

# DOSSIER DE PRESSE

28 avril 2016

## L'ABSENTEISME DANS LES COLLECTIVITES TERRITORIALES : MESURE ET PRATIQUES



**COMMANDITAIRE :**  
ASSOCIATION DES DRH DES GRANDES COLLECTIVITES

**Elèves administrateurs territoriaux (EAT) stagiaires :**  
Djamel KHADRAOUI  
Loïse LELOUP-VELAY  
Marion TANNIOU  
Jérémy VENCATACHELLUM

**Contact presse :**  
Johan Theuret (président de l'association des DRH des grandes collectivités)  
Tel : 06.61.11.86.13 Mail : [jtheuret@ville-clermont-ferrand.fr](mailto:jtheuret@ville-clermont-ferrand.fr)



Raréfaction des ressources, montée en puissance des politiques de prévention et de responsabilisation des employeurs, interrogations relatives aux modèles de protection complémentaires mettent aujourd'hui en exergue la nécessité de repenser les pratiques visant à lutter contre l'absentéisme. C'est d'ailleurs pourquoi l'absentéisme, en tant que phénomène multifactoriel générant un coût significatif et impactant la qualité, voire la continuité du service public, suscite un intérêt croissant.

Il s'agit pour les collectivités de prendre en considération un phénomène dans sa globalité abordant à la fois le volet humain dans le cadre d'une politique de prévention et de bien-être au travail et le volet financier, notamment dans une perspective de maîtrise de la masse salariale.

Pourtant, de manière paradoxale, **ce sujet de préoccupation majeure demeure une notion aux contours souples et au périmètre très variable. En effet, l'absentéisme fait l'objet de nombreuses définitions, dont aucune ne fait consensus au niveau national parmi les acteurs locaux.**

C'est dans un tel contexte, que l'Association des directeurs des ressources humaines des grandes collectivités territoriales a confié à quatre élèves administrateurs territoriaux de l'Institut national des études territoriales (INET) une étude visant à proposer à ses membres et au-delà :

- une **définition partagée** de la notion d'absentéisme ;
- des **outils de mesure et de suivi de l'absentéisme** permettant des comparaisons objectives entre collectivités;
- **un recueil de bonnes pratiques** expérimentées dans le monde territorial qui pourraient inspirer d'autres collectivités.
- **des propositions d'évolution du cadre réglementaire.**

## **I. Pour une appréhension commune du phénomène, définir et mesurer l'absentéisme.**

### **1. Déterminer un taux d'absentéisme commun entre collectivités.**

L'absentéisme constitue un phénomène répondant à des définitions multiples. La définition qui est retenue dans le cadre de l'étude vise à caractériser un phénomène mesurable, considéré comme anormal à partir d'un certain seuil et nécessitant l'adoption d'actions permettant sa résorption.

**-mesurable** : la définition proposée tiendra ainsi compte des données collectées au sein des collectivités. Il s'agit en outre d'observer ;

**-anormal** : une situation susceptible de présenter des seuils d'alerte au vu de comparaisons qui pourraient être opérées en interne, ou en externe dans d'autres secteurs d'activité ou d'autres collectivités ;

**-résorbable** : présenter un périmètre permettant l'édiction de mesures visant sa résorption.

**En le distinguant clairement de l'absence** (état de fait considérant l'ensemble des motifs entraînant la non-présence d'un agent à son poste), **l'étude propose donc de définir l'absentéisme comme l'absence d'un agent à son poste, dès lors que cette absence n'est pas liée aux droits légaux, statutaires ou découlant de dispositifs internes dont bénéficie l'agent** tels autorisations spéciales,

congés, RTT, formation, congé maternité... Sont en revanche comptabilisées dans l'absentéisme les absences pour raison de santé.

## 2. Un tableau de bord partagé : quels indicateurs pertinents ?

Le tableau de bord proposé dans le cadre de la présente étude nécessite d'obéir à certaines contraintes et doit répondre à plusieurs objectifs.

**S'agissant des contraintes**, les données collectées doivent être simples à obtenir. Pour éviter les doublons dans la saisie, devraient être privilégiées les données dont la collecte est d'ores et déjà obligatoire.

