L'ABSENTEISME A L'HÔPITAL : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC, LEVIERS D'ACTIONS

UNIVERSITÉ PARIS DAUPHINE

18 JUIN 2015

Intervenant :
Jean-Marie BARBOT
Directeur du CHS « Fondation Vallée » (Gentilly)
Président de l'Adrhess

1. Introduction

1.1. Les établissements de santé

	Nb d'établissements	Nb de lits	Nb de places
Public	947	258 156	38 862
Privé non lucratif	700	57 717	11 778
Privé	1 047	98 522	14 512
Total	**2 694**	**414 395**	**65 152**

1.2. Les professionnels

A. Le personnel non médical

Répartition par filière en équivalent temps plein (ETP) des emplois non médicaux salariés dans les établissements publics de santé en 2010

	Etablissements publics	
	2010	Evolution 2009/2010
Personnels administratifs	99 560	1.0 %
Personnel soignant	594 660	1.3 %
• sages-femmes	10 914	3.4 %
• Personnel d'encadrement du personnel soignant	23 117	-0.8 %
• Infirmiers	232561	0.7 %
• Aides soignants	209 631	2.0 %
• ASH et autres personnels des services médicaux	93 224	0.9 %
• Rééducateurs	15 371	1.7 %
• Psychologues	9 842	4.4 %
Personnels éducatifs et sociaux	12 704	4.2 %
Personnels médico-techniques	40 825	1.2 %
Personnels techniques	100 302	1.4 %
Total	**848 052**	**1.3 %**

B. Le personnel médical

Répartition par filière en équivalent temps plein (ETP) des emplois médicaux salariés dans les établissements publics de santé en 2010

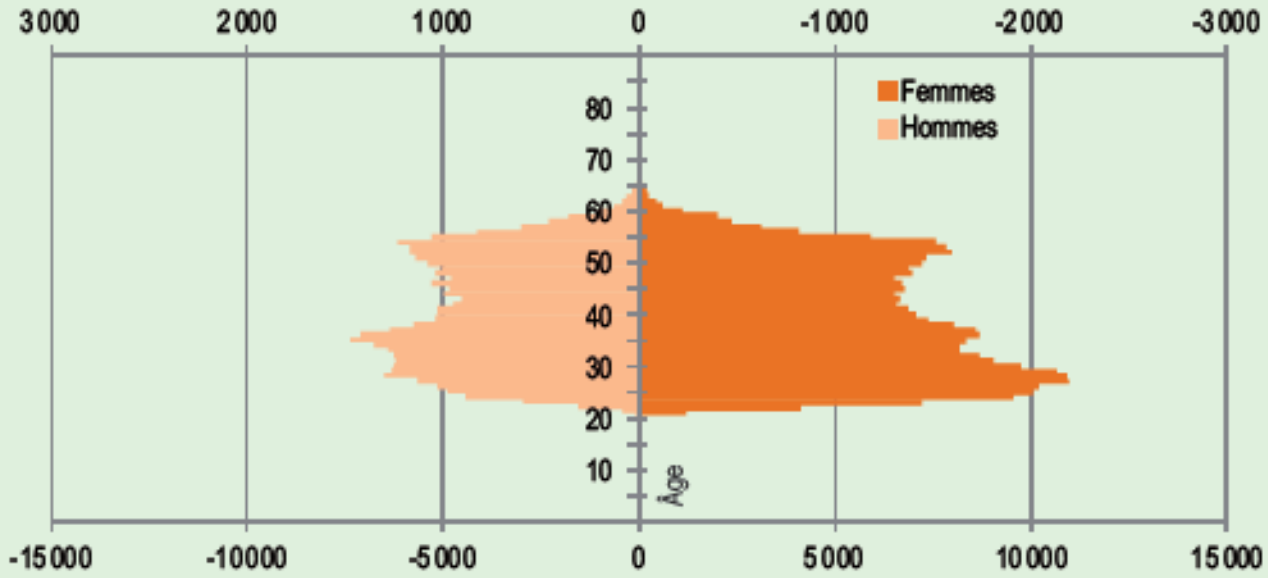
	2010	Evolution 2009/2010
Emploi total des salariés	**93 693**	**0.3 %**
ETP des hospitalo-universitaires titulaires *	3 193	1.6 %
ETP des praticiens hospitaliers	40 032	2.1 %
ETP des assistants	3 917	2.3 %
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 018	-0.1 %
ETP des attachés	9 593	-3.5 %
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	6 602	9.2 %
Total des ETP salariés	**65 354**	**1.8 %**

