cholestérol, de tension... Un quart des entreprises britanniques prévoient selon le TUC (Trades Union Congress) des politiques de rééducation.

---

<sup>3</sup> KLARSFELD A. Les remèdes de nos voisins européens pour faire reculer l'absentéisme. *Liaisons Sociales Magazine*, avril 2002, pp. 42-45.

En Allemagne, la sécurité sociale joue un rôle plus important dans la prévention de l'absentéisme puisque la législation lui confère un rôle de conseil auprès des entreprises. Les grandes caisses publiques allemandes d'assurance maladie proposent ainsi des modes de management modulables adaptés à chaque entreprise. Cette pratique remonte à la fin des années 80 où les premiers programmes de prévention ont été mis en place, dans les grandes entreprises principalement. Mais la dernière réforme du système de santé allemand, en date de janvier 2000, oblige de façon plus pressante les caisses à lutter activement contre l'absentéisme. Cette fonction « d'audit externe » qu'assurent d'une certaine manière les caisses de sécurité sociale allemandes a conduit notamment à la mise en place de cercles de santé dans quelques grandes entreprises. Ces cercles sont pilotés par un comité regroupant médecins du travail, représentants des salariés, de la direction et des caisses d'assurance maladie. En outre, les caisses offrent une expertise à des PME qui y auraient difficilement accès autrement. Cette politique préventive renforcée en 2000, mais déjà ancienne, semble produire des effets positifs. Ainsi, selon le Ministère Fédéral de la Santé, le taux d'absentéisme est passé de 4,22% en 2000 et 5,1% en 1995 à 3,63% en 2001 et le nombre de journées non travaillées de 517 millions en 1997 à 476 millions en 1999, soit une baisse significative.

La Norvège présente, quant à elle, un modèle relativement volontariste impliquant patronat et syndicats. La forte augmentation des arrêts maladie dans les années 80 avait conduit le gouvernement travailliste de l'époque à brandir la menace d'un durcissement du système d'indemnisation. Celui-ci compte parmi les plus avantageux en Europe puisque le salarié est pris en charge à taux plein dès le premier jour d'absence. Le patronat et les syndicats norvégiens se sont alors mis d'accord sur un programme d'action national et une campagne d'information au niveau des entreprises. Les résultats ont été spectaculaires puisque le nombre de journées d'absence a été réduit de 23% dans le secteur privé et de 19% dans le secteur public en quatre ans. En 2000, le retour au scénario de la fin des années 80, à savoir une moyenne de 24 jours d'absence par salarié norvégien, a conduit à une relance du débat sur le niveau d'indemnisation souhaitable. Le patronat appelait à une révision à la baisse de celui-ci tandis que les syndicats imputaient l'augmentation des jours d'absence au vieillissement de la population active, aux files d'attente dans le système de santé publique et enfin à la baisse du chômage, laquelle aurait remis sur le marché du travail des personnes de santé plus fragile. Un accord tripartite a toutefois été trouvé avec le gouvernement, accord poursuivant le même objectif de baisse de 20% du nombre de jours d'absence tout en préservant l'indemnisation à taux plein dès le premier jour. Ont ainsi été admis les principes d'un contrôle renforcé des absences, un suivi médical accru, l'examen des conditions de travail là où l'absentéisme est élevé et, sur le modèle allemand, des accords

de partenariat entre les entreprises et la sécurité sociale norvégienne. Les entreprises pourront notamment aider financièrement les salariés pour qu'ils aient recours aux cliniques privés et puissent échapper aux files d'attente de l'hospitalisation publique.

### **1.1.3 L'absentéisme : « les Pays-Bas sont malades », quelques enseignements tirés du mauvais élève de la classe européenne,**

En 1993, le Premier Ministre s'exclama ainsi en constatant que le total des prestations versées au titre de la réglementation sur l'absentéisme et l'incapacité de travail s'élevait à 16 milliards d'euros : 13,5% de la population active touchant l'allocation d'incapacité de travail et 8% des journées de travail étant perdues en raison de l'absentéisme. Une politique moins restrictive que chez les pays voisins dans ces deux domaines peut l'expliquer (indemnisation intégrale dès le premier jour d'absence, certificat médical non exigible dès le début pour prétendre aux prestations de l'assurance maladie...). En outre, 30% des bénéficiaires de l'allocation d'incapacité de travail sont évalués comme invalides en raison de troubles psychiques, spécificité des Pays-Bas qui indique un niveau de stress professionnel particulièrement élevé. Face à cette situation, le gouvernement a pris différentes mesures pour limiter ses dépenses dans ce secteur en augmentant la responsabilité financière des employeurs. Certes, les Pays-Bas possèdent aujourd'hui une législation moderne qui met l'accent sur les facteurs de risque psychosociaux et sur le bien être des employés avec des inventaires d'évaluation du risque systématiques, le conseil d'experts professionnels des services de la santé au travail et des incitations financières pour l'amélioration des conditions de travail et la réduction de l'absentéisme. En dépit de ses atouts le « mal néerlandais »<sup>4</sup> est loin d'être jugulé. Le taux d'absentéisme continue d'augmenter. On peut sans doute en conclure qu'une législation bien pensée et une sensibilisation accrue des politiques et des partenaires sociaux sont des conditions nécessaires mais insuffisantes pour parvenir à gérer l'absentéisme. Il est, par ailleurs, possible d'en tirer quelques enseignements.

Le principe « d'auto réglementation », à savoir la responsabilité financière accrue des employeurs en ce qui concerne l'absentéisme semble être le vecteur potentiel d'effets secondaires négatifs : sélection basée sur la santé, préférence pour des mesures procédurières et axées sur la personne plutôt que des mesures préventives axées sur le travail. En outre, son inadaptation aux potentialités des PME en la matière est apparue criante. Ces dernières manquent, en effet, souvent des compétences internes pour

---

<sup>4</sup> GEURTS S. Les maux néerlandais : l'absentéisme et l'incapacité de travail. *Revue Internationale de la Sécurité Sociale*, avril 2000, vol. 53, pp. 97-125.

l'évaluation et la prévention du risque, et notamment de services spéciaux des ressources humaines, ou encore d'espaces de travail individuels adaptés pour ceux des absents qui pourraient ainsi reprendre le travail.

L'étude de ces différents modèles européens est riche d'enseignements y compris à l'échelle de Bayonne, car elle témoigne d'une incitation à agir à géométrie variable selon la taille des entreprises et/ou établissements, pour des raisons de moyens le plus souvent. De plus, ces différents modèles montrent une approche de l'absentéisme orientée très majoritairement sur le volet préventif, tant en matière de conditions de travail qu'en ce qui concerne la santé des travailleurs et ceci sous l'impulsion de l'Union Européenne. Le cadre législatif ainsi que le contexte national (taille des entreprises, efficacité du système sanitaire, modes d'indemnisation, relations entre partenaires sociaux...) constituent, en dehors de la seule rationalité économique, des facteurs influençant fortement les décisions ou non des acteurs (entreprises, hôpitaux...) à agir contre l'absentéisme. D'où l'intérêt de s'attacher à présent au cadre législatif et au contexte français.

#### **1.1.4 Position de la France dans le concert européen.**

Selon la dernière enquête sur les conditions de travail en Europe réalisée par la Fondation de Dublin en 2000, la France avec 3% des heures de travail perdues pour absentéisme n'est pas le pays le plus touché. Elle se classe ainsi dans une position médiane en Europe. Ce taux d'absentéisme calculé sur une base déclarative recouvre à la fois les accidents du travail, les maladies professionnelles et les autres problèmes de santé. Dans chacune de ces catégories la France occupe le milieu du classement :

- Taux d'absence pour accidents du travail : 0,8% (0,6% en Europe)
- Taux d'absence pour maladies professionnelles : 0,8% (0,9% en Europe)
- Taux d'absence pour autres problèmes de santé : 1,5% (1,9% en Europe)

Le cadre législatif français se caractérise en ce qui concerne la prévention de l'absentéisme par un régime d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie relativement favorable et par un processus continu de transposition des directives communautaires.

S'agissant du régime indemnitaire, les contractuels du secteur privé subissent un délai de carence de 3 jours pendant lesquels leur absence au travail n'est pas indemnisée. Le décret du 6 février 1991 concernant les contractuels des établissements publics prévoit, en revanche, l'annulation de ce délai de carence lorsque leur ancienneté est supérieure à

4 mois. Ils bénéficient, en outre, d'une indemnisation à taux plein pendant 3 mois au delà de 3 ans d'ancienneté. C'est également le cas des titulaires de la fonction publique dès leur titularisation. Ce régime indemnitaire apparaît donc très largement favorable aux salariés et un maigre frein aux éventuels « arrêts de complaisance ».

Quant à la législation sur la prévention des risques professionnels et les conditions de travail elle est antérieure aux dispositions communautaires dont elle épouse cependant de plus en plus étroitement les contours. Les Comités d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) en interne et la médecine du travail, l'inspection du travail ont constitué jusque récemment les principaux leviers institutionnalisés de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail. À ceux-là s'ajoute d'ailleurs un acteur souvent oublié : les Caisses Régionales d'Assurance Maladie. Lors d'un entretien réalisé à la CRAM Aquitaine, j'ai en effet découvert qu'elle assurait auprès des entreprises et établissements employant des salariés contractuels des contrôles sur les mesures prises pour prévenir les accidents du travail, contrôles dont dépendent pour partie les cotisations des intéressés. En outre, parallèlement à cette mission de contrôle, les CRAM proposent également à leurs interlocuteurs des offres de formation et de la documentation visant à prévenir ces risques.

Mais les principales évolutions récentes de la législation française en la matière ont consisté en la transposition de directives communautaires de plus en plus précises quant aux attendus en matière de prévention des risques professionnels. Si la directive cadre de 1989 a pour l'essentiel été transposée par la loi du 31 décembre 1991, celle-ci s'est enrichie d'ajouts successifs visant à une totale conformité aux directives communautaires<sup>5</sup>. Les rayonnements ionisants, la protection de la femme enceinte notamment ont donné lieu à des adaptations de la législation française. Le décret du 5 novembre 2001 constitue l'une des dernières retouches réglementaires. Celui-ci pose, en effet, l'exigence pour l'ensemble des entreprises/établissements publics et privés de répertorier dans un « document unique » les risques qui leur sont propres. Au Centre Hospitalier de la Côte Basque ce texte a conduit à étendre le champ de compétence de la fonction de gestionnaire des risques déjà existante. Il lui a ainsi été confié l'élaboration de ce « document unique », avec pour souci premier que cette opération soit le prétexte à une sensibilisation voire une prise de conscience de ces risques par les professionnels. L'arsenal législatif se révèle donc relativement classique par rapport à nos partenaires européens. Pourtant le contexte français, se caractérise comme aux Pays-Bas, par une

---

<sup>5</sup> MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. *Le travail en France. Santé et sécurité 1999-2000. Actions. Perspectives. Chiffres clés*. Paris : Éditions Liaisons, 2000. 170 p. Collection Liaisons Sociales

forte évolution des formes de travail, une tertiarisation accrue, l'apparition de risques professionnels nouveaux auxquels la législation ne répond pas complètement. Les entreprises, en revanche, ont une moindre incitation à agir sur la santé de leur salariés (santé hors travail) dans la mesure où le système de santé de la France contrairement à nombre des membres de l'Union n'est pas ou peu confronté au phénomène des files d'attente qui rallongeraient les délais d'absence.

Cette approche comparée de quelques pays d'Europe témoigne d'une relative hétérogénéité des contextes législatifs, sanitaires et sociaux. Or, ce cadre législatif n'est pas sans incidence sur l'incitation plus ou moins forte des entrepreneurs/établissements publics à agir contre l'absentéisme. Aussi, si des éléments de rationalité, de souci d'efficacité économique et d'optimisation du capital jouent un rôle important, il ne faut pas occulter l'influence de cette dimension « contextuelle ». Le secteur privé concurrentiel, souvent cité en exemple échappe lui-même à un strict comportement « d'homo economicus ».

## 1.2 LA RATIONALITÉ DU SECTEUR PRIVÉ EN QUESTION ?

« Ces entreprises qui jouent au docteur avec leurs salariés » :

Les articles de presse faisant mention de démarches des entreprises, parfois qualifiées de « citoyennes », visant à améliorer, prendre soin de la santé de leurs salariés par delà les problématiques de conditions de travail, sont de plus en plus nombreux. Faut-il y voir la traduction d'un concept de prévention considérablement enrichi dans le droit du travail français ? Une heureuse concordance de vue entre les préoccupations sanitaires et économiques ? La célébration précoces de fiançailles incertaines ?

### 1.2.1 Un concept de prévention considérablement enrichi en droit français :

Comme nous l'avons déjà entrevu, l'on assiste à l'émergence d'une nouvelle approche de la protection de la santé sur les lieux de travail qui tend à faire de l'obligation de prévention le noyau dur de l'obligation de sécurité pesant sur le chef d'entreprise. Ce n'est que récemment qu'est venu s'adjoindre au couple répression/réparation le terme de prévention. Pour reprendre les concepts de responsabilité développés par H. JONAS, s'ajoute désormais à la responsabilité « rétroactive », une responsabilité « prospective ». L'irruption du concept de prévention en droit de l'hygiène et de la sécurité participe d'ailleurs sans doute d'un mouvement plus vaste dont témoigne le succès que rencontre aujourd'hui dans de nombreux domaines la notion de « précaution ».

La directive cadre du 12 juin 1989 et les textes ultérieurs avec leur traduction en droit français marquent un tournant majeur. Ils invitent en effet à une approche beaucoup plus active de la santé et se démarquent des considérations purement économiques retenues jusque-là.

L'article 3 de la directive du 12 juin 1989 précise ainsi que « l'amélioration de la sécurité, de l'hygiène et de la santé des travailleurs au travail représente un objectif qui ne saurait être subordonné à des considérations de caractère purement économique » et définit la prévention comme « l'ensemble des dispositions prises ou prévues à tous les stades de l'activité de l'entreprise en vue d'éviter ou de diminuer les risques professionnels ». Il ne s'agit plus seulement d'éviter l'accident qui n'est que la réalisation d'un risque présent mais d'éradiquer autant que possible le risque dans l'entreprise ou au moins d'en limiter l'occurrence et la gravité.

La loi n° 76-1106 du 6 décembre 1976 sur la prévention des accidents de travail fut la première pierre de cette avancée puisqu'il s'agissait du premier texte visant à donner une cohérence à un ensemble de dispositions réglementaires éparses et très techniques. En outre, le fait que l'arsenal réglementaire ait été pénalement sanctionné a sans nul doute joué un rôle considérable dans la maturation de la notion de prévention. En pratique la mise en demeure est souvent suffisante à faire cesser un manquement constaté par les inspecteurs du travail. Selon l'article L. 230-2 du Code du travail « le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement ». Ces mesures doivent, en outre, être prises en se conformant aux principes généraux de prévention également définis dans le texte. Il s'agit d'abord d'identifier le risque, puis de mettre tout en œuvre pour l'éviter et s'il ne peut l'être complètement de prendre des mesures de protection collectives et individuelles. Enfin les salariés doivent être informés et formés à la sécurité (tout particulièrement les membres des CHSCT).

Les concepts de risques, d'atteinte à la santé sont, quant à eux, fortement mouvants, suivant le cours des évolutions des formes de travail mais aussi et surtout de leur prise en compte au niveau communautaire. Ainsi, le droit communautaire tend à épouser la définition de la santé donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé, à savoir : « un état complet de bien-être physique, mental et social ». Aux notions « d'hygiène et de sécurité » se substituent ainsi celles de « santé et de sécurité ». La charge physique liée au travail est donc prise en compte au titre du couple santé/sécurité et il en va de même de la charge mentale (cf. directive 92/85/CEE du 19 octobre 1992). Jusqu'où doit aller cette protection de la santé ? Les contours en sont de toute évidence encore flous mais les problématiques d'organisation et d'aménagement du temps de travail par exemple y renvoient de toute évidence<sup>6</sup>.

Alors faut-il voir dans ces évolutions juridiques les ferments moteurs des prévenances aujourd'hui manifestées par les chefs d'entreprise à l'égard de la santé de leurs salariés ?

### **1.2.2 Une concordance apparente des intérêts économiques et sanitaires :**

Dans l'approche comparative européenne précédente, il est apparu que l'évolution du cadre législatif ne peut à elle seule entraîner d'effets de réalité s'il n'y a pas un contexte, un état d'esprit qui les favorisent par ailleurs. Ainsi la prise de conscience que les problèmes de santé au travail ou en dehors ont aussi un coût indirect, coût auquel les

---

<sup>6</sup> nous reviendrons plus en détail sur cet aspect dans le point 3.2

entreprises sont de plus en plus sensibles dans un cadre concurrentiel accru, peut expliquer ce développement des actions de préventions dans l'entreprise<sup>7</sup>. Ces coûts vont ainsi de la baisse de la productivité, aux coûts d'embauche et de formation des remplaçants en passant par les risques de dégradation du climat social.

Pour corroborer ces propos les exemples sont nombreux. Certaines mutuelles qui y voient des sources d'économies potentielles ont sauté sur l'occasion. AG2R, une institution de prévoyance et de retraite propose aux entreprises intéressées par des actions de mécénat sur le diabète et la malentendance, des expositions, conférences itinérantes, animations... Mais les entreprises agissent également en interne. Ainsi, dans le cadre de la loi ÉVIN, la RATP a organisé une campagne d'information et proposé différentes mesures comme l'ouverture d'un local réservé aux fumeurs, ce qui a permis de proscrire le tabac de la salle des machinistes d'un dépôt de bus de la région parisienne. Pour mener à bien ce projet, elle a travaillé en partenariat avec le Comité national contre le tabagisme qui lui a apporté l'expertise requise. Selon Pierre Mie, directeur délégué à la santé des salariés d'Air France : « la santé des salariés ne s'arrête pas aux portes de l'entreprise ». Ainsi la compagnie a-t-elle mis en place une « école du dos » et s'intéresse tout particulièrement au sommeil des pilotes et du personnel de bord, victimes de décalages horaires très perturbants. IBM, Aventis sont également à la pointe de la médecine préventive d'entreprise. Le médecin chef du service de médecine du travail de l'entreprise Citroën de Rennes, le docteur Patrick GILBERT rencontré pour mieux comprendre les actions menées auprès des presque 10000 salariés de l'entreprise a monté un projet « cap santé 2005 » en partenariat avec le CHU de Rennes, dont le slogan est « être heureux au travail » (il reprend d'ailleurs à son compte la conception globale de la santé donnée par l'OMS). Il s'agit là d'un véritable projet de suivi des salariés et un souci évident de dépister le plus tôt possible des cancers du côlon, des problèmes de cholestérol, de diabète, d'alcoolisme. Le suivi annuel et l'évaluation des actions conduites témoignent de résultats relativement probants.

Une question s'impose à nous à la lecture de tels exemples. L'entreprise serait-elle déjà en avance par rapport au concept législatif de prévention qui reste très largement centré sur la santé et ses risques d'altération liés à l'activité professionnelle ?

---

<sup>7</sup> LÉVI C. Ces entreprises qui jouent aux docteurs avec leurs salariés. *Liaisons Sociales Magazine*, janvier 2003, pp. 48-50.

### 1.2.3 La célébration précoce de fiançailles incertaines :

Tout d'abord, il est à noter que si les articles célébrant le docteur entreprise se font de plus en plus nombreux, il s'agit là de la face émergée d'un iceberg dont l'autre portion beaucoup plus importante n'est pas entrée dans de telles démarches faute de moyens pour certaines entreprises et notamment les PME ou faute de volonté.

En outre, pour être efficace et éviter leur gadgétisation les actions de santé publique exigent du temps et de la rigueur et une évaluation des programmes engagés. Le service de médecine du travail de l'entreprise Ford à Bordeaux, visité dans le cadre de la réalisation de ce mémoire témoignait de ces écueils possibles. Les actions conduites à destination du personnel y échappent le plus souvent à une analyse préalable des besoins et l'évaluation des résultats y fait également défaut. Conduit dans cette entreprise par le titre alléchant d'un article de presse annonçant que « Ford Industries à Bordeaux partait en guerre contre le diabète » en organisant depuis 2000 une marche contre le diabète, je pensais que cela correspondait à une problématique importante pour les 3700 agents de l'entreprise. Il s'avère en fait que cette entreprise implantée depuis trente ans à Bordeaux grâce à l'amitié qui unissait Chaban-Delmas et Ford père, a une espérance de survie très incertaine, l'essentiel de la production étant acheminé vers les Etats-Unis. Aussi, cette marche qui a peu sensibilisé le personnel en interne sur cette question, visait bien davantage à « sensibiliser » l'héritier Ford, lui-même atteint de cette maladie, sur la nécessité de conserver ce site. On touche ici du doigt les risques de dérives de cette approche globale de la santé par l'entreprise.

L'autre dérive à envisager et plus inquiétante encore est celle de l'émergence d'un délit non pas de « sale gueule » à l'embauche mais de « sale santé » voire dans un avenir plus lointain de « sale capital génétique ». « Bienvenus à Gattaca!<sup>8</sup> » De multiples questions éthiques se posent. Une étude conduite aux Etats-Unis par G. MYLLE, invite à s'interroger fortement sur ces risques de dérives possibles<sup>9</sup>. Celle-ci s'est attachée à démontrer les liens entre la masse corporelle, les accidents du travail et les absences pour maladies. Elle conclut à un lien significatif entre l'obésité féminine et le risque d'absence pour accident du travail ou maladie. Faut-il pour autant en tirer des conclusions et des conséquences dans la gestion des ressources humaines ? Il importe que le secret médical et la non-discrimination à l'embauche demeurent les bornes éthiques de telles

---

<sup>8</sup> Film de science fiction portant sur ce thème de la sélection génétique des salariés

<sup>9</sup> MYLLE G. Body mass index, industrial accidents and sick leave : further evidence of an association. *Archives of Public Health*, 1998, n° 56, pp. 81-91.

pratiques. C'est pour cette raison que certaines entreprises ont dans un souci éthique choisi de contractualiser leur démarche en la matière avec les organisations syndicales représentatives. S'agissant de ces enjeux de santé, les entreprises ont également besoin que les intervenants extérieurs travaillant avec elles sur ces problématiques leur fournissent des messages neutres et indépendants fondés sur des informations validées par une structure légitime.

On peut interroger ensuite le caractère pérenne de telles pratiques bien qu'elles semblent fondées rationnellement d'un point de vue économique. Malgré les résultats intéressants observés chez Citroën quant à l'amélioration de l'état de santé des salariés, en période de nécessité de rationnement des dépenses le poste « dépense de santé » est relativement peu protégé. Le caractère difficilement mesurable du retour sur investissement constitue une hypothèque majeure sur la pérennité de telles pratiques.

Ne faut-il pas y voir, comme le suggère le DRH de l'entreprise Ford précédemment évoquée, un moment d'une approche de l'absentéisme par l'entreprise finalement assez partiellement rationnelle et fortement perméable aux philosophies dominantes du moment dans la lutte contre l'absentéisme ?

Ainsi dans la lutte conduite contre l'absentéisme de 1974 à 1985, furent principalement retenues des mesures coercitives et de contrôle médical des absences par des médecins contrôleurs de société d'assurance réassurant l'absentéisme. Ces pratiques firent suite à une montée en flèche de l'absentéisme dans le premier tiers des années 70 qu'une majorité de chefs d'entreprises imputèrent aux effets pervers de la mensualisation qui invitait les salariés à « prendre leurs droits ».

Pris le relais de cette approche coercitive (qui n'est toutefois pas tombée complètement en désuétude), le souci de faire reculer l'absentéisme en revalorisant le travail, en lui redonnant du contenu. Ce courant fut très largement porté à l'époque par M. STOLÉRU et la CFDT. Puis depuis la fin des années 90, l'accent est mis prioritairement sur la prévention des risques professionnels (sans enterrer les deux moyens d'action précédemment évoqués). Effet des évolutions législatives ? Peut être, mais très partiellement. Le fait marquant de cette période est que depuis la fin des années 80 l'on trouve dans certaines entreprises du secteur industriel des agents qui y ont travaillé depuis plus de 30 ans. Or, les conséquences sont lourdes en terme de maladies professionnelles (Troubles Musculo Squelettiques (TMS) notamment), de gravité des accidents du travail liés à l'usure, une certaine forme de démotivation. C'est d'ailleurs sans doute le caractère très coûteux pour les entreprises de la prise en charge financière de ces maladies et accidents qui explique l'intérêt croissant porté à l'approche préventive. Enfin, l'on semble aujourd'hui assister à l'émergence d'une nouvelle priorité : « développer le bien-être des salariés » sur le lieu de travail, par l'écoute, des conditions

matérielles améliorées... L'idée n'est pas neuve mais sa mise en avant accentuée est fortement liée à une perception renforcée d'un salarié démotivé, cherchant l'épanouissement par d'autres vecteurs que celui du travail, soutenu dans ce désir par la mise en place des 35h. Le dossier consacré en septembre 2003 par le magazine *Enjeux : Les Échos* au thème : « Être heureux au travail » est assez révélateur de ce mouvement de pensée. Pourtant ce dossier flirtant sur cette thématique n'en égratigne pas moins les fondements puisque 91% des salariés du public se disent heureux dans leur travail de même que 87% du privé selon un sondage réalisé pour cette enquête par CSA. Qu'en déduire ? Les français seraient plus satisfaits qu'ils ne l'expriment habituellement. Ils seraient réticents à avouer des frustrations guère valorisantes ou à se plaindre dans un contexte de chômage élevé. L'explication est difficile à établir. M. LANDIER, directeur de Management et Conjoncture Sociale ajoute un second bémol à cet élan qui serait celui des entreprises pour satisfaire leurs salariés au travail. Ainsi si « l'homme au cœur du projet » constitue un classique récurrent dans le discours, de facto selon lui : « les patrons se moquent comme d'une guigne du bonheur de leurs salariés ». Toutefois l'idée de rendre heureux le salarié au travail semble gagner du terrain, notamment chez les plus jeunes dirigeants d'entreprise. M. BREUZARD, Président du Centre des Jeunes Dirigeants (CJD) affirme ainsi sa conviction qu'un « salarié bien dans sa tête est plus performant » ; ce souci du bonheur du salarié est au cœur de la réflexion du CJD, comme de nombreuses entreprises cherchant à innover en la matière.

Il ne s'agit pas ici de retirer à ces choix de politique de lutte contre l'absentéisme toute rationalité mais de rappeler le caractère relatif de cette rationalité et son inscription dans une certaine forme d'histoire de la pensée managériale d'entreprise, une histoire portée aujourd'hui fortement vers la prévention des risques professionnels et partant de là vers un souci plus global de l'état de santé des agents.

Les pratiques du management des ressources humaines en milieu hospitalier n'échappent pas à ces évolutions de tendance.

## 1.3 POURQUOI AGIR CONTRE L'ABSENTÉISME EN MILIEU HOSPITALIER ?

Si l'on s'attache plus spécifiquement au monde hospitalier, l'on constate là encore une absence d'approche homogène de la question de l'absentéisme.

### 1.3.1 L'avance anglo-saxonne :

Comment expliquer, en effet, tout d'abord l'avance des pays anglo-saxons dans la lutte contre l'absentéisme ?

Celle-ci s'observe tout d'abord à travers l'ancienneté des très nombreux travaux d'études conduits sur ce thème notamment au Canada et aux États Unis. La vitalité de la recherche ne se dément d'ailleurs pas. Les publications récentes sont de plus en plus pointues. On notera, par exemple, une étude de M. CLOUTIER au Québec sur les risques d'accidents des infirmières selon leur âge. Les études sur la prévalence et les conséquences de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites, sur les conséquences du tabagisme passif sur les lieux de travail<sup>10</sup> connaissent un développement récent très important. La plupart de ces études s'intéressent ainsi au versant « sanitaire » de l'absentéisme et recherchent les causes médicales qui peuvent l'expliquer. Une étude américaine s'intéressait ainsi tout récemment au nombre de jours de travail perdus pour cause de mal de dos dans le secteur industriel américain. D'autres études portent sur le degré de relation entre état de santé de l'agent et absences au travail. Une étude anglaise connue « the UK Whitehall II study » a tenté de cerner le plus ou moins grand lien de causalité. Les conclusions sont assez déroutantes pour qui serait tenté de voir dans l'absence au travail une part importante de choix de l'agent. Il apparaît ainsi que le lien entre l'état de santé réel de l'agent et son nombre d'absences au travail est très fort et l'est d'autant plus que l'absence est longue.

Mais ces études de l'absentéisme ont su diversifier leurs angles d'attaque et ne pas se focaliser uniquement sur ce versant sanitaire. Ainsi, M. ALA-MURSULA dans des travaux de recherche récents s'est attaché à observer le lien entre le contrôle de l'employé sur

---

<sup>10</sup> MCGHEE S. Passive smoking at work : the short-term cost. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, n° 54, pp. 673-676.

ces horaires de travail et le nombre des absences pour maladie<sup>11</sup>. L'étude des effets du changement de l'environnement psychosocial d'un salarié sur ses absences pour maladie ou encore celle des effets de la sexuation de certaines professions sur les absences au travail dans des groupes de travail dominés par la gente masculine ou féminine en constituent de tout récents exemples.

Comment toutefois expliquer l'ancienneté et la multiplicité de ces travaux ? Le concept de « community health » n'y est pas étranger. En effet, dans les pays anglo-saxons et notamment au Canada s'est développée cette approche de la « santé publique » dans son versant communautaire et pas seulement de la « santé publique » dans une acception « tout public » voire nationaliste du terme. Cela renvoie d'ailleurs également à deux approches sensiblement différentes de la démocratie : l'une, française plutôt fondée pour des raisons historiques et philosophiques sur les droits individuels ; l'autre reconnaissant la place des « corps intermédiaires » dans la société. Ce sont donc toutes ces communautés de vie ou d'identité partagée au niveau infra étatique (communauté asiatique, femmes, homosexuels, travailleurs...) jouissent d'une attention particulière. C'est ainsi que la communauté que peut constituer un « groupe de travail » est devenue assez spontanément un objet d'étude privilégié de la « santé communautaire ». Avant de chercher l'ensemble des causes de l'absentéisme ces recherches se sont donc attachées à l'état de santé des salariés et aux facteurs de dégradation ou d'amélioration propres à l'entreprise.

Lors de mon stage au Vancouver General Hospital, j'ai d'ailleurs pu constater que l'importance de ce concept de santé communautaire n'innervait pas seulement la sphère de recherche universitaire. Dans cet hôpital comme dans l'hôpital St. Paul de Vancouver on trouve une même structuration bicéphale des services de ressources humaines : une direction prenant en charge la gestion des effectifs, une autre de poids égal s'attachant à l'amélioration des conditions de travail, celles-ci étant appréhendées très largement du point de vue de leur impact sur la santé des agents tant sur le plan physique que psychologique. Ce type de structuration reste encore rare en France en milieu hospitalier.

### **1.3.2 Une préoccupation plus tardive mais réelle dans le monde hospitalier français :**

Les moteurs de ce regain d'intérêt dans le management hospitalier français sont de plusieurs natures.

---

<sup>11</sup>ALA-MURSULA L. Employee control over working times : associations with subjective health and sickness absences. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, n° 56, pp. 272-278.

