



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'hôpital**

**Promotion 2004**

---

**Un enjeu important : la gestion de  
l'absentéisme au Centre Hospitalier  
Universitaire de Clermont-Ferrand**

---

**Laurence CARIVEN**

---

# Remerciements

---

Je tiens en premier lieu à remercier Madame Christine Rougier, Directrice des ressources humaines du C.H.U de Clermont-Ferrand, ma maître de stage, pour les conseils qu'elle m'a donné pour la rédaction de ce mémoire ;

Je remercie ensuite mon encadrant mémoire, Monsieur Jean-Paul Dumond, enseignant en gestion et chercheur associé au LAPPS, pour les orientations qu'il m'a conseillé et qui ont guidé l'élaboration du mémoire.

Je remercie Mademoiselle Elise Lemaire, sociologue-démographe, responsable du pôle veille ressources humaines pour l'aide qu'elle m'a apporté dans le traitement des données liées à l'absentéisme.

Je remercie toutes les personnes de la direction des ressources humaines qui ont répondu avec une grande disponibilité à toutes mes questions, notamment Madame Gouttetoquet, Mademoiselle Mialane et Mademoiselle Gallégo.

Enfin je remercie toutes les personnes rencontrées à l'occasion de la rédaction de ce mémoire et qui m'ont apporté leur aide.

Et je remercie également Monsieur Segade, Directeur Général du C.H.U pour l'accueil qui m'a été réservé.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 ETAT DES LIEUX.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La physionomie de l'absentéisme.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Données générales sur les ressources humaines du C.H.U .....	5
1.1.2 L'évolution de l'absentéisme : une croissance structurelle .....	7
A) L'absentéisme par types d'absences .....	9
B) L'absentéisme par catégories socio-professionnelles .....	14
<b>1.2 Le coût de l'absentéisme .....</b>	<b>15</b>
1.2.1 Un coût financier élevé .....	15
1.2.2 Le coût social et organisationnel.....	19
<b>2 TENTATIVES D'EXPLICATION DE L'ABSENTÉISME.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 1<sup>ère</sup> hypothèse : l'intensification du travail.....</b>	<b>21</b>
2.1.1 La relation de l'homme avec le travail.....	21
2.1.2 Intensification du travail : une influence peu probante sur l'absentéisme.....	23
<b>2.2 2<sup>ème</sup> hypothèse : le vieillissement de la population hospitalière.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3 3<sup>ème</sup> hypothèse : le stress professionnel.....</b>	<b>30</b>
<b>3 LA GESTION DE L'ABSENTÉISME : PISTES DE RÉOLUTION.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1 La gestion de l'absence au CHU .....</b>	<b>35</b>
3.1.1 Nature des absences remplacées .....	35
3.1.2 La gestion des remplacements .....	36
A) Les pools de remplacement .....	36
B) Les autres modalités de remplacement .....	37
3.1.3 L'engagement du C.H.U dans une maîtrise active de son absentéisme.....	38
<b>3.2 L'élaboration d'un programme de gestion de la présence au travail.....</b>	<b>38</b>
3.2.1 Le volet répressif : une solution imparfaite .....	39
3.2.2 Le volet préventif et incitatif : un frein à l'absentéisme.....	40
A) Une prime au présentéisme : un levier financier.....	40
B) Une politique de prévention axée sur la personne .....	41
C) Une politique de prévention axée sur l'organisation du travail .....	50
3.2.3 Les facteurs de réussite d'un programme de gestion de la présence au travail...55	

A) Une approche différente de la gestion des ressources humaines.....	55
B) Le rôle de la direction : impulser et soutenir.....	55
C) Le rôle prépondérant des cadres.....	56
D) Le rôle essentiel du service de santé au travail .....	57
E) Les organisations syndicales et le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT): une association indispensable .....	58
F) Planification, suivi et évaluation du programme de gestion de la présence au travail .....	60
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>65</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.E.S : accident d'exposition au sang

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

AS : aide soignant

ASH : agents des services hospitaliers

AT : accident du travail

C.E.J : contrat emploi jeune

C.E.S : contrat emploi solidarité

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

C.H.U : centre hospitalier universitaire

CLACT : contrats locaux d'amélioration des conditions de travail

CLM : congé longue maladie

CLD : congé de longue durée

DREES : Direction de la recherche des études et de l'évaluation et des statistiques

DRH : direction des ressources humaines

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

ETP : équivalent temps plein

GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

IDE : infirmière diplômée d'Etat

MO : maladie ordinaire

MTT : mi temps thérapeutique

RTT : réduction du temps de travail

VAE : validation des acquis de l'expérience

VAP : validation des acquis professionnels

## INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U) de Clermont Ferrand constate depuis 1997 une augmentation constante de son absentéisme : entre 1997 et 2004 on enregistre ainsi une croissance de 21,5% de ce taux. En 2000 une aggravation de l'absentéisme se fait sentir et la barre symbolique des 10 % est franchie. Le contexte social est alors difficile en raison de la mise en place des 35 heures qui engendreront plus de 8 mois de grèves. Pourtant 4 ans après, dans un climat aujourd'hui apaisé, ce taux d'absentéisme n'est pas retombé et a même progressé de près de 4,5%.

Situation préoccupante dans la plupart des hôpitaux, en raison des conséquences financières et sociales qu'engendre l'absentéisme, le C.H.U de Clermont-Ferrand se veut volontariste et innovant dans ce domaine. C'est ainsi que soutenue par la direction générale de l'établissement, la direction des ressources humaines (DRH) s'est saisie du problème. Preuve de l'importance de cette problématique, une première mesure, « coup de poing », était adoptée dès janvier 2004: une prime était allouée à tout agent ayant 0 jour d'absence en 2003.

La constitution récente d'un pôle veille ressources humaines, travaillant notamment sur le recueil des données d'absentéisme et le recrutement d'un médecin du travail, chargé de la médecine de contrôle témoignent de cette volonté d'agir sur son absentéisme.

Ce mémoire s'inscrit donc dans une dynamique amorcée par le C.H.U et se doit par un travail de fond d'accompagner ses réflexions. L'étude se limitera au personnel non médical sur emplois permanents<sup>1</sup> c'est à dire le personnel soignant, technique, médico-technique et administratif qui représente plus de 84% de l'effectif total du C.H.U. Ce travail va donc porter sur l'identification des causes de cet absentéisme et sur la formulation de propositions pour juguler le phénomène.

Définir l'absentéisme se révèle un exercice complexe puisqu'il n'existe pas à proprement parler de définition juridique de cette notion. En effet le ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité ne donne pas de définition de l'absentéisme, et aucun article du code du Travail, ne prend en considération ce phénomène. Il en est de même pour le statut de la fonction publique qui se contente de lister les absences autorisées après avoir formulé le principe de la position d'activité. La position d'activité : « c'est la position du

---

<sup>1</sup> Sont donc exclus les contractuels de remplacement, les emplois jeunes et emplois solidarité

fonctionnaire, qui titulaire d'un grade, exerce effectivement l'un des emplois correspondant à ce grade. »<sup>2</sup> Par conséquent un fonctionnaire en position d'activité est contraint par un commandement général qui est l'obligation de servir. Le fonctionnaire est ainsi soumis à une obligation de présence à son poste de travail. Dans le cas contraire, l'agent se place dans une situation d'absence irrégulière (abandon de poste, grève illégale), sauf à rentrer dans l'une des catégories d'absence reconnue par le code. Les différents types d'absences sont ainsi répertoriés : les congés annuels, les congés bonifiés, les congés maladie, les congés maternités et liés aux charges parentales, les autorisations spéciales d'absence, le congé de formation professionnelle, le congé de formation syndicale.

Le terme d'absentéisme se définit alors de façon plus ou moins restrictive, par renvoi à plusieurs éléments. Ainsi l'absentéisme peut être précisé par référence aux notions d'absences prévisibles ou imprévisibles. On peut alors considérer qu'au sens large, l'absentéisme recouvre l'ensemble des absences, prévues ou imprévues. Mais il peut également se restreindre à un comportement marqué par la répétition d'absences volontaires, absences illégales, irrégulières, abusives et plus ou moins justifiées. Pourtant l'absentéisme ne peut se résumer aux absences irrégulières et renvoie alors aux absences non prévisibles. Selon H. Leteurte<sup>3</sup> l'absentéisme peut être principalement défini par le fait de ne pas se présenter au travail alors que l'on est inclus dans l'effectif du planning. De fait, les absences pour formation professionnelle ou formation syndicale ou les absences dues aux jours de réduction du temps de travail (RTT) sont exclues du champ de cette définition.

Défini comme tel, l'absentéisme s'oppose donc au présentéisme. Toutefois le présentéisme s'il signifie que l'agent est présent au travail, ne présuppose pas du travail réellement effectué. En effet un agent peut être présent physiquement sans que le travail soit réalisé.

La définition retenue pour cette étude s'inspire de celle donnée par H. Leteurte. L'absentéisme constitue donc sur une période donnée la somme de toutes les absences physiques, se situant hors des périodes de formation et de représentation syndicale. Cette définition va donc servir de cadre pour le calcul du taux d'absentéisme.

En effet dans cette étude l'absentéisme est mesuré grâce à un taux qui prend en compte dans son calcul les éléments suivants:

---

<sup>2</sup>Loi 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires, Titre 2 du statut général de la fonction publique et Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985

<sup>3</sup>H. LETEURTE, *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, éditions Berger-Levrault janvier 1991

- les absences santé : maladie ordinaire, maladie de longue durée, accident du travail, accident de trajet, maladie professionnelle, maladie imputable au service ou à caractère professionnel, maternité ou adoption
- les absences « non prévues » comme les autorisations exceptionnelles pour événements familiaux : naissance, mariage, décès, les gardes d'enfants malades, etc.

Par ailleurs cerner l'origine de l'absence se révèle une tâche délicate, car c'est un phénomène complexe qui dépend de nombreux facteurs, dont les caractéristiques socio-démographiques, la santé de la population étudiée, mais aussi le contexte organisationnel et les caractéristiques du travail, le contexte socio-économique en général.

De plus, mêmes si elles sont en grande majorité liées à la santé, certaines absences tirent leur origine d'une insatisfaction au travail et de problèmes familiaux, conjugaux ou financiers. Ainsi les travailleurs insatisfaits qui estiment ne pas pouvoir obtenir l'appui de leur employeur sont plus enclins à se sentir incapables de travailler. Leurs problèmes personnels auront donc préséance sur leurs obligations professionnelles.

Il y a donc presque toujours une combinaison de facteurs à l'origine d'une absence au travail. La surcharge de travail et des exigences trop élevées peuvent agir négativement sur l'attitude et la motivation, des problèmes somatiques peuvent contribuer à créer une distanciation à l'égard de l'entreprise. Ou alors ce sont des problèmes au poste de travail qui peuvent évoluer vers des phénomènes d'incertitude et de stress qui conduisent à l'absence. Enfin, des problèmes d'ordre privé ou des crises relationnelles peuvent par le biais du psychisme, influencer l'attitude vis-à-vis de l'établissement.

Les difficultés à définir la notion et cerner son origine rendent complexes les études menées dans ce domaine. Les recherches sur l'absentéisme notamment dans le monde hospitalier ont pris du retard par rapport à nos voisins européens et anglo-saxons tels que le Canada et les Etats-Unis. Selon l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires, l'absentéisme était un sujet peu exploré ces dernières années en raison de « l'image fortement négative dans le public et le désaccord des partenaires sociaux sur sa définition [qui] ont limité les investigations des administrations sociales comme des chercheurs ». En outre le rapport de 1992 de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris consacré à « l'analyse de l'absence au travail » déplorait le fait que cet absentéisme en milieu hospitalier reste trop méconnu. En effet les établissements ne procédaient pas à l'analyse du phénomène mais se contentaient de l'observation à la hausse du nombre d'absences, par le biais des données chiffrées obligatoires dans le cadre des bilans sociaux.

L'absentéisme au travail se doit pourtant d'être exploré et étudié, car il est reconnu comme un fait caractérisant la situation actuelle du secteur public dont celle des hôpitaux



publics. L'amélioration de la gestion des hôpitaux publics passe alors, entre autre, par une réduction de l'absentéisme dont les conséquences négatives sont multiples.

Par conséquent si l'absentéisme hospitalier n'a pas fait l'objet d'un grand nombre d'études depuis une dizaine d'années, il constitue un sujet d'actualité et un enjeu important pour l'avenir des établissements de santé, qui adoptent aujourd'hui des attitudes plus soucieuses de prise en compte de la question de l'absentéisme. L'équipe de Direction du C.H.U de Clermont Ferrand a bien pris la mesure du problème, c'est pourquoi, cette étude doit permettre de dégager des préconisations ayant trait à la maîtrise de l'absentéisme tout en examinant la structure de son absentéisme.

Il convient alors avant toute action d'établir un diagnostic préalable de la situation (1<sup>ère</sup> partie): quelle est la physionomie de l'absentéisme ? Il s'agit alors de comprendre grâce aux données statistiques disponibles, la structure de l'absentéisme au C.H.U. En outre quel est le coût de cet absentéisme pour l'établissement ? L'analyse doit permettre de calculer précisément le coût du phénomène au C.H.U afin de s'en servir comme base de réflexion, l'objectif étant de proposer des mesures correctives qui n'aient pas un coût supérieur à celui de l'absentéisme. Ensuite, il convient de résoudre la principale difficulté : quelles sont les causes de l'évolution croissante de l'absentéisme au C.H.U ? Nous examinerons alors les hypothèses qui sont susceptibles d'expliquer son absentéisme (2<sup>ème</sup> partie).

Enfin dans une troisième partie, il conviendra de fournir des recommandations réalistes et adaptées en vue d'une diminution de l'absentéisme (3<sup>ème</sup> partie).

# 1 ETAT DES LIEUX

L'absentéisme coûte cher au C.H.U. Mais avant de voir précisément quel est ce coût, il faut déterminer la physionomie de son absentéisme en répondant aux questions : qui s'absente, à quelle fréquence, pour quelles justifications (maternité, congés de longue durée, congés de longue maladie...), pendant combien de temps ?

## 1.1 La physionomie de l'absentéisme

Avant d'entreprendre des actions de réduction de l'absentéisme, il importe de connaître la structure de l'absentéisme en étudiant le profil des agents, leur catégorie socioprofessionnel, ou le type d'absences concernées. Toutefois, il est nécessaire auparavant de produire quelques données générales sur les ressources humaines du C.H.U.

### 1.1.1 Données générales sur les ressources humaines du C.H.U

Avant même de procéder à l'analyse de l'absentéisme, il convient de donner quelques indicateurs relatifs aux effectifs, à l'importance relative des différents corps, ainsi qu'au nombre de journées de travail réalisées.

Au 31 décembre 2003 au bilan social, l'effectif rémunéré par le C.H.U sur des emplois permanents<sup>4</sup> était de 4 936,08 équivalents temps plein (ETP), représentant 5217 personnes physiques. A cela viennent s'ajouter 532 contractuels de remplacements, emplois jeunes (CEJ) et emplois solidarité (CES). L'effectif total du personnel non médical du C.H.U s'établit alors à 5749 agents.

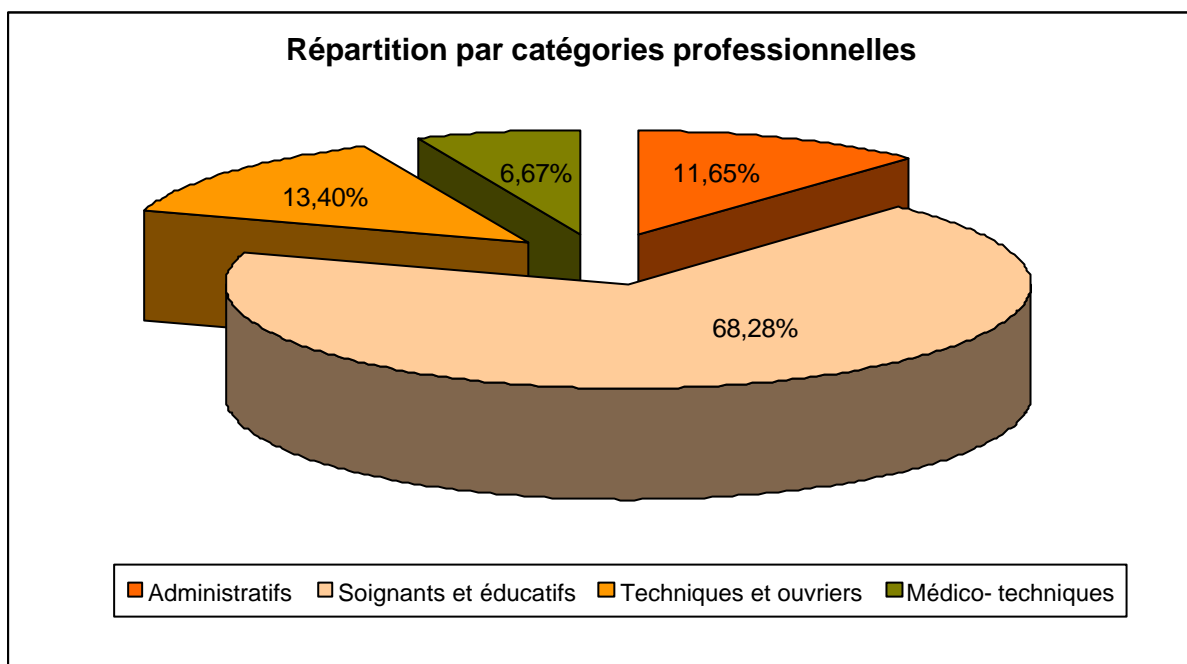
Cependant le bilan social ne présente qu'une photographie de l'effectif à un instant T. Ainsi si l'on calcule l'effectif moyen rémunéré au cours de l'année 2003, on peut considérer que l'effectif du C.H.U représente 5337, 4 ETP.

A titre informatif, l'effectif du personnel médical est de 1120 personnes physiques. Le personnel médical ne représente donc que 16% de l'effectif total qui est 6869 agents.

---

<sup>4</sup> Titulaires, stagiaires et contractuels sur emplois permanents

Le diagramme ci-dessous expose la répartition de l'effectif du personnel non médical entre les différentes catégories professionnelles.



Le personnel soignant et éducatif représente 68,3% de l'effectif global, tandis que le personnel technique et le personnel administratif représentent respectivement 13,40 % et 11,65%. Le personnel médico-technique quant à lui représente 6,7%.

En outre, pour l'année 2003, le nombre de journées théoriquement travaillées par le personnel s'élève à 1 046 952<sup>5</sup>. Cependant ce chiffre n'intègre pas les absences des agents. Si l'on tient compte des absences de l'année, ce sont seulement 930 011 journées de travail qui ont été réellement travaillées. Ainsi ce sont près de 116 941 journées qui ont été perdues. Il faut souligner qu'il n'est pas tenu compte des journées d'absence pour représentation syndicale et pour formation compte tenu de ce qui a été précédemment énoncé.

#### Point méthodologique concernant les calculs des données sur l'absentéisme

Avant d'aller plus loin dans la présentation de l'absentéisme, il convient de préciser quelques points méthodologiques : ainsi les données ont été retraitées, en effet une

---

<sup>5</sup> Source : Bilan social 2003

pondération de 5/7<sup>ème</sup> leur est appliquée, car le bilan social d'un établissement de santé tient compte des jours ouvrés et non pas des jours ouvrables.

Les données qui ont servi de base au calcul du taux d'absentéisme, du taux d'absentéisme par types d'absences et du taux d'absentéisme par catégories socio-professionnelles sont extraites des bilans sociaux du C.H.U, ce qui a permis d'effectuer des études sur 6 ans. Tandis que la réalisation d'autres graphiques (vieillesse de la population et absentéisme notamment) s'est heurtée à l'impossibilité de remonter, après l'année 2001, dans les données du fichier agents et du fichier maladies.

En outre les principales définitions sont jointes en annexe 1.

### **1.1.2 L'évolution de l'absentéisme : une croissance structurelle**

L'absentéisme pour raison de santé s'est significativement accru au cours des cinq dernières années dans la Fonction Publique Hospitalière. En effet le taux d'absentéisme a progressé de 24 % depuis 1998 pour atteindre 9,9 % en 2002.<sup>6</sup> Aujourd'hui le bilan social des établissements de santé, publié par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins en 2001 indique que le nombre de jours moyens par agent est de 23,3 pour les établissements supérieurs à 3000 agents.

