

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	20
II. RAPPELS SUR LES CONGES DANS LA FONCTION PUBLIQUE	23
II.1. LES DIFFERENTS TYPES DE CONGES DANS LA FONCTION PUBLIQUE	23
II.1.1 Pour les agents titulaires de la fonction publique	23
II.1.2. Pour les agents stagiaires de la fonction publique	24
II.1.3. Pour les agents contractuels	25
II.2. REGLEMENTATION SUR LES CLM/CLD	26
II.2.1. Congé de longue maladie.....	26
II.2.2. Congé de longue durée	28
II.2.3. Dispositions communes aux CLM et CLD.....	29
II.2.3.1. Procédure d’octroi.....	29
II.2.3.2. Procédure de renouvellement de congé	30
II.2.3.3. Situation et obligations de l’agent en CLM/CLD.....	30
II.2.3.3.1. Position statutaire	30
II.2.3.3.2. Avantages financiers	30
II.2.3.3.3. Obligations et contrôles	32
II. 2.3.4. Conditions de reprise et modalités de réintégration.....	32
II.2.3.5. Temps partiel thérapeutique.....	33
II.3. REGLEMENTATION SUR LES CONGES DE GRAVE MALADIE	34
II.4. COMITE MEDICAL DEPARTEMENTAL ET COMITE MEDICAL SUPERIEUR	37
II.4.1. Le comité médical départemental	37
II.4.1.1. Composition.....	37

II.4.1.2. Fonction	38
II.4.2. Comité médical supérieur	39
II.4.2.1. Composition.....	39
II.4.2.2. Fonction	39
III. PRESENTATION DE L'ETUDE	40
III.1. OBJECTIF DE L'ETUDE.....	40
III.2. MATERIEL ET METHODE DE L'ETUDE	40
III.2.1. Conduite générale de l'étude	40
III.2.2. Population de l'étude.....	41
III.2.3. Lieu de l'étude : le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen	41
III.2.3.1. Situation du CHU et population	41
III.2.3.2. Organisation par pôle.....	43
III.2.4. Données collectées	44
III.2.4.1. Informations recueillies	44
III.2.4.2. Le recueil de données	45
III.2.4.3. Saisie et analyse des données	46
III.2.4.3.1. Recueil et analyse des données.....	46
III.2.4.3.2. Tests statistiques	46
IV. RESULTATS.....	47
IV.1. PREMIERE PARTIE DE L'ETUDE : ETUDE AU 30 JUIN 2008	47
IV.1.1. Description globale.	47
IV.1.1.1. Description et contexte de l'arrêt	47
IV.1.1.1.1. Type d'arrêt	47
IV.1.1.1.2. Durée de l'arrêt.....	47
IV.1.1.1.3. Pathologie à l'origine des congés	48
IV.1.1.1.4. Absentéisme précédant le CLM/CLD	49

IV.1.1.1.5. CLM/CLD antérieurs.....	50
IV.1.1.2. Données sociodémographiques	50
IV.1.1.2.1. Age	50
IV.1.1.2.2. Sexe	51
IV.1.1.2.3. Statut familial	52
IV.1.1.2.4. Nombre d'enfants	52
IV.1.1.3. Données professionnelles	53
IV.1.1.3.1. Catégorie professionnelle	53
IV.1.1.3.2. Lieu d'affectation	56
IV.1.1.3.3. Ancienneté et mobilité.....	58
IV.1.2. Description par pathologie	60
IV.1.2.1. Description de l'arrêt de travail et de son contexte	60
IV.1.2.2. Données sociodémographiques	62
IV.1.2.3. Ancienneté et mobilité interne	63
IV.1.3. Description par secteur professionnel	64
IV.1.3.1. Pathologie à l'origine du congé.....	64
IV.1.3.1.1. Pathologie des agents par catégorie professionnelle	64
IV.1.3.1.2. Pathologie des agents par lieu d'affectation	67
IV.1.3.2. Durée des congés par secteur professionnel	68
IV.2. DEUXIEME PARTIE DE L'ETUDE : EVOLUTION A DEUX ANS.....	71
IV.2.1. Devenir des agents	71
IV.2.2. Etude de la reprise du travail.....	72
IV.2.3. Etude du congé des agents n'ayant pas repris le travail.....	78
V. DISCUSSION	80
V.1. DISCUSSION METHODOLOGIQUE	80
V.2. ETUDE AU 30 JUIN 2008.....	81
V.2.1. Caractéristiques socioprofessionnelles des agents	81

V.2.1.1. Moyenne d'âge des agents.....	81
V.2.1.2. Catégorie professionnelle	82
V.2.1.3. Pôle d'affectation.....	84
V.2.1.4. Charges extra-professionnelles.....	85
V.2.2. Caractéristiques des congés	85
V.2.2.1. Contexte et durée de l'arrêt.....	85
V.2.2.2. Pathologie des agents.....	86
V.2.2.2.1. Pathologies mentales.....	87
V.2.2.2.2. Rhumatismes chroniques	92
V.2.2.2.3. Cancers.....	95
V.3. ETUDE DE LA REPRISE A DEUX ANS	96
V.3.1. Tentatives de reprise : taux, délai et conditions de reprise.....	96
V.3.2. Facteurs influençant la reprise	97
V.3.2.1. Influence de la pathologie.....	97
V.3.2.2. Influence de la durée du congé	99
V.3.2.3. Influence des facteurs sociodémographiques étudiés	100
V.3.2.4. Influence de la catégorie professionnelle et de l'affectation des agents	101
V.4. ACTIONS MISES EN PLACE ET PRECONISATIONS AFIN DE FACILITER LE RETOUR ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI	102
V.4.1. Approche individuelle : prévention de la désinsertion professionnelle des agents en CLM/CLD	103
V.4.2. Approche collective : prévention primaire et secondaire	108
VI. CONCLUSION	113
VII. BIBLIOGRAPHIE	114

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau n°1</u> : Tableau récapitulatif des différents congés maladie	36
<u>Tableau n°2</u> : Répartition des agents de l'étude par type de congé et traitement au 30 juin 2008	47
<u>Tableau n° 3</u> : Répartition des agents par catégorie professionnelle	53
<u>Tableau n°4</u> : Répartition des agents par pôle.....	57
<u>Tableau n°5</u> : Prévalence des CLM/CLD par pôle.....	57
<u>Tableau n°6</u> : Comparaison de la répartition de l'ancienneté de notre population à celle du CHU	58
<u>Tableau n°7</u> : Type et durée du congé et des arrêts antérieurs en fonction du type de pathologie	60
<u>Tableau n°8</u> : Données sociodémographiques par groupe de pathologie	62
<u>Tableau n°9</u> : Ancienneté et mobilité interne des agents en fonction de la pathologie	63
<u>Tableau n°10</u> : Durée des congés par secteur professionnel	69
<u>Tableau n°11</u> : Taux de reprise des agents selon certains facteurs médicaux et sociodémographiques	72
<u>Tableau n°12</u> : Taux de reprise des agents selon certains critères professionnels	73
<u>Tableau n°13</u> : Durée moyenne du congé avant reprise et conditions de reprise selon certains facteurs médicaux, sociodémographiques et professionnels	75
<u>Tableau n°14</u> : Statut des agents n'ayant pas repris le travail au 30 juin 2010 par pathologie	78
<u>Tableau n°15</u> : Durée du congé des agents n'ayant pas repris entre juin 2008 et juin 2010 selon certains facteurs médicaux, professionnels et sociodémographiques	79

LISTE DES FIGURES

<u>Figure n°1</u> : Répartition des agents hospitaliers par catégorie professionnelle	41
<u>Figure n°2</u> : Répartition des agents hospitaliers par établissement de soins	42
<u>Figure n°3</u> : Répartition des agents hospitaliers par pôle	44
<u>Figure n°4</u> : Répartition des agents par type de pathologie ayant donné droit au congé	48
<u>Figure n°5</u> : Répartition des agents selon la durée totale d'arrêt maladie.....	49
<u>Figure n°6</u> : Répartition des agents par classe d'âge.....	51
<u>Figure n°7</u> : Prévalence des CLM/CLD par tranche d'âge	51
<u>Figure n°8</u> : Prévalence des CLM/CLD par sexe.....	51
<u>Figure n°9</u> : Répartition des agents de l'étude par statut familial	52
<u>Figure n°10</u> : Répartition des agents par nombre d'enfants	52
<u>Figure n°11</u> : Prévalence des CLM/CLD au 30 juin 2008 par catégorie professionnelle....	54
<u>Figure n°12</u> : Prévalence des CLM/CLD par profession	55
<u>Figure n°13</u> : Prévalence des CLM/CLD par site hospitalier	56
<u>Figure n°14</u> : Répartition de notre population d'étude par nombre de changements de service	59
<u>Figure n°15</u> : Durée du congé en cours et durée totale de congé (CLM/CLD antérieurs inclus) pour chaque type de pathologie (moyenne et intervalle de confiance)	61
<u>Figure n°16</u> : Prévalence des CLM/CLD pour chaque type de pathologie par catégorie de personnel	64
<u>Figure n°17</u> : Prévalence des congés pour chaque type de pathologie dans chaque groupe de catégorie de rémunération	65
<u>Figure n°18</u> : Prévalence des CLM/CLD pour chaque type de pathologie par profession ..	66
<u>Figure n°19</u> : Prévalence des CLM/CLD dans chaque groupe de pathologie par hôpital ...	67
<u>Figure n°20</u> : Prévalence des CLM/CLD pour chaque type de pathologie par pôle.....	68
<u>Figure n°21</u> : Evolution des absences au cours des deux années qui ont suivi l'étude.....	71

Figure n°22 : Répartition des agents selon la durée du congé avant reprise 74

Rapport-Gratuit.com

LISTE DES ABREVIATIONS

AS	Aide-soignant(e)
ASH	Agent de service hospitalier
AT	Accident de travail
BG	Bois-Guillaume
CGM	Congé de grave maladie
CGOS	Comité de gestion des œuvres sociales
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLD	Congé de longue durée
CLM	Congé de longue maladie
COME	Commission de maintien dans l'emploi
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DRH	Direction des ressources humaines
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HCN	Hôpital Charles-Nicolle
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'état
IJ	Indemnité journalière
MO	Maladie ordinaire
MP	Maladie professionnelle
OPQ	Ouvrier professionnel qualifié
PACS	Pacte civil de solidarité
PARM	Permanencier assistant de régulation médicale
TPT	Temps partiel thérapeutique
UCP	Unité centrale de production
USLD	Unité de soins de longue durée
VPR	Visite de pré-reprise

I. INTRODUCTION

L'absentéisme au travail pour raison de santé s'est significativement accru au cours de ces dernières années dans la fonction publique hospitalière. En effet, comme le montre le bilan social 2008 réalisé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) sur un échantillon de 140 établissements publics de santé de plus de 300 agents, le nombre de jours d'absence*¹ pour motif médical est passé de 17 jours d'absence par agent en 1995 à 20,8 en 2008 [DGOS 2011].

Au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, l'absentéisme a progressé de presque 6% entre 2006 et 2008 pour atteindre 23,06 jours d'absence*¹ par agent en 2008. Le taux d'absentéisme*² est passé de 10,24% en 2005 à 11,37% en 2008 [bilan social du CHU de Rouen 2008]. Ce taux est nettement supérieur au taux moyen de 8,8% relevé par la société DEXIA dans les établissements hospitaliers français de 250 agents et plus [Dexia Sofcah 2009].

Une autre étude, menée depuis plusieurs années dans 25 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), confirme l'évolution croissante de l'absentéisme pour raison médicale ainsi que le mauvais classement du CHU de Rouen [Commission des D.R.H de C.H.U - Groupe de travail « Absentéisme et C.H.U » 2009].

Révéléateur du fonctionnement de l'entreprise, de l'intérêt que lui portent les salariés mais aussi de l'état de santé global d'une population, l'absentéisme est devenu un problème de société [Rousseau 2005]. Préjudiciable en termes de performances et de conditions de travail, il perturbe l'organisation, entraîne des dysfonctionnements au niveau de la continuité des soins, affecte la qualité du service rendu au public, dégrade le climat social et coûte cher [Rousseau 2005]. Les absences du personnel hospitalier peuvent engendrer une surcharge de travail pour les présents. Les absents n'étant pas toujours remplacés, la charge de travail se reporte alors sur le personnel présent, le rythme de travail s'intensifie et les conditions de travail se détériorent. Moins de personnel et une cadence accrue, avec des exigences croissantes de qualité et de sécurité sanitaire rendent alors le travail plus difficile et le risque d'accident ou d'erreur plus important. Une tendance à la démotivation et un climat de dureté des relations de travail peuvent alors s'installer dans certains

**¹ Nombre de jours d'absence : somme du nombre de jours de chaque période d'absence dans l'année en tenant compte du temps de travail de chaque agent et en pondérant ce chiffre par le coefficient de 5/7^{ème} (1 semaine = 5 jours).*

**² Taux d'absentéisme : rapport du nombre de jours d'absence sur le nombre de jours théoriques travaillés*

services et une désocialisation progressive des agents absents peut être observée [Cariven 2004].

Toutes ces conséquences font de l'absentéisme une préoccupation centrale pour les Directions des Ressources Humaines (DRH), mais aussi pour les Services de Santé au Travail des établissements hospitaliers qui ont comme mission exclusive, définie par l'article L. 4622-2 du code du travail, « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». « A cette fin, ils [...] conseillent les employeurs, travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin [...] d'améliorer les conditions de travail [...], de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ». Ils assurent également la surveillance de l'état de santé des travailleurs [Article L.4622-2 du code du travail].

Une étude sur l'absentéisme pour raison médicale contribue à cette surveillance en identifiant les problèmes de santé des salariés. Il s'agit d'un outil précieux pour mesurer la morbidité professionnelle [Bourbonnais et al.1989]. Ce type de travail peut également permettre d'identifier certains facteurs d'absentéisme et de réfléchir aux pistes d'amélioration du maintien dans l'emploi afin de prévenir non seulement la désinsertion professionnelle, mais aussi la dégradation des conditions de travail des collègues. Le maintien dans l'emploi doit être une priorité car il s'agit d'un facteur essentiel de qualité de vie.

Les arrêts de longue durée tels que les congés de longue maladie, les congés de longue durée, les arrêts pour accident de travail ou maladie professionnelle sont source majeure de désorganisation et de désinsertion professionnelle, il est donc particulièrement intéressant de s'en préoccuper.

Au CHU de Rouen, les congés de longue maladie (CLM) et de longue durée (CLD) représentent au total 25,34% des absences pour raison médicale (3% de plus que la moyenne nationale publiée par la DGOS) alors que les maladies professionnelles et accidents de travail représentent respectivement 6,68% et 5,76%. Le taux d'absence*³ pour CLM/CLD a été évalué à 2,03% en 2008, taux nettement supérieur à la moyenne relevée sur l'ensemble des 25 CHU participants au groupe de travail « Absentéisme et CHU » qui est de 1,72% [Commission des DRH de CHU-Groupe de travail « Absentéisme et CHU » 2009]. Le nombre de jours d'absence CLM/CLD est évalué à 5,84 jours par agent en 2008 alors que la valeur nationale est de 4,6 jours [DGOS 2011].

Ces chiffres soulignent l'intérêt de ce travail sur les CLM/CLD au CHU de Rouen.

L'objectif de cette étude descriptive est d'étudier la prévalence de ces congés et les caractéristiques socio-médico-professionnelles de la population concernée ainsi que leur réintégration à deux ans et l'influence de certains facteurs sur le retour à l'emploi.

L'étude s'est donc déroulée en deux temps : nous avons, tout d'abord, étudié la population d'agents en CLM/CLD au 30 juin 2008 puis nous nous sommes intéressés au devenir de ces agents au cours des deux années suivantes.

Avant de présenter cette étude et d'en analyser les résultats, il semble opportun de préciser la réglementation sur les congés dans la fonction publique et, en particulier, sur les CLM/CLD.

II. RAPPELS SUR LES CONGES DANS LA FONCTION PUBLIQUE

II.1. LES DIFFERENTS TYPES DE CONGES DANS LA FONCTION PUBLIQUE

II.1.1. Pour les agents titulaires de la fonction publique

[Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986]

[Loi n°2010-209 du 2 mars 2010 modifiant la loi n°86-33]

Les congés pour raison de santé sont de quatre types :

- congé de maladie d'une durée maximale d'un an dont trois mois à plein traitement et neuf mois à demi-traitement ;
- congé en lien avec un accident ou une maladie lié(e) au service durant lequel le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à la reprise du travail ou la mise à la retraite ;
- congé de longue maladie pouvant être accordé pour trois ans dont un an à plein traitement et deux ans à demi-traitement ;
- congé de longue durée de trois ans à plein traitement et deux ans à demi-traitement.

Il existe également des congés autres que pour raison de santé:

- congé annuel ;
- congé pour maternité ou pour adoption, congé de paternité, congé parental, congé de présence parentale, congé de solidarité familiale (anciennement congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie) ;
- congé de formation professionnelle, congé pour validation des acquis de l'expérience, congé pour bilan de compétences, congé pour formation syndicale ;
- congé pour participer aux activités des organisations de jeunesse et d'éducation populaire, des fédérations et des associations sportives et de plein air légalement constituées ;

- congé pour siéger comme représentant d'une association ;
- autorisations spéciales d'absence.

II.1.2. Pour les agents stagiaires de la fonction publique

[Décret n°97-487 du 12 mai 1997]

[Décret n°2002-274 du 20 février 2002 modifiant le décret n°97-487]

[Décret n°2003-159 du 25 février 2003 modifiant le décret n°97-487]

[Décret n°2006-1535 du 5 décembre 2006 modifiant le décret n°97-487]

Les agents stagiaires peuvent bénéficier des mêmes types de congés pour raison médicale que les agents titulaires. Les durées de ces congés sont identiques à l'exception des congés en lien avec un accident de service ou une maladie professionnelle qui sont limités à 5 ans pour ces agents.

Les agents stagiaires peuvent également prétendre aux congés suivants :

- congé annuel ;
- congé pour maternité ou pour adoption, congé de paternité, congé parental, congé de présence parentale, congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie ;
- congé pour l'instruction militaire obligatoire ;
- congés sans traitement :
 - pour donner des soins au conjoint, au partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité (Pacs), à un enfant ou à un ascendant à la suite d'un accident ou d'une maladie grave,
 - pour élever un enfant de moins de huit ans ou pour donner des soins à un enfant à charge, au conjoint ,au partenaire avec lequel il est lié par un Pacs ou à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne,
 - pour suivre son conjoint (ou partenaire avec lequel il est lié par un Pacs) lorsqu'il est astreint de changer de domicile en raison de sa profession,
 - pour accomplir les obligations du service national,
 - après admission sur concours à un emploi de la fonction publique ;
- autorisations spéciales d'absences et congés sans traitement.

II.1.3. Pour les agents contractuels

[Décret n°91-155 du 6 février 1991]

[Décret n°2002-280 du 21 février 2002 modifiant le décret n°91-155]

[Décret n°2003-159 du 25 février 2003 modifiant le décret n°91-155]

[Décret n°2006-1535 du 5 décembre 2006 modifiant le décret n°91-155]

[Décret n°2010-19 du 6 janvier 2010 modifiant le décret n°91-155]

Les congés pour raison de santé sont de trois types :

- congé de maladie pendant une période de douze mois consécutifs ou, en cas de service discontinu, au cours d'une période comprenant trois cents jours de services effectifs, dans les limites suivantes :
 - après quatre mois de services, un mois à plein traitement et un mois à demi-traitement ;
 - après deux ans de services, deux mois à plein traitement et deux mois à demi-traitement ;
 - après trois ans de services, trois mois à plein traitement et trois mois à demi-traitement ;
- congé de grave maladie, après trois années de services effectifs, d'une durée maximale de trois ans dont un an à plein traitement et deux ans à demi-traitement ;
- congé en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle pendant toute la période d'incapacité de travail jusqu'à la guérison complète, la consolidation de la blessure ou le décès. L'intéressé a droit au versement de son plein traitement dans les limites suivantes :
 - pendant un mois dès son entrée en fonctions ;
 - pendant deux mois après un an de services ;
 - pendant trois mois après trois ans de services.

Les agents contractuels peuvent également bénéficier, sous certaines conditions, des congés suivants :

- congé annuel ;
- congé pour maternité ou pour adoption, congé de paternité ;
- congé pour formation syndicale, pour formation de cadres et d'animateurs pour la jeunesse, pour formation professionnelle ;
- congé de représentation ;

- congés non rémunérés : congé parental, congé de présence parentale, congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie, congé pour élever un enfant de moins de huit ans, donner des soins à un enfant à charge, au conjoint, au partenaire avec lequel il est lié par un Pacs, au concubin ou à un ascendant, congé pour suivre son conjoint ou partenaire avec lequel il est lié par un Pacs, congé pour raison familiale, pour convenances personnelles ou encore pour créer ou reprendre une entreprise.

II.2. REGLEMENTATION SUR LES CLM/CLD

II.2.1. Congé de longue maladie

[Loi n° 86-33 du 99 janvier 1986 - article 41]

[Décret n° 88-386 du 19 avril 1988]

[Arrêté du 14 mars 1986]

[Arrêté du 1^{er} octobre 1997 modifiant l'arrêté du 14 mars 1986]

La loi n°86-33 dispose que : « le fonctionnaire en activité a droit [...] à des congés de longue maladie d'une durée maximale de trois ans dans le cas où il est constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaires un traitement et des soins prolongés et présente un caractère invalidant et de gravité confirmée ».

Une liste indicative des maladies ouvrant droit au CLM est établie par un arrêté ministériel, pris après avis du comité médical supérieur.

L'arrêté du 14 mars 1986 modifié par l'arrêté du 1^{er} octobre 1997 fournit actuellement la liste des affections qui ouvrent droit au congé de longue maladie :

1. Hémopathies graves.
2. Insuffisance respiratoire chronique grave.
3. Hypertension artérielle avec retentissement viscéral sévère.
4. Lèpre mutilante ou paralytique.
5. Maladies cardiaques et vasculaires :
 - angine de poitrine invalidante ;

- infarctus myocardique ;
- suites immédiates de la chirurgie cardio-vasculaire ;
- complications invalidantes des artériopathies chroniques ;
- troubles du rythme et de la conduction invalidants ;
- cœur pulmonaire postembolique ;
- insuffisance cardiaque sévère (cardiomyopathies notamment).

6. Maladies du système nerveux :

- accidents vasculaires cérébraux ;
- processus expansifs intracrâniens ou intrarachidiens non malins ;
- syndromes extrapyramidaux : maladie de Parkinson et autres syndromes extrapyramidaux ;
- syndromes cérébelleux chroniques ;
- sclérose en plaques ;
- myélopathies ;
- encéphalopathies subaiguës ou chroniques ;
- neuropathies périphériques : polynévrites, multinévrites, polyradiculonévrites ;
- amyotrophies spinales progressives ;
- dystrophies musculaires progressives ;
- myasthénie.

7. Affections évolutives de l'appareil oculaire avec menace de cécité.

8. Néphropathies avec insuffisance rénale relevant de l'hémodialyse ou de la transplantation.

9. Rhumatismes chroniques invalidants, inflammatoires ou dégénératifs.

10. Maladies invalidantes de l'appareil digestif :

- maladie de Crohn ;
- recto-colite hémorragique ;
- pancréatites chroniques ;
- hépatites chroniques cirrhogènes.