1.3. Données démographiques

- Age moyen PNM : 42 ans
- Age moyen PM : 50 ans

1.3. Données démographiques (suite)

Pyramide des âges des infirmiers dans les établissements de santé



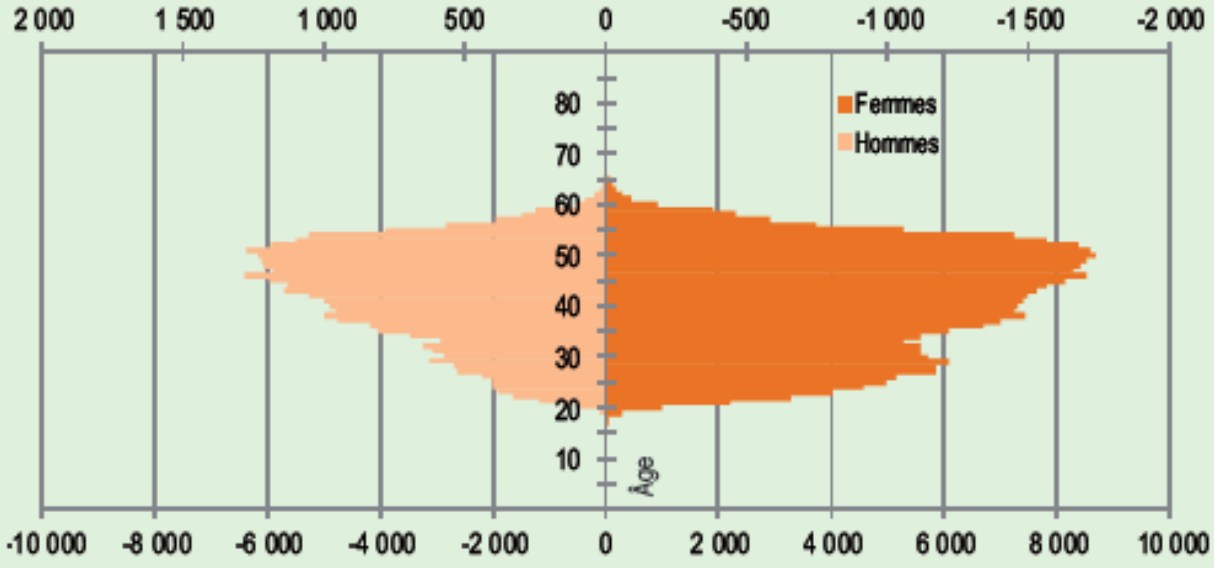
Lecture • En 2009, 11 000 infirmiers ont 30 ans (9 800 femmes et 1 200 hommes).

Champ • France métropolitaine et DOM, infirmiers salariés.

Sources • INSEE, SIASP-DADS 2009, traitements DREES.

1.3. Données démographiques (suite)

Pyramide des âges des aides-soignants dans les établissements de santé



Lecture • En 2009, 6 300 aides-soignants ont 30 ans (5 700 femmes et 600 hommes).

Champ • France métropolitaine et DOM, aides-soignants salariés.

Sources • INSEE, SIASP-DADS 2009, traitements DREES.

57 % des AS ont plus de 40 ans

25 % des AS ont 50 ans ou plus

1.4. L'hôpital sous tension

- Les restructurations (fusion, direction commune…)
- La gouvernance et ses réformes successives
- La gestion par pôle
- La tarification à l'activité
- Les plans de retour à l'équilibre (PRE)

1.4. L'hôpital sous tension (suite)

- Une T2A qui a profondément transformé le paradigme de la gestion hospitalière
  - Une priorité donnée à l'activité et aux recettes
  - Une recherche systématique des différents moyens d'améliorer la production et la productivité (organisation, gestion du temps de travail…)
- Une intensification des soins
  - Réduction des DMS
  - Rotation des lits
  - Accueil par l'hôpital public des patients les plus lourds (ex : urgence)

2. L'absentéisme dans les EPS : le diagnostic

- Un absentéisme qui
  - Désorganise le travail des équipes hospitalières
  - Compromet la continuité et la qualité des soins
  - Démotive les professionnels présents
  - Peut révéler des dysfonctionnements (organisation, management…)
  - Représente un coût important

- Un absentéisme qui ne doit pas se confondre avec l’absence au travail :
  - Certaines absences sont planifiées (ex : CA)
  - D’autres absences sont favorisées, encouragées (ex : formation)

- Un absentéisme qui a longtemps été mal évalué

- Des données statistiques aujourd'hui plus fiables (nouveau bilan social, ATIH…)

2.1. Taux d'absentéisme

- Mode de calcul

$$\frac{\text{Nombre de jours d'absence}}{\text{ETP moyen X 365}}$$

Absences prises en compte (motif médical) :