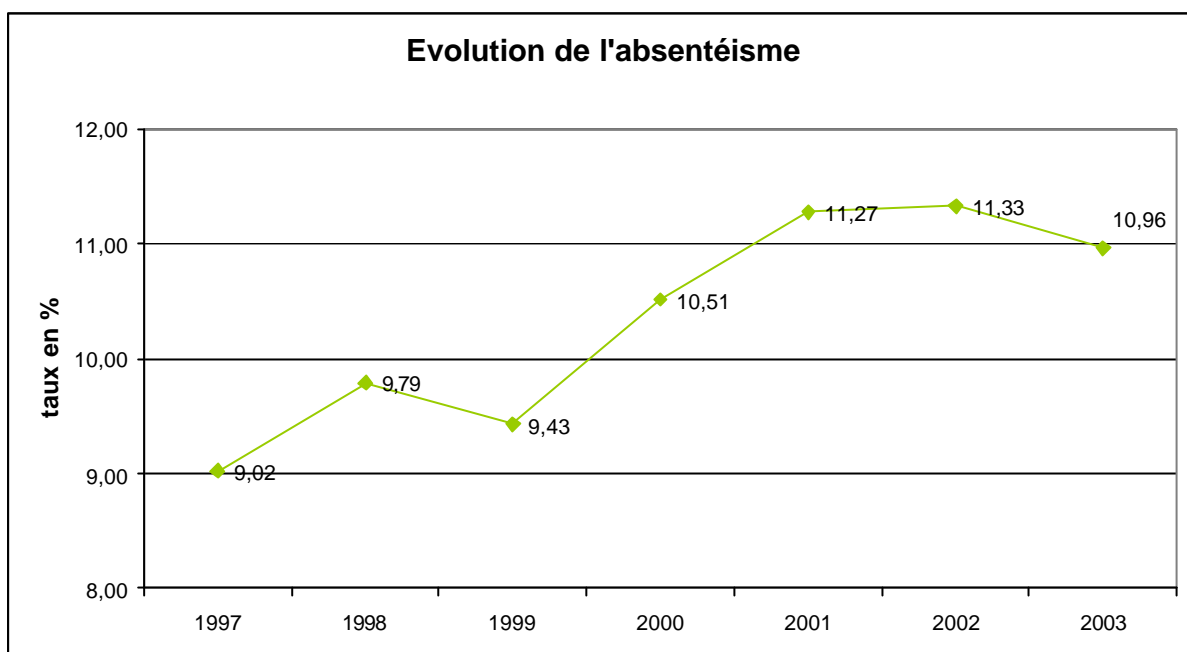
Le C.H.U de Clermont-Ferrand présente ainsi un absentéisme supérieur à la moyenne nationale : le taux d'absentéisme en 2001 est supérieur à 11% (11,27 exactement)<sup>7</sup>. En 2003 il est égal à 10,96%, tandis que le nombre de jours moyens d'absence par agent avoisine les 25 jours.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution du taux d'absentéisme au C.H.U de Clermont-Ferrand depuis 1997:

---

<sup>6</sup> Les absences au travail dans les établissements hospitaliers. *Enjeux statistiques* [en ligne], Edition 2003, numéro 4 [visité le 8/072004]. Disponible sur internet : <<http://www.sofcah.com>>

<sup>7</sup> Cf. Annexe 2



Depuis 1997, le taux d'absentéisme a ainsi augmenté de 21,5%. On constate cependant un léger fléchissement de ce taux en 2003 qui s'explique par l'adoption d'une mesure choc destinée à infléchir l'absentéisme : la prime 0 absence. Cent cinquante euros nets ont été accordés aux agents qui avaient 0 absence entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2003, en permettant aux agents dans une limite de 5 jours de transformer des jours maladie en jours de congés. Le résultat est immédiat : baisse sensible de l'absentéisme.

L'explication de cette hausse structurelle de l'absentéisme est l'augmentation de la durée des arrêts (+23,6% pour les arrêts supérieurs à 100 jours entre 2001 et 2003), ce qui induit une augmentation du nombre de jours moyens d'absences par agents.

#### Répartition en % des jours d'absences et des arrêts selon la durée

	2001		2002		2003	
	Jours	Arrêts	Jours	Arrêts	Jours	Arrêts
De 1 à 4 jours	7,5	54,5	6,7	52,8	5,6	50,7
De 5 à 10 jours	11,3	26,4	10,1	26,4	9,7	26,7
De 11 à 20 jours	5,9	5,8	5,7	6,4	6,0	7,0
De 21 à 30 jours	5,0	3,0	5,0	3,3	4,4	3,1
De 31 à 100 jours	24,6	6,4	23,7	6,7	25,2	7,7
> à 100 jours	45,7	3,9	48,8	4,4	49,1	4,9
	100	100	100	100	100	100

La colonne des jours représente la répartition en pourcentage du nombre de jours d'absences selon la durée de l'absence, et la seconde colonne représente la répartition en pourcentage du nombre d'arrêts selon la durée de l'absence.

A la lecture de ce tableau, on constate que si le poids des arrêts de courte durée reste le plus important, il est en baisse depuis 2001 (54,5 % des arrêts en 2001 et 50,7 % en 2003 soit une diminution de 7,1%). Le volume important des congés en maladie ordinaire se caractérise notamment par une forte proportion des arrêts de courte durée. En effet, les arrêts les plus fréquents enregistrés durent 2 à 3 jours et la moitié des arrêts ne dépassent pas les 4 jours. Le fléchissement de la courte durée se fait alors au profit de l'augmentation des absences de longue durée. Parallèlement la somme des journées d'absence des arrêts supérieurs à 100 jours progresse de 7,6 % sur la période 2001-2003.

Ainsi, aujourd'hui on constate que si les agents ont tendance à s'absenter moins souvent pour des arrêts de courte durée, ils s'absentent globalement plus longtemps. L'étude de l'absentéisme par types d'absences permet de confirmer cette tendance.

#### A) L'absentéisme par types d'absences

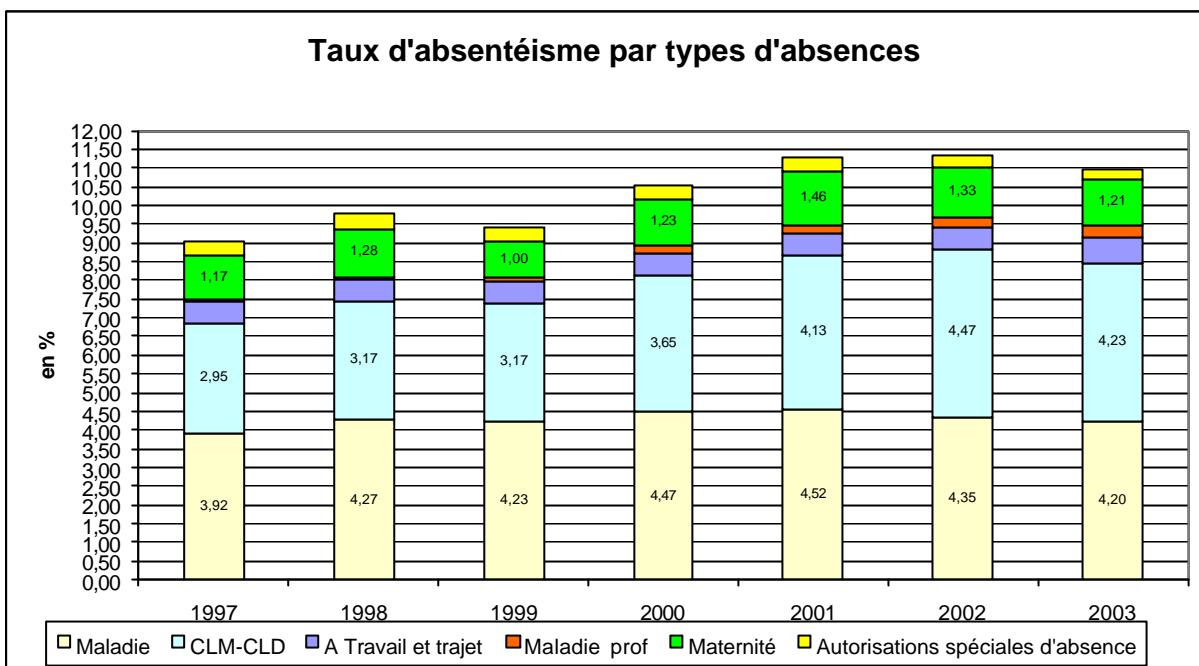
Entre 1997 et 2003, le nombre moyen de jours d'absence par agent a progressé de 23,1%, il est passé de 20,1 à 24,7 jours par agent. Si l'effectif des agents absents a baissé de 5% entre 2001 et 2003, sur l'ensemble de l'effectif physique (tout statut confondu y compris CES, CEJ) au 31 décembre 2003, c'est quand même plus d'un agent sur deux qui a été absent en 2003.

Pour expliquer l'augmentation des journées d'absences par agent, il faut se référer à l'évolution des absences par type d'absence<sup>8</sup>. Il ressort alors des graphiques ci-dessous que trois phénomènes majeurs sont à l'origine de cette progression :

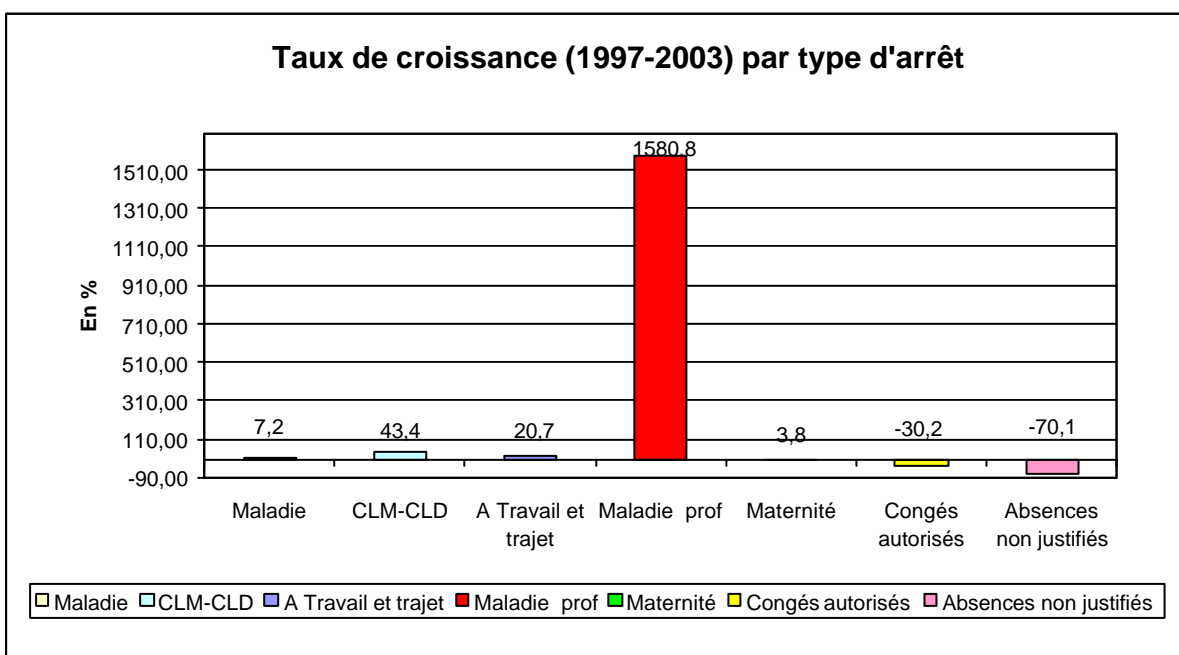
- l'augmentation des arrêts en maladie professionnelle
- l'augmentation des accidents de travail et de trajet (A.T)
- le développement des congés longue maladie (CLM)/ longue durée (CLD)

---

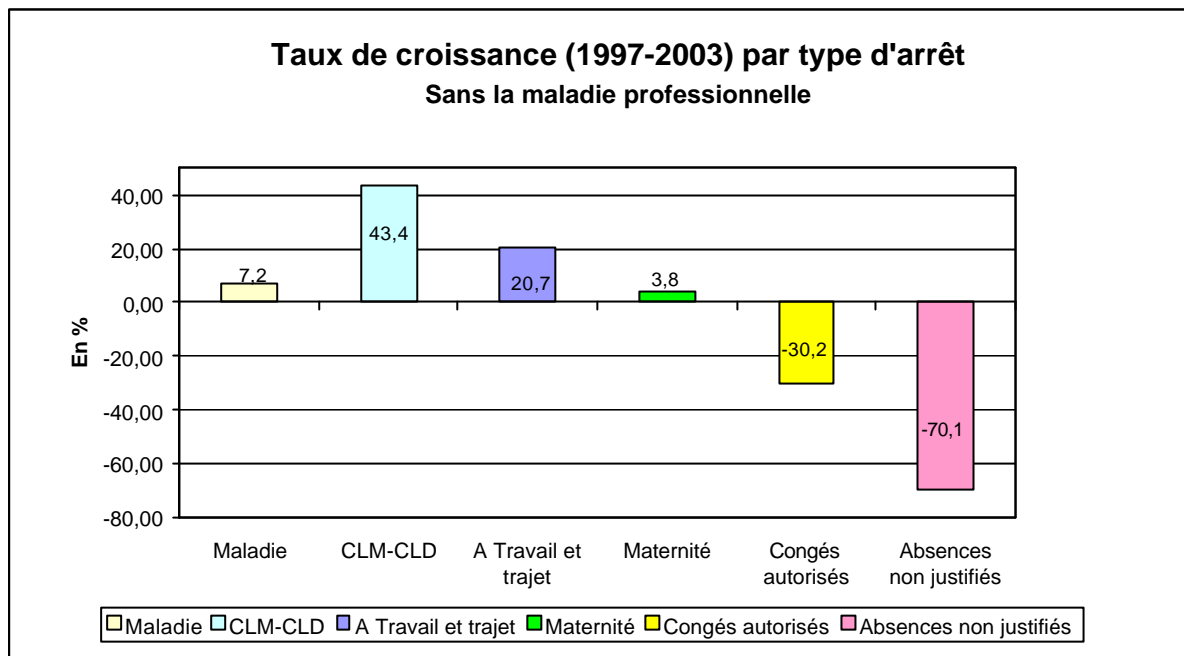
<sup>8</sup> Cf. Annexe 4



L'analyse de l'évolution de l'absentéisme par type d'absence depuis 1997 permet de mettre en évidence certaines évolutions majeures. En effet, l'aggravation de l'absentéisme concerne l'ensemble des risques, toutefois comme le montrent les graphiques ci après, c'est la répartition des types d'absence qui se modifie avec une amplification des absences les plus longues telles que les CLM / CLD, la maladie professionnelle, les accidents de travail et de trajet.



Le poids de l'augmentation de la maladie professionnelle rendant difficilement lisible l'évolution des autres types d'arrêts, il est nécessaire de la neutraliser sur une autre représentation graphique.



Même si la maladie ordinaire représente toujours plus de 38,3% de l'absentéisme global, son poids diminue régulièrement depuis 1997 (- 11,8 %).

Avec une baisse de 14,5 %, la maternité suit la même tendance, mais ce chiffre peut être rapproché de l'évolution démographique de la population des agents hospitaliers, qui connaît une diminution de la proportion d'agents des tranches d'âge les plus fécondes. Cependant en 2003 ce constat est à nuancer en raison d'un rajeunissement lié à l'embauche de personnels jeunes.

L'une des progressions les plus importantes entre 1997 et 2003 concerne la maladie professionnelle avec une progression de 1581%. Cette explosion de la maladie professionnelle s'explique notamment, par le fait qu'elle est mieux diagnostiquée médicalement et mieux reconnue juridiquement. En effet, une plus grande sensibilisation du corps médical sur l'origine professionnelle de certaines pathologies explique cette montée en puissance. Au C.H.U, c'est en très grande partie la reconnaissance des affections consécutives à l'amiante<sup>9</sup> (les locaux du site Gabriel Montpied sont amiantés)

<sup>9</sup> Le décret du 4 janvier 1995 reconnaît maladie professionnelle les pathologies liées à l'amiante



qui fait croître de manière exponentielle le taux d'absentéisme de la maladie professionnelle. Cependant, si la croissance est impressionnante, il n'en demeure pas moins que ce type d'absence reste marginal. Si en 1997, 3 cas étaient reconnus, en 2003 on en compte 14. De telles pathologies entraînent alors un allongement de la durée des arrêts.

Par ailleurs la reconnaissance des affections dorso-lombaires en tant que maladie professionnelle depuis 1999 et l'importance des troubles musculo-squelettiques (à l'origine d'un grand nombre de pathologies reconnues en maladie professionnelle) pourraient contribuer fortement à cette progression. De même, la prise en compte de nouvelles pathologies liées au travail, tel que le stress, pourrait à l'avenir amplifier ce phénomène<sup>10</sup>.

Les congés longue maladie / longue durée enregistrent une évolution spectaculaire<sup>11</sup> : le taux d'absentéisme a progressé de 43,4% en 6 ans pour atteindre 4,2% en 2003. Par ailleurs l'écart entre le taux d'absentéisme maladie ordinaire et le taux CLM / CLD qui était de 1 point en 1997 s'est progressivement réduit jusqu'en 2002 où les congés longue maladie / longue durée ont dépassé la maladie ordinaire.

Comparé à l'effectif physique sur emploi permanent du bilan social au 31 décembre 2003, la population des personnels en CLM/CLD représente 3,6% de l'effectif. Ces agents en CLM/CLD sont relativement âgés puisque l'âge moyen et médian se situe entre 51 et 52 ans. A noter cependant que 15% de ces agents ont moins de 45 ans. Ces personnes seront susceptibles d'être réintégrés, contrairement à des personnes plus âgées pour qui le départ à la retraite apparaît comme une solution possible.

En outre, les pathologies donnant lieu à des CLM/CLD relèvent en grande majorité (72,7%) d'affection psychiatrique. Ensuite viennent les arrêts dus à des cancers (10,7%). Ces pathologies psychiatriques se retrouvent particulièrement chez les infirmières diplômées d'Etat, (IDE) (82%), auxiliaire de puériculture (100%), agent des services hospitaliers (ASH) (73%). Chez les aides soignants (AS), la part des affections psychiatriques est plus faible (57%), mais deux autres pathologies atteignent des taux importants : le cancer (18%) et les rhumatismes (10,2%).

L'accident de travail et de trajet connaît lui aussi une forte progression. Même si le poids des journées d'absence dues aux accidents de travail et de trajet ne représente que 6,4

---

<sup>10</sup> Les absences au travail dans les établissements hospitaliers. *Enjeux statistiques* [en ligne], Edition 2003, numéro 4 [visité le 8/072004]. Disponible sur internet : <<http://www.sofcah.com>>

<sup>11</sup> Cf. Annexe 5

% de l'absentéisme global, le taux d'absentéisme a en effet évolué de 20,7% entre 1997 et 2003. Si on constate une légère diminution des accidents suivis d'arrêts (- 7,4% entre 2000 et 2003), le taux de gravité a fortement progressé (+ 20,5% entre 2000 et 2003 et de + 15,1% entre 1997 et 2003), la durée moyenne des absences qui avoisinait les 23,5 jours en 2000, dépasse ainsi les 26,5 jours en 2003.

Six cents accidents de travail et de trajet par an sont comptabilisés au C.H.U, dont 30% engendrent un arrêt de travail supérieur ou égal à 24 heures. Plus fréquents chez les agents jeunes (- de 30 ans), notamment par manque d'expérience, les accidents de travail sont généralement plus graves chez les agents plus âgés (+ de 30 ans).

Avec une progression depuis 1997 de la gravité et de la durée de l'arrêt suivant l'accident, les accidents de travail et de trajet suivent une pente ascendante préoccupante. Plusieurs composantes sont à l'origine de cette hausse.

Selon le rapport de la cellule Analyse des Risques Professionnels et Evaluation et Gestion de l'Etat de Santé (ARPEGES)<sup>12</sup> du C.H.U, deux types de populations sont particulièrement exposés. D'abord les agents techniques qui subissent les accidents de travail les plus graves (manipulations de chariots, machines, objets à mains dangereux..) et ensuite le personnel soignant constituant la population où le risque d'accident de travail est le plus fréquent avec principalement les accidents d'exposition au sang (A.E.S) et les manutentions de malade.

Les A.E.S ont ainsi nettement augmenté (+ 12,6% entre 1997 et 2003 pour atteindre 39,6% en 2003), leur proportion étant plus élevée au C.H.U que la moyenne nationale, comprise entre 25% et 29% entre 1996 et 2001. Si la durée moyenne d'arrêt pour ce type de risque est faible, les coûts qu'ils induisent sont importants : le coût moyen estimé d'un A.E.S est de 160 €, il nécessite en effet trois prélèvements sanguins complets de contrôle voire un traitement approprié et cela à la charge du C.H.U.

Les accidents dus à la manutention des malades ou à des efforts de soulèvement, sont les plus graves, entraînant des déchirures ou des contractures musculaires, des entorses, des fractures. Ils sont eux aussi en augmentation (+ 18,5% entre 1997 et 2003). La routine, la fatigue mais également une santé plus fragile chez les populations plus âgées favorisent la survenance de tels accidents aux conséquences traumatiques souvent

---

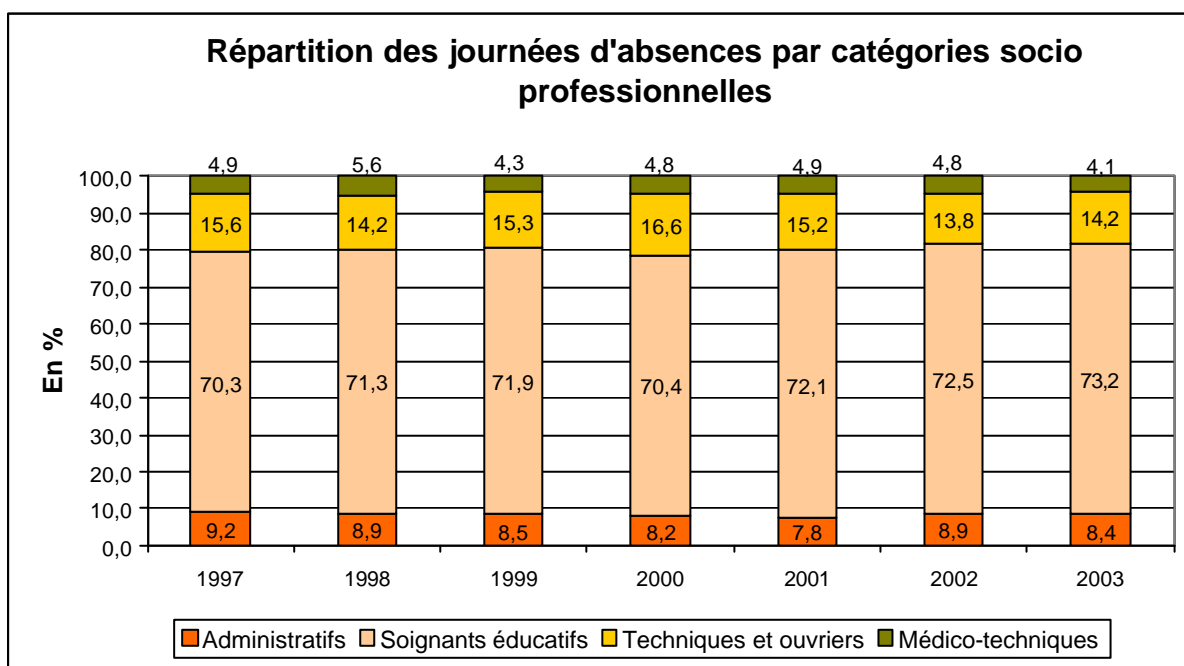
<sup>12</sup> Analyse des risques professionnels et évaluation et gestion de l'état de santé. *Bilan annuel 2003* de la cellule ARPEGE

lourdes qui participent à l'allongement de la durée des arrêts et donc à l'augmentation du taux d'absentéisme des accidents de travail et de trajet.