11. Collagénoses diffuses, polymyosites.

12. Endocrinopathies invalidantes.

Article 2 : « Les affections suivantes peuvent donner droit à un congé de longue maladie:

- tuberculose ;
- maladies mentales ;
- affections cancéreuses ;
- poliomyélite antérieure aiguë ;
- déficit immunitaire grave et acquis ».

L'arrêté précise également qu'un congé de longue maladie peut être attribué, à titre exceptionnel, pour une maladie non énumérée, après proposition du comité médical et avis du comité médical supérieur.

La date d'octroi du congé correspond à la date à partir de laquelle le comité médical a estimé que l'agent était atteint de l'une des maladies pouvant ouvrir droit au CLM.

Le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement pendant un an puis la moitié pendant les deux années qui suivent.

L'agent qui a obtenu un CLM ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature s'il n'a pas auparavant repris l'exercice de ses fonctions pendant un an.

II.2.2. Congé de longue durée

[Loi n° 86-33 du 99 janvier 1986 - article 41]

[Décret n°88-386 du 19 avril 1988]

[Décret n°97-417 du 22 avril 1997 modifiant le décret n°88-386]

Le décret n°88-386 modifié par le décret n°97-417 dispose que « le fonctionnaire atteint de tuberculose, de maladie mentale, d'affection cancéreuse, de poliomyélite ou de déficit immunitaire grave et acquis qui est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et qui a épuisé à quelque titre que ce soit ses droits à plein traitement d'un congé de longue maladie est placé en congé de longue durée ».

Toutefois, si l'agent souhaite rester en congé de longue maladie à l'issue de la période de CLM à plein traitement, il peut en faire la demande à l'établissement qui a la faculté, après avis du comité médical, de le maintenir en CLM. Il ne pourra plus, dans ce cas, bénéficier

d'un congé de longue durée au titre de l'affection pour laquelle il a obtenu ce congé s'il n'a recouvré auparavant ses droits à congé de longue maladie à plein traitement.

Le congé de longue durée est attribué pour un maximum de trois ans à plein traitement (l'année de CLM étant réputée être une période du CLD) et de deux ans à demi-traitement. Si la maladie ouvrant droit à congé de longue durée a été contractée dans l'exercice des fonctions, les périodes citées ci-dessus sont respectivement portées à cinq et trois ans.

Tout congé attribué par la suite pour cette affection est un congé de longue durée dont la durée s'ajoute à celle du congé déjà attribué. En revanche, si l'agent contracte une autre affection ouvrant droit à un congé de longue durée, il a droit à l'intégralité d'un nouveau congé de longue durée.

Contrairement à ce qui se passe pour un CLM, l'agent qui bénéficie d'un CLD est immédiatement remplacé dans ses fonctions. À l'expiration du congé, il est réintégré, éventuellement en surnombre, mais pas nécessairement à son ancien poste.

II.2.3. Dispositions communes aux CLM et CLD

[Décret n°88-386 du 19 avril 1988]

[Décret n°86-442 du 14 mars 1986]

[Loi n°86-33- article 41 et article 41-1]

[Loi n°2007-148 du 2 février 2007 modifiant la loi n°86-33]

[Arrêté du 3 décembre 1959]

II.2.3.1 Procédure d'octroi

Lorsque l'autorité investie du pouvoir de nomination estime, au vu d'une attestation médicale ou sur rapport des supérieurs hiérarchiques, que l'état de santé d'un fonctionnaire pourrait justifier qu'il bénéficie d'un CLM ou d'un CLD, elle peut provoquer l'examen médical de l'intéressé.

Pour obtenir un congé de longue maladie ou de longue durée, le fonctionnaire (ou son représentant) doit adresser à l'autorité ayant le pouvoir de nomination, une demande appuyée d'un certificat du médecin traitant spécifiant qu'il peut bénéficier d'un CLM ou CLD.

Le médecin traitant, de son côté, adresse directement au secrétaire du comité médical compétent un résumé de ses observations et les pièces justificatives nécessaires fixées par arrêté (arrêté du 3 décembre 1959 modifié par les arrêtés du 4 décembre 1970 et du 12 février 1976).

Au vu de ces pièces, le secrétaire du comité médical fait procéder à une contre-visite du demandeur par un médecin agréé, le cas échéant spécialiste, puis le dossier est soumis au comité médical. Celui-ci transmet ensuite son avis à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

En cas de contestation par cette autorité ou par l'intéressé, ou dans l'hypothèse d'une affection non inscrite sur la liste indicative de maladies pouvant ouvrir droit à congé de longue maladie, l'avis du comité médical est soumis au comité médical supérieur.

Si la demande de congé est présentée au cours d'un congé antérieurement accordé, la première période de congé de longue maladie ou de longue durée part du jour de la première constatation médicale de la maladie dont est atteint le salarié.

II.2.3.2 Procédure de renouvellement de congé

Le congé de longue maladie ou de longue durée peut être accordé ou renouvelé pour une période de trois à six mois. La durée du congé est fixée, dans ces limites, sur proposition du comité médical.

Le renouvellement a lieu dans les mêmes conditions que l'octroi. Les demandes de renouvellement doivent être adressées par l'agent à l'administration un mois avant l'expiration de la période en cours avec les justificatifs nécessaires.

II.2.3.3 Situation et obligations de l'agent en CLM/CLD

II.2.3.3.1. Position statutaire

L'agent en CLM/CLD demeure dans une position d'activité, il reste soumis au régime disciplinaire des fonctionnaires en exercice.

Le temps passé à plein ou demi-traitement est pris en compte pour l'avancement à l'ancienneté ainsi que dans l'appréciation du temps minimum exigé pour pouvoir prétendre au grade supérieur. La période de CLM/CLD compte également pour la détermination du droit à la retraite et donne lieu aux retenues pour constitution de pension civile. En revanche, le temps passé en CLM/CLD n'est pas retenu pour la détermination du droit au congé annuel.

Le fonctionnaire en CLD peut être remplacé dans ses fonctions par un titulaire, il ne l'est pas en cas de CLM (l'intéressé ne pouvant être remplacé que par un contractuel).

II.2.3.3.2. Avantages financiers

L'agent conserve :

- l'intégralité de son traitement pendant un an pour les congés de longue maladie, trois ans pour les congés de longue durée si la maladie n'est pas imputable au service et cinq ans si l'imputabilité au service est reconnue.
- puis la moitié de son traitement pendant deux ans pour les CLM et deux ou trois ans pour les CLD selon l'imputabilité ou non de la maladie au service.

Le traitement dont il s'agit est le traitement dont bénéficiait l'agent lors de la décision de mise en congé de maladie (temps plein ou temps partiel).

Le fonctionnaire conserve également :

- l'intégralité de ses avantages familiaux ;
- la totalité ou la moitié des indemnités accessoires à l'exclusion de celles qui sont attachées à l'exercice des fonctions ou qui ont le caractère de remboursement de frais ;
- l'intégralité ou une fraction de l'indemnité de résidence.

II.2.3.3.3. Obligations et contrôles

✓ Contrôles administratifs

Le bénéficiaire d'un CLD ou d'un CLM doit cesser tout travail rémunéré, sauf les activités ordonnées et contrôlées médicalement au titre de la réadaptation, sous peine d'une interruption du versement de sa rémunération.

✓ Visites de contrôle médical

L'agent doit, par ailleurs, se soumettre aux visites de contrôle médical prescrites par le médecin agréé ou le comité médical. Ces visites permettent notamment de vérifier que l'intéressé se soumet convenablement aux règles d'hygiène et de prophylaxie que son état de santé nécessite, en particulier à l'égard de son entourage. Le refus répété et sans motif valable de se soumettre à ce contrôle peut entraîner, après mise en demeure, la perte du bénéfice du congé.

II.2.3.4 Conditions de reprise et modalités de réintégration

Le bénéficiaire d'un CLM/CLD ne peut reprendre ses fonctions à l'expiration ou au cours du congé que s'il est reconnu apte, après examen par un spécialiste agréé et avis favorable du comité médical compétent. Cet examen peut être demandé par le fonctionnaire ou l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Le médecin agréé qui conclut à la réintégration peut formuler, s'il y a lieu, des recommandations quant aux formes et aux limites qui peuvent être assignées à l'activité professionnelle du fonctionnaire ainsi qu'à la nature et la durée du contrôle auquel ce fonctionnaire peut être soumis.

Le comité médical donne ensuite son avis sur la réintégration du malade, sur les recommandations formulées par le spécialiste et, d'une manière générale, sur toute question d'ordre médical en litige. Il peut formuler des recommandations sur les conditions d'emploi de l'intéressé, sans qu'il puisse être porté atteinte à sa situation administrative.

Si, au vu de l'avis du comité médical compétent et, éventuellement, de celui du comité médical supérieur, le fonctionnaire est reconnu apte à exercer ses fonctions, il reprend son activité.

Il devra alors se soumettre à l'examen médical du médecin du travail avant de reprendre son service. En cas d'opposition du médecin du travail à la réintégration malgré l'avis favorable du comité médical départemental et du comité supérieur, c'est l'avis des deux comités qui l'emporte.

Si un aménagement des conditions de travail a été préconisé, le comité médical sera appelé de nouveau, à l'expiration de périodes successives de trois à six mois, à statuer sur l'opportunité du maintien ou de la modification de ces aménagements, sur le rapport du chef d'établissement.

Si le fonctionnaire est reconnu inapte à exercer ses fonctions, le congé continue à courir ou est renouvelé jusqu'au moment où le fonctionnaire sollicite l'octroi de l'ultime période de congé rémunérée à laquelle il peut prétendre.

Lorsque le fonctionnaire ne peut reprendre son service à l'expiration de la dernière période de congé de longue maladie ou de longue durée, l'avis de la commission départementale de réforme doit être sollicité pour reclassement dans un autre corps ou emploi, mise en disponibilité ou admission à la retraite. Dans ce dernier cas, le paiement du demi-traitement est maintenu jusqu'à la date de la décision portant admission à la retraite.

Si l'agent en CLM ou CLD est atteint par la limite d'âge de sa catégorie, il doit être mis à la retraite d'office, la date d'effet de mise à la retraite ne pouvant être postérieure à la limite d'âge, il est donc mis fin au congé de maladie.

II.2.3.5 Temps partiel thérapeutique

L'article 41-1 de la loi n°86-33 modifié par la loi n°2007-148 dispose que :

« Après un congé de longue maladie ou un congé de longue durée, les fonctionnaires peuvent être autorisés, après avis du comité médical compétent, à accomplir un service à temps partiel pour raison thérapeutique, accordé pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour une même affection ».

« Le temps partiel thérapeutique peut être accordé :

- soit parce que la reprise des fonctions à temps partiel est reconnue comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé ;
- soit parce que l'intéressé doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé ».

Les fonctionnaires autorisés à travailler à temps partiel thérapeutique perçoivent l'intégralité de leur traitement.

Le temps partiel thérapeutique ne peut être inférieur au mi-temps.

II.3. REGLEMENTATION SUR LES CONGES DE GRAVE MALADIE

[Décret n° 86-33 du 17 janvier 1986]

[Décret n°88-145 du 15 février 1988]

[Décret n° 91-155 du 6 février 1991]

[Décret n°2003-159 du 25 février 2003 modifiant le décret n°91-155]

[Décret n°2007-1829 du 24 décembre 2007 modifiant le décret n°88-145]

L'article 11 du décret n°91-155 dispose que :

« L'agent contractuel en activité employé de manière continue et comptant au moins trois années de services effectifs, atteint d'une affection dûment constatée le mettant dans l'impossibilité d'exercer son activité, nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée, bénéficie d'un congé de grave maladie pendant une période maximale de trois ans ».

« Dans cette situation, l'intéressé conserve l'intégralité de son traitement pendant une durée de douze mois. Le traitement est réduit de moitié pendant les vingt quatre mois suivants.

En vue de l'octroi de ce congé, l'intéressé est soumis à l'examen d'un spécialiste agréé compétent pour l'affection en cause. La décision d'octroi est prise par l'autorité signataire du contrat sur avis émis par le comité médical saisi du dossier ».

« Le congé pour grave maladie peut être accordé par période de trois à six mois. L'agent qui a épuisé un congé de grave maladie ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature s'il n'a repris auparavant l'exercice de ses fonctions pendant un an ».

Les agents non titulaires dépendent du régime général de la sécurité sociale et perçoivent à ce titre, en cas d'arrêt maladie, les indemnités journalières versées par l'assurance maladie. Ces indemnités journalières sont déduites du plein ou du demi-traitement assuré par l'administration.

La procédure d'octroi est identique à celle des congés de longue durée et de longue maladie. L'avis du comité médical est ensuite transmis à l'administration qui prend la décision d'octroi. Cet avis peut également faire l'objet d'un recours devant le comité médical supérieur.

Le temps passé en congé de grave maladie, à plein ou demi-traitement, est pris en compte pour la détermination des avantages liés à l'ancienneté. Il compte également pour la détermination du droit à la retraite et donne lieu à cotisations.

L'administration employeur peut faire procéder à tout moment à une contre-visite de l'agent non titulaire par un médecin agréé. L'intéressé doit s'y soumettre, sous peine de suspension du versement de sa rémunération. Si le médecin agréé conclut à l'aptitude à la reprise des fonctions, l'employeur peut enjoindre l'agent de reprendre son travail.

L'agent peut également être contrôlé par le médecin contrôleur de la sécurité sociale.

A l'issue de son congé de grave maladie, l'agent non titulaire peut être :

- apte à reprendre ses fonctions ; il est alors réaffecté sur son emploi précédent dans la mesure permise par le service où, à défaut, sur un emploi similaire assorti d'une rémunération équivalente ;
- temporairement inapte ; il est alors placé en congé sans traitement pour une durée maximum d'un an. Cette durée peut être prolongée de six mois s'il résulte d'un avis médical que l'intéressé sera susceptible de reprendre ses fonctions à l'issue de cette période complémentaire. Durant ce congé sans traitement, l'agent continue de percevoir, s'il remplit les conditions requises, les indemnités journalières de la sécurité sociale ;
- définitivement inapte ; il est alors reclassé dans un autre emploi ou licencié.

Les agents non titulaires sont également autorisés, sur prescription de leur médecin traitant et sous réserve de l'accord de l'assurance maladie, à reprendre leurs fonctions à temps partiel thérapeutique durant une période maximale d'un an. Le salaire correspondant à la quotité de travail est complété, dans la limite du plein traitement, par des indemnités journalières versées par la sécurité sociale.

Tableau n°1: Tableau récapitulatif des différents congés maladie

	Congé maladie « ordinaire »	Congé lié à un AT ou une MP	Congé longue maladie	Congé longue durée	Congé grave maladie
Bénéficiaires	Titulaires Stagiaires Contractuels	Titulaires Stagiaires Contractuels	Titulaires Stagiaires	Titulaires Stagiaires	Contractuels
Conditions d'octroi	certificat médical	- certificat médical - avis favorable de la commission de réforme	- certificat médical - liste indicative de maladie - avis favorable du comité médical	- certificat médical - pathologie suivante : tuberculose, maladie mentale, cancer, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis - avis favorable du comité médical	- ancienneté > 3 ans - certificat médical - affection à caractère invalidant et de gravité confirmée - avis favorable du comité médical
Durée maximale	1 an	<u>Titulaires/Contractuels</u> jusqu'à la reprise ou mise en retraite <u>Stagiaires</u> : - limité à 5 ans	3 ans	5 ans 8 ans si maladie imputable au service	3 ans
Rémunération	<u>Titulaires/stagiaires</u> : - 3 mois plein-ttt - 9 mois demi-ttt <u>Contractuels</u> : <u>Ancienneté < 4 mois</u> : - IJ <u>Ancienneté > 4 mois</u> : - 1 à 3 mois plein-ttt* - 1 à 3 mois demi-ttt* - IJ en complément	<u>Titulaires/stagiaires</u> plein traitement jusqu'à la reprise ou la mise en retraite. <u>Contractuels</u> plein traitement pendant 1 à 3 mois selon ancienneté	- 1 an plein-ttt - 2 ans demi-ttt	- 3 ans plein-ttt (5 ans si imputable au service) - 2 ans demi-ttt (3 ans si imputable au service)	- 1 an plein-ttt (- déduction IJ) - 2 ans demi-ttt
Reprise TPT	Si congé > 6 mois : 3 mois renouvelable dans la limite d'1 an (après avis du comité médical pour les titulaires et stagiaires et accord de la sécurité sociale pour les contractuels)	6 mois renouvelable une fois après avis favorable de la commission de réforme	3 mois renouvelable dans la limite d' 1 an sur avis favorable du comité médical	3 mois renouvelable dans la limite d'1 an sur avis favorable du comité médical	1 an (après accord de la sécurité sociale)
Conditions d'octroi de congé ultérieur	-	-	Nouveau CLM après reprise d'1 an	1 seul CLD par affection du même groupe sur la carrière	Nouveau CGM après reprise d'1 an

Plein-ttt : plein traitement, demi-ttt : demi-traitement, IJ : indemnités journalières versées par la sécurité sociale

** La prise en charge de l'indemnisation des arrêts maladie des agents contractuels dépend de leur ancienneté.*

Pour les agents ayant moins de 2 ans de service, le CHU finance l'intégralité du traitement pendant 1 mois puis un demi-traitement pendant 1 mois avec un complément de salaire versé par le CGOS. Les indemnités suivantes seront versées par la sécurité sociale (IJ). +/- le CGOS.

A l'opposé, les agents ayant plus de 3 ans de service bénéficient d'un plein traitement versé par le CHU pendant 3 mois puis un demi-traitement pendant 3 mois.

II.4. COMITE MEDICAL DEPARTEMENTAL ET COMITE MEDICAL SUPERIEUR

II.4.1. Le Comité médical départemental

II.4.1.1 Composition

[Décret n°86-442 du 14 mars 1986]

[Décret n°88-199 du 29 février 1988 modifiant le décret n°86-442]

[Décret n°2000-610 du 28 juin 2000 modifiant le décret n°86-442]

[Décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 modifiant le décret n°86-442]

[Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 modifiant le décret n°86-442]

Le comité médical comprend deux praticiens de médecine générale et un spécialiste de l'affection pour laquelle est demandé le CLM ou le CLD. Un ou plusieurs suppléants sont désignés pour chacun de ces membres. Le secrétariat de chaque comité est assuré par un médecin désigné par le directeur départemental chargé de la cohésion sociale (ancien directeur départemental des affaires sanitaires et sociales jusqu'au 31 mars 2010).

Les membres du comité médical départemental sont désignés, pour une durée de trois ans, par le préfet parmi les praticiens figurant sur la liste des médecins agréés. Cette liste est également établie par le préfet, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé (ancien directeur départemental des affaires sanitaires et sociales jusqu'au 31 mars 2010), après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins et du ou des syndicats départementaux des médecins.

Les médecins agréés sont choisis, sur leur demande ou avec leur accord, parmi les praticiens âgés de moins de soixante-cinq ans ayant au moins trois ans d'exercice professionnel, dont, pour les généralistes, au moins un an dans le département pour lequel la liste est établie.

II.4.1.2 Fonction

Le décret 86-442 modifié par le décret 2000-610 dispose que :

« Les comités médicaux sont chargés de donner à l'autorité compétente [...] un avis sur les contestations d'ordre médical qui peuvent s'élever à propos de l'admission des candidats aux emplois publics, de l'octroi et du renouvellement des congés de maladie, et de la réintégration à l'issue de ces congés ».

« Ils sont consultés obligatoirement en ce qui concerne :

- la prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs ;
- l'octroi des congés de longue maladie et de longue durée ;
- le renouvellement de ces congés ;
- la réintégration après douze mois consécutifs de congé de maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- l'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après congé et disponibilité ;
- la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement ;
- le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire ;
- ainsi que dans tous les autres cas prévus par des textes réglementaires ».

Le comité médical ne peut être saisi par l'agent, mais seulement par l'autorité administrative compétente, soit de sa propre initiative, soit à la demande de l'intéressé.

Le médecin du travail est informé de la réunion du comité médical ainsi que de son objet. Il peut obtenir, s'il le demande, communication du dossier de l'intéressé et peut également présenter des observations écrites ou assister à la réunion.

II.4.2. Comité médical supérieur

II.4.2.1 Composition

Le comité médical supérieur, qui siège au ministère de la Santé, comprend deux sections :

- une section de cinq membres, compétente en ce qui concerne les maladies mentales ;
- une section de huit membres, compétente pour les autres maladies.

Les membres du comité sont nommés pour trois ans par le ministre de la santé. Un ou plusieurs suppléants sont désignés pour chacun de ces membres. Leurs fonctions peuvent être renouvelées ou prendre fin avant l'expiration des trois ans sur demande de l'intéressé ou d'office. Le secrétariat du comité et les secrétariats des deux sections sont assurés par un médecin de la santé générale, de la direction générale de la santé publique et du ministère de la santé.

II.4.2.2 Fonction

La version du décret n°86-442 en vigueur au 30 juin 2008 disposait que :

« Le comité médical supérieur, saisi par l'autorité administrative compétente, soit de son initiative, soit à la demande du fonctionnaire, peut être consulté sur les cas dans lesquels l'avis donné en premier ressort par le comité médical compétent est contesté ».

« Il est obligatoirement consulté dans tous les cas où le bénéfice d'un congé de longue maladie est demandé pour une affection ne figurant pas sur la liste indicative [...]. »

« Le comité médical supérieur se prononce uniquement sur la base des pièces figurant au dossier tel qu'il lui est soumis au jour où il l'examine ».

Le décret 2008-1191 du 17 novembre 2008 a abrogé le deuxième alinéa de cet article et a ajouté l'alinéa suivant : « Le comité médical supérieur assure sur le plan national la coordination des avis des comités médicaux et formule des recommandations à caractère médical à l'application du statut général ».

III. PRESENTATION DE L'ETUDE

III.1. OBJECTIF DE L'ETUDE

Cette étude descriptive sur la population d'agents en congé de longue maladie et de longue durée a pour objectif d'étudier, dans un premier temps, la prévalence des CLM/CLD au 30 juin 2008, les caractéristiques socioprofessionnelles des agents concernés ainsi que leurs pathologies.

Dans une deuxième partie, nous avons étudié le devenir des agents à deux ans afin d'évaluer le taux de reprise, les conditions de réintégration et l'influence de plusieurs facteurs médicaux, sociodémographiques et professionnels sur le retour à l'emploi.

III.2. MATERIEL ET METHODE DE L'ETUDE

III.2.1. Conduite générale de l'étude

L'étude s'est déroulée en deux temps.

Dans un premier temps, nous avons choisi de faire une étude transversale sélectionnant les patients en congé de longue durée ou de longue maladie le 30 juin 2008. En pratique, tous les agents hospitaliers en CLM ou CLD au 30 juin 2008 ont été inclus. Deux agents en congé de grave maladie ainsi que quatre agents en disponibilité d'office suite à l'épuisement de leurs droits à congé ont été assimilés aux agents en CLM/CLD et ont donc également été inclus dans l'étude.

Le personnel médical n'était pas concerné par l'étude.

Dans un second temps, nous nous sommes intéressés au devenir des agents au cours des deux années suivant la phase initiale de l'étude.

III.2.2. Population de l'étude

La liste des agents en arrêt maladie le 30 juin 2008 suite à l'avis du comité médical nous a été remise par la Direction des Ressources Humaines après requête informatique.

A partir de cette pré-liste de 182 agents en congé de longue maladie, longue durée, grave maladie, disponibilité d'office ou temps partiel thérapeutique, nous avons exclu les agents ayant repris à temps partiel thérapeutique.