**S'agissant des objectifs**, le tableau de bord a vocation à permettre la comparaison dans le temps et entre collectivités. Il a également pour objet de délivrer des premiers éléments d'interprétation et de compréhension. A cette fin, des données et indicateurs de contexte sont proposés permettant de dresser le profil de la collectivité.

FICHE IDENTITE				
<i>Nom de la collectivité</i>	Collectivité XYZ			
<i>Catégorie de collectivité</i>	EPCI			
<i>Services externalisés</i>	Espaces verts	Ordures ménagères	Piscines	Voirie
	Eau-Assainissement			
<i>Temps de travail en heures</i>	<1607h			
<i>Nombre d'habitants</i>	250 000			
<i>Nb d'agents permanents au 31/12</i>	<1500			
<i>Âge moyen des permanents</i>	45-50			
TABLEAU DE BORD ABSENTEISME				
	Au 31/12/N-1	Au 31/12/N		Moyenne EPCI
<b>Taux de turn-over</b>	-	-		-
<b>Taux d'absentéisme</b>	-	-		-
<i>Maladie ordinaire</i>	-	-		-
<i>Accident du travail</i>	-	-		-
<i>Maladie professionnelle</i>	-	-		-

<i>Congé longue / grave maladie</i>	-	-	-	
<i>Congé longue durée</i>	-	-	-	
<b>Gravité, fréquence, exposition, micro-absentéisme</b>				
<i>Gravité</i>	-	-	-	
<i>Fréquence</i>	-	-	-	
<i>Exposition</i>	-	-	-	
<i>% arrêts maladie ordinaire &lt; 6 jours</i>	-	-	-	
<b>Taux d'absentéisme par catégorie</b>				
A	-	-	-	
B	-	-	-	
C	-	-	-	
<b>Taux d'absentéisme par filière</b>				
Administrative	-	-	-	
Culturelle	-	-	-	
Technique	-	-	-	
Sportive	-	-	-	
Médico-sociale	-	-	-	
Animation	-	-	-	
Police municipale	-	-	-	
Sapeurs-pompiers	-	-	-	
<b>Taux d'absentéisme par âge / genre</b>				
	<b>Homme</b>		<b>Femme</b>	
	Au 31/12/N-1	Moyenne EPCI	Au 31/12/N-1	Moyenne EPCI
<i>&lt; 25 ans</i>	-	-	-	-
<i>25-40 ans</i>	-	-	-	-
<i>41-55 ans</i>	-	-	-	-
<i>&gt; 55 ans</i>	-	-	-	-

**La production d'un indicateur homogène vient inévitablement interroger les mécanismes de collecte et de centralisation de la donnée.** L'étude énonce certaines préconisations qui gagneraient à être approfondies :

- La mise en place de « fiches indicateurs » normées à l'échelle nationale sur le modèle du travail mené dans la fonction publique hospitalière ;
- Des clarifications sur la pérennité des systèmes de collecte actuels ;
- Une réflexion commune entre CSFPT, CNFPT, DGCL, DGAFP, et du récent observatoire de la gestion publique locale pour homogénéiser les fonctions d'observatoire ;
- Une restitution obligatoire via une interface en ligne y compris pour les collectivités non affiliées,
- Une annualisation de la collecte en lien, le cas échéant, avec la production des données du compte administratif. Ces données pourraient donner lieu à la production dans le cadre d'un bilan social annuel enrichi et normé à la production d'une analyse visant à exposer à l'assemblée délibérante les choix de la collectivité en matière de temps de travail, sa politique en matière de lutte contre l'absentéisme et de GPEEC.

## **II. Des solutions existantes ou à imaginer pour prévenir et endiguer le phénomène d'absentéisme.**

### **A. Les leviers managériaux.**

#### **1. Impliquer et responsabiliser la chaîne hiérarchique.**

**-Adopter une gestion déconcentrée du suivi ainsi qu'un reporting au moyen de tableaux d'indicateurs et de suivi par direction.** L'adoption d'un suivi déconcentré des absences s'inscrit dans une logique de responsabilisation de l'ensemble de la chaîne hiérarchique. L'objectif est que l'ensemble des maillons de la chaîne au sein de chaque direction s'implique dans le traitement et la prévention de l'absentéisme.