Ainsi les années à venir semblent annoncer une hausse des absences les plus lourdes. Le dépassement des congés maladie ordinaire par les CLD/CLM va peser lourd dans les politiques financières et influencer la gestion des ressources humaines.

## B) L'absentéisme par catégories socio-professionnelles

L'analyse des absences par catégories professionnelles indique que les professions qui connaissent le plus d'absences sont les soignants puis les personnels techniques. Toutefois toutes les catégories de personnel connaissent une hausse de l'absentéisme comme le montre le graphique suivant :



Les soignants et les personnels techniques et ouvriers sont plus absents que les autres ; ceci s'explique notamment par l'importance dans ces filières des absences longues (CLM/CLD, maladie professionnelle et accident du travail). En effet, il s'avère que c'est dans la filière ouvrière que les agents en CLM/CLD sont les plus nombreux puisqu'ils représentent 4,3% de l'effectif. Cette proportion est de 3,7% pour la filière soignante et socio-éducative, 2,6% pour la filière administrative et 2,5% pour la filière médico-technique.

Dans chaque catégorie socio-professionnelles, les corps les plus touchés sont :

- dans la filière administrative : les agents administratifs (31,3%)
- dans la filière soignante et socio-éducative : les aides soignants (36,8%)
- dans la filière médico-technique : les techniciens de laboratoires (44,4%)
- dans la filière ouvrière : les ouvriers professionnels (44,8%)

Le fort taux d'absentéisme chez les personnels soignants s'explique aussi par le fait qu'il s'agit de la catégorie socio professionnelle, la plus exposée tant sur le plan de la charge mentale que sur celui des contraintes physiques.

En effet, les personnels sont usés par leurs conditions de travail qui contribuent à la dégradation physique de certaines catégories de personnel. Le cas du personnel aide soignant est particulièrement significatif. Le code du travail précise qu'un homme ne doit pas lever plus de 55 kg et une femme 25 kg<sup>13</sup>. Or le fait de manipuler même à deux des personnes non valides par du personnel majoritairement féminin, pendant de nombreuses années, explique l'usure physique et les accidents du travail en recrudescence.

Au C.H.U, l'évolution de l'absentéisme sur ces six dernières années peut se résumer ainsi : il y a de moins en moins d'agents absents, mais les absences durent plus longtemps. La réduction de cet absentéisme structurel devient un enjeu majeur en raison des coûts qu'il génère.

## **1.2 Le coût de l'absentéisme**

L'absentéisme coûte cher. Il faut en effet financer le remplacement et la gestion des absents, le surcoût lié aux heures supplémentaires, la désorganisation induite. A cela s'ajoutent les coûts indirects impossibles à évaluer, qui génèrent une mauvaise image d'un service, une lassitude, une démotivation des agents les plus assidus et un climat social dégradé.

### **1.2.1 Un coût financier élevé**

L'absentéisme engendre des coûts supplémentaires pour l'employeur (remplacement des absents par des contractuels, recours à l'intérim, heures supplémentaires...)

Il est donc important de calculer le surcoût lié à l'absentéisme pour l'établissement.

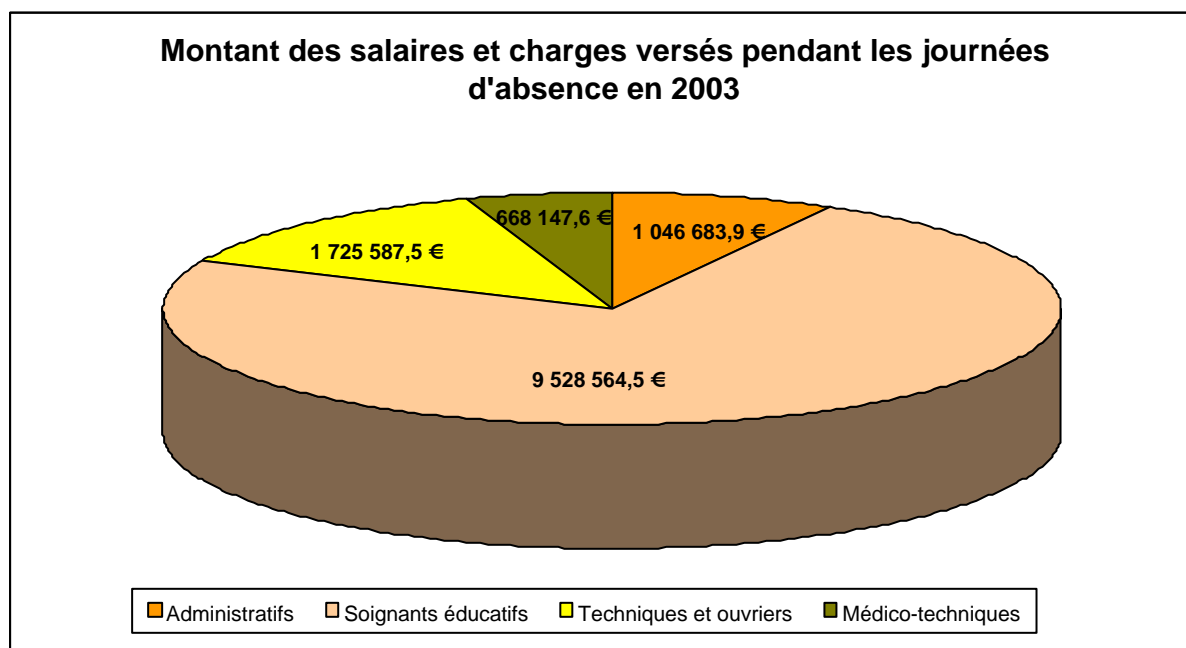
---

<sup>13</sup> Article R 231-72 et R 234-6 du code du travail

Le coût de la masse salariale des agents absents peut ainsi être calculée au C.H.U : on multiplie le coût salarial pour une journée par le nombre de journées d'absences et ce pour chaque catégorie professionnelle. Le résultat obtenu correspond au montant des salaires et charges versés pendant les journées d'absences. Mais ceci ne rentre pas dans les surcoûts liés à l'absentéisme, puisqu'en effet ces salaires auraient de toute façon dus être payés aux agents présents.

Montant des salaires et charges versées pendant les absences : 12 968 983,5 €

	Journées d'absence sans la formation	Coût salarial d'une journée	Coût total
Administratifs	9 824	106,5 €	1 046 683,9 €
Soignants éducatifs	85 645	111,3 €	9 528 564,5 €
Techniques et ouvriers	16 621	103,8 €	1 725 587,5 €
Médico-techniques	4 851	137,7 €	668 147,6 €
Total	116 941		<b>12 968 983,5 €</b>



Ce qui constitue le surcoût de l'absentéisme, ce sont les remplacements des agents absents : il faut donc rechercher le nombre de mensualités de remplacement<sup>14</sup> pour

<sup>14</sup> Cf. Annexe 1

l'année 2003 et les contractuels qui apparaissent au tableau des emplois, en remplacement des agents en congés de longue durée.

Calcul du surcoût de l'absentéisme en 2003 : 7 630 838 €

	Journées de remplacement	Coût salarial d'une journée	Coût total
Mensualités de remplacement (1470,42 mensualités)	44 113	111,5 €	4 919 001,0 €
Remplacement du personnel en CLD équivalant à 810,64 mensualités)	24 319	111,5 €	2 711 836,7 €
Total			<b>7 630 838 €</b>

Afin de donner un ordre de grandeur de ce que représente le surcoût lié à l'absentéisme on peut énoncer les éléments suivants :

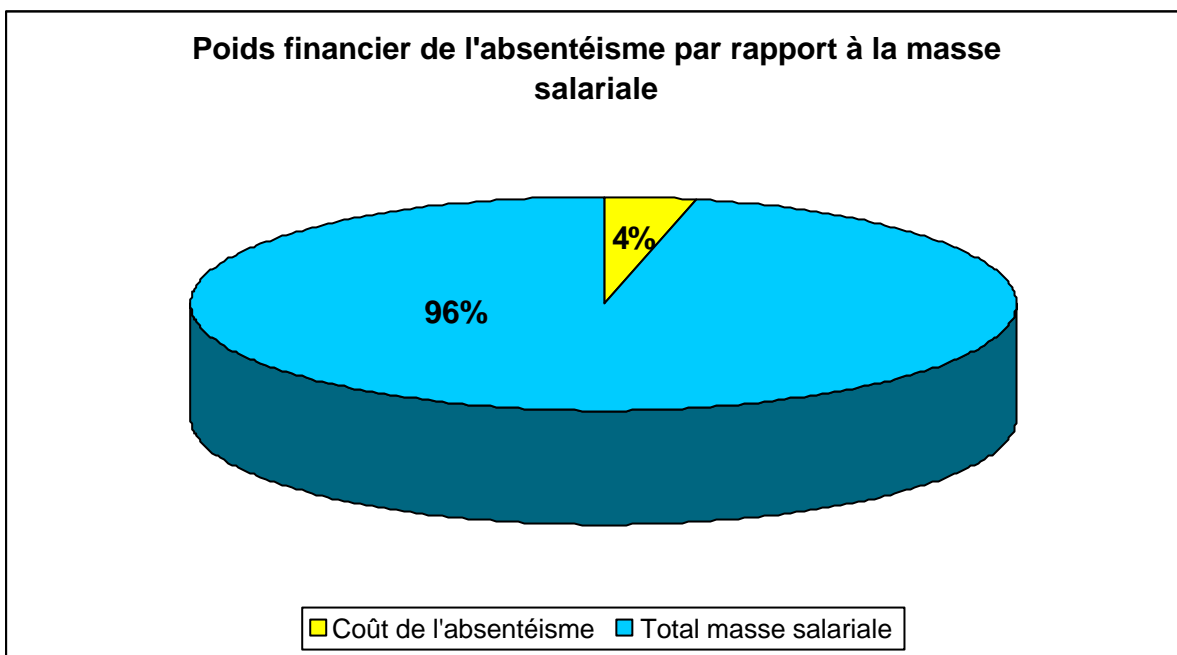
⇒ 7 630 983,5 € correspond à 169,6 IDE sachant que le coût moyen annuel d'une IDE est de 45 000 €

⇒ 7 630 983,5 € correspond à 223,78 AS sachant que le coût moyen annuel d'un AS est de 34 100 €

Le surcoût de l'absentéisme équivaut alors à 4% de la masse salariale du personnel non médical qui est de 201 733 889 €<sup>15</sup> pour l'année 2003.

---

<sup>15</sup> Source : Bilan social 2003



La masse salariale des agents absents représente donc 12 968 983,5 €. Ces agents sont en partie remplacés et le surcoût lié à ces remplacements est de 7 630 838 €. Ce montant équivaut pratiquement au déficit du groupe 1 s'agissant du personnel non médical, prévu entre 6 et 8 millions d'euros pour 2004. La réduction de l'absentéisme est donc un enjeu très important : la diminution de l'absentéisme participerait à l'effort collectif de la réduction du déficit du C.H.U.

Mais le surcoût lié à l'absentéisme peut être aggravé du montant payé pour les heures supplémentaires, faites par les présents pour le remplacement des salariés absents. Cependant, le coût de ces heures supplémentaires au C.H.U n'est pas évaluable en l'état actuel des données, puisqu'il n'est pas possible d'isoler les heures supplémentaires effectivement faites pour remplacer une absence.

Le recours à l'intérim est également source de surcoût financier. En effet l'intérim est une solution très onéreuse, puisqu'il coûte au minimum deux fois plus qu'un recrutement. C'est pourquoi le C.H.U ne fait appel à l'intérim que de façon très exceptionnelle. A titre d'illustration, l'établissement a utilisé l'intérim pour pallier à une absence durant 5 nuits en service de réanimation. La société d'intérim a ainsi facturée au C.H.U 2 073,17 euros. Pour information le coût moyen d'une nuit effectuée par un infirmier anesthésiste est de 194 euros (une mensualité coûte 3 500 euros, ce qui représente 18 nuits de travail), donc pour 5 nuits le coût aurait été de 970 euros, s'il n'y avait pas eu d'absence.

L'absentéisme est donc générateur de charges importantes et la moindre diminution des absences constitue une économie budgétaire pour l'établissement.

Toutefois au delà d'un impact financier important, les conséquences de l'absentéisme peuvent être d'un autre ordre: désorganisation des services, démotivation, gestion des ressources humaines rendue délicate.

### **1.2.2 Le coût social et organisationnel**

L'absentéisme est considéré comme « un baromètre très fidèle des dysfonctionnements d'une organisation et de la qualité des conditions de travail »<sup>16</sup>. L'absentéisme est en effet révélateur des conditions de travail et du climat social. Il reflète donc les problèmes d'organisation, les conflits hiérarchiques, la surcharge de travail, le manque de reconnaissance. Mais il permet surtout de s'interroger sur le mode de management.

L'absence d'un ou plusieurs agents et, plus grave, sa répétition peut avoir des conséquences telles qu'une surcharge de travail pour les présents, une tendance à la démotivation, une baisse de la qualité du service rendu au public et une désocialisation progressive des agents absents.

Au niveau de certains services s'installe alors un climat de dureté des relations de travail : il existe maintenant une certaine intolérance vis-à-vis de l'absentéisme des agents même lorsque celui-ci est justifié.

Le report de la charge de travail sur le personnel présent est évidemment un coût indirect lié à l'absentéisme. Lorsque le personnel absent n'est pas totalement remplacé, la charge de travail des agents présents augmente. Les conditions de travail se détériorent car l'absence induit une intensification du rythme de travail pour le personnel présent. Moins de personnel et une cadence accrue, avec des exigences croissantes de qualité et de sécurité sanitaire rendent alors le travail plus difficile.

En outre, le non remplacement des agents engendre des coûts institutionnels. Un article publié dans *gestion hospitalière* précise qu'il existe un coût de régulation dû au non remplacement qui se manifeste par une diminution de la production [...] une augmentation

---

<sup>16</sup> MALEY E. L'absentéisme, un baromètre social très sensible. *Stratégie santé*, mensuel, Janvier 1995, n° 67, pp.24-25



du rebut chiffrable, [ainsi que par des risques élevés] d'accidents d'erreurs graves de détérioration de climat social [et de] rotation élevée du personnel »<sup>17</sup>

Les absences des personnels entraînent aussi des dysfonctionnements au niveau de la continuité des soins et désorganisent le travail. Les absents ne sont pas toujours remplacés. Ceci oblige les présents à modifier leurs horaires, héritant d'un surcroît de travail et de fatigue.

L'absentéisme a donc un retentissement important sur les plannings ce qui génère l'insatisfaction des présents qui doivent revenir le cas échéant sur les repos.

Dans la même optique, le personnel encadrant hérite de ces préoccupations, qui les empêchent de travailler sur d'autres fonctions. Le temps passé à refaire les plannings est perdu pour d'autres tâches comme l'animation et la mobilisation du personnel, la recherche d'améliorations dans l'organisation de travail au quotidien.

L'absentéisme empêche donc le personnel présent de réaliser pleinement ses objectifs et d'exploiter ses ressources matérielles et humaines de manière optimale.

L'absentéisme entraîne ainsi des coûts indirects, qui dégradent l'efficacité ainsi que l'image du service public. Une diminution de la qualité des soins ou des prestations risque d'entraîner une baisse de la fréquentation. Dans le cadre de la Tarification à l'activité cela aurait des incidences financières importantes puisque le budget des hôpitaux dépendra en partie de leur activité.

L'absentéisme est devenu une préoccupation centrale pour les hôpitaux ces dernières années en raison des coûts qu'ils engendrent. Au C.H.U, l'évolution de l'absentéisme est marquée par un renversement de tendance : les longs arrêts se multiplient et dépassent la maladie ordinaire.

Mais quelles sont les hypothèses qui expliquent cette tendance croissante de l'absentéisme ?

---

<sup>17</sup> BUREAU N., GENIN M.G. Absentéisme du personnel soignant. *Gestion hospitalière*, Avril 1981, n° 205, pp. 356.

## 2 TENTATIVES D'EXPLICATION DE L'ABSENTÉISME

Intensification du travail, stress, vieillissement de la population : il est d'usage d'avancer ces hypothèses pour expliquer l'absentéisme. Toutefois, afin d'agir sur les véritables causes de l'absentéisme et de rechercher des traitements adéquats, il est nécessaire de voir si celles-ci sont vérifiables pour l'absentéisme du C.H.U.

### 2.1 1<sup>ère</sup> hypothèse : l'intensification du travail

En libérant du temps personnel, les 35 heures ont posé la question de la présence au travail. Mais ce gain de vie a-t-il forcément produit un effet direct sur une réduction significative de l'absentéisme ?

#### 2.1.1 La relation de l'homme avec le travail

« Tu gagneras ton pain à la sueur de ton front » nous dit la Bible. Mais le travail n'est plus ce qu'il était et l'attitude face au travail non plus. Dans la société d'aujourd'hui, il y a bien peu de gens pour qui le travail soit un facteur d'épanouissement. Le travail se trouve le plus souvent ramené à la nécessité d'une occupation pour gagner sa vie. Le travail, était autrefois le principal vecteur d'intégration sociale dans les sociétés industrielles, et fait aujourd'hui l'objet de profondes mutations. Pour l'opinion commune, le travail constitue donc une activité contraignante, mais alimentaire. Cependant tel n'a pas toujours été le regard porté sur le travail. Pour certains courants philosophiques, le travail est considéré comme une activité libératrice, productrice de l'homme par lui-même. Ainsi «le travail travaille à faire un homme en même temps qu'une chose » indiquait Emmanuel Mounier (1905-1950). « Le travail est un facteur d'équilibre individuel et d'épanouissement psychologique, car il assure l'insertion de l'homme dans la réalité. »<sup>18</sup>

Autrefois le travailleur éprouvait le sentiment d'être utile, il était responsable de son travail, tandis qu'aujourd'hui le travailleur a le sentiment d'être interchangeable.

Il est fréquent de justifier le nouveau regard porté sur le travail par la montée de l'individualisme. Au sens courant et restreint, le mot désigne l'égoïsme, l'individualiste ne pensant qu'à lui sans se préoccuper des autres. Au sens politique, c'est une conception

---

<sup>18</sup> FRIEDMANN G., *Le travail en miettes*, Paris Editeur : Gallimard 1956

de la vie en société dans laquelle l'individu constitue la valeur centrale, d'où l'importance accordée aux libertés individuelles et aux droits de la personne. Au sens sociologique du terme, l'accent est mis sur l'autonomie de l'individu par rapport aux règles collectives, l'individu s'affranchit de ces normes imposées par d'autres.

La perte de la centralité du travail est donc un constat fréquent : développement exponentiel du temps libre, société de services font que le travail comme valeur est sur le déclin. Dominique Méda qui a bénéficié d'un large succès lors de la parution de son livre<sup>19</sup>, distingue ainsi quatre types d'activités fondamentales pour l'homme : les activités productives, les activités politiques, les activités culturelles et les activités familiales ou amicales ou amoureuses. Selon elle, la vie sociale serait trop absorbée par les activités productives et la crise actuelle de l'emploi traduirait en fait une crise non seulement du travail salarié mais du travail en tant que tel, qui ne fournirait plus les bases d'une exigence sociale équilibrée. Les personnes auraient donc tendance à réduire la place du travail au profit des autres espaces politiques, culturels et familiaux.

Dès la fin des années 60, les travailleurs font entendre leur manque d'intérêt pour le travail et la pénibilité des conditions de travail. En mai 1968, les slogans du genre « métro, boulot, dodo, y en a marre » traduisent ces revendications.

Pourtant en 150 ans, la durée du temps de travail est passée de plus de 3 000 heures par an à 1 600 actuellement pour les personnels à plein temps. En 1848, les salariés connaissaient la semaine de 84 heures (3 025 heures annuelles). En 1900, la durée du travail a été ramenée à 60 heures avec l'instauration d'un jour hebdomadaire de repos. En 1919, une autre réduction du temps de travail est opérée : la semaine de 48 heures. Puis on passe à 40 heures en 1936. En mai 1968 la quatrième semaine de congés payés est généralisée. La durée du travail est ramenée à 39 heures et une cinquième semaine de congés payés est accordée en 1982. Enfin, en 1998, l'assemblée nationale adopte le projet de loi Aubry : la durée légale du travail est alors fixée à 35 heures.

Depuis le XIX siècle la durée du travail n'a jamais cessé de baisser, l'économiste britannique John Maynard Keynes prédisait même qu'en 2030 on ne travaillerait plus que 15 heures par semaine. Ces réductions du temps de travail successives répondaient alors à un triple objectif : d'abord protéger la santé des travailleurs, ensuite améliorer les conditions de vie des salariés puis lutter contre le chômage.

Cependant, ces réductions du temps de travail n'ont pas forcément eu les effets escomptés, à savoir apaiser les revendications liées aux conditions de travail. Ces

---

<sup>19</sup> Méda, D. *Le travail, une valeur en voie de disparition*, édition Aubier, 1995

dernières peuvent parfois se traduire par des attitudes anti-productives sur les lieux de travail comme l'absentéisme.

### **2.1.2 Intensification du travail : une influence peu probante sur l'absentéisme**

On aurait pu croire un moment que la mise en œuvre de la réduction du temps de travail allait faire baisser le taux d'absentéisme. En effet, il était légitime de penser que les petites absences pour démarches administratives ou corvées diverses pourraient mécaniquement diminuer. Toutefois, l'absentéisme n'a pas baissé.