Six agents en arrêt le 30 juin 2008, dont les dossiers étaient en attente d'avis du comité médical ou d'expertise, ont été inclus secondairement après avis favorable.

Au total, 155 agents ont été inclus dans l'étude.

III.2.3. Lieu de l'étude : le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen

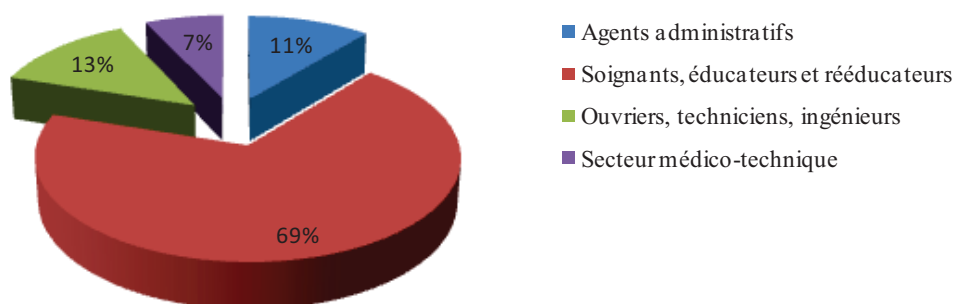
III.2.3.1 Situation du CHU et population

Le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen est un ensemble de 5 établissements de soins situés dans Rouen et son agglomération. D'après les chiffres du bilan social, 9073 salariés y travaillaient en 2008, dont **1873 médecins** et **7200 agents hospitaliers** (personnel non médical). Parmi ces agents hospitaliers, **4960 étaient soignants, éducateurs ou rééducateurs**, **971 étaient ouvriers, techniciens ou ingénieurs**, **776 étaient agents administratifs** et **493 travaillaient dans le secteur médico-technique** (voir figure n°1).

Cette population d'agents était composée de **17 % d'hommes** et **83 % de femmes**.

La moyenne d'âge était de **39,9 ans**.

Figure n°1 : Répartition des agents hospitaliers par catégorie professionnelle



L'Hôpital Charles-Nicolle, site principal situé à Rouen, regroupe les activités de soins d'urgence (adultes, pédiatriques, gynéco-obstétriques et neurologiques), les activités de spécialités médicales, chirurgicales et de réanimation, un hôpital d'enfants, un pavillon mère-enfant ainsi que la majeure partie du plateau technique du CHU (laboratoires, imagerie, pharmacie et blocs opératoires). Au total, **5565 agents hospitaliers** y étaient affectés en 2008, soit **77,3% des agents hospitaliers du CHU**.

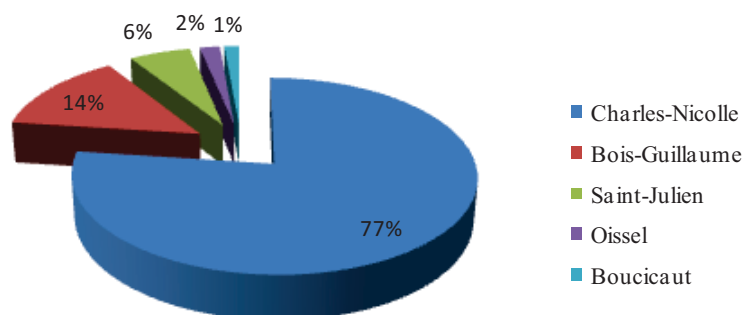
L'Hôpital de Bois-Guillaume, situé au nord de Rouen, accueille des spécialités de médecine (médecine interne, angiologie, diabétologie, neurologie, rhumatologie, médecine gériatrique, néphrologie-hémodialyse, pneumologie, endocrinologie, alcoologie, médecine du sport), un service de soins de suite et de réadaptation, un service d'imagerie ainsi qu'un centre d'hygiène et production alimentaire (UCP). Le site regroupait **979 agents hospitaliers** en 2008 (**13,6% du personnel hospitalier non médical**).

L'Hôpital Saint-Julien, situé à Petit Quevilly, est un hôpital urbain de proximité dont l'activité est orientée vers les domaines suivants : médecine interne, gériatrie, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée, urgences, addictologie et soins médico-psychologiques. L'hôpital offre également des consultations externes de spécialités médicales et chirurgicales ainsi que des soins infirmiers à domicile. En 2008, **418 agents** y étaient affectés, soit **5,8% des agents hospitaliers** du CHU.

L'Hôpital de Oissel, situé dans la ville du même nom, est principalement axé sur la gériatrie et la rééducation ; **137 agents (1,9% des agents hospitaliers)** y travaillaient.

L'EHPAD Boucicaut, situé à Mont-Saint-Aignan, comptait environ **101 agents (1,4% des agents hospitaliers)**.

Figure n°2: Répartition des agents hospitaliers par établissement de soins



III.2.3.2 Organisation par pôle

L'établissement est organisé en 11 pôles médicaux : 8 pôles cliniques et 3 pôles médico-techniques ; auxquels s'ajoutent les directions administratives, techniques et logistiques ainsi que la blanchisserie et l'unité centrale de production (UCP).

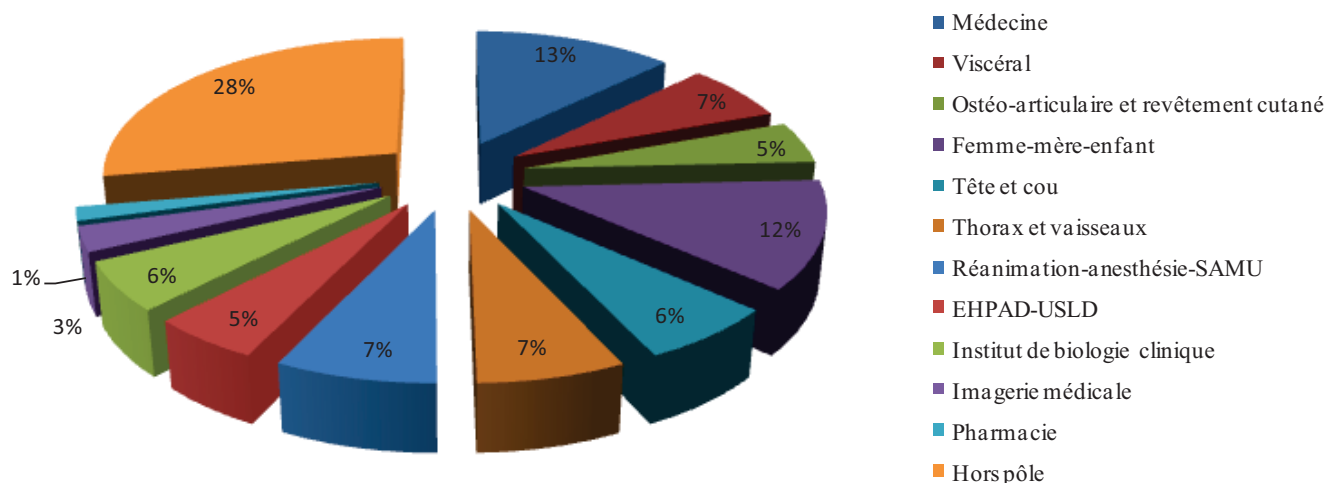
Les pôles cliniques sont les suivants :

- le pôle « *médecine* » regroupant **969 agents**, soit **13% des agents hospitaliers** du CHU ;
- le pôle « *femme-mère-enfant* » regroupant **933 agents**, soit **12% des agents hospitaliers** du CHU ;
- le pôle « *réanimation-anesthésie-SAMU* » regroupant **562 agents**, soit **7% des agents hospitaliers** du CHU ;
- le pôle « *thorax et vaisseaux* » regroupant **518 agents**, soit **7% des agents hospitaliers** du CHU ;
- le pôle « *viscéral* » regroupant **505 agents**, soit **7% des agents hospitaliers** du CHU ;
- le pôle « *tête et cou* » regroupant **491 agents**, soit **6% des agents hospitaliers** du CHU ;
- le pôle « *EHPAD-USLD* » regroupant **387 agents**, soit **5% des agents hospitaliers** du CHU ;
- le pôle « *ostéo-articulaire et revêtement cutané* » regroupant **367 agents**, soit **5% des agents hospitaliers** du CHU.

Les pôles médico-techniques sont les suivants :

- le pôle « *institut de biologie clinique* » regroupant **426 agents**, soit **6% des agents hospitaliers** du CHU ;
- le pôle « *imagerie médicale* » regroupant **216 agents**, soit **3% des agents hospitaliers** du CHU ;
- Le pôle « *pharmacie* » regroupant **119 agents**, soit **1% des agents hospitaliers** du CHU.

Figure n°3 : Répartition des agents hospitaliers par pôle



III.2.4. Données collectées

III.2.4.1 Informations recueillies

Lors de la première partie de l'étude, nous avons recueilli les informations suivantes :

- **Données socio-administratives :**

- ✓ Date de naissance.
- ✓ Sexe.
- ✓ Statut familial, nombre d'enfants.
- ✓ Grade des agents : les différents grades ont été regroupés par famille (profession), catégorie de personnel et catégorie de rémunération.

Six groupes de grades ont ainsi été différenciés : aides-soignants, ASH, infirmiers (spécialisés ou non), agents d'entretien et un dernier groupe regroupant l'ensemble des autres professions.

On distinguait, par ailleurs, quatre catégories de personnel (administratif, soignant-ré-éducatif-socio-éducatif, technique-ouvrier et médico-technique) et trois catégories de rémunération (A, B, C). La rémunération des fonctionnaires est définie par une grille indiciaire. Elle est fonction de leur catégorie (A, B, C) et de leur échelon. La catégorie A correspond aux rémunérations les plus élevées et la catégorie C aux rémunérations les plus basses.

- ✓ Service, établissement et pôle d'affectation au 30 juin 2008.
- ✓ Date d'entrée dans l'établissement et nombre de changements de service depuis l'embauche.

- ✓ Absentéisme précédant l'octroi du congé : nombre, durée et type d'arrêts prescrits au cours des deux années qui ont précédé l'octroi.
- *Données médicales :*
 - ✓ Type de pathologie ayant donné droit au CLM/CLD et pathologies associés : les pathologies ont été classées selon 17 groupes (12 groupes correspondant aux 12 pathologies listées à l'article premier de l'arrêté du 14 mars 1986 portant sur les pathologies donnant droit au congé de longue maladie et 5 groupes correspondant aux 5 pathologies listées à l'article 2 de ce même arrêté).
 - ✓ Type de congé (congé de longue maladie, congé de longue durée, congé de grave maladie, disponibilité d'office) et date de début de la dernière période d'arrêt.
 - ✓ Antécédents d'arrêt en CLM ou CLD pour la même pathologie ou pour une autre pathologie : nombre, date d'octroi, durée, pathologie en cause.

Lors de la seconde phase de l'étude, nous avons recueilli les informations concernant le **devenir des agents** : maintien en congé, reprise du travail, retraite, disponibilité d'office ou rechute après tentative de reprise.

Pour les agents ayant repris le travail, nous nous sommes intéressés **aux conditions de reprise** (mise en place d'un temps partiel thérapeutique, d'un aménagement ou changement de poste), ainsi qu'au **délai avant la reprise** et à l'**anticipation de la réintégration** (visite de pré-reprise, présentation du dossier en commission de maintien dans l'emploi (COME)). La COME est une commission qui réunit la DRH, la direction des soins, les médecins du travail, la psychologue du travail et l'ergonome, à raison d'une demi-journée par mois, afin de trouver des solutions pour le maintien dans l'emploi des agents présentant des problèmes de santé.

III.2.4.2 Le recueil des données

Le recueil des données concernant la première phase de l'étude a été réalisé en octobre 2008.

La liste des « agents en arrêt le 30 juin 2008 suite à l'avis du comité médical » nous a été fournie par la DRH. Elle mentionnait quelques renseignements administratifs tels que le

grade, l'unité fonctionnelle d'affectation et le statut CLM/CLD (plein ou demi-traitement). Une recherche informatique via la base de données « CPAGE ressources humaines » a permis de collecter les autres informations socio-administratives.

Les renseignements médicaux ont été collectés dans les dossiers du comité médical départemental, consultés à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (actuelle Agence Régionale de Santé). En ce qui concerne la pathologie des agents, seul le groupe de pathologies correspondant à l'affection de l'agent a été relevé lors du recueil des données.

Les renseignements concernant la deuxième partie de l'étude, ainsi que des données complémentaires sur les pathologies des agents, ont été recherchées fin 2010 dans les dossiers médicaux (papiers et informatiques) du service de Médecine du Travail du Personnel Hospitalier ainsi que dans la base de données « CPAGE ressources humaines ».

III.2.4.3 Saisie et analyse des données

III.2.4.3.1. Recueil et analyse des données

Le recueil des données a été directement transcrit sous forme anonymisée sur tableur informatique (logiciel « EXCEL »).

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel **INTERCOOLED STATA 9.0**.

III.2.4.3.2. Tests statistiques

Nous avons principalement calculé des moyennes, des prévalences et des répartitions de valeurs avec intervalles de confiance à 95%.

Des comparaisons de moyennes ont également été effectuées grâce au test « **t de Student** » ainsi que des comparaisons de proportions grâce au test du « χ^2 » ou **au test exact de Fisher** en fonction des effectifs. Le seuil de 5% a été choisi pour considérer ces tests comme statistiquement significatifs.

Les prévalences ont été calculées à partir des effectifs issus du bilan social 2008 ou fournis par la DRH (en personnes physiques).

IV. RESULTATS

IV.1. PREMIERE PARTIE DE L'ETUDE ETUDE AU 30 JUIN 2008

IV.1.1. Description globale

Le 30 juin 2008, **2,2% du personnel non médical de l'établissement** (n=155) était en congé de longue maladie, de longue durée, de grave maladie ou en disponibilité d'office suite à l'épuisement de leurs droits à congé.

IV.1.1.1 Description et contexte de l'arrêt

IV.1.1.1.1. Type d'arrêt

Tableau n°2 : Répartition des agents de l'étude par type de congé et traitement au 30 juin 2008

	Congé longue maladie	Congé longue durée	Disponibilité d'office	Congé grave maladie	Effectif total
Plein traitement	51	52	-	2	105 (68%)
Mi-traitement	17	29	-	-	46 (30%)
IJ*	-	-	4	-	4 (3%)
Total	68 (44%)	81 (52%)	4 (3%)	2 (1%)	155 (100%)

**IJ= indemnités journalières versées par la sécurité sociale*

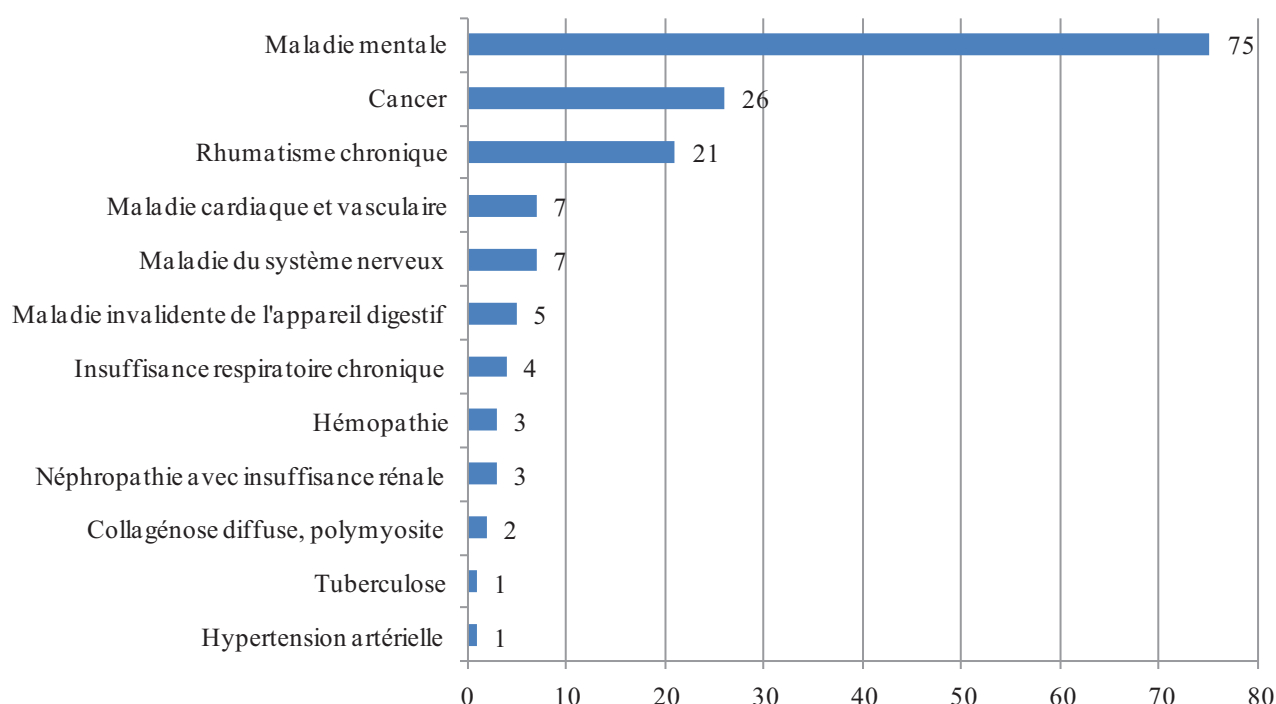
Pour la suite de l'exposé, nous avons regroupé tous les agents de l'étude sous les termes : « *agents en CLM/CLD* » ou « *agents en congé* ».

IV.1.1.1.2. Durée de l'arrêt

Le 30 juin 2008, certains agents étaient en arrêt depuis plusieurs années (plus de 5 ans pour certains) alors que d'autres n'y étaient que depuis quelques jours, voire le jour même. **La durée moyenne du congé était de 17,2 mois** [IC 95% : 14,8-19,5].

IV.1.1.1.3. Pathologie à l'origine des congés

Figure n°4 : Répartition des agents par type de pathologie ayant donné droit au congé



Les pathologies mentales représentaient les principales causes d'arrêt. Elles étaient à l'origine de **48% des congés** (n=75). Il s'agissait de troubles de l'humeur pour la totalité des données recueillies (n=70) et tout particulièrement de syndromes dépressifs (n=69, cinq données étant manquantes) ; suivaient ensuite **les pathologies cancéreuses** qui représentaient **17% des arrêts** (n=26) puis **les rhumatismes chroniques** qui concernaient **14% des agents** (n=21). Parmi ce dernier groupe de pathologies, on comptait 57% d'atteintes dégénératives ou post-traumatiques (n=12) et 24% de maladies inflammatoires (n=5), deux données étant manquantes. Les deux principales localisations étaient le rachis (n=11) et l'épaule (n=7). Les données disponibles sur les cancers (n=17) montraient que le cancer du sein était le plus fréquent (n=8, soit 62% des femmes), les autres localisations ne concernant, chacune, qu'une à deux personnes.

Ces trois principaux groupes de pathologies regroupaient pratiquement 80% des pathologies rencontrées dans l'étude. Les autres pathologies (troubles neurologiques, cardiovasculaires, respiratoires, digestifs, endocriniens, hématologiques et collagénoses diffuses) étaient moins fréquentes et ne concernaient au total que 20% de notre population.

Dans 21% des dossiers médicaux, on retrouvait la notion d'une ou plusieurs pathologie(s) associée(s) telles que des pathologies mentales, des rhumatismes chroniques et des endocrinopathies. Au total, **57 % des agents présentaient une pathologie mentale** (n=88) et **20% souffraient d'un rhumatisme chronique** (n=31).

IV.1.1.1.4. Absentéisme précédant le CLM/CLD

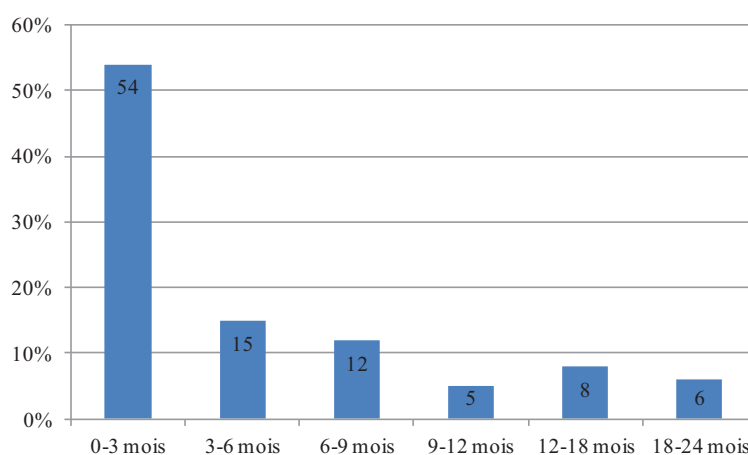
Il s'agit, dans ce chapitre, de décrire l'absentéisme pour motif médical au cours des deux années qui ont précédé le début du CLM/CLD.

Au total, **92% des agents avaient eu au moins un arrêt maladie au cours des deux années précédant le congé** (n=143).

Le nombre d'arrêts était compris entre 0 et 50 avec une moyenne de 4 arrêts par agent [IC 95% : 3,6-5,1]. Le temps total d'arrêt, qui variait de 0 à 2 ans, était en moyenne de 5 mois [IC95% : 4,1-6,0] sur 2 ans (soit environ un cinquième du temps). La majorité des agents avaient été arrêtés moins de 3 mois (n=84), 14% plus d'un an (n=22) et 2% de façon continue durant ces deux années (n=3).

Le graphique suivant montre la répartition des agents selon la durée totale d'arrêt pour raison de santé au cours des deux années précédant l'octroi du congé (*voir figure n°5*).

Figure n°5 : Répartition des agents selon la durée totale d'arrêt maladie



Le type d'arrêt le plus fréquent était la « maladie ordinaire » qui concernait 83% des agents (n=129). Les CLM/CLD et accidents de travail (AT)/ maladies professionnelles (MP) concernaient respectivement 23% et 17% des agents (n=36 et n=26).

IV.1.1.1.5. CLM/CLD antérieurs

Pour **41% des agents** (n=63), **ce congé n'était pas le premier** : **27% des agents** (n=42) **avaient déjà bénéficié d'un CLM/CLD pour la même pathologie** que celle à l'origine du congé en cours et **15% (n=23) en avaient bénéficié pour une autre pathologie.**

Les CLM/CLD octroyés pour une autre pathologie concernaient des rhumatismes chroniques dans plus de la moitié des cas (n=12), des maladies mentales dans plus d'un tiers des cas (n=6) et des cancers dans 13% des cas (n=3). **Le nombre d'agents souffrant ou ayant souffert d'une pathologie mentale s'élevait donc à 94, soit 61% des agents et le nombre d'agents présentant des antécédents de rhumatisme chronique à 43, soit 28% des agents.** Le premier congé avait été octroyé en moyenne 8 ans auparavant [IC95% : 5,7-10,6], entre 2,4 ans plus tôt pour le plus récent et 26 ans pour le plus ancien. Quatre agents n'avaient pas repris leur activité professionnelle entre le congé précédent et le congé en cours.

Pour les 42 agents qui avaient déjà bénéficié de congé(s) pour le même type de pathologie, le nombre moyen de congés antérieurs était de 1,4 [IC95% : 1,2-1,6] pour une durée totale de congé de 17 mois en moyenne [IC95% : 13,9-20,8]. Le premier congé avait été octroyé, en moyenne, 6 ans auparavant (entre 1,2 et 19 ans) et avait duré, en moyenne, 15 mois [IC95% : 11,9-18,6].