- Maladie ordinaire
- Longue maladie/longue durée
- Accident du travail
- Accident de trajet
- Maladie professionnelle
- Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions

Les absences pour motif non médical correspondent à la maternité, la paternité, l'adoption

2.2. Résultats globaux de l'année 2013 (PNM)

- Un taux moyen de 7,82% (contre 7,38% en 2012 et 7,19 en 2011)

CHU	7,97%
CH > 70 M€	8%
CH > 20 M€ et < 70 M€	7,56%
CH < 20 M€	7,83%
CHS	7,39%

- Un absentéisme différent selon les catégories

Moyenne PNM	7,82%
Personnel des services de soins	7,99%
IDE	7,53%
AS	9,46%

2.3. Résultats par motif d'absence (PNM)

Motifs d'absences	PNM
Absentéisme, durée >= 6 jours	
Maternité, paternité, adoption	1,59%
Maladie professionnelle	0,28%
Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions	0,03%
Maladie ordinaire (dont arrêts précédant les congés de maternité)	3,28%
Accidents de trajet	0,06%
Accidents de travail	0,61%
Congés de longue durée, congés de longue maladie et longue maladie > 6 mois	1,63%
Total absentéisme >= 6 jours	**7,65%**
Absentéisme, durée < 6 jours	
Maternité, paternité, adoption	0,00%
Maladie professionnelle	0,00%
Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions	0,00%
Maladie ordinaire (dont arrêts précédant les congés de maternité)	0,33%
Accidents de trajet	0,00%
Accidents de travail	0,01%
Total absentéisme < 6 jours	**0,35%**
TOTAL	**7,82%**

2.4. Résultats par catégorie

- Catégorie A : 6,74%
- Catégorie B : 6,30%
- Catégorie C : 9,10%

2.5. Nombre moyen de jours d'absence par agent et par catégorie de Centre Hospitalier

Moyenne CH : 26,35

CHU	26,21
CH > 70 M€	27,19
CH > 20 M€ et < 70 M€	25,68
CH < 20 M€	25,94
CHS	25,44

2.6. Nombre moyen de jours d'absence par agent et par motif d'absence

Motifs d'absence	PNM	Dont personnel des services de soins
Maternité, paternité, adoption	5,37	6,28
Maladie professionnelle	0,87	0,95
Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions	0,12	0,12
Congés de longue durée, congés de longue maladie et longue maladie > 6 mois	5,44	5,37
Maladie ordinaire (dont arrêt précédents congés de maternité)	12,29	13,36
Accidents de trajet	0,21	0,21
Accident du travail	2,08	2,27
TOTAL	**26,35**	**28,53**

N.B. : jour d'absence et jour d'arrêt

3. Quels leviers d'actions face à l'absentéisme ?

Les stratégies mises en place dans les hôpitaux s'articulent essentiellement autour de quatre axes :

- Comprendre
- Agir
- Accompagner
- Prévenir

3.1. Comprendre

- Réduire l'absentéisme à un taux ou à un nombre de jours d'absence, n'a guère de sens si on ne prend pas la peine d'analyser de manière fine la situation :
  - Par pôle
  - Par unité
  - Par filière
  - Par catégorie (A, B, C)
  - Par métier
  - Par équipe (ex : jour/nuit)

3.1. Comprendre (suite)

Exemple de grille de lecture de l'évolution de l'absentéisme dans un centre hospitalier

Indicateurs généraux (toutes absences)

	2011	2012	2013	Evolution 2011/2013
Effectif Moyen Travaillé (ETP)	1873.16	1839,99	1839,34	-0,04%
Journées d'absence	52980	57534	48472	-15,75%
Agents absents	1136	1172	1155	-1,45%
Nombre d'arrêts	2885	3022	2850	-5,69%
Taux d'absentéisme	7,74%	8,58%	7,55%	-16,72%
Part des agents absents (% de l'effectif physique moyen)	57,75%	60,38%	59,54%	-1,40%
Durée moyenne des absences par agent absent	46,64 jours	49,09 jours	41,97 jours	-14,51%
Durée moyenne des arrêts	18,36 jours	19,04 jours	17,01 jours	-10,67%
Durée moyenne des absences par agent	26,76 jours	29,61 jours	24,99 jours	-15,62%