Les principaux reproches faits à la mise en place des 35 heures ont trait aux conditions de travail et au manque d'effectifs. L'intensification du travail et le stress qui en résultent sont alors renvoyés à plusieurs causes : une durée des postes de travail raccourcie, et donc une charge de travail plus lourde pour assurer le même volume de soins ou d'activité ; un temps personnel accru, dû aux journées de RTT à prendre qui induit une intensification du travail pour ceux qui restent, des effectifs jugés généralement insuffisants étant donné la charge de travail.

La DREES (Direction de la recherche des études et de l'évaluation et des statistiques) fait le constat suivant <sup>20</sup>: l'essentiel des plaintes des agents sur les 35 heures tient à l'intensification du travail qui résulte des effectifs jugés insuffisants, insuffisance aggravée par les absences laissées par les jours de RTT. La DREES formule alors deux thèses qui s'opposent :

- Les jours de RTT permettent aux agents de disposer de davantage de temps libre, ce qui devrait se traduire par une baisse de l'absentéisme
- Au contraire, les conditions de travail dégradées, jointes à la frustration engendrée par une RTT incomplète, engendrent un absentéisme supérieur

Il ressort des résultats de cette étude que l'absentéisme de courte durée (à l'exclusion des maternités ou maladies professionnelles) augmente, ce qui conforte l'idée que « la RTT n'a pas pour l'instant amélioré mais plutôt pesé sur les conditions de travail. Ce

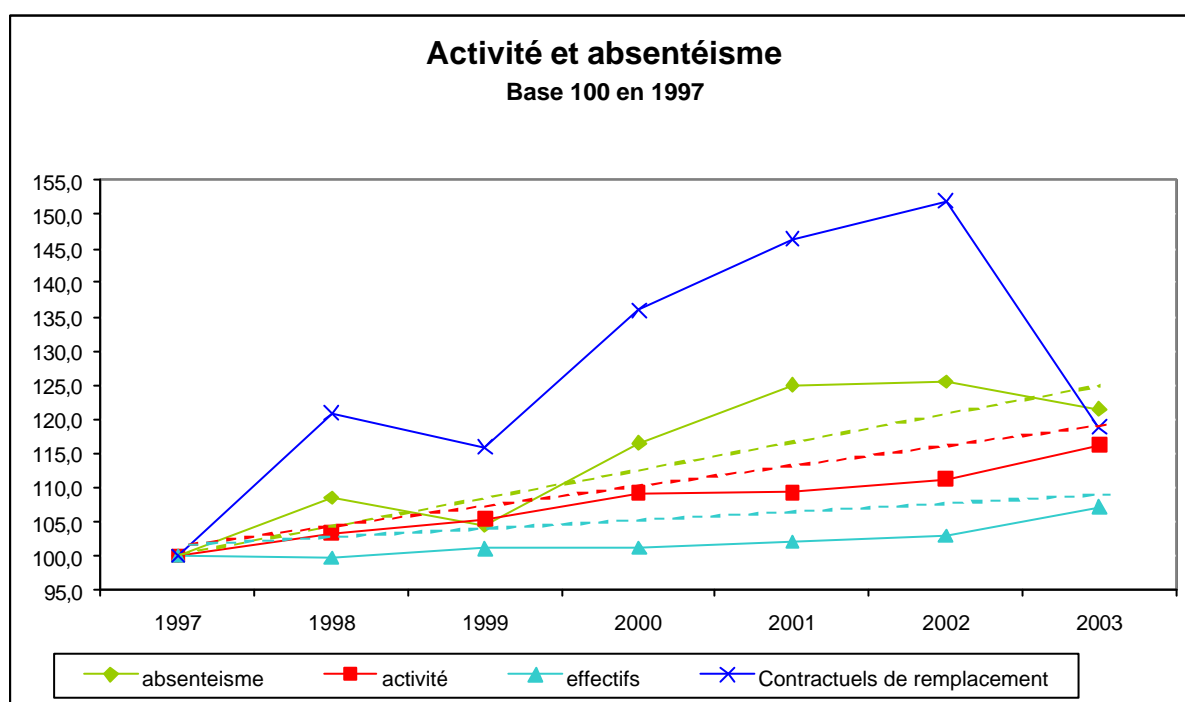
---

<sup>20</sup> DRESS, la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation. *Etudes et statistiques*. Octobre 2003, Document de travail n° 35

constat fait en 2003 ne prenait donc pas en compte l'augmentation des effectifs à venir en 2003 et 2004 ».

La mise en place des 35 heures n'aurait donc pas eu l'effet escompté, compte tenu de l'intensification du travail qui en résulterait. Ce constat se vérifie-t-il au CHU ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de mettre en liaison plusieurs courbes : la courbe de l'absentéisme, celle de l'activité (nombre d'entrées extérieures au centre de responsabilité), la courbe des effectifs y compris les postes obtenus dans le cadre de la mise en place des 35 heures et la courbe des contractuels de remplacement.



Ainsi à la lecture de ce graphique on constate que si l'activité est croissante c'est dans une moindre mesure que l'absentéisme. On peut alors observer que ce n'est pas uniquement l'activité qui engendre l'absentéisme : par exemple entre 2001-2002 alors que l'activité stagne l'absentéisme croît. Et même, alors qu'à partir de 2001 l'activité augmente, l'absentéisme stagne puis fléchit légèrement.

On pourrait supposer alors que l'intensification du travail conjuguée à un manque d'effectif expliqueraient en partie la hausse de l'absentéisme. Toutefois, la conclusion qui peut immédiatement être formulée est qu'en règle générale, l'augmentation des effectifs ne permet pas de réduire de façon significative le niveau global d'absentéisme.

Le graphique ci-dessus vient ainsi confirmer cette position. En effet, si l'on constate un accroissement des effectifs sur la période étudiée, l'absentéisme lui ne diminue significativement que sous l'effet de la prime de présentéisme. En 2002 alors que l'effectif croît, il n'y a pas de baisse significative de l'absentéisme, bien au contraire.

De plus, la relative croissance des effectifs comparée à celle de l'absentéisme est neutralisée par l'évolution de la courbe des contractuels de remplacement. On constate une chute avec la titularisation en 2002 de ces derniers, ce qui explique l'augmentation plus significative de la courbe des effectifs. Une politique de mise en stage plus rapide des IDE et des AS passant de 1 an à 6 mois a été instaurée.

Globalement l'effectif augmente (+ 7,12% ces 6 dernières années), pourtant l'absentéisme ne diminue pas pour autant.

Le même graphique<sup>21</sup> a été fait en neutralisant les effectifs supplémentaires liés à la mise en œuvre des 35 heures : le résultat est sans effet. L'absentéisme n'augmente pas et ne diminue pas non plus. Le niveau des effectifs ne joue donc pas, ou à la marge sur l'absentéisme.

Ainsi, une activité en augmentation mais pas de manière significative, une croissance des effectifs et un panel de remplacement qui vient compenser la relative augmentation des effectifs aurait du limiter la hausse de l'absentéisme. Or tel n'est pas le cas, ainsi cette hypothèse ne suffit pas à expliquer l'évolution de l'absentéisme.

## **2.2 2<sup>ème</sup> hypothèse : le vieillissement de la population hospitalière**

« La logique veut qu'une personne âgée ait plus tendance à s'absenter que son benjamin. Effectivement le risque d'avoir un congé longue maladie / longue durée est fortement corrélé avec l'âge. Ainsi statistiquement les agents de 50 ans et plus encourent 2,5 fois plus de risques que les agents de la tranche 30 -39 ans et 7 fois plus que les agents de moins de 30 ans »<sup>22</sup>.

Toutefois peut on affirmer que le vieillissement de la population du C.H.U explique la croissance de son absentéisme ? Cette hypothèse n'apparaît pas si évidente pour les dirigeants et se doit alors d'être vérifiée.

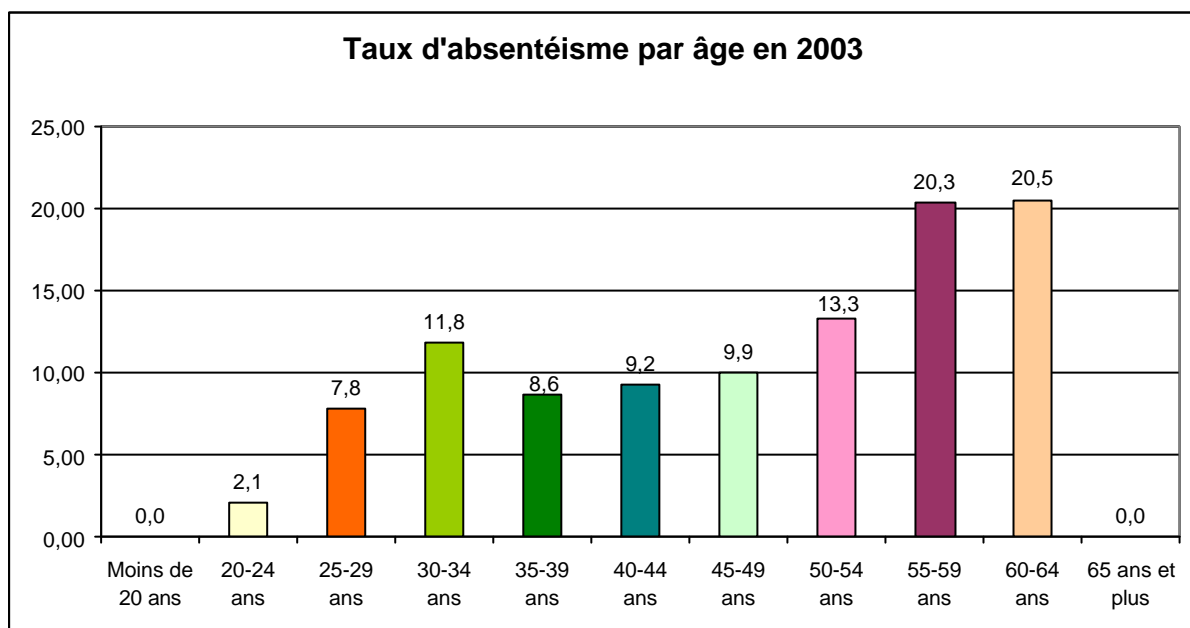
---

<sup>21</sup> Cf. Annexe 6

<sup>22</sup> Les absences au travail dans les établissements hospitaliers. *Enjeux statistiques* [en ligne], Edition 2003, numéro 4 [visité le 8/072004]. Disponible sur internet : <<http://www.sofcah.com>>

Les agents au C.H.U âgés de 50 et plus représentent près de 27,2% des effectifs en 2003 contre 24,9% en 2001. Cependant l'année 2003 est marquée par des recrutements d'agents jeunes, ainsi entre 2001 et 2003, le poids des agents de moins de 30 dans les effectifs a augmenté de près de 8%.

Si en 2003 la classe d'âge des 55 – 65 ans a le plus fort taux d'absentéisme (cf. graphique ci dessous), on ne peut pas en déduire que l'âge a forcément des conséquences directes sur le niveau de l'absentéisme sans une vérification préalable.



Le lien entre le vieillissement de la population employée et l'absentéisme pour maladie n'a encore été que peu analysé. Pourtant, l'étude<sup>23</sup> menée conjointement par l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP) et l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) explore cette voie et pose deux hypothèses :

« Premièrement, le vieillissement de la population conduit à une augmentation de l'absentéisme sous certaines conditions démographiques particulières [...]. La deuxième hypothèse [établit que] les taux d'absentéisme des classes d'âge les plus proches de la retraite ont augmenté sensiblement au cours de ces six dernières années, exprimant un retrait du travail, socialement accepté, plus accentué qu'auparavant de la part des employés de plus de 50 ans. »

<sup>23</sup> ENSP & ANACT 2003. Vieillesse de la population employée et absentéisme. Réponse à l'appel à projets de recherche « Santé et Travail » MiRe-DRESS/ DARES/ La Poste

L'intérêt de mener une telle recherche est certaine: «l'imputation de l'augmentation de l'absentéisme [...] au phénomène du vieillissement de la population pourrait constituer une interprétation rassurante. Le renouvellement des générations approchant à grands pas, la difficulté se réglerait aisément. [...] [Mais], il est possible que le vieillissement de la structure de la population ne soit que très partiellement à la base des évolutions de l'absentéisme global [...]. [En outre], une augmentation sensible de l'absentéisme pour maladie des plus âgés, [...] signifierait que ceux-ci disposent de l'expérience, du savoir et constituent l'armure de la plupart des organisations sont les plus vulnérables face aux mutations du travail ou deviennent [...] en retrait de l'organisation. »

Les auteurs de l'étude ajoutent alors que «si le lien entre les âges de la population employée et l'absentéisme pour maladie ne s'exprime pas de manière principale sous la forme d'un effet de structure, mais d'une augmentation différenciée des taux d'absentéisme par classe d'âge, la question pertinente est alors celle des analyses pouvant rendre compte de l'évolution constatée pour les catégories les plus âgées. »

Il est donc nécessaire d'examiner la validité de l'hypothèse du lien entre le vieillissement de la population du C.H.U et la croissance de l'absentéisme. Pour ce faire il faut calculer le taux d'absentéisme par classe d'âge et au préalable examiner le poids des différentes strates d'âge dans l'effectif.

L'effectif du C.H.U est marqué à la fois par un rajeunissement du personnel en 2003, mais aussi par le vieillissement de celui-ci. Les moins de 30 ans représentent 14,3% de l'effectif, soit une croissance depuis 2001 de 7,9%. Cependant le poids dans les effectifs des 50 ans et plus est important (27,2%), et s'est même accru de 9,6% entre 2001 et 2002.

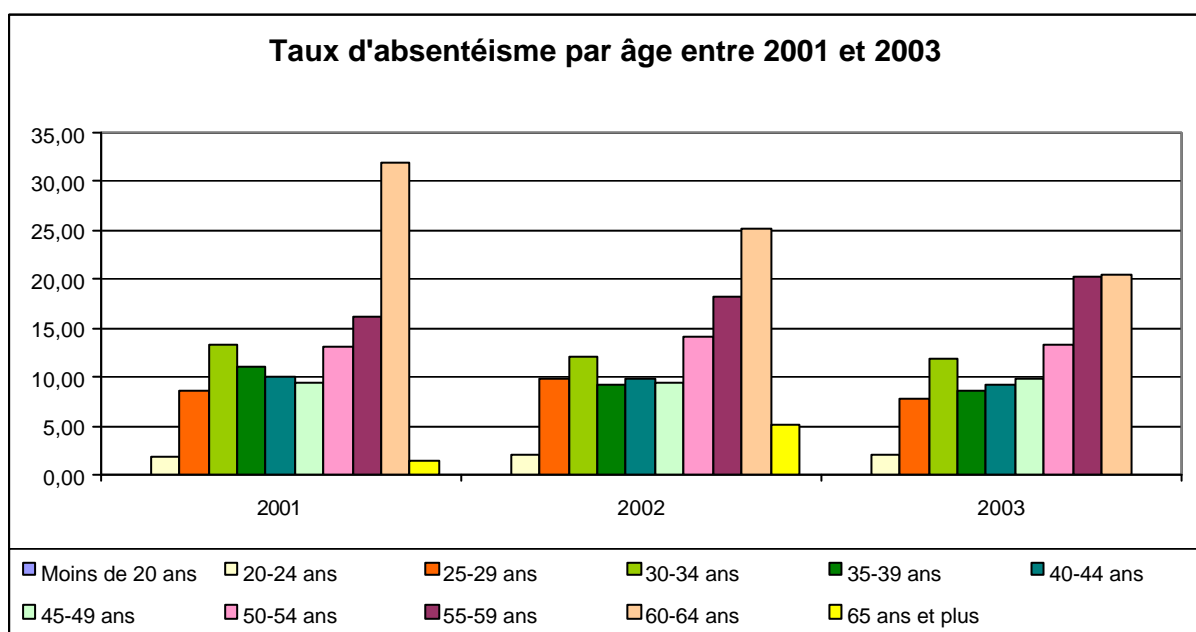
<b>Effectif par âge, poids en %</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
50 ans et +	24,9	26,6	27,2
30-49 ans	61,9	60,3	58,5
<30 ans	13,2	13,1	14,3
	100,0	100,0	100,0
<b>Croissance</b>	<b>2001/2002</b>	<b>2002/2003</b>	<b>2001/2003</b>
50 ans et +	7,1	2,3	9,6
30-49 ans	-2,6	-3,0	-5,5
<30 ans	-1,2	9,2	7,9



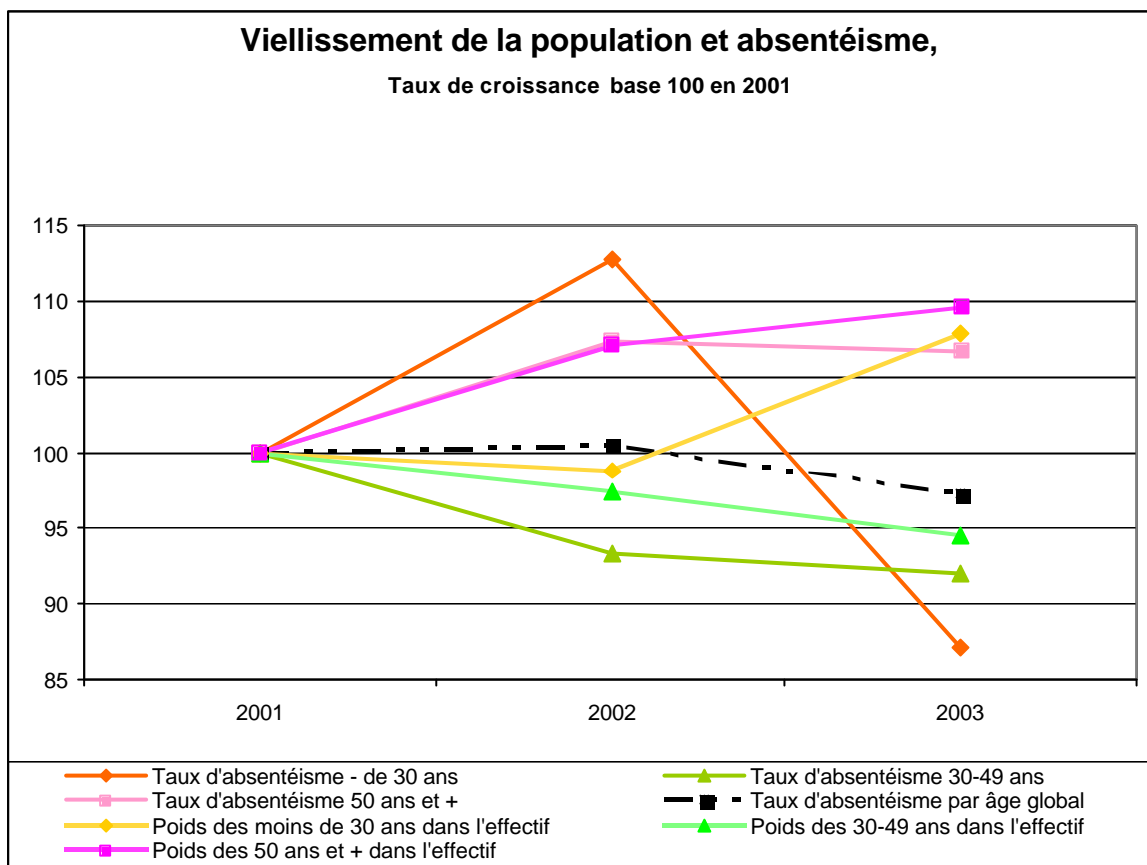
Si l'on examine le taux d'absentéisme par classe d'âge, celui des 50 ans et plus est supérieur (15,8%) à la moyenne (10,96%). Sur la période 2001-2003, c'est le seul taux qui augmente (+ 6,7%).

Taux d'absentéisme	2001	2002	2003
50 ans et +	14,8	15,9	15,8
30-49 ans	10,7	10,0	9,9
-30 ans	7,2	8,1	6,2
	100,0	100,0	100,0
Croissance	2001/2002	2002/2003	2001/2003
50 ans et +	7,4	-0,7	6,7
30-49 ans	-6,7	-1,5	-8,1
-30 ans	12,8	-22,8	-12,9

Le graphique illustre l'évolution du taux d'absentéisme par groupe d'âge quinquennal.



Le graphique ci-dessous permet de mettre en évidence plusieurs tendances :



- L'évolution croisée du poids de l'effectif des moins de 30 ans et leur absentéisme. Ils sont de plus en plus nombreux dans la population du C.H.U et ils s'absentent moins en 2003 par rapport à 2001. Il faut espérer que cette situation perdure.
- L'évolution parallèle entre l'absentéisme et le poids du groupe d'âge des 50 ans et plus. L'effectif augmente de manière significative sur la période étudiée, l'absentéisme également mais de façon plus mesurée (la pente de la courbe taux d'absentéisme 50 et plus est moins prononcée que celle de poids de l'effectif des 50 ans et plus).
- L'évolution parallèle de la baisse de l'absentéisme et de l'effectif pour la tranche d'âge 30-49 ans.

Etant donnée la croissance importante des groupes d'âge extrême : « vieux et jeunes », le groupe d'âge intermédiaire connaît une baisse relative de son poids. Cependant, il reste le personnel le plus important en nombre d'agents : plus de 3000 ETP.

L'évolution contrastée de l'absentéisme par groupes d'âges permet de formuler les conclusions suivantes :

- La mesure « coup de poing » concerne plutôt la population jeune, celle dont les salaires sont les moins élevés. Il est donc intéressant de constater que pour les jeunes l'incitation financière au présentisme est positive.
- Pour la population la plus âgée, la prime n'a pas eu d'effet. L'absentéisme des plus âgés relève de causes plus profondes : les changements dans l'organisation du travail, l'usure professionnelle, et la plus forte propension à développer des pathologies graves. L'aspect financier n'est pas une réponse à cet absentéisme d'où l'intérêt de trouver d'autres pistes d'action.