IV.1.1.2 Données sociodémographiques

IV.1.1.2.1. Age

L'âge moyen des agents le 30 juin 2008 était de **47,7 ans** [IC 95% : 46,5-48,9], âge significativement plus élevé que la moyenne du CHU qui était de 39,9 ans [Bilan social du CHU de Rouen 2008].

La personne la plus jeune de l'étude était âgée de 31 ans et la plus âgée avait 60 ans (*voir figure n°6*).

Figure n°6 : Répartition des agents par classe d'âge

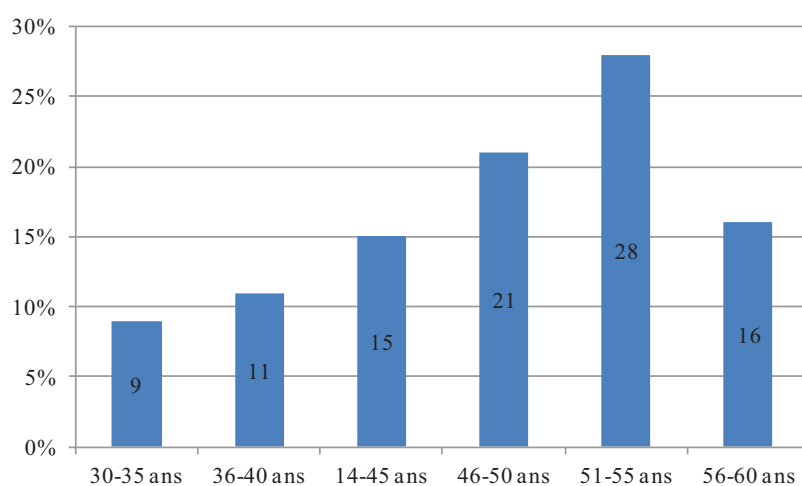
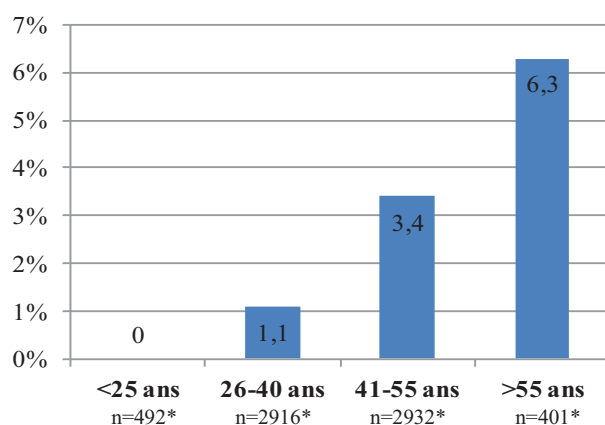


Figure n°7 : Prévalence des CLM/CLD par tranche d'âge



	CLM/CLD n=155	
	Nombre	%
< 25 ans	0	0
26-40 ans	31	1,1 [0,7-1,4]
41-55 ans	99	3,4 [2,7-4,0]
> 55 ans	25	6,3 [3,9-8,6]

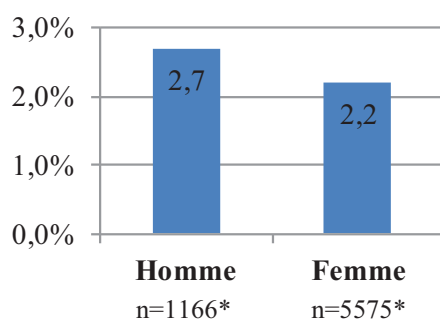
* Effectifs du CHU, données DRH 2008

Exemple d'interprétation : 6,3% des agents âgés de plus de 55 ans étaient en CLM/CLD le 30 juin 2008

IV.1.1.2.2. Sexe

La répartition se faisait entre 124 femmes et 31 hommes, soit 80% de femmes et 20% d'hommes.

Figure n°8 : Prévalence des CLM/CLD par sexe



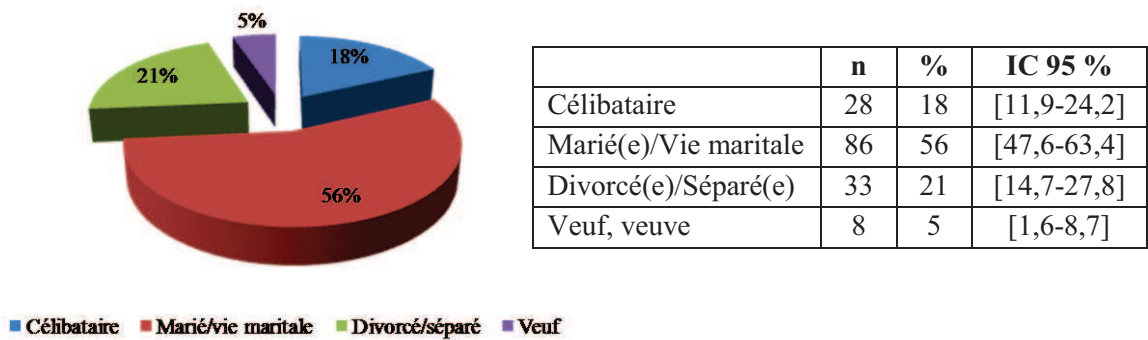
	CLM/CLD	
	Nombre	%
Homme	31	2,7 [1,7-3,6]
Femme	124	2,2 [1,8-2,6]

* Effectifs du CHU, données issues du bilan social 2008

La prévalence des CLM/CLD n’était pas significativement différente entre la population féminine et la population masculine.

IV.1.1.2.3. Statut familial

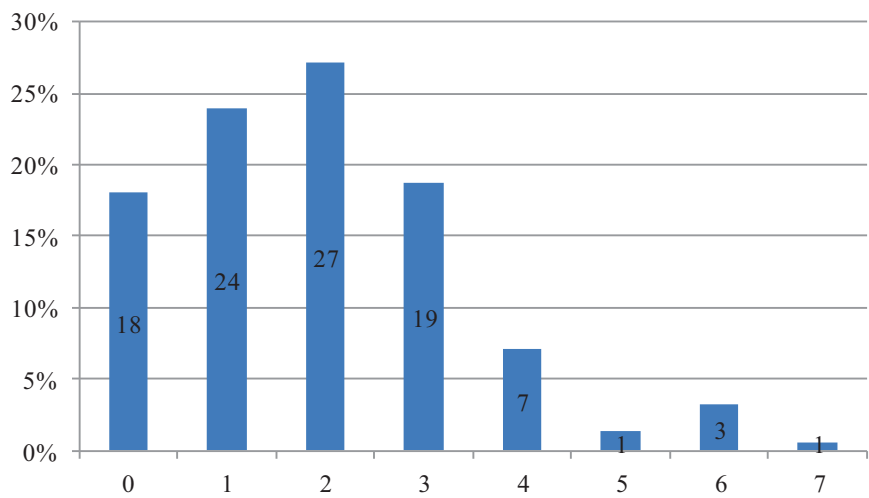
Figure n°9 : Répartition des agents de l’étude par statut familial



Dans notre population, **44% des agents vivaient seuls** (célibataire, divorcé, séparé ou veuf).

IV.1.1.2.4. Nombre d’enfants

Figure n°10 : Répartition des agents par nombre d’enfants



Le nombre moyen d’enfants était de **2 par agent** [IC95% : 1,7-2,2].

Au total, 31% des agents vivaient seuls avec au moins un enfant [IC95% : 23,6-38,3] et 13% étaient seuls sans enfant [IC95% : 8,1-19,0].

IV.1.1.3 Données professionnelles

La quasi-totalité des agents étaient titulaires. Seuls quatre agents ne l'étaient pas : deux contractuels et deux stagiaires.

IV.1.1.3.1. Catégorie professionnelle

Le tableau suivant (*tableau n°3*) répertorie les professions des agents inclus dans l'étude, classées d'une part en fonction de leur catégorie de personnel : « administratif », « soignant, rééducatif, socio-éducatif », « technique et ouvrier » ou « médico-technique » et, d'autre part, de leur catégorie de rémunération.

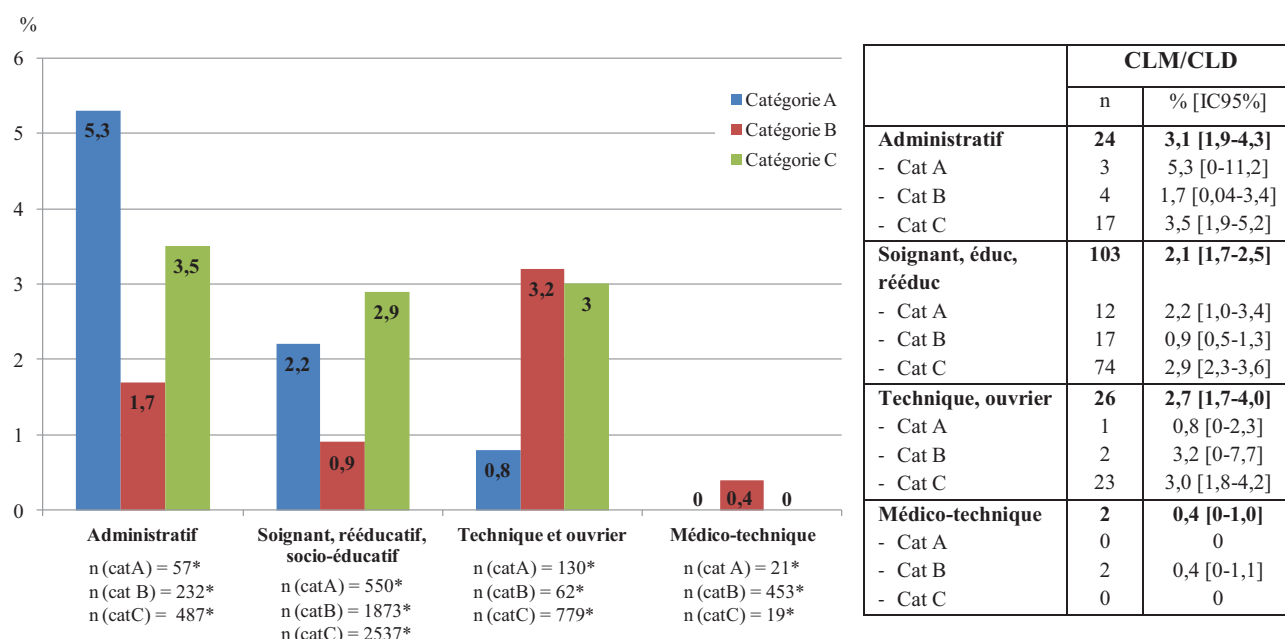
Tableau n°3 : Répartition des agents par catégorie professionnelle

Catégorie	A	B	C	Total
Administratif	Directeur n=1 (0,6%) Attaché adm n=2 (1,3%)	Adjoint cadres n=2 (1,3%) Secrétaire méd n=2 (1,3%)	Adjoint adm n=16 (10,3%) Parm * n=1 (0,6%)	n=24
	n=3 2%	n=4 2,6%	n=17 11%	15,5%
Soignant ré-éducatif et socio-éducatif	IADE * n=3 (1,9%) Puéricultrice n=2 (1,3%) Sage femme n=2 (1,3%) Cadre santé n=5 (3,2%)	IDE * n=16 (10,3%) Assistant socio-éducatif n=1 (0,6%)	Aide-soignant n=41 (26,5%) ASH* n=32 (20,6%) Brancardier n=1 (0,6%)	n=103
	n=12 7,7%	n=17 11,0 %	n=74 47,7%	66,5%
Technique et ouvrier	Assimilés Ingénieurs n=1 (0,6%)	Technicien sup n=1 (0,6%) Agent chef n=1 (0,6%)	Maitre ouvrier n=1 (0,6%) OPQ* n=9 (5,8%) Agentretien n=12 (7,7%) Ambulancier n=1 (0,6%)	n=26
	n=1 0,6%	n=2 1,3%	n=23 14,8%	16,7%
Médico technique		Tech labo n=1 (0,6%) Prép pharma n=1 (0,6%)		n=2
	n=0 0%	n=2 1,3%	n=0 0%	1,3%
Total	n=16 10,3%	n=25 16,1%	n=114 73,5%	n=155

Parm : Permanencier assistant de régulation médicale, IDE : Infirmier diplômé d'état, IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'état, ASH : Agent de service hospitalier, OPQ : Ouvrier professionnel qualifié

Exemple d'interprétation du tableau : 11% des agents de l'étude sont des agents administratifs de catégorie C ; 73,5% des agents sont en catégorie C, 1,3% des agents exercent une profession médico-technique ; 1 agent est préparateur en pharmacie.

Figure n°11 : Prévalence des CLM/CLD au 30 juin 2008 par catégorie professionnelle



* Effectifs du CHU, données issues du bilan social 2008

La catégorie de personnel la plus représentée dans notre population d'étude était celle regroupant **le personnel soignant, socio-éducatif et de rééducation qui représentait 67% de notre effectif** (voir tableau n°3). Cependant, **la prévalence des CLM/CLD la plus élevée était observée chez les agents administratifs (3%)**, suivis des agents techniques/ouvriers (2,7%) puis seulement des soignants, socio-éducateurs et rééducateurs (2%). Les agents médico-techniques étaient significativement moins concernés que les autres agents (0,4%, $p=0,003$) (voir figure n°11).

Parmi les 155 agents en CLM/CLD le 30 juin 2008, 74% des agents appartenaient à la catégorie de rémunération de type C, 16% à la catégorie B et 10% à la catégorie A (voir tableau n°3). En termes de prévalence, 3% des agents de catégorie C étaient en CLM/CLD [IC95% : 2,4-3,5], 2,1% des agents de catégorie A [IC 95% : 1,1-3,1] et seulement 1% des agents de catégorie B [IC95% : 0,6-1,3]. Les agents de catégorie C étaient significativement plus touchés ($p<0,001$), contrairement aux agents de catégorie B qui l'étaient significativement moins ($p<0,001$).

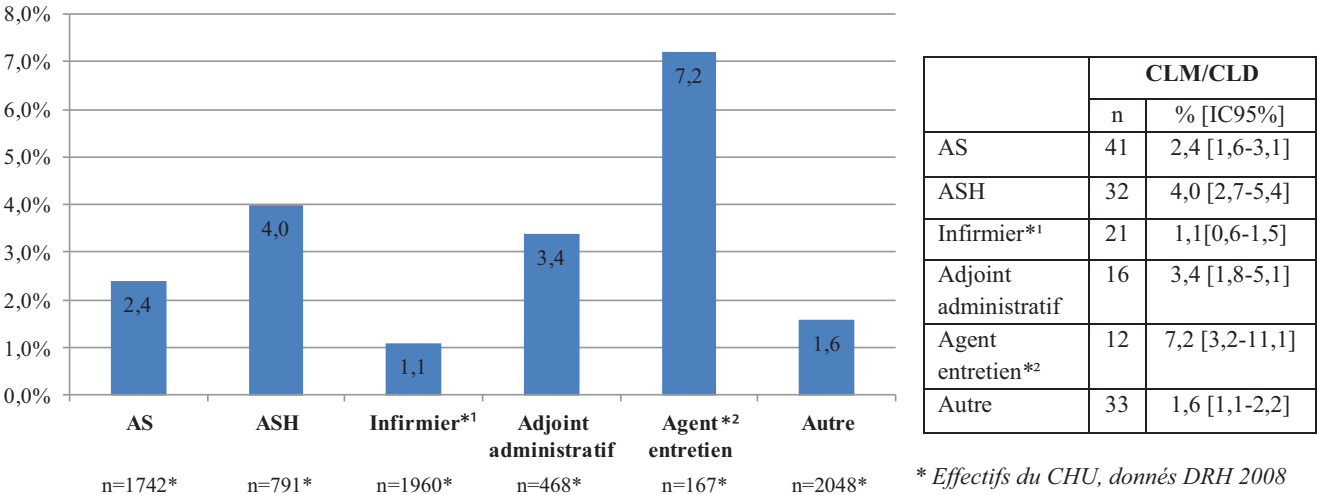
Au total, en étudiant simultanément les catégories de personnel et de rémunération, on constate que le taux de prévalence le plus élevé était observé chez **les agents administratifs de catégorie A (5,3% d'entre eux étaient en CLM/CLD)**, suivis des agents

administratifs de catégorie C, des agents techniques/ouvriers de catégorie B et C puis des soignants, rééducatifs et socio-éducatifs de catégorie C et A (voir figure n°11).

En ce qui concerne la profession des agents, les aides-soignants (AS), agents de service hospitalier (ASH), infirmiers, adjoints administratifs et agents d'entretien représentaient 80% de l'effectif. Les aides-soignants étaient les plus nombreux (n=41, soit 26%), suivis des ASH (n=32, soit 21%) puis des infirmiers (n=21, soit 14%), adjoints administratifs et agents d'entretien (voir tableau n°3).

La figure suivante montre la prévalence des CLM/CLD par profession (voir figure n°12).

Figure n° 12 : Prévalence des CLM/CLD par profession



*¹Infirmier diplômé d'état non spécialisé ou spécialisé hors cadre de santé (puéricultrice, anesthésiste)

*² Ouvrier non qualifié affecté au bio-nettoyage, service salubrité, sûreté, espaces verts, internat, espace formation ou blanchisserie.

Les agents d'entretien étaient significativement plus concernés par les CLM/CLD que les autres professionnels. En effet, 7% d'entre eux étaient en CLM/CLD le 30 juin 2008 contre 2% chez les autres professionnels [IC95% : 1,7-2,4] (p<0,001) (voir figure n°12).

IV.1.1.3.2. Lieu d'affectation

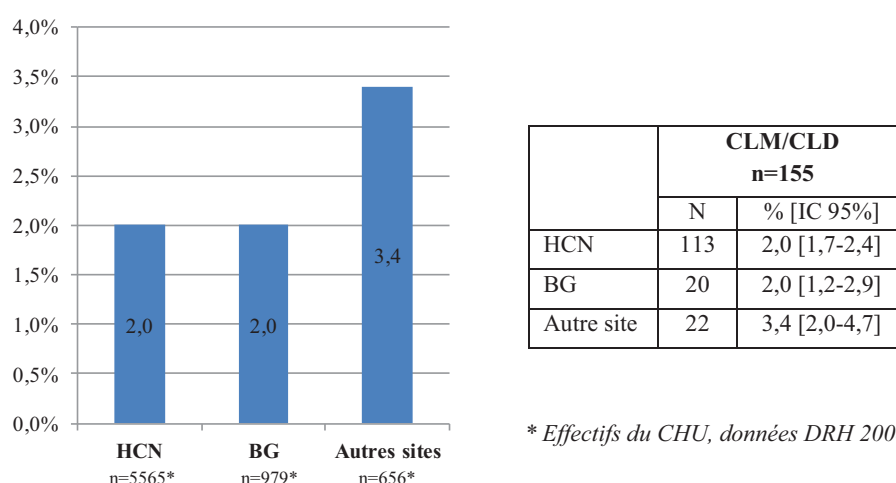
✓ Etablissement

Les cinq sites hospitaliers du CHU étaient touchés par l'absentéisme pour longue maladie et maladie de longue durée : 73% des agents travaillaient à l'Hôpital Charles-Nicolle (HCN) (n=113), 13% à l'Hôpital de Bois-Guillaume (BG) (n=20), 9% à l'Hôpital Saint-Julien (n=14), 4% à l'EHPAD Boucicaut (n=6) et 1% à l'Hôpital de Oissel (n=2).

Pour la suite de l'exposé, les sites de Saint-Julien, Boucicaut et Oissel ont été regroupés sous le terme « Autres sites » pour des raisons d'effectif.

La prévalence des CLM/CLD par établissement était plus importante dans le groupe « Autres sites », mais de façon non significative (*voir figure n°13*).

Figure n°13 : Prévalence des CLM/CLD par site hospitalier



✓ Pôle

La plupart des agents de l'étude exerçaient dans un service appartenant à un pôle médical : 59% dans un pôle clinique et 5% dans un pôle médico-technique. La répartition des agents par pôle est détaillée dans le tableau n°4 (*voir tableau n°4*).

Le pôle « médecine » comptait le plus grand nombre d'agents en CLM/CLD, suivi de très près du pôle « Femme-Mère-Enfant » et du pôle « EHPAD-USLD ». Un seul pôle n'était pas concerné par cet absentéisme, il s'agit du pôle « Imagerie médical » (*voir tableau n°5*).

Tableau n° 4 : Répartition des agents par pôle

	CLM/CLD		CHU	
	Nombre	% [IC95%]	Nombre	%
Médecine	17	11,1 [6,0-15,9]	969	13,5
Viscéral	10	6,5 [2,5-10,4]	505	7,0
Ostéo-articulaire et revêtement cutané	5	3,2 [0,4-6,0]	367	5,1
Femme-Mère-Enfant	16	10,3 [5,5-15,2]	933	13,0
Tête et cou	10	6,5 [2,5-10,4]	491	6,8
Thorax et Vaisseaux	6	3,9 [0,8-6,9]	518	7,2
Réanimation-Anesthésie-SAMU	12	7,7 [3,5-12,0]	562	7,8
EHPAD-USLD	15	9,7 [5,0-14,4]	387	5,4
Institut de biologie clinique	5	3,2 [0,4-6,0]	426	5,9
Imagerie médicale	0	0	216	3,0
Pharmacie	3	1,9 [0-4,1]	119	1,7
Hors Pôles	56	36,1 [28,5-43,8]	2104	29,3
dont Blanchisserie	4	2,6 [0,05-5,1]	146	2,0
Unité Centrale de Production	6	3,9 [0,8-6,9]	126	2,3

Exemple d'interprétation du tableau : 11,1% des agents en CLM/CLD exerçaient dans le pôle médecine alors que ce pôle regroupait 13,5% des agents hospitaliers du CHU.

Tableau n°5 : Prévalence des CLM/CLD par pôle

	CLM	
	Nombre	% [IC95%]
Médecine	17	1,8 [0,9-2,6]
Viscéral	10	2,0 [0,8-3,2]
Ostéo-articulaire et revêtement cutané	5	1,4 [0,2-2,6]
Femme Mère Enfant	16	1,7 [0,9-2,5]
Tête et cou	10	2,0 [0,8-3,3]
Thorax et Vaisseaux	6	1,2 [0,2-2,1]
Réanimation Anesthésie SAMU	12	2,1 [0,9-3,3]
EHPAD-USLD	15	3,9 [1,9-5,8]
Institut de biologie clinique	5	1,2 [0,1-2,2]
Imagerie médicale	0	0
Pharmacie	3	2,5 [0-5,4]
Hors Pôles	56	2,7 [2,0-3,4]
dont Blanchisserie	4	2,7 [0,06-5,4]
UCP	6	3,7 [0,8-6,6]

Le pôle « EHPAD-USLD » présentait la plus forte prévalence de CLM/CLD (3,9% contre 2,0% dans les autres pôles [IC95% : 1,7-2,3] et 2,8% dans les services « hors pôles » [IC95% : 2,1-3,5]), cette différence n'étant pas significative.

IV.1.1.3.3. Ancienneté et mobilité

✓ Ancienneté au CHU

L'ancienneté moyenne des agents était de 21,3 ans [IC95% : 19,6-22,9], soit **3,2 ans de plus que l'ancienneté moyenne du personnel hospitalier du CHU.**

Le tableau n°6 présente la répartition par tranche d'années d'ancienneté.

Tableau n°6 : Comparaison de la répartition de l'ancienneté de notre population à celle du CHU

	CLM/CLD	CHU
Moins de 5 ans	5 % [1,2-7,8]	20,5 %
5 à 10 ans	10% [5,5-15,2]	22,4%
10 ans et plus	85% [79,5-90,8]	57,2%

On observait une **différence de répartition significative** selon le test du « χ^2 » ($p=0,001$).