3.1. Comprendre (suite)

		2012	2013	Evolution 2012/2013
Maladie ordinaire	Nombre moyen d'arrêts par agent	1,07	1,03	-3,9%
	Durée moyenne (en jour)	10,55	9,99	-5,3%
Longue maladie Longue durée	Nombre moyen d'arrêts par agent	0,043	0,035	-18,6%
	Durée moyenne (en jour)	209,2	187,3	-10,5%
Maternité	Nombre moyen d'arrêts par agent	0,14	0,11	-21,4%
	Durée moyenne (en jour)	59,7	62,03	+3,9%
Tous motifs d'absence	Nombre moyen d'arrêts par agent	1,73	1,64	-5,3%
	Durée moyenne (en jour)	17,83	16,05	-10%

3.1. Comprendre (suite)

Absentéisme de courte durée et de longue durée :

Les arrêts de courte durée liés

- À la non intégration des jeunes professionnels
- À des conditions de travail trop exigeantes
- À l'exposition à certains risques
- À l'insuffisance d'actions de prévention (ex : vaccination)
- À des problèmes de management

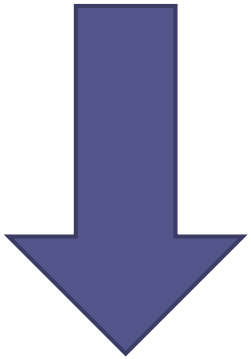
Les arrêts de longue durée liés

- Au vieillissement
- À l'usure professionnelle à la difficulté d'intégrer de nouvelles organisations
- À la démotivation
- À la pénibilité particulière de certains métiers (ex : aides soignants)
- À l'absence d'évolution et de parcours professionnels
- À des problèmes de management

3.1. Comprendre (fin)

Conditions de travail

Qualité de vie au travail



Attractivité, fidélisation

« Magnet hospital »

3.2. Agir, réagir

- Le contrôle des absences

En application d'une réglementation constante, tout salarié en arrêt maladie doit adresser à son employeur un certificat médical dans un délai de 48h. En différant cet envoi, sans fournir de justification, le salarié est en situation irrégulière et peut voir interrompre son traitement à compter de la date de réception d'une mise en demeure.

Quant au contrôle, sous forme de contre-visite, même s'il est prévu par la réglementation, il a une force de dissuasion limitée en raison des dispositions jurisprudentielles rendant inopérante le contrôle inopiné (CE, 28 septembre 2011, n° 345238).

- Les sanctions financières

  - Prime de service
  - Jour de carence : un effet limité ?

Enquête Adrhess (avril 2014)

- 130 hôpitaux ont répondu
- Sommes prélevées = 0,15% de la masse salariale
- 52% des DRH considèrent que le jour de carence a contribué à faire baisser l'absentéisme

→ Un effet réel sur l'absentéisme « perlé »

- Les moyens de suppléance :

Dans un contexte financier contraint, les établissements doivent gérer de manière optimale les différentes solutions de remplacement :

- en interne (ex : SICS, pool de suppléance, heures supplémentaires)
- en externe (ex : recours à l'intérim ou à des « vacataires »)

Le principal enjeu de cette politique de remplacement est celui de la réactivité : cela suppose un suivi en temps réel des effectifs et des arrêts et une connaissance précise du taux de compensation nécessaire au regard de l'activité (l'expérience du CH de Lens).

- Une nécessaire adéquation charge de travail (charge en soins) et moyens
  - Contrat de pôle
  - Effectifs cible
- L'enjeu de l'organisation
  - Organisation du travail

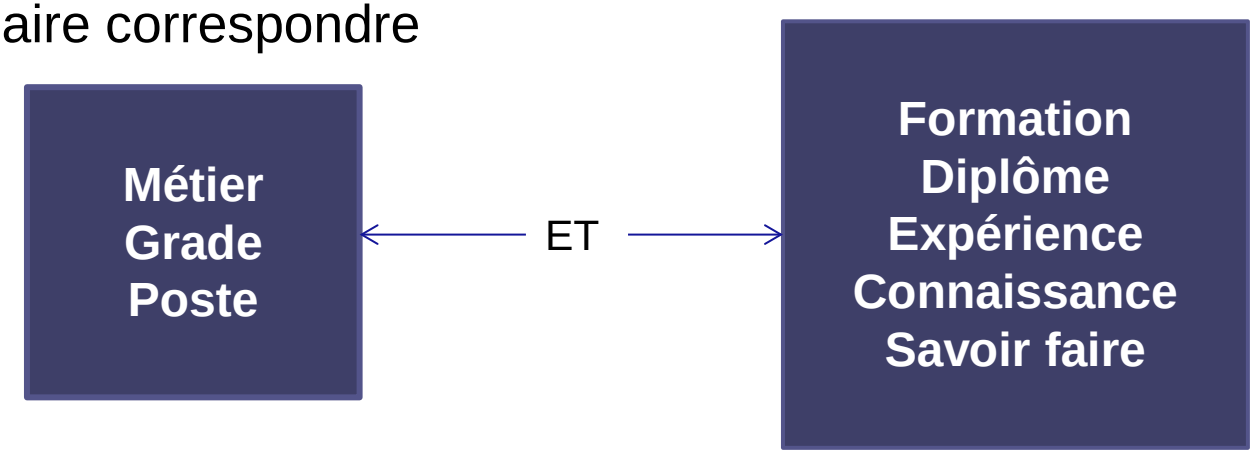
    Ex : secrétariats médicaux
  - Gestion du temps de travail (cycle de travail, amplitudes horaires…)