Une tendance inquiétante pour les années futures pourrait venir du recul de l'âge de la retraite. Effectivement le recul de l'âge à la retraite, induit par l'allongement du temps de travail<sup>24</sup> pourrait contribuer à l'aggravation des arrêts de longue durée, en favorisant notamment le transfert de la pré-retraite vers des congés longue maladie/ longue durée.

Ainsi le vieillissement de la population peut expliquer en partie la hausse de l'absentéisme. Puisque c'est dans les groupes d'âge les plus âgés qu'il est relevé le plus fort taux de croissance de l'absentéisme. Mais il n'en reste pas moins qu'il n'est pas la seule explication.

### **2.3 3<sup>ème</sup> hypothèse : le stress professionnel**

Travail imposé, cumul des tâches, transformations, compressions budgétaires, changement de missions, instabilité des équipes de travail, nouvelles technologies, accroissement de la charge de travail sont autant de facteurs qui augmentent la détresse psychologique des travailleurs.

Selon la Caisse nationale d'assurance maladie, un arrêt maladie sur dix serait lié au stress. «La majorité des arrêts de travail que je délivre aux cadres ont pour origine des états anxiodépressifs », témoigne le docteur de Lattre, généraliste à Croix, dans la banlieue de Lille.<sup>25</sup>

Mais comment peut on définir le stress professionnel ? Le stress est le «résultat de l'interaction d'un sujet avec son environnement dans lequel ce dernier perçoit le second

---

<sup>24</sup> Loi Fillon sur les retraites (n° 2003-775 – 21/08/2003)

<sup>25</sup> GLESS E. Comment soigner l'absentéisme ? *L'Entreprise* [en ligne], Mis en ligne le 29/04/2002, [visité le 22/06/2004]. Disponible sur internet : <<http://www.lentreprise.com>>

N°199 – Avril 2002

comme appauvrissant ou menaçant ses ressources et comme mettant son bien-être en danger ». <sup>26</sup>

Le stress est donc une réponse de l'organisme aux facteurs d'agressions physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation.

Aujourd'hui on va plus loin en parlant de « burnout » qui est une complication du stress professionnel. « Il s'agit d'un état de fatigue ou de frustration engendré par le dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas conduit à la récompense attendue. » <sup>27</sup> Ou encore « un syndrome qui se caractérise par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel pouvant se développer chez des personnes travaillant dans le secteur social » <sup>28</sup>

Le modèle de KARASEK est l'un des modèles de référence d'explication du stress et des problèmes de santé liés au travail, même si depuis d'autres modèles plus élaborés ont vu le jour (Siegrist). Selon ce modèle les risques de développer un problème de santé au travail dépendent de trois facteurs :

- La charge mentale et le niveau d'exigences auxquels les individus sont soumis
- S'ajoute la capacité d'autonomie dont les agents disposent : faculté de choisir ses modes opératoires et de peser sur les décisions
- Enfin le soutien social dont bénéficient les agents c'est-à-dire le soutien technique et hiérarchique ainsi que l'aide et la solidarité entre collègues

En milieu hospitalier les facteurs de stress peuvent alors être très divers:

- les difficultés relationnelles aussi bien avec les patients qu'avec les familles ou au sein de l'équipe de travail
- l'ambiguïté des rôles et une perte d'autonomie dans le travail
- un sentiment d'incapacité à influencer les décisions administratives
- une difficulté à concilier le travail avec l'implication familiale personnelle
- une impression d'être surchargé par le travail
- un manque de personnel

Le stress professionnel ou « burnout » n'est pas sans conséquences pour l'équipe : bien évidemment un absentéisme, principalement de courte durée et répétitif, mais aussi un

---

<sup>26</sup> Lazarus R.S. & Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*, New York, Springer Publishing Company 1984

<sup>27</sup> Pines, in Goldberger and Breznitz, 1993, p. 386

<sup>28</sup> Maslach C. *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall 1982

risque accru de prise d'alcool ou de médicaments, la multiplication d'accidents ou d'erreurs, l'augmentation des conflits et du négativisme, l'insatisfaction au travail, l'agitation, une ambiance tendue, l'absence de coopération, le mauvais roulement des équipes.

Mais ce stress professionnel engendre aussi des conséquences pour le patient : communication appauvrie, erreurs médicales, négligence, insatisfaction, non détection des besoins, agressivité ou retrait vis-à-vis du patient.

Mesurer le niveau de stress de la population hospitalière non médicale est possible grâce à des échelles visuelogiques analogiques, tests effectués lors de la visite médicale. Le service de santé au travail détermine alors s'il y a stress professionnel à partir d'une norme de référence. Mais si cette étude a été réalisée sur quelques personnes au sein du C.H.U en 2003 (1000 agents) les résultats ne sont pas exploitables sur l'ensemble de l'établissement. On ne peut donc pas s'appuyer sur une étude statistique pour vérifier cette hypothèse mais seulement sur le ressenti des personnes qui font état d'un stress en constante augmentation qui expliquerait l'absentéisme de courte durée.

Dans l'étude de la DREES sur les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé<sup>29</sup>, il ressort que : « les rythmes et les délais à respecter sont un aspect essentiel des charges mentales liées au travail. Or les contraintes de cet ordre sont perçues de façon croissante par les professionnels du monde hospitalier interrogés en 1998 et 2003. En 5 ans, la part de professionnels des établissements de santé déclarant avoir un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en 1 heure au plus est ainsi passée de 28% à 48%. »

Ni l'augmentation de l'activité, ni le vieillissement de la population n'ont d'effets significatifs sur l'absentéisme et permettent d'expliquer sans aucun doute sa croissance. Si l'on se réfère au ressenti des agents, le stress a un effet non négligeable, mais cette hypothèse n'a pu être vérifiée de manière scientifique. L'absentéisme est donc multifactoriel. En effet de nombreuses études ont examiné les facteurs potentiels de l'absentéisme : la satisfaction au travail (Larocque 1996), les conditions de travail (Smulders, 1993), le stress et la fatigue (Vahtera, Kiwimäki, Pentti, 2001). Si à chaque fois des corrélations apparaissent pour soutenir ces hypothèses, aucune ne se dégage clairement et est véritablement significative. L'absentéisme est donc l'aboutissement d'un

---

<sup>29</sup> DREES, les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. *Etudes et résultats*. Août 2004, n° 335

processus, reposant sur des éléments multiples et imbriqués. Aucun des facteurs précités n'a donc de poids significatif dans l'absentéisme, car ils jouent tous un rôle, ils s'enchevêtrent et conduisent à un retrait du travail.

Toutefois essayer d'appréhender les causes de l'absentéisme s'avérait indispensable. Il est en effet important de connaître ce phénomène (physionomie et cause) en préalable à l'action ou à des actions ciblées. Des solutions existent ainsi pour lutter contre l'absentéisme dans une logique de prise de conscience, de responsabilisation et surtout d'actions.

La diversité des analyses et des interprétations quant aux causes de l'absentéisme et à l'importance relative de celles-ci rend toute approche explicative en la matière particulièrement mal aisée.

### **3 LA GESTION DE L'ABSENTÉISME : PISTES DE RÉOLUTION**

La difficulté issue de l'augmentation des absences longues (CLM/CLD) au détriment des absences de courte durée (maladie ordinaire MO) se pose en terme de remèdes pour diminuer l'absentéisme. En effet les absences longues sont généralement dues à des pathologies lourdes et des affections sur lesquelles le C.H.U pourra avoir moins de prise et est dépendant de la décision du comité médical. Les absences longues devront ainsi être traitées différemment notamment par une politique de réintégration qui peut éviter la récurrence ou par le biais de politiques de prévention très ciblées.

S'agissant des congés de courte durée souvent liés au stress, à des difficultés avérées dans l'organisation, le C.H.U a une plus grande marge de manœuvre. Il en est de même pour les accidents du travail et de trajet sur lesquels des politiques de prévention peuvent être recherchées. Ainsi, 4,5% des absences au travail sont liées à des natures d'arrêts dits plus facilement compressibles, la maladie ordinaire et l'accident du travail.

Cependant, avant d'envisager des leviers d'action prioritaires, il est nécessaire de se pencher sur la gestion de l'absence au C.H.U.

#### **3.1 La gestion de l'absence au CHU**

Il n'existe pas de réponses idéales et globales à apporter pour une bonne gestion de l'absence. Chaque établissement met en place sa propre gestion de l'absentéisme de façon à assurer la continuité des missions, le respect des exigences en matière de sécurité sanitaire, tout en essayant d'assurer pour le personnel présent le respect des plannings. Toutefois les remplacements ne sont en réalité effectifs que selon certaines conditions déterminées.

##### **3.1.1 Nature des absences remplacées**

Toutes les absences ne sont pas automatiquement remplacées pour des raisons financières évidentes. Certains choix sont donc faits au C.H.U en fonction des sites, des services, des grades, de la durée de l'absence et des exigences réglementaires. Il n'y a donc pas de politique uniforme sur l'ensemble du C.H.U qui précise quels types d'absence doivent être ou non remplacés. La décision de remplacer est laissée aux directions de sites ou directions fonctionnelles qui disposent d'un volant de mensualités

de remplacement. Eux-mêmes délèguent parfois aux cadres supérieurs de santé l'opportunité de déterminer la nécessité du remplacement, grâce aux mensualités attribuées dans leur secteur.

Toutefois, quelques tendances peuvent se dégager. Il est constaté qu'un remplacement quasi systématique est effectué pour les absences longues (CLM/CLD/AT) à l'exception des maternités. Pour les autres types d'absences l'opportunité du remplacement sera décidée au cas par cas.

Sans remettre en cause le principe de subsidiarité qui laisse aux sites et directions fonctionnelles le soin de gérer leurs remplacements, une politique concertée, définie et écrite pourrait être élaborée. Elle porterait sur la nature des arrêts pouvant être remplacés et sur le seuil critique à partir duquel un remplacement est indispensable. Une telle démarche gagnerait en lisibilité et permettrait de clarifier certaines règles auprès de cadres qui peuvent avoir un peu trop tendance et effectuer des remplacements systématiques, sans réel besoin.

### **3.1.2 La gestion des remplacements**

Différentes modalités s'offrent aux établissements pour la gestion des remplacements : les pools de remplacement, le rappel des titulaires, le recours aux heures supplémentaires, l'intérim et les contractuels de remplacement. Le C.H.U a opté pour la mise en place de pools et le recrutement de contractuels et évite le recours à l'intérim en raison de son coût.

#### **A) Les pools de remplacement**

Le C.H.U s'est doté d'un pool de remplacement pour le personnel IDE, AS et ASH à la suite des accords Aubry en 2000. Ce « pool Aubry » permet de remplacer les absences de courte durée (< à 5 jours). Pour rendre attractif ce dispositif, il est proposé certains avantages aux agents comme la visibilité des plannings, l'assurance de ne pas travailler les week end, les nuits et les jours fériés. Ce sont donc les services d'accueil qui doivent s'adapter au fonctionnement du pool.

L'application de ce dispositif au C.H.U est une réussite, ce pool fonctionne en effet très bien en raison du respect strict des règles fixées. Il permet de pallier rapidement à de petites absences, sans laisser les services démunis.



A coté de ce dispositif qui couvre l'ensemble des services de soins du C.H.U, certains services de soins comme les services de médecine et de chirurgie disposent de leurs propres pools de remplacement mis en place avant la création du « pool Aubry ». Ces pools remplacent également les absences de courte durée, sans faire double emploi avec le « pool Aubry ». Dans la pratique les agents des pools internes sont absorbés par les services qui les incluent dans leurs effectifs.

L'utilisation des pools de remplacement est pourtant controversée. Le cabinet conseil Michel Vogler, qui intervient en milieu hospitalier distingue dans les hôpitaux la présence de pools à vitesse lente (remplacement des absences en longue maladie) et les pools à vitesse rapide (remplacement des petits arrêts maladie). Michel Volger souligne alors que « les pools à vitesse rapide peuvent avoir un phénomène amplificateur de l'absentéisme. Un agent n'hésitera pas à s'arrêter, s'il sait qu'il ne pénalisera pas son collègue. Nous préconisons donc plutôt la mise en place de pool à vitesse lente »

L'existence d'un pool de remplacement ne suffit pas toujours à avoir l'effectif nécessaire, de plus ces pools ne concernent que les services de soins. D'autres dispositifs sont alors utilisés.

#### B) Les autres modalités de remplacement

Une large majorité des remplacements sont effectués par des contractuels de remplacement. Chaque direction dispose ainsi d'un volant de mensualités alloué annuellement dont ils disposent librement pour effectuer leur remplacement. Par exemple au titre de l'année 2003, le C.H.U a prévu 670 mensualités de remplacement et en a consommé 1470.

En outre, il arrive que les titulaires soient rappelés à leur domicile ou reviennent sur leurs congés afin d'assurer des remplacements. Il n'y a pas de politique uniforme sur le C.H.U en la matière. Cette possibilité est effectivement utilisée de façon variable en fonction de la gestion des cadres.

Une politique claire de la gestion de l'absence peut donc s'avérer profitable pour une meilleure visibilité mais aussi financièrement, afin de limiter les remplacements systématiques pas forcément tous justifiés. Une gestion harmonisée et structurée des absences apparaît ainsi fondamentale. Des questions très concrètes doivent ainsi être posées à la Direction des soins qui devra associer la DRH: quel doit être le degré de systématité des remplacements ? Jusqu'à quel effectif plancher un service peut

fonctionner sans remplacement ? Comment doit s'organiser une solidarité inter services pour les remplacements ?

### **3.1.3 L'engagement du C.H.U dans une maîtrise active de son absentéisme**

Le C.H.U constatait déjà depuis quelques années l'augmentation de la courbe d'absentéisme. Mais pourquoi le C.H.U s'est il aujourd'hui décidé à agir ? La décision de s'attaquer à l'absentéisme est née d'une combinaison de facteurs. La prise de conscience s'est effectuée à la lecture du bilan social 2002, où il ressortait que le nombre d'arrêts CLM/CLD allait dépasser celui des arrêts pour maladie ordinaire, engendrant un absentéisme structurel. Cependant, d'autres facteurs sont venus favoriser et rendre indispensable l'élaboration d'une politique d'action. Un changement intervenu à la direction générale a notamment facilité une nouvelle approche du problème de l'absentéisme. Des signaux internes étaient palpables au sein de la structure : le climat social au sein des équipes, les modifications permanentes des plannings...Un moteur d'action décisif est surtout la situation des dépenses de personnel fortement dégradée qui incite alors fortement la DRH à chercher des solutions pour rétablir l'équilibre.

### **3.2 L'élaboration d'un programme de gestion de la présence au travail**

Afin de lutter efficacement contre l'absentéisme, il paraît nécessaire de formaliser cette lutte par le biais d'un programme de gestion de la présence au travail. Pourquoi le choix d'une telle appellation et pas celle de programme de lutte contre l'absentéisme ? Il ressort que le terme absentéisme a une connotation péjorative pour la majorité du personnel du C.H.U qui y perçoit un jugement de valeur effectué par la Direction. Les organisations syndicales ne reconnaissent d'ailleurs pas ce terme qui heurte les susceptibilités.

Etablir un programme présente l'avantage de regrouper des actions éparses pour une meilleure visibilité et permet alors de suivre l'état d'avancement des actions engagées. Ce programme peut comprendre ainsi des actions à court terme « actions coup de poing » et des actions à plus long terme qui nécessitent une plus grande implication des différents acteurs hospitaliers.

Un tel programme doit rester réaliste et évaluable. Il ne faut pas perdre de vue notamment les intérêts financiers : il s'agit en effet de proposer un programme regroupant des actions réalistes, sans coûts financiers lourds pour le C.H.U.

Ce programme peut alors comprendre deux volets :

- un volet préventif ou incitatif
- un volet répressif

Un établissement peut ainsi tenter de restreindre l'absentéisme au travail en durcissant les procédés de vérification et en intensifiant les contrôles sur les employés absents. Cependant des initiatives permettant de prévenir l'absence et inciter à la présence des agents font aussi leurs preuves.

### **3.2.1 Le volet répressif : une solution imparfaite**

Lorsque les absences ne sont pas accompagnées de pièces justificatives valides ou qu'elles sortent des absences autorisées, les procédures disciplinaires peuvent s'enclencher.

Si l'absence est justifiée, le droit français fournit alors un outil de lutte contre les abus. En effet, les abus peuvent être contrôlés par le biais de la contre visite médicale, un droit légitime reconnu à l'employeur depuis 1978. Le code du travail l'habilite en effet à suspendre le versement d'indemnités complémentaires à son salarié s'il est prouvé que l'arrêt n'est pas médicalement justifié.

Le droit de la fonction publique prévoit également la possibilité de recourir aux contres visites médicales<sup>30</sup>. Une liste de médecins agréés est arrêtée par le préfet du département pour effectuer ces contrôles.

L'arrêt non justifié entraîne une suspension du traitement pour absence de service fait, si l'agent ne reprend pas ses fonctions après le contrôle. Toutefois, de l'intérêt de tels contrôles est limité, leurs modalités sont un obstacle à leur efficacité, puisqu'ils sont effectués par des médecins qui de fait ne donnent quasiment jamais d'avis contraires à ceux de leurs collègues.

L'expérience montre que lorsqu'un contrôle est effectué, l'arrêt de travail est toujours considéré comme justifié.

Au C.H.U jusqu'à présent ne s'effectuent que des contrôles ponctuels : 34 contrôles médicaux réalisés en 2003 (tous justifiés) dont 62% dans la filière soignante, 21% dans la filière technique-ouvrière.

---

<sup>30</sup> Décret 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la Fonction Publique Hospitalière, article 15

Une politique plus répressive permettrait ainsi de faire effectuer des contrôles plus fréquents à l'encontre des personnels absents lorsqu'un doute existe sur la justification de leur absence.

L'arrivée d'un médecin contrôle est l'occasion d'instituer une véritable politique de contrôle. On pourrait notamment concevoir qu'un contrôle systématique soit déclenché dès lors qu'un agent atteint 28 jours d'absences continus ou cumulés, puisqu'en effet les absences de longue durée sont en constante croissance.

Des contrôles administratifs de la présence à domicile du fonctionnaire en arrêts de travail peuvent aussi être institués.

Le volet répressif répond donc à une logique simple : éviter et réprimer les abus. Toutefois l'objectif est la réduction de l'absentéisme et seules les politiques préventives et incitatives auront un effet durable sur la gestion de l'absentéisme.

### **3.2.2 Le volet préventif et incitatif : un frein à l'absentéisme**

Inciter les agents à être présents au travail peut passer par plusieurs voies. Une première piste peut être l'incitation financière. Par ailleurs les mesures préventives de l'absentéisme peuvent être axées sur la personne, elles vont alors aider les employés à travailler et les inciter à travailler. Mais les mesures préventives peuvent aussi être axées sur l'organisation du travail, en supprimant les causes professionnelles génératrices d'absentéisme et liées à des problèmes relatifs à la sécurité, à la santé, au stress et aux conditions de travail.

#### **A) Une prime au présentéisme : un levier financier**

Il y a déjà une dizaine d'années que de grandes entreprises mettent en oeuvre ce type de politique. Ils utilisent effectivement une arme simple et redoutable : la prime.

Plutôt que de réprimer l'absence, l'idée est alors de récompenser l'assiduité et de favoriser la présence en allouant une somme d'argent.

Plusieurs modalités dans la mise en oeuvre de cette politique de prime au présentéisme peuvent être envisagées.

On peut notamment la rendre dégressive. On exerce alors une pression sur la motivation à être présent. Par exemple, une prime mensuelle est divisée par deux pour un jour d'absence, par trois pour deux jours et supprimée au-delà.

Par ailleurs, aux laboratoires Laphal par exemple, où un mécanisme d'«intéressement au présentisme » existe depuis 1988, la partie de la prime retenue aux salariés absents est redistribuée aux présents, et l'intéressement versé au titre d'une année donnée est proportionnel à la durée de présence (hors congés de maternité et accidents du travail).

On peut bien sûr imaginer une prime non dégressive, c'est-à-dire qu'une somme d'argent est allouée uniquement lorsque l'agent n'a eu aucune absence dans l'année. Au C.H.U c'est ce système qui a été retenu, avec toutefois un aménagement : les agents ont eu la possibilité d'échanger dans la limite de 5 jours, des jours de maladie en jours de RTT ou congés annuels. Le résultat est édifiant : 977 jours maladie ont été transformés en jours de RTT et 399 agents ont ainsi bénéficié de cette mesure.

Si cette mesure a le mérite de produire des effets instantanés, elle ne résout en rien le problème de fond posé par l'absentéisme.

## B) Une politique de prévention axée sur la personne

Les mesures pour prévenir l'absentéisme peuvent être axées sur la personne. En effet, elles vont permettre d'accompagner les agents dans leurs projets, les aider à reprendre une activité en cas d'absences longues. Ces politiques vont donc soutenir les agents dans leur travail et par là même les inciter à reprendre leur activité professionnelle.

### a) *L'entretien d'absentéisme :*

On peut déjà mettre en place des « entretiens d'absentéisme ». Mener des entretiens de reprise du travail est une méthode qui peut donner de bons résultats dans la pratique. Ceux-ci peuvent avoir un effet positif, surtout en ce qui concerne les absences fréquentes et de courte durée, souvent liées au stress ou à une démotivation passagère.

Le principe est simple : il s'agit de systématiser une rencontre avec le DRH ou le supérieur hiérarchique pour toute personne revenant d'un arrêt de travail en évitant une atmosphère trop tendue. Il s'agit certes d'un système un peu contraignant mais cela peut valoir la peine de consacrer suffisamment de temps à de tels entretiens.