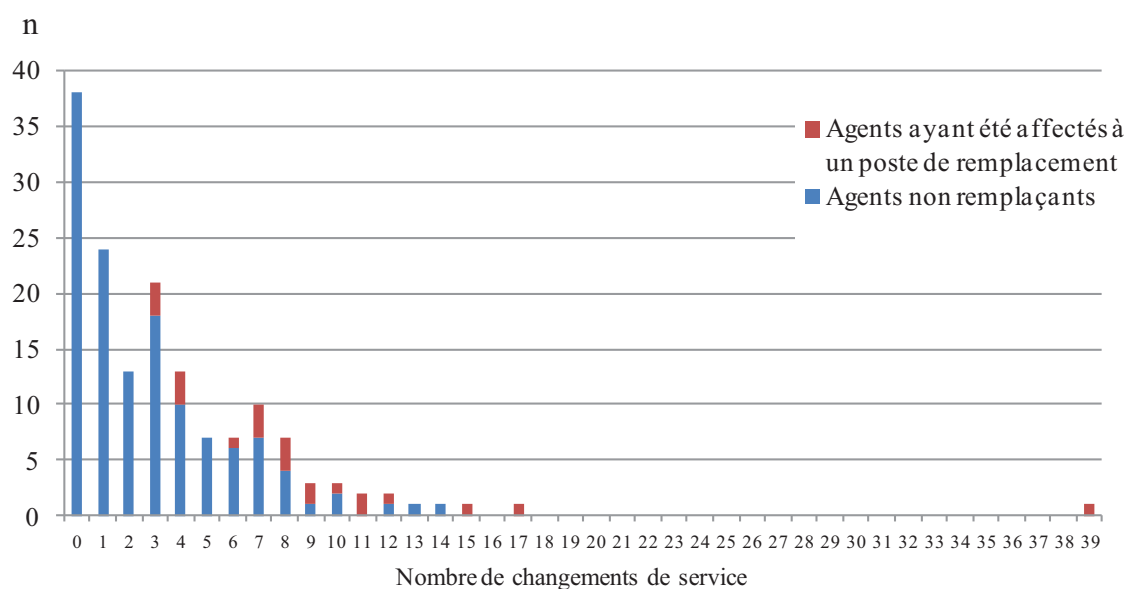
✓ Mobilité interne depuis l'embauche

Dans ce sous-chapitre, nous avons étudié le nombre de changements de service depuis l'embauche. Pour les agents remplaçants, chaque remplacement a été considéré comme une nouvelle affectation, chacun d'entre eux nécessitant une réadaptation et une réintégration. Le nombre de personnels roulants ou d'agents ayant occupé un tel poste n'est pas négligeable dans notre population puisqu'il s'agit de 14% de l'effectif.

Le nombre de changements de service depuis l'entrée au CHU était très variable d'un agent à l'autre (compris entre 0 et 39 pour certains remplaçants) (*voir figure n°14*). La mobilité moyenne des agents n'ayant jamais été affectés à un poste de remplacement ($n=133$) était de 2,8 mutations [IC95% : 2,3-3,3], avec un maximum de 14 changements. Pour les autres agents ($n=22$), le nombre moyen de changements de service était en moyenne de 9,3 [IC95% : 5,9-12,7] (3 à 39 selon les agents).

Un quart des agents (n=38) n'avait pas changé de service depuis l'embauche.

Figure n°14 : Répartition de notre population d'étude par nombre de changements de service



IV.1.2. Description par pathologie

Dans ce chapitre, nous avons étudié notre population en fonction de la pathologie qui avait donné lieu au congé. Les pathologies ont été regroupées afin de distinguer quatre groupes : un premier composé de pathologies mentales (n=75), un second de cancers (n=26), un troisième de rhumatismes chroniques (n=21) et un quatrième regroupant l'ensemble des autres pathologies (de moins de 20 cas chacune) sous l'intitulé « Autre pathologie » (n=33).

IV.1.2.1 Description de l'arrêt de travail et de son contexte

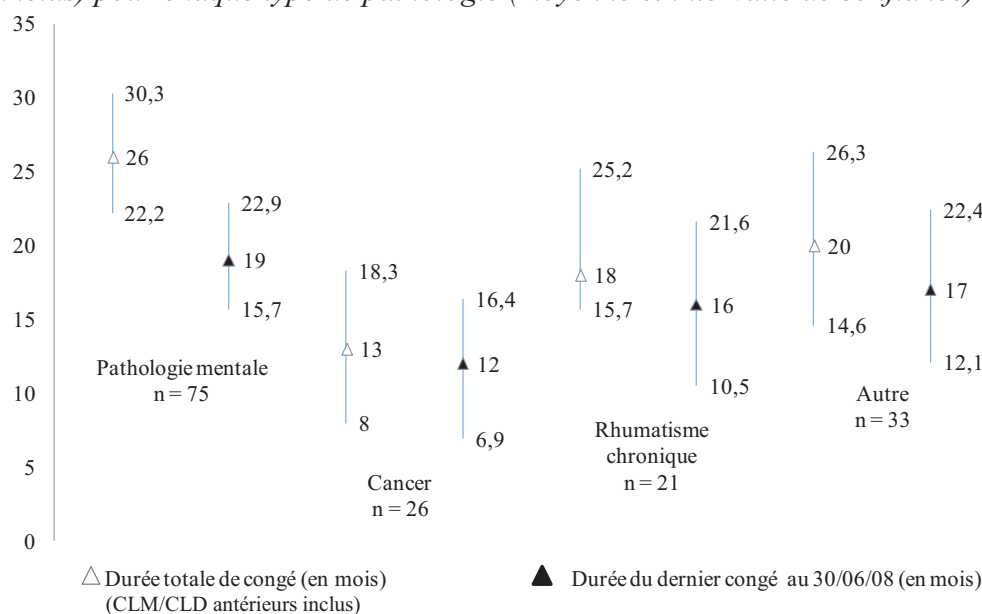
Tableau n°7 : Type et durée du congé et des arrêts antérieurs en fonction du type de pathologie

	Population totale n= 155	Pathologie mentale n=75	Cancer n=26	Rhumatisme chronique n=21	Autre pathologie n=33
Type de congé					
▪ CLM (% (n))	44% (n=68)	24% (n=18)	54% (n=13)	81% (n=17)	58% (n=19)
▪ CLD (% (n))	52% (n=81)	72% (n=54)	46% (n=12)	9,5% (n=2)* ²	39% (n=13)
▪ Autre : IJ et CGM (% (n))	4% (n=6)	4% (n=3)	0	9,5% (n=2)	3% (n=1)
Durée du congé (mois)					
. moyenne	17	19	12	16	17
. [IC95%]	[14,8-19,5]	[15,7-22,9]	[6,9-16,4]	[10,5-21,6]	[12,1-22,4]
CLM/CLD antérieurs *¹					
- Agents concernés (% (n))	27% (n=42)	37% (n=28)	15% (n=4)	10% (n=2)	24% (n=8)
[IC95%]	[20,0-34,2]	[26,1-48,5]	[0,5-30,2]	[0-23,2]	[8,8-39,7]
- Durée totale	17,4	19	12,8	20,4	13,1
[IC95%]	[13,9-20,8]	[14,8-23,2]	[0,3-25,3]	[0-216,5]	[4,2-22,0]
Arrêts des 2 ans précédents					
<u>Nombre moyen d'arrêts</u>					
. moyenne [IC95%]	4,3 [3,6-5,1]	5,1 [3,8-6,5]	2,3 [1,2-3,5]	3,7 [2,6-4,7]	4,6 [3,6-5,6]
. extrêmes	0-50	0-50	0-13	1-8	0-13
<u>Tps total d'arrêt (mois)</u>					
. moyenne [IC95%]	5,1 [4,1-6,0]	6,1 [4,7-7,6]	3,9 [1,3-6,4]	3,0 [0,6-5,4]	5,0 [3,2-6,8]
. extrêmes	0-24	0-24	0-24	0,1-24	0-24
<u>Type d'arrêt :</u>					
▪ MO (% (n))	83% (n=126)	84% (n=63)	65% (n=17)	95% (n=20)	88% (n=29)
▪ AT/MP (% (n))	17% (n=26)	17% (n=13)	8% (n=2)	19% (n=4)	21% (n=7)
▪ CLM/CLD (% (n))	23% (n=36)	29% (n=22)	15% (n=4)	10% (n=2)	24% (n=8)

*¹CLM/CLD antérieurs pour le même type de pathologie (les CLM/CLD antérieurs octroyés pour un autre type de pathologie n'ont pas été pris en compte)

*² ces deux agents présentaient également une pathologie mentale ayant donné droit au CLD. Nous avons choisi de les placer dans le groupe des rhumatismes chroniques car la pathologie initiale était une pathologie rhumatismale.

Figure n°15 : Durée du congé en cours et durée totale de congé (CLM/CLD antérieurs inclus) pour chaque type de pathologie (moyenne et intervalle de confiance)



Les agents atteints d'une **pathologie mentale**, pathologie la plus représentée (48% des agents), étaient en arrêt depuis plus longtemps que les autres agents, sans que cette différence soit significative. Ils étaient également **plus nombreux** que les autres agents à **avoir déjà bénéficié de CLM/CLD pour la même pathologie** (37% [IC95% : 26,1-48,5] contre 18% [IC95% : 8,9-26,0]). **La durée totale de congé, CLM/CLD antérieurs inclus, était significativement plus importante chez ces agents** ($p=0,001$).

A l'opposé, les agents atteints d'un **cancer** présentaient la durée moyenne de congé la plus courte (12 mois contre 18 mois pour les autres agents). **La durée totale de congé, CLM/CLD antérieurs inclus, était significativement plus courte chez ces agents** : 13 mois [IC95% : 8-18,3] contre 23 mois pour les autres agents [IC95% : 20,4-26,4] ($p=0,007$).

Les agents atteints d'un rhumatisme chronique étaient moins nombreux que les autres agents à avoir déjà bénéficié de CLM/CLD antérieurement pour la même pathologie (10% contre 30%, différence non significative).

Au total, 92% des agents avaient eu un ou des arrêt(s) maladie au cours des deux années précédant le congé : étaient concernés la totalité des agents atteints d'un rhumatisme, 95% des agents atteints d'une pathologie mentale, 73% des agents présentant un cancer et 97% des autres agents.

Les agents atteints d'un cancer étaient significativement moins nombreux que les autres agents **à avoir bénéficié d'arrêts maladie** au cours de ces deux années (73% [IC95% : 54,8-91,3] contre 96% [IC95% : 92,7-99,5], $p=0,001$) (*voir tableau n°7*).

Aucune différence significative n'a été observée entre les différents groupes de pathologies concernant le nombre, la durée et le type d'arrêt(s) maladie prescrit(s) au cours des deux années précédant le congé. On notait cependant une tendance à plus d'arrêts en nombre et de plus courte durée pour les agents atteints d'une maladie mentale. Dans chaque groupe de pathologies, quelques agents avaient été en arrêt de façon quasiment continue durant ces deux années (*voir tableau n°7*).

En ce qui concerne le type du congé en cours, contrairement aux autres agents, ceux présentant un trouble mental étaient plus nombreux en CLD qu'en CLM. Parmi ces 75 agents, tous ceux en congé depuis plus d'un an étaient en CLD ou en disponibilité d'office ($n=44$), aucun n'avait été maintenu en CLM. On observait la même tendance chez les agents atteints d'un cancer, seul un agent avait gardé le statut de CLM après la première année de congé.

IV.1.2.2 Données sociodémographiques

Tableau n°8 : Données sociodémographiques par groupe de pathologie

	Population totale n= 155	Pathologie mentale n=75	Cancer n=26	Rhumatisme chronique n=21	Autre pathologie n=33
<u>Sexe</u> (% [IC 95%])					
- Homme	20% [14-26]	16% [8-26]	19% [3-36]	10% [0-23]	36% [19-54]
- Femme	80% [74-86]	84% [76-93]	81% [65-97]	91% [77-100]	64% [46-81]
<u>Age</u> (années)					
- Moyenne [IC95%]	48 [47-49]	46 [44-48]	50 [47-52]	50 [47-52]	50 [47-52]
- Extrêmes	31-60	31-60	33-58	33-57	33-58
<u>Statut familial</u> : n(%)					
- Célibataire	28 (18%)	19 (25%)	2 (8%)	3 (14%)	4 (12%)
- Marié/vie maritale	86 (55%)	35 (47%)	18 (70%)	14 (67%)	19 (58%)
- Divorcé/séparé	33 (21%)	17 (23%)	5 (19%)	3 (14%)	8 (24%)
- Veuf	8 (5%)	4 (5%)	1 (4%)	1 (5%)	2 (6%)
<u>Nombre d'enfants</u> :					
- Moyenne [IC95%]	2[1,7-2,2]	1,7[1,4-2]	2,5 [1,9-3,1]	2,1 [1,3-2,9]	1,8 [1,3-2,4]
- Extrêmes	0-7	0-7	0-6	0-6	0-6

On n’observait aucune différence significative de répartition hommes/femmes entre ces quatre groupes de malades. On notait cependant une tendance à la surreprésentation des femmes pour les pathologies rhumatismales et mentales (*voir tableau n°8*).

Les agents en arrêt pour pathologie mentale étaient significativement plus jeunes que les autres agents ($p=0,001$) (*voir tableau n°8*). Ces agents se distinguaient également des autres par leur statut familial. En effet, ils étaient plus nombreux à être célibataires (25% contre 11%) et moins nombreux à être mariés (39% contre 55%). Ces différences n’étaient, néanmoins, pas significatives statistiquement.

Le nombre d’enfants par agent était relativement comparable dans les 4 groupes (environ 2 enfants par agent). La proportion d’agents sans enfant semblait, toutefois, plus importante chez les agents atteints d’une pathologie mentale que chez les autres agents (23% contre 13,8%), cette différence n’étant pas significative.

IV.1.2.3 Ancienneté et mobilité interne

Tableau n° 9 : Ancienneté et mobilité interne des agents en fonction de la pathologie

	Population totale n= 155	Pathologie mentale n=75	Cancer n=26	Rhumatisme chronique n=21	Autre pathologie n=33
<u>Ancienneté (mois)</u>					
- Moyenne	21,3	19,5	23,5	23	22,4
- IC95%	[19,6-22,9]	[17,2-21,9]	[18,2-27,8]	[18,2-27,8]	[18,5-26,3]
- Extrêmes	1,25-24,4	2,75-42,7	1,25-40,6	5,1-37,4	1,4-37,3
<u>Nombre de changements de service depuis l’embauche</u>					
- Moyenne	3,7	4,1	2,6	3,7	3,6
- IC95%	[2,9-4,4]	[2,8-5,3]	[1,2-4]	[2,3-5,4]	[2,3-4,8]
- Extrêmes	0-39	0-39	0-15	0-13	0-14
<u>Nb de remplaçants</u>	22 (14%)	14 (19%)	0	4 (19%)	4 (12%)

Concernant l’ancienneté et la mobilité des agents, aucune différence significative n’a été mise en évidence entre les différents groupes de malades. On pouvait, cependant, constater que les agents atteints d’une pathologie mentale avaient changé plus fréquemment de service d’affectation malgré une ancienneté au CHU de Rouen moins importante (différences non significatives) (*voir tableau n° 9*).

IV.1.3. Description par secteur professionnel

Dans ce chapitre, nous avons analysé le congé en fonction de la catégorie de personnel, de la catégorie de rémunération, de la profession ainsi que du pôle d'affectation des agents. Certains effectifs étant très faibles, ces résultats sont à interpréter avec précaution.

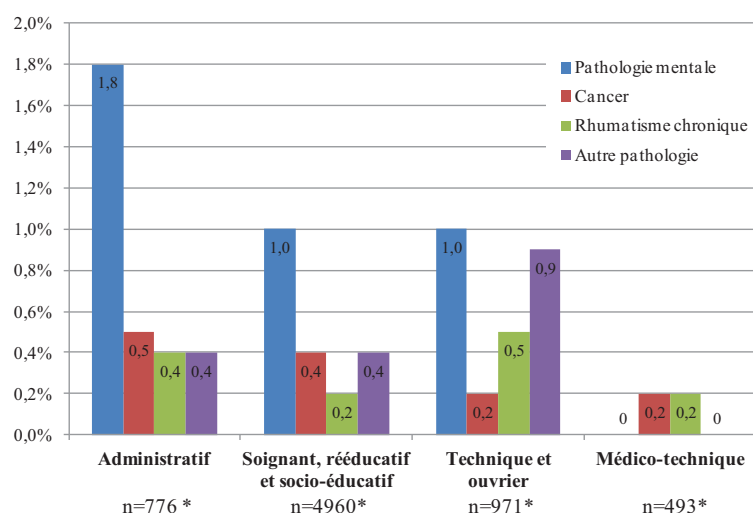
IV.1.3.1 Pathologie à l'origine du congé

IV.1.3.1.1. Pathologie des agents par catégorie professionnelle

✓ Pathologie par catégorie de personnel

Les pathologies à l'origine des congés n'étaient pas significativement différentes d'une catégorie de personnel à l'autre. Les pathologies mentales, pathologies les plus répandues dans les trois principaux groupes de catégorie de personnel, touchaient, toutefois, davantage les agents administratifs suivis des soignants/rééducateur/-socio-éducateurs et des agents techniques/ouvriers. Les agents médico-techniques n'étaient pas concernés. Les rhumatismes chroniques, quant à eux, touchaient préférentiellement les agents techniques/ouvriers suivis des administratifs et soignants/rééducateurs/socio-éducateurs (voir figure n°16).

Figure n°16 : Prévalence des CLM/CLD pour chaque type de pathologie par catégorie de personnel



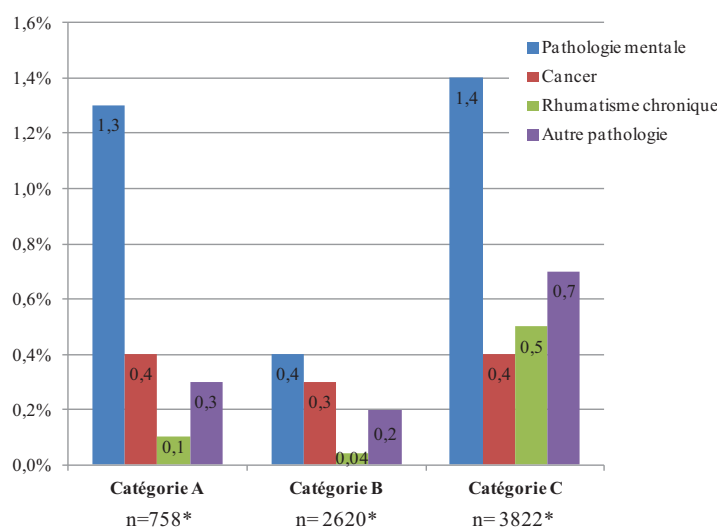
* Effectifs du CHU, bilan social 2008

	CLM/CLD	
	n	% [IC95%]
Administratif	24	3,1 [1,9-4,3]
- Trouble mental	14	1,8 [0,9-2,7]
- Cancer	4	0,5 [0,01-1,0]
- Rhumatisme	3	0,4 [0-0,8]
- Autre pathologie	3	0,4 [0-0,8]
Soignant, éduc, rééduc	103	2,1 [1,7-2,5]
- Trouble mental	51	1,0 [0,7-1,3]
- Cancer	19	0,4 [0,2-0,6]
- Rhumatisme	12	0,2 [0,1-0,4]
- Autre pathologie	21	0,4 [0,2-0,6]
Technique, ouvrier	26	2,7 [1,7-4,0]
- Trouble mental	10	1,0 [0,4-1,7]
- Cancer	2	0,2 [0-0,5]
- Rhumatisme	5	0,5 [0,06-1,0]
- Autre pathologie	9	0,9 [0,3-1,5]
Médico-technique	2	0,4 [0-1,0]
- Trouble mental	0	0
- Cancer	1	0,2 [0-0,6]
- Rhumatisme	1	0
- Autre pathologie	0	0,2 [0-0,6]

✓ Pathologie par catégorie de rémunération

L'étude de la prévalence des congés, pour chaque type de pathologie, par catégorie de rémunération montrait une différence significative, notamment entre les agents de catégorie B et C ($p=0,02$). Même si la première cause d'arrêt était la maladie mentale quelque soit la catégorie de rémunération, les agents de catégorie B étaient significativement moins nombreux en CLM/CLD pour ce type de pathologie que les autres agents. En effet, 0,4% des agents de catégorie B étaient concernés [IC95% : 0,2-0,7] contre 1,4% pour les autres agents [IC95% : 1,1-1,7] ($p=0,01$). Par ailleurs, les rhumatismes chroniques étaient significativement plus fréquents chez les agents de catégorie C que chez les autres agents (0,5% [IC95% : 0,3-0,7] contre 0,06% [IC95% : 0-0,1] ; $p=0,01$) (voir figure n°17).

Figure n°17 : Prévalence des congés pour chaque type de pathologie dans chaque groupe de catégorie de rémunération



	CLM/CLD	
	n	% [IC95%]
Catégorie A	16	2,1 [1,1-3,1]
- Trouble mental	10	1,3 [0,5-2,1]
- Cancer	3	0,4 [0-0,8]
- Rhumatisme	1	0,1 [0-0,4]
- Autre pathologie	2	0,3 [0-0,6]
Catégorie B	25	1,0 [0,6-1,3]
- Trouble mental	11	0,4 [0,2-0,7]
- Cancer	9	0,3 [0,1-0,6]
- Rhumatisme	1	0,04 [0-0,1%]
- Autre pathologie	4	0,2 [0,003-0,3]
Catégorie C	114	3,0 [2,4-3,5]
- Trouble mental	54	1,4 [1,0-1,8]
- Cancer	14	0,4 [0,2-0,6]
- Rhumatisme	19	0,5 [0,3-0,7]
- Autre pathologie	27	0,7 [0,5-1,0]

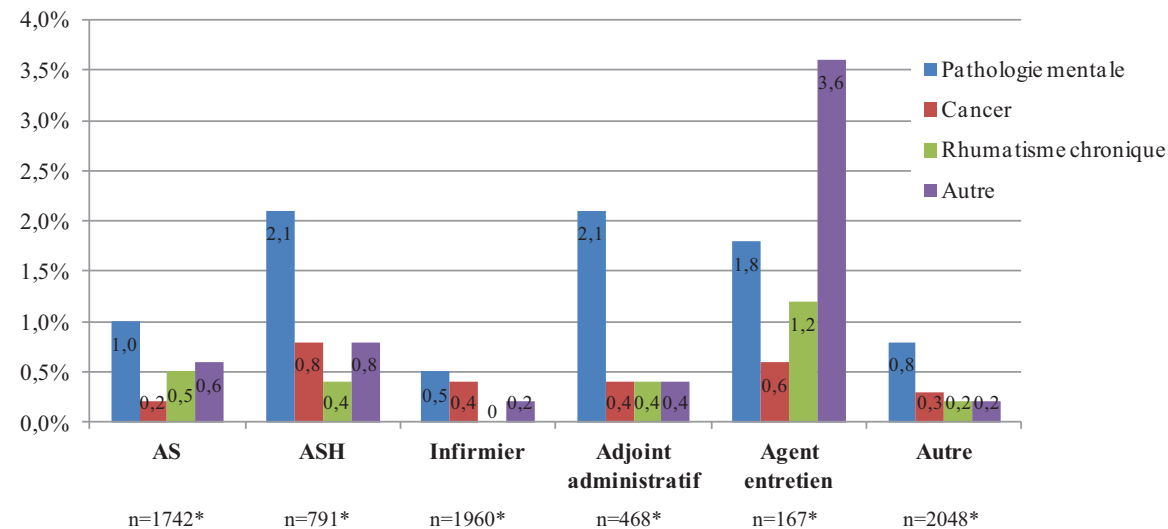
* Effectifs du CHU, bilan social 2008

✓ Pathologie par profession

La première cause de congé était le trouble de l'humeur dans tous les groupes de professionnels sauf chez les agents d'entretien qui présentaient encore plus de pathologies classées dans le groupe « Autre pathologie» (pathologies neurologiques, digestives, cardio-

vasculaires et respiratoires). La prévalence des CLM/CLD pour trouble de l'humeur était significativement plus importante chez les ASH, adjoints administratifs et agents d'entretien (2,1% [IC95% : 1,4-2,8]) que chez les autres salariés (0,8% [IC95% : 0,6-1,0]) (p=0,001). Les rhumatismes chroniques semblaient toucher particulièrement les agents d'entretien, cette différence n'étant pas significative. Aucune infirmière n'était en arrêt pour rhumatisme chronique (voir figure n°18).