La controverse sur les horaires en 12h

3.3. Accompagner

« L'employabilité tout au long de la vie »

- La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
  - Faire correspondre



  - La formation initiale à l'hôpital: nécessaire mais pas suffisante (ex :le tutorat en psychiatrie)
  - L'hôpital « entreprise apprenante »
  - FTLV et DPC

- Inaptitudes et restrictions médicales
  - Des difficultés croissantes dans les hôpitaux (vieillissement du personnel, pénibilité…)
  - Des difficultés qui concernent notamment les aides-soignants
  - Les dispositifs d'accompagnement (postes aménagés, reconversion professionnelle, reclassement…)

3.4. Prévenir

- Les acteurs « santé et travail »
  - Le CHSCT
  - Médecins du travail (problème : déficit de 60%)
  - Psychologue du travail
  - Ergonome
- La politique managériale : le rôle des cadres

- Les outils, les dispositifs, les moyens
  - Document unique
  - Suivi des accidents du travail et des évènements indésirables
  - Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail
  - L'appui de l'ANACT et des ARACT
  - Le Fonds National de Prévention

4. Un exemple de plan d'actions : la prévention des risques psychosociaux

Les risques psychosociaux (RPS)

- Une phénomène multiforme et complexe à analyser
- Une classification reconnue des facteurs de risque (Rapport Gollac)
- Les limites du recensement statistique
- Une morbidité mal évaluée
- Un enjeu important de santé publique pour l'hôpital

- Un enjeu social important
- Protocole d’accord inter fonction publique du 22/10/2013
- Instruction DGOC du 20/11/2014

Définition des RPS

- Les experts s'accordent à définir ainsi les RPS :

«Les risques pour la santé mentale, physique ou sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ».

- Six dimensions de risques à caractère psychosocial :
  - les exigences et l'intensité du travail
  - les exigences émotionnelles
  - le manque d'autonomie et de marges de manœuvre
  - la mauvaise qualité des rapports sociaux et des relations de travail
  - les conflits de valeur
  - l'insécurité de la situation de travail.

Les principaux facteurs de RPS

- Les exigences excessives du travail : quantité de travail, pression temporelle, complexité du travail, difficulté pour concilier vie professionnelle et personnelle
- La charge émotionnelle liée au travail : tensions avec le public, contact avec des situations de souffrance, obligation de cacher ses émotions, peur au travail
- Le manque d'autonomie : procédures rigides, imprévisibilité du travail, sous-utilisation des compétences, manques de participation aux décisions
- La déficience des rapports sociaux : manque de soutien technique et émotionnel, conflits-harcèlement, défaut de reconnaissance, un pilotage déficient du changement
- Les conflits de valeurs : devoir faire les choses que l'on désapprouve (conflit éthique), ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité (« qualité empêchée »)
- L'insécurité des emplois et des carrières : insécurité de l'emploi, pénibilité

Source : rapport GOLLAC

Articulation avec d'autres démarches participatives

- L'évaluation et la prévention des RPS s'intègrent dans la démarche globale de prévention des risques professionnels
  - → elle sera intégrée au document unique d'évaluation des risques professionnels puis donnera lieu à des propositions d'amélioration intégrées dans le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.
- L'évaluation et la prévention des RPS participe à l'amélioration des conditions de vie au travail des agents des trois versants de la fonction publique.

Articulation avec le management RH

- Intégration dans le plan de FTPLV

« Afin d'améliorer la connaissance et la prise en compte des risques psychosociaux par l'ensemble des acteurs de la prévention et d'aider ces derniers à mettre en œuvre les mesures destinées à prévenir ces risques, la formation tant initiale que continue sera développée dès 2014 ».

→ c'est une des priorités des axes de FPTLV de la FPH pour 2015

- intégration à la politique de management de l'encadrement

« La prévention des risques psychosociaux doit conduire à une réflexion sur les rôles, la place, les moyens et l'accompagnement de l'encadrement. C'est une condition nécessaire pour qu'il puisse exercer efficacement sa mission de soutien des équipes ».