Les études sur les conditions de travail, l'état de santé des personnels hospitaliers et plus largement sur les causes de l'absentéisme, malgré un certain retard dont on vient d'expliquer l'une des raisons, se sont multipliées au cours des vingt dernières années. Certes le rapport 1992 de l'AP - HP consacré à « l'analyse de l'absence au travail » déplorait encore le fait que cet absentéisme en milieu hospitalier reste trop méconnu alors même qu'il est, selon ce rapport, un « baromètre très fidèle des dysfonctionnements d'une organisation et de la qualité des conditions de travail ». Bien que déplorant ce manque, ce rapport contient paradoxalement en lui-même les germes sinon d'un certain fatalisme du moins d'un certain immobilisme en la matière. En effet, constatant que l'hôpital comparativement aux autres activités de service connaît un taux d'absentéisme élevé, le rapport en donne une explication assez frustrante à savoir « la présence prédominante d'un personnel féminin et jeune », laquelle expliquerait une absence sur quatre (pour cause de maternité principalement). Si la situation sur le plan de la connaissance de l'absentéisme et de ces moteurs reste perfectible, les avancées sont néanmoins notables. Sans lister ici les travaux menés et leur intérêt dans la perspective de mise en place d'une politique de prévention de l'absentéisme, certains d'entre eux sont particulièrement démonstratifs de ce souci accru de mieux connaître le phénomène. Le « rapport sur les violences subies par les professionnels de santé » présenté en octobre 2001 au Ministre de la Santé, s'il ne portait pas directement sur la problématique de l'absentéisme, y apporte un éclairage particulièrement intéressant. Ce travail de recherche a notamment mis en évidence le fait que les arrêts de travail suite à des violences constituent un risque plus important pour les professionnels de santé (2,2%) que pour l'ensemble des salariés du régime général (1,2%). Se fondant sur un malaise des personnels soignants face à ce problème, objectivé statistiquement, le ministère a élaboré un plan de prévention et d'accompagnement des situations de violence financé à hauteur de 110,39 MF par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Cela s'est d'ailleurs traduit, conformément aux recommandations de ce rapport, par la mise en place d'un « Observatoire des violences » au CHCB, dans le souci de mieux connaître les situations à risques et de mieux accompagner les victimes, et par des formations spécifiques sur ce thème pour le personnel des urgences et d'autres services particulièrement exposés. L'effort budgétaire consenti par la Direction du CHCB à ce titre est considérable et a permis à un nombre de bénéficier de cette formation. Cet exemple témoigne de l'importance de la connaissance d'un phénomène, comme préalable à l'action ou plus exactement à une action déterminée, consciente d'un enjeu appréhendé dans sa réalité.

Le second moteur de l'action dans le monde hospitalier a été le suivi statistique des absences dans les établissements. Il ne s'agit pas là d'une étude du phénomène par les

établissements mais de l'observation d'une évolution à la hausse du nombre d'absences. Pour nombre d'établissements la connaissance de l'absentéisme se résume aux données chiffrées obligatoires dans le cadre des bilans sociaux. Or, la remontée des bilans sociaux réalisée par PLANISTAT EUROPE témoigne d'une évolution invitant à l'action<sup>12</sup>. En effet, les motifs médicaux entraînent environ 20 jours d'absence en moyenne par agent (19,4j en 2001). Après une baisse entre 1991 et 1994, ce chiffre est en augmentation régulière depuis 1996 et atteint un pic en 2000 (date de la dernière remontée des bilans sociaux). L'autre élément significatif qu'apportent ces données chiffrées brutes est l'augmentation marquée du nombre de jours d'absences pour la catégorie des personnels soignants (infirmiers, aides soignants) : 2 jours de plus d'absence en moyenne par agent entre les données de 1999 et celles de 2000.

Cette approche quantitative a donc été déterminante dans la décision prise par de nombreux établissements de santé français de prendre des mesures pour freiner un phénomène à la fois coûteux humainement et financièrement.

L'autre facteur qui pousse sans doute les directeurs d'hôpital français à chercher à prévenir l'absentéisme est sans doute d'ordre également « culturel », lié à l'évolution de la pensée managériale hospitalière. Celle-ci est, en effet de plus en plus empreinte d'un souci de prévention des risques. L'Association Française des Gestionnaires de Risques Sanitaires (AFGRIS) a ainsi tenu, en octobre 2002, son premier congrès consacré au thème : « la gestion des risques : un levier stratégique ». Mme. PODEUR, Directrice de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne intervenant sur la problématique : « qu'est ce que le risque hospitalier ? » y reprit la définition donnée par M. DURIEUX : « les risques sont les évènements susceptibles d'aboutir à une rupture dans la continuité des soins, avec une dégradation plus ou moins importante de la qualité des soins ». Partant de cette définition, elle tira la conclusion que prévenir l'absentéisme devait entrer dans le champ du management du risque. Cette analyse si elle n'est pas forcément mise en pratique consciemment par les acteurs de terrain, peut permettre d'expliquer des attitudes plus soucieuses de prise en compte de la question de l'absentéisme. Au nom de cette culture de prévention du risque, des risques, l'on peut penser que les actions de lutte contre l'absentéisme se développeront davantage encore à l'avenir.

---

<sup>12</sup> PLANISTAT EUROPE. *Remontées du bilan social 2000*. Chapitre 4, Les absences, pp. 55-66.

## **1.4 DES MOTIVATIONS PROPRES À CHAQUE STRUCTURE HOSPITALIÈRE**

Si les approches en terme de pays, de secteur d'activités peuvent permettre de cerner un contexte et/ou des tendances dans l'approche de la question de l'absentéisme, dans la détermination ou non à agir, l'analyse montre que les motivations à agir sont très fortement ancrées localement. On constate en effet, que s'agissant des structures hospitalières les ressorts de l'action, les facteurs conduisant à une prise de décision sont très largement spécifiques à chacune d'entre elles.

### **1.4.1 Firminy, Lourdes : deux centres hospitaliers actifs avec leurs motivations propres.**

Ainsi tout d'abord, au Centre Hospitalier de Firminy (CHF), la décision de s'attaquer à l'absentéisme est née d'un travail de recherche conduit pour cet établissement par la SOFCAH. Il s'agit d'un organisme auquel le CHF a confié la gestion du risque accident du travail depuis 1987. Or, en 1994, cette société est venue alarmer l'établissement sur sa situation dans un bilan statistique très détaillé qu'elle réalise annuellement pour le CHF. Ce bilan témoignait, en effet, d'une nette aggravation de ce risque d'accident du travail en 1994. Pour le taux de fréquence de ces accidents le CHF avait un niveau deux fois plus élevé que celui des autres établissements assurés par la SOFCAH et pour le taux de gravité ce niveau était trois fois plus élevé. L'établissement a ainsi pu se situer par rapport à un ensemble représentatif au plan national. En outre, l'étude analysait en détail la répartition des accidents par tranches d'âge, par cause, par nature et par siège des lésions. Ce cas particulier démontre, comme nous le soulignons précédemment, l'importance de l'objectivation, de la connaissance quantitative et qualitative d'un problème dans la prise en compte de celui-ci par les responsables concernés.

Par delà ce coup de projecteur sur une situation dégradée du CHF d'autres facteurs ont fortement favorisé ou rendu incontournable l'élaboration d'un plan d'action. Se fondant sur ce bilan statistique détaillé, la SOFCAH brandit à la fin de l'année 1994 la menace d'une résiliation définitive du contrat la liant au CHF, contrat dont les conditions et le taux de cotisation avaient d'ores et déjà suivi la dégradation progressive de la situation au cours des années précédentes. Cette menace s'accompagnait, en outre, d'exigences quant à la mise en place d'une politique de prévention, condition sine qua non de la pérennité de l'engagement.

Un changement intervenu dans la composition de l'équipe de direction a, par ailleurs, facilité une approche, un regard nouveau sur ce problème de l'absentéisme pour cause d'accidents du travail au niveau du CHF.

Enfin le dernier moteur de l'action plus classique celui-là, fut la situation des dépenses de personnel fortement dégradée qui incitait fortement la direction des ressources humaines à chercher des solutions pour rétablir l'équilibre. Tout ces facteurs ont concouru à la forte mobilisation du directeur du Centre Hospitalier de Firminy, sur cette problématique.

Au Centre Hospitalier de Lourdes ce sont des signaux d'alarmes internes qui ont conduit à une mobilisation sur ce thème. Ainsi dans le département Gériatrie de l'hôpital on constate, au premier semestre 1996, une forte augmentation de l'absentéisme lequel engendre de grandes perturbations. L'organisation du travail au quotidien se dégrade, de même que le fonctionnement des services d'une manière globale, la vie personnelle des agents (modifications permanentes des plannings, rappels des agents sur leurs repos hebdomadaires) ou encore le climat social au sein des équipes.

Pourtant dans un premier temps cette dégradation ne trouve aucune forme d'expression. Le sujet reste, en effet, bien souvent tabou pour les acteurs concernés : direction, organisations syndicales, encadrement, personnel. Cela tient en grande partie au fait que cette question de l'absentéisme mobilise chez les intéressés des stéréotypes fortement négatifs. Les pensées se focalisent généralement sur des solutions dont chacun est persuadé de la pertinence alors même qu'aucun diagnostic n'a été posé. Mais, la prise de conscience de la nécessité de sortir de cette situation, par delà les a priori négatifs sur la responsabilité de chacun dans cet état de fait, a finalement émergé.

Trois rapports alarmistes produits, en interne cette fois, ont conduit la direction à réagir. Le premier fut le fait des représentants du personnel lesquels demandèrent la réalisation d'une étude par un organisme extérieur et plus précisément l'élaboration d'un contrat local d'amélioration des conditions et des relations de travail (CLACRT) en partenariat avec la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) –modalité d'action sur laquelle nous reviendrons plus en détail–. Cette demande constructive, fut renforcée et appuyée par la remise à la direction d'un rapport de la médecine du travail tout aussi alarmant sur les conditions de travail en gériatrie. Enfin, la surveillante chef du département de gériatrie vint couronner cet édifice d'alarme interne en présentant également à la direction un rapport sur les difficultés de fonctionnement du département liées à l'absentéisme. La Direction du Centre Hospitalier de Lourdes (CHL) a ainsi cherché à répondre à la problématique de l'augmentation de l'absentéisme en son sein suite à la remise de trois rapports internes la pressant d'agir dans ce sens. Cette prise de conscience et cette volonté de voir le problème attaqué par delà les divergences d'appréciation constituait donc un terreau fertile et favorable à l'action au CHL. Un tel terreau et contexte sont assez rares, tant cette question de l'absentéisme est porteuse de

sens et d'interprétations contrastées lorsqu'elles ne sont pas diamétralement opposées. L'urgence à agir aura sans doute, dans le cas d'espèce, débloqué une propension forte à l'inertie.

#### **1.4.2 Pourquoi s'être décidé à lutter contre l'absentéisme au Centre Hospitalier de la Côte Basque ?**

S'agissant du Centre Hospitalier de la Côte Basque, ma première surprise lorsque je me suis intéressé aux motivations de ce choix a été de constater que la réalité de l'absentéisme en chiffres bruts était en dessous de la moyenne nationale. Ainsi le nombre de jours d'absence pour motifs médicaux (maladie + CLM + CLD + accident du travail + maladie professionnel + maternité) rapporté à l'effectif de l'établissement était de 16 jours en moyenne par agent en 1999 et 16,3 jours en 2000 contre une moyenne nationale pour les établissements ayant entre 1000 et 2999 agents de respectivement 18,9 en 1999 et 20,5 en 2000. On peut néanmoins apporter un léger bémol à ce constat plutôt positif puisqu'en 2001 (année pour laquelle nous ne disposons pas encore de la remontée des bilans sociaux) on constate une nette hausse de ce nombre de jours d'absence par agent. Celui-ci a augmenté entre 2000 et 2001 de 2 jours en passant de 16,3 à 18,4 au niveau de l'établissement. Indépendamment de toute approche comparative une telle progression pouvait inviter à l'action.

Cependant M. PIQUEMAL, Directeur du CHCB, explique les motivations qui ont été les siennes dans son approche de la question. Si cette dégradation de la situation n'y a pas été complètement étrangère, d'autres facteurs expliquent beaucoup plus largement sa volonté de conduire une action déterminée en la matière. En 2001 fut confié au directeur des ressources humaines, un travail de réflexion sur l'organisation de l'hôpital avec l'ensemble des équipes de l'hôpital dans la perspective du passage aux 35h. Parmi les divers problèmes évoqués lors de ces travaux, la question de la gestion des absences, ou plus précisément de l'absence de procédures daires de gestion de ces absences fut posée de façon récurrente. Une logique de remplacement, de réponse aux demandes de remplacements assez désordonnée était dénoncée. Elle le fut autant sur le plan quantitatif, alors même que le nombre des mensualités de remplacement a connu une augmentation exponentielle, que sur un plan qualitatif, à savoir l'adaptation des remplaçants aux fonctions occupées. L'absence de suivi des contractuels chargés de ces remplacements fut notamment pointée : embauchés en nombre leurs entrées et sorties ne faisaient pas l'objet d'un suivi strict. L'absence de « tableau des emplois permanents » actualisé rendait ce travail de suivi de l'allocation des moyens humains d'autant plus difficile. Certains remplaçants sont comptabilisés en contractuels temporaires ou en

contractuels sur emploi permanents en fonction de la qualification de l'absence de l'agent remplacé. Le suivi précis des mensualités de remplacement allouées s'en est trouvé très complexe à établir, celles-ci étant ventilées dans des comptes différents. C'est donc une attente forte de correction des déficiences dans la gestion des absences tant au niveau de la direction des ressources humaines que de la direction des soins qui fut exprimée. Les différents entretiens avec les représentants du personnel et quelques membres de l'encadrement infirmier sont assez révélateurs du caractère déterminant de ces problèmes de gestion des absences dans l'émergence de la question de l'absentéisme comme problématique importante au CHCB. Ainsi, au cours de ces entretiens qui devaient porter sur « la prévention et la gestion de l'absentéisme », nombreux furent ceux et celles qui spontanément axèrent l'essentiel de leur propos sur le volet gestion des remplacements. Parler d'absentéisme au CHCB revient donc pour beaucoup à s'interroger de manière quasi-exclusive sur les modalités de gestion des remplacements.

S'ajoutant à ces critiques, et malgré les difficultés à suivre l'évolution et l'affectation des dépenses de remplacement, les dépassements réguliers des objectifs de dépenses de personnel ne manquèrent pas également de sensibiliser la direction de l'établissement à ce problème. Le coût de ces absences est très difficile à chiffrer. Le bilan social ne reprend que le montant des salaires et charges versées pour les motifs suivants : maladie, longue maladie, accident du travail et maladie professionnelle. Quid des mensualités de remplacements ? Les coûts directs et indirects liés à l'absentéisme sont particulièrement difficile à estimer : faut-il privilégier le coût des agents malades ou celui des remplaçants, l'un pouvant être source d'économie paradoxalement ! comment apprécier les coûts liés à une absence de remplacement ? Le coût des absences figurant au bilan social pour imparfait qu'il soit, permet d'éclairer certains dérapages. Ainsi lorsque l'on divise ce « coût total » par l'effectif annuel exprimé en équivalent temps plein (ETP), l'on peut entrevoir l'évolution du coût de ces absences rapporté à un équivalent temps plein. Or, par ce simple calcul l'on constate que l'on est passé d'une charge de 600 euros par ETP en 1999 à 680 euros en 2001 et une augmentation plus significative encore en 2002 : 824 euros par ETP. Une telle augmentation de la charge financière liée à l'absentéisme, même partiellement évaluée ne pouvait qu'inciter à réagir.

Toutefois, à ce prisme de lecture est venu s'ajouter un second : la réduction du temps de travail. Cette réforme invitait en effet à une réflexion sur l'organisation. Il s'agissait selon la direction du CHCB d'une « opportunité unique de mettre à nu l'organisation des activités pour voir où et comment gagner du temps en s'organisant mieux ». Cette réforme fut aussi l'occasion de pointer le doigt sur la fragilité des effectifs hospitaliers que risquait d'accroître la RTT si des marges, des gains d'efficacité n'étaient pas trouvés par ailleurs.

Or, au nombre de ces marges figurait notamment et en bonne place la résorption de l'absentéisme. Ce n'est d'ailleurs pas complètement anodin de constater que c'est lors d'un Comité Technique d'Établissement (CTE) en avril 2002, dont l'objet portait essentiellement sur la négociation de la RTT au CHCB, que fut annoncée la décision du directeur de faire réaliser un audit sur les causes de l'absentéisme propres au CHCB.

Par ailleurs, en juillet de la même année, le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a confié à M. PIQUEMAL la présidence de la Mission Nationale d'Évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé, laquelle a rendu ses conclusions le 7 novembre 2002. Or, cette mission a été l'occasion de mieux cerner l'état de malaise du personnel soignant suite à la mise en place de la RTT<sup>13</sup>. Le rapport pointe ainsi que :

« Les tensions à l'intérieur des équipes se sont accrues avec la diminution des temps de chevauchements, même lorsque ceux-ci ont été remplacés par les transmissions ciblées. La diminution des temps de rencontre entre les membres de l'équipe réduit la communication au strict passage des informations concernant les malades. Certains services multiplient le nombre de réunions sur un temps plus court. Dans ces conditions, les rapports mettent en évidence pour la majorité des établissements l'expression d'un sentiment de sur-densification des soins, les mêmes soins étant réalisés en un temps plus court. Simultanément un sentiment de diminution de leur qualité s'exprime alors même qu'un travail en vue de l'accréditation est en cours. Ces thématiques représentent pour les soignants des « valeurs fortes » dont la dégradation a un impact fort sur leur propre reconnaissance professionnelle. »

Ce malaise déjà exprimé au niveau du CHCB par la section locale de la Confédération Générales du Travail (CGT), syndicat majoritaire non signataire de l'accord sur les 35 heures, semble donc être ressorti d'une majorité des entretiens avec le personnel non-médical réalisés dans le cadre de cette étude. Cela a sans nul doute conforté la volonté de la Direction de porter une attention toute particulière à l'absentéisme et à ses évolutions au CHCB. De tels constats, dont celui assez paradoxal d'une fatigue ressentie par le personnel soignant plus forte après la réduction du temps de travail, pouvaient laisser craindre en effet, que le taux d'absentéisme des personnels soignants ne s'aggrave malgré une réforme qui prétend à l'amélioration des conditions de travail. Or, pour nombre d'établissements juguler ou du moins maîtriser cet absentéisme constitue un passage obligé pour rendre viable la mise en place de leurs accords de RTT.

---

<sup>13</sup> PIQUEMAL A. *Rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé* [en ligne]. Paris : La Documentation Française, novembre 2002 [visité le 05.09.03]. Disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/024000571.shtml>

Enfin, à ces éléments qui ont été porteurs des réflexions conduites au Centre Hospitalier de la Côte Basque sur le thème de l'absentéisme, s'est ajouté un autre facteur qui s'il n'a pas été moteur constitue un paramètre stimulant de la poursuite de cette action. Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine, a en effet exprimé la volonté que des réflexions prospectives soient engagées sur «l'emploi hospitalier en Aquitaine ». C'est dans ce cadre qu'a été mis en place un groupe de travail régional sur l'absentéisme en mars 2004. Sa composition a été définie après consultation des fédérations représentatives des établissements hospitaliers sous dotation globale (Union Hospitalière du Sud Ouest et FEHAP). Les membres représentants les établissements sont soit directeurs d'établissements, directeurs des ressources humaines ou directeurs des soins. Le groupe de travail ainsi mis en place s'est fixé trois objectifs :

- Mesurer l'évolution de l'absentéisme sur la période 1999-2002,
- Comprendre les causes de cette évolution,
- Rechercher les leviers de maîtrise ou de frein de l'absentéisme.

Si ces objectifs affichés sont pour le moins ambitieux, le but premier est de contribuer à impulser une politique régionale de lutte contre l'absentéisme. Cette étude devrait en effet favoriser les approches comparatives entre établissements aquitains et permettre à chaque établissement de se situer au moins quant au niveau global de son absentéisme. La participation à la réalisation de cette étude a d'ailleurs permis de comparer les écarts observés ou non entre le CH de Dax et le CHCB, établissements de dimension semblable, mais également de poursuivre plus en détail l'analyse en choisissant des indicateurs communs et en cherchant à mieux connaître les leviers d'actions utilisés dans chacun des établissements.

Il ne s'agit pas de comparer dans une optique de « palmarès hospitalier » mais plutôt de chercher ainsi à comprendre pourquoi tel ou tel établissement affiche un absentéisme inférieur à la moyenne, ceci contribuant au partage d'expériences réussies dans certains établissements. La solution d'un établissement ne correspondra certes que rarement à la spécificité d'un autre. L'enjeu est surtout de créer un véritable « brainstorming », une boîte à idée à l'échelle de la région en repérant des techniques innovantes. Le groupe de travail s'est montré particulièrement attaché à cet aspect de la démarche.

Cet intérêt porté à la question de l'absentéisme semble donc apporter quelques gages de pérennité aux réflexions et travaux déjà engagés au CHCB.

Pourquoi agir ? Á cette question, fil conducteur de ces premiers développements, une réponse plus nuancée que la seule référence à un impératif d'efficacité, une rationalité purement économique, semble devoir s'imposer. Mais passant de l'interrogation sur les fondements à un questionnement sur les modalités de l'action, l'on se confronte là encore à une réalité complexe, tant du point de vue de l'élaboration « d'un diagnostic objectif » que du point de vue du choix des leviers d'action prioritaires.

## **2 QUELLE(S) ACTION(S) CONDUIRE ?**

### **2.1 DIFFICULTÉS DU « DIAGNOSTIC OBJECTIF » :**

#### **2.1.1 Deux options possibles, le diagnostic interne ou externe : forces et faiblesses,**

Deux approches sont, en effet, possibles en terme d'analyse de la situation d'un établissement au regard de l'absentéisme. Soit celui-ci opte pour une étude en interne soit il recourt à un prestataire extérieur pour auditer la situation. Chacune de ces options comporte des éléments de force et de faiblesse qu'il importe de cerner.

S'agissant, tout d'abord de l'analyse interne, le Centre Hospitalier de Perpignan en donne une excellente illustration. En effet, a été constitué en son sein un groupe projet « absentéisme » composé du directeur des ressources humaines, du responsable de la base de données « absentéisme » de la DRH, de la médecine du travail, de membres de l'encadrement et de représentants du personnel. L'objectif de ce groupe déterminé lors d'une première réunion de travail était de conduire le diagnostic de l'absentéisme pour réfléchir ensuite à des pistes d'actions, des mesures coercitives susceptibles d'être mises en œuvre au vu des enseignements tirés des données recueillies. L'intérêt de constituer un tel groupe d'étude en interne est multiple. Tout d'abord, il permet par une bonne connaissance de la situation ressentie par les acteurs de terrain, une connaissance également des données statistiques disponibles et des recherches complémentaires réalisables par les services de la DRH, de décider ensemble des champs d'investigation possibles et opportuns ; ceci afin de mieux connaître in fine la situation réelle de l'absentéisme dans l'établissement. Ainsi ce groupe a ciblé la population dont il a jugé pertinent d'étudier les comportements au regard de l'absentéisme et il a également choisi les motifs d'absence à analyser plus en détail (dans le cas d'espèce ont ainsi été retenus notamment les absences autorisées pour garde d'enfants et les congés de maternité (et repos pré et post grossesse y afférant)) de même que la période sur laquelle il était possible et utile de réaliser l'étude. L'intérêt d'une telle démarche n'est pas mince. En effet, elle fait porter un regard croisé par les différents acteurs impliqués. La confrontation de ces approches nécessairement différentes permet de déboucher sur un diagnostic d'une part réalisable par les services compétents et surtout partagé par tous, le choix des axes d'étude étant réalisé de manière collégiale.

En outre, cette étude réalisée en interne constitue un gage de meilleure appropriation des résultats observés et analysés par les « enquêteurs » internes et partant de là d'une plus forte incitation à agir, « ces enquêteurs » ayant vocation par la suite à mettre en œuvre les politiques de lutte contre l'absentéisme.

Pour autant, un tel dispositif d'élaboration interne du diagnostic n'est pas forcément aisément transposable ailleurs. L'une des principales raisons du recours à des procédés d'audit externes réside, en effet, dans la lourdeur des stéréotypes en la matière et le renvoi de chacun vers la responsabilité de l'autre. Le regard extérieur peut ainsi offrir une médiation, un espace d'analyse perçu comme neutre. Pour autant l'appel à des structures d'audit externes peut prendre des formes très variées.

Les contrats locaux d'amélioration des relations et conditions de travail (CLARCT) constituent un dispositif institutionnel invitant à un certain type de regard extérieur. Nombreux sont les établissements hospitaliers à y avoir eu également recours dont le CH de Lourdes précédemment évoqué. La spécificité de cette démarche est la suivante : il s'agit d'une demande de CLARCT déposée à la tutelle (ARH) ; si cette demande est retenue, il appartient à l'établissement de constituer en interne un comité de pilotage chargé d'élaborer un pré diagnostic avec les conseils extérieurs d'experts mis à disposition par les autorités de tutelle. L'objectif est ainsi de recourir à un organisme extérieur après avoir établi un cahier des charges précis afin de parvenir à un diagnostic plus approfondi en vue d'établir les priorités d'action.

Sans minimiser l'intérêt de telles démarches, elles semblent porteuses de deux risques importants de dérives. L'on peut craindre en effet que le recours à une intervention extérieure, même s'il apporte une forme de médiation, ne conduise également à un désinvestissement de la part des acteurs internes sur les enjeux de la lutte contre l'absentéisme, l'attente de solutions livrées « clefs en main » et donc forcément plus difficile à intégrer, s'approprier et mettre en œuvre.

Soucieux d'éviter cet écueil, le Directeur du CHCB en confiant la réalisation d'un audit à un organisme de conseil a surtout souhaité en faire un moyen d'expression médiatisé des cadres, du personnel, de ses représentants, de la DRH, la Direction des Soins, pour parvenir à ce diagnostic partagé. Il n'y avait aucune demande de formulation précise d'un plan d'action, même si des propositions ont pu être exprimées dans le cadre de cet audit. Mais si un tel souci d'éviter une ré appropriation difficile de propositions externes par les acteurs de terrain semble légitime, une telle démarche comporte en elle un autre risque. En effet, au cours d'entretiens réalisés avec les membres de l'équipe de Direction, les organisations syndicales de l'établissement, quelques membres de l'encadrement infirmier notamment, ces derniers ont exprimé quelques frustrations suite à cet audit. Si une large majorité des personnes interrogées se retrouvaient dans les constats formulés, nombreuses sont celles à avoir déploré l'absence de propositions précises et/ou

prioritaires d'actions à réaliser au CHCB. Il importe donc après une telle démarche de faire montre d'une particulière réactivité au risque de passer d'un sentiment de « diagnostic partagé » à celui d'un « diagnostic resté lettre morte ».

Mais une fois les modalités de réalisation du diagnostic déterminées au vu de la situation de l'établissement et des atouts et points de faiblesse de chaque méthode d'audit, se pose la question du contenu de cet audit. Sur quoi doit-il reposer ? Si les voies du « tout statistique » ou du « tout ressenti » semblent prévaloir, la nécessité d'une approche médiane apparaît s'imposer.

### **2.1.2 Les vertus d'objectivation des études « statistiques » en question**

Le recours aux études statistiques est volontiers paré a priori de toutes les vertus d'objectivité. Or, de facto ce recours à l'analyse statistique n'est pas exempt de biais et de forte imprégnation subjective.

Tout d'abord, le relevé des données chiffrées peut conduire, par exemple, à une surestimation de l'absentéisme. Lors d'un entretien avec le directeur des ressources humaines de l'hôpital Pellegrin (CHU de Bordeaux), ce dernier expliquait ainsi que l'introduction d'un nouveau logiciel de gestion du temps de travail (« GESTOR ») avait fait prendre conscience d'une forte surestimation des taux d'absentéisme antérieurement mesurés. Ce nouveau logiciel a en effet permis de faire des relevés statistiques en jours ouvrables et non plus en journées continues d'absence. Le taux d'absentéisme mesuré a ainsi été réévalué à la baisse de 30%, un agent travaillant en moyenne 4,7 jours sur une semaine. Cependant, si ces nouveaux logiciels permettent une connaissance plus exacte de la réalité, les données figurant au bilan social avaient déjà intégré ce risque de surestimation de l'absentéisme. Ainsi, la règle dite des « 5/7<sup>ème</sup> » s'applique : on divise le nombre de jours d'absence continus par 5/7<sup>ème</sup> pour s'approcher au plus près du nombre de journées de travail théoriques effectivement non réalisées. Cependant l'annualisation du temps de travail tend à rendre ce calcul encore plus fictif. Un agent absent sur 7 jours peut, par exemple, n'avoir sur ces jours d'absence que deux jours de travail programmés ! La diversité des types de plannings accroît ainsi les risques de biais dans une perspective d'approche comparée des statistiques entre établissements.

Les travaux du groupe régional aquitain pour la prévention de l'absentéisme (GRAPA) ont pointé le doigt sur d'autres biais possibles :

-des écarts d'appréciation de la notion « d'accidents de travail » selon les établissements,

-un nombre de jours d'absence par agent mesuré en faisant le ratio : nombre de journées d'absence sur effectif moyen physique pour les uns et nombre de journées d'absence sur effectif moyen ETP pour les autres.

-des répartitions différentes dans la classification du personnel entre « personnel soignant » et « personnel éducatif et social » qui rend toute étude par catégorie d'agent plus aléatoire.

-diversité dans la proportion des effectifs de titulaires et de contractuels (or de nombreux travaux de recherches montrent des écarts de comportements en matière d'absentéisme). Un même indicateur peut donc renvoyer à des réalités très sensiblement différentes alors même que le principal intérêt est de modéliser pour rendre comparable.

Deuxième limite de ces indicateurs statistiques, leur choix loin de s'inscrire dans une totale rationalité, renvoie à des postulats subjectifs quant aux facteurs d'absentéisme.

Ainsi, considérer un indicateur comme pertinent renvoie nécessairement à une perception « a priori » de la situation à étudier. Lors des travaux du GRAPA, les débats ne manquèrent pas sur le fait de retenir ou non la taille de l'établissement comme variable de comparaison. De même l'évolution des absences pour maternité fut conservée comme indicateur alors même que le GRAPA jugeait, sans doute avec raison, son évolution comme incompressible, c'est-à-dire sans leviers d'action possibles pour les hôpitaux. Pourquoi l'avoir donc conservé ? Au nom d'une analyse qui échappe assez largement à la rationalité. Le souci de ne pas avoir une approche en terme de « bon et de mauvais absentéisme ». Les statistiques sur les congés longue maladie ayant été jugées dignes d'intérêt alors même que ces absences étaient, par ailleurs, considérés comme incompressibles par la majorité des membres du groupe (ce qui est beaucoup plus discutable), le groupe ne voulait pas que l'on traite les absences « incompressibles » différemment. D'un côté les mauvaises absences suivies statistiquement, avec des effets de culpabilisation potentiellement induits, de l'autre les absences légitimes. De même au cours de la réflexion interne au CHCB sur la réactualisation des tableaux de bord de suivi de l'absentéisme s'est posée la question de savoir s'il était plus opportun de comparer les services par secteurs d'activité (chirurgie, services techniques, médecine...) ou par secteurs relevant d'un même encadrement. En d'autres termes la question de fond qui était ainsi posé était la suivante : le type de management est-il plus ou moins déterminant que le secteur d'activité dans l'évolution de l'absentéisme ? Souvent encadrements et secteurs d'activité se recoupent mais quid des cas marginaux ? Selon le DRH de l'hôpital Pellegrin les statistiques de suivi de l'absentéisme y montreraient une forte sensibilité de l'absentéisme aux modifications de l'encadrement. Il ne s'agit pas de rentrer ici dans ce débat mais de montrer que le choix d'un indicateur n'est jamais neutre. Ne pas retenir un indicateur c'est s'enlever un élément de vérification d'un postulat préalable.

Enfin, dernier élément incitant à relativiser cet a priori d'objectivité statistique : les données statistiques appellent in fine à l'interprétation. Une même donnée statistique peut conduire à des analyses contrastées. Les statistiques de 2002 ont ainsi été largement interprétées au prisme du passage aux 35 heures. Dans la plupart des établissements aquitains l'on a observé une légère baisse du nombre de jours d'absence par agent (ETP). Au CHCB ce nombre est passé de 18,4 à 17,2 jours. Faut-il y voir un effet 35 heures ou non ? S'agit-il d'un effet temporaire lié à une modification du comportement des agents pour faire face au manque d'effectifs lié au passage progressif à la RTT ? S'agit-il d'un changement de long terme qui tiendrait à une amélioration ressentie des conditions de travail avec les 35h ? Le lien entre le facteur supposé influant et les évolutions statistiques est souvent difficile à établir. Il importe d'ailleurs de souligner la nécessité pour mieux appréhender ces liens éventuels, de faire porter l'analyse sur des indicateurs moins agrégés que celui précédemment évoqué par exemple.