Figure n°18 : Prévalence des CLM/CLD pour chaque type de pathologie par profession



* Effectifs du CHU, données DRH 2008

	CLM/CLD	
	n	% [IC95%]
AS	41	2,4 [1,6-3,1]
- Trouble mental	18	1,0 [0,6-1,5]
- Cancer	4	0,2 [0,004-0,4]
- Rhumatisme	9	0,5 [0,2-0,9]
- Autre pathologie	10	0,6 [0,2-0,9]
ASH	32	4,0 [2,7-5,4]
- Trouble mental	17	2,1 [1,1-3,2]
- Cancer	6	0,8 [0,2-1,4]
- Rhumatisme	3	0,4 [0-0,8]
- Autre pathologie	6	0,8 [0,2-1,4]
Infirmier	21	1,1 [0,6-1,5]
- Trouble mental	10	0,5 [0,2-0,8]
- Cancer	7	0,4 [0,1-0,6]
- Rhumatisme	0	0
- Autre pathologie	4	0,2 [0-0,4]

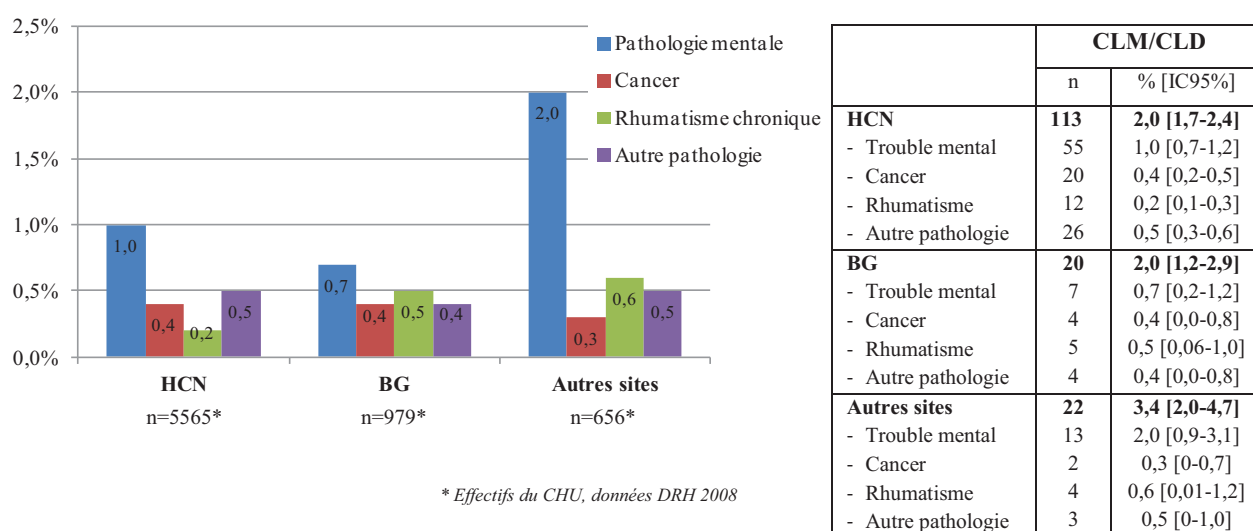
	CLM/CLD	
	N	% [IC95%]
Adjoint adm	16	3,4 [1,8-5,1]
- Trouble mental	10	2,1 [0,8-3,5]
- Cancer	2	0,4 [0-1,0]
- Rhumatisme	2	0,4 [0-1,0]
- Autre pathologie	2	0,4 [0-1,0]
Agent entretien	12	7,2 [3,2-11,1]
- Trouble mental	3	1,8 [0-3,8]
- Cancer	1	0,6 [0-1,8]
- Rhumatisme	2	1,2 [0-2,9]
- Autre pathologie	6	3,6 [0,7-6,4]
Autre	33	1,6 [1,1-2,2]
- Trouble mental	17	0,8 [0,4-1,2]
- Cancer	6	0,3 [0,06-0,5]
- Rhumatisme	5	0,2 [0,03-0,5]
- Autre pathologie	5	0,2 [0,03-0,5]

IV.1.3.1.2. Pathologie des agents par lieu d'affectation

✓ Pathologie par établissement

On n'observait aucune différence significative de répartition entre les différents établissements concernant les pathologies des agents en CLM/CLD. Les établissements du groupe « autres sites » semblaient, cependant, particulièrement touchés par les congés pour trouble de l'humeur (2% des agents [IC95% : 0,9-3,1] contre 0,9% pour les deux autres établissements [IC95% : 0,7-1,2]). Par ailleurs, les congés pour rhumatisme chronique semblaient moins fréquents chez les agents de l'hôpital Charles-Nicolle que dans les autres établissements (voir figure n°19).

Figure n°19 : Prévalence des CLM/CLD dans chaque groupe de pathologie par hôpital

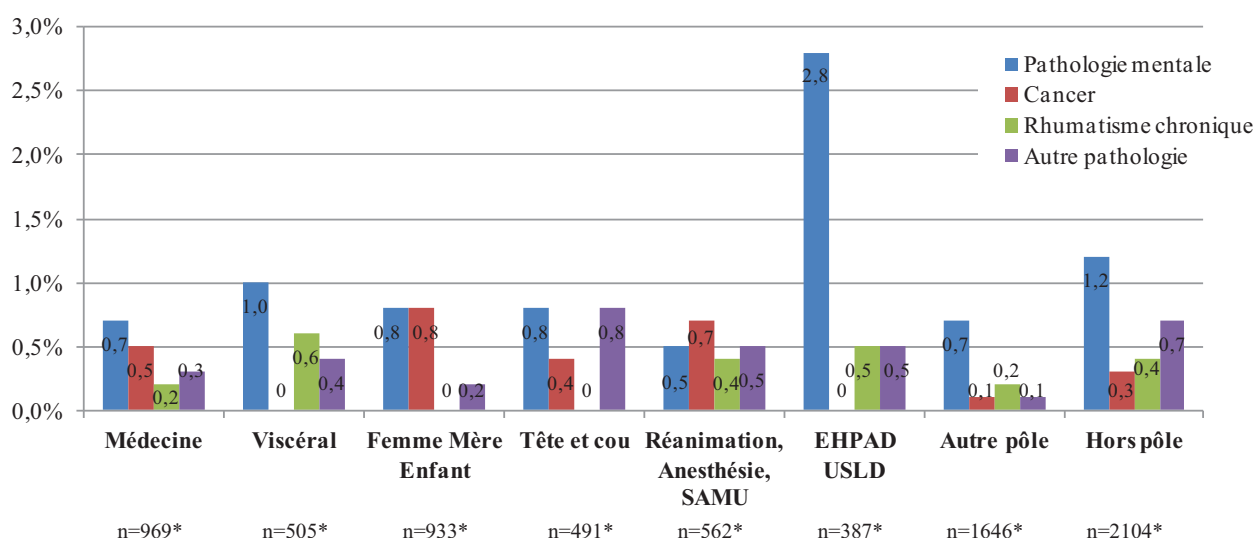


✓ Pathologie par pôle

Dans cette partie, n'ont été étudiés que les pôles dont le nombre d'agents en CLM/CLD était au moins égal à 10.

On n'observait aucune différence significative de répartition entre les différents pôles. Les congés pour pathologie mentale étaient relativement importants dans tous les pôles, et en particulier dans le pôle « EHPAD-USLD » (voir figure n°20).

Figure n°20 : Prévalence des CLM/CLD pour chaque type de pathologie par pôle



* Effectifs du CHU, données DRH 2008

	CLM/CLD	
	n	% [IC95%]
Médecine	17	11,1 [6,0-15,9]
- Trouble mental	7	0,7 [0,2-1,3]
- Cancer	5	0,5 [0,1-1,0]
- Rhumatisme	2	0,2 [0-0,5]
- Autre pathologie	3	0,3 [0-0,7]
Viscéral	10	6,5 [2,5-10,4]
- Trouble mental	5	1,0 [0,1-1,9]
- Cancer	0	0
- Rhumatisme	3	0,6 [0-1,3]
- Autre pathologie	2	0,4 [0-0,9]
Femme Mère Enfant	16	10,3 [5,5-15,2]
- Trouble mental	7	0,8 [0,2-1,3]
- Cancer	7	0,8 [0,2-1,3]
- Rhumatisme	0	0
- Autre pathologie	2	0,2 [0-0,5]
Tête et cou	10	6,5 [2,5-10,4]
- Trouble mental	4	0,8 [0,02-1,6]
- Cancer	2	0,4 [0-1,0]
- Rhumatisme	0	0
- Autre pathologie	4	0,8 [0,02-1,6]

	CLM/CLD	
	n	% [IC95%]
Réanimation, Anesthésie, SAMU	12	7,7 [3,5-12,0]
- Trouble mental	3	0,5 [0-1,1]
- Cancer	4	0,7 [0,01-1,4]
- Rhumatisme	2	0,4 [0-0,8]
- Autre pathologie	3	0,5 [0-1,1]
EHPAD, USLD	15	9,7 [5,0-14,4]
- Trouble mental	11	2,8 [1,2-4,5]
- Cancer	0	0
- Rhumatisme	2	0,5 [0-1,2]
- Autre pathologie	2	0,5 [0-1,2]
Autre pôle	19	1,2 [0,6-1,7]
- Trouble mental	12	0,7 [0,3-1,1]
- Cancer	2	0,1 [0-0,3]
- Rhumatisme	3	0,2 [0-0,4]
- Autre pathologie	2	0,1 [0-0,3]
Hors pôle	59	36,1 [28,5-43,8]
- Trouble mental	26	1,2 [0,8-1,7]
- Cancer	6	0,3 [0,05-0,5]
- Rhumatisme	9	0,4 [0,1-0,7]
- Autre pathologie	15	0,7 [0,4-1,1]

IV.1.3.2 Durée des congés par secteur professionnel

Dans ce chapitre, nous avons étudié la durée du congé en cours par secteur professionnel ainsi que la durée des congés antérieurs octroyés pour la même pathologie. Les congés antérieurs octroyés pour un autre type de pathologie n'ont pas été considérés. Les durées moyennes des congés (actuels et antérieurs) ont été calculées par catégorie de personnel,

catégorie de rémunération, profession et pôle d'affectation. Seules les trois principales catégories de personnel ont été étudiées : « administratif », « soignant, rééducatif, socio-éducatif » et « technique ». Le groupe « médico-technique », qui ne comptait que deux agents, n'a pas été analysé. De même, pour l'étude par pôle, nous n'avons distingué que les trois pôles médicaux les plus touchés par les CLM/CLD. Les agents des autres pôles médicaux ont été regroupés sous l'intitulé « autre pôle » et ceux des autres services sous l'intitulé « hors pôle ».

Tableau n°10 : Durée des congés par secteur professionnel

	Durée du congé (mois) Moy [IC95%]	CLM/CLD antérieurs*	
		Nb agents (%) [IC95%]	Durée (mois) Moy [IC95%]
Catégorie de personnel			
- Administratif (n=24)	14,8 [11,0-18,7]	38% [16,6-58,4] (n=9)	11,2 [7,3-15,0]
- Soignant, rééduc, socio-éduc (n=103)	18,1 [15,1-21,1]	26% [17,6-34,9] (n=27)	19,0 [14,7-23,3]
- Technique et ouvrier (n=26)	16,5 [10,1-22,8]	23% [5,7-40,4] (n=6)	19,5 [3,0-35,6]
Catégorie de rémunération			
- Catégorie A (n=16)	15,1 [7,7-22,5]	19% [0-40,2] (n=3)	20,5 [0-54,4]
- Catégorie B (n=25)	18,8 [12,8-24,8]	16% [0,6-31,4] (n=4)	16,6 [2,3-30,8]
- Catégorie C (n=114)	17,1 [14,4-19,8]	31% [0,5-30,2] (n=35)	17,2 [13,3-21,0]
Profession			
- AS (n=41)	16,0 [11,5-20,5]	34% [19,0-49,3] (n=14)	19,3 [12,2-26,3]
- ASH (n=32)	19,3 [13,1-25,5]	25% [9,1-40,9] (n=8)	17,1 [9,0-25,2]
- Infirmier (n=21)	17,1 [11,6-22,5]	13% [0-27,9] (n=3)	20,1 [3,4-36,7]
- Adjoint administratif (n=16)	15,0 [10,9-19,1]	44% [16,4-71,1] (n=7)	11,2 [6,6-15,9]
- Agent entretien (n=12)	21,8 [9,7-33,8]	25% [0-53,7] (n=3)	18,2 [0-58,2]
- Autre (n=33)	16,0 [10,7-21,3]	23% [7,0-38,2] (n=7)	14,4 [5,2-31,7]
Pôle			
- Médecine (n=17)	19,6 [12,3-26,9]	35% [10,0-60,6] (n=6)	14,8 [9,3-20,3]
- Femme-Mère-Enfant (n=16)	19,9 [9,8-30,1]	25% [1,2-48,8] (n=4)	11,9 [0-25,0]
- EHPAD-USLD (n=15)	16,0 [7,8-24,2]	27% [1,2-48,8] (n=4)	11,0 [2,2-19,8]
- Autre pôle (n=51)	15,5 [11,9-19,2]	20% [8,3-30,9] (n=10)	24,7 [14,7-34,7]
- Hors pôle (n=56)	17,5 [13,5-21,4]	32% [19,5-44,8] (n=18)	16,7 [11,5-22,0]

* pour la même pathologie uniquement

On n'observait aucune différence significative concernant la durée du congé en cours et celle des congés antérieurs, que ce soit entre les différentes catégories de personnel, catégories de rémunération, professions ou pôles d'affectation.

En ce qui concerne la catégorie de personnel, les « soignants, rééducateurs et socio-éducateurs » étaient en arrêt depuis plus longtemps que les autres agents. La durée totale de congé, CLM/CLD antérieurs inclus, était également plus importante chez ces agents que chez les autres agents (23 mois [19,5-26,5] contre 19,4 mois [15,3-23,6]), sans que cette différence soit significative. A l’opposé, les agents administratifs, personnel particulièrement touché par les CLM/CLD, étaient en arrêt depuis moins longtemps que leurs collègues. Ils étaient, néanmoins, proportionnellement plus nombreux à avoir déjà bénéficié de congé antérieurement (différence non significative).

L’étude de la durée du congé par catégorie de rémunération montrait que les agents de catégorie B étaient en congé depuis plus longtemps que les autres agents. La durée totale de congé, CLM/CLD antérieurs inclus, était, cependant, plus importante chez les agents de catégorie C (22 mois [19,1-25,6] contre 20 mois [15,4-25,6] chez les autres agents), ces derniers étant plus nombreux à avoir bénéficié de congé antérieurement.

Concernant la profession, les agents d’entretien étaient en CLM/CLD depuis plus longtemps que les autres professionnels et leur durée totale de congé, CLM/CLD antérieurs inclus, était également plus longue (26 mois [13,7-38,9] contre 22 mois [18,7-24,3]). Les adjoints administratifs, qui présentaient la durée de congé la plus courte, étaient proportionnellement plus nombreux à avoir bénéficié de congé antérieurement. Leurs congés étant plus courts que ceux des autres agents, la durée totale de congé des adjoints administratifs restait, toutefois, inférieure à celle des autres agents.

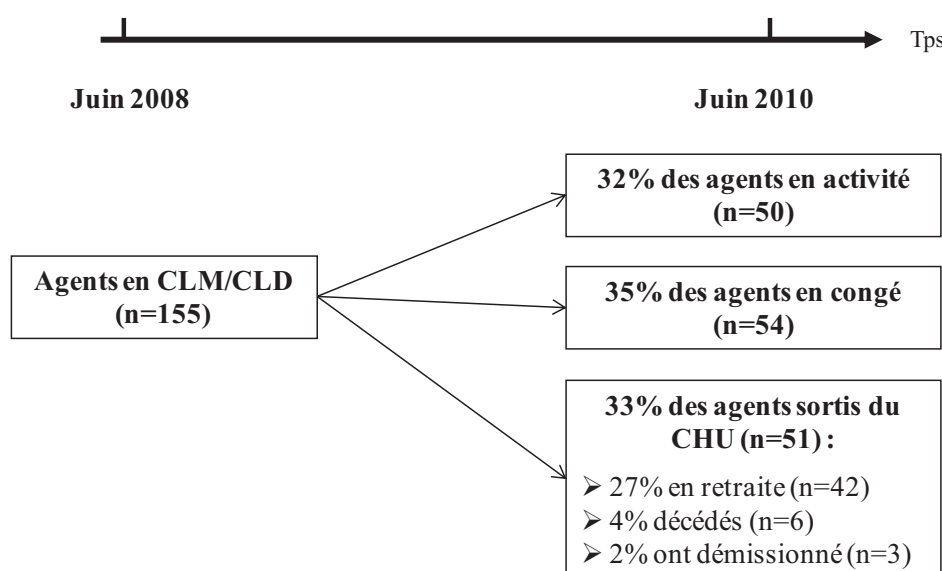
En ce qui concerne la durée moyenne du congé par pôle, les agents du pôle « Femme-Mère-Enfant » étaient en arrêt depuis plus longtemps que les autres salariés. La durée totale de congé, CLM/CLD antérieurs inclus, était, cependant, plus importante chez les agents du pôle médecine (25 mois [16,4-33,2] contre 22 mois pour les autres agents [18,6-24,4]), ces agents étant plus nombreux à avoir bénéficié de congé antérieurement.

IV.2. DEUXIEME PARTIE DE L'ETUDE : EVOLUTION A DEUX ANS

IV.2.1. Devenir des agents

Le schéma suivant représente le devenir des 155 agents deux ans après la phase initiale de l'étude (voir figure n°21).

Figure n°21 : Evolution des absences au cours des deux années qui ont suivi l'étude



Le 30 juin 2010, seuls **32% des agents étaient en activité** (n=50), 27% étaient en retraite (n=42), 4% étaient décédés (n=6), 2% avaient quitté le CHU (n=3) et **35% étaient encore en CLM/CLD** (n=54).

Au cours des deux années qui ont suivi la phase initiale de l'étude, **41% des agents ont fait une tentative de reprise** (n=64). Parmi eux, **27% ont été remplacés en CLM/CLD** avant juin 2010 (n=17).

IV.2.2. Etude de la reprise du travail

Les deux tableaux suivants montrent les taux de reprise selon certains facteurs médicaux, sociodémographiques et professionnels (*voir tableaux n°11 et 12*).

Tableau n°11 : Taux de reprise des agents selon certains facteurs médicaux et sociodémographiques

	Reprise du travail		
	n	%	p*
Pathologie			
- Pathologie mentale (n=75)	35	47%	0,45
- Cancer (n=26)	11	42%	
- Rhumatisme chronique (n=21)	8	38%	
- Autre pathologie (n=33)	10	30%	
Sexe			
- Homme (n=31)	9	29%	0,12
- Femme (n=124)	55	44%	
Age			
- < 45 ans (n=55)	37	67%	<0,001
- > 45 ans (n=100)	27	27%	
Statut familial			
- Seul (n=69)	26	38%	0,41
- En famille (n=86)	38	44%	
Durée du congé au 30/06/08			
- < 6 mois (n=34)	19	56%	0,159
- 6-12 mois (n=36)	17	47%	
- 12-18 mois (n=24)	8	33%	
- 18-24 mois (n=20)	8	40%	
- > 24 mois (n=41)	12	29%	
- < 1 an (n=73)	36	51%	0,02
- >1 an (n=82)	28	33%	
CLM/CLD antérieurs pour la même pathologie			
- Oui (n=42)	19	45%	0,54
- Non (n=113)	45	40%	

* p de significativité obtenu par le test exact de Fisher ou le test du « χ^2 » en fonction des effectifs

Exemple d'interprétation du tableau : 47% des agents présentant une pathologie mentale ont repris le travail entre juin 2008 et juin 2010.

Tableau n°12 : Taux de reprise des agents selon certains critères professionnels

	Reprise du travail		
	n	%	p*
Statut			
- Titulaire (n=151)	61	40%	0,23
- Stagiaire (n=2)	1	50%	
- Contractuel (n=2)	2	100%	
Catégorie de personnel			
- Administratif (n=24)	4	17%	0,05
- Soignant, rééducateur, socio-éducateur (n=103)	49	48%	
- Technique et ouvrier (n=26)	10	39%	
- Médico-technique (n=2)	1	50%	
Catégorie de rémunération			
- Catégorie A (n=16)	9	56%	0,39
- Catégorie B (n=25)	11	44%	
- Catégorie C (n=114)	44	39%	
Profession			
- AS (n=41)	19	46%	0,21
- ASH (n=32)	13	41%	
- Infirmier (n=21)	12	57%	
- Adjoint administratif (n=16)	3	19%	
- Agent entretien (n=12)	6	50%	
- Autre (n=33)	11	33%	
Etablissement**			
- HCN (n=113)	47	42%	0,99
- BG (n=20)	8	40%	
- Autre site (n=22)	9	41%	
Pôle			
- Médecine (n=17)	9	53%	0,011
- Viscéral (n=10)	5	50%	
- Femme-Mère-Enfant (n=16)	10	63%	
- Tête et cou (n=10)	7	70%	
- Réanimation-Anesthésie-SAMU (n=12)	4	33%	
- EHPAD-USLD (n=15)	7	47%	
- Autre pôle (n=19)	10	53%	
- Hors pôle (n=56)	12	21%	

* p de significativité obtenu par le test exact de Fisher ou le test du « χ^2 » en fonction des effectifs

** Etablissement d'affectation en juin 2008

Exemple d'interprétation du tableau : 40% des agents titulaires ont repris le travail entre juin 2008 et juin 2010.