Calendrier fixé par le protocole d'accord

- « Ces plans d'évaluation et de prévention des RPS devront être initiés en 2014 et achevés en 2015 ».
- « Les membres des CHSCT bénéficieront de deux journées de formation spécifiquement dédiées à la prévention des risques psychosociaux en 2014 ou en 2015, dont au moins une journée en 2014 ».
- Le premier bilan et la première évaluation seront présentés devant la formation spécialisée du Conseil commun de la fonction publique au cours du premier semestre 2016. Un ou plusieurs points d'étape concernant le déploiement des plans de prévention seront prévus au sein de cette formation dès 2015.

Diagnostic des RPS dans un établissement

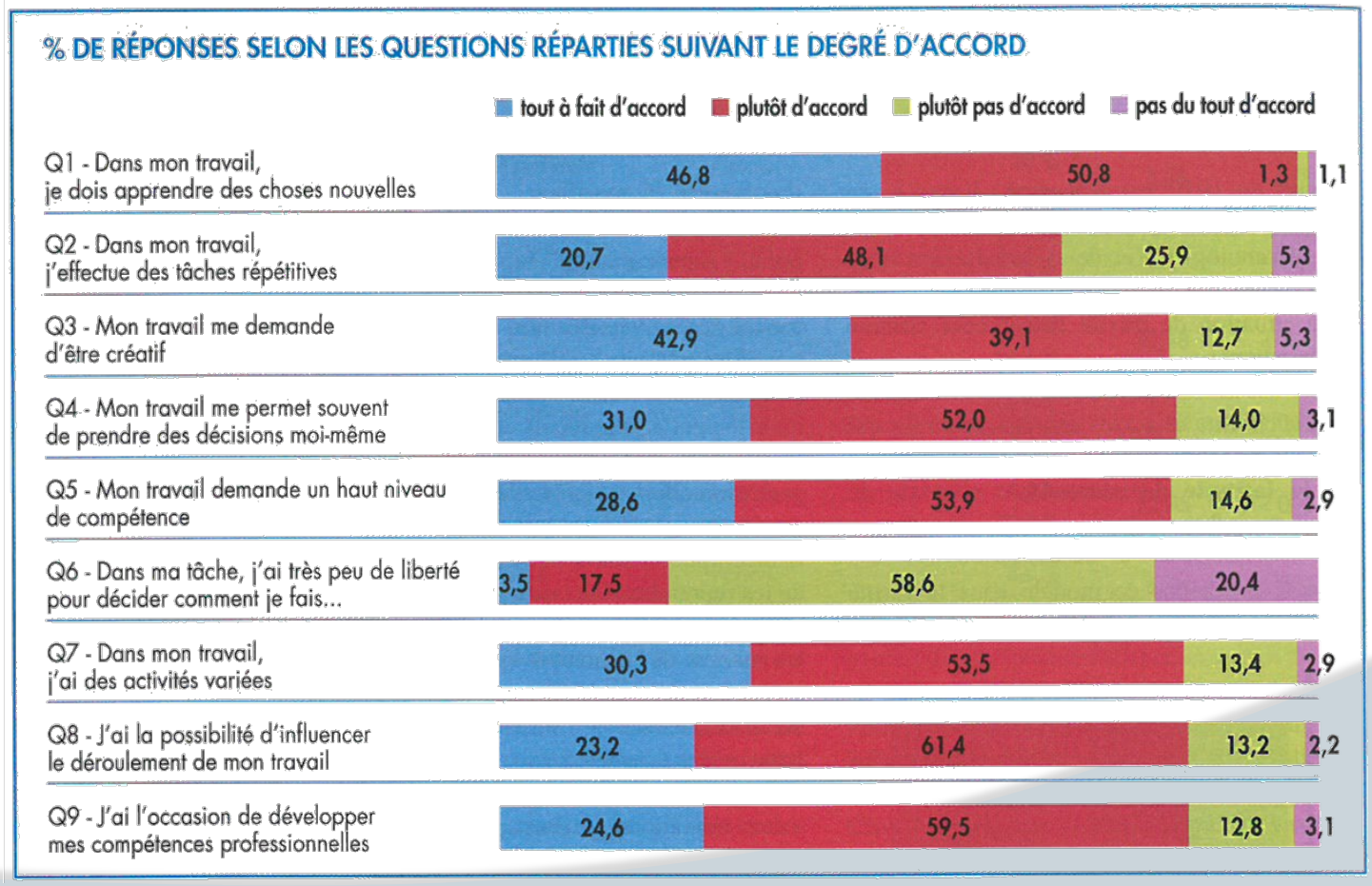
- La démarche du CH Saint Cyr au Mont d'Or (69)

(Réf. : Les cahiers de la Fonction Publique n° 349 / novembre 2014

- Réalisation de 3 enquêtes auprès du personnel

Latitude décisionnelle

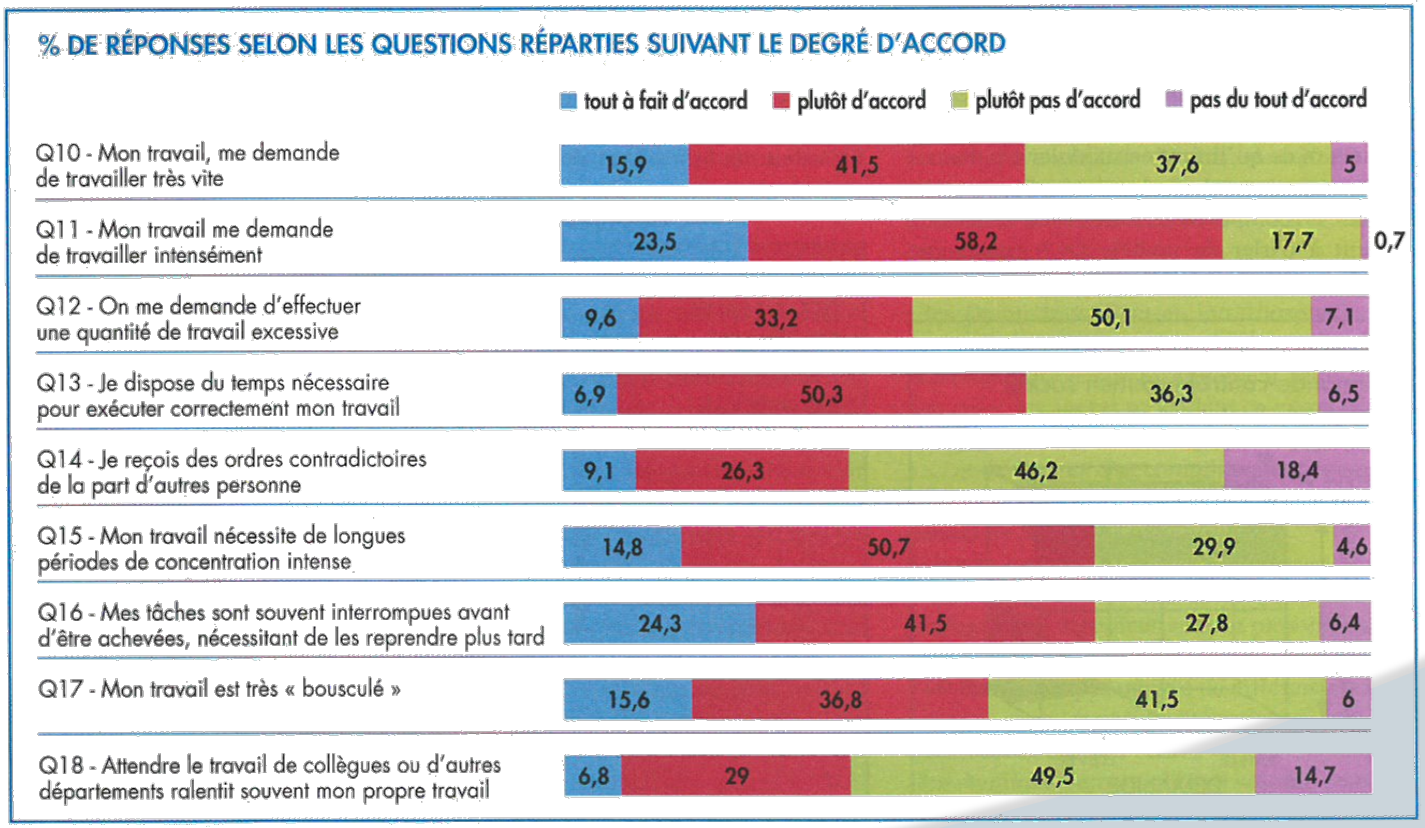
Latitude décisionnelle Concernant la latitude décisionnelle, les agents décrivent une situation de travail, avec des activités variées et répétitives qui leur demandent d'apprendre des choses nouvelles et qui sollicitent leurs compétences professionnelles sans pouvoir décider de la manière de faire leur travail.