Ces précautions d'emploi et de valorisation des statistiques rappelées, si les statistiques ne sont pas nécessairement porteuses d'une « vérité révélée » elles peuvent néanmoins permettre d'affiner le diagnostic en confirmant ou non les hypothèses et postulats qui les sous-tendent comme le montrent les données du CHCB.

### **2.1.3 Le CHCB en quelques chiffres parlants,**

#### **A) Les grandes tendances observées<sup>14</sup>**

Les différents motifs d'absence listés au bilan social sont les suivants par ordre d'importance en 2002 : la maladie ordinaire, les arrêts longue maladie et longue durée, la formation, la maternité, les accidents du travail, les absences syndicales, les absences autorisées et les maladies professionnelles. La maladie ordinaire représente de façon assez stable 40% des motifs d'absence, stabilité partagée par la longue maladie à 20%. En revanche la maternité est descendue du 3<sup>ème</sup> au 4<sup>ème</sup> rang des motifs d'absence en passant entre 1999 et 2002 de 14,5 à 10,5% tandis que les absences pour formation ont progressé de 2% passant du 4<sup>ème</sup> au 3<sup>ème</sup> rang des motifs avec 15 % des motifs d'absence. C'est le cinquième motif : les accidents du travail qui a connu l'évolution la plus inquiétante : sa part dans les motifs d'absence a doublé en quatre ans passant de 4 à 8%. Additionné au motif « maladie professionnelle » l'on atteint un niveau quasiment équivalent à celui des absences pour cause de maternité.

---

<sup>14</sup> tableaux détaillés entre 1999 et 2002 par filière et par motifs médicaux joints en annexe

Si l'on s'intéresse plus particulièrement aux motifs médicaux retenus pour l'étude GRAPA (maladie ordinaire, CLM, CLD, maladie professionnelle, accident du travail, accident de trajet, maternité, soit 80% du total des motifs d'absence) l'on constate une augmentation globale du nombre de jours d'absence par agent (ETP) lequel est passé de 15,9 en 1999 à 17,2 en 2002 (léger fléchissement par rapport à 2001 : 18,4, dont l'explication par un possible effet 35 heures demande à être analysée sur plus long terme). Le nombre de jours d'absence par agent absent a également augmenté de façon continue en quatre ans passant de 24 à 29 jours. C'est au niveau des accidents du travail que cette hausse est la plus spectaculaire : le nombre de jours d'absence rapporté à l'effectif a triplé en quatre ans et le nombre de jours par agent absent a plus que doublé. Ceci indique donc une augmentation du nombre d'agents concernés et que les agents concernés le sont soit de manière plus fréquente soit avec des indices de gravité plus importants puisque le nombre de jours d'absence par agent absent est plus élevé. On observe, en revanche, que trois des motifs d'absence listés ont connu une baisse en terme de jours d'absence rapportés à l'effectif et au nombre d'agents absents : les accidents de trajet, les maladies professionnelles et la maternité.

L'analyse par filière (administrative, soignante, médico technique, technique/logistique) montre quant à elle deux tendances très distinctes avec d'un côté la filière soignante pour laquelle le nombre de jours d'absence par agent et par agent absent n'a cessé de croître passant respectivement de 20j à 23j et de 23,9 à 29,5j, et de l'autre côté les trois autres filières qui ont connu une baisse de ces ratios.

a) *Contractuels versus titulaires ?*

Une réflexion ironique constatant que « la titularisation rend malade » incite à vérifier par ailleurs, s'il y a des écarts importants entre la proportion de titulaires et de contractuels dans les effectifs et le pourcentage d'absence de chaque catégorie.

**Part des titulaires et contractuels dans les effectifs et dans le nombre des absences**

	1999		2000		2001		2002	
	%effectif	%absence	%effectif	%absence	%effectif	%absence	%effectif	%absence
contractuels	7,7	5	8,9	6,5	8	5,5	10	6,3
titulaires	93,3	95	91,1	93,5	92	94,5	90	92,7

S'il y a certes un écart, celui-ci est relatif. Quant au « relâchement statutaire » qui sous tendait la réflexion ironique précédemment citée, il peut, peut être, trouver à s'expliquer par des conditions de travail particulièrement précaires et exigeantes à l'endroit des contractuels qui conduiraient à cet effet boomerang post titularisation.

*b) Les absences pour maladie ordinaire :*

Le poids lourd que constitue les absences pour maladie ordinaire dans l'ensemble des absences répertoriées au bilan social (40%) doit conduire également à une analyse plus approfondie<sup>15</sup>.

Au niveau de l'établissement on constate qu'entre 1999 et 2002, la part de l'effectif concernée par ces absences a baissé de 2,5%, que la durée moyenne des absences pour ce motif s'est rallongée de 1,6 jours tandis que la fréquence des absences parmi les agents absents a légèrement baissé. L'analyse par filière montre des évolutions tendancielle semblables mais sur des données de base sensiblement différentes. La filière administrative affiche ainsi une part de son effectif concernée de 5% inférieure à la moyenne de l'établissement de même que des absences de 3 jours inférieures à la moyenne. La filière soignante constituant une large majorité de l'effectif son comportement est très proche de la moyenne de l'établissement à l'exception de la durée des absences qui est en moyenne d'un jour plus élevée que la moyenne. Les statistiques les plus favorables en terme d'absentéisme sont celles de la filière médicotechnique puisque la fréquence des absences parmi les agents absents (ou coefficient de « récurrence ») est moindre que la moyenne de l'établissement, alors même que la proportion de l'effectif absente est de 5,5% inférieure à celle du CHCB pour des absences de plus courte durée (4 jours de moins que la moyenne). Enfin, la filière technique et logistique se caractérise par une plus forte proportion de l'effectif concernée (jusqu'à 7% de plus que la moyenne en 2001), une fréquence plus élevée des absences et des durées d'absences inférieures à la moyenne. Cependant 2002 montre un rapprochement des comportements d'absence de cette filière par rapport à la moyenne : baisse de l'effectif concerné, absences plus longues et moins répétées.

---

<sup>15</sup> voir tableau page suivante

## Analyse des absences pour maladie ordinaire : évolution par filière

		1999	2000	2001	2002
<b>CHCB</b>	<b>Nombre de jours /effectif physique au 31/12</b>	<b>7,6</b>	<b>8,4</b>	<b>9,2</b>	<b>8,1</b>
	<b>Nombre de jours / agent absent</b>	<b>15,9</b>	<b>17,5</b>	<b>19,2</b>	<b>17,8</b>
	<b>Nombre de jours / absence</b>	<b>9,2</b>	<b>9,9</b>	<b>10,6</b>	<b>10,8</b>
	<b>%age de l'effectif concerné</b>	<b>48</b>	<b>47,9</b>	<b>47,8</b>	<b>45,5</b>
	<b>Fréquence des absences / agent absent</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>
Services Administratifs	Nombre de jours /effectif physique au 31/12	7,5	5,6	5,2	4,4
	Nombre de jours / agent absent	17,9	13,1	14	10,9
	Nombre de jours / absence	10,2	7,8	8,1	7,3
	%age de l'effectif concerné	42	42,6	36,9	40,3
	Fréquence des absences / agent absent	1,8	1,7	1,7	1,5
<b>Services de Soins</b>	<b>Nombre de jours /effectif physique au 31/12</b>	<b>7,8</b>	<b>9,1</b>	<b>10,2</b>	<b>8,9</b>
	<b>Nombre de jours / agent absent</b>	<b>16,4</b>	<b>19,1</b>	<b>21,2</b>	<b>19,4</b>
	<b>Nombre de jours / absence</b>	<b>9,5</b>	<b>10,8</b>	<b>12</b>	<b>11,6</b>
	<b>%age de l'effectif concerné</b>	<b>47,7</b>	<b>47,8</b>	<b>48,2</b>	<b>45,6</b>
	<b>Fréquence des absences / agent absent</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>
Services Médico techniques	Nombre de jours /effectif physique au 31/12	4,2	6,9	4,4	4,3
	Nombre de jours / agent absent	9,6	13,3	8,8	10,6
	Nombre de jours / absence	6,2	9,1	5,9	7
	%age de l'effectif concerné	43,4	51,9	50	40,7
	Fréquence des absences / absent	1,5	1,5	1,5	1,5
<b>Services Techniques/ logistiques</b>	<b>Nombre de jours /effectif physique au 31/12</b>	<b>7,6</b>	<b>6,4</b>	<b>7,6</b>	<b>7,6</b>
	<b>Nombre de jours / agent absent</b>	<b>13,4</b>	<b>12,4</b>	<b>13,9</b>	<b>14,9</b>
	<b>Nombre de jours / absence</b>	<b>7,3</b>	<b>6,1</b>	<b>6,1</b>	<b>9,3</b>
	<b>%age de l'effectif concerné</b>	<b>57</b>	<b>51,8</b>	<b>54,8</b>	<b>51,2</b>
	<b>Fréquence des absences / agent absent</b>	<b>1,8</b>	<b>2</b>	<b>2,3</b>	<b>1,6</b>

**Nombre d'absences pour maladie ordinaire par centre de responsabilité et/ou secteur d'activité pour les agents titulaires et contractuels permanents :**

secteur	responsable	Nbre d'absce/effectif physique
Gériatrie	Melle D. (Cadre Sup.)	0,91
Psy urgences et SAS	M. P. (CS)	0,89
Services techniques/logistiques	DSE	0,88
Psychiatrie	Mme P. (CS)	0,87
Soignants nuit	Cadres de Nuit	0,86
Médecine St Jean	Mme Z. (CS)	0,86
Radiologie	Mme D. (CS)	0,76
<b>CHCB</b>	<b>*****</b>	<b>0,74</b>
Pédiatrie et Urgences	Mme G. (CS)	0,73
Chirurgie	Mme Z2 (CS)	0,69
Pharmacie	M. L.	0,69
Médecine Bayonne	Mme M. (CS)	0,63
Bloc/anesthésie/hygiène	Mme M2 (CS)	0,62
Maternité	Mme P. (CS)	0,6
Laboratoire	Mme E. (CS)	0,6
Administration	DRH	0,53
Isotopes	Dr A.	0,4j/agent
Soins divers	Direction des soins	0,36
Kinésithérapie	Mme L. (CS)	0,33

Ces données quantitatives, pour partielles qu'elles soient permettent d'identifier cinq secteurs dans lesquels la fréquence des absences pour maladie ordinaire rapportée à l'effectif est assez sensiblement supérieure à la moyenne de l'établissement. Ces secteurs sont par ordre décroissant : la gériatrie, la psychiatrie, les services techniques, les services de médecine à St Jean de Luz, le personnel soignant de nuit.

L'ensemble de ces données chiffrées incitent a priori à chercher une explication et des solutions au comportement singulier des soignants dont l'absentéisme, tous motifs considérés, connaît une importante augmentation, d'une part. Il pousse également à réagir face à l'augmentation tendancielle du nombre de jours d'absence des agents absents d'autre part, mais aussi face à la hausse particulièrement accentuée des arrêts pour accident de travail. Il importe enfin d'explorer les causes des différences de comportement entre secteurs d'activité proches. Toutefois une approche comparée, sans exonérer d'une telle recherche de compréhension et de résolution des problèmes identifiés, doit permettre d'apprécier la singularité ou non du CHCB dans ces évolutions.

## B) Approches comparées :

### a) *Remontée des bilans sociaux*

Si l'on compare tout d'abord les données du CHCB en 1999 et 2000 aux données correspondantes de la remontée des bilans sociaux, l'on constate quelques différences significatives.

En ce qui concerne la répartition des jours d'absence par agent en fonction des motifs médicaux l'on observe que deux motifs pèsent plus lourd que la moyenne nationale à savoir la maladie ordinaire qui représente 55,3% de ces journées au CHCB contre 46,7% pour la moyenne des bilans sociaux et la maladie professionnelle (2,4% contre 1,3%). À l'inverse, la maternité pèse beaucoup moins avec 14,3% contre 19,2%.

L'observation de la répartition de ces journées par filière et par motif permet de constater également quelques écarts par rapport aux données relevées pour des établissements de taille comparable (entre 1000 et 2999 agents). Pour la filière administrative, le nombre de jours d'absence tous motifs médicaux confondus en 1999 et 2000 est inférieur à la moyenne nationale et suit une tendance inverse, à savoir une évolution à la baisse. La filière médicotechnique se caractérise, à l'inverse, par une évolution très voisine de l'évolution moyenne recensée. Pour la filière soignante, en revanche, le niveau est assez nettement inférieur à la moyenne 16,2j/agt en 1999 et 17,4j en 2000 contre respectivement 20 et 20,6j/agt au niveau national. Il en va de même pour la filière technique et logistique dont le niveau est encore plus nettement inférieur à la moyenne nationale avec une évolution à la baisse (à l'inverse des données nationales). Une analyse plus fouillée des données statistiques pour ces deux filières (soignante et technique/logistique) afin de mieux identifier cet écart met en évidence que c'est l'addition de données inférieures pour chacun des motifs médicaux qui explique ces écarts importants. Deux motifs sont toutefois plus nettement en décalage par rapport à la moyenne. Pour la filière soignante il s'agit de la maternité qui est un motif pour lequel le nombre de jours d'absence par agent est de deux jours inférieur à la moyenne ce qui est considérable. Pour la filière technique il en va de même pour le motif maladie ordinaire à hauteur de trois jours de moins par agent du CHCB par rapport à la moyenne des agents de la filière.

Cette approche comparative apparaît ainsi plutôt encourageante quant à la situation du CHCB sur le front de l'absentéisme au regard des données nationales.

Toutefois il peut sembler opportun, afin d'affiner l'étude de comparer le CHCB à un établissement situé dans un bassin de vie et de taille semblable.

b) *Comparaison avec le CH de Dax*

L'étude GRAPA en permettant une harmonisation des indicateurs utilisés facilite cette approche comparée, même si elle n'est encore possible qu'à un niveau agrégé. Le Centre Hospitalier de DAX situé à 40 km de Bayonne et dont la taille en terme d'effectif est voisine de celle du CHCB constitue une base de comparaison intéressante. On constate ainsi que le taux de présence du CHD par rapport au CHCB (nombre de journées de présence / nombre de jours théoriques travaillés) est supérieur de 0,5 à 2% entre 1999 et 2002 passant de 93,2 à 90,6% contre 91 et 90,2% au CHCB. Or, la moyenne en nombre de jours, par agent physique, d'absence au travail pour motif médical est toujours inférieure au CHCB ce qui implique que l'explication de cet écart est à rechercher dans les absences pour formation, activité syndicales et les absences autorisées.

Pour les motifs listés dans l'étude on observe qu'à l'inverse du CHCB, au CHD seule la filière médicotechnique connaît une baisse du nombre de jours d'absence rapporté à l'effectif. La hausse de l'absentéisme au CHD pour la filière technique/logistique est particulièrement marquée, de même que l'écart avec le CHCB : 24,1j/agent en 2002 contre 9,6 au CHCB. Pour la filière soignante (tous motifs listés considérés) les niveaux sont très voisins avec même une situation légèrement plus favorable au CHCB :

Filière soignante du :	1999	2002
CHCB	14,2j/agent absent	17,2j/agent absent
CHD	14,9j/agent absent	19,1j/agent absent

En revanche, cette comparaison est plus inquiétante pour le CHCB sur deux points. La hausse des arrêts pour accidents du travail au CHCB est plus importante et le nombre de jours d'arrêt pour ce motif par agent en 2002 est deux fois plus élevé au CHCB : 1,59j contre 0,78j. Les agents absents le sont, en outre, deux fois plus au CHCB qu'au CHD : 39,9j par rapport à 19,6j. L'autre faiblesse du CHCB au regard de ce comparatif porte sur la filière administrative dont l'absentéisme pour les motifs listés (s'il est inférieur à la moyenne nationale) est sensiblement plus élevé qu'au CHD malgré deux évolutions inversées (baisse de cet absentéisme au CHCB et hausse au CHD) :

- CHCB : passage de 16 à 13% entre 1999 et 2002,
- CHD : passage de 9 à 11% entre 1999 et 2002.

Cet écart s'explique principalement par des niveaux d'absentéisme pour maladie ordinaire (en 1999 et 2000 surtout) et pour longue maladie plus élevés au CHCB.

Au regard de cette analyse d'ensemble interne et comparée, se dégagent donc certaines évolutions favorables ou non, certains points de force et de faiblesse qui sont autant de points d'appui possibles pour orienter un plan d'action. Toutefois, il importe au terme de

cette présentation statistique de rappeler une fois encore le caractère subjectif de cette modélisation du réel, des indicateurs, des coups de projecteurs choisis.

#### **2.1.4 Le recueil des ressentis : « un diagnostic action » incomplet,**

À l'inverse du « diagnostic statistique », le recueil du ressenti des acteurs de terrain est volontiers sinon décrié du moins disqualifié quant à ses vertus d'objectivation de la réalité. Nous nous sommes efforcés de montrer qu'une approche chiffrée n'était pas détachable d'une certaine forme de subjectivité elle non plus. Mais cette relativisation de la démarche quantitative n'est pas le seul fondement de l'intérêt qu'il semble important de porter à un tel recueil des perceptions du personnel, des cadres, des représentants du personnel et de la direction sur cette question de l'absentéisme.

Le directeur du CHCB s'est ainsi inscrit volontairement dans cette démarche à travers l'audit commandé à l'agence de Conseil. En effet, selon lui, le premier enjeu de cet audit était la verbalisation, le recueil objectivé des témoignages de l'ensemble des personnes intéressées. Ceci explique le choix d'une médiation extérieure afin de surmonter les divergences de point de vue qui peuvent s'exprimer sur ce phénomène d'absentéisme en hausse. Les entretiens réalisés a posteriori auprès des personnes sollicitées dans le cadre de cet audit sont à cet égard positifs. Les interlocuteurs se retrouvent très majoritairement dans l'analyse contenue dans l'audit, laquelle compile l'ensemble des points de vue.

Cette démarche de « diagnostic partagé » constitue dans l'approche stratégique des enjeux hospitaliers par le directeur du CHCB un élément structurant, et même une partie intégrante de la solution au problème à résoudre. À cet égard on peut véritablement parler d'un « diagnostic action ». Faire parler un langage commun, puis s'entendre sur un même diagnostic, des acteurs aux points de vue divergents constitue un premier élément de résolution du problème. Ce diagnostic partagé a été utilisé à d'autres niveaux d'action. Ainsi, il a été un préalable voire même le socle de la négociation du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens entre le CHCB et l'ARH signé en juillet 2003.

Quels furent donc les principaux constats établis sur la base des entretiens individuels et collectifs réalisés entre juillet et octobre 2002 dans le cadre de cet audit ? Ceci ont été classés dans cinq grandes rubriques ; les constats en matière :

1. D'organisation du travail,
2. De conditions de travail, de santé
3. De personnel,
4. De collectifs de travail,

## 5. Et de gestion des ressources humaines.

S'agissant, tout d'abord, de l'organisation du travail, deux aspects négatifs sont principalement pointés.

- La DMS (durée moyenne de séjour) diminuant, il y a une intensification des contraintes de l'organisation.
- Les services sont très cloisonnés et ont du mal à communiquer, partager leurs expériences (notamment en matière de gestion de l'absentéisme), fonctionner ensemble (les modalités de travail commun restent largement informelles).

En ce qui concerne ensuite «les conditions de travail et la santé » au CHCB il est constaté :

- Un épuisement du personnel lié à une usure professionnelle, notamment des plus impliqués davantage sollicités dans les procédures de rappel,
- Une dégradation des conditions de travail liée au nombre et à l'âge croissant des patients,
- Une intensification du travail (cadences, procédures plus difficiles à suivre)
- Une très forte demande d'écoute et de plus grand respect mutuel.

Pour ce qui est des caractéristiques du personnel du CHCB qui seraient facteurs d'absentéisme, sont pointés :

- Le vieillissement des agents,
- Un manque de gestion coordonnée de l'absentéisme,
- Une faible mobilité interne des agents entre services d'un même secteur et entre secteurs,
- Un manque de polyvalence,
- Peu de marges en terme d'effectifs.

S'agissant des collectifs de travail sont notés :

- Un manque de solidarité et d'échanges entre les services,
- Un mode de management –de proximité ou supérieur– déterminant dans la présence ou l'absence du personnel,
- L'absence d'adaptation des équipes médicales et de l'encadrement aux situations « dégradées » d'effectifs,

- Un manque de cohésion des équipes d'encadrement, lié sans doute à l'absence d'une structure d'organisation plus formelle à laquelle l'ensemble des cadres pourraient se référer.

Mais c'est sur le terrain de la gestion des ressources humaines que sont répertoriées les plus nombreuses causes « ressenties » comme facteurs d'absentéisme :

- Une « culture » du remplacement à laquelle les agents sont habitués et attachés,
- Une absence de procédure de rappel des agents et plus globalement de gestion de l'absentéisme harmonisée, qui en font une activité particulièrement « mobilisante » pour les cadres de proximité,
- Un remplacement en interne de certaines absences de courte durée sans comptabilisation ni information de la DRH et de la Direction des Soins,
- Un positionnement flou de la Direction des Soins et de la DRH par rapport au bureau du personnel et à l'encadrement des services, un problème de communication sur la gestion du personnel à tous les échelons,
- Une GPEC et des procédures de recrutement difficiles à cerner,
- L'absence de contrôle des absences pour motif médical,
- Certaines visites de reprise non effectuées auprès de la médecine du travail,

Si à la lecture de ces ressentis exprimés, ils apparaissent à tous a posteriori comme marqués du sceau de l'évidence, le partage de ce diagnostic constitue néanmoins une avancée significative dans l'approche du problème, au regard des divergences d'analyse antérieures. Toutefois étape nécessaire du diagnostic, celle-ci ne semble pas suffisante.

### **2.1.5 Complémentarité des approches, remède à un diagnostic objectif introuvable :**

#### A) Des apports de cette complémentarité :

Il semble, en effet, opportun de construire la complémentarité de la connaissance statistique et du recueil des ressentis plutôt que de les opposer de façon stérile. Le choix des indicateurs ne pouvant répondre à une stricte rationalité comme nous l'avons vu, celui-ci pourrait utilement être orienté par le recueil antérieur des « différentes perceptions de la réalité vécue ». Il s'agit bien d'orienter et non d'encadrer les études statistiques par ces postulats ressentis. En effet, les nombreux travaux de recherche en la matière peuvent également servir de références auxquelles l'établissement par des mesures statistiques peut utilement se comparer. L'objet ici n'est évidemment pas de faire de la recherche fondamentale dans chaque établissement mais de profiter de connaissances acquises ailleurs pour mieux comprendre la situation de l'établissement. Ces deux modalités d'orientation des études statistiques doivent ainsi viser à une certification d'hypothèse : confirmation ou réfutation au prisme d'indicateurs adaptés.

Plusieurs écueils pourraient ainsi être évités.

Le premier d'entre eux, dans un souci d'efficacité consiste à éviter les recherches vaines et à déterminer les indicateurs pertinents pour l'analyse. Or, l'on constate que de nombreux hôpitaux dont le CHCB disposent de données statistiques importantes concernant l'absentéisme, données qui sont le fruit d'un travail de saisie important au niveau des services du personnel mais dont le caractère exploitable en terme d'analyse est très faible, soit parce que les indicateurs sont trop agrégés, soit parce qu'ils portent sur des paramètres sur lesquels un établissement n'a pas ou du moins ne considère pas avoir de prise. Ceci génère frustration tant pour le statisticien que pour celui désireux d'en tirer des enseignements et partant de là des mesures correctrices. Il importe ici de se reposer la question du sens et de la finalité de ses données statistiques, avant même leur recueil et non plus au seul stade de leur analyse ex post.

Les données statistiques sur les taux d'absentéisme en fonction du sexe sont à cet égard assez édifiantes. Les indicateurs sont le plus souvent agrégés : nombre de jours d'absence pour motif maladie par agent de même sexe en moyenne par exemple, alors qu'une étude plus fine peut permettre d'isoler des facteurs explicatifs ; les congés maternités sont ainsi de plus en plus fréquemment précédés d'arrêts maladie. Aussi les arrêts maladie corrélés à une maternité peuvent expliquer d'éventuels écarts dans les taux d'absentéisme pour cause de maladie entre hommes et femmes. Mais l'intérêt de

« l'objectivation » statistique de ces données peut varier fortement d'un établissement à l'autre. Pour certains, disposant de services de maternité et donc de gynécologues prescripteurs de ces arrêts maladie cela peut être utile pour les sensibiliser aux impacts de telles prescriptions sur l'absentéisme au sein de la structure dans laquelle ils exercent. L'intérêt de telles études peut être beaucoup moindre, sinon en terme de connaissance du phénomène et de sensibilisation des intéressées, dans des établissements ne comprenant pas de services de maternité. Ceci met en exergue la nécessité d'une adaptation des études aux problématiques spécifiques aux établissements et à leur champ des possibles.

Le rapport invoqué entre la montée de l'absentéisme et le vieillissement du personnel au CHCB montre lui tout l'intérêt d'une combinaison des approches scientifiques, des perceptions de la réalité vécue par les acteurs de terrain et des études statistiques internes et comparatives. L'audit réalisé au CHCB montre en effet que cet élément est volontiers avancé comme explicatif de l'augmentation de l'absentéisme. Or, une analyse des données statistiques disponibles à cet égard tend à contredire ce postulat.

#### **Répartition des absences pour maladie ordinaire par tranche d'âge**

	2000		2001		2002	
	%effectif	%absences	%effectif	%absences	%effectif	%absences
-25ans	3,1	2,2	3,4	1,5	5,1	2,1
26/40ans	34,8	34,7	35,3	34,9	36,9	40,7
41/55ans	59,1	58,4	58,7	59,7	54,4	52,7
56ans et+	3	4,7	3	4	3,6	4,5

On constate en effet que la part des 56 ans et plus dans les effectifs est dans le cas le plus éloigné inférieure de 1,7 % par rapport à cette part en nombre d'absences. Pour la tranche 41/55 ans on constate que deux années sur trois la part des absences de cette catégorie est inférieure à leur représentation dans les effectifs tandis qu'à l'inverse les 26/40 ans totalisent un pourcentage d'absence supérieur à la portion de l'effectif qu'ils représentent. Ceci vient donc contredire ce postulat de lien de causalité entre vieillissement et augmentation des arrêts pour maladie ordinaire. Ces constats sont d'ailleurs dans la lignée des études réalisées pour la Direction des Hôpitaux en juin 1999 par les CHU de Rouen, Brest, Strasbourg, Grenoble et les Hospices civils de Lyon sur le

thème : « vieillissement du personnel soignant et travail à l'hôpital »<sup>16</sup>. Les résultats de l'enquête ESTEV (Santé, Travail et Vieillesse) de 1995 allaient également dans ce sens. Ces études constataient ainsi « que le vieillissement biologique ne se traduit pas par une plus grande fréquence des absences de courte durée par maladie ». En revanche ces études démontrent également que le personnel vieillissant est plus sensible au phénomène d'usure professionnelle. Or, il apparaît dans ces mêmes travaux que « la construction des identités professionnelles individuelles et collectives joue un rôle important dans la survenue ou non de manifestation d'épuisement professionnel quelque soit la tranche d'âge étudiée ». Le facteur explicatif du vieillissement apparaît donc annexe même si la construction de l'identité professionnelle en fin de carrière doit nécessairement passer par des voies propres. L'accroissement des capacités d'anticipation, l'intelligence relationnelle, la capacité d'autonomie sont autant de compétences à valoriser pour cette tranche d'âge. L'on perçoit à travers cet exemple l'intérêt d'une combinaison de ces divers approches statistiques, ressenties, scientifiques. Or, la tendance au cloisonnement de celles-ci est forte et porteuse d'inefficacité. Pourtant les travaux portant sur les conditions de travail (du personnel soignant en particulier), les nouveaux risques professionnels ne manquent pas. L'hôpital étant en outre un objet d'étude privilégié il n'est pas rare de trouver des travaux de recherche consacrés à un établissement particulier mais tombés dans les oubliettes du quotidien. Au nombre de ceux-ci, il nous faut mentionner « l'étude comparative des niveaux de stress des jeunes infirmières en poste de « volante » et en poste fixe des Hôpitaux Publics de Dax et Bayonne » réalisée en 1999 par M. DARTIGUEPEYROU et qui démontre les écarts de stress exprimés selon une méthode de mesure scientifique : 36,8% pour les fixes et 42,3% pour les « volantes », ces dernières attribuant ce stress pour 63% d'entre elles à un manque d'intégration.

Après avoir pris la mesure de l'intérêt de ces approches croisées dynamiques, il importe de créer les conditions de leur émergence.

B) L'OGPA : Observatoire et Groupe de Proposition d'Actions, l'outil de construction d'un diagnostic efficace et opérationnel,

L'audit réalisé à Bayonne sans prioriser les actions à conduire pour y remédier, citait parmi elles « la création d'un observatoire de l'absentéisme, petit groupe de personne sous la responsabilité du DRH, ayant pour mission, à partir du futur logiciel de gestion du

---

<sup>16</sup> VERRIER B. Le défi démographique. *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*. avril 2000, n° 18, pp. 5-7.

temps de travail, de suivre l'évolution de l'absentéisme ». Toutefois le sort réservé aux nombreux tableaux de suivi des effectifs et de l'absentéisme déjà existants au CHCB plaide contre cette approche « suiviste ». Il importe, nous nous sommes efforcé de le démontrer, que le choix des indicateurs soit un choix partagé en amont, discuté quant à son intérêt au regard de la situation perçue, des travaux académiques connus et des possibilités de traduction des constats et analyses en plan d'action. L'enjeu méthodologique en la matière ne doit pas être sous-estimé. L'expérience conduite au CH de Perpignan est à cet égard intéressante en terme d'implication des acteurs concernés dans le diagnostic. Des Observatoires des violences mis en place dans de nombreux établissements de santé dont le CHCB peuvent également être tirés de nombreux enseignements à la fois positifs et négatifs. Si l'objectivation de la situation ressentie grâce à la mise en place d'un suivi statistique des « fiches d'incidents » est perçue par tous comme une réelle avancée, en revanche l'absence de déclinaison directe d'un plan d'action sur la base de ces constats apparaît porteuse de frustration.

Un compromis entre efficacité (taille opérationnelle) et regards croisés (DRH, Direction des soins, cadres supérieurs, cadres de proximité, représentants du personnel, médecine du travail, service de documentation) est donc à rechercher. Il en va de même de l'intégration et l'articulation de cet observatoire avec les travaux du CHSCT, le Comité de Pilotage des Risques Professionnels en place au CHCB et la structuration des DRH et de la Direction des Soins. Ce dernier aspect a été le principal point d'achoppement de la démarche jusqu'à ce jour.

En effet, avant même la création d'un tel observatoire, se pose au CHCB la question de la conjugaison au quotidien du rôle de la DRH et de la Direction des Soins sur l'ensemble des enjeux de gestion des ressources humaines. Dans un « projet de repositionnement de l'encadrement soignant » adressé par le Directeur à l'équipe de direction en janvier 2003, ce dernier insistait sur le nécessaire renforcement de l'intégration DRH et Direction des Soins et le besoin de « clarifier les circuits ». Il y précisait la nécessité de restructurer la Direction des Soins en deux pôles : l'un consacré à la gestion des ressources humaines, l'autre à l'amélioration de la qualité des soins. Deux cadres supérieurs se sont vu confier la responsabilité de ces pôles. Or, cette restructuration a mis en évidence un fort malaise au sein du groupe des cadres supérieurs, de forts antagonismes entre les uns et les autres, liés notamment à des représentations différentes de leurs fonctions. Loin de permettre une clarification des circuits la réorganisation de la Direction des soins a conduit notamment au niveau du pôle de gestion des ressources à l'émergence de circuits de gestion parallèles et concurrents. Les difficultés de la directrice des soins, nommée en 2001 coordinatrice des soins par intérim, à aplanir ces différends ont d'ailleurs conduit le Directeur du CHCB à lui retirer cette coordination.