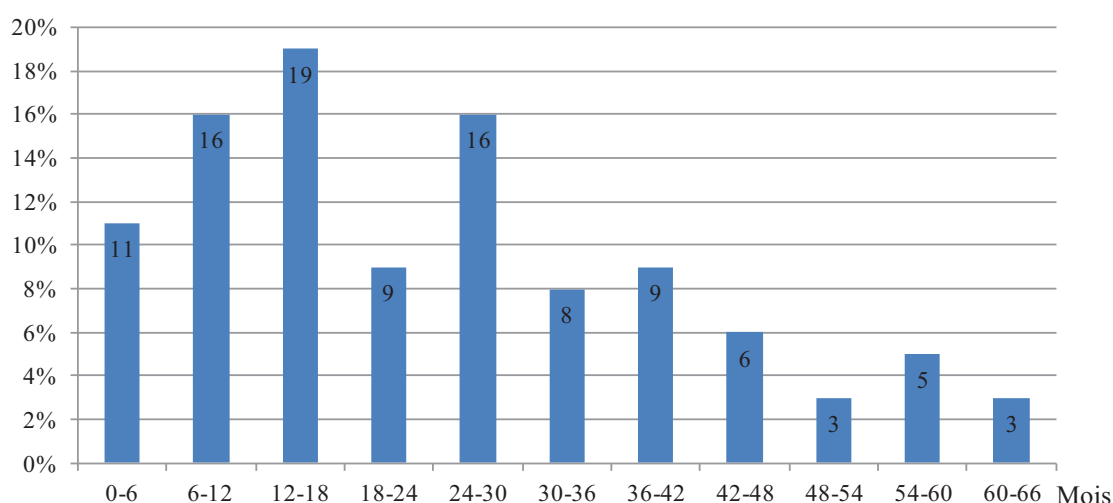
Les agents ayant significativement moins repris le travail sont les agents **administratifs** (17% de reprise [0,6-32,7] contre 46% [37,2-54,4] pour les autres agents, $p=0,007$), les agents affectés à un service « **hors pôle** » (21% de reprise [10,3-32,5] contre 53% [42,5-62,5] pour les autres agents, $p<0,001$), les agents **âgés de plus de 45 ans** ($p<0,001$) et les agents en arrêt depuis plus d'un an ($p=0,02$)

Il s'agit de la première reprise pour 70% des agents (n=45), de la deuxième pour 22% (n=14), de la troisième pour 1,5% (n=1) et de la quatrième pour 6% des agents (n=4).

Parmi les agents qui avaient déjà tenté de reprendre le travail avant juin 2008 (antécédent(s) de CLM/CLD pour la même pathologie), 45% (n=19) ont refait une tentative de reprise entre juin 2008 et juin 2010 [IC95% : 29,5-60,9].

Pour les 64 agents ayant été réintégrés entre juin 2008 et juin 2010, **la reprise s'est faite après une durée moyenne d'arrêt de 20,6 mois** [IC95% : 17,3-23,8]. On observe deux pics de reprise : un premier autour d'un an d'arrêt (après 6-18 mois d'arrêt) et un second, moins important, vers 24-30 mois (*voir figure n°22*).

Figure n°22 : Répartition des agents selon la durée du congé avant reprise



Le tableau suivant (*voir tableau n°13*) détaille la durée moyenne du congé avant reprise en fonction des différents facteurs médicaux, sociodémographiques et professionnels étudiés précédemment ainsi que les conditions de la réintégration : taux de visite de pré-reprise, de passage en commission de maintien dans l'emploi (COME), de temps partiel thérapeutique et de restrictions d'aptitude lors de la reprise. Compte tenu des petits effectifs, nous n'avons pas fait de tests statistiques.

Au total, seuls 56% des agents ont été vus en visite de pré-reprise, 86% ont repris à temps partiel thérapeutique et 66% ont repris avec au moins une restriction.

Tableau n°13 : Durée moyenne du congé avant reprise et conditions de reprise selon certains facteurs médicaux, sociodémographiques et professionnels

	Durée du congé (mois)	Conditions de reprise			
		VPR*	TPT*	Restrictions	COME*
Pathologie					
- Pathologie mentale (n=35)	22	53%	89%	57%	47%
- Cancer (n=11)	18	73%	100%	73%	36%
- Rhumatisme chronique (n=8)	18	38%	88%	88%	50%
- Autre pathologie (n=10)	20	60%	60%	80%	30%
Sexe					
- Homme (n=9)	18	33%	56%	56%	56%
- Femme (n=55)	21	59%	91%	69%	41%
Age					
- <45 ans (n=37)	21	58%	83%	61%	47%
- >45 ans (n=27)	21	52%	89%	75%	37%
Statut familial					
- Seul (n=26)	21	58%	81%	65%	50%
- En famille (n=38)	20	54%	89%	68%	38%
Durée du congé au 30/06/08					
- <6 mois (n=20)	11	75%	80%	70%	45%
- 6-12 mois (n=17)	14	65%	88%	53%	53%
- 12-18 mois (n=8)	21	25%	88%	88%	25%
- 18-24 mois (n=7)	29	0%	100%	50%	33%
- > 2 ans (n=12)	40	58%	85%	77%	42%
- < 1 an (n=37)	13	70%	84%	62%	49%
- >1 an (n=27)	31	35%	89%	74%	35%
CLM/CLD antérieurs					
- Oui (n=19)	23	58%	79%	74%	47%
- Non (n=45)	20	55%	89%	64%	41%
Catégorie de personnel					
- Administratif (n=4)	29	25%	100%	50%	50%
- Soignant, rééduc, socio-éduc (n=49)	21	60%	86%	69%	40%
- Technique et ouvrier (n=10)	17	40%	80%	60%	50%
- Médico-technique (n=1)	15	100%	100%	100%	100%
Catégorie de rémunération					
- Catégorie A (n=9)	17	56%	78%	22%	44%
- Catégorie B (n=11)	21	82%	92%	83%	36%
- Catégorie C (n=44)	21	49%	86%	72%	44%
Profession					
- AS (n=19)	22	78%	89%	89%	44%
- ASH (n=13)	20	31%	85%	54%	31%
- Infirmier (n=12)	22	67%	92%	77%	33%
- Adjoint administratif (n=3)	35	0%	100%	67%	67%
- Agent entretien (n=6)	20	33%	83%	67%	50%
- Autre (n=11)	15	64%	73%	36%	55%
Etablissement					
- HCN (n=47)	21	54%	89%	70%	46%
- BG (n=8)	21	75%	63%	88%	25%
- Autre site (n=9)	16	44%	90%	40%	44%
Pôle					
- Médecine (n=9)	22	78%	78%	78%	33%
- Viscéral (n=5)	14	80%	60%	60%	20%
- Femme Mère Enfant (n=10)	29	60%	100%	70%	0%
- Tête et cou (n=7)	21	33%	67%	100%	17%
- Réanimation-Anesthésie-SAMU (n=4)	21	75%	100%	75%	50%
- EHPAD-USLD (n=7)	17	43%	100%	50%	57%
- Autre pôle (n=10)	19	40%	90%	60%	40%
- Hors pôle (n=12)	19	50%	83%	58%	59%
Population totale (n=64)	21	56%	86%	66%	43%

*VPR : Visite de pré-reprise, TPT : Temps partiel thérapeutique, COME : Commission de maintien dans l'emploi

L'étude de la durée du congé avant réintégration par pathologie, catégorie de personnel et pôle a montré que les agents atteints d'un trouble de l'humeur, les administratifs (adjoints administratifs en particulier) et les agents du pôle « Femme-Mère-Enfant » ont eu tendance à reprendre plus tardivement que les autres agents (*voir tableau n°13*).

Seuls **56% des agents** ont été vus en **visite de pré-reprise (n=35)**. Les agents administratifs étaient peu concernés par ces visites (25%). Les ASH et agents d'entretien étaient, aussi, peu nombreux à avoir bénéficié de ces consultations (respectivement 31% et 33%), de même que les agents du pôle « Tête et Cou » (33%).

Il est intéressant de noter que contrairement à nos attentes, plus les congés ont été longs, moins les agents ont été vus en visite de pré-reprise (excepté pour les agents en arrêt depuis plus de 2 ans).

Ces visites ont permis d'anticiper et d'organiser la reprise en prenant en considération les différentes restrictions à prévoir. Suite à ces visites, certains agents ont été orientés vers la direction des soins ou des ressources humaines, et certains dossiers ont pu être présentés en COME afin d'organiser au mieux le retour dans l'emploi et envisager les éventuelles mutations. Quelques agents ont également pu être orientés vers la psychologue du travail (7 agents).

Au total, seuls **42% des dossiers ont été présentés en COME**. Parmi les 27 dossiers étudiés : 11 ont été soumis suite à la visite de pré-reprise, afin de préparer la réintégration à un poste adapté, 8 suite à la visite de reprise et 8 autres, secondairement, après une période de reprise du travail au poste initial. Les pathologies les plus souvent présentées étaient les maladies mentales et rhumatismales. Ces dossiers ont été soumis avant la reprise dans 67% des cas et après réintégration dans 33% des cas.

La reprise s'est faite à **temps partiel thérapeutique dans 86% des cas** [IC95% : 77,2-94,7] (n=55). Parmi ces agents, 5% avaient épuisé leurs droits à congé (à plein et à demi traitement) (n=3), 60% avaient uniquement épuisé leurs droits à plein traitement d'un congé (n=33) et 35% ont repris avant l'expiration de ces droits (n=19).

Les femmes étaient proportionnellement beaucoup plus nombreuses à avoir bénéficié de cet aménagement de poste (*voir tableau n°13*).

Lors de la reprise, **66% des salariés (n=43) ont eu au moins une restriction**. Les restrictions concernaient :

- la manutention et les postures dans 25 cas (39% des agents ayant repris) ;
- les horaires de travail dans 13 cas (20% des agents ayant repris) ;
- le contact avec les malades dans 6 cas (9% des agents ayant repris) ;
- l'affectation à un service particulier dans 5 cas (8% des agents ayant repris) ;
- la charge de travail ou la charge mentale dans 4 cas (6% des agents ayant repris).

Au total, 6% des agents ont repris sans aucune restriction ni aménagement de poste (n=4).

La reprise s'est faite dans un service différent du service d'affectation lors de l'octroi du congé dans 34% des cas (n=22). Parmi les 66% d'agents ayant repris dans le même service, 38% (n=16) ont été mutés dans un autre service secondairement, dans un délai moyen de 4,7 mois. In fine, 60% des agents (n=38) ont changé de service.

Sur les 64 agents ayant repris le travail, **27% (n=17) ont été replacés en CLM/CLD dans un délai moyen de 7 mois** [IC95% : 4,4-9,8]. Il s'agit de 29% des agents atteints d'une pathologie mentale (n=10), 18% des agents atteints d'un cancer (n=2), 13% de ceux souffrant d'une affection rhumatologique (n=1) et 40% des autres salariés (n=4). Ces résultats sont, toutefois, à prendre avec précaution étant donné les faibles effectifs.

Ce sont les agents d'entretien qui ont le taux de rechute le plus élevé (50%), suivis des agents du groupe « autre », des aides-soignants, infirmiers et ASH (23 à 27%). Aucun agent administratif n'était concerné.

Lorsqu'on compare les agents qui ont rechuté et ceux toujours en activité au 30 juin 2010, on n'observe aucune différence significative concernant la durée de congé avant la reprise, le taux de reprise à temps partiel thérapeutique, de restriction d'aptitude, d'intervention de la COME, de visite de pré-reprise et de changement de service.

Cinq personnes ont fait une deuxième tentative de reprise après cette rechute.

IV.2.3. Etude du congé des agents n'ayant pas repris le travail

La majorité des agents n'ont pas repris le travail dans les 2 ans suivant la phase initiale de l'étude (59%, n=91). Il s'agit de 53% des agents atteints d'un trouble de l'humeur, 58% des agents atteints d'un cancer, 62% de ceux souffrant d'un rhumatisme chronique et de 70% des autres salariés.

Parmi ces agents, 25% (n=23) avaient déjà bénéficié d'un autre CLM/CLD avant 2008 et avaient repris le travail avant d'être, à nouveau, placé en CLM/CLD pour le même motif [IC95% : 16,2-34,5].

Seule la moitié des agents non réintégrés était encore en congé au 30 juin 2010 (n=46). Les autres agents étaient retraités ou décédés. Le tableau suivant montre la répartition des agents en fonction de leur statut par pathologie (*voir tableau n°14*). Tous les agents décédés étaient atteints d'un cancer et plus des trois-quarts des agents atteints d'un rhumatisme chronique étaient à la retraite.

Tableau n°14 : Statut des agents n'ayant pas repris le travail au 30 juin 2010 par pathologie

	Pathologie mentale n=40	Cancer n=15	Rhumatisme chronique n=13	Autre pathologie n= 23	Population totale n=91
Agents en congé (n=46)	63% (n=25) [46,8-78,2]	33% (n=5) [6,3-60,4]	23% (n=3) [0-49,6]	57% (n=13) [34,6-78,4]	51% (n=16) [40,1-61,0]
Agents retraités (n=40)	38% (n=15) [21,8-53,2]	33% (n=5) [6,3-60,4]	77% (n=10) [50,4-100]	44% (n=10) [21,6-65,4]	44% (n=40) [33,6-54,3]
Agents décédés (n=5)	0	33% (n=5) [6,3-60,4]	0	0	6% (n=5) [0,7-10,3]

Les 46 agents en CLM/CLD au 30 juin 2010 étaient en congé depuis, en moyenne, 41 mois [36,7-45,0], durée significativement plus importante que la durée moyenne du congé des agents ayant repris le travail entre juin 2008 et juin 2010.

Le tableau suivant montre la durée de congé des agents encore en CLM/CLD au 30 juin 2010 en fonction des facteurs médicaux, professionnels et sociodémographiques étudiés précédemment.

Tableau n°15 : Durée du congé des agents n'ayant pas repris entre juin 2008 et juin 2010 selon certains facteurs médicaux, professionnels et sociodémographiques

	Durée du congé au 30/06/10 (mois)
Pathologie	
- Pathologie mentale (n=25)	44
- Cancer (n=5)	33
- Rhumatisme chronique (n=3)	43
- Autre pathologie (n=13)	37
Catégorie de personnel	
- Administratif (n=15)	36
- Soignant, rééducateur, socio-éducateur (n=23)	47
- Technique et ouvrier (n=8)	34
- Médico-technique (n=0)	-
Catégorie de rémunération	
- Catégorie A (n=4)	48
- Catégorie B (n=6)	44
- Catégorie C (n=36)	40
Profession	
- AS (n=7)	45
- ASH (n=9)	43
- Infirmier (n=4)	52
- Adjoint administratif (n=11)	37
- Agent entretien (n=3)	38
- Autre (n=12)	38
Etablissement	
- HCN (n=33)	41
- BG (n=4)	36
- Autre site (n=9)	44
Pôle	
- Médecine (n=2)	39
- Viscéral (n=2)	38
- Femme-Mère-Enfant (n=2)	61
- Tête et cou (n=0)	-
- Réanimation-Anesthésie-SAMU (n=6)	38
- EHPAD-USLD (n=7)	49
- Autre pôle (n=2)	42
- Hors pôle (n=25)	38
Sexe	
- Homme (n=12)	36
- Femme (n=34)	43
Age	
- < 45 ans (n=12)	42
- > 45 ans (n=34)	41
Statut familial	
- Seul (n=21)	43
- En famille (n=25)	39
CLM/CLD antérieurs pour la même pathologie	
- Oui (n=11)	39
- Non (n=35)	42

V. DISCUSSION

V.1. DISCUSSION METHODOLOGIQUE

L'objectif de cette étude descriptive était d'étudier la prévalence des CLM/CLD, les caractéristiques socio-médico-professionnelles de la population concernée au 30 juin 2008 ainsi que leur réintégration à deux ans et l'influence de certains facteurs sur le retour à l'emploi.

Pour cela, nous avons choisi, dans un premier temps, de faire une **étude descriptive transversale** sur la population en CLM/CLD au 30 juin 2008 avec étude de la répartition des agents et de la prévalence des congés par secteur ; ceci afin de repérer rapidement les secteurs les plus touchés et ceux regroupant le grand nombre d'agents en congé. Ces secteurs étant différents, un choix devra être fait lors de l'élaboration du plan de prévention entre cibler des populations particulièrement concernées mais peu nombreuses ou, au contraire, des populations plus nombreuses mais proportionnellement moins touchées.

Même si **l'incidence aurait pu être un meilleur indicateur d'effectif** (car non influencée par la durée des arrêts), nous avons choisi de faire une étude transversale avec calcul de la **prévalence afin de repérer plus rapidement les secteurs concernés et de mieux appréhender le taux d'absentéisme ainsi que les répercussions dans les services en termes d'effectif et de charge de travail.**

Les prévalences des CLM/CLD ont été calculées à partir des effectifs du CHU au 30 décembre 2008 (en personnes physiques), les données au 30 juin 2008 n'étant pas disponibles. Les effectifs du CHU évoluent en permanence, les chiffres retenus sont, donc, probablement très légèrement différents des effectifs réels au 30 juin 2008 ; ces différences n'ayant, cependant, aucune incidence sur les résultats de l'étude.

Dans un second temps, nous avons recueilli le devenir des agents à deux ans. **Ce recul, déjà important, n'était pas encore suffisant**, puisqu'un tiers des agents étaient toujours en congé à cette date.

Une étude longitudinale, avec calcul de la durée des congés de l'ensemble des cas incidents, aurait pu être encore plus pertinente, mais aurait dû être suffisamment longue

pour, d'une part, inclure suffisamment d'agents et, d'autre part, suivre tous les agents jusqu'à leur reprise.

Le **manque de puissance** de notre population a limité les possibilités d'analyse et d'interprétation des résultats, par manque de significativité des différences constatées. Nous aurions pu, par exemple, étudier les congés par secteur professionnel pour chaque type de pathologie et décrire plus précisément les pathologies en cause.

L'étude des congés par pathologie a dû se limiter aux principaux types d'affection ayant donné droit au CLM/CLD. Les pathologies associées n'ont donc pas été prises en considération alors qu'elles ont, également, pu avoir une influence sur la durée du congé et les conditions de réintégration.

Malgré le manque de puissance, certains facteurs explicatifs ont pu être identifiés et des tendances ont pu être observées ; même si ces dernières ne permettent pas de conclure à un lien significatif et sont à interpréter avec précaution vu la taille, parfois très faible, de certains échantillons.

Par ailleurs, **la méthode ne nous permettait pas d'étudier certains facteurs**, qui auraient pourtant pu être intéressants, comme une relation entre certains risques au travail et la survenue de la pathologie, l'affectation à un poste de nuit, les conditions de vie extraprofessionnelles, ou encore, les comportements de santé [Estryn-Behar et al. 2006].

V.2. ETUDE AU 30 JUIN 2008

V.2.1. Caractéristiques socioprofessionnelles des agents

V.2.1.1 Moyenne d'âge des agents

Les 155 agents en CLM/CLD au 30 juin 2008 étaient significativement plus âgés que la population du CHU et avaient significativement plus d'ancienneté.

L'absentéisme augmente avec l'âge, et en particulier l'absentéisme pour maladie de longue durée, comme le montrent les différents travaux menés sur le sujet depuis quarante ans [Dumond 2004]. Le risque d'avoir un CLM ou un CLD est fortement corrélé avec l'âge : les agents de 50 ans et plus ont 2,5 fois plus de risques que la tranche « 30-39 ans »

et sept fois plus que les moins de 30 ans [Dexia Sofcah 2004]. Les arrêts de longue durée témoignent avant tout de la **problématique du vieillissement** et de l'**usure professionnelle** [Rousseau 2005]. Les maladies sont plus graves et le rétablissement plus difficile chez les salariés de plus de 40 ans [Depardieu et al. 1985 ; Chevalier et al. 1992]. La moyenne d'âge et d'ancienneté des agents en CLM/CLD au CHU de Rouen est plus élevée qu'en 1993/94 [Koenig 1996]. Cette hausse est corrélée au **vieillissement de la population du CHU** (49,45% d'agents de 41 ans et plus en 2008 contre 35,3% en 1994), et probablement liée à l'évolution de la morbidité et de l'espérance de vie.

V.2.1.2 Catégorie professionnelle

La majorité des agents de l'étude étaient **soignants, socio-éducateurs ou rééducateurs de catégorie C** (48%) : **AS** ou **ASH** pour la plupart (27 et 21%). Cette répartition, assez comparable à celle de 1993/94 [Koeing 199], n'est pas surprenante puisqu'il s'agit de professionnels particulièrement nombreux au CHU (les AS et ASH représentent au total 35% des agents hospitaliers).

Selon Dumont, les aides-soignants de plus de 45 ans représentent la catégorie la plus souvent absente dans le secteur hospitalier du fait de la **pénibilité de leur travail** [ANACT 2005]. Ces agents sont confrontés à une pénibilité physique importante ainsi qu'à une charge mentale et psychique élevée [Estryn-Behar et al. 1990 (1) ; Ragazzini et al. 1993 ; Estryn-Behar et al. 2004 ; Estryn-Behar et al. 2005 ; Le Lan 2004 ; Le Lan 2005]. Les exigences du travail et les conditions dans lesquelles il est effectué ont de forts retentissements sur leur état de santé, qui se traduisent par des arrêts de travail et un désir de changer d'établissement, voire d'abandonner définitivement la profession [Estryn-Behar et al. 2005].

Plusieurs études mettent en cause le travail dans la genèse des pathologies à l'origine d'arrêts maladie prolongés. Le travail serait responsable d'un problème de santé sur cinq [Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité 2004]. Dans son étude, Wright constate que 17% des agents hospitaliers en arrêt maladie un mois ou plus, estiment que leur problème de santé est dû au travail et 33% que le travail a aggravé leur pathologie [Wright 1997].

Même si les CLM/CLD sont octroyés pour des pathologies graves dont l'origine n'est pas reconnue comme professionnelle, il n'en demeure pas moins que **la pénibilité au travail**

peut avoir un impact sur l'état de santé des travailleurs et qu'un certain nombre de ces congés sont probablement en lien direct ou indirect avec le travail [Afsa et al. 2006].

Le taux élevé d'arrêts AT/MP relevés au cours des deux années précédant le congé (17% des agents) conforte cette idée. Il est cependant difficile, comme le souligne Piques, d'évaluer précisément la part relative du facteur lié aux conditions de travail dans l'explication de l'importance du taux de CLM/CLD [Piques 2004].

Les conditions de travail peuvent avoir une influence sur l'incidence des congés, mais aussi sur sa durée, **la pénibilité du travail pouvant être un frein à la réintégration.**

L'étude de la prévalence des congés par catégorie de rémunération montrait un absentéisme plus élevé chez les agents de catégorie C, suivis de ceux de catégorie A puis ceux de catégorie B. Notre population comptait, cependant, plus d'agents de catégorie B que de catégorie A, cette dernière étant nettement moins représentée au CHU de Rouen.

L'absentéisme est généralement inversement proportionnel au niveau socio-économique, comme le constate de nombreuses études [Depardieu et al. 1985 ; Vlassenko et al. 1985 ; Chevalier et al. 1992 ; Wright 1997 ; Chaupain-Guillot et al. 2007 ; DGOS 2011]. La morbidité est plus accentuée et la mortalité plus précoce chez les catégories les plus défavorisées [Thébaud et al. 1983]. Des travaux menés par l'INSEE et le CREDOC soulignent, également, que ces catégories ont la pratique médicale la moins préventive [Vlassenko et al. 1985].

L'absentéisme des agents de catégorie A, proportionnellement plus important que celui des agents de catégorie B, concernait principalement les cadres (4% en CLM/CLD) ainsi que les infirmiers spécialisés, dont les conditions de travail s'apparentent à celles des infirmiers non spécialisés de catégorie B.

Les cadres, dont la moyenne d'âge élevée peut expliquer, en partie, l'absentéisme, se plaignent également, d'après l'enquête PRESST-NEXT, d'une charge de travail inadaptée et d'un manque de reconnaissance et de soutien, lié notamment à leur position intermédiaire dans la hiérarchie [Estryn-Behar et al. 2005].