En effet cet entretien est une façon de dédramatiser l'absence, tout en « marquant » le coup. C'est l'occasion de faire le point sur l'état d'esprit de l'agent, comprendre les raisons

de cette absence : stress, fonctionnement du poste de travail, raisons familiales. Cela permettra alors de procéder, dans la mesure du possible, à certains aménagements afin de limiter les « récidives ».

Les cadres du C.H.U pourraient ainsi procéder à de tels entretiens, mais la sagesse consiste peut-être à se concentrer sur quelques cas individuels dans un premier temps en raison de la surcharge de travail que cela engendrerait. Cet entretien sera alors pour le cadre l'occasion de s'interroger et de prendre des mesures adéquates: où l'agent situe-t-il les raisons de ses absences répétitives? Le C.H.U, ou le cadre peuvent-ils avoir une influence pour diminuer le nombre de telles absences ?

Sur des absences de courte durée souvent consécutives au stress ou à une démotivation, ces entretiens peuvent avoir des résultats probants car ils permettent de faire le point sur une situation et la résoudre rapidement sans laisser traîner des ressentis ou des malaises qui pourraient empirer le cas échéant.

*b) La formation :*

La formation doit être un axe important du programme de gestion de la présence au travail. En effet l'augmentation du nombre d'accidents de travail est préoccupant : A.E.S, accidents dus à des efforts de soulèvement. Le plan de formation de l'établissement doit donc intégrer ces nouvelles dimensions.

Il peut alors notamment cibler quelques actions sur les techniques de manipulation les patients.

Un volet du plan de formation pourrait aussi, par exemple, être consacré à la prise en charge du stress. On peut donc imaginer des formations qui favorisent la détente et la relaxation du personnel hospitalier : le yoga, les massages, le développement personnel. Il peut s'agir d'actions qui permettent la gestion du stress : le stress face aux patients, face aux familles.

De même les politiques de formation, dans les écoles formant aux métiers de la santé doivent être revues : on constate en effet selon le rapport de la cellule ARPEGE<sup>31</sup> que le nombre d'A.E.S est en nette diminution compte tenu de l'ancienneté. Il est donc nécessaire d'agir sur les techniques d'apprentissage des élèves infirmiers par exemple, et de prendre certaines mesures. L'importance des nouvelles promotions d'Institut de

---

<sup>31</sup> Analyse des risques professionnels et évaluation et gestion de l'état de santé. *Bilan annuel 2003* de la cellule ARPEGE

Formation en Soins Infirmiers (IFSI) notamment, fait qu'ils sont plus nombreux à devoir s'entraîner, pour apprendre à piquer, sur peu de bras d'entraînement disponibles. Les services de soins constatent ainsi que les jeunes diplômés ne savent plus piquer et le nombre d'AES s'en ressent. Investir dans de nouveaux bras modernes par exemple et suivre plus activement la formation sur les terrains de stage peuvent ainsi valoir la peine. Il est ainsi nécessaire effectivement d'axer les efforts sur la formation dans les écoles et les formations en début de prises de poste.

*c) Une nouvelle voie : la validation des acquis de l'expérience (VAE) pour une valorisation du personnel*

Créée par le décret n° 85-906 du 23 août 1985, la validation des acquis professionnels (VAP) permet déjà de reprendre des études après au moins deux ans d'interruption, avec la possibilité de s'inscrire dans une formation diplômante d'un niveau supérieur à celui auquel les diplômes obtenus donnent normalement accès.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 offre désormais de nouvelles possibilités grâce à la validation des acquis de l'expérience (VAE). La VAE reconnaît alors les acquis de l'expérience professionnelle ou personnelle (activité salariée, non salariée ou bénévole) pour accéder à une formation (sans justifier du niveau d'études, des diplômes ou des titres normalement requis) ou obtenir tout ou partie d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification (sans suivre les études liées à l'obtention de ce diplôme).

Droit inscrit dans le code du travail et le code de l'éducation, la VAE est ainsi accessible à toute personne quels que soient son âge, son niveau d'études ou son statut. Une condition tout de même : justifier d'au moins trois ans d'expérience, continue ou discontinuée, dans une activité salariée, non salariée ou bénévole, en rapport avec le titre ou le diplôme pour lequel la demande a été déposée.

Toutefois, si la VAE est effective dans le domaine social (diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie et celui d'éducateur spécialisé), elle ne le sera que prochainement dans le domaine sanitaire, où les professions sont plus réglementées. Elle devrait ainsi être accessible au diplôme d'aide soignant pour l'automne 2004, puis étendue aux autres professions (auxiliaire de puériculture, infirmier) à partir de 2005 sur le modèle des aides soignants. Dans son rapport sur les modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnels et des métiers de la santé, rendu en août 2003, Yves Matillon indique que

« tous les diplômes concernant les secteurs sanitaires et sociaux devront à terme être accessibles à la VAE [...] ».

Le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy a indiqué dans son discours inaugurale du salon Hôpital Expo en mai dernier que : « ce dispositif permet de valoriser un parcours professionnel par l'obtention d'un diplôme au cours de sa carrière. C'est une valorisation de l'individu, de son travail, de ses efforts » ; il a par ailleurs ajouté que la VAE « n'est pas une réponse à la pénurie de personnels. »

Cette reconnaissance professionnelle devrait donc susciter un véritable enthousiasme de la part des personnels hospitaliers jusqu'alors employés en tant que « faisant fonction » ou dans des secteurs sous qualifiés. Cette possibilité offerte devrait donc contribuer à une motivation supplémentaire en vue d'une progression de carrière et permettre par là même de réduire l'absentéisme lié à une insatisfaction professionnelle ou à une démotivation aigue.

De plus, la VAE se présente comme un nouvel outil de la politique de gestion des ressources humaines et s'intègre dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. En effet la VAE offre la possibilité de développer de nouvelles stratégies de qualification et de parcours de professionnalisation.

Ainsi, le fait de reconnaître et de valoriser les compétences acquises par le travail participe de l'amélioration de l'image de l'établissement. Dans le cadre d'un processus de fidélisation et de recrutement du personnel, c'est un instrument qui pourrait donc s'avérer très utile. La VAE peut être le moyen de redonner des perspectives à certains personnels, le sentiment que l'institution se préoccupe d'eux: ce qui ne peut que contribuer à une diminution de l'absentéisme.

Le C.H.U aurait donc tout à gagner de s'inscrire dans cette voie en offrant la possibilité de la VAE aux personnels.

*d) Une politique cohérente de réintégration des agents après de longues absences*

Même si l'impact n'est pas immédiat sur l'absentéisme, l'objectif d'une telle politique est d'éviter que les personnes qui reprennent après un CLD /CLM ou un accident du travail ne rechutent ou accumulent les absences de courte durée en raison d'un mauvais accompagnement institutionnel, lors de la reprise du travail. Il s'agit alors d'une politique favorisant le retour à l'emploi en proposant des solutions en terme d'accompagnement voire de soutien psychologique.



Face à une croissance des agents en CLD/ CLM ou en congés suite à un accident du travail (45 103 journées d'absence, soient 170 agents en 2003), la question de leur réintégration à l'issue de leur arrêt se pose avec une plus grande acuité. La réintégration de ces agents s'avère effectivement délicate dans la mesure où elle s'accompagne le plus souvent de restrictions médicales contraignantes.

Si le statut de la fonction publique prévoit la possibilité des aménagements de poste (article 71 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique), en pratique les établissements de santé ont des difficultés à créer ou réserver ce type de poste. En effet priorité sera donnée à des postes « classiques » de façon à ne pas déséquilibrer l'organisation d'un service.

Cependant instaurer une politique globale et cohérente de postes aménagés est un investissement qui peut porter ses fruits.

Au C.H.U, il n'y a que très peu de postes identifiés comme aménagés. En effet la tendance actuelle qui consiste à être le plus opérationnel possible sur un poste de travail, combinée aux exigences accrues en matière de sécurité sanitaire, de qualité ainsi qu'aux nouvelles modalités de prise en charge du patient pousse à limiter ce type de poste.

De plus on observe des difficultés dans la gestion des quelques postes aménagés. On constate le maintien des agents sur ces postes, alors qu'une « bonne » gestion voudrait que les agents y restent un certain laps de temps (définis en amont), afin de les réintégrer par la suite sur un autre poste.

Il est donc nécessaire de suivre de façon très rigoureuse ces postes aménagés, de façon à permettre une rotation sur ces postes.

En outre, il faut être conscient que les agents qui reviennent dans les services, après de longues absences et réintégrés sur des postes repérés comme aménagés sont mal perçus par les autres personnels. Ceux-ci voient arrivés des « bras cassés » prenant la place d'une personne « productive », laissant alors présager une charge supplémentaire de travail ou une fragilisation dans l'organisation du service.

Une politique claire et suivie de réintégration des agents est donc nécessaire. On peut alors imaginer de faire reprendre les agents, que cette reprise soit assortie ou non de restrictions médicales ou qu'elle se fasse en mi temps thérapeutique (MTT) suite à l'avis donné par le comité médical, selon plusieurs modalités.

Une première modalité peut être la reprise sur un poste enregistré comme aménagé sur lequel un turn-over est obligatoire. Il s'agit donc d'une étape avant la reprise de l'agent sur un poste « normal ». Les agents qui reprennent une activité avec des restrictions

médicales ou en mi-temps thérapeutique doivent alors être placés sur les postes aménagés pour une période maximum de 6 mois.

Une évaluation du travail de l'agent et de son comportement doit être effectuée à mi-parcours par le cadre du service et une évaluation médicale sera faite par le médecin du travail; l'objectif étant une réintégration rapide de la personne de façon à éviter une marginalisation possible de celle-ci, si elle est laissée trop longtemps sur ce type de poste.

Afin de limiter le temps d'occupation de ce poste par une même personne, la DRH peut contractualiser avec les directeurs de site du C.H.U et la personne concernée : s'agissant du directeur, la contractualisation portera sur le fait que tel poste est considéré comme aménagé, qu'il est pris en charge financièrement par la DRH, mais que tous les 6 mois sera affectée une personne différente. En outre le directeur devra s'engager à rechercher une solution à l'issue de cette période. Pour l'agent, la contractualisation aura pour objet de s'assurer qu'il a bien compris qu'il s'agit d'une étape transitoire avant sa réintégration sur un autre poste ou son poste d'origine.

Une démarche prospective devra être effectuée avant le terme prévu sur ce poste aménagé, afin d'anticiper une reprise dans des conditions optimales. Cette recherche d'un nouveau poste devra alors associer la médecine du travail, le directeur des soins, et le directeur de site ou la personne compétente.

Une autre modalité de réintégration peut consister à affecter directement un agent sur un poste budgétaire vacant compatible avec ses restrictions médicales, le cas échéant: ce sont donc des postes qui ne sont pas identifiés comme postes aménagés, mais suite à un travail en amont de la reprise de l'agent, le poste est désigné, en vue d'une réintégration réussie dans un service. Ce poste devra être alors choisi en concertation avec le médecin du travail et le directeur de soin ou la personne compétente. Il est par exemple envisageable de faire reprendre des agents en mi-temps thérapeutique sur un poste en vue d'une réintégration complète sur ce même poste.

Le suivi s'avère indispensable, car avant de faire reprendre un agent à temps complet, il devra être évalué par le cadre du service et revu par le médecin du travail afin d'éviter toute difficulté par la suite. Si une personne à l'issue de son MTT a la possibilité d'être réintégrée sur ce même poste, c'est une clé de réussite de la réintégration dans la mesure où la personne se sent plus en confiance, a déjà pris la mesure du poste et retrouve un environnement social connu (collègue, cadre...).

Ainsi, faire reprendre un agent sur un poste aménagé ou sur un poste budgétaire vacant considéré comme compatible avec ses restrictions médicales nécessite un véritable suivi

et une anticipation des réintégrations à venir. Une commission d'aide à la réintégration est un moyen d'accompagner cette politique puisqu'elle permet de suivre les personnes nécessitant un aménagement de poste. Cette commission peut alors être composée de la DRH, des directeurs de soins, des médecins du travail, des directeurs de sites ou directions fonctionnelles et d'un assistant social. Cette commission a alors le mérite de réunir tous les acteurs et de faire le point sur la situation d'un agent.

La tâche principale de la commission serait alors d'étudier les dossiers des agents à réintégrer et proposer à la DRH des avis d'affectation qui tiennent compte des possibilités de l'agent au regard des postes aménagés disponibles ou d'un poste budgétaire validé par la médecine du travail et le directeur de soins par exemple.

Un suivi régulier des agents à réintégrer et réintégrés depuis peu est une étape très importante dans la réussite de la réintégration. Cela nécessite alors de mettre en place des tableaux de bord adaptés.

Par exemple, on peut imaginer un de tableau de bord de ce type :

Nom de l'agent	Service d'affectation ou poste aménagé	Date d'entrée sur le poste aménagé	Date prévue de l'évaluation par le cadre du service	Date prévue pour la médecine du travail	Date prévue de fin pour le poste aménagé	Avis de la médecine du travail	Nouvelle orientation
Mme X	Service neuro Poste d'accueil	1 <sup>er</sup> janvier 2004	1 <sup>er</sup> avril 2004	1 <sup>er</sup> juin 2004	1 <sup>er</sup> juillet 2004	Avis positif pour une reprise sur un poste dit normal	Reprise dans le service

En outre une phase importante de cette politique est d'anticiper la reprise des agents qui ont épuisé tous leurs droits à congés. Il faut ainsi qu'une solution soit trouvée avant même la reprise effective de l'agent. Cela évite d'une part de maintenir ces agents artificiellement dans leurs droits, si aucune solution n'a été recherchée par avance ; et d'autre part de préparer l'équipe du service « d'accueil » afin de dédramatiser l'arrivée d'un agent, qui ne sera peut être pas au maximum de ses possibilités et de rechercher une nouvelle organisation en conséquence. Cette anticipation peut se faire par le biais d'un entretien avec l'agent avant le terme du congé pour sonder ses intentions et son état d'esprit. Puis sa situation devra être évoquée en commission afin de trouver une solution collective rapidement. En effet le C.H.U a tout intérêt à payer l'agent à travailler (productivité) plutôt que chez lui.

Là encore cette anticipation demande un suivi important mais le résultat est bénéfique aussi bien pour le C.H.U en terme de réduction du risque absentéisme et en terme d'image. En prenant en charge la réintégration de ses salariés sans avoir l'air de la subir, l'agent a ainsi le sentiment que l'institution s'est préoccupée de sa situation et arrive dans de meilleures dispositions.

Mettre en œuvre une politique de réintégration des agents peut donc répondre à un double objectif du C.H.U : une réduction de son absentéisme et une amélioration de son image.

Pourtant « les actions de réintégration se font encore rares en tant que stratégie d'intervention, mais l'expérience des pays nordiques montre tout ce que l'on pourrait attendre de mesures de réintégration vues comme un outil de réduction de l'absentéisme », constate la Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.<sup>32</sup>

e) *Des politiques de prévention pour la santé : un effort à effectuer*

L'hôpital est un milieu pathogène, le risque lié au travail d'atteintes à la santé est donc effectivement important. En témoignent le nombre élevé de maladies professionnelles inscrites au tableau du régime général (allergie à des médicaments ou aux détergents, exposition aux infections microbiennes ou aux rayonnements ionisants...).

Le bilan annuel de la cellule ARPEGES fournit des données sur la santé des travailleurs : on y apprend donc que les maladies professionnelles sont principalement dues à l'exposition prolongée à l'amiante et expose les principales caractéristiques des accidents du travail et de trajet au C.H.U. Cependant il est aujourd'hui regrettable qu'aucune donnée ne soit disponible concernant les risques psychiques liés à la charge de travail, au stress, à la démotivation. De même, il n'y a que très peu d'éléments sur les pathologies dites extra professionnelles (cancers, dépendances, diabètes). Pourtant de telles informations obtenues dans le respect du secret médical s'avèreraient utiles dans la définition d'une politique active de prévention. En effet des campagnes de sensibilisation et de dépistage pourraient alors être organisées. Connaître les pathologies à l'origine de l'arrêt présentent ainsi un grand intérêt et n'est en aucun cas signe d'une quelconque volonté de la direction d'interférer dans la sphère privée. Ainsi, déterminer les pathologies

---

<sup>32</sup> La prévention de l'absentéisme sur le lieu de travail, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. [en ligne], 1997, [site visité le 1/07/4004]. Disponible sur internet: <<http://freurofound.ie>>

à l'origine des absences les plus longues permet de déterminer quelles campagnes de sensibilisation ou de dépistage mettre en oeuvre. Pour les maladies de courte durée, connaître la saisonnalité de la maladie facilite l'organisation de campagnes de vaccination par exemple.

En 2003, 926 personnes du C.H.U ont été vaccinées par le service de santé au travail soit 16,2% des agents. Toutefois, le retour sur investissement n'a pas été mesuré. Cependant toutes les études montrent qu'une politique de vaccination contre la grippe à des effets bénéfiques sur l'absentéisme. La baisse de l'absentéisme compense ainsi largement le temps médical et le coût des vaccins. 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>33</sup>.

De même si les effets du tabac et le diabète font l'objet d'un dépistage précoce et de mesures de sensibilisation et d'information, de telles actions peuvent avoir, certes à long terme, un effet sur l'absentéisme.

Une démarche préventive pourrait être la réalisation systématique lors de la visite médicale de dosages sanguins (dépistage du diabète par exemple).

En outre, le stress professionnel peut être mesuré grâce à une échelle visalogique analogique (sur le modèle des échelles de la douleur) lors de la visite médicale. Le niveau de stress est alors déterminé par référence à une norme seule connue du médecin du travail. D'autres systèmes existent tels que le Burnout Inventory (Inventaire de l'épuisement) de Maslach<sup>34</sup> qui est un instrument souvent utilisé d'évaluation de l'épuisement mental.

En fonction des résultats obtenus, des mesures adaptées pourraient alors être prises. On pourrait notamment envisager, sur le modèle Québécois, de mettre en place des consultations de psychologie du travail, qui ne s'effectueraient pas au sein de l'hôpital en raison d'une certaine défiance que pourrait avoir les agents vis-à-vis de ce psychologue. En effet au Québec ce sont les compagnies d'assurance qui prennent en charge la consultation d'un psychologue et le résultat attendu vaut l'investissement nécessaire.

De même, il s'avère que l'explication de la croissance de l'absentéisme vient entre autre de l'augmentation des accidents du travail. Il est ainsi constaté qu'un certain nombre de

---

<sup>33</sup> Lévy E. La vaccination contre la grippe des personnes d'âge actif (25-64 ans): une étude coût-bénéfice. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 1992, n° 40, pp.285-295.

<sup>34</sup> Maslach C. *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall 1982

ces accidents du travail sont la conséquence de chutes par glissades. De façon à prévenir de telles accidents il est nécessaire d'entamer une réflexion sur le coût / bénéfice à obtenir de l'achat de balises signalant que le sol est mouillé. De telles balises coûtent en effet 36,49 euros pièce, une étude mettrait alors en évidence que s'équiper avec de telles bornes dans des endroits stratégiques serait alors un gain compte tenu du coût d'un accident du travail.

La revue Chroniques du C.H.U qui bénéficie d'une large diffusion (8500 exemplaires) pourrait alors servir dans un premier temps d'outil d'information et de sensibilisation des personnels sur diverses thématiques comme le cancer, le diabète, le tabac et lister le nom des personnes à contacter le cas échéant. Par ailleurs un groupe de travail constitué de personnes motivées pourrait être créé afin de mener à bien une politique de prévention de la santé, pour réfléchir aux actions prioritaires à mettre en oeuvre dans ce domaine.

Les politiques de prévention doivent alors permettre une approche globale de la santé et pour ce faire il est nécessaire de créer les conditions d'un dialogue fructueux entre la direction, les partenaires sociaux et la médecine du travail. Il est cependant regrettable que de telles politiques n'apparaissent pas encore comme un axe important de la stratégie de lutte contre l'absentéisme. La Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail constate ainsi qu'en « dépit de l'introduction de la Directive-cadre européenne sur la prévention et la sécurité dans la plupart des Etats membres, les actions de prévention sur le lieu de travail demeurent modestes [...]. En outre, les mesures préventives se limitent souvent aux actions axées sur la personne et ne visent pas les causes de la mauvaise santé liée au travail. »<sup>35</sup>

### C) Une politique de prévention axée sur l'organisation du travail

La principale mise en cause de l'absentéisme réside tout de même dans l'organisation et les conditions de travail qui sont aujourd'hui décriées : horaires contraignants, difficulté de mise en place des 35 heures, manque d'organisation, pénurie de personnel. L'ensemble de ces facteurs génère ainsi au quotidien stress et démotivation : c'est cette surcharge physique et psychique qui incite le personnel à s'absenter.

---

<sup>35</sup> *La prévention de l'absentéisme sur le lieu de travail*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. [en ligne], publié en 1997.[site visité le 1/07/2004], Disponible sur internet : <<http://www.freurofound.ie>>

Une étude sur les effets du stress réalisée par le Secrétariat d'Etat à l'économie fait apparaître que la satisfaction au travail des collaborateurs et collaboratrices est un facteur important pour le succès des entreprises et que la situation au poste de travail a une influence déterminante sur l'état de santé des travailleurs. Il y a donc une relation étroite entre l'absentéisme et le climat dans l'entreprise. Les entreprises qui enregistrent peu d'absences pour causes de maladie sont généralement aussi celles qui pratiquent une culture d'entreprise positive.

Selon le modèle conceptuel de Kompier et Marcellissen<sup>36</sup>, les solutions de lutte contre l'absentéisme lié au stress et à la démotivation du personnel sont organisationnelles et non individuelles. Un certain nombre de remarques faites par le personnel devraient alors être réglées au niveau de l'organisation du travail : la surcharge de travail « on est débordés, essouffés, stressés » ; l'insatisfaction professionnelle : « on agit en pompier, on n'a plus le temps d'écouter les patients », l'éclatement du travail en équipe : « on est isolé, on manque d'encadrement »<sup>37</sup>

Kompier indique que favoriser la présence au travail passe par un environnement de travail sain, une implication de la direction à toutes les étapes de l'intervention et enfin une plus grande rigueur dans l'évaluation des interventions.