Un tel contexte de « crise » n'a pas permis la mise en place d'un OGPA dans des conditions suffisamment sereines. Or, il semble nécessaire d'accorder toute sa place à cette dimension méthodologique dans l'élaboration d'un diagnostic. Ceci doit permettre de déboucher sur des perspectives opérationnelles et adaptées aux spécificités du CHCB, perspectives parmi lesquelles des priorités d'action devront être dégagées.

## **2.2 LE CHOIX COMPLEXE DES LEVIERS D'ACTION PRIORITAIRES**

Le détermination d'une politique de prévention et de lutte contre l'absentéisme si elle doit nécessairement trouver ses fondements dans un diagnostic préalable, dépend également de postulats quant aux possibilités de remédier aux causes identifiées. L'orientation du diagnostic n'est d'ailleurs pas hermétique à ces hypothèses sur le champ des possibles. Lorsque les possibilités d'intervention sont largement appréciées peut également se poser la question de la pertinence de labelliser, d'identifier comme telle «une politique de prévention de l'absentéisme». Une fois le champ d'action ciblé se pose en outre la problématique tout aussi complexe de choix des leviers privilégiés d'action.

### **2.2.1 Un champ politique à géométrie variable**

A) Définir l'objet par l'action :

La première variable d'ajustement du champ de cette politique réside dans la définition initialement posée de ce qu'est ou ce qui doit être entendu derrière le vocable d'absentéisme.

Aborder à ce stade de l'exposé, plus en profondeur le concept d'absentéisme n'est pas anodin. L'on constate en effet que cette notion tend à recouvrir des réalités très variées, qui dépendent très largement des possibilités pressenties de réduction du phénomène. Ainsi l'absentéisme se trouve très régulièrement défini en fonction de leviers de résorption présumés. D'aucuns définissent l'absentéisme comme « les absences sur lesquelles une intervention de la direction peut s'exercer et être suivie d'effets ». Le qualificatif de « compressible » souvent adjoint à la notion d'absentéisme est symptomatique de cette approche, en opposition à un absentéisme « incompressible », beaucoup moins prisé comme objet d'étude. Mais la répartition des absences entre ces deux typologies d'absentéisme reste très largement discutée. Nous évoquons déjà les débats au niveau du Groupe d'étude aquitain de réflexion sur l'absentéisme, sur le maintien ou non des « absences pour maternité » comme objet d'étude, compte tenu de la capacité à agir sur ces absences pour une équipe de direction. La question des absences pour longue maladie ou de longue durée est également débattue, celles-ci étant considérées pour les uns comme inéluctables et pour les autres comme influençable par une politique de « santé publique » adaptée.

Les glissements sémantiques observés au CHCB entre la notion « d'absentéisme » et la « gestion des absences » sont également révélateurs de ce lien étroit qui existe entre la définition de l'absentéisme et les pistes de solutions présumées. Ceci rend de ce fait l'approche comparative de ce phénomène d'autant plus complexe et la mise en place d'indicateurs communs difficile. Chaque établissement se focalise sur les absences qu'il juge « significatives » et maîtrisables. L'étude de l'absentéisme au CH de Versailles prit ainsi le parti de ne considérer que les absences pour maladie ordinaire, les accidents du travail, les absences non motivées et les absences pour gardes d'enfants. De ces approches variées peuvent se dessiner autant de définitions de l'absentéisme compressible.

Au Canada, au « Providence Health Care », structure inter hospitalière de Vancouver, dans un manuel destiné à l'encadrement, on peut lire l'une des rares définitions de l'absentéisme qui sorte de toute approche en terme de causalités ou de solutions possibles. L'absentéisme y est ainsi défini comme :

« le manquement d'un employé à se présenter au travail comme programmé ».

Faute de définition commune et partagée de l'absentéisme, les données relevées dans les bilans sociaux en France compilent des types d'absences de nature très différentes : les unes (absences pour activités syndicales, pour formation ou autorisées) étant directement sous le contrôle du directeur qui les accorde dans des limites quantitatives définies par lui-même ou par le législateur<sup>17</sup>, les autres (absences médicales dont maternité) échappant à une telle capacité de maîtrise directe. Certes le développement des concepts de co-responsabilité en matière d'absence médicale de l'employeur et de l'agent tend à brouiller ces frontières, mais dans les établissements publics de santé français cette dichotomie reste très largement exacte.

Pour autant, les leviers d'action « indirects » sur les absences médicales font l'objet d'approches diverses qui tiennent comme nous l'avons vu à des analyses contrastées de la notion « d'absentéisme compressible ». La diversité de ces analyses s'explique par l'addition de deux séries de postulats hétérogènes, tant du point de vue des déterminants considérés de l'absentéisme, que du point de vue de la capacité à influencer ces déterminants.

---

<sup>17</sup> Le directeur ne doit toutefois pas se départir de cette mission de contrôle. Une remise à plat des droits syndicaux accordés au CHCB a permis de déceler des écarts non négligeables entre les droits accordés et les droits légalement définis.

## B) Déterminants de l'absentéisme : des approches diversifiées.

S'agissant tout d'abord, des postulats concernant les facteurs explicatifs de l'absentéisme ils renvoient à la fois à d'importants travaux de recherche en la matière fournissant des explications multiples, mais aussi à la diversité des situations vécues au sein des hôpitaux.

Les tentatives de modélisation des causes de l'absentéisme sont particulièrement riches tant en nombre qu'en contenu. La matière a effectivement inspiré, avec une effervescence toute particulière dans les années 80, de nombreux chercheurs en sociologie, en économie du travail, en santé publique, en psycho-ergonomie, psychologie... Anne CHEVALIER et Marcel GOLDBERG résumant dans le titre d'une de leurs publications la question essentielle autour de laquelle se sont articulés la majorité des travaux de recherches : « *l'absentéisme au travail : indicateur social ou indicateur de santé ?* ». Eux-mêmes s'efforcèrent d'y répondre. Profitant du contexte particulier des entreprises EDF-GDF où l'existence d'un Régime particulier de Sécurité sociale permet de connaître les causes médicales des interruptions de travail, ils ont cherché à identifier les aspects de l'absentéisme plus spécifiquement médicaux et ceux qui relèvent de facteurs socioprofessionnels. Leurs constats furent les suivants :

« Parmi les mesures étudiées, la durée d'absence apparaît comme un indicateur de morbidité, tandis que le pourcentage d'absents pendant une période donnée semble être sensible aux facteurs socioprofessionnels. Tous se passe comme si, à côté d'un « noyau dur » d'absence dû à la maladie, des facteurs plus immédiats liés soit à l'individu lui-même, soit à son environnement de travail, intervenaient pour générer un absentéisme de courte durée constituant peut-être la première étape d'un processus de dégradation de la santé ».

Par ailleurs, dans cet article Anne CHEVALIER et Marcel GOLDBERG proposent un classement des différents travaux de recherches en fonction des facteurs explicatifs privilégiés :

- facteurs individuels (sexe, âge,...),
- facteurs collectifs liés à l'entreprise (secteur d'activité, type de rémunération,...),
- facteurs collectifs liés à l'environnement (climat, culture...).

C'est d'ailleurs cette dimension multicausale qui est le fil conducteur de la majorité des modèles explicatifs. Cette classification semble toutefois devoir être enrichie. Les auteurs de l'audit sur l'absentéisme au CHCB, proposent à cet égard, à la fin de leurs travaux, une synthèse intéressante des nombreuses recherches conduites sur l'absentéisme et des différentes hypothèses posées. Ainsi « s'affrontent » notamment modèles et théories

prédictives de l'absentéisme en fonction de facteurs augmentant la propension à adopter ce comportement, d'une part, et modèles insistant à l'inverse sur la singularité de chaque absence et la variabilité de ses causes. Certaines théories renvoient l'absentéisme vers un seul et unique problème de contrôle, tandis que d'autres y voient un phénomène profondément lié à l'organisation du travail.

S'agissant de l'audit réalisé au CHCB, ses auteurs ont le mérite de la clarté quant au parti pris théorique qui a été au fondement de leur démarche. Il s'agit du modèle canadien de FOUCHER<sup>18</sup>, conçu en 1990 qui se veut global et intégrant l'ensemble des facteurs d'influence et leurs interactions. La conception de l'absence au fondement de ce modèle est la suivante : « un comportement aux causes variées, qui ont comme commun dénominateur de procurer certains avantages et/ou d'éviter certains inconvénients à l'individu ». Partant de ce postulat, cette approche tend à réconcilier et unir dans un même modèle explicatif les apports des diverses théories évoquées. Les théories behavioristes, tout d'abord, sont considérées en ce qu'elles éclairent sur les comportements d'absence en les rattachant à des facteurs multiples positifs ou négatifs, attractifs ou répulsifs. Les enseignements des théories cognitives sont également pris en compte en ce qu'ils nous informent sur les « processus psychologiques » (réactions affectives, impulsives, réaction d'automatisme, d'évaluation) qui se mettent en action en fonction des systèmes d'incitations en place, de l'état psychosomatique de l'individu, de la motivation et de la capacité à être présent et de « la boucle de rétro information » (en clair : la façon dont l'agent perçoit le fait de s'être absenté de façon positive ou négative ce qui l'incite plus ou moins à renouveler cet état de fait).

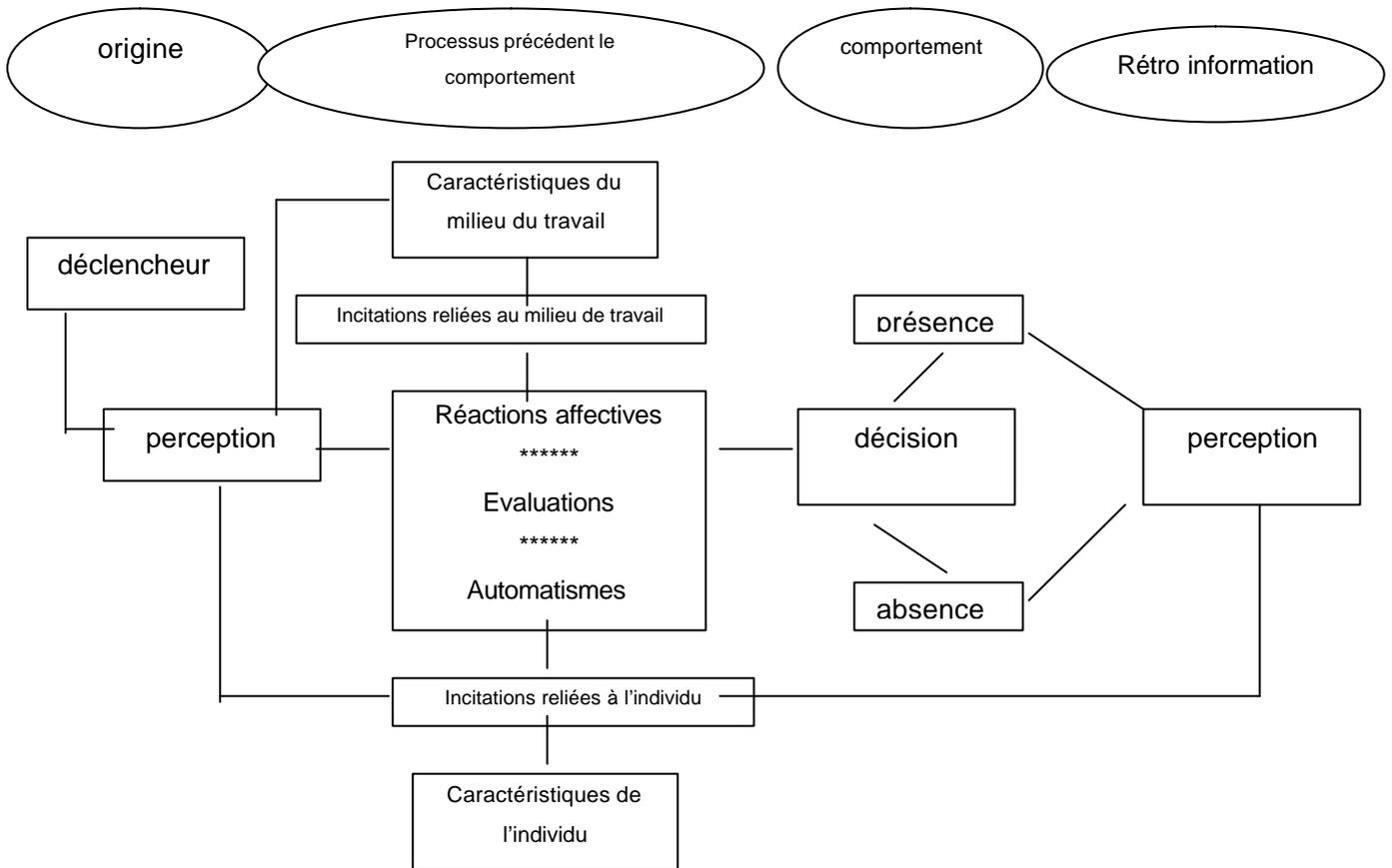
À ces théories sur lesquelles aucun consensus ne s'est établi à ce jour, s'ajoutent la diversité des ressentis, des hypothèses soulevées par les principaux intéressés au regard de leurs expériences. Au CHCB, la mauvaise gestion des absences est ainsi perçue comme cause principale de l'absentéisme voire même amalgamée à ce phénomène. Ailleurs, l'on se focalise sur le stress ressenti au travail, sur l'accélération des cadences, « les conditions de travail » de façon plus générale.

Cette absence d'homogénéité dans l'origine perçue des absences trouve sans doute ses origines dans certaines spécificités locales en terme de causalité. Mais elle témoigne également de processus d'objectivation des conditions de travail différenciés, dont dépend assez étroitement l'appréciation du « champ d'actions indirectes possibles ».

---

<sup>18</sup> FOUCHER R. *Un nouveau modèle explicatif de l'absentéisme basé sur une approche globale et intégrée*. Montréal : Université du Québec, 1990. 47 p. Le modèle de FOUCHER est présenté dans le schéma simplifié de la page suivante

## Modèle simplifié de FOUCHER



### C) De la capacité à agir sur les causes de l'absentéisme.

Une fois les causes de l'absentéisme ou du moins certaines d'entre elles identifiées se pose en effet la question de la capacité à agir sur celles-ci, à y remédier. Lorsque l'absence est clairement identifiée comme volontaire et comme un manquement aux obligations de l'agent, le champ d'actions directes (répressives) est aisément identifiable. Il n'en va pas de même lorsque l'absence semble liée, du moins en partie, aux « conditions de travail ». Le champ d'actions indirectes (préventives) se trouve, en effet, au prise avec le processus complexe « d'objectivation des conditions de travail ».

#### a) Le volet répressif :

Le volet « répressif » répond à une logique relativement simple. Lorsque les absences ne sont pas accompagnées de pièces justificatives admises comme valides, s'enclenchent de manière assez automatique les procédures disciplinaires. En revanche, lorsque les

absences sont accompagnées de justificatifs, à savoir dans la plupart des cas de « certificats médicaux », cette approche répressive se heurte au secret médical. Toutefois l'obstacle n'est pas absolu. Si le droit français du travail protège le salarié en cas de problèmes de santé récurrents, le droit européen du travail insiste plus volontiers sur la notion de co-responsabilité de l'employeur et de son salarié dans la protection de son état de santé. La législation du travail en Colombie Britannique (qui s'applique aux soignants du Vancouver General Hospital) se montre beaucoup plus exigeante envers le salarié dans la « préservation de son capital humain ». En effet, la loi y précise que :

« le licenciement pour cause d'absentéisme abusif (pour motifs médicaux) n'est pas une sanction disciplinaire mais peut intervenir en raison d'une rupture du contrat d'embauche par le salarié qui ne se présente pas de façon suffisamment régulière sur son lieu de travail ».

Sans aller jusqu'à demander une telle évolution du droit français beaucoup déplorent le manque d'outils de lutte contre les abus identifiés (par leur fréquence, leur caractère récurrent à certaines dates...). Le nombre de ces absences abusives est certainement faible mais il nourrit fortement l'imaginaire collectif. Aussi il est important d'agir contre ces absences résiduelles et contrairement à cette idée largement partagée quelques armes de lutte existent au nombre desquelles :

- -les armes juridiques : art. 41-42 loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, art. 15 décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la FPH, lettre circulaire n°2001/DH/8D du 11 octobre 1983.
- -les contre-visites par des médecins agréés,
- -les contrôles administratifs de la présence à domicile du fonctionnaire en arrêt de travail,
- -la possibilité de rappeler aux médecins connus pour leur aisance à délivrer des certificats d'arrêt de travail, par courrier, la définition même du congé de maladie (horaires de sorties limités y compris lorsqu' est indiqué sur l'arrêt « sortie libre » ; obligation de rester sur le lieu de résidence qui ne peut être levée par une ordonnance médicale de «vacances » ! ; arrêt seulement si il y a impossibilité pour l'agent d'exercer ses fonctions ) et le code de déontologie auquel les médecins peuvent être plus sensibles et lequel interdit «la délivrance abusive d'avantages sociaux à un patient » (art. 24-1 , 50)
- -si l'agent est pris en flagrant délit il peut y avoir sanction financière pour absence de service fait uniquement s'il ne reprend pas ses fonctions après le contrôle ; les sanctions disciplinaires ou de notation sont possibles.

b) *Le volet préventif :*

Le volet « préventif » en revanche est fortement dépendant du « processus d'objectivation des conditions de travail ». Or, il s'agit là, dans une large mesure d'une construction sociale particulièrement évolutive comme l'expliquent Michel GOLLAC et Serge VOLKOFF dans un ouvrage consacré à cette question. Parler de « conditions de travail » suppose en effet que certains aspects d'un métier ne soient plus jugés comme faisant partie intrinsèque de celui-ci mais comme des éléments dissociables qui, lorsqu'ils sont qualifiés de « mauvais », appellent une réponse préventive. Or, les ergonomes notamment ont montré que les travailleurs ont beaucoup de mal à verbaliser leur travail, à en détacher des particularités traduisibles par des mots. Au contraire ils ont tendance à intérioriser, à naturaliser ce que le regard expert appelle leurs conditions de travail. L'objectivation des « conditions de travail » par les salariés tend à survenir principalement lorsque celles-ci se dégradent, ou que le confort de vie hors travail s'accroît ce qui peut les conduire à considérer comme « dur » un aspect du travail auparavant appréhendé comme normal.

Les interventions de l'État ou des médias pour sensibiliser aux risques, inviter à prendre des précautions, peuvent également y concourir. L'action syndicale, l'échange d'expériences singulières participent aussi à la genèse ou l'accélération de tels processus. On constate ainsi que suite aux conflits sociaux menés vers la fin des années 80 par les infirmières, leur perception des conditions de travail s'est considérablement transformée. Ainsi alors qu'elles étaient 40% à déclarer porter ou déplacer des charges lourdes en 1984, elles étaient 70% en 1991. Le plus souvent ces « charges lourdes » sont les « malades ». Appréhender ces personnes comme des charges a nécessité une rupture avec une conception de la profession infirmière fondée sur le fait de se dévouer sans compter. La transformation de la gestion de la santé a technicisé la profession d'infirmière et mis en avant les aspects économiques du métier. Toutefois ces processus qui peuvent conduire à détacher comme évitables certains aspects du travail peuvent agir en sens contraire et aboutir à l'appréhension de certaines pénibilités du travail comme éléments inéluctables sans autre forme d'interrogation. Ce risque est d'autant plus grand qu'à l'époque qui envisageait un travail meilleur s'est substituée celle qui vise un travail tout court. « Il s'en faut aujourd'hui d'un pas pour que la société soit prête à assumer de nouveau les conditions de travail contre lesquelles elle avait formulé des rêves »<sup>19</sup>. Perte d'identité professionnelle face aux évolutions des pratiques, sentiment d'usure professionnelle, absence de considération de la part de l'encadrement, charge mentale

---

<sup>19</sup> BALLARD J.-M. *Les risques professionnels dans un contexte d'évolution des formes de travail, la modernité régressive*. Mémoire de fin de formation : CNESSS, 1999. 86 p.

accrue, stress sont autant de phénomènes aujourd'hui dénoncés et qui ont été fréquemment mis en avant au CHCB comme facteurs explicatifs de l'absentéisme. Or, ces difficultés sont volontiers classées dans la littérature spécialisée parmi les nouveaux risques alors même que le stress a été théorisé dès les années 30 par les biologistes. Ils sont ainsi qualifiés de nouveaux risques parce que considérés, non sans cynisme, comme des phénomènes non « objectivables ». Mais ceci tient sans doute moins aux difficultés de mesure de ces risques qu'aux ratés des systèmes de prévention à leur égard. La capacité à agir suppose une véritable révolution oculaire : « si l'objet est invisible c'est que l'œil est tourné du mauvais côté ». La politique de prévention nécessaire ne semble possible qu'au terme d'une telle révolution, d'une réelle mutation des références culturelles. « L'occultation du risque psychologique, quand les risques physiques majeurs ont disparu, est un alibi élaboré individuellement et collectivement pour ne pas remettre en cause l'organisation du travail ». Pour élargir le champ préventif à ce domaine deux conditions semblent donc requises : faire participer le travailleur à l'élaboration de son cadre de travail et parvenir à un décloisonnement entre penseurs et acteurs de l'organisation du travail.

Il apparaît ainsi que le champ politique de la lutte et de la prévention de l'absentéisme, renvoie à des postulats multiples quant aux déterminants de l'absentéisme et aux capacités à agir face à ces facteurs identifiés. Mais la multiplicité des leviers ainsi mis en avant, conduit à s'interroger sur les possibilités d'émergence d'UNE politique en la matière, labellisée comme telle.

D) Une politique de présentéisme en lieu et place d'une politique de prévention de l'absentéisme trop complexe ?

À cette complexité d'approche de la question de l'absentéisme, objet d'étude controversé, objet donnant prise à de nombreux leviers d'action, est volontiers opposée une démarche jugée plus pertinente et fondée sur le concept de « présentéisme ». Toutefois les fondements des propositions allant dans ce sens ne sont pas uniformes.

Pour Michel ESCUDIER, DRH hospitalier, la raison principale plaidant dans ce sens réside dans une forme d'institutionnalisation du concept d'absentéisme. Il s'agirait là d'une donnée, certes mesurée statistiquement, mais intégrée désormais comme une réalité incontournable à laquelle le fonctionnement de l'organisation s'adapterait de façon passive. La révolution sémantique suggérée vise donc à sortir de cette atonie, faire prendre conscience du « gisement de productivité » qu'il y a potentiellement derrière la maîtrise de l'absentéisme et partant de ce constat à entrer dans une logique d'action plus

déterminée. Mais pareil changement de vocabulaire pour porteur qu'il soit, ne résout pas la problématique de la définition d'une politique de l'absentéisme harmonisée. En outre, une telle démarche volontariste à l'égard du présentéisme porte en elle les germes d'une occultation de certains pans de cette politique de lutte et de prévention. Répondre à la problématique de l'absence ne saurait se limiter à une incitation même forte à être présent, les ressorts de ces absences ne relevant pas nécessairement du découragement et de l'absence de motivation. Or une telle réponse minimaliste est pourtant un risque non négligeable. Lors d'entretiens avec plusieurs DRH exerçant dans la fonction publique hospitalière ont ainsi été évoqués à plusieurs reprises des « projets présentéisme », « projets d'observatoire du présentéisme » dont beaucoup paraissent répondre à une forme de lassitude dans l'approche de l'absentéisme, problème maintes fois débattu, contre lequel toute une batterie d'actions aurait été menée sans résultats probants au vu des évolutions statistiques moyennes observées. Mais s'orienter vers une simple promotion du présentéisme à des fins de plus grande efficacité, risque fort de conduire à l'effet inverse : une aggravation du sentiment de culpabilité du personnel absent « involontairement », ce qui fragiliserait davantage encore ses perspectives de retour.

Pour autant, la multiplicité des leviers d'action potentiels légitime cette interrogation sur la possibilité de construire une politique sur cette base, un moteur dont les pièces apparaissent pour le moins éparées. Sans prétendre y apporter de réponse définitive et universelle, il semble important d'identifier non pas les contours d'un champ politique particulièrement vaste mais les facteurs exerçant, au vue du diagnostic, une influence particulièrement forte sur l'absentéisme et une capacité d'entraînement des autres composantes du moteur. Une fois identifiés ces leviers d'influence, il importe de les innover de cette préoccupation qu'est la lutte et la prévention de l'absentéisme. Si pour certaines actions le lien apparaît très direct (exemple : la gestion des risques professionnels) pour d'autres un travail de sensibilisation plus important peut être requis (exemple : la mise en place de protocoles de soins et son impact possible sur l'absentéisme).

### **2.2.2 Primus inter pares ?**

Mais, comment choisir parmi le panel très large des actions possibles celles qui auront le plus d'impact, dans un contexte où la contrainte de temps et l'exigence d'optimisation des moyens sont particulièrement élevés ? Pour cela la référence au diagnostic posé tant statistiquement qu'en terme de ressentis apparaît nécessaire. Toutefois cette dimension n'est pas suffisante comme critère de choix des actions à conduire prioritairement. Il

importe d'évaluer non seulement leur impact direct mais aussi leurs capacités d'entraînement réciproques.

A) À diagnostic partagé, pistes de résolution singulières :

a) *Des vertus consensuelles d'une liste à la PRÉVERT :*

Le diagnostic de l'audit réalisé au CHCB dont nous nous sommes efforcé d'explicitier les apports et les limites notamment d'un point de vue statistique se trouve toutefois assez largement validé par les quelques données quantitatives disponibles étudiées. Celles-ci témoignent en effet d'une dégradation de la situation particulièrement au niveau de la fonction soignante (ceci de façon plus ou moins accentuée selon les secteurs managés/d'activité) et des accidents du travail.

Or ce diagnostic est accompagné de « suggestions » issues des entretiens et de propositions de pistes d'action du cabinet d'audit non priorisées. Celles-ci sont particulièrement nombreuses et permettent que chacun s'y retrouve. Au nombre de celles-ci on trouve notamment :

- la création de pools de remplacement et plus globalement l'amélioration de la gestion des remplacements en la déconcentrant,
- la mise en place d'une crèche,
- l'organisation d'espaces d'écoute,
- une mobilité interne favorisée,
- un contrôle des absences accru,
- l'homogénéisation des procédures et règles de fonctionnement, de gestion des absences
- la création d'un observatoire de l'absentéisme,
- la mise en place de tableaux de bord de suivi,
- « l'amélioration des conditions de travail » : investissements, évaluations des risques dans les services les plus touchés par le CHSCT et la médecine du Travail,
- le développement de la pluri-compétences,
- l'augmentation des effectifs,
- la meilleure gestion des plannings,
- développer le dialogue avec le corps médical,
- améliorer les relations inter services,
- développer les possibilités de reclassements,
- parfaire les entretiens d'évaluation,
- développer la formation,

- développer la gestion prévisionnelles des emplois, des compétences,
- développer la coordination entre DRH et direction des soins,
- développer écoute et respect entre agents.

Ces pistes d'actions ont par leur nombre les vertus du consensus. Ce souci d'exhaustivité n'empêche pas quelques oublis, sans doute lié à cette préoccupation consensuelle. La question du régime indemnitaire, de la mise en place d'une prime de présentisme n'est pas évoquée, de même que l'impact du « forfait 21 jours » adopté au CHCB comme dans de nombreux autres établissements dans le protocole d'accord sur la RTT. Ce « forfait 21 jours » consiste à valoriser les journées d'absence autorisées au nombre d'heures de travail planifiées de l'agent absent pendant les 21 premiers jours (exemple : 12h pour un agent du service de réanimation, 7h45 pour la plupart des services de médecine et de chirurgie). Après ces 21 jours, ces journées d'absence sont valorisées à la durée théorique travaillée soit 7 heures. La conséquence de ce forfait est donc de faire bénéficier les agents de droits à RTT sur les 21 premiers jours de leurs absences, ce qui peut être perçu comme une forme de « prime à l'absentéisme ».

Mais ces oublis ne constituent pas le nœud du problème qui tient bien plus dans la transformation, la traduction de ces pistes très nombreuses en un plan d'action opérationnel. Être opérationnel suppose la détermination d'axes prioritaires, or à l'heure des choix, les lectures divergent assez sensiblement alors que la mesure des impacts de chaque levier s'avère difficile à évaluer et appréhender.

*b) Décider c'est choisir :*

Confronté à cette problématique du choix des actions à conduire en priorité, ont été rencontré le Directeur du CHCB, le DRH, l'ensemble des organisations syndicales (UNSA, CFDT, CGT et Syndicat des Psychologues) le Président de la CME, quelques cadres de proximité et cadres infirmiers supérieurs, la gestionnaires des risques de même que les médecins du travail.

Mais ces entretiens n'ont pas permis de dégager une ligne de force précise. Toutefois certaines pistes de résolution sont revenues avec plus de régularité. La thématique de « l'écoute » en général, de l'amélioration des relations humaines, de la considération des agents a été régulièrement portée au premier rang des priorités d'action. Cependant l'importance accordée à cette nécessité d'écoute était variable selon les interlocuteurs. Pour les uns, il s'agit là du cœur du problème. Le syndicat des psychologues, sans doute davantage sensibilisé à ces enjeux, insistait notamment sur la nécessité d'offrir aux agents la possibilité d'un dialogue médiatisé sur leurs difficultés professionnelles par l'intermédiaire d'un psychologue du personnel. Pour d'autres, au premier rang desquels

les organisations syndicales, en revanche les pistes se présentent davantage en terme de moyens : moyens matériels et humains (équipements de prévention des risques professionnels : équipement en lève personnes, en fauteuils roulants, renforts en effectif dans certains secteurs). Le manque d'effectif face à une charge de travail accrue (DMS plus courtes, patients aux pathologies plus lourdes, protocoles de soins plus complexes) est souvent mis en avant tant par les cadres que par les syndicats. Le passage aux 35 h semble, à cet égard, vécu par beaucoup comme un facteur aggravant du manque d'effectif et partant de là de l'accélération des cadences de travail. Le président de la CME nouvellement élu insiste, pour sa part, sur la nécessaire mise en adéquation des contraintes des agents et de celles de l'hôpital, ceci l'amenant à considérer la création d'une crèche comme un élément important de la politique de prévention de l'absentéisme à bâtir. Sensibiliser les agents y compris voire surtout les agents soignants, à la nécessité de se protéger de risques professionnels encore entendus le plus fréquemment dans leur acception « physique » constitue l'une des principales préoccupations évoquées par les médecins du travail, la gestionnaire des risques mais également les représentants du personnel membres du CHSCT. Même si cela dépasse leur seule catégorie socioprofessionnelle et tend à constituer un élément de préoccupation des organisations syndicales également, les pistes d'action organisationnelles furent essentiellement avancées par les cadres. Développer les collaborations inter services, la gestion prévisionnelle du personnel, des absences leurs semblaient autant de chantiers urgents à ouvrir. Il s'agit ici d'identifier les actions considérées comme prioritaires et non de tomber dans une vision caricaturale qui attribuerait aux uns et aux autres l'exclusivité de l'intérêt porté à tel ou tel remède supposé. Tous se retrouvent, en effet, dans la plupart des solutions suggérées<sup>20</sup>.