**-Valoriser l'octroi de remplacements en fonction de la maîtrise de l'absentéisme.** Le principe consiste, au sein d'une direction, à lier l'octroi d'enveloppes de remplacements aux modalités de traitement de l'absentéisme. Il s'agit pour une collectivité de ne pas remplacer automatiquement toute absence mais d'accorder aux directeurs(rices) une enveloppe globale (budgétaire ou en ETP) dont le volume est déterminé en fonction d'un historique (ex : nombre d'absences dans la direction à l'année N-1), en tenant compte de la nature et la répartition des absences.

**-Systématiser l'entretien de reprise d'activité.** Il s'agit pour la collectivité de systématiser des entretiens de reprise mis en œuvre par les encadrants de proximité afin d'informer l'agent des évolutions survenues en son absence (en termes de procédures, départs, arrivées...). La reprise d'activité est un moment important pour l'agent et pour le service. L'entretien de reprise est l'occasion de prévenir la banalisation de l'arrêt maladie et de rappeler à l'agent l'utilité de sa présence dans l'équipe concernée. Pour être efficace, ce dispositif suppose une adhésion en amont des encadrants chargés d'effectuer ces entretiens, ainsi qu'une formation adéquate de ces derniers.

## **2. Conforter le bien-être et mieux prendre en compte les conditions de travail.**

**-Développer la mobilité des agents.** Une évolution des fonctions, voire une mobilité, peut être envisagée afin d'éviter l'usure psychologique (démotivation) ou physique (pénibilité). Une telle démarche nécessite au préalable une étude sur la pénibilité des métiers (cartographie) permettant de déterminer les postes nécessitant des actions prioritaires telles que la formation. Pour être véritablement efficace, la formation des agents doit être envisagée tout au long de la carrière et l'encadrement comme la DRH doivent impulser régulièrement une mobilité interne de leurs agents. L'objectif étant d'arriver à une mobilité préventive fondée sur des bilans de compétences, des parcours de découverte ou encore des formations avant de subir les effets produits par l'usure.

**-Mettre en place des plans de prévention contre les TMS et RPS.** La mise en œuvre de plans de prévention contre les TMS et les RPS est intimement liée à la rédaction du document unique. Ce dernier doit notamment contenir une fiche sur les risques psychosociaux. Les RPS ont un impact sur la santé des agents (maladies cardio-vasculaires, troubles musculo-squelettiques, ou pathologies mentales) et sur le fonctionnement de la collectivité (dégradation du climat social, augmentation de l'absentéisme...).

## **3. Améliorer la relation et la coordination entre suivi médical et attentes de services de l'employeur.**

**-Renforcer les modalités de contrôle de la visite d'embauche.** Le médecin agréé vérifie ainsi l'aptitude de l'agent à travailler lors de son recrutement. Or, dans de nombreuses collectivités, cette visite ne remplit pas son rôle. Certaines inaptitudes ou invalidités ne sont parfois pas décelées, notamment sur des métiers à risque. L'objectif à poursuivre est que les médecins agréés précisent au maximum leurs avis d'aptitude en explicitant les tâches que l'agent peut ou non effectuer...Cela implique que la collectivité les informe suffisamment sur la teneur du poste à occuper et ses exigences (transmission des fiches de poste détaillées des agents notamment).

## **B. Leviers incitatifs et de contrôle.**

**-Valorisation du régime indemnitaire en fonction de la présence.** Le principe consiste à moduler le régime indemnitaire des agents en fonction du nombre de jours d'absences qu'ils ont eu durant l'année. La modulation du régime indemnitaire en fonction de l'assiduité semble avoir été pensée et se montre donc plus adaptée pour lutter contre les absences courtes et fréquentes liées à la maladie ordinaire.