Mais qu'est ce qu'un environnement de travail sain ?<sup>38</sup> Il s'agirait d'un environnement qui conjugue latitude professionnelle, soutien social, charge de travail raisonnable, prévisibilité dans les plannings, reconnaissance professionnelle et environnement physique agréable.

Ainsi selon Kompier un environnement de travail sain permettrait l'augmentation de la présence au travail si une véritable volonté politique est affirmée avec l'appui de toute l'équipe de direction, une implication directe des intervenants et des instances et une démarche rigoureuse. En outre des plans d'action élaborés avec la participation des employés et une implantation rapide des solutions et recommandations et des échéanciers convenus sont nécessaires.

---

<sup>36</sup> Kompier, M., Marcellissen, F., Vaas, S. *Stress door werk? Doe er wat aan!* [Stress lié au travail? Faites quelque chose !], Amsterdam, FNV/LNV/MHP 1990

<sup>37</sup> Extrait du rapport *blanchisserie et quelques services soignants*, pôle veille ressources humaines 2004

<sup>38</sup> Karasek, R. et Théorell, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990

« L'absentéisme est donc un indicateur. S'il augmente dans tel service, il faut se demander avec quoi cette hausse peut être corrélée : l'arrivée d'un nouveau cadre, la mise en œuvre d'une nouvelle organisation ». <sup>39</sup>

La satisfaction ou l'insatisfaction au travail comme la tendance à avoir plus ou moins d'absences dépendent pour une bonne part de la relation entre les attentes des collaborateurs et les données réelles du poste de travail. Il est donc dans l'intérêt des responsables d'entreprises qu'ils soient attentifs sur des aspects tels que la promotion de la santé, la sécurité des postes de travail, le climat de travail, l'information et la motivation.

Quelles sont les actions qui peuvent alors être entreprises en terme d'organisation du travail afin de juguler l'absentéisme ?

Dans un premier temps il est possible d'identifier les transferts de compétence possible, par exemple entre le personnel de jour et le personnel de nuit de façon à équilibrer les charges de travail. Il est donc nécessaire de travailler sur la répartition des tâches au sein d'un service voire même entre services.

Afin d'étudier les conditions de travail, et notamment la charge de travail au sein des services de soins plusieurs méthodes ont été élaborées. « Ces principaux systèmes sont les soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS), le projet de recherche en nursing (PRN), le résumé de soins infirmiers (RSI), le PENDISKAN, l'EXCHAQUET, le GERONTE le KARNOFSKY, l'OMEGA. » <sup>40</sup> De tels procédés s'ils présentent un caractère assez généraliste aide alors à évaluer la charge de travail en fonction des besoins fondamentaux des patients. De plus l'instrument WEBA <sup>41</sup>, jouissant d'une certaine popularité, est une méthode d'analyse des postes fondée sur des indicateurs indépendants et plus ou moins objectifs et non sur le propre jugement subjectif du salarié. Cette méthode évalue les risques du poste et non de la personne.

Alors que les effectifs n'ont jamais été si importants (+ 7,1%), l'absentéisme ne diminue pas. On peut alors s'interroger sur la répartition de ces effectifs. Peut être certains services sont ils trop dotés en personnel et d'autres pas suffisamment ; des rééquilibrages peuvent alors être effectués, au regard notamment de l'évolution de l'activité des services.

---

<sup>39</sup> GLESS E. Comment soigner l'absentéisme ? *L'Entreprise* [en ligne], Mis en ligne le 29/04/2002, [visité le 22/06/2004]. Disponible sur internet : <<http://www.lentreprise.com>>

<sup>40</sup> TESTUT, P. *Outil d'aide graphique au diagnostic, note d'approfondissement pour le cycle d'études supérieures du travail en organisation*. Conservatoire national des Arts et Métiers 2000

<sup>41</sup> Vaas, S., Dhondt, S., Peters, M.H., et Middendorp, J., 1995, *De WEBA methode*, Alphen a/d Rijn Samsom



L'objectif est alors de planifier le nombre de personnel soignant nécessaire au service des malades et les méthodes citées précédemment peuvent être un bon outil d'aide à la décision.

Par ailleurs, repenser l'organisation du travail doit aussi avoir pour objectif de rendre du temps au soignant (les absences de ce personnel représentent 73,2% des jours d'absence) pour leurs missions premières, le soin au malade. Ainsi, des changements tels que la mise en place de l'usage unique ou la réorganisation de la gestion du médicament ou de l'acheminement des examens sanguins peuvent permettre de dégager du temps au soignant et améliorer ses conditions de travail.

Agir sur l'organisation du travail peut passer par une communication plus importante entre le cadre et le personnel, une clarification des règles en vigueur dans le service et une clarification des rôles de chacun. Des espaces de parole pourraient être organisés au sein des services, on peut notamment imaginer que tout le service se réunisse quotidiennement quinze minutes pour un échange préalable d'informations sur les malades et permettre une meilleure visibilité sur les traitements demandés par les médecins et leurs éventuels changements.

Ces échanges pourraient aussi s'élargir à l'extérieur du service, par exemple avec les urgences pour que des informations « primaires » soient données sur le patient lorsqu'il est orienté vers un service (notamment : de quand date son dernier repas ? A t'il besoin de matelas ou de changes spécifiques ?). Non seulement ce type d'informations améliorerait la prise en charge du patient mais générerait un gain de temps pour le personnel.

« Plusieurs études démontrent que la marge de manœuvre et l'autonomie dans le travail protègent contre l'épuisement professionnel et les maladies physiques » explique le Dr Michel Vézina, ex-directeur de la santé public du Québec.

Une meilleure reconnaissance et une plus grande latitude dans les initiatives participent de la reconnaissance de la valeur du personnel et permettrait alors de réduire le risque absentéisme. Un premiers pas vers une plus grande latitude et une responsabilisation du personnel peut être l'autogestion des plannings : les agents gèrent alors eux mêmes leurs propres plannings et donc leurs propres contraintes.

Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (G.P.E.C) active pourrait aussi prendre tout son sens pour faire face à des situations devenues aujourd'hui préoccupantes en terme d'absentéisme.

Par exemple, en juillet 2004 dans le service RMC on dénombrait 12 congés maternité au même moment sur un effectif de 88 ETP. La GPEC aurait alors permis, lors du recrutement, d'étudier le service, afin de « mixer » les jeunes diplômés et les agents plus anciens afin d'éviter d'avoir à gérer de telles situations et devoir procéder à des recrutements dans l'urgence.

Une politique de recrutement favorisant par exemple la mixité (âge et sexe) pourrait être mise en œuvre.

En outre le recrutement de personnel en service de long séjour est particulièrement difficile et éprouvant ; une absence est difficilement remplacée en raison de l'impossibilité de trouver des agents pour ce service. On peut alors imaginer que la DRH passe un accord avec l'agent, au moment de l'embauche, sur la durée du maintien dans le service et que soient traitées prioritairement les demandes de mobilité émanant de ce service.

Initier une véritable politique de mobilité peut régler certains dysfonctionnements dans les services. En effet favoriser la mobilité du personnel peut éviter les phénomènes d'usure professionnelle et lorsqu'un constat de dysfonctionnement est observé dans un service, la direction des soins en collaboration avec la direction doit faciliter le déplacement vers un autre service.

Il faut donc repenser l'organisation du travail. On pourrait dans un premier temps cibler quelques services où l'absentéisme est fort. Par exemple le service de cardiologie 6 HO peut servir de test pour une modélisation future éventuelle. 32 agents soignants sont affectés dans ce service et sur cet effectif 43,8% ont été absents au moins une fois pendant l'année 2003. Le nombre moyen de jours d'absence par agent absent s'élève à 71,2 jours soit plus 40 jours que le personnel soignant du C.H.U. Le service de réanimation cardiologie peut lui aussi servir de modèle : 66,7% des agents ont été absents au moins une fois en 2003 (21 agents soignants sont affectés dans ce service), le nombre moyen de jours d'absence par agent absent s'élève à 56 jours soit plus de 25 jours que le personnel soignant du C.H.U.

L'étude de l'absentéisme dans ces deux services fait apparaître des dysfonctionnements dans leur organisation et la nature et la durée de l'absentéisme (MO, maladie professionnelle, AT) sont révélateurs des difficultés liées aux conditions de travail.

Ces deux services semblent ainsi propices pour tenter d'apporter des solutions en terme d'organisation du travail. Une évaluation serait ensuite conduite afin de mesurer l'impact de telles solutions, afin d'être reproduites dans d'autres services en cas de succès (recul de l'absentéisme) ou retravaillées le cas échéant.

Mener des actions répressives, ou initier des politiques de prévention axées sur la personne ou sur l'organisation du travail peuvent contribuer à la diminution de l'absentéisme. Cependant pour qu'un programme de gestion de la présence au travail fonctionne, il doit prendre appui sur plusieurs facteurs.

### **3.2.3 Les facteurs de réussite d'un programme de gestion de la présence au travail**

Mettre en œuvre un programme de gestion de la présence au travail suppose une volonté d'agir de l'ensemble de l'institution. Il est donc nécessaire d'identifier les clés du succès des actions répressives ou préventives portant sur la réduction de l'absentéisme.

A) Une approche différente de la gestion des ressources humaines.

Un programme de gestion de la présence au travail comporte un changement fondamental dans la gestion des ressources humaines : l'employeur doit en effet s'intéresser à ses employés avant qu'ils ne s'absentent. L'employeur doit équiper, former ses cadres pour qu'ils puissent s'attaquer aux causes de l'absentéisme avant qu'il n'y ait des absences.

La reconnaissance est alors un élément important de la politique de ressources humaines : il faut ainsi reconnaître l'importance de la responsabilité qu'ont les employés et la faire connaître, cela passe aussi par la reconnaissance des excellents dossiers d'assiduité.

Mais quel est alors notre rôle en tant que dirigeant dans l'implantation d'un programme de gestion de la présence au travail?

B) Le rôle de la direction : impulser et soutenir

L'implication active de la Direction est évidemment une clé du succès des initiatives prises en matière de réduction de l'absentéisme. En effet la Direction impulse la politique en matière de gestion de la présence au travail, fixe les objectifs d'amélioration de la présence au travail, supporte les cadres dans la mise place des plans d'action et en apprécie les résultats.

Une part importante de la réussite d'un tel programme de gestion de la présence au travail réside dans la communication de la politique mise en place et d'une définition claire des règles de l'établissement au sujet des absences des employés. La Direction doit donc s'assurer que tout le personnel connaît les attentes de l'établissement en matière de présence au travail.

La Direction des Ressources Humaines a évidemment un rôle central à jouer dans la réussite d'une telle politique. En effet la D.R.H plus particulièrement, recommande à la direction générale, la mise en place de programme de promotion de la santé ainsi que les outils de gestion permettant d'améliorer la présence au travail. Elle organise ainsi les activités favorisant la bonne condition physique des employés (yoga, relaxation), et met en place les activités de prévention sur divers sujets pouvant faire l'objet de consultations tels la santé mentale, les toxicomanies, la violence au travail.

La D.R.H doit en outre fournir les services de conseils, de support et d'expertise aux cadres dans la mise en place de moyens d'action visant à améliorer la présence au travail.

Elle analyse alors périodiquement et de façon globale la situation de l'organisation en matière de présence au travail et identifie les services présentant des situations problématiques.

Toutefois la Direction doit s'appuyer sur l'encadrement immédiat des agents pour mettre en oeuvre sa politique.

### C) Le rôle prépondérant des cadres

Les cadres jouent un rôle essentiel dans l'implantation réussie d'un programme de gestion de la présence au travail puisqu'ils sont en contact directs avec les employés.

Les cadres soulignent régulièrement l'impact de l'absentéisme sur le moral des employés et leurs résultats. Un programme de gestion de la présence au travail doit donc stimuler le sentiment d'appartenance des employés à une institution et leur volonté de s'épanouir dans un milieu de travail bienveillant et professionnel. Dans ce contexte les cadres, supérieurs immédiats jouent un rôle central en rassurant les employés sur la valeur de leur apport à l'établissement et en maintenant des conditions de travail qui favorisent l'assiduité. Il développe en outre des moyens de renforcement et de reconnaissance auprès de son personnel.

Les cadres doivent alors être les participants actifs du programme : ils gèrent la présence au travail des employés sous leur responsabilité, exprime régulièrement aux agents ses attentes en terme de présence au travail. Il les aide donc à développer et à maintenir de bonnes habitudes d'assiduité et de ponctualité au travail et doit créer les conditions favorisant le maintien et le prompt retour au travail.

Par ailleurs, il analyse périodiquement et de façon globale la situation de son service ou de son secteur en matière de présence au travail. Il peut effectivement dépister les cas à risque, identifier les employés ayant un profil d'absentéisme et doit mettre alors en place les mesures préventives et correctives appropriées. Il doit en outre tenir des tableaux de bord pour le suivi de l'absentéisme.

Toutefois, pour éviter d'être perçu comme faisant du harcèlement, les cadres doivent fixer et respecter des normes rigoureuses et compter sur le soutien de la direction.

#### D) Le rôle essentiel du service de santé au travail

Les médecins du travail ont évidemment un rôle déclencheur ou de soutien dans l'organisation des actions de prévention pour la santé et de réintégration sur le lieu de travail.

Ils doivent donc aider la Direction à intégrer les actions de promotion de la santé dans les pratiques et politiques organisationnelles.

Ils doivent aussi jouer un rôle afin d'accroître la coopération avec les médecins généralistes et autres spécialistes dans la santé concernés, pour aider à la réadaptation des absents de longue date.

Le médecin du travail doit avoir un rôle actif dans le recueil des données concernant l'absentéisme afin de mieux connaître la structure de l'absentéisme.

Le service de santé au travail -environnement doit aider à l'élaboration d'indicateurs de suivi de l'absentéisme qui fassent le lien entre la santé et l'organisation du travail. En outre il assure une veille sur l'état de santé des agents à l'aide d'enquêtes spécifiques. Il peut notamment effectuer le suivi concernant les impacts du rythme de travail sur la santé.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Cf. annexes 7 et 8

Le bilan annuel 2003 sur l'analyse des risques professionnels et l'évaluation de l'état de santé des agents du C.H.U fait par la cellule ARPEGES peut servir de base pour l'élaboration d'actions de prévention ciblées : cette étude statistique permet de dégager notamment les sites du C.H.U où des actions préventives doivent être menées selon le risque encouru.

L'étude a aussi permis de mettre en évidence la population la plus exposée aux accidents de travail. Celle ci peut donc être un outil de décision efficace pour mener des politiques ciblées.

De même le médecin du travail doit permettre de déterminer les causes médicales des arrêts. Effectivement une connaissance approfondie de l'évolution de la maladie ordinaire ne manque pas d'intérêt dans le cadre de la mise en place d'une politique de prévention. Elle permet, d'une part l'organisation de campagnes de vaccination. D'autre part le trait cyclique de la maladie ordinaire devrait faciliter la gestion prévisionnelle des remplacements donc permettre une optimisation de la gestion des ressources humaines.

La médecine du travail été fondée sur la notion de risque à l'intégrité physique. Elle doit aujourd'hui s'orienter vers des actions en faveur de la santé physique et mentale.

- E) Les organisations syndicales et le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT): une association indispensable

Il apparaît aussi indispensable d'associer le CHSCT et les partenaires sociaux à ce programme de gestion de la présence au travail.

En effet, les syndicats doivent jouer un rôle dans la promotion des actions de santé sur le lieu de travail et la diffusion des informations. Ils doivent aussi participer activement aux actions sur le lieu de travail et aux groupes de réflexion le cas échéant. Ils peuvent en outre entamer une réflexion sur les investissements à effectuer en matière d'hygiène et de santé sur le lieu de travail.

Une collaboration active des partenaires sociaux peut s'avérer en effet fructueuse, comme le prouve la réflexion conjointe de la direction et des partenaires sociaux qui a donné naissance à des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT).

Le C.H.U, en 2000 a déposé à la tutelle (Agence Régionale d'Hospitalisation, ARH) un CLACT, axé sur la prévention des lombalgies. Une partie de la somme allouée par l'ARH a permis de recruter du personnel afin de remplacer les agents allant en formation lombalgie. Le reste a servi à acheter des lits à hauteur variable de façon à améliorer les conditions de travail des soignants. Ce programme a été pleinement réalisé et a constitué

une réussite, tant et si bien qu'un autre CLACT a été déposé en 2002, afin de poursuivre le premier. La totalité de la somme allouée a permis l'achat de matériels.

L'action d'un des syndicats néerlandais est une bonne illustration de ce que peuvent entreprendre les partenaires sociaux dans le domaine des conditions de travail. En effet le syndicat a créé une liste de contrôle des facteurs de risques psychosociaux au travail : le Quick Scan Werkdruk<sup>43</sup>. Cet outil vise plus particulièrement à évaluer la charge de travail quantitativement et qualitativement.

Généralement les partenaires sociaux pointent du doigt le rôle joué par les facteurs liés au travail dans l'apparition des problèmes de santé, l'absentéisme et l'incapacité au travail des salariés. Ils soulignent l'importance d'une réintégration rapide car il a été démontré qu'après quelques semaines de maladie, les perspectives de reprise du travail se réduisent considérablement<sup>44</sup>. Les syndicats sont encore souvent sceptiques sur les initiatives prises par les établissements pour réduire l'absentéisme et restent encore trop en retrait car, il est vrai que les organisations syndicales restent hostiles à la notion même d'absentéisme.

La loi hospitalière<sup>45</sup> précise que «des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique doivent être données aux fonctionnaires durant leur travail ». Dans ce cadre les CHSCT doivent être un lieu d'échange et œuvrer pour l'amélioration des conditions de travail. Les CHSCT<sup>46</sup> ont deux types de mission. Les missions interventionnistes au titre desquelles le CHSCT procède à l'analyse des risques professionnels et des conditions de travail, peut inspecter les locaux de travail et enquêter en matière d'accidents du travail ou de maladie professionnelle. S'agissant de ses missions consultatives, le CHSCT doit être consulté sur les mesures à prendre en matière d'hygiène, sécurité et conditions de travail et sur les mesures de formation des agents en matière de sécurité au travail.

Aujourd'hui pourtant leur rôle reste encore limité. Suite à la catastrophe de l'usine « AZF », le rôle des CHSCT a été considéré comme insuffisant et il a été envisagé de leur permettre un droit de retrait à l'instar des salariés en cas de danger grave et imminent. Leur compétence a été étendue désormais à l'environnement. La circulaire du 14 février

---

<sup>43</sup> Nelemans, *Quick scan Werkdruk* [Scan rapide de la pression au travail], Kerckebosch, Zeist 1997

<sup>44</sup> Schroer, C.A.P, *Verzuim wegens overspanning: een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpoerlening en het verzuimbeloop*, [Absence pour maladie due au surmenage: une étude de la nature du surmenage, de l'orientation socio-médicale et du cycle d'absentéisme], Maastricht, UPM 1993

<sup>45</sup> Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 article 23

<sup>46</sup> Les lois Auroux des 4 août, 28 octobre, 13 novembre et 23 décembre 1982 relative aux institutions du personnel dans l'entreprise, à la négociation collective et à la création des CHSCT

2002 prévoit ainsi d'améliorer l'implantation des CHSCT, leurs attributions, leurs moyens, la formation de leur membre pour développer une approche globale des risques.

F) Planification, suivi et évaluation du programme de gestion de la présence au travail

Il est en effet nécessaire de planifier les actions à conduire avec parfois des choix à effectuer. Les coûts engendrés par certaines actions et la charge de travail supplémentaire induite par un tel programme rendent nécessaire la priorisation des actions. Le programme de gestion de la présence au travail doit donc s'accompagner d'un calendrier de mise en œuvre (cf. tableau page suivante).



Planification des actions dans le cadre du programme de gestion de la présence au travail

	2005		2006		2007		2008	
Début de chantier	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>nd</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>nd</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>nd</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>nd</sup> semestre
<b>Suivi de l'évolution de l'absentéisme</b>	Réalisation de tableau de bord pour l'absentéisme	Ajustements des tableaux de bord le cas échéant						
<b>Reconnaissance du personnel</b>	Les réflexions doivent être initiées et des groupes de travail sont mis en place	Les premières actions doivent voir le jour, le personnel d'encadrement a été sensibilisé	Les actions doivent s'intensifier avec des ajustements si nécessaires. Les groupes de travail se réunissent pour élaborer des grilles de suivi	Evaluation des actions par le groupe de travail - groupe de suivi et ajustements éventuels	Evaluation + bilan. Suppose de disposer d'indicateurs fiables de suivi de l'absentéisme	Modifications de certaines mesures et confirmation de certaines autres avec un suivi régulier		
<b>Responsabilisation du personnel</b>								
<b>Gestion de l'absence et du remplacements</b>								
<b>Politique de contrôle</b>								
<b>Politique d'aide à la réintégration</b>								
<b>Politique de mobilité</b>								
<b>Prévention de la santé</b>		Les réflexions doivent être initiées et des groupes de travail sont mis en place	Les premières actions doivent voir le jour, le personnel d'encadrement a été sensibilisé	Les actions doivent s'intensifier avec des ajustements si nécessaires. Les groupes de travail se réunissent pour élaborer des grilles de suivi	Evaluation des actions par le groupe de travail - groupe de suivi et ajustements éventuels	Evaluation + bilan. Suppose de disposer d'indicateurs fiables de suivi de l'absentéisme	Modifications de certaines mesures et confirmation de certaines autres avec un suivi régulier	
<b>Politique de formation</b>								
<b>Mesures Organisation</b>								
<b>Entretien d'absentéisme</b>			Les réflexions doivent être initiées et des groupes de travail sont mis en place	Les premières actions doivent voir le jour, le personnel d'encadrement a été sensibilisé	Les actions doivent s'intensifier avec des ajustements si nécessaires. Les groupes de travail se réunissent pour élaborer des grilles de suivi	Evaluation des actions par le groupe de travail -groupe de suivi et ajustements éventuels	Evaluation + bilan. Suppose de disposer d'indicateurs fiables de suivi de l'absentéisme	Modifications de certaines mesures et confirmation de certaines autres avec un suivi régulier
<b>Psychologue du personnel</b>								

En outre de façon à pouvoir assurer le suivi des actions et effectuer des évaluations régulières, des tableaux de bord<sup>47</sup> doivent être élaborés et mis à jour régulièrement.