Alors comment choisir parmi ces points de vue contrastés ? Une évaluation exacte de l'efficacité de chaque piste préconisée, si elle était possible, permettrait de sélectionner parmi celles-ci les plus performantes pour atteindre l'objectif de réduction de l'absentéisme. Or, c'est bien là que se situe le cœur du problème. Le caractère multicausal de l'absentéisme s'il n'est plus guère discuté, rend toute évaluation particulièrement complexe. En effet, il est difficile d'isoler l'impact d'une action de lutte ou de prévention dans la mesure où l'absentéisme est régi par de multiples facteurs dont des facteurs propres à l'individu sur lesquels la politique conduite par l'entreprise n'a pas nécessairement de prise. Ces facteurs individuels peuvent au contraire contre balancer les éventuels effets positifs de ces politiques. On constate ainsi, par exemple, que les mesures prises dans les années 80 et 90 (protection contre les risques professionnels,

---

<sup>20</sup> le positionnement de la Direction quant aux mesures prises ou à prendre sera abordé plus en détail dans le point suivant (2.2.2B) au regard des priorités dégagées par l'analyse

création de crèches, dialogue social renforcé...) pour résorber le phénomène dans certains hôpitaux sont évaluées de façon relativement contradictoires, compte tenu de la hausse constatée de l'absentéisme. Pour certains, ces données chiffrées sont la démonstration de l'échec des politiques passées et de la nécessité d'explorer d'autres voies. Pour d'autres ce ne sont pas ces politiques qui sont à remettre en cause, mais le changement dans le rapport de l'individu au travail qui viendrait annihiler l'effet de ces politiques, et échapperait très largement aux possibilités d'action de l'entreprise.

La réalité se situe sans doute au confluent de ces deux approches : sans céder à une théorie du renoncement à agir, il importe de tenir compte du poids et de l'évolution des « facteurs collectifs externes », des particularismes individuels. Ceci rend donc l'évaluation tant a priori qu' a posteriori du rapport coût/bénéfice lié à une action particulièrement délicate.

Alors comment choisir ? Sur quel fondement asseoir ses décisions ? À ces questions incontournables deux réponses complémentaires me semblent devoir être apportées. Le décideur doit, tout d'abord, se former son propre modèle combinatoire et, ensuite, évaluer l'influence et le caractère influençable des leviers considérés afin de sélectionner ceux dont l'efficacité directe ou indirecte dans la lutte contre l'absentéisme apparaîtra potentiellement la plus élevée.

#### B) Nécessité d'un modèle explicatif émancipé :

Passer la réalité locale intuitivement et/ou quotidiennement perçue au crible des études statistiques et des nombreux travaux de recherches connus et réciproquement, constitue un point de passage obligé de l'identification d'une politique adaptée à la structure concernée. En effet, les hypothèses formulées ne sauraient s'ancrer dans une réalité trop éloignée du terrain d'étude ni se soustraire à une prise de recul, une distanciation nécessaire. La prétention à une « objectivité » pleine et entière relève à bien des égards du mythe. Faut-il le déplorer ? Sans doute pas, car ce processus d'adaptation, d'appropriation peut porter en lui toute la richesse d'une subjectivité « collectivement construite » (via un OGPA par exemple). En effet, si une telle démarche de construction est participative, elle présente l'intérêt majeur de sortir d'un simple « copié/collé » de modèles qui seront nécessairement pour partie étrangers à la situation observée et de permettre l'entrée dans une approche beaucoup plus souple et créatrice de sens.

Le modèle synthétique présenté ci-après se veut ainsi le fruit de cette confrontation des regards internes, statistiques et « scientifiques » appliqué à la situation vécue au CHCB. Aucun observatoire n'ayant été mis en place à ce jour, il a fallu s'efforcer, pour surmonter

cet obstacle, de tenir compte de la diversité des points de vue exprimés lors des entretiens réalisés sur ce thème. La présentation de ce modèle aux principaux intéressés n'a pas soulevé d'objection majeure de leur part.

Celui-ci vise à ordonner par typologie les leviers d'action cités (sans prétendre à une totale exhaustivité). On peut ainsi distinguer quatre grandes catégories de leviers selon qu'ils visent à :

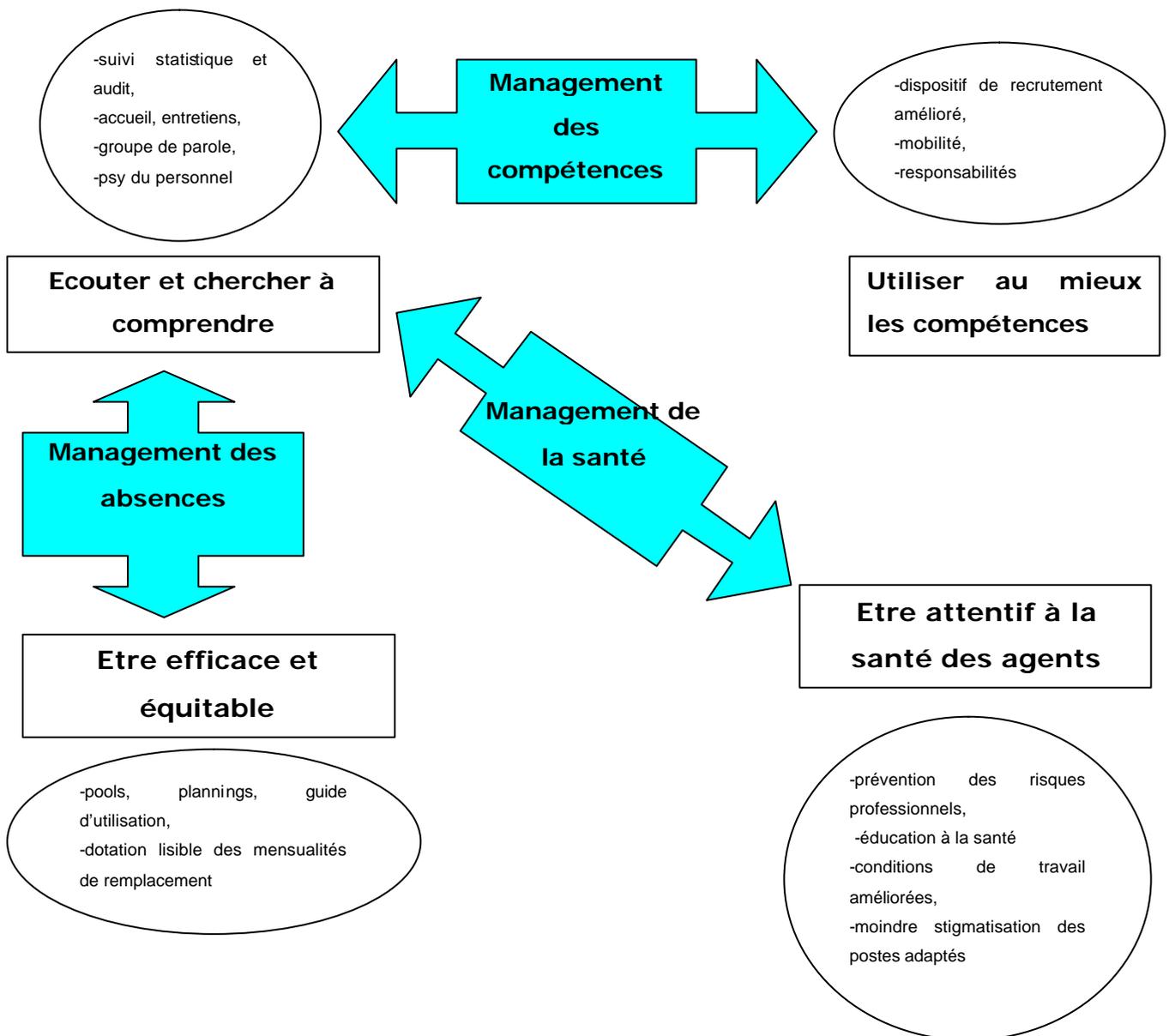
- écouter et chercher à comprendre,
- être efficace et équitable,
- utiliser au mieux les compétences,
- être attentif à la santé des agents.

Ces leviers d'action cités sont ensuite classés parmi trois volets identifiés du management des ressources humaines : le management des compétences, le management de la santé et le management des absences. Les leviers concourant à « l'écoute et à la compréhension » du phénomène d'absentéisme constituent un point de convergence de ces trois pans de l'action.

Mais si la compréhension d'un phénomène doit nécessairement être la boussole des actions à conduire, fallait-il pour autant en conclure au caractère de priorité absolue de l'ensemble des leviers listés dans cette rubrique « écoute et compréhension » ?

# Motivation et Bien être au travail

Respect, Décloisonnement et échange, Partage de valeurs et d'objectifs



### C) Degré d'influence et caractère influençable des leviers entre eux :

Afin de répondre à cette interrogation sur les mesures à prendre de manière prioritaire, la technique suivante a été utilisée. Ont tout d'abord été listées l'ensemble des mesures jugées adaptées. Ensuite le coefficient d'influence exercé par un levier sur les autres a été déterminé (0 si influence nulle, 1 si faible, 2 si moyenne et 3 si forte), ceci afin d'apprécier la capacité d'entraînement d'une action sur les autres d'une part, et le caractère plus ou moins influençable d'une mesure. Ces données se retrouvent dans le « tableau de mesure des degrés d'influence et d'influencabilité des leviers entre eux » ci-après. L'affectation des coefficients renvoie nécessairement à une appréciation en partie subjective et variable selon les établissements. L'impact de la mise en place ou non d'un pool peut être par exemple très différent d'un établissement à l'autre, de même que sa capacité à influencer sur d'autres moteurs de la lutte et de la prévention de l'absentéisme. Le tableau donne ainsi à la fin de chaque ligne le total « quantifié » de l'influence de chaque facteur et au bas de chaque colonne le total du caractère influençable. Ces données ont été reprises en abscisses et en ordonnées dans un graphique qui permet de positionner les actions à mener en fonction de ces deux paramètres.

Les « leviers clefs », ceux qui exercent le plus d'influence sur les autres avec un effet boomerang de ces derniers qui par « rétroaction » viennent influencer à leur tour à la hausse l'impact des « leviers clefs » (caractère influençable), apparaissent naturellement prioritaires (il s'agit sur le graphique de la page 64 des points les plus éloignés de l'abscisse et de l'ordonnée).

On peut ainsi dégager 12 leviers à actionner de façon prioritaire :

- l'écoute,
- le respect,
- la prévention des risques professionnels,
- la responsabilisation des agents,
- l'observatoire de l'absence,
- l'entretien d'évaluation à améliorer,
- le dispositif de mobilité à parfaire,
- l'éducation à la santé,
- les pools de remplacements,
- la gestion des plannings à revoir,
- l'accueil du personnel,
- la formation

tableau de mesure des degrés d'influence et d'influencabilité des leviers entre eux

	ac du p.	ent d'év.	gr de pa	psy	pool	obser	mob	planig	recrut	respon	prévrisq	éduc sté	cond tra	créch	eff+	as soc	post adapt	forma	écout	repect	prim	violce	TI
accueil du personnel		1	3	2	2	1	3	1	3	2	3	3	1	0	2	2	0	3	3	3	0	1	39
entretien d'évaluation	1		3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	0	2	2	3	3	3	3	3	3	49
groupe de parole	1	2		2	3	2	1	2	0	2	3	1	2	1	1	2	1	0	3	3	0	3	35
psychologue du personnel	3	1	3		2	3	2	1	2	2	3	3	3	0	1	2	2	2	3	2	0	3	43
pool de remplacement	2	0	2	0		3	3	3	3	3	3	0	2	1	2	0	1	2	2	2	3	1	38
observatoire de l'absence	1	3	3	3	3		2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	1	3	2	0	3	47
améliorer dispo/ mobilité		3	1	1	2	2		2	3	3	3	2	2	0	2	0	1	2	3	2	2	2	40
améliorer dispo/ planning	1	2	2	1	3	2	2		2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	3	1	1	40
améliorer dispo/ recrutement	3	2	1	1	2	2	2	1		2	2	2	1	1	3	1	1	2	2	3	1	2	37
responsabiliser les agents	2	3	2	2	2	3	2	2	1		3	2	2	0	2	1	1	3	3	3	3	3	44
prévenir les risques prof.	2	1	2	3	2	3	1	2	1	3		2	3	0	3	1	3	2	3	3	0	3	43
éducation à la santé	2	3	2	2	2	3	2	1	1	3	2		1	0	3	2	2	2	2	3	0	2	40
améliorer conditions de travail	2	2	2	1	2	3	3	1	3	2	2	0		1	2	1	2	0	3	3	1	0	36
crèche	2	1	0	0	1	2	3	2	3	3	1	1	2		2	1	0	0	2	2	0	0	28
effectifs supplémentaires	2	1	2	2	3	3	2	2	2	1	1	1	2	1		1	2	1	1	1	1	1	34
assistante sociale	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2	2		2	1	3	3	1	2	41
améliorer dispo/ postes adaptés	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1		2	2	2	0	2	34
formation	2	2	1	1	3	2	3	2	2	3	2	1	2	0	2	1	3		3	3	2	2	42
développer l'écoute	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	1	2	2		3	1	3	45
développer le respect	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	0	2	1	2	2		3	1	3	47
prime de service	1	2	1	0	3	1	2	1	2	3	0	1	1	0	2	1	1	1	2	1	1	0	26
prévenir les violences	2	2	3	2	1	3	1	0	2	2	3	3	2	0	2	1	2	2		3	0		38
total influencabilité:	41	41	42	33	46	48	46	35	42	50	47	37	43	14	42	25	36	36	52	53	20	37	

TI (en vertical) : total influence

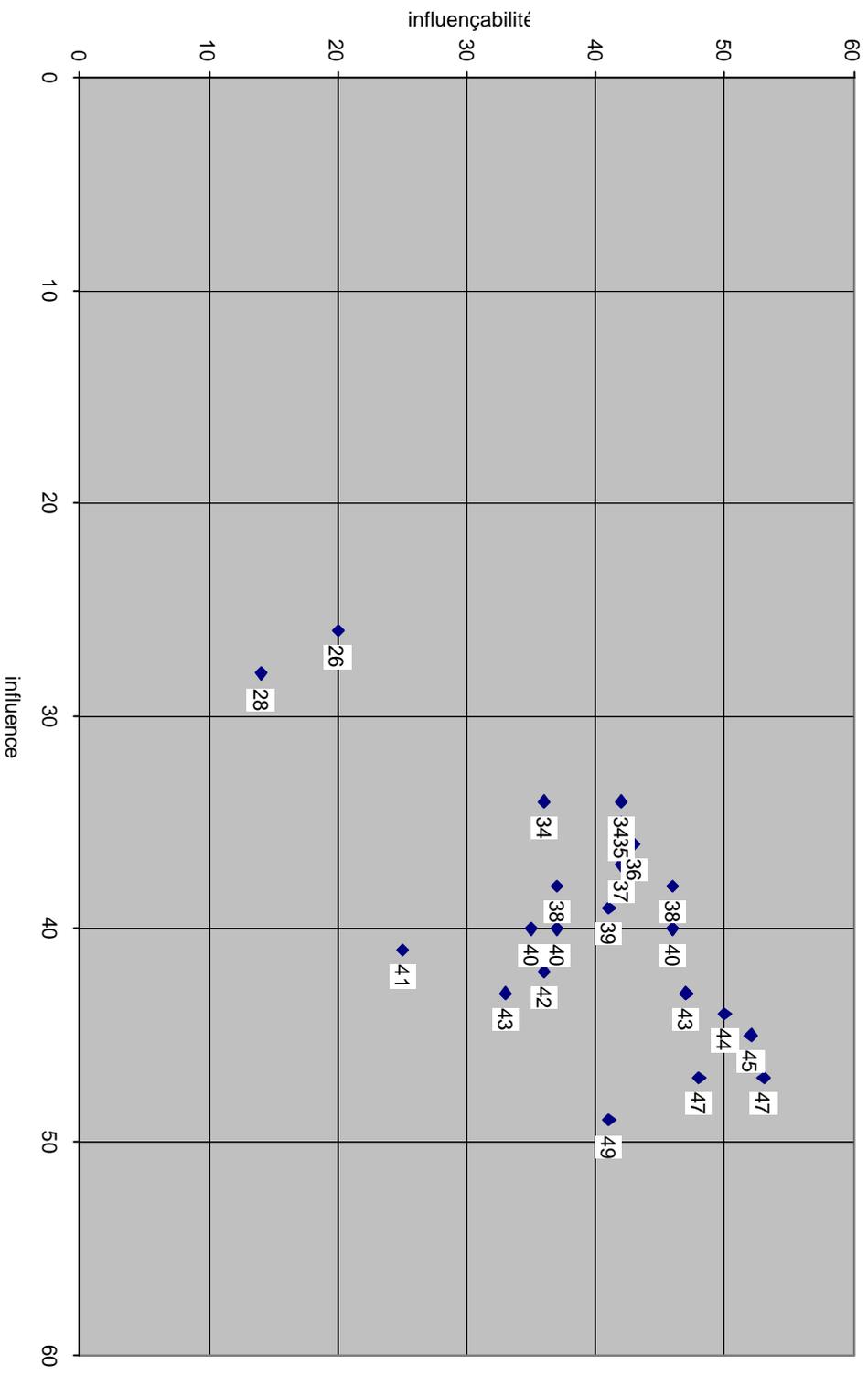
légende: 0: influence ou influencabilité nulle  
1: influence ou influencabilité faible

2: influence ou influencabilité moyenne  
3: influence ou influencabilité forte

priorités A:  
priorités B:



choix des leviers prioritaires



Parmi les douze champs d'action prioritaires certains renvoient à des changements de culture, de rapports de travail : « s'écouter et se respecter », des fondamentaux sans doute mais qu'il importe d'insuffler avec plus de vigueur et de rigueur dans le quotidien du CHCB. L'exemplarité de l'équipe de direction en la matière apparaît constituer un pré-requis indispensable comme l'a d'ailleurs rappelé le Directeur lors d'un séminaire organisé en septembre. Les autres mesures sont plus concrètement identifiables. Certaines semblent devoir être portées de concert. Comment, en effet, améliorer l'entretien d'évaluation sans développer parallèlement une plus grande responsabilisation des agents et offrir des perspectives de mobilité plus grandes ? Ces trois chantiers constituent avec les changements comportementaux évoqués ci-dessus, la prévention des risques professionnels et la mise en place d'un observatoire les sept premières pistes d'actions qui ressortent du tableau croisé d'influence et d'influencabilité.

Il apparaît intéressant à ce stade de l'analyse d'aborder la question du positionnement de la Direction et plus particulièrement du DRH par rapport à ces actions à conduire. Sur le plan de la prévention des risques professionnels, on note une démarche très volontariste de la part de la Direction qui tranche avec un scepticisme assez répandu. Les membres du CHSCT vont notamment bénéficier d'une formation visant à parfaire leurs capacités à identifier et sensibiliser aux risques professionnels.

Le développement de la mobilité interne et l'amélioration qualitative des entretiens d'évaluation correspondent également à des convictions fortes du DRH et figurent en tête de ses priorités en matière de gestion des ressources humaines. L'ensemble des postes vacants en interne sont désormais publiés, les profils de postes définis avec plus de précision et les cadres supérieurs qui coordonnent la Direction des soins préparent un protocole précisant le dispositif de mobilité interne à mettre en place.

S'agissant des cinq leviers suivants dans l'ordre établi des priorités : formation, éducation à la santé, pools de remplacement, accueil du personnel, amélioration des plannings et de leur gestion, si les actions d'amélioration innervées de préoccupation de prévention et de lutte contre l'absentéisme n'ont pas encore toutes abouti, la réflexion est en cours. Cette réflexion, si elle en est encore à ses balbutiements en ce qui concerne, par exemple, la mise en place de pools, est en revanche beaucoup plus avancée s'agissant de l'amélioration de l'accueil des agents. Là encore, la thématique de l'écoute et de l'accueil figurent aux avant postes de l'agenda des priorités de la Direction et tout particulièrement du DRH. Une plus grande écoute et un meilleur accueil sont, en effet considérés comme des éléments déterminants d'une politique active de lutte contre l'absentéisme. L'enjeu ici n'est pas tant de diminuer le nombre des absences que d'en

raccourcir la durée, le retour plus rapide au travail étant favorisé par une meilleure intégration et/ou écoute. Un groupe projet « accueil formation des nouveaux agents »<sup>21</sup> composé de la responsable de formation, de cadres, de représentants du service du personnel, du service communication, du cadre supérieur infirmier en charge du « pôle gestion », de la Directrice de la qualité et de la gestionnaire des risques a ainsi été mis en place. Le groupe a réfléchi aux conditions de faisabilité de cet accueil mais aussi et surtout au sens à lui donner. L'enjeu de cet accueil dans la prévention de l'absentéisme via une meilleure intégration des agents et une meilleure sensibilisation aux risques professionnels a été notamment au cœur des discussions. L'articulation entre l'accueil de « l'établissement » et l'accueil au sein du service reste à approfondir, mais le contenu du volet « institutionnel » de l'accueil est d'ores et déjà arrêté. Il comprend notamment une initiation aux gestes et postures, à l'hygiène, à l'éducation à la santé et aux risques professionnels de même qu'au risque incendie. Une visite de services partenaires est également programmée afin d'améliorer la connaissance du « travail de l'autre » et de favoriser le décloisonnement des perceptions.

L'ensemble de la démarche analytique suivie nous a donc conduit à nous interroger successivement sur les motivations pouvant provoquer l'entrée dans une politique de prévention et de lutte contre l'absentéisme, sur l'élaboration d'un « diagnostic » fiable et enfin sur la formalisation à partir de ce diagnostic de propositions d'actions efficaces. Une approche plus approfondie de deux dimensions du projet à bâtir permettra d'appréhender de façon plus concrète certaines modalités et quelques enjeux de la mise en place d'une telle politique.

---

<sup>21</sup> le programme arrêté pour ces journées d'accueil est joint en annexe

### **3 ÉTUDE DE DEUX DIMENSIONS DE LA POLITIQUE À CONDUIRE**

Il ne s'agira pas d'une étude stricto sensu de deux des « leviers d'action » préalablement identifiés. En effet, l'objectif est ici de réaliser deux coups de projecteur sur ces leviers au regard de constats transversaux.

Le premier de ces constats est le suivant. Pour l'ensemble des actions identifiées et plus généralement l'ensemble des mesures de prévention de l'absentéisme, la phase de mise en œuvre semble devoir s'inscrire à une double échelle : celle de l'établissement mais aussi à un niveau intermédiaire. Des démarches communes sont à prendre au niveau du CHCB en matière d'écoute, de gestion des absences, d'accueil, par exemple. Mais ces mesures appellent également une déclinaison de proximité. Or, les acteurs incontournables, les « rotules organisationnelles » que sont les cadres et plus particulièrement les cadres infirmiers traversent une véritable crise tant identitaire que d'efficacité. Il apparaît donc nécessaire d'en interroger les causes et d'y apporter quelques remèdes dont dépendra assez largement le succès des mesures consacrées à la prévention de l'absentéisme.

Le second constat plus directement ciblé sur les leviers d'actions prioritaires porte sur « le management de la santé » qui constitue au CHCB comme dans la plupart des établissements hospitaliers, le parent paradoxalement pauvre des politiques de lutte contre l'absentéisme. Il apparaît donc très important de sonder les raisons de ce paradoxe et d'examiner des pistes de relance de ce levier essentiel.

#### **3.1 UN MANAGEMENT DE PROXIMITÉ PERFORMANT, CONDITION DE RÉUSSITE SINE QUA NON :**

Le suivi des évolutions statistiques de l'absentéisme par le DRH de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux, mis au regard des changements de cadres intervenus est assez significatif. On observe que les fluctuations du niveau d'absentéisme pour motifs médicaux par service témoignent d'une relation assez forte avec les modifications apportées à l'encadrement du service. Ceci témoigne s'il en était besoin de l'importance du rôle potentiel de ces acteurs, véritables clefs de voûte de l'organisation hospitalière. Il importe donc de mieux comprendre les raisons du malaise actuel et d'explorer les remèdes envisageables.

### 3.1.1 Un corps en crise au CHCB et ailleurs :

Cet état de malaise constaté par l'équipe de direction est également apparu au travers des entretiens avec certains de ces cadres. Les conclusions du rapport DEBROSSE<sup>22</sup> sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale » apparaissent très justes au regard du désenchantement exprimé :

« L'encadrement connaît des jours difficiles. Il est au cœur des tensions (...). Dans les services, le cadre jongle avec la mise en place de la RTT, il subit la pression des médecins qui souhaitent travailler selon leurs souhaits, celle des personnels revendiquant leurs droits à RTT, avec un mécontentement relayé par les syndicats. À cela s'ajoutent, l'absentéisme, la réduction du temps de communication, le manque de secrétaires, l'exigence des patients... Du côté de l'administration et des services techniques, les journées s'allongent car les moyens ont diminué et il faut boucler les dossiers. »

Mais à ce constat d'ordre général doit s'ajouter une approche plus « basco centrée » de la situation. En effet, ce malaise observé au CHCB répond également à des ressorts plus spécifiques à l'établissement. Le premier d'entre eux tient à son évolution au cours des vingt dernières années. L'établissement a, au cours de cette période, considérablement augmenté sa taille et son périmètre d'activité. Or les cadres ont été d'une certaine manière les premières victimes d'une démarche qui, axée sur le développement des activités médicales, a fait la part belle au corps des médecins et marginalisé les cadres administratifs et soignants dans le processus décisionnel. Le poids de ce passé dans le fonctionnement quotidien du CHCB n'est pas mince : sentiment réel et/ou supposé d'une forme d'immunité du corps médical et de ses abus, statut d'exécutant réel et/ou intériorisé peu mobilisateur pour l'encadrement. Le manque de formalisation des procédures tant dans le domaine des soins que sur le plan des ressources humaines et logistiques concourt également à ce désarroi.

Par ailleurs, les cadres de proximité n'avaient aucune vie de groupe, aucune existence collective au niveau de l'établissement. Avant l'année 2000, seuls les cadres supérieurs étaient réunis périodiquement.

Tous ces éléments ont sans aucun doute compté dans la fragilisation particulièrement forte de l'identité professionnelle de ce corps. Les lignes de fractures s'y sont multipliées : « cadres blouses blanches » versus « cadres managers », écartèlement entre une identité d'acteurs de terrain et des devoirs et obligations institutionnelles. La dégradation a été

---

<sup>22</sup> DEBROSSE D. *Projet Hôpital 2007 : la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale* [en ligne]. Paris : La Documentation Française, 2003 [visité le 05.09.03]. Disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000153.shtml>

jusqu'à faire s'effacer assez sensiblement le sentiment partagé par tous les cadres infirmiers d'appartenir à un même corps, pour voir à l'inverse émerger des relations fortement investies affectivement, rancœurs tenaces au delà de relations « normales de travail ». Cette situation particulièrement difficile à aplanir a conduit à la mise en place à la tête de la Direction des soins d'un trio de cadres supérieurs coordonnateurs, en lieu et place de la Directrice des soins par intérim. Il s'agit à l'évidence d'une décision marquant la détermination de la direction à sortir de cette crise identitaire et de ses conséquences sur l'organisation du CHCB.

Mais comment sortir concrètement de cette situation ? Quelle fonction doit véritablement être celle du cadre ? Afin de répondre à ces questions de fond s'agissant des cadres soignants, une « étude sur la fonction cadre » a été lancée en mai 2003. Elle est conduite par une Directrice des soins extérieure à l'établissement et un consultant en Ressources Humaines. Dans le cadre de cette étude, le personnel soignant, les cadres, cadres supérieurs, médecins, l'équipe de direction ont participé à des entretiens individuels et/ou collectifs sur leurs représentations et leurs attentes vis à vis de cette fonction. Les premiers résultats en seront connus au cours du mois d'octobre 2003.

Toutefois sans attendre le résultat de cette étude, des pistes de résolution peuvent être évoquées. Le rapport DEBROSSE évoqué plus haut propose lui-même quelques solutions qui relèvent soit de l'organisation interne de l'hôpital, soit de la refonte des règles qui régissent leur fonctionnement actuel. S'agissant de ces dernières il est proposé :

- une formation des cadres de santé centrée sur la collaboration avec les médecins et une coresponsabilité dans la prise en charge des soins,
- un développement de la formation continue en offrant de vraies perspectives de promotion jusqu'aux fonctions de direction,
- et enfin une rencontre semestrielle avec le « comité stratégique ».

La fréquence de cette association de l'encadrement au comité stratégique apparaît bien faible dans une perspective de réintégration des cadres dans le processus décisionnel.

À ces mesures échappant à la dynamique interne de chaque établissement, s'ajoutent des pistes qui en revanche sont de son ressort :

- la mise en place des pôles avec une réelle capacité d'initiative à côté du médecin responsable,
- une organisation des unités en concertation avec les médecins et respectées par eux,
- un suivi individuel des cadres avec un plan de carrière.

Ces préconisations se retrouvent dans les volets « gestion » et « soins » du futur projet d'établissement du CHCB. De même on notera que la mise en place des 35 h a été le

prétexte à une tentative de relance des conseils de service, tentative plus ou moins avortée selon les secteurs.

Mais comment éviter que ces intentions affichées ne demeurent lettres mortes ? Il semble que cela doive passer par une véritable mutation de la culture organisationnelle actuelle du CHCB.

### **3.1.2 Participation à la prise de décision et partage de valeurs communes :**

#### A) Participation au processus décisionnel

Dans une note sur « le projet de repositionnement de l'encadrement soignant le Directeur du CHCB, présente l'enjeu du « renforcement de la contribution et de l'intégration des cadres à la prise de décision collective » comme essentiel pour le CHCB. Il entend ainsi, au terme de l'étude sur la fonction cadre, redéfinir de façon précise le contenu de cette fonction en insistant sur cette dimension participative. Dans cette note, le Directeur exprime également son désir de voir la Direction des soins se transformer en un « Département des soins », évolution sémantique destinée à souligner la collaboration nécessaire entre cette structure et plus largement l'encadrement infirmier et l'ensemble des directions de l'établissement. La structuration de cette participation plus active aux prises de décisions est également envisagée. La mise en place d'un groupe de cadres soignants qui se penche sur les problèmes liés à l'organisation du travail est demandée. Le groupe projet qui avait été constitué pour réfléchir à la mise en place de la RTT a d'ailleurs montré tout l'intérêt d'une telle démarche dans la mobilisation et l'implication des acteurs de terrain pour trouver des solutions adaptées à leur quotidien. Il s'agirait donc d'établir ce type de démarche de manière plus pérenne. Le Directeur insiste, par ailleurs, sur la nécessité de développer des approches « médico-soignantes » simultanées et non successives. Enfin le dernier volet du projet présenté dans cette note réside dans la structuration d'une instance des cadres sous l'appellation de « conseil de coordination des cadres », se réunissant de façon plus régulière et sur un ordre du jour plus structuré<sup>23</sup>. L'objectif est également de parvenir à un décloisonnement en incluant dans cette instance tous les cadres et pas uniquement les cadres infirmiers.

---

<sup>23</sup> les réunions de cadre telles qu'elles fonctionnent encore aujourd'hui ne permettent pas une telle structuration

Ces propositions apparaissent porteuses de progrès au regard de cet objectif de participation. Toutefois, l'une des clefs de réussite de cette ambition repose sur la vigilance des membres de l'équipe de direction lesquels structurent très largement le processus décisionnel. Or, il s'agit pour eux et notamment pour ceux habitués à des pratiques différentes, qui pouvaient avoir leurs raisons d'être par le passé, d'évoluer et d'interroger leurs méthodes, ce qui n'est jamais aisé.

#### B) Partage de valeurs communes :

Parallèlement à cette problématique de la participation se pose un enjeu tout aussi fondamental : celui du partage et de l'adhésion à des valeurs communes au CHCB. Cette question du sens dans ces deux acceptions : cap, direction et signification des choix est particulièrement importante dans un monde hospitalier particulièrement mouvant. L'interrogation d'un cadre sur le sens de sa fonction est d'autant plus légitime qu'il se trouve « au cœur des tensions et constitue la clé de voûte de la continuité des soins ». Or, confronté à cette double interrogation le cadre se trouve souvent sans réponse.