En ce qui concerne l'étude des CLM/CLD par catégorie de personnel, la prévalence la plus élevée était constatée chez les agents administratifs (3,1%) suivis des agents techniques et ouvriers (2,7%).

Parmi les rares données disponibles sur les CLM/CLD dans la fonction publique hospitalière, on constate que la catégorie « **techniques et ouvriers** » est particulièrement

touchée [Cariven 2004 ; DGOS 2011], de même que les agents administratifs. D'après la DGOS, les **agents techniques et ouvriers** ont bénéficié d'un plus grand nombre de jours d'absence en CLM/CLD que les autres agents en 2008 (5,6 jours par agent), suivis des **agents administratifs** (5,3 jours), les soignants et éducatifs étant un peu moins concernés (4,9 jours) [DGOS 2011].

Les agents d'entretien semblaient particulièrement touchés (7,2%), de même que les **agents administratifs de catégorie A** (5,3%). Ces chiffres sont cependant à interpréter avec précaution étant donné la petite taille des échantillons, notamment pour les agents administratifs (n=3/57).

Oltre la **pénibilité** du travail des agents techniques et ouvriers (et notamment des agents d'entretien) et leur **faible niveau socio-économique**, une des explications plausibles de la forte prévalence des CLM/CLD chez ces agents, mais aussi chez les agents administratifs, réside dans leur moyenne d'âge. En effet, 63% des agents administratifs et 67% des agents techniques et ouvriers du CHU ont plus de 41 ans contre 43% chez les soignants et 56% chez les agents médico-techniques [Bilan social du CHU de Rouen 2008].

V.2.1.3 Pôle d'affectation

La majorité des agents de l'étude exerçaient dans un **pôle médical** (64%) ; 11% dans le pôle médecine et 10% dans le pôle Femme-Mère-Enfant, pôles cliniques les plus représentés au CHU de Rouen. Ces deux pôles regroupent, au total, plus de 900 agents chacun. Comme l'a souligné Albedo Conseil, dans son audit sur l'absentéisme au CHU de Rouen, on est loin de la gestion de proximité voulue par les pôles. Il rappelle que les **grosses structures** sont identifiées comme **facteur de développement de l'absentéisme**, la coordination à cette taille étant plus compliquée [Albedo Conseil 2011].

La plus forte prévalence de congé a été retrouvée dans le pôle « **EHPAD-USLD** » (3,9%). Les conditions de travail et la santé des salariés travaillant auprès des personnes âgées ont déjà fait l'objet de plusieurs études [Cailleau 1996 ; Decoster et al. 2011 ; Estryn-Behar et al. 2007 ; Rogez 2009]. Les contraintes organisationnelles, physiques et psychosociales de ces salariés sont jugées particulièrement importantes. **La gériatrie est considérée, par certains auteurs, comme l'un des services les plus générateurs de troubles musculo-**

squelettiques et d'épuisement professionnel en milieu hospitalier [Ravallec et al. 2009 ; Courty et al. 2004].

L'Unité Centrale de Production (UCP) était au deuxième rang des secteurs les plus touchés par les CLM/CLD. Cette donnée nouvelle, non mise en évidence par les précédentes études sur l'absentéisme réalisées au CHU de Rouen, est, cependant, à interpréter avec précaution puisque, en réalité, la majorité des personnes concernées étaient des aides-soignants reclassés dans un service de restauration. Un seul agent était ouvrier professionnel qualifié en production.

V.2.1.4 Charges extra-professionnelles

Beaucoup d'agents étaient célibataires, divorcés, séparés ou veufs (44%), avec au moins un enfant dans 70% des cas. De nombreuses études montrent une **influence du contexte familial et des charges extra-professionnelles sur l'absentéisme** [Chevalier et al. 1992 ; Dolan et al. 1983 ; Chaupain-Guillot et al. 2007], c'est pourquoi nous souhaitons étudier le statut familial et le nombre d'enfants à charge. Malheureusement, nos résultats n'ont pu être comparés ni aux données de la population du CHU, ni à celles de la population générale ou de Seine-Maritime.

Pour une évaluation plus précise de la charge extraprofessionnelle, l'étude d'autres facteurs tels que les tâches domestiques et les autres personnes à charge auraient pu être intéressante mais notre méthodologie ne nous permettait pas de recueillir ces informations.

V.2.2. Caractéristiques des congés

V.2.2.1 Contexte et durée de l'arrêt

Les agents de l'étude étaient en arrêt depuis un an et demi en moyenne. Ils étaient 41% à avoir déjà bénéficié de CLM ou CLD antérieurement (au cours des deux années précédentes dans plus de la moitié des cas). Ces congés avaient été octroyés pour la même pathologie dans les deux-tiers des cas, ce qui montre la **fragilité de la reprise et le risque prépondérant de rechute** à court, moyen et long terme.

Les CLM/CLD semblent être rarement d'apparition inopinée. Les agents avaient été arrêtés en moyenne 5 mois au cours des deux années précédant le congé (tous types de congé confondus). Cette durée moyenne d'arrêt semble supérieure à la moyenne du CHU puisque, d'après le bilan social, le nombre moyen de journées d'absence pour raison médicale était de 23,06 jours par agent en 2008, soit un peu plus d'un mois par an.

Au total, 92% des agents avaient eu au moins un arrêt pour raison médicale au cours de ces deux années. L'étude détaillée de ces arrêts montre que, dans 54% des cas, la durée totale d'absence ne dépassait pas 3 mois et que 40% des salariés avaient bénéficié d'un CLM, CLD, arrêt pour maladie professionnelle ou pour accident de travail.

Une comparaison plus précise de l'absentéisme de notre population à celle des agents non concernés par ces congés pourrait permettre de déterminer, avec certitude, si l'absentéisme pour maladie peut être un signe d'alerte précoce.

L'absentéisme de courte durée peut être la première étape d'un processus de dégradation de la santé et peut ainsi apparaître, selon Goldberg et Chevalier, **comme facteur prédictif de la survenue de problème de santé plus grave** [Goldberg et al. 1983; Chevalier et al. 1992].

Dans son étude sur les arrêts de longue durée à l'hôpital, Wright a constaté que 30% des arrêts pour troubles mentaux et 20% des arrêts pour troubles musculo-squelettiques étaient, en fait, des rechutes [Wright 1997].

V.2.2.2 Pathologie des agents

Les pathologies prédominantes, dans notre étude, étaient les pathologies mentales (48%) (syndromes dépressifs en particulier), suivies des pathologies cancéreuses (17%) puis des rhumatismes chroniques (14%).

Cette répartition, relativement comparable à celles relevées dans d'autres Centres Hospitaliers [Lafossas-Leynaud 2007 ; Cariven 2004], est cependant différente de celle observée il y a 15 ans au CHU de Rouen. En effet, l'étude menée en 1993/94 montrait une incidence de CLM/CLD pour pathologie rhumatismale supérieure à celle pour pathologie cancéreuse (pathologie mentale : 56%, rhumatisme : 22% et cancer : 8%) [Koenig 1996]. Cette évolution s'explique par **l'augmentation de l'incidence des cancers**, d'une part, et **la réduction des CLM/CLD pour pathologie rhumatismale**, d'autre part.

L'incidence du cancer a fortement augmenté ces dernières années (+93% chez l'homme et + 84% chez la femme de 1980 à 2005) alors que le risque de mortalité par cancer a diminué (-25% chez l'homme et -20% chez la femme) [Belot et al. 2008]. Cette divergence entre mortalité et incidence amène à une augmentation de la prévalence des cancers et donc des CLM/CLD pour ce type de pathologie.

Par ailleurs, la reconnaissance des affections dorso-lombaires en tant que maladie professionnelle en 1999 et la meilleure reconnaissance des affections péri-articulaires contribuent à la réduction des CLM/CLD pour pathologie rhumatismale parallèlement à l'augmentation des maladies professionnelles. Le poids des absences pour maladies professionnelles a doublé en six ans dans les établissements publics de santé, les affections péri-articulaires et dorso-lombaires représentent actuellement 79% des pathologies reconnues [DGOS 2009].

V.2.2.2.1. Pathologies mentales

✓ Prévalence

Les pathologies mentales étaient à l'origine de 48% des congés et étaient mentionnées dans 61% des dossiers du comité médical (pathologie en cours ou antécédent). La prévalence des troubles de l'humeur chez les agents en CLM/CLD était, probablement, encore plus importante.

De nombreuses études montrent une **prévalence élevée chez le personnel soignant** [Bonneterre et al. 2010 ; Letvak et al. 2012 ; Bourbonnais et al. 1997, Bourbonnais et al. 2006]. On estime que les problèmes de stress, anxiété et dépression sont **deux fois plus nombreux** chez les soignants travaillant à l'hôpital que dans le reste de la population salariée [INRS 2011]. D'après l'enquête PRESST-NEXT, 9,8% des soignants français déclarent être suivis médicalement pour troubles de santé mentale [Estryn-Behar et al. 2005]. Ces troubles sont responsables d'un taux important d'absence de longue durée [Blank et al. 2008 ; Fanello et al. 2003].

✓ Impact des conditions de travail

Pour Bonneterre, la prévalence de la souffrance mentale, particulièrement élevée chez les soignants, s'expliquerait, avant tout, par un **niveau élevé de contraintes psychologiques et organisationnelles au travail** [Bonneterre et al. 2010]. Selon Arnaud, de nombreux

arrêts prolongés font suite à des dépressions réactives liées aux conditions de travail [ANACT 2005]. Une étude sur la souffrance psychique liée au travail chez les soignants, réalisée au CHU d'Angers par Fanello, a montré qu'un tiers des agents présentaient une souffrance mentale, non liée à des problèmes personnels ou familiaux [Fanello et al. 2003]. Selon Estryn-Behar, le travail n'est, cependant, généralement pas considéré comme la seule cause de trouble psychique, mais il peut faire décompenser certains états psychiques fragiles [Estryn-Behar et al. 1990 (2)]. Dans l'étude menée par Wright en 1997 sur les arrêts maladie de plus d'un mois dans le secteur hospitalier, 27% des agents atteints d'un trouble mental estimaient que le travail était à l'origine de leur pathologie et 62% que leur travail aggravait leur pathologie [Wright 1997]. Boitel pense, comme Leger, que le travail appartient à un ensemble de causes qui amènent à la décompensation dépressive et qu'il ne s'agit que très rarement du facteur étiologique essentiel [Boitel et al. 1990].

D'après le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, 16% des personnes atteintes de dépression ou autre trouble psychiatrique l'attribuent à leur travail [Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité 2004].

Plusieurs études ont documenté l'effet des contraintes psychologiques, sociales et organisationnelles au travail sur la survenue de problèmes de santé mentale [Karasek 1979 ; Siegrist 1996 ; Niedhammer et al. 1998 ; Van der Doef et al. 1999, Stansfeld et al. 1999 ; Michie et al. 2003 ; Rugulies et al. 2006 ; Bourbonnais et al. 1997]. Les principales composantes de l'organisation du travail identifiées dans ces travaux sont la **demande psychologique élevée**, la **latitude décisionnelle faible**, le **faible soutien au travail** et le **déséquilibre effort/récompense**.

La demande psychologique semble élevée dans le milieu hospitalier, la charge mentale et le niveau d'exigence sont considérés comme importants. Rythmes de travail élevés, efforts d'attention de plus en plus exigeants, tâches de plus en plus complexes, interruptions dans le travail, risques d'erreurs prépondérants, horaires contraignants et contacts avec le public (parfois source de tension et d'insécurité), sont autant de contraintes psycho-organisationnelles qui s'ajoutent à la charge psychologique spécifique liée à la relation avec la maladie et la mort [Le lan 2004 ; Dumas et al. 2006 ; Fanello et al. 2003 ; Estryn-behar et al. 2005].

La latitude décisionnelle n'est, par ailleurs, pas toujours très élevée [Le Lan 2004]. Dans son étude sur l'impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des

infirmières, Bourbonnais a retrouvé une **forte tension au travail**, caractérisée par une **demande psychologique élevée** et une **latitude décisionnelle faible** chez un tiers des infirmières. Cette forte tension était associée à un niveau élevé de détresse psychologique, d'épuisement professionnel et de symptômes dépressifs [Bourbonnais et al. 1997].

Le soutien au travail et le ratio effort/récompense ne sont, eux non plus, pas toujours suffisants. Dans son étude, Fanello a constaté que la souffrance psychique du personnel soignant était liée, non seulement à la complexité croissante des tâches, mais avant tout au manque de reconnaissance, de soutien de l'encadrement et de coopération entre les agents [Fanello et al. 2003]. Le ratio effort/récompense serait inadéquat chez 23% des soignants, selon Estryn-Behar [Estryn-Behar et al. 2012].

Pour Ravallec, la **mutation profonde de l'organisation du travail** dans le milieu hospitalier ces dernières années a accentué les risques psychosociaux chez le personnel hospitalier. Le manque d'effectifs, de moyens et de reconnaissance ainsi que l'exposition à des agressions verbales ou physiques sont autant de facteurs qui mènent certains à l'épuisement professionnel. Selon elle, **l'écart serait de plus en plus important entre les contraintes choisies** (confrontation à la souffrance, la maladie et la mort) **et les contraintes subies** (désorganisation des services, polyvalence, sous-effectifs, insuffisance de transmission) [Ravallec et al. 2009].

✓ Données sociodémographiques

La majorité des agents de l'étude atteints de troubles de l'humeur étaient des femmes (84%), dans une proportion proche de celle de 1993/94 [Koenig 1996]. L'étude de la prévalence par sexe montrait, cependant, que les **hommes étaient presque autant concernés que les femmes** (1,1% chez les femmes et 1% chez les hommes).

D'après les données de la littérature, **les troubles de l'humeur touchent préférentiellement les femmes**, dans des proportions beaucoup plus importantes que celle retrouvées ici [Basset et al 2005 ; Chevalier et al. 1987 ; Boitel et al. 1990]. Dans l'enquête Anadep, menée en 2005, les femmes étaient deux fois plus touchées par la dépression que les hommes et présentaient des troubles plus fréquemment sévères [Basset et al. 2009]. De même, Chevalier, dans son étude sur l'absentéisme pour raison médicale à GDF, a constaté que les femmes déclaraient trois fois plus de maladies psychiatriques que les hommes [Chevalier et al. 1987].

Les agents atteints de trouble de l'humeur étaient significativement **plus jeunes** que les autres agents (46 ans) et semblaient avoir **moins d'ancienneté**. Ces résultats corroborent les données de la littérature qui montrent que ce type de pathologie touche aussi bien les sujets jeunes que les sujets plus âgés. D'après l'enquête Anadep menée en 2005, l'âge moyen de survenue du premier épisode dépressif majeur se situe autour de 30 ans, entre 19 et 38 ans dans la majorité des cas. La fréquence de ces épisodes semble, ensuite, augmenter avec l'âge jusqu'à 65 ans [Basset et al. 2009].

D'autre part, l'épuisement professionnel toucherait préférentiellement les sujets jeunes [Courty et al. 2004].

En ce qui concerne le **statut familial**, on constate que ces agents étaient un peu plus nombreux que les autres agents à déclarer vivre seuls (53% contre 36%), cette différence n'étant pas significative.

✓ Données professionnelles des agents

La majorité des agents en congé pour pathologie mentale était soignants, éducateurs ou rééducateurs. Ce sont, cependant, les **agents administratifs** qui présentaient **la prévalence la plus élevée** (2,1%).

Les données de la littérature montrent que ces derniers présentent des contraintes psychologiques élevées. Dans l'étude de Moisan réalisée chez les soignants en 2009, les agents administratifs présentaient le plus faible soutien social, une demande psychologique particulièrement élevée (plus élevée que la plupart des soignants à l'exception des psychologues et des cadres de santé) et une latitude décisionnelle considérée comme faible par 68% des agents [Moisan et al. 2009]. **L'effectif peu élevé de cette classe professionnelle ne nous permet, cependant, pas d'en conclure, avec certitude, que cette population soit particulièrement à risque.**

Les **agents de catégorie B** étaient **significativement moins touchés que les agents de catégorie A et C**. Aucun agent médico-technique n'était concerné, ces derniers étant très majoritairement de catégorie B (92% d'après le bilan social 2008) et très peu de catégorie C (3% contre 51 à 80% dans les autres catégories) [Bilan social du CHU de Rouen 2008]. **La prévalence des congés pour trouble de l'humeur était significativement plus importante chez les ASH, adjoints administratifs et agents d'entretien (2,1%), tous agents de catégorie C.**

Plusieurs auteurs estiment que ces agents ont un travail particulièrement pénible, sont moins reconnus au travail et ont une latitude décisionnelle plus faible [Estryn-Behar et al. 2005 ; Le Lan 2004]. De plus, leur niveau socio-économique étant plus faible, la morbidité est plus élevée et les problèmes financiers plus fréquemment associés [Thébaud et al. 1983].

A l'inverse, les agents de catégorie A ont, selon ces mêmes auteurs, des responsabilités parfois lourdes, une charge de travail élevée et se plaignent d'un manque de soutien de la part de leurs collègues [Estryn-Behar et al. 2005 ; Le Lan 2004].

Dans l'enquête EVREST, parmi les agents travaillant auprès de personnes âgées, ce sont les administratifs et cadres qui sont les plus nombreux à déclarer souffrir de problèmes d'anxiété et de nervosité (39% contre 23,2% pour l'ensemble des salariés) [Decoster et al. 2011].

L'EHPAD était le pôle le plus touché (2,8%). Selon Courty, les soignants exerçant en gériatrie sont plus susceptibles de vivre l'épuisement professionnel que les autres soignants car leur travail implique souvent des tâches répétitives et ingrates dont les résultats sont rarement spectaculaires et difficilement appréciables [Courty et al. 2004]. Le décalage entre les attentes qu'ont les soignants de leur rôle et une réalité professionnelle pleine de déconvenues peut-être générateur de stress. Ils peuvent ressentir un sentiment d'inutilité, d'impuissance face à la vieillesse et à la mort [Courty et al. 2004]. Ces agents sont également soumis, d'après Decoster, à une pression temporelle plus importante et des contraintes dans l'organisation de leurs horaires plus fortes que dans d'autres services [Decoster et al. 2011].

✓ Durée et type des congés

Au 30 juin 2008, les agents en arrêt pour pathologie mentale étaient en congé depuis plus longtemps que les autres agents. Ils étaient également plus nombreux à avoir déjà bénéficié antérieurement de CLM/CLD pour la même pathologie (37%) et avaient été arrêtés plus longtemps au cours des deux années précédentes.

L'évolution de ces pathologies est souvent progressive, et parfois fluctuante malgré une prise en charge adaptée. Le risque de rechute est l'une des complications majeures de ces troubles dont la prise en charge est complexe. Les épisodes dépressifs sont, le plus souvent, des événements isolés (60%) mais on peut observer, dans 40% des cas, une récurrence au cours de la vie [Basset et al. 2009].

Les agents atteints d'une pathologie mentale, ainsi que ceux atteints d'un cancer, optent pratiquement toujours pour le **passage en CLD à l'issue de la première année de congé** (seul un agent est resté en CLM). Il s'agit de la **procédure classique**. Cette orientation vers le CLD plutôt que le maintien en CLM permet au salarié d'être maintenu plus longtemps en congé mais l'inscrit d'emblée dans un arrêt de longue durée, ce qui peut, d'après Koeing, **favoriser un enlèvement de la pathologie** [Koenig 1996]. L'agent n'envisagerait alors pas l'amélioration rapide des symptômes et ne se projetterait pas vers la reprise du travail.

V.2.2.2.2. Rhumatismes chroniques

✓ Prévalence

Dans notre étude, les rhumatismes chroniques étaient à l'origine de 14% des congés. Il s'agissait de la troisième cause de congé, derrière les pathologies mentales et les cancers (18%). Ces pathologies concernaient, cependant, plus d'agents que les cancers puisqu'elles étaient mentionnées dans 28% des dossiers du comité médical.

Les pathologies rhumatismales sont l'une des principales causes d'absentéisme pour raison médicale, tout motif confondu, dans le secteur hospitalier et devancent, dans certaines études, les pathologies psychiatriques [Fauquet 1991 ; Wright 1997]. Chez les soignants, la pathologie ostéo-articulaire et musculaire est la **première cause d'arrêt de travail** et a une fréquence proche de celles observées dans les métiers les plus pénibles [Estryn-Behar et al. 1990 (1)]. D'après l'enquête PRESST-NEXT, elle toucherait 60% des soignants [Estryn-Behar et al. 2005]. Selon Meyer, le secteur hospitalier est le secteur professionnel qui connaît le plus de lombalgies, devant le bâtiment et les travaux publics [Ravallec et al. 2009]. On estime qu'un soignant sur cinq souffre de sciatique avant 45 ans [INRS 2011]. Le personnel hospitalier, et en particulier le personnel soignant, est considéré comme une **population particulièrement exposée au risque de troubles musculo-squelettiques** (TMS) [Maumet et al. 2005].

✓ Impact des conditions de travail

Les **contraintes physiques** et **psycho-organisationnelles**, élevées dans le milieu hospitalier, jouent un rôle dans l'apparition de ces pathologies dont l'origine est

plurifactorielle (facteurs individuels, physiques et psycho-sociaux) [Maumet et al. 2005 ; Hérin et al. 2010]. Il a été noté, par Estryn-Behar, un doublement des TMS lorsque les facteurs de pénibilité posturale ou les actes de manutention des soignants sont nombreux [Estryn-Behar et al. 1990 (1)]. Selon l'enquête DREES, les professionnels de l'hôpital déclarent plus souvent être exposés à des conditions de travail physiquement exigeantes que les autres salariés [Le Lan 2004]. La manutention manuelle, les contraintes posturales, la station debout prolongée et les longues distances parcourues chaque jour sont des facteurs de pénibilité physique souvent décrits dans le milieu hospitalier [Estryn-Behar et al. 1990 (1) ; Estryn-Behar et al. 2004 ; Le Lan 2004 ; Maumet et al. 2005 ; Ben Lellahom et al. 1990]. A ces contraintes physiques, s'ajoutent les contraintes psycho-organisationnelles, déjà évoquées plus haut, dont le rôle dans l'apparition des TMS est maintenant admis [Maumet et al. 2005].

Wright a constaté, dans son étude sur l'absentéisme, que 94% des agents hospitaliers atteints de TMS estimaient que le travail était à l'origine ou aggravait leur pathologie [Wright 1997]. Selon le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, 40% des actifs atteints de problèmes de dos ou des membres l'attribuent à leur travail [Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité 2004].

Un certain nombre de ces pathologies peuvent être déclarées en accident de travail ou maladie professionnelle. Dans une étude sur la réintégration des agents hospitaliers du CHRU de Lille pour problème de santé en 2009, 36,7% des TMS répertoriés étaient occasionnés par des accidents du travail et 1,6% étaient reconnus en maladie professionnelle [Rémy 2010].

La pénibilité du travail est un facteur déterminant pour le maintien dans l'emploi des personnes souffrant de rhumatismes chroniques, qu'il s'agisse de TMS ou de pathologies d'autres origines. Un rhumatisme chronique invalidant sera alors incompatible avec la poursuite d'une activité professionnelle physiquement contraignante.

✓ Données socioprofessionnelles des agents

La plupart des sujets concernés étaient des femmes (91%), dans une proportion comparable à celle de 1993/94 [Koenig 1996]. L'étude de la prévalence des CLM/CLD pour rhumatisme chronique montrait également un taux plus important chez les femmes (0,34%) que chez les hommes (0