Le suivi régulier des actions passe aussi par la surveillance et la mesure des données sur les tendances de l'absentéisme. Il est ainsi indispensable d'élaborer des tableaux de suivi de l'absentéisme par sites puis par services. Ces tableaux de bord doivent être élaborés rapidement pour permettre d'éventuelles actions correctives. Il s'agit donc de suivre et anticiper les arrêts le cas échéant (congé maternité par exemple), afin de permettre une adéquation avec la gestion des effectifs d'un service.

---

<sup>47</sup> Cf. Annexe 9 et 10

## CONCLUSION

Le travail réalisé a permis ainsi d'établir la physionomie de l'absentéisme au C.H.U de Clermont-Ferrand et son évolution entre 1997 et 2003. Il ressort alors de cette étude une tendance inquiétante : le poids des arrêts de longue durée (CLM/CLD) a dépassé celui des arrêts de courte durée. L'absentéisme est donc devenu au fil des années structurel.

L'un des objectifs de cette étude consistait à établir des liens de cause à effet éventuels, entre d'une part l'absentéisme et d'autre part des facteurs tels que l'intensification du travail, le vieillissement de la population et le stress. La vérification de ces hypothèses au C.H.U ont démontré si besoin en était, toute la complexité du phénomène. Si le vieillissement de la population employée au C.H.U joue un rôle dans la croissance de l'absentéisme, il n'est pas déterminant. L'augmentation de l'absentéisme est donc multifactorielle.

Pourtant des solutions pour réduire l'absentéisme se doivent d'être trouvées, les enjeux financiers et sociaux sont effectivement majeurs dans un contexte de réformes hospitalières (tarification à l'activité, nouvelle gouvernance).

Si des pistes existent pour juguler l'absentéisme, il faut néanmoins être conscient que la lutte contre l'absentéisme sera longue et difficile, avec des résultats souvent peu perceptibles dans l'immédiat. Politique de contrôle, politiques de prévention axées sur l'individu ou sur l'organisation, regroupées sous la forme d'un programme de gestion de la présence au travail, devront ainsi être menées dans le temps avec le soutien essentiel des acteurs de l'institution. L'appui des médecins du travail est notamment nécessaire et un repositionnement et une implication évidente et incontournable des cadres supérieurs et de proximité sont un pré requis dans la lutte contre l'absentéisme.

---

# Bibliographie

---

## 1. Ouvrages juridiques

- Statut de la fonction publique
- Code de la Santé Publique
- Code du Travail

## 2. Ouvrages

- LETEURTRE, H. *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*, éditions Berger-Levrault janvier 1991
- MEDA, D. *Le travail, une valeur en voie de disparition*, édition Aubier, 1995
- LAZARUS R.S. § FOLKMAN S. *Stress, appraisal, and coping*, New York, Springer Publishing Company 1984
- MASLACH C. *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall 1982
- FRIEDMANN G., *Le travail en miettes*, Paris Editeur : Gallimard 1956
- NELEMANS, *Quick scan Werkdrunk* [Scan rapide de la pression au travail], Kerckebosch, Zeist 1997
- SCHROER, C.A.P., *Verzuim wegens overspanning : een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop*, [Absence pour maladie due au surmenage: une étude de la nature du surmenage, de l'orientation socio-médicale et du cycle d'absentéisme], Maastricht, UPM 1993
- Vaas, S., Dhondt, S.; Peters, M.H., et Middendorp, J., 1995, *De WEBA methode*, Alphen a/d Rijn Samsom
- KOMPIER, M., MARCELLISSEN, F., VAAS, S. *Stress door werk? Doe er wat aan!* [Stress lié au travail? Faites quelque chose !], Amsterdam, FNV/LNV/MHP 1990
- Karasek, R. et Théorell, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990

## 3. Rapports et études

- Analyse des risques professionnels et évaluation et gestion de l'état de santé. *Bilan annuel 2003* de la cellule ARPEGE
- DRESS, la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation. *Etudes et statistiques*. Octobre 2003, Document de travail n° 35

- DRESS, les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. *Etudes et résultats*. Août 2004, n° 335
- ENSP & ANACT 2003. Vieillesse de la population employée et absentéisme. Réponse à l'appel à projets de recherche «Santé et Travail » MiRe-DRESS/ DARES/ La Poste
- Extrait du rapport *blanchisserie et quelques services soignants*, pôle veille ressources humaines 2004

#### 4. Mémoires

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

#### 5. Revues et mensuels

- *Stratégie santé*, mensuel, Janvier 1995, n° 67, pp.24-25
- *Gestion hospitalière*, Avril 1981, n° 205, pp. 356.
- *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 1992, n° 40, pp.285-295.

#### 6. Sites internet visités

- <http://www.freurofound.ie>
- <http://www.sofcah.com>
- <http://www.lentreprise.com>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Quelques définitions

Annexe 2 : Le calcul du taux d'absentéisme

Annexe 3 : Taux d'absentéisme par type d'absence

Annexe 4 : Répartition en % des types d'absence

Annexe 5 : L'évolution des congés longue durée

Annexe 6 : Activité et absentéisme avec neutralisation de l'effet RTT

Annexe 7 : Evaluation de la charge de travail

Annexe 8 : Les effets « santé des 35 heures »

Annexe 9: Planification des actions dans le cadre du programme de gestion de la présence au travail

Annexe 10 : Tableau de suivi de la répartition par catégories de l'absentéisme

## Annexe 1 : Quelques définitions

**Taux d'absentéisme** : le nombre de journée d'absences / nombre de journées théoriques travaillées

**Taux de fréquence** : Nombre d'accidents du travail avec arrêts \* 1 000 000/ Nombre d'heures travaillées

**Taux de gravité** : Nombre d'accidents du travail \* 1000/ Nombre d'heures travaillées

**Jours ouvrables et ouvrés** : La notion de jours ouvrés désigne une semaine comprise du lundi au vendredi, tandis que la notion de jours ouvrables désigne une semaine de 6 jours comprenant le samedi.

**Entrées extérieures au centre de responsabilité (CR)** : L'ensemble des entrées d'un CR sont comptabilisées, quelque soit la provenance du malade. Il convient de noter qu'un patient mutant d'une unité fonctionnelle à une autre à l'intérieur d'un même CR ne sera comptabilisé qu'une seule fois.

**Mensualité de remplacement** : Il s'agit au C.H.U d'un mois d'un remplaçant sans distinction de grade.

## Annexe 2 : Le calcul du taux d'absentéisme

	Journées d'absences au travail	Nombre de journées théoriques travaillées	ETP moyen annuel rémunéré	Taux d'absentéisme	Nombre de jours moyens d'absences
1997	88 647	222	4426,3	9,02	20,03
1998	95 893	222	4414,1	9,79	21,72
1999	93 619	222	4471,9	9,43	20,94
2000	104 551	222	4479,7	10,51	23,34
2001	112 501	221	4515,8	11,27	24,91
2002	116 057	225	4554,5	11,33	25,48
2003	116 941	225	4741,6	10,96	24,66

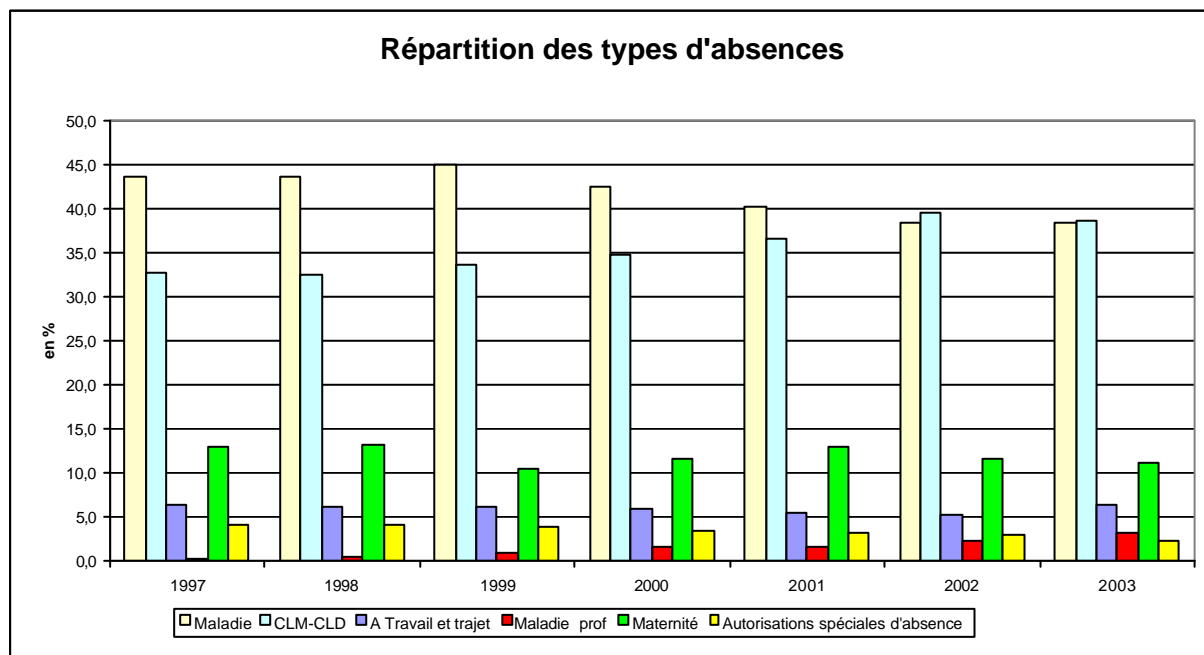


### Annexe 3 : Taux d'absentéisme par type d'absence

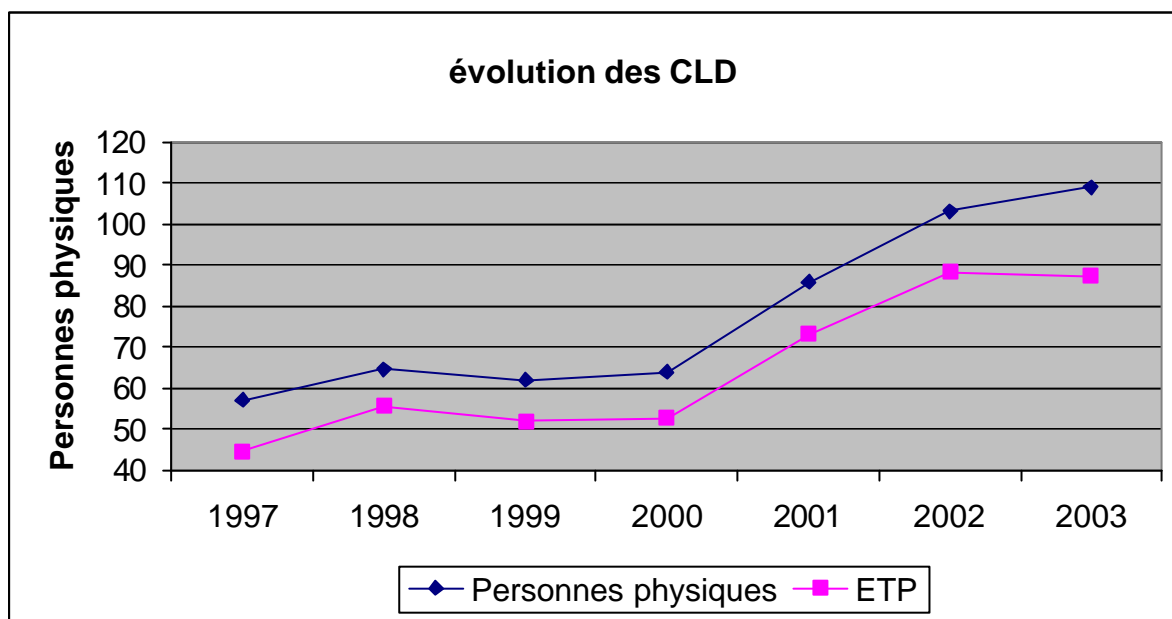
Type d'absences	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Maladie	3,92	4,27	4,23	4,47	4,52	4,35	4,20
CLM-CLD	2,95	3,17	3,17	3,65	4,13	4,47	4,23
A Travail et trajet	0,58	0,60	0,57	0,61	0,61	0,59	0,70
Maladie professionnelle et maladie imputable au service	0,02	0,05	0,09	0,18	0,19	0,25	0,35
Maternité	1,17	1,28	1,00	1,23	1,46	1,33	1,21
Autorisations spéciales d'absence	0,38	0,41	0,37	0,37	0,36	0,33	0,26
Absences non justifiées	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	9,02	9,79	9,43	10,51	11,27	11,32	10,96

## Annexe 4 : Répartition en % des types d'absence

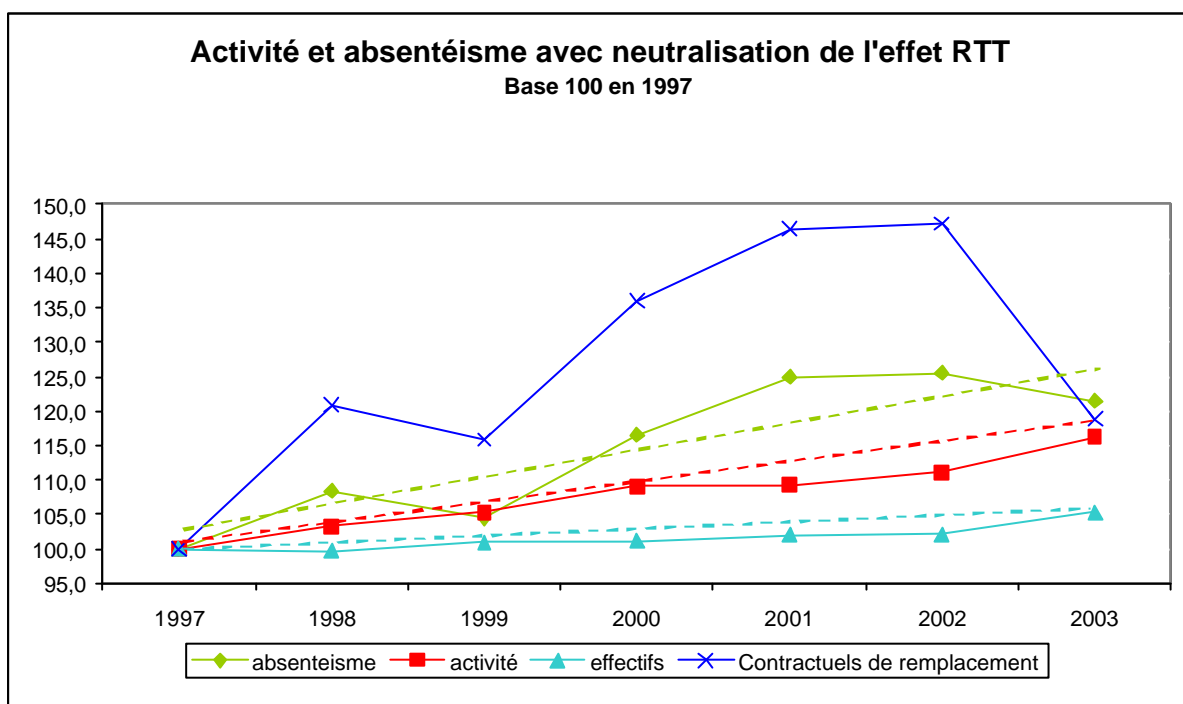
Type d'absences	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Maladie	43,5	43,7	44,9	42,5	40,1	38,4	38,3
CLM-CLD	32,7	32,4	33,6	34,7	36,6	39,5	38,6
A Travail et trajet	6,4	6,1	6,1	5,8	5,4	5,2	6,4
Maladie professionnelle et maladie imputable au service	0,2	0,5	1,0	1,7	1,7	2,2	3,2
Maternité	13,0	13,1	10,6	11,7	13,0	11,7	11,1
Autorisations spéciales d'absence	4,2	4,2	4,0	3,5	3,2	2,9	2,4
Absences non justifiées	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100



## Annexe 5 : L'évolution des congés longue durée



## Annexe 6 : Activité et absentéisme avec neutralisation de l'effet RTT



## Annexe 7 : Evaluation de la charge de travail

### Les outils

#### ► EXEMPLE DE FICHE DIAGNOSTIC POUR SUIVRE LES PROBLÈMES DE CHARGE DE TRAVAIL

Date : .....

Questions à se poser	Constats et observations de la hiérarchie, de la médecine du travail et du CHSCT
<p>En ce qui concerne <u>les situations de travail</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Les salariés sont-ils satisfaits ou insatisfaits du travail réalisé ?</li><li>● Ont-ils le sentiment de pouvoir ou de ne pas pouvoir réaliser le travail comme ils le souhaitent ?</li><li>● Doivent-ils agir sans l'appui de la hiérarchie ou sont-ils épaulés ?</li><li>● Expriment-ils le sentiment de maîtriser leur fonction ou déclarent-ils ne plus la maîtriser ?</li><li>● Ont-ils les moyens d'accéder aux dossiers et aux informations diverses quand ils remplacent des collègues ?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>●</li><li>●</li><li>●</li><li>●</li><li>●</li></ul>
<p>En ce qui concerne <u>les équilibres personnels des salariés</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Les salariés se disent-ils fatigués ?</li><li>● Ont-ils du mal à récupérer ?</li><li>● Constate-t-on une augmentation des pathologies psychosomatiques ?</li><li>● Constate-t-on de manière collective des troubles du comportement tels que l'irritabilité, l'énerverment et l'agressivité ?</li><li>● Y a-t-il des signes d'altération des capacités intellectuelles telles que la mémoire, la concentration et l'apprentissage ?</li><li>● Constate-t-on une diminution des capacités d'adaptation en particulier à de nouvelles tâches ?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>●</li><li>●</li><li>●</li><li>●</li><li>●</li><li>●</li></ul>
<p>En ce qui concerne <u>les dysfonctionnements qui pénalisent la performance</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Y a-t-il une augmentation de l'absentéisme ?</li><li>● Constate-t-on un accroissement du turn-over ?</li><li>● Le climat social s'est-il dégradé ?</li><li>● Y a-t-il une baisse de la qualité, des délais accrus, une augmentation des temps d'attente des clients ?</li><li>● La communication entre les salariés et entre les équipes est-elle plus difficile ?</li><li>● Constate-t-on une augmentation du risque d'accident du travail, de trajet, de maladie professionnelle ?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>●</li><li>●</li><li>●</li><li>●</li><li>●</li><li>●</li></ul>

## Annexe 8 : Les effets « santé des 35 heures »

► EXEMPLE D'ENQUÊTE SPÉCIFIQUE RÉALISÉE PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL AUPRÈS D'UN ÉCHANTILLON DE SALARIÉS, DANS LE RESPECT DE L'ANONYMAT.

### S'interroger sur les effets «Santé» des 35 heures

Depuis l'application des 35 heures :

1) Vous sentez-vous fatigué ?

- Non  Oui, plus qu'avant  
 Oui, comme avant  
 Oui, mais moins qu'avant

2) Si oui, à votre avis, c'est en rapport avec (plusieurs réponses possibles) :

- Les trajets ?  Des repas mal répartis ?  
 L'amplitude de la journée ?  Le contenu, la charge de travail ?  
 Un temps de repos insuffisant ?  Les horaires ?  
 Les coupures ?  Autres ? (préciser).....

3) Est-ce que la qualité de votre sommeil a changé ?

- Non  Oui, elle s'est améliorée  
 Oui, mais elle s'est dégradée

4) Avez-vous dû modifier vos habitudes de repas ?

- Non  Oui, c'est mieux  
 Oui, mais c'est moins bien

5) Avez-vous des troubles digestifs ?

- Non  Oui, plus qu'avant  
 Oui, comme avant  
 Oui, mais moins qu'avant

6) Avez-vous mal au dos ?

- Non  Oui, plus qu'avant  
 Oui, comme avant  
 Oui, mais moins qu'avant

7) Vous sentez-vous stressé ?

- Non  Oui, plus qu'avant  
 Oui, comme avant  
 Oui, mais moins qu'avant

8) Fumez-vous ?

- Non  Oui, plus qu'avant  
 Oui, comme avant  
 Oui, mais moins qu'avant

9) Pensez-vous que les 35 heures ont des effets sur votre santé ?

Annexe 9 : Planification des actions du programme de gestion de la présence au travail

Corps	EAC	Effectif réel Effectif rémunéré sur poste en Equivalent Temps Plein (ETP)	Absentéisme				Contractuels de remplacements		Effectif rémunéré total Effectif rémunéré sur poste en ETP + Mensualités	Ecart Effectif rémunéré total - EAC	Effectif disponible Effectif rémunéré total - Effectif des	Ecart ETP disponible - EAC
			Nombre de jours d'absence	Effectif absent en ETP	Taux d'absentéism e du service	Taux d'absent éisme du CHU	Mensualité s allouées	Mensualités consommées				
Cadre infirmier												
IDE												
AS												
ASH												
Personnel administratif												
Total général												

Annexe 10 : Tableau de suivi de la répartition par catégories de  
l'absentéisme

	Absentéisme en nombre de jours							
Corps	Maladie ordinaire	Maternité	CLM	CLD	AT et maladie professionnelle	Autorisations d'absence	Autres	Total
Cadre infirmier								
IDE								
AH								
ASH								
Personnel administratif								
Total général								
Taux du service								
Taux de l'établissement								

NB : ce tableau est transposable aux sites, aux pôles, aux services