Les dérives du secteur privé expliquent sans doute pour partie les réticences à conduire des actions dans ce domaine. En effet, les séminaires de cadres y sont particulièrement fréquents. L'enjeu affiché est de développer la motivation de ces derniers afin de booster le chiffre d'affaire. Des travaux récents sur les nouveaux risques professionnels pointent les possibles dérives de telles pratiques. Pousser le cadre à s'identifier aux objectifs de son entreprise par divers biais affectifs (relation de travail organisées sur le mode de l'amitié par exemple) peut en effet conduire à un surinvestissement, une emprise toujours plus grande de la vie professionnelle sur la vie affective, avec des risques de « surmenages » dont le coût économique potentiel est trop volontiers sous-évalué au nom d'un productivisme excessif.

Il importe donc de tenir compte de ce type de dérapage. Néanmoins des expériences constructives, dont il est envisageable de s'inspirer, existent également. À l'hôpital St Paul de Vancouver s'est tenu un séminaire allant dans ce sens. Il s'agissait d'une réflexion des cadres de cet hôpital d'obédience catholique sur le sens de leur « mission ». Pour cela, un intervenant extérieur, Sister Elizabeth Davies, membre du Comité éthique de santé canadien et ancienne directrice d'hôpital ayant conduit une opération de fusion à Terre-Neuve, présida le séminaire. Elle y fit part de son expérience, des difficultés, des joies rencontrées au cours de sa carrière, exposa les motivations qui furent les siennes y compris dans l'adversité et invita l'assistance à un travail d'introspection et de réflexion sur le chemin parcouru et le sens de sa mission. Par delà le brio de l'intervention et l'orientation spirituelle du propos, une telle expérience est assez convaincante quant à la nécessité de tels moments de retour sur soi organisés dans le cadre professionnel pour

exprimer des angoisses mais aussi s'accorder sur un sens commun, des valeurs partagées. Ces valeurs si elles semblent devoir s'articuler autour de la notion de service public peuvent également connaître des déclinaisons locales. S'agissant du CHCB, la restructuration de l'hôpital en cours pourrait ainsi constituer un thème à la fois de réflexion et fédérateur d'énergies.

De tels moments de réflexion se développent, d'ailleurs, entre directeurs d'hôpital que ce soit en interne par le biais de « séminaires de direction » ou en externe au niveau d'organisations syndicales ou associatives.

Il importe de les étendre à l'encadrement et de ne pas sous-estimer les inquiétudes que peuvent susciter au sein du corps d'encadrement les projets tant internes que nationaux de réforme de l'organisation sanitaire. Le rapport au changement et au passé peut expliquer pour partie certains freins organisationnels. On notera, à ce propos, que si le « projet d'établissement » peut être le porteur de ces valeurs, telle n'est pas sa vocation unique : il doit s'agir avant tout d'une projection dans le temps des principaux objectifs que se fixe l'établissement. Au CHCB, le renouvellement de ce projet est en cours de réalisation et devra s'articuler avec le contrat d'objectifs et de moyens signé en juillet avec l'ARH. L'intérêt de tels outils institutionnels n'est pas mince. Ils permettent d'avoir une visibilité, qu'il importe de porter à la connaissance des cadres, sur les évolutions de l'établissement à moyen terme. Si le projet d'entreprise est très fortement axé sur la « culture d'entreprise », le projet d'établissement des EPS combine beaucoup plus approche stratégique et culturelle. D'un point de vue psychanalytique il repose sur le triptyque : dimension réelle, imaginaire et symbolique, avec la nécessité de trouver un équilibre qui laisse une part mesurée aux rêves et aux fantasmes. Mais en tout état de cause ce document ne saurait suffire à forger un socle commun de valeurs fédératrices

Cette démarche participative et créatrice de sens apparaît enfin incontournable dans une perspective de développement dans l'établissement des valeurs d'écoute, de respect et de responsabilisation. Comment attendre d'un cadre qu'il soit porteur de ces valeurs si lui même ne se voit pas responsabilisé, et ne se sent pas écouté et respecté dans son identité professionnelle avec les joies et les craintes légitimes qu'elle peut procurer ? Les exigences de la démarche qualité et notamment de l'accréditation sont assez révélatrices de ces nécessaires adaptations. Au CHCB, l'on constate ainsi une forte propension à l'élaboration de protocoles de soins conçus sans véritable concertation. C'est là oublier que l'intérêt premier du protocole réside dans sa réalisation, prétexte à réfléchir à une amélioration des pratiques. L'appropriation de ces protocoles par les agents s'en trouve nécessairement fragilisée. Mais comment attendre de la part des cadres des approches participatives, de réflexion sur les pratiques soignantes et de responsabilisation des agents alors qu'eux-mêmes se trouvent exclus ou intériorisent un « non droit à la parole ».

Il ne faut d'ailleurs pas mésestimer les difficultés de sortie d'un tel contexte. Face à cette situation ou sous prétexte de celle-ci, les modèles théoriques et l'observation de la pratique montrent que certains cadres ont pu chercher à surmonter cette crise d'identité professionnelle en se désinvestissant, se désengageant professionnellement et se reporter en compensation sur d'autres centres d'intérêt extrahospitaliers. Ce désinvestissement de certains cadres, il ne s'agit pas de l'excuser mais d'en expliquer certains ressorts. On notera, d'ailleurs, que ce positionnement constitue également l'une des lignes de fracture du corps des cadres au CHCB, cette situation créant évidemment des dissensions en son sein. Aussi faudra-t-il recréer une dynamique interne suffisamment forte pour être susceptible de mobiliser ces « cadres désinvestis ».

C) Formation et moyens nécessaires à ce repositionnement :

a) *Formation continue*

Parallèlement à ce « repositionnement » du cadre, il importe de lui donner les compétences et les moyens nécessaires pour assumer ses fonctions. Or, d'importantes améliorations restent envisageables de ce point de vue. L'acquisition de compétences de « management de proximité » via une politique volontariste et déterminée traduite dans le plan de formation continue semble particulièrement souhaitable. Cela concerne au premier chef les cadres nommés à l'ancienneté qui représentent plus de la moitié des cadres en poste au CHCB. Pour les autres, sans dénier aux écoles de formation des cadres la qualité des savoirs transmis, les importantes et rapides évolutions actuelles quant aux attentes en terme de qualité des soins, d'optimisation des organisations incitent à une réactualisation fréquente des savoirs y compris managériaux. Si le rapport au travail a pour partie évolué, on imagine volontiers que le rapport cadre/agent se doit également d'épouser des voies nouvelles qui peuvent échapper au seul bon sens. Cette nécessité de formation continue apparaît d'autant plus importante que les cadres soignants du CHCB se singularisent majoritairement par une faible diversité d'expériences dans d'autres établissements que le CHCB. L'attachement aux racines, à un certain art de vivre pourraient assez largement l'expliquer. Or, ceci n'est pas sans conséquences sur une appréhension particulièrement douloureuse des changements et des modifications d'organisation.

Mais à côté de cet apport sur le plan de la formation, l'exemple le plus parlant du point de vue des moyens visant à favoriser ce repositionnement réside dans la « déconcentration de gestion des absences » qui constitue un volet important de la politique de gestion des ressources humaines et concerne très directement la prévention de l'absentéisme.

b) *Moyens de déconcentration de la gestion des absences :*

Ce projet de déconcentration de gestion de l'absentéisme renvoie à un triple constat d'insatisfaction par rapport à la gestion actuelle. Au niveau de la DRH, l'on déplore la croissance inflationniste des mensualités de remplacement attribuées à certains secteurs d'activité. Or parallèlement, l'on constate du côté de l'encadrement soignant une insatisfaction permanente quant à ce niveau de mensualités versées qui ne fait l'objet d'aucune véritable régulation au niveau de la Direction des soins. Enfin, le personnel soignant se plaint d'une extrême disparité dans la gestion des plannings pour faire face aux absences. Les entretiens réalisés sur le thème de l'absentéisme auprès de plusieurs cadres de proximité du CHCB ont été de ce point de vue particulièrement éloquentes. Parler d'absentéisme à ces derniers renvoyait systématiquement à une préoccupation première liée aux remplacements et aux modifications de plannings possibles pour y faire face. Chacun de ces cadres a témoigné de l'ingéniosité dont il faisait preuve dans la gestion de ces plannings pour faire face notamment aux absences de courtes durée. Mais ces démarches pour astucieuses qu'elles soient parfois n'en présentent pas moins le défaut de la disparité.

L'étonnement de quelques cadres ayant eu un parcours professionnel en dehors du CHCB face à la complexité des plannings des services interpelle et conduit à rentrer plus en profondeur dans la connaissance de ces. Or à l'analyse, ceux-ci apparaissent porteurs d'importantes rigidités. En effet, lors de la négociation de la RTT, les plannings ont été révisés et la plupart d'entre eux ont intégré dans les roulements une semaine de congé annuel. Cette semaine dite « semaine blanche » correspondrait à une pratique ancienne des cadres du CHCB qui aurait été avalisée lors des négociations sur la RTT sans autre forme de procès. Or, pour certains services, les cinquante deux semaines dans l'année ne permettent pas de couvrir l'ensemble des besoins en congés annuels (des allocations de mensualités complémentaires sont alors prévues), pour d'autres cela leur laisse une marge de quelques semaines en effectif surnuméraire par rapport aux besoins du service. Mais l'accord contient en lui même des incompatibilités, puisque parallèlement il garantit aux agents la possibilité de prendre deux semaines de congés pendant la période estivale<sup>24</sup>. Des « mensualités d'été » sont accordées pour combler le besoin que ne couvrent que rarement les semaines de congés annuelles, dites « semaines blanches » intégrées aux roulements pour cette période. Or, la conséquence de ceci est que sur le

---

<sup>24</sup> niveau inférieur aux obligations légales, l'établissement n'étant pas en mesure d'accorder les trois semaines consécutives de congés garanties par les textes.

reste de l'année cela libère des semaines sur lesquelles des congés annuels ne sont pas posés.

Les cadres se trouvent ainsi dans une position de jongleurs confrontés aux aléas de l'absentéisme et aux difficultés d'y répondre compte tenu des marges en effectifs rigidifiées par ce mécanisme de semaine blanche. Alors, c'est le système D qui prévaut, le planning est adapté avec plus ou moins d'astuce et plus ou moins de liberté par rapport aux plannings soumis au CTE. Si cela permet d'apprécier l'aptitude des cadres à gérer au mieux leurs ressources humaines, à éviter au maximum les périodes d'effectifs surnuméraires (qui peuvent toutefois être utiles et sont le plus souvent mises à profit pour organiser des réunions d'équipes et des travaux collectifs), une telle situation apparaît de toute évidence problématique. Elle conduit à une forte hétérogénéité des pratiques et une absence de lisibilité pour les agents. Le problème de lisibilité se pose également d'un point de vue gestionnaire : le suivi des demandes de mensualités pour congés annuels, pour absentéisme de même que le suivi des efforts fait au sein du service s'en trouve fortement compliqué. L'audit réalisé au CHCB pointait d'ailleurs que certaines absences remplacées au niveau du service ne faisaient pas l'objet de signalement auprès de la DRH et de la Direction des soins. En outre, cette approche à dominante technicienne de la gestion des absences se révèle très largement insuffisante. Si la mise en place de la gestion informatisée des plannings programmée pour le premier semestre 2004 offre des perspectives de gain de temps, l'essentiel du problème est visiblement ailleurs.

Il apparaît donc nécessaire de conduire une réflexion sur l'amélioration de ces plannings, réflexion qui doit nécessairement porter aussi sur la formalisation des procédures de remplacement et de gestion des absences au niveau de la direction des soins. Pour cela plusieurs démarches ont d'ores et déjà été initiées. Des cadres membres du groupe projet RTT ont ainsi élaboré, à la demande du DRH, un questionnaire d'évaluation des plannings à destination des cadres appelés à faire remonter leurs ressentis ainsi que celui de leurs équipes et les éventuelles demandes de modification des trames de planning.

Mais d'ores et déjà alerté sur certaines difficultés liées à ces plannings, le DRH a mis en place un groupe de réflexion composé du responsable du pôle gestion des ressources humaines à la Direction des soins, de l'attaché d'administration du service du personnel, du cadre supérieur spécialisé dans cette problématique des plannings. Réunis une première fois pour réfléchir collectivement sur la question de la gestion des absences et des actions qu'ils jugeaient prioritaires d'entreprendre, ils ont conclu à la nécessité de réfléchir à une refonte des plannings et à la mise en place éventuelle de pools de gestion des absences. Les enjeux sont multiples : enjeu humain au sein des services et en dehors (en effet, on constate une forte précarisation des contractuels chargés de ces remplacements lesquels se voient souvent embauchés pour des périodes de très courte durée et reniés leurs droits à congé faute d'une approche coordonnée de leur gestion),

enjeu financier de maîtrise des dépenses et enjeu de responsabilisation des cadres en leur offrant les moyens d'une gestion performante.

Une expérience pilote au niveau des services de chirurgie a été décidée. Un premier travail d'évaluation des marges en effectif que permettrait de dégager la « sortie de la semaine blanche » des plannings de l'ensemble des services de chirurgie a été réalisé. À titre d'exemple, on constate au niveau infirmier, qu'en sortant cette semaine cela permet de dégager un agent par unité tout en assurant le roulement hors CA. Cela libère une marge de manœuvre légèrement supérieure au besoin en CA : 1 ETP pour un besoin de 0,899 ETP par unité pour couvrir les CA. Mais l'essentiel du gain réside ailleurs : dans la souplesse très importante ainsi rendue possible et la mutualisation des moyens entre les cinq services de chirurgie qui doit permettre un moindre besoin de mensualités de remplacement. Toutefois, la création d'un tel pool doit s'accompagner d'une réflexion complémentaire sur les avantages liés au travail dans ce pool et la nécessaire émergence d'une identité professionnelle des soignants moins ancrée dans le service : une forme de bi-appartenance « service/pool ». Cette question identitaire et de statut apparaît fondamentale. Le CHU de Bordeaux a ainsi réussi à fidéliser les infirmières appartenant aux pools de remplacement en leur reconnaissant un véritable statut et des avantages propres (le principe de l'adaptation du service au planning du remplaçant y est admis de même que des avantages en terme de pose des congés annuels plus regroupés). D'autres questions attendent des réponses précises :

- quel doit être le degré de systématisme des remplacements ?
- jusqu'à quel point un service peut-il fonctionner en « effectif dégradé » ?
- quel doit être le champ de la solidarité inter service, quels remplacements doivent être effectués en intra (formation ?) et en inter services (maladie ordinaires et absences pour maladies inférieures à 15 jours ?)
- faut-il des pools communs de remplacement des CA et des arrêts maladie ? Comment être à la fois souple dans le fonctionnement et rigoureux dans la gestion ? (le CHU de Bordeaux a opté pour le guichet unique dans l'accès au pool de remplacement mais pour une gestion par UF différenciée afin de suivre les remplacements liés à la RTT (non inclus dans les plannings contrairement au CHCB), aux CA et aux différents motifs d'absence)
- faut-il mettre en place un pool commun de remplaçants au niveau de l'établissement pour des remplacements de plus longue durée (maternité, CLM, CLD) ?

Si les changements intervenus au niveau de la Direction des soins n'ont pas permis d'avancer dans cette réflexion aussi vite que prévu, la démarche doit se poursuivre. On notera d'ailleurs qu'au nombre de ces outils visant à responsabiliser et faciliter la gestion

des cadres, les cadres supérieurs vont avoir communication d'un montant plafond des mensualités de remplacement qui leurs seront désormais accordées. Il a été demandé de réfléchir à des indicateurs de suivi de l'absentéisme à proposer aux cadres supérieurs afin d'en assurer un suivi par secteur et par service. L'objectif est notamment à terme d'allouer les mensualités de remplacement sur la base de ces données qui devraient permettre d'identifier les efforts entrepris et des difficultés rencontrées par des secteurs particuliers. L'expérience pilote menée en chirurgie devrait également permettre d'offrir des éclairages intéressants de ce point de vue. Une fois évaluée la marge de manœuvre dont bénéficie un secteur pour assurer des remplacements pour certaines absences (absences définies par motifs ou par durée) il serait ainsi envisageable de mettre cette marge en regard avec les absences réellement constatées et mesurées en ETP. Mais avant d'en arriver à ce stade, les données statistiques qui sont apparues particulièrement intéressantes à communiquer aux cadres sont :

1. le nombre de jours d'absence tous motifs d'absence confondus par agent,
2. la durée moyenne d'absence par motif
3. et le pourcentage de l'effectif concerné par motif,

Ceci doit permettre d'avoir une base de comparaison qui tienne compte également des typologies d'absence, lesquelles peuvent renvoyer à des problèmes de remplacement appelant des réponses sensiblement différentes.

Cette question des moyens d'une gestion harmonisée et structurée des absences apparaît fondamentale. En effet, l'absence d'une telle structuration conduit souvent à faire porter l'essentiel de l'effort de remplacement par les agents les plus motivés, avec un risque important d'usure de ces derniers et donc d'absences futures de leur part. Bien gérer les remplacements cela relève aussi de la prévention de l'absentéisme.

Ce vaste chantier à poursuivre illustre donc la nécessité d'accompagner ce « repositionnement » des cadres, des savoirs et outils méthodologiques nécessaires. Au carrefour sinon aux manettes de nombreux leviers d'action, les cadres sont des acteurs qu'il importe de rendre moteurs et porteurs des valeurs et changements souhaités. Ceci est vrai pour l'ensemble des mesures identifiées comme prioritaires pour résorber l'absentéisme au CHCB et notamment pour le « management de la santé » dans l'hôpital dont le faible développement au CHCB comme dans la majeure partie des structures hospitalières me semble justifier une analyse approfondie.

### **3.2 « MANAGER LA SANTÉ DANS L'ENTREPRISE », LE PARENT PARADOXALEMENT PAUVRE DE LA LUTTE CONTRE L'ABSENTÉISME EN MILIEU HOSPITALIER**

Ce n'est pas en effet le moindre des paradoxes que de constater le peu d'intérêt accordé à ce levier dans la prévention de l'absentéisme en milieu hospitalier. En effet, si la dimension multifactorielle de l'absentéisme semble validée, il n'en demeure pas moins que 80% des motifs d'absence en milieu hospitalier sont couverts par des certificats médicaux. Or, si les demandes d'arrêts de travail pour raison de santé peuvent varier en fonction de causes autres que médicales, les problèmes de santé sont le plus souvent réels et ne sauraient être complètement écartés, tant en ce qu'ils impliquent les conditions de travail et leurs impacts sur la santé physique et psychique des agents, que dans un intérêt plus global porté à la santé de l'agent par son employeur. Aussi, nous nous efforcerons de mieux comprendre les raisons de ce relatif désintérêt et proposerons quelques pistes de relance de ce « management de la santé » en milieu hospitalier et au CHCB en particulier.

#### **3.2.1 Des données chiffrées sur l'état de santé du personnel soignant inquiétantes :**

Les risques d'atteintes à la santé liés au travail en milieu hospitalier sont particulièrement élevés. Le nombre de maladies professionnelles inscrites au tableau du régime général est important. On y dénombre notamment l'exposition aux rayonnements ionisants, aux infections microbiennes, l'allergie à des médicaments, à des désinfectants comme l'aldéhyde formique ou le formol, aux allergènes, aux détergents, au latex ou encore les intoxications par anesthésiques au bloc opératoire (qui sont incriminés également dans les atteintes fœtales des femmes enceintes exposés aux risques). En 2002 au CHCB, 8 maladies professionnelles ont été déclarées. Les risques d'accidents du travail (AT) sont également très élevés, qu'ils interviennent dans le cadre direct du soin ou de manière plus indirecte. Dans le cadre de l'activité de soin on peut distinguer trois types d'accidents possibles : les accidents d'exposition au sang ou à d'autres liquides organiques (AES), ceux liés au contact avec les malades (manipulation, agression) et les accidents survenant lors de l'utilisation de matériel médical sans exposition au sang (manipulation matérielle, substances chimiques). Le rapport annuel de la médecine du travail au CHCB se focalise principalement sur l'étude de les accidents du travail intervenant dans le cadre de l'activité de soin. Ils se sont élevés à 127 en 2002 (sur un total de 230 accidents du travail

répertoriés) soit 8 de plus qu'en 2001, cet écart s'expliquant surtout par la hausse des AES. (+ 14 cas soit : 93 AES concernant pour 68,6% d'entre eux le corps infirmier). Les services les plus touchés par ce problème sont les services de médecine, le bloc opératoire et les urgences, la voie privilégiée d'AES étant la piqûre (74,2% des cas) et le moment de survenance se situant entre la 2<sup>ème</sup> et la 5<sup>ème</sup> heure après la prise de poste (48,4% des cas). 37 accidents sont liés au contacts avec les malades dont 31 liés à leur manipulation (contre 24 en 2001). Cette hausse est vraisemblablement la combinaison d'une sensibilisation accrue à cette question mais également d'une situation dégradée. Les agressions sont également en forte progression (119 contre 58 en 2001) mais cela tient sans doute très largement à une modification des comportements et une plus grande propension à les déclarer suite à un important travail de sensibilisation sur ce thème. Enfin le nombre d'accidents de manipulation de matériel médical est inchangé par rapport à 2001 (3cas). Une étude récente sur les accidents de service<sup>25</sup> montre qu'en moyenne les accidents de manutention surviennent dans 20% des cas lors de la mobilisation des patients (contre 15% au CHCB) et 29% lors de l'acte de soin alors qu'au CHCB le niveau des accidents du travail lié aux actes de soins s'élève à 40% ce qui montre la nécessité d'une sensibilisation beaucoup plus forte du personnel infirmier à cette question. Cette étude rappelle également que plus les contraintes sur le rythme de travail sont grandes plus le risque augmente. Contraintes d'horaires liées à la continuité du service, stress provoqué par la confrontation quotidienne à la maladie et à la mort sont autant de facteurs renforçant les risques d'AT. Par ailleurs, si l'on ne dispose pas de base de comparaison, cette étude est riche d'enseignement. Elle précise ainsi que la main est le premier siège des lésions provoqués par les AT (33%), avant même les troubles musculo squelettiques (TMS) du cou et de la colonne vertébrale (24%). En outre l'étude démontre la prédominance de certaines causes dans la survenue des lésions : 85% des lésions dorsales sont liées à des efforts de manutention, 75% des atteintes à la main à l'utilisation d'objets coupants et 75% des lésions des membres inférieurs à des chutes ou glissades. Étude de postes, ergonomie sont les principales pistes évoquées.

Ces données sur la santé des travailleurs en milieu hospitalier sont représentatives de la plupart des approches dans ce domaine. Or, les risques psychiques liés à la charge mentale, au stress, aux rythmes de travail sont réduits au statut de « facteurs aggravants » et non pas considérés comme des risques professionnels appelant des réponses spécifiques. De même, ces études apparaissent restrictives quant à l'intérêt porté de manière globale à la santé des travailleurs. Le poids des pathologies extra professionnelles : survenue de cancers, dépendances, états dépressifs, états fébriles

---

<sup>25</sup> DEXIA. Les absences au travail dans les établissements hospitaliers. Radiographie d'un risque : l'accident de service. *Enjeux statistiques*, 2003, n° 3, pp. 1-4.

répétés, diabètes..., dans les arrêts de travail pour motifs médicaux n'est pas mesuré. Il ne s'agit pas de préconiser une intrusion de l'entreprise dans la vie privée de l'individu via le médecin du travail, ni un passage vers un « eugénisme d'entreprise » visant à sélectionner les plus résistants pour prévenir l'absentéisme. Mais il apparaît légitime de s'interroger sur cette absence d'analyse, de remontée de données via la médecine du travail dans un contexte d'absentéisme élevé et dans un milieu hospitalier où les dépenses en personnel pèsent sur le budget à hauteur de 75% en moyenne.

Face à ce constat, deux explications semblent pouvoir être privilégiées : une médecine du travail cloisonnée dans un modèle daté et un rapport difficile du soignant à sa propre santé.

A) Une médecine du travail cloisonnée dans un modèle daté ?

La médecine du travail apparaît en effet assez largement en retard au regard des importantes évolutions de l'appréhension des conditions de travail. Deux paramètres imbriqués peuvent l'expliquer. Comme le soulignait le médecin du travail de l'entreprise Citroën Rennes, lors d'un entretien, « le fait que le cadre d'exercice de cette profession ait été intégralement défini par le Ministère du travail et les partenaires sociaux, sans aucune consultation du corps médical a induit une certaine approche du métier ». Ainsi, ce dernier, médecin libéral avant d'avoir épousé cette fonction, se félicite d'être « un médecin au service du patient dans le cadre de son activité » et déplore a contrario que nombre de ses collègues aient « tendance à lire seulement le code du travail et à négliger le code de déontologie ». Or ceci n'est pas sans conséquences. Si la considération de certains TMS comme accidents liés à l'activité professionnelle a permis d'étendre le champ d'intervention des médecins du travail et inciter les chefs d'établissements à prendre des mesures préventives, ce suivisme réglementaire est générateur de décalage compte tenu de l'émergence de « nouveaux risques professionnels » non couverts par la loi. Le stress, les troubles psychiques échappent notamment assez largement à leur intervention. Faut-il s'en plaindre ? Comme le souligne Denis DUCLOS<sup>26</sup>, cette notion floue de stress dont la paternité revient à M. SEYLE se voulait la désignation de la « réaction globale » de l'organisme à un ensemble d'agressions. Le concept est donc difficile à cerner et le risque n'est pas mince que les « professionnels de la normalisation médicale » s'en emparent et cherchent à soigner le « mal être » de la personne plutôt que

---

<sup>26</sup> DUCLOS D. *La santé et le travail*. Paris : La Découverte, 1984. 123 p. Repères

des causes aux contours très imprécis. Faut-il alors renoncer au projet d'embauche d'un « psychologue du personnel », demande formulée dans le cadre du CPOM récemment signé par le CHCB et dont le principe est acté mais comme priorité B (non financée pour l'heure) ? Le psycho ergonomiste qui a collaboré au volet « ergonomique » du projet de restructuration du CHCB, souligne lui aussi les risques liés à l'embauche d'un « psychologue du personnel » qui n'offre qu'une écoute aux souffrances psychiques du personnel. Si ces souffrances peuvent être d'ordre personnel (on notera d'ailleurs le glissement sémantique : on ne parle pas de « psychologue du travail ») et conduire à l'orientation de l'agent vers des structures extérieures adaptées, les difficultés liées à l'exercice professionnel ne sauraient trouver pour seule réponse ce cadre d'écoute qui pour nécessaire qu'il soit risquerait d'être contre productif, si cette écoute n'était pas suivie d'effets. Sans remettre en cause l'opportunité d'offrir au personnel ce cadre privilégié d'expression et d'écoute (revendication portée par l'ensemble des organisations syndicales de l'établissement), il importe de réfléchir en amont à l'articulation nécessaire à trouver entre ce psychologue du personnel, les difficultés dont il pourra faire état d'une part, et le groupe projet sur l'organisation du travail que le Directeur du CHCB appelle de ses vœux, d'autre part. C'est donc le rapport de la médecine du travail aux « conditions de travail » réelles (dans leurs formes socialement construites) qui est à repenser. Il est à repenser sur le fond comme nous venons de le voir mais également sur la forme dans une démarche qui ne se borne pas à constater les dysfonctionnements, les maladies et accidents mais participe à la recherche de réponses matérielles et organisationnelles. D'ailleurs le profil de poste imaginé par le Directeur pour cette fonction de psychologue est davantage orienté vers la mise en place de temps d'écoute collective, dépassant le seul cadre des sollicitations individuelles et collectives. Lieu d'expression des difficultés rencontrées dans l'exercice normal de la fonction soignante, ces rencontres seront sans doute également le lieu d'expression de difficultés liées à des dysfonctionnements organisationnels qu'il appartiendrait à un tel psychologue de faire remonter. Il faut donc construire comme nous le verrons les conditions d'émergence d'une telle implication. Mais s'agissant de la « médecine du travail » le problème le plus profond réside sans doute dans cette dichotomie fictive opérée entre santé de la vie personnelle et santé au travail. Cette distinction conduit en effet à des approches relativement manichéennes de la réalité lourdes de conséquences. En effet ceci tend à déresponsabiliser le salarié quant à la préservation de sa santé sur son lieu de travail et à susciter peu d'intérêt de la part de l'établissement pour la « santé globale » de l'agent appréhendée dans sa globalité. Si l'évolution du droit européen du travail tend à promouvoir cette co-responsabilité les effets de réalité de cette nouvelle conception tardent à se faire sentir et ceci tout particulièrement en milieu hospitalier.

## B) Un rapport difficile du soignant à sa propre santé ?

L'occultation de leur propre santé par beaucoup d'agents hospitaliers (médecins, infirmiers ou aides soignants) interroge. Comment expliquer un tel rapport à la maladie de populations particulièrement informées ? Les constats sont nombreux. Lors de discussions avec les médecins du travail du CHCB, ceux-ci me citèrent de nombreux exemples de ce rapport « tabou » des soignants à leur santé : le faible succès rencontré par les campagnes de sevrage tabagique, de vaccination anti-grippale, la loi du silence qui prévaut encore trop souvent face au constat de dépendance alcoolique de collègues de travail ou encore l'absence quasi totale de suivi du corps médical dans le cadre de la médecine du travail. La question des AES qui a mobilisé de nombreux acteurs de l'hôpital pour mettre au point un protocole de prise en charge des agents concernés a été de ce point de vue particulièrement éloquent. Beaucoup d'agents confrontés à ce type d'accidents perdent tout réflexe soignant. Cette perte de repère s'exprime d'ailleurs dans les deux extrêmes : inquiétude irrationnelle, absence de confiance dans les protocoles de prise en charge en place ou à l'inverse totale négation de l'accident et par conséquent des règles élémentaires de précaution à prendre.

Quelques explications théoriques ont pu être données à ses comportements. M. DEJOURS a ainsi beaucoup travaillé sur la psychodynamique du travail et les mécanismes plus ou moins « névrotiques » de défense des salariés face aux difficultés de leurs fonctions. Pour ce dernier, ces mécanismes d'autodéfense seraient d'ailleurs une condition de possibilité d'exercice des métiers concernés. Ainsi la conformation des pilotes de chasse à un modèle psychologique « immature et narcissique » constituerait une modalité d'adaptation aux impératifs de leurs fonctions. S'agissant des professions soignantes, l'absence de prise en compte de leurs problèmes de santé serait également un mécanisme de protection pour surmonter une confrontation quotidienne à la mort et à la maladie.

Il ne s'agit pas ici de porter un jugement sur ce type de comportements assez largement répandu parmi les professions hospitalières mais d'essayer d'en comprendre les ressorts. Faut-il alors inciter les agents à sortir de cette forme « d'aveuglement volontaire » et de quelle manière ? À cette interrogation une réponse affirmative me semble incontournable et avec elle l'exploration des voies de passage à un rapport plus actif du soignant à sa santé.

### 3.2.2 Comment instaurer un rapport plus actif du soignant à sa santé ?

La possibilité de parler des difficultés ressenties face à la mort, à la maladie peut constituer un exutoire pour les soignants autre que le déni des questions de santé relatives à leur personne. Mais il apparaît important également de permettre une meilleure conscientisation des enjeux individuels et collectifs de préservation par chacun de son capital santé.

#### A) Faire prendre conscience de l'enjeu :

Une étude coût/bénéfice de la vaccination des personnes d'âge actif (25-64 ans) contre la grippe, s'intéressant principalement au coût en terme d'absentéisme, a ainsi démontré que quelques soient les hypothèses retenues (épidémie d'ampleur variable, efficacité du vaccin) un bénéfice net apparaît du fait d'une large couverture vaccinale, bénéfice surtout sensible à l'ampleur de l'épidémie<sup>27</sup>. Or, cette catégorie de population est la moins couverte : entre 6 et 22% en moyenne. Le taux de vaccination contre la grippe par la médecine au travail au CHCB s'élève à 5,2 % des agents seulement. Des gains en terme de limitation des absences médicales sont donc envisageables. À cet égard une étude statistique dont l'objectif initial était d'apprécier le caractère saisonnier, « opportuniste » en période estivale, des arrêts maladie de courte durée a conduit au constat suivant. Loin d'augmenter en période estivale, contrairement à un a priori assez répandu, l'absentéisme pour maladie ordinaire tend à suivre les évolutions épidémiologiques hivernales (pics entre octobre et janvier) comme l'illustre le tableau de la page suivante.