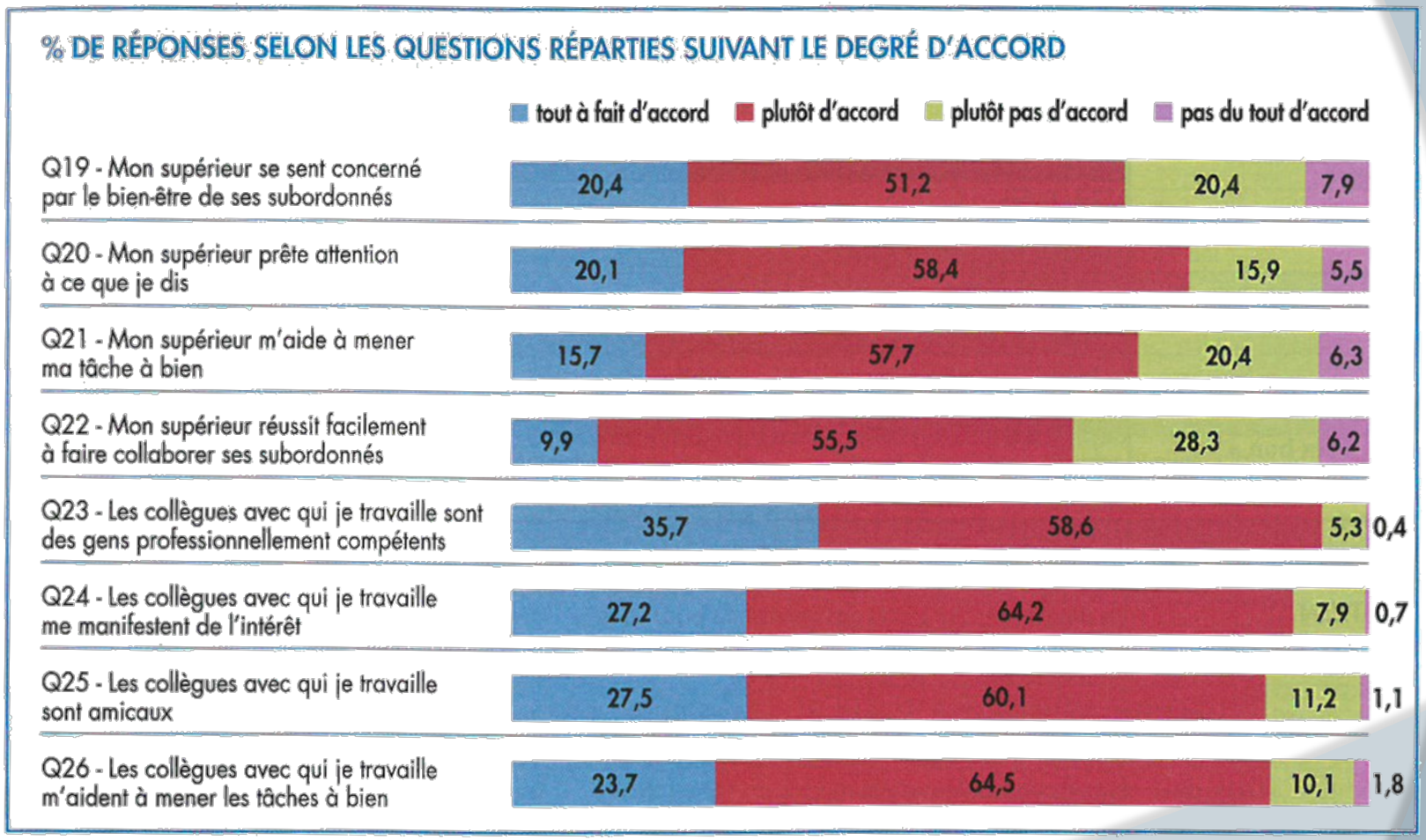
Demande psychologique

Demande psychologique

Concernant les demandes psychologiques, les agents décrivent une situation de travail, où ils sont interrompus, ne disposent pas d'assez temps pour travailler correctement alors qu'il leur est nécessaire de souvent de travailler relativement vite, intensément, en se concentrant longuement, où ils sont moyennement bousculés. Ils ne sont pas souvent tributaires du travail de leurs collègues et ne reçoivent pas souvent d'ordres contradictoires



Soutien social



En conclusion

- Les RPS sont des risques professionnels qui doivent être intégrés dans les politiques de prévention et d'amélioration de la qualité de vie au travail (circulaire du Premier Ministre en date du 20 mars 2014)
- La mise en place d'un plan d'actions de prévention doit être conduite par chaque employeur public pour 2015.
- S'interroger sur le bien être au travail, c'est choisir et non subir les obligations réglementaires et normatives.

A lire : Yves CLOT : le travail à cœur. Pour en finir avec les RPS, Paris, La Découverte, 2010

Conclusion : Absentéisme, conditions de travail et dialogue social