**-Recourir au levier de la prévoyance en modulant l'étendue de la couverture en cas d'arrêt.** Le décret du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents fixe un cadre à la participation des collectivités au financement de la protection sociale de leurs agents (publics et privés), dans le domaine de la prévoyance. Pour les collectivités qui ont décidé de participer au financement de la prévoyance de leurs agents, ce dispositif constitue un levier complémentaire à celui de la modulation du régime indemnitaire pour inciter, dans la mesure du possible, les agents à reprendre une activité. Etant en charge de négocier les conditions du contrat

de groupe, la collectivité peut alors agir sur le taux de couverture pour prévenir ou décourager les arrêts injustifiés.

**-Faire procéder au contrôle des motifs pour apprécier médicalement l'opportunité des arrêts envoie un signal fort en direction des agents.** L'objectif des contre-visites médicales est de constater d'éventuels arrêts injustifiés et l'aptitude de l'agent à reprendre ses fonctions. Il s'agit d'intervenir directement contre les éventuels arrêts de complaisance délivrés par certains médecins de ville. Les contre-visites ciblent principalement les arrêts perlés, à certains moments de l'année (post-vacances, post week-end, etc.) pour des motifs de maladie ordinaire mais se heurtent aux contraintes de temporalité (délais de réactivité pour enclencher un contrôle face à une durée très courte de l'arrêt).

### **C. Des leviers potentiels mais nécessitant ex ante des évolutions du cadre réglementaire.**

#### **1. Repenser la relation et les missions de la chaîne médicale notamment entre médecine de ville, médecins agréés et représentants de la collectivité.**

**-Intégrer un module de sensibilisation au secteur public dans la formation des médecins de ville.**

**-Revoir le système de formation et de désignation des médecins agréés en associant les collectivités** à la désignation et au renouvellement de la liste des médecins agréés à l'échelle du département (ex : possibilité de conférer aux centres de gestion un droit de formuler un avis motivé éventuellement contraignant sur les noms proposés par l'ARS). Il pourrait être proposé d'imposer à tout médecin agréé de suivre en amont de sa nomination une formation obligatoire en matière de médecine statutaire. Ces mesures passent par une revalorisation des honoraires perçus par les médecins agréés à l'occasion de leurs expertises : les honoraires facturés sont aujourd'hui insuffisamment attractifs au regard du temps passé.

**-Octroyer la possibilité aux DRH de venir échanger sur les dossiers examinés en Comité médical et Commission des réformes** uniquement lorsqu'il est question de reclassement pour inaptitude et aménagement des conditions de travail : L'objectif d'une telle proposition est de conforter la logique partenariale entre les acteurs de santé et la collectivité employeur (DRH) afin de faciliter la reprise d'activité d'un agent dont la situation médicale nécessite des aménagements de poste, voire un reclassement.

#### **2. Encadrer les droits des agents pour mieux les concilier avec les contraintes de service public et dans un souci d'équité avec les salariés du secteur privé.**

**-Envisager un plafonnement du report du droit à congés acquis pendant un arrêt maladie.** Cette règle posée par le juge européen suscite en effet de nombreuses difficultés pratiques en termes d'organisation de service, en particulier lorsque l'agent concerné bénéficie d'un retour en mi-temps thérapeutique. Il pourrait donc être proposé au législateur de préciser et sécuriser le cadre juridique dans le sens d'une réduction, ou du moins d'une modulation des droits à congés pour les agents en situation de reprise d'activité.

**-Rétablir le jour de carence ?** Plus de 50% des participants au questionnaire réalisé par les élèves-administrateurs et un nombre important de DRH rencontrés ont préconisé le rétablissement du jour de carence tel qu'il avait été institué et mis en œuvre en 2013, ce dernier ayant eu, selon ces derniers, un effet notable sur le nombre de jours d'absences. Selon eux, la fréquence des arrêts courts avait eu fortement tendance à baisser dans leur collectivité. En revanche, certaines collectivités ont constaté dans le même temps une augmentation des arrêts plus longs, laissant supposer que certains agents « maximisaient » leurs absences en les prolongeant autant que possible afin de « compenser » au maximum la perte de ce jour de carence non rémunéré.