De même la constatation que les cancers du sein et de la thyroïde constituent les premiers motifs de mortalité du personnel soignant et justifient une part non négligeable des arrêts longue maladie invite à l'action préventive. Or, jusqu'à ce jour les efforts de la médecine du travail en ce sens n'ont pas permis la sensibilisation escomptée. Qu'en sera-t-il de l'action de sensibilisation spécifique souhaitée par la direction en matière de dépistage du cancer du sein ? Le montage d'un projet médical visant à développer ce volet préventif à destination du secteur sanitaire du CHCB l'a en effet conduit à cette réflexion sur la

---

<sup>27</sup> LÉVY É. La vaccination contre la grippe des personnes d'âge actif (25-64 ans) : une étude coût-bénéfice. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 1992, n° 40, pp. 285-295.

nécessité dans un établissement qui compte 79% d'agents de sexe féminin de mener une action déterminée en interne en ce sens. La vraie question est sans doute de savoir pourquoi la mise en place de tels projets de « bon sens » n'est pas spontanée ?

Si, comme nous l'avons vu, «la psycho dynamique » du travail peut l'expliquer pour partie, l'absence d'évaluation et de suivi statistique des actions entreprises et le manque de structuration du dialogue entre l'établissement et la médecine du travail sur ces questions en constitue également des causes majeures. Aussi les développements suivants s'attacheront à explorer des voies possibles en la matière.

### Répartition des arrêts maladie < et > à 3 jours sur l'année :

année	Arrêt de moins de 3 jours			Arrêt de plus de 3 jours		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
%age parmi les arrêts maladie	27,7	29,7	28	72,3	70,3	72
janvier	18,5	16,4	15,4	16	13,5	17,2
février	8	10,7	11,8	8,6	9	12,1
mars	9,4	11,1	8,1	8,2	9,8	7,6
avril	6,6	6,7	8,1	7,3	8,3	8
mai	7,1	6,5	6,5	8,2	9,5	6,6
juin	6,8	6,1	4,8	6,9	7,9	6,7
juillet	3,2	7,9	7,1	5,4	5,4	7,3
août	5,5	4,7	6,5	7,2	5	7,2
septembre	5,3	7,3	5,8	8,6	8,2	6,7
octobre	8,9	7,9	8,3	9,5	8,4	7,6
novembre	8,9	6,9	9,2	7,9	8,1	7,3
décembre	11,9	7,9	8,5	6,2	7	5,9

#### B) Structurer et évaluer une démarche globale de management de la santé :

S'agissant de cette évaluation et cette connaissance plus globale de l'état de santé du personnel elle apparaît très largement perfectible. Il importe pour cela d'utiliser les moyens disponibles : service spécialisé dans la santé publique, dans les études épidémiologiques. Le groupe Citroën Rennes a ainsi agi en collaboration avec le service d'épidémiologie du CHU de Rennes, alors même qu'aucune action en ce sens n'est

conduite au sein du CHU. Ainsi le rapport sur la « morbidité » dans l'entreprise est particulièrement complet quant aux pathologies les plus fréquentes (liées ou non à l'activité du service). Cette connaissance constitue la base des actions de prévention conduites. Ainsi ont par exemple été développés les programmes dits ADELIOS (suivi des ostéoporoses et promotion de traitements substitutifs hormonaux) et NOEMIE (observatoire des migraines), des bilans nutritionnels, une prévention de l'alcoolodépendance dont l'efficacité a été mesurée et qui ont aujourd'hui valeur d'exemples en la matière. Le suivi statistique a en outre favorisé la sensibilisation de la direction à la nécessité de s'équiper de moyens complémentaires de prévention pour faire face aux pathologies en recrudescence.

Mais il ne faut pas céder à une vision trop idyllique de cette approche globale de la santé des salariés par l'entreprise : des risques de dérive éthique déjà évoqués (non respect du secret médical, sélection sanitaire) existent contre lesquels il importe de se prémunir.

Pour cela créer les conditions nécessaires du dialogue « direction/partenaires sociaux/médecine du travail » constitue un préalable indispensable. En effet, l'une des raisons de l'inaction tient fortement aux craintes respectives des différents acteurs vis à vis d'un tel « management de la santé dans l'entreprise » pour reprendre le titre de l'ouvrage de deux spécialistes suisses de la question : M. KÜNZI et M. RIELLE<sup>28</sup>. Le directeur veut éviter des dépenses dont l'efficacité lui apparaît aléatoire faute d'évaluation, les représentants syndicaux s'inquiètent d'une immixtion de l'entreprise dans ce champ et des risques de discrimination potentiels. Pour le médecin du travail soit il a intégré complètement la dichotomie santé au travail et santé à domicile et ne se sent pas investi de responsabilité dans cette approche plus globale de la santé, soit ses craintes sur un mariage dangereux pour la préservation du secret médical l'incitent à la retenue. Le CHCB se trouve d'une certaine manière dans ce cas de figure. Il importe donc de réfléchir à des pistes permettant de relancer un dialogue souhaitable entre ces trois partenaires sur ce thème.

Les difficultés rencontrées dans le cadre de la démarche interne visant à répertorier dans un document unique l'ensemble des risques professionnels sont à cet égard assez démonstratives. En effet, le fait de confier à la « gestionnaire des risques » la mission de conduire l'audit des situations à risque dans l'établissement et élaborer des propositions d'amélioration du fonctionnement des services identifiés comme particulièrement à risque a été mal vécue par la médecine du travail. La médecine du travail du CHCB reconnaît la nécessité de procéder sur plusieurs jours aux analyses de postes et non pas sur une seule journée comme le leur permet leur emploi du temps. Le service de médecine du

---

<sup>28</sup> KÜNZI G., RIELLE J.-C. *Manager la santé dans l'entreprise*. Genève : Éditions Carrefour Prévention®, 1999. 195 p. Duo : Santé publique et Ressources Humaines

travail au CHCB est en effet relativement sous doté en terme d'effectif au regard des obligations réglementaires : 1.5 ETP (contre 2 nécessaires pour couvrir l'effectif employé), sans l'appui ni d'un psychologue ni d'une assistante sociale. Mais, pour autant elle a assez largement perçu cette fonction comme concurrentielle voire intrusive par rapport à sa mission. Sans doute cette perception n'était elle pas complètement infondée d'ailleurs. La création de ce poste se voulait aussi de la part de la direction, une réponse au manque de réactivité et de relations partenariales de la médecine du travail avec les cadres concernés, observé lorsque des problèmes appelant des réponses institutionnelles ont pu être identifiés par le passé. Cela fut notamment le cas lors de la forte exposition aux rayonnements ionisants d'une femme enceinte en cardiologie. Si dans ce domaine, le CHCB a fortement progressé grâce à l'expertise d'une personne ressource en matière de radioprotection, il n'en reste pas moins urgent de créer les outils d'un dialogue entre deux « univers » aux sensibilités nécessairement différentes.

La problématique des « postes adaptés », si elle ne ressort pas de notre analyse comme un levier d'action prioritaire, montre les prémices de cette possible coopération. En effet, le DRH et les médecins du travail se réunissent à une périodicité régulière pour discuter des situations difficiles. Or, de ces entretiens réguliers semble naître progressivement le sentiment partagé de la nécessité de sortir d'une approche de la question trop stigmatisante reposant très largement sur « un parc de postes réservés » a priori, sur la défense duquel la médecine du travail ne s'arc-boute plus comme par le passé.

La réussite de l'entreprise Citroën dans l'approche globale de la santé des salariés s'explique d'ailleurs en partie par la structuration de sa démarche, dont le CHCB pourrait utilement s'inspirer. Un « comité de pilotage » multidisciplinaire y a été constitué. Il est composé du responsable des ressources humaines, de la communication, des médecins du travail, du service sécurité et ergonomie, de représentants des organisations syndicales, d'un représentant de l'association sportive, culturelle et de loisirs et de l'amicale des donneurs de sang. C'est ainsi qu'a pu émerger le projet « cap santé » de l'entreprise présenté en comité directeur en 2002, projet marqué par le double souci de fédérer et de mesurer les actions décidées. Ce lieu de dialogue, de regards croisés permet d'offrir des garanties éthiques quant au respect du secret médical et à l'absence de dérives de la part de l'entreprise. En outre, l'association du service communication est à souligner car si la prévention ne saurait se borner à de la diffusion d'informations, ce levier « médiatique » ne doit pas être sous estimé.

Au CHCB le comité de gestion des risques professionnels pourrait donc utilement voir sa composition revue dans le sens d'une approche plus globale de la santé qui échappe à une segmentation en grande partie fictive de la problématique. Les ressources internes à l'hôpital pour promouvoir cette démarche ne manquent pas. Ainsi « ce comité de la santé au CHCB » pourrait se composer de membres du corps médical particulièrement orientés

vers la médecine préventive : les pneumologues qui ont déjà mis en place une école du dos par exemple mais également les spécialistes du dépistage en cancérologie. Dans la perspective du développement d'un vrai pôle de santé publique, à vocation prioritairement externe bien entendu, l'on peut également envisager que des démarches préventives soient conduites en interne à des fins de recherches, ceci contribuant également à cet effort de sensibilisation. Les partenariats entre la médecine du travail et l'Amicale du personnel semblent aussi à développer, notamment via cette structure

Mais comme nous le soulignons précédemment les leviers d'action de lutte contre l'absentéisme pour être efficaces doivent s'inscrire à une double échelle : celle de l'établissement que nous venons d'évoquer mais également à un niveau de proximité. Cela vaut également pour cette approche globale de la santé des agents de l'hôpital et renvoie au rôle clef que peuvent jouer les cadres dans ce domaine.

#### C) Le rôle fondamental de l'encadrement à bâtir,

Le rôle de l'encadrement par rapport à la question de l'absentéisme ne saurait en effet se résumer à la seule gestion technique des absences (modifications de plannings notamment). Or le caractère complexe de la gestion des absences explique en partie sinon le désintérêt du moins le faible investissement des cadres dans ce champ du « management de la santé » de leurs agents. Mais dans cette phase de réflexion sur un rôle peu assumé jusqu'alors, se pose la question des contours à lui donner. Ni psychologue à la place du psychologue, ni machine à culpabiliser les absents quelle peut être la fonction du cadre de proximité dans ce management ?

La démarche suivie dans ce domaine au Providence Health Care constitue de ce point de vue un modèle riche d'enseignements. En effet, un guide intitulé « promotion de la présence au travail »<sup>29</sup> à destination des cadres a été élaboré de façon concertée, notamment avec les organisations syndicales pour définir le rôle du cadre en cas d'absences répétées ou prolongées pour motifs médicaux. Ce guide rappelle ainsi les attitudes à tenir par le cadre pendant l'absence de l'agent mais aussi en amont et en aval. Si certains comportements peuvent sembler relever du simple bon sens, la pratique montre des oublis répétées de ces « fondamentaux » :

- appel de l'agent pour s'enquérir de sa situation et lui témoigner de l'attention,
- accompagnement privilégié lors de la reprise de poste.

---

<sup>29</sup> des extraits de ce guide en anglais sont joints en annexe

Mais l'intérêt de la procédure porte surtout sur l'anticipation des absences et la gestion de l'après absence. En effet, manager la santé c'est aussi savoir dire en amont à un agent visiblement en état de souffrance physique ou psychique de s'arrêter. Or, comme le relèvent certains cadres et organisations syndicales du CHCB, l'on constate fréquemment un refus de l'agent de lever le pied au nom de « l'équipe », refus le plus souvent contreproductif. L'arrêt de travail lorsqu'il finit par être incontournable, est vécu par la suite sur le mode de l'échec, avec un fort sentiment de culpabilité qui rend le retour au poste de travail souvent plus difficile et plus tardif. Pour cette raison au PHC il est reconnu comme relevant du rôle du cadre d'identifier les situations à risque et d'offrir à l'agent en souffrance les possibilités de lever le pied, voir de s'arrêter.

À cette action de prévention en amont s'ajoute un suivi à vocation préventive en aval. Ainsi lorsque le cadre constate des absences maladie répétées, il doit prévoir un rendez-vous avec l'agent pour en discuter. Il ne s'agit pas de le culpabiliser par rapport à cet état de fait (le protocole canadien propose des méthodes visant à éviter cet écueil) mais de lui présenter le champ des possibles pour améliorer la prise en charge de sa santé, les possibilités d'aide offertes au sein de l'établissement et de le responsabiliser. Si le droit du travail français invite moins à pareille responsabilisation de l'agent quant à ses devoirs de préservation de son capital santé, pareille approche permet des résultats particulièrement significatifs. En effet, les études statistiques démontrent une forte concentration des absences sur un nombre d'agent réduit aux comportements d'absences répétées. Aussi, les cadres de cet hôpital reçoivent-ils le « top 5 » des agents les plus fréquemment absents afin de cibler leur action sur ces derniers. Or, à l'analyse ces absences répétées s'avèrent souvent liées à des problèmes plus personnels auxquels les agents ne trouvent pas de solution et qu'un aiguillage vers les services sociaux et de médecine préventive adaptés de l'établissement peut permettre de résorber plus facilement. Si l'épée de Damoclès du licenciement pour absences médicales répétées ne pèse pas sur le personnel hospitalier du CHCB, cette procédure d'écoute et d'orientation des agents en difficulté répétée m'apparaît intéressante à explorer et à évaluer. La mise en place du logiciel de gestion informatisée du temps de travail pourrait d'ailleurs faciliter la production de données statistiques plus individualisées permettant une approche de proximité plus personnalisée du problème d'absentéisme.

Mais cette approche ne saurait relever du simple bon sens: être à l'écoute, mener des actions de prévention nécessite une réflexion collégiale en amont sur les comportements à suivre ou non. L'observatoire et groupe de proposition d'action (OGPA) qui pourrait être une émanation conjointe du conseil de coordination des cadres et d'un comité de « gestion des risques professionnels et de santé » reformaté m'apparaît l'instance adaptée à la conduite d'un tel travail de réflexion sur le positionnement des cadres dans le « management de la santé ».

Ceci démontre une fois encore la position déterminante et le rôle clef des cadres dans la réussite des actions envisagées pour prévenir et lutter contre l'absentéisme et en l'occurrence dans cette approche globale de la santé des agents, volet trop souvent négligé des politiques conduites dans ce domaine en milieu hospitalier et en l'occurrence au CHCB.

## CONCLUSION

Au terme de cette réflexion sur les moteurs et la définition des modalités optimales de prévention de l'absentéisme, nous avons donc dégagé des champs et des leviers d'action prioritaires. Les 12 chantiers inégalement engagés s'articulent autour de cinq grands enjeux :

- La question des valeurs d'écoute et de respect à acquérir, qui appelle un véritable changement culturel, une attention et une vigilance renforcée, à considérer dès la phase d'accueil des nouveaux agents,
- La connaissance de l'absentéisme à développer (notamment par la création d'un Observatoire) afin d'en cibler plus précisément les ressorts et d'affiner la politique menée,
- La question sanitaire dans ses deux acceptions: prévention des risques sanitaires professionnels ou/et extra professionnels,
- Les difficultés de gestion des absences (plannings et pools) à résoudre,
- Le dispositif d'entretien, de mobilité et de formation à parfaire.

Mais le repositionnement et l'implication des cadres apparaît en définitive constituer la condition transversale et sine qua non d'efficacité des pistes proposées. Ceci confirme l'importance du travail de réflexion engagé au CHCB sur cette fonction cadre et sur les outils méthodologiques nécessaires à une réappropriation de cette fonction par les intéressés eux-mêmes.

Alors pourquoi se décider ou à l'inverse tarder à agir contre l'absentéisme ? Le travail « d'introspection organisationnelle », la révolution orbitale que nécessite la mise en place d'une politique adaptée permet d'éclairer ces deux réactions. Ce n'est pas tant l'absentéisme qui est tabou que la remise en cause ou du moins les questionnements sur les comportements des soignants, de l'encadrement, de direction. Vouloir prévenir l'absentéisme, choix affirmé et cap maintenu par la direction du CHCB, est donc aussi affaire de courage par delà l'enjeu « économique », le courage de sonder ses dysfonctionnements et ce faisant de partir « à la recherche du temps perdu ».

---

## Bibliographie

---

ALA-MURSULA L. Employee control over working times : associations with subjective health and sickness absences. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, n° 56, pp. 272-278.

ANJARD T. *Favoriser le présentisme en établissement sanitaire et social. L'exemple de l'hôpital local de Graulhet*. Mémoire de fin de formation de Directeur d'Établissement Sanitaire et Social Public : ENSP, 2001. 84 p.

BALLARD J.-M. *Les risques professionnels dans un contexte d'évolution des formes de travail, la modernité régressive*. Mémoire de fin de formation : CNESSS, 1999. 86 p.

BILLIARD I. *Santé Mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*. Paris : La Dispute, 2001. 282 p.

CHEVALIER A. Un registre des cardiopathies ischémiques chez les salariés en activité d'EDF et Gaz de France. Mise en place et premiers résultats. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2001, n° 49, pp. 51-60.

CHEVALIER A. GOLDBERG M. L'absence au travail indicateur social ou indicateur de santé ? *Sciences sociales et Santé*, septembre 1992, vol. 10, n° 3, pp. 47-63.

CLOUTIER E. Les risques d'accidents des infirmières et des préposés aux services d'alimentation selon leur âge. *Gérontologie et société*, mars 1997, n° 80, pp. 234-243.

COSTARGENT G. *Rapport sur les violences subies au travail par les personnels de santé* [en ligne]. Paris : La Documentation Française, octobre 2001 [visité le 05.09.03]. Disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/024000093.shtml>

DANOS J.-P. Exemple de résolution de l'absentéisme dans le département Gériatrie du Centre Hospitalier de Lourdes. *Gestions Hospitalières*, décembre 2002, pp. 795-800.

DARTIGUEPEYROU M. Étude comparative des niveaux de stress des infirmières en poste de « volante » et en poste fixe des Hôpitaux Publics de Dax et de Bayonne. *Santé Publique* [en ligne]. 1999, volume 11, n° 2, [visité le 02.09.2003]. Disponible sur Internet : <http://www.sfsp-france.org>

DEBROSSE D. *Projet Hôpital 2007 : la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale* [en ligne]. Paris : La Documentation Française, 2003 [visité le 05.09.03]. Disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000153.shtml>

DEXIA. Les absences au travail dans les établissements hospitaliers. Radiographie d'un risque : l'accident de service. *Enjeux statistiques*, 2003, n° 3, pp. 1-4.

DUCLOS D. *La santé et le travail*. Paris : La Découverte, 1984. 123 p. Repères

DUMON M. *L'absentéisme : quel diagnostic pour quel traitement ? Réflexions issues du vécu au Centre Hospitalier de Versailles*. Mémoire de fin de formation EDH : ENSP, 1996. 65 p.

ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DIRECTION DES HÔPITAUX. *Étude portant sur le vieillissement du personnel hospitalier à travers une pathologie particulière, la lombalgie*. Paris : Direction des Hôpitaux, 1990. 54 p.

FLOUR P. Le présentéisme, un nouveau gisement de productivité. *Stratégie Santé Mensuel*, janvier 1995, n° 67, p. 26.

FOUCHER R. *Un nouveau modèle explicatif de l'absentéisme basé sur une approche globale et intégrée*. Montréal : Université du Québec, 1990. 47 p.

FRENCH M. Prevalence and consequences of smoking, alcohol use and illicit drug use at five worksites. *Public Health Reports*, septembre/octobre 1995, vol. 110, pp. 593-599.

GÖETINCK J. *La gestion des postes pour les agents en difficulté ou comment lutter contre l'absentéisme prévisible*. Mémoire de fin de formation de Directeur des Soins : ENSP, 2002. 63 p.

GOLLAC M., VOLKOFF S. *Les conditions de travail*. Paris : La Découverte, 2001. 118 p.  
Repères

GEURTS S. Les maux néerlandais : l'absentéisme et l'incapacité de travail. *Revue Internationale de la Sécurité Sociale*, avril 2000, vol. 53, pp. 97-125.

GUO H.-R. Back pain prevalence in US industry and estimates of lost workdays. *American Journal of Public Health*, juillet 1999, vol. 89, n° 7, pp. 1029-1034.

HOIBIAN F. Agir contre les accidents du travail au Centre hospitalier de Firminy. *Gestions Hospitalières*, novembre 1996, pp. 680-685.

HOUTMAN I. Job stress, absenteeism and coronary heart disease European cooperative study (the JACE study). *European Journal of Public Health*, 1999, n° 9, pp. 52-57.

HUGONNET A. *L'absentéisme des aides soignants en gériatrie : comment le prévenir ?* Mémoire de fin de formation d'Infirmier Général : ENSP, 1999. 65 p.

KLARSFELD A. Les remèdes de nos voisins européens pour faire reculer l'absentéisme. *Liaisons Sociales Magazine*, avril 2002, pp. 42-45.

KNUTTSSON A. Occupation and unemployment rates as predictors of long term sickness absence in two Swedish counties. *Social Science and Medicine*, 1998, vol. 47, n°1, pp. 25-31.

KÜNZI G., RIELLE J.-C. *Manager la santé dans l'entreprise*. Genève : Éditions Carrefour Prévention®, 1999. 195 p. Duo : Santé publique et Ressources Humaines

*La santé du salarié*. 1999. Toulouse, Deuxièmes journées Michel Despax. Paris : Dalloz, 1999. 135 p.

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

LÉGERON P. *Le stress au travail*. Paris : Odile Jacob, 2001. 381 p.

LÉVI C. Ces entreprises qui jouent aux docteurs avec leurs salariés. *Liaisons Sociales Magazine*, janvier 2003, pp. 48-50.

LÉVY É. La vaccination contre la grippe des personnes d'âge actif (25-64 ans) : une étude coût/bénéfice. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 1992, n° 40, pp. 285-295.

MACH J. Étude sur les conditions de travail du personnel soignant. *Recherches en soins infirmiers*, juin 1995, n° 41, pp. 4-15.

MAES S. Effects of a Dutch work-site wellness-health program: the Brabantia project. *American Journal of Public Health*, juillet 1998, vol. 88, n° 7, pp. 1037-1041.

MALEY É. L'organisation contre l'absentéisme. *Stratégie Santé Mensuel*, janvier 1995, n° 67, pp. 23-25.

MARMOT M. Sickness absence as a measure of health status and functioning; from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1995, n° 49, pp. 124-130.

MCGHEE S. Passive smoking at work : the short-term cost. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, n° 54, pp. 673-676.

MERTANI C. Vieillesse des personnels soignants et travail à l'hôpital. *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*. septembre 1999, n° 17, pp. 25-33.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. *Le travail en France. Santé et sécurité 1999-2000. Actions. Perspectives. Chiffres clés*. Paris : Éditions Liaisons, 2000. 170 p. Collection Liaisons Sociales

MYLLE G. Body mass index, industrial accidents and sick leave : further evidence of an association. *Archives of Public Health*, 1998, n° 56, pp. 81-91.

PAGLIANO B. *Le travail à temps partiel, un frein à l'absentéisme ? Analyse de la situation au Centre Hospitalier de Saint-Malo*. Mémoire de fin de formation EDH : ENSP, 1998. 92 p.

PIQUEMAL A. *Rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé* [en ligne]. Paris : La Documentation Française, novembre 2002 [visité le 05.09.03]. Disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/024000571.shtml>

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

PODEUR A. Qu'est-ce que le risque hospitalier ? In *La gestion des risques : un levier stratégique*. 1<sup>er</sup> congrès de l'Association Française des Gestionnaires de Risques Sanitaires (AFGRIS) [visité le 02.09.03]. Jussieu. Disponible sur Internet :

<http://www.ccr.jussieu.fr/afgris>

PRUNET G. *Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques ? Cas d'hôpitaux publics*. Thèse pour le doctorat en Sciences de Gestion : Université Lyon 2, 1999 [visité le 02.09.03]. Disponible sur Internet : [http://www.theses.univ-lyon2.fr/Theses1999/gprunet/these\\_body.html](http://www.theses.univ-lyon2.fr/Theses1999/gprunet/these_body.html)

RÉSEAU RESSOURCES HUMAINES HOSPITALIÈRES. Absentéisme non justifié. *Entreprise Santé*, mars/avril 1996, pp. 18-19.

SALIGNAT J.-C. *La Satisfaction au travail : une réponse à l'absentéisme*. Mémoire de fin de formation d'Infirmier Général : ENSP, 1995. 103 p.

SEVERENS J. Precision and accuracy in measuring absence from work as a basis for calculating productivity costs in The Netherlands. *Social Science and Medicine*, 2000, vol. 51, pp. 243-249.

*Travail, santé, vieillissement, relations et évolutions*. 1999. Paris, Colloque du Ministère de l'Emploi. Toulouse : Octarès Éditions, 2001. 244 p.

UPMARK M. Longitudinal, population based study of self reported alcohol habits, high levels of sickness absence, and disability pensions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1999, n° 53, pp. 223-229.

VAHTERA J. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, n° 54, pp. 484-493.

VERRIER B. Le défi démographique. *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*. avril 2000, n° 18, pp. 5-7.

WALTERS D. Health and safety strategies in a changing Europe. *International Journal of Health Services*, 1998, vol. 28, n° 2, pp. 305-331.

---

## Liste des annexes

---

Annexe I :

Statistiques de l'absentéisme du CHCB au regard des indicateurs retenus dans l'étude Aquitaine

Annexe II :

Programme des journées d'accueil du personnel mises en place :

-accueil 1ers repères bimensuel

-accueil formation nouveaux agents semestriel

Annexe III:

Guide du Providence Health Care à destination des cadres pour améliorer le management des absences et promouvoir le présentéisme

# Annexe I

## Etude par motifs et par filière entre 1999 et 2002

maladie		1999	2000	2001	2002
administratif	abs/agt malade	17,9	13,1	14,0	10,9
	abs/efficif catég	8,1	6,1	5,7	4,8
soignant	abs/agt malade	16,4	19,1	21,2	19,4
	abs/efficif catég	8,5	9,9	11,1	9,4
mé dico tech	abs/agt malade	9,6	13,3	8,8	10,6
	abs/efficif catég	4,5	7,4	4,7	4,5
technique	abs/agt malade	13,4	12,4	13,9	14,9
	abs/efficif catég	7,8	6,5	7,7	7,8
CHCB	abs/agt malade	15,9	17,5	19,2	17,8
	abs/efficif catég	8,2	9,1	9,9	8,6

CLM		1999	2000	2001	2002
administratif	abs/agt malade	137,6	184,4	161,5	135,0
	abs/efficif catég	4,2	5,4	5,4	2,9
soignant	abs/agt malade	128,2	133,9	139,3	147,9
	abs/efficif catég	2,5	2,6	2,3	3,2
mé dico tech	abs/agt malade	127,0	0	217,0	56,0
	abs/efficif catég	3,6	0	2,9	0,7
technique	abs/agt malade	156,0	185,7	174,0	76,0
	abs/efficif catég	4,8	2,8	0,9	0,4
CHCB	abs/agt malade	133,9	146,3	147,5	142,2
	abs/efficif catég	3,0	2,8	2,5	2,8

CID		1999	2000	2001	2002
administratif	abs/agt malade	11	261	81	168,5
	abs/efficif catég	0,1	1,5	1,4	3,6
soignant	abs/agt malade	139,8	124,4	182,4	194,5
	abs/efficif catég	1,4	0,8	1,1	1,6
mé dico tech	abs/agt malade	0	0	0	0
	abs/efficif catég	0	0	0	0
technique	abs/agt malade	73,0	0	0	0
	abs/efficif catég	0,4	0	0	0
CHQB	abs/agt malade	118,2	139,7	154,7	188,0
	abs/efficif catég	1,1	0,7	1,0	1,5

M/P		1999	2000	2001	2002
administratif	abs/agt malade	0	0	0	0
	abs/efficif catég	0	0	0	0
soignant	abs/agt malade	81,5	70,0	78,8	55,0
	abs/efficif catég	0,3	0,3	0,3	0,3
mé dico tech	abs/agt malade	44,0	88,3	130,5	261,0
	abs/efficif catég	0,6	3,6	3,5	3,4
technique	abs/agt malade	0	0	107,0	14,0
	abs/efficif catég	0	0	1,1	0,1
CHQB	abs/agt malade	74,0	76,1	96,6	73,3
	abs/efficif catég	0,2	0,4	0,5	0,3

AT		1999	2000	2001	2002
administratif	abs/agt malade	29,5	1	41	59
	abs/efficif catég	0,7	0,0	0,2	0,3
soignant	abs/agt malade	16,2	26,2	26,9	41,6
	abs/efficif catég	0,6	0,9	1,3	2,0
médico tech	abs/agt malade	12,0	20,0	8,0	4,5
	abs/efficif catég	0,2	0,5	0,2	0,1
technique	abs/agt malade	8,8	17,9	18,7	32,3
	abs/efficif catég	0,8	1,5	0,9	1,4
CHCB	abs/agt malade	14,8	23,6	25,7	41,8
	abs/efficif catég	0,6	0,9	1,1	1,8

A de trajet		1999	2000	2001	2002
administratif	abs/agt malade	0,0	0,0	0,0	0,0
	abs/efficif catég	0,0	0,0	0,0	0,0
soignant	abs/agt malade	29,2	40,0	43,9	12,1
	abs/efficif catég	0,1	0,2	0,3	0,1
médico tech	abs/agt malade	0,0	0,0	0,0	32,0
	abs/efficif catég	0,0	0,0	0,0	0,4
technique	abs/agt malade	92,0	189,0	23,0	14,5
	abs/efficif catég	0,5	1,0	0,2	0,1
CHCB	abs/agt malade	39,7	61,3	40,4	9,9
	abs/efficif catég	0,1	0,2	0,3	0,1

Maternité		1999	2000	2001	2002
administratif	abs/agt malade	76,2	43,7	63,0	56,2
	abs/efficif catég	4,2	0,8	2,8	2,7
soignant	abs/agt malade	71,9	73,3	80,3	62,7
	abs/efficif catég	3,0	2,6	3,5	2,3
mé dico tech	abs/agt malade	73,0	115,0	106,0	72,0
	abs/efficif catég	3,1	3,1	1,4	1,9
technique	abs/agt malade	53,5	73,0	88,3	1,0
	abs/efficif catég	0,5	0,4	1,4	0,0
	abs/agt malade	72,0	73,2	79,1	61,2
CHCB	abs/efficif catég	2,8	2,2	3,1	2,1

motifs médicaux		1999	2000	2001	2002
administratif	abs/agt malade	30,2	26,2	30,6	26,6
	abs/efficif catég	17,4	13,7	15,6	14,2
soignant	abs/agt malade	25,5	27,7	30,7	30,9
	abs/efficif catég	16,2	17,4	20,1	18,9
mé dico tech	abs/agt malade	21,1	22,5	20,7	21,3
	abs/efficif catég	12,0	14,6	12,7	11,1
technique	abs/agt malade	19,8	19,2	18,9	16,6
	abs/efficif catég	14,2	12,2	12,2	4,2
CHCB	abs/agt malade	25,0	26,4	29,0	28,8
	abs/efficif catég	15,9	16,3	18,4	17,2

CHCB					
		1999	2000	2001	2002
maladie	durée/EMA	8,2	9,1	9,9	8,6
	durée/effectif absent	15,9	17,5	19,2	17,8
CLM	durée/EMA	3,0	2,8	2,5	2,8
	durée/effectif absent	133,9	146,3	147,5	142,2
CLD	durée/EMA	1,1	0,7	1,0	1,5
	durée/effectif absent	118,2	139,7	154,7	188,0
MP	durée/EMA	0,2	0,4	0,5	0,3
	durée/effectif absent	74,0	76,1	96,6	73,3
AT	durée/EMA	0,6	0,9	1,1	1,8
	durée/effectif absent	14,8	23,6	25,7	41,8
A de trajet	durée/EMA	0,1	0,2	0,3	0,1
	durée/effectif absent	39,7	61,3	40,4	9,9
maternité	durée/EMA	2,8	2,2	3,1	2,1
	durée/effectif absent	72,0	73,2	79,1	61,2
motifs listés	durée/EMA	15,9	16,3	18,4	17,2
	durée/effectif absent	25,0	26,4	29,0	28,8
tous motifs	durée/EMA	19,7	20,3	23,7	21,1
	durée/effectif absent	23,9	23,3	25,5	27,0

administratif					
		1999	2000	2001	2002
maladie	durée/EMA	8,1	6,1	5,7	4,8
	durée/effectif absent	17,9	13,1	14,0	10,9
CLM	durée/EMA	4,2	5,4	5,4	2,9
	durée/effectif absent	137,6	184,4	161,5	135,0
CLD	durée/EMA	0,1	1,5	1,4	3,6
	durée/effectif absent	11,0	261,0	81,0	168,5
MP	durée/EMA	0	0	0	0
	durée/effectif absent	0	0	0	0
AT	durée/EMA	0,7	0,0	0,2	0,3
	durée/effectif absent	29,5	1,0	41,0	59,0
A de trajet	durée/EMA	0	0	0	0
	durée/effectif absent	0	0	0	0
maternité	durée/EMA	4,2	0,8	2,8	2,7
	durée/effectif absent	76,2	43,7	63,0	56,2
motifs listés	durée/EMA	17,4	13,7	15,6	14,2
	durée/effectif absent	30,2	26,2	30,6	26,6
tous motifs	durée/EMA	21,4	18,2	20,0	17,1
	durée/effectif absent	27,8	23,7	22,1	21,9

soignant					
		1999	2000	2001	2002
maladie	durée/EMA	8,5	9,9	11,1	9,4
	durée/effectif absent	16,4	19,1	21,2	19,4
CLM	durée/EMA	2,5	2,6	2,3	3,2
	durée/effectif absent	128,2	133,9	139,3	147,9
CLD	durée/EMA	1,4	0,8	1,1	1,6
	durée/effectif absent	139,8	124,4	182,4	194,5
MP	durée/EMA	0,3	0,3	0,3	0,3
	durée/effectif absent	81,5	70,0	78,8	55,0
AT	durée/EMA	0,6	0,9	1,3	2,0
	durée/effectif absent	16,2	26,2	26,9	41,6
A de trajet	durée/EMA	0,1	0,2	0,3	0,1
	durée/effectif absent	29,2	40,0	43,9	12,1
maternité	durée/EMA	3,0	2,6	3,5	2,3
	durée/effectif absent	71,9	73,3	80,3	62,7
motifs listés	durée/EMA	16,2	17,4	20,1	18,9
	durée/effectif absent	25,5	27,7	30,7	30,9
tous motifs	durée/EMA	20,0	21,3	25,7	23,0
	durée/effectif absent	23,9	24,0	27,2	29,5

médico technique					
		1999	2000	2001	2002
maladie	durée/EMA	4,5	7,4	4,7	4,5
	durée/effectif absent	9,6	13,3	8,8	10,6
CLM	durée/EMA	3,6	0,0	2,9	0,7
	durée/effectif absent	127,0	0,0	217,0	56,0
CLD	durée/EMA	0,0	0,0	0,0	0,0
	durée/effectif absent	0,0	0,0	0,0	0,0
MP	durée/EMA	0,6	3,6	3,5	3,4
	durée/effectif absent	44,0	88,3	130,5	261,0
AT	durée/EMA	0,2	0,5	0,2	0,1
	durée/effectif absent	12,0	20,0	8,0	4,5
A de trajet	durée/EMA	0,0	0,0	0,0	0,4
	durée/effectif absent	0,0	0,0	0,0	32,0
maternité	durée/EMA	3,1	3,1	1,4	1,9
	durée/effectif absent	73,0	115,0	106,0	72,0
motifs listés	durée/EMA	12,0	14,6	12,7	11,1
	durée/effectif absent	21,1	22,5	20,7	21,3
tous motifs	durée/EMA	16,4	17,7	4,7	13,7
	durée/effectif absent	18,3	18,7	16,1	16,0

technique et logistique					
		1999	2000	2001	2002
maladie	durée/EMA	7,8	6,5	7,7	7,8
	durée/effectif absent	13,4	12,4	13,9	14,9
CLM	durée/EMA	4,8	2,8	0,9	0,4
	durée/effectif absent	156,0	185,7	174,0	76,0
CLD	durée/EMA	0,4	0,0	0,0	0,0
	durée/effectif absent	73,0	0,0	0,0	0,0
MP	durée/EMA	0,0	0,0	1,1	0,1
	durée/effectif absent	0,0	0,0	107,0	14,0
AT	durée/EMA	0,8	1,5	0,9	1,4
	durée/effectif absent	8,8	17,9	18,7	32,3
A de trajet	durée/EMA	0,5	1,0	0,2	0,1
	durée/effectif absent	92,0	189,0	23,0	14,5
maternité	durée/EMA	0,5	0,4	1,4	0,0
	durée/effectif absent	53,5	73,0	88,3	1,0
motifs listés	durée/EMA	14,2	12,2	12,2	4,2
	durée/effectif absent	19,8	19,2	18,9	16,6
tous motifs	durée/EMA	18,3	16,2	17,3	14,2
	durée/effectif absent	23,1	20,1	20,2	18,2

## Annexe II

### Programme Accueil 1ers Repères

<b>ACCUEIL « 1ers REPÈRES » Salle St Léon</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>13h A. RENAUD</b> Service communication</li></ul> <p>Accueil café(salle St Léon)</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>13h05 H F.JAZERON DRH</b></li></ul> <p>« Mot de bienvenue » (salle St Léon)</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>13h15 A. RENAUD</b> service communication</li></ul> <p>Présentation CHCB + diaporama (salle St Léon)</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>14h PAUSE</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>14H05 A. BERNARD</b> service DRH+ <b>L. BOSSAVIE</b> responsable documentation + <b>A. RENAUD</b> Service communication</li></ul> <p>Groupe1 : Présentation « @bord » l'intranet du CHCB (salle informatique, bâtiment « Le Magnolia ») Groupe 2 : Visite et portes ouvertes DRH (RDC bâtiment de la Direction)</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>14h50 PAUSE</b> <b>A. RENAUD</b> Service communication</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>15h A. BERNARD+ L. BOSSAVIE + A. RENAUD</b></li></ul> <p>G2 : Présentation « @bord » l'intranet du CHCB G1 : Visite et portes ouvertes DRH</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>15h45 JR. ALDA</b></li></ul> <p>Amicale CHCB (salle St Léon)</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>16h15 fin</b></li></ul>

## Programme Accueil Formation Nouveaux Agents :

ACCUEIL-FORMATION NOUVEAUX AGENTS J1 Amphi ZABAL	ACCUEIL-FORMATION NOUVEAUX AGENTS J2 Amphi ZABAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>8h30 A. RENAUD</b>, service communication  Accueil café</li> <li>▪ <b>8h45 A.PIQUEMAL</b> Directeur  Présentation du projet d'établissement,  <b>AC. LOSSER</b> Directeur Qualité  Accréditation qualité</li> <li><b>J. LAFFORE</b> DIRECTEUR PROJET NOUVEL HOPITAL ET COMMUNICATION  Restructuration du CHCB</li> <li>▪ <b>11h15 PAUSE</b></li> <li>▪ <b>11h30 D. POUJADE CSS</b>  Diversité des métiers au CHCB</li> <li>▪ <b>12h30 REPAS</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>8h30 Dr. CAILLAUD et Dr. TEULIERES</b>, médecins du travail  Groupe 1 : Risques professionnels Groupe 2 : Education à la santé (salles de cours ZABAL)</li> <li>▪ <b>10H</b> <b>P. RODRIGUES et D. ECHEVERRIA</b>, responsables sécurité Groupe 1 : Le risque incendie (salle de cours ZABAL)</li> <li><b>G.DELCOURT</b>, cadre de santé Groupe 2 : Gestes et postures, Initiation à la manutention (salle de cours ZABAL)</li> <li>▪ <b>11h PAUSE</b></li> <li>▪ <b>11h15</b> <b>P. RODRIGUES et D. ECHEVERRIA</b>, responsables sécurité Groupe 2 <b>G.DELCOURT</b>, cadre de santé Groupe 1</li> <li>▪ <b>12h15 REPAS</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>13h30 A. RENAUD</b>, service communication  <b>Visites sur sites au regard des choix des agents</b> : cuisine, buanderie, ateliers, transports, services de soins...</li> </ul> <p><b>16 h30</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>13h30 Dr BORDES-COUECOU et MA. GARCIA</b> cadre de santé hygiéniste  Prévention des infections nosocomiales</li> <li>▪ <b>15h PAUSE</b></li> <li>▪ <b>15h15 : Forum</b></li> <li>▪ <b>F. JAZERON DRH, Direction des Soins, C. BOSSAVIE</b> responsable formation</li> <li>Table ronde et échanges ( gestion du temps de travail , la formation...)</li> <li>▪ <b>16h45 Bilan de la formation</b></li> </ul>

## ANNEXE III

Attendance Promotion Guidelines

Prepared by Wayne Balshin, Leader Labour Relations and

Stephanie Hennessy, Leader Employee Health & Safety

November, 2001

## Table of Contents

<b>INTRODUCTION</b>	<b>20</b>
<b>GUIDING PRINCIPLES</b>	<b>20</b>
<b>ATTENDANCE PROMOTION POLICY</b>	<b>21</b>
<b>OBJECTIVES OF ATTENDANCE PROMOTION</b>	<b>22</b>
<b>WHY IS ATTENDANCE PROMOTION IMPORTANT</b>	<b>22</b>
<b>WHAT IS ABSENTEEISM?</b>	<b>22</b>
<b>OVERVIEW OF ROLES/RESPONSIBILITIES</b>	<b>24</b>
Leader/Supervisor	
Employee	
Occupational Health and Safety	
<b>LEADER'S CHECKLIST FOR ASSESSING SICK LEAVE</b>	<b>26</b>
<b>SICK LEAVE DATA</b>	<b>27</b>
<b>ASSESSING WHETHER TO CONDUCT AN ATTENDANCE INTERVIEW</b>	<b>28</b>
<b>THE ATTENDANCE INTERVIEW PHASE</b>	<b>29</b>
How to Approach the Interview	
The Interview Setting	
During the Interview Meeting	

## **Common Questions Asked During an Attendance Review:**

**Additional Interviews**

**What Medical Information Can Be Requested**

**Who Should Be Privy to Medical Information?**

## **ATTENDANCE LETTERS35**

**First Attendance Letter**

**Second Attendance Letter**

**Third Attendance Letter**

## **NEXT STEP 40**

**Dismissal for Excessive Absenteeism**

## **APPENDICES**

**APPENDIX “A (1)” INITIAL DISCUSSION**

**APPENDIX “A (2)” IMPROVED ATTENDANCE**

**APPENDIX “A (3)” FOLLOW UP DISCUSSION**

**APPENDIX “A (4)” TERMINATION LETTER**

**APPENDIX “A (5)” ATTENDANCE PROMOTION POLICY**

## **4 INTRODUCTION**

Providence Health Care (PHC) needs a reliable and consistent workforce to achieve its' mission of providing quality and accessible patient centered care. PHC recognizes that employees must cope with ever-increasing societal and familial pressures both on and off the job. These pressures contribute to increasing the level of absenteeism. However, employee absenteeism is a problem that impacts on the quality and accessibility of care. These guidelines are not intended to penalize employees who are confronted with societal and familial pressures.

Rather, these Attendance Promotion Guidelines are intended to assist Leaders and those who supervise staff, (ie. CNSs, CNEs, DC2s etc.) and to address specific situations involving employees who have a history and or pattern of excessive absenteeism.

These guidelines should enable Leaders and Supervisors to effectively manage absenteeism by means of verbal and written communication with the affected employee. Recommendations on how to properly handle the verbal and written communication are outlined below.

## **5 GUIDING PRINCIPLES**

The Attendance Promotion Guidelines are governed by two essential principles:

1. To assist employees who have a pattern or excessive history of absenteeism to achieve regular attendance; and
2. To Assist Leaders and Supervisors to exercise appropriate judgement and sensitivity while considering the unique characteristics of each employee.

## **6 ATTENDANCE PROMOTION POLICY**

It is recognized that absences for illness, injury or urgent personal matters may be unavoidable and the organization will treat these absences confidentially. PHC recognizes that proactive early intervention programs have been successful in helping employees realize personal and professional goals by a quick return to work. The Attendance Promotion Guidelines provide direction to Leaders/Supervisors in assisting employees to improve and maintain an acceptable level of attendance.

---

**These Guidelines are intended as a framework to foster attendance through a non- discipline approach. Application of the Guidelines may vary. Contact Stephanie Hennessy (68635) with questions.**

## 7 OBJECTIVES OF ATTENDANCE PROMOTION

1. Encourage employees to achieve and maintain regular attendance;
2. Recognize employees with good attendance;
3. Provide employees with access to various services (e.g. EFAP, Occupational Health and Safety) and Return to Work Programs as appropriate to promote regular attendance;
4. The exchange of information between the employee and their Leader as it relates to an employee's record of attendance;

## 8 WHY IS ATTENDANCE PROMOTION IMPORTANT

- Employee attendance affects the quality of service and access that PHC provides;
- The financial costs associated with absenteeism are significant to PHC.

## 9 WHAT IS ABSENTEEISM?

The definition of absenteeism is: “ The failure of an employee to report to work as scheduled.”

There are two different types of absenteeism. **Innocent** and **Culpable**.

1. **Innocent** or **non-culpable** absenteeism is caused by illness beyond the employee's control and is usually for medical reasons. Where “culpability” is questionable, absenteeism should be initially approached as “blameless”. Traditional progressive discipline is not appropriate to apply in non-culpable absenteeism situations.

**Non-culpable** absenteeism is addressed in a corrective/coaching manner with the goal being to provide assistance for the employee to improve attendance. Traditional discipline is not applied for non-culpable absenteeism.

2. **Culpable** absenteeism is considered to be within the employee's control. Examples include tardiness, leaving early, being absent without authorization, and invalid use of sick leave (e.g. working elsewhere while claiming sick leave benefits).

**Culpable** absenteeism is subject to traditional discipline. In order to successfully discipline an employee for a culpable absence the employee's action (i.e. absence) should be intentional and within the employee's control.

## **10 OVERVIEW OF ROLES/RESPONSIBILITIES**

### **10.1 Leader/Supervisor**

- Inspire a shared vision of attendance at work;
- Actively promote and acknowledge good attendance;
- Meet with employees who have unsatisfactory attendance records and take appropriate action;
- Ensure employees are aware of the effects of absenteeism (disrupted work schedules, increased costs, increased workload for co-workers and decreased care and service) and procedures for calling in sick;
- Inform employees of the resources available to provide assistance to them (e.g. EFAP, Occupational Health and Safety (OH&S));
- Request OH&S intervention as appropriate;
- Maintain regular contact with employees who are absent due to illness.

For those programs/services/departments/units that employ an excluded Leader and unionized supervisor(s), both positions may administer these guidelines, however, any written communication to an employee about unsatisfactory attendance record must be signed (or co-signed) by the excluded Leader.

### **Employee**

- Attend work according to their work schedule;
- Follow Procedure for Employee absent Due to Illness/sickness;
- Provide appropriate proof of illness when requested;
- Keep Leader informed about issues which may impede their ability to attend work.

## **Occupational Health and Safety**

- Establish ongoing illness/injury case management activities with the employee and other health care providers, and advise the Leader where appropriate.
- Coordinate Return to Work Programs with all appropriate personnel
- Provide/refer employee for health counseling to minimize medical absences from work;
- Advise the Leader where proof of illness is inadequate.

## 11 LEADER'S CHECKLIST FOR ASSESSING SICK LEAVE

Each time an employee is absent due to illness, the Leader should take the opportunity to speak with the employee upon their return to work. This is an opportunity for recognizing that a person is back at work and an opportunity for the Leader to welcome them back and/or address concerns about their absence. This interaction indicates to the employee that their absence was noted and that they are valued when they return to work.

Where practical, ensure that employees who call in sick speak with the Leader, not just leave a message or advise another employee. There are obviously circumstances where the Leader is not available (e.g. night or weekend shift). This increases the employee's accountability and provides the Leader the opportunity to assess the situation. There are numerous points the Leader may wish to cover in the conversation with the employee:

- 4 how long they expect to be off work;
- 4 if the absence is greater than four (4) shifts, advise the employee to see their physician;
- 4 where appropriate, discuss potential for early return to work with temporary modified duties;
- 4 refer employee to OH&S for intervention;
- 4 where there is evidence of malingering or abuse of sick leave, request employee forward a doctor's certificate confirming date of visit(s) to the doctor, general nature of the sickness, anticipate duration of absence, prognosis for return to work, and fitness for work. The medical note should be forwarded to OH&S by the employee.

**It is critical that regular contact be maintained with the sick employee. Frequency of contact will depend on nature of illness. Leaders/Supervisors have the right to inquire about the employee's fitness for work.**

## 12 SICK LEAVE DATA

### Facility Average

All Leaders are responsible for reviewing attendance records to identify those employees whose absenteeism is excessive. In determining an objective standard by which to measure and define excessive absenteeism, the Leader would normally use the annual average from each PHC site overall sick leave percentage. The site averages for the first quarter of 2001/2002 are outlined below:

Arbutus	12.31%	Mount. St. Joseph's	6.73%
Brock Fahrni	11.25%	Melville	4.34%
Cambie Street	6.95%	Sechelt	.94%
Hornby	3.59%	St. Paul's	7.39%
Holy Family	7.60%	St. Vincent's	8.77%
Langara	9.23%	Youville	11.92%

### Total sick leave usage for PHC

1999 - 2000 - 8.12% (Cost of sick time \$7,279,452, cost of WCB lost time \$1,640,696)

2000 - 2001 - 7.65% (Cost of sick time \$7,352,617, cost of WCB lost time \$1,620,105)

First Quarter 2001/2002 = 7.67% (Cost of sick time \$2,187,716, cost of WCB lost time \$477,258)

Calculated as sick time taken divided by [productive hours + unproductive hours (as per the GL)]

### Quarterly Department/Unit Average

Sick leave data per Department/Unit can be obtained from reviewing individual employee calendars in Employee Staffing Program (ESP). In addition a quarterly report for each cost center will be issued to Leaders outlining employee sick time including paid and unpaid sick leave hours, and WCB lost time leave and cost center average.

### Employee Leave Pattern

Leave Patterns Report for PHC staff are available by going to the employee calendar in ESP.

## **13 ASSESSING WHETHER TO CONDUCT AN ATTENDANCE INTERVIEW**

In order for an attendance interview to be effective and productive, the Leader should have a “cause for concern” regarding the employee’s record of absenteeism. There are typically three (3) different types of scenarios.

### **1. Excessive Absenteeism**

Excessive absenteeism is determined by comparing an employee’s attendance record with PHC’s average percentage of sick hours taken per F.T.E.

Example: A site average number of sick hours taken per F.T.E. totals 7.65% during 2000-01. In comparison, the employee had an average of 9.35% hours lost (mostly separate occasions) in 2000-01 due to illness. However, this employee would not need to be interviewed if the 9.35% hours lost in the year related to one accident, illness or surgery. Another example might be that the departmental average may be 2.20%, which is lower than PHC’s average. An individual may have had an average of 9.35% hours lost due to illness. This might be the only individual that the Leader would meet with, but would recognize the good attendance of all other staff members.

### **2. Attendance Record Demonstrates a Marked Change from Previous Attendance Records**

Upon review of the employee’s attendance record, the Leader determines that in the previous two years, the employee has not been away because of sickness. However, the employee has suddenly been absent from work on 6 occasions for a total of 12 days during a 6 month period.

### **3. The Employee’s Attendance Record Demonstrates a Perceived Pattern of Absences.**

The Leader determines that a disproportionate number of the employee’s total occasions of absences are before or after regular days off, statutory holidays, or other pre-scheduled leaves of absences. The absences may also fall on the same day of the week or same time each year or at the same time as spouse.

## 14 THE ATTENDANCE INTERVIEW PHASE

### Steps before the interview phase

Prior to initiating the interview phase you may wish to schedule a meeting with the employee and discuss how things are going and is there anything that you, the Leader/Supervisor can do to assist the employee. These type of meetings would likely occur where the employee has started to demonstrate a pattern of excessive absenteeism, but the circumstances do not warrant initiating the formal interview phase.

*In the absence of unique circumstances, it is recommended a minimum of two interviews with the employee should occur prior to advancing to the letter approach. In terms of documenting the meeting(s) the Leader should complete Appendix "A (1)" and "A (3)" and retain these minutes for future reference. The Leader has the right to meet with the employee without a shop steward present during the Attendance Interview Phase, but by all means encourage the employee to bring their shop steward to the meeting.*

### 14.1 How to Approach the Interview

When it is determined that an employee should be interviewed, the Leader will meet with the employee upon the employee's return following an absence. Attendance interviews should be based on specific facts and/or circumstances of the employee's attendance record.

In cases of non-culpable absenteeism, the meeting is **non-disciplinary** in nature and is intended to be a corrective approach designed to assist the employee in improving attendance.

Prior to conducting an attendance interview, the Leader should:

1. Review the employee's attendance history;
2. Identify the cause for concern; e.g. pattern of absences;
3. Be prepared to discuss the specific impact of employee's absence on the department/unit.

## 14.2 The Interview Setting

Leaders should be aware that in order to encourage participation from an employee during an attendance interview, it is important that the atmosphere be relaxed enough for employees to ask questions of the Leader.

Many employees may feel confused or angry because they are being interviewed about their attendance. Some employees may feel nervous and apprehensive. Leaders need to encourage employees to ask questions which will ease anxiety about the process and allow Leaders to clarify their expectations for improvement.

Employee participation is critical for the resolution of the attendance problem.

## 14.3 During the Interview Meeting

Some points to cover in the meeting may be as follows (ensure you keep notes of all meetings):

- meeting is **non disciplinary** and you are concerned with the amount of time the employee has been absent;

- review the employee's written attendance record inclusive of sick leave for period under review;(eg. Leave Pattern Report - Employee calendar from ESP)
- advise that regular attendance is a job expectation and that absenteeism places a strain on the smooth operation of department/unit and ability to provide care or services;
- explain the fact that the employee being legitimately ill is not in question, but that the health problems they are experiencing need to be addressed with a goal to improving their health thereby reducing sick time;
- ask whether the employee has an ongoing medical condition that would explain the amount of absenteeism;
- encourage the employee to seek appropriate medical attention from their physician;
- refer employee to OH&S for intervention;
- explain Employee & Family Assistance Program services are available;
- ask the employee if there is anything you, as the Leader/supervisor, can do to assist in reducing sick time;
- try to get a commitment from the employee to improve their attendance; and advise the employee that there will be a follow-up meeting in three to four months to review progress.

## **Common Questions Asked During an Attendance Review:**

*Why are you interviewing me? Bill's attendance is much worse.*

Suggested response: We are here today to discuss your record of attendance not Bill's, and as I have mentioned to you I am concerned that your attendance record currently exceeds the Hospital average. I would not discuss Bill's attendance record with you anymore than I would discuss your attendance record with him.

*Are you saying that you do not believe I am really sick when I call in sick?*

Suggested response: I am not questioning the legitimacy of your sick leave but I am concerned about the excessive amount of sick leave you are taking as the department needs you here on a regular basis.

*Why are you singling me out? You are harassing me.*

Suggested Response: I am not singling you out; your record of absenteeism makes you stand out. I am not harassing you. As your Leader, I have an obligation and a responsibility to make you aware of any concern I have which may affect your ability to perform your duties. Certainly, your ability to be at work regularly affects the employment contract you have entered into with the Hospital.

*Do you expect me to come to work when I am sick and infect everyone else?*

Suggested Response: No, but I do expect you to take care of yourself and make an effort to focus on your health in order that you may improve your attendance at work. If you are concerned about infecting co-workers, contact the Occupational Health and Safety who can provide assistance with this issue.

## **Additional Interviews**

Given that the purpose of the discussion is to motivate an employee to attend work regularly and that you have provided avenues for assistance with this improvement, employees should be given a reasonable opportunity following an interview to demonstrate improvement. Where there has been sustained improvement, the Leader should issue a letter of improvement (see Appendix “A (2)”), a copy of which should be forwarded to the Occupational Health Nurse for inclusion in the Occupational Health files.

Bearing in mind that it is not appropriate to conduct an interview after every absence, the Leader should monitor the employee’s attendance and if no improvement is seen after a reasonable interval (three to four months), then a second interview should be scheduled. The Leader should document the discussion in accordance with Appendix “A (3)”. These minutes should be retained for future reference.

## **What Medical Information Can Be Requested**

Generally, employees must provide sufficient information to the Hospital/Residential Facility so that the Hospital/Residential Facility can determine that the reason for absence from work is valid. Therefore, employers can properly require an employee to provide a medical certificate describing:

- nature of the illness or disability;
- prognosis; and
- expected date of return.

In certain circumstances, further information may be requested. For example, if the information provided does not satisfy the employer that the illness or injury is *bona fide*, further information may be requested.

## **Who Should Be Privy to Medical Information?**

Generally speaking, only OH&S will be privy to all medical information furnished by the employee and/or physician to the Hospital. However there are limited circumstances where a Leader is entitled to information relating to an employee's "nature of illness or disabilities". These circumstances include:

- Leader requires medical information as part of an accommodation process (inclusive of Return to Work Program(s));
- Labour Relations requires medical information to respond to grievance(s).

## ATTENDANCE LETTERS

It is important to note that as with attendance interviews, there must be a specific reason to issue an attendance letter. In situations where the employee's absenteeism remains an issue despite prior "interview meeting(s)" it is recommended the Leader "raise" their concern to the employee in the form of a written letter.

*NOTE: There may be circumstances where the **Attendance Interview Phase** is bypassed.*

### First Attendance Letter

Prior to issuing a letter, the Leader should meet with the employee and shop steward to review questions and concerns that were canvassed in previous meetings. As soon as possible after this meeting the Leader should issue a letter to the employee with a copy to be placed in the personnel file. A sample letter is outlined as follows:

"This letter is to confirm our January 3<sup>d</sup>, 2002 interview during which we discussed your attendance record and sick leave usage date.

This interview followed two earlier discussions (June 12, 2001 and September 12, 2001). At the recent discussion, I again reviewed your absences from April, 2001 until December 31, 2001.

I pointed out your apparent tendency to use sick leave prior to and after your scheduled days of rest. You explained that this was merely coincidental and you offered a variety of reasons for your absences: flu, cold, bronchitis, headaches. As stated previously, you felt each of your absences were justified and I noted your resentment towards "*my intrusion*" into your "*private affairs*".

I explained to you that any absences in the department not only places a burden on me but created hardships for others. I then reminded you of the importance that the hospital places on all its staff in maintaining regular schedules.

I offered to assist you towards arranging a medical check up with a physician but you declined my offer.

I concluded the interview by stating that this is not a disciplinary letter. However, I wanted to remind you that regular attendance as scheduled is important, that your sick leave usage will be closely monitored from now on, and that we will conduct another interview on this subject some time in June.

I hope that the problems which are affecting your attendance can be rectified.”

cc: Personnel File  
Occupational Health and Safety

## Second Attendance Letter

Prior to issuing a letter, the Leader should meet with the employee and shop steward to review questions and concerns that were canvassed in previous meetings. As soon as possible after this meeting the Leader should issue a letter to the employee with a copy to be placed in the personnel file. A sample letter is outlined as follows:

“This 2<sup>nd</sup> letter formally indicates the Department’s ongoing concerns regarding your difficulty to attend work on a regular basis. In attendance were (list names).

As outlined in the attached records (eg. Leave Pattern Report), and as discussed with you on (#) occasions, specifically on (dates), your attendance record is unacceptable to the organization. Further, there has been no significant and sustained improvement since our meeting. Your sick leave rate is # hours as compared to facility average of # hours per FTE.

As I have indicated before, I am not questioning the validity of your absences, however your high rate of absence creates operational problems for the department and hampers our ability to deliver care/services.

In inquiring into the reasons for your absenteeism, you have replied that {repeat reasons}.

Our Occupational Health and Safety remains available to provide you with assistance. We strongly recommend that you contact them or your physician to seek assistance in managing your health so that you can meet your responsibility to attend work regularly.

If there is a problem which affects your attendance of which I should be aware, or if there is some other way I can reasonably assist you please tell me.

In the meantime, the Department will continue to monitor your attendance looking forward to your improvement, and will speak with you again in the next {#} months.”

I concluded the interview by stating that this was not a disciplinary interview and that this is not a disciplinary letter. However, please be aware the Department may have to make a decision whether or not to continue your employment relationship if your absenteeism remains above the Hospital average.

cc: Personnel File  
Occupational Health and Safety

## Third Attendance Letter

Where the employee's level of absenteeism continues above the site average (period of 3 to 6 months after the 2<sup>nd</sup> Attendance Letter), a meeting should occur in the presence of a Shop Steward to discuss the issues and a letter should then be issued. Prior to this the Leader should review the Employee's entire attendance record. See sample below:

"Further to my letter of (date), this third letter is being written to you to state the Department's ongoing concern regarding your absenteeism.

We have had {#} discussions between {date} and {date}, wherein I outlined your attendance record, the reasons for my concern, and your responsibility to improve your attendance. Your absences are as follows. See attached Leave Pattern Reports.

Unfortunately, there has been no significant and sustained improvement. Further you have not identified any serious health problem which is affecting your ability to attend work on a regular basis. It is now necessary to review whether your future ability to attend work is sufficient to entitle you to continue in your present position, and you are therefore required to undergo a medical assessment.

The attached Occupational Fitness Assessment Form is to be taken to your physician so that he may provide an assessment to the Occupational Health and Safety.

Once Occupational Health and Safety has had an opportunity to review and discuss this information, I will arrange a meeting with you and your union steward to discuss your employment status."

cc: Personnel File  
Occupational Health and Safety

## **NEXT STEP**

As outlined in the sample letter, the employee is required to undergo a medical assessment to determine whether the employee has the physical ability to attend work regularly in the future.

Upon receipt of the completed fitness form medical assessment, the Leader and Occupational Health and Safety should meet to discuss the appropriate course of action.

Upon the Leader reaching this point it is fair to assume the following:

- The employee has had ample opportunity and has not improved his/her attendance to any significant/sustained extent;
- The employee has not presented a clear reason for the absence such that an obvious alternate path for handling the problem would be evident, i.e. a disease or disability, recognized substance abuse, serious personal/home problem which the employee is attempting to work out with Occupational Health and Safety/EFAP, etc.

## 14.4 Dismissal for Excessive Absenteeism

It is incumbent upon the employer to make reasonable efforts to assist an employee in improving their attendance. Termination for excessive absenteeism is not considered disciplinary, but rather is done as the employee has breached their employment contract by not attending work on a regular and consistent basis.

If an employee's absenteeism continues to remain excessive with no improvement and termination is to be considered, it is important to note that an Arbitrator will review the merits of a case based on the following criteria:

1. Is the employee's absenteeism excessive?
2. Has the employee been advised that their attendance record is not acceptable and must improve?
3. Has the employee been advised in writing that if their attendance record does not improve their employment is in jeopardy?
4. Has the employer satisfied its responsibility to accommodate the employee if there is an underlying cause? (see Process for Duty to Accommodate)
5. Is it clear that the employee is incapable of regular attendance in the foreseeable future?

If you are considering terminating an employee for excessive absenteeism, you are required to contact your Human Resources Advisor. A sample termination letter is enclosed at Appendix "A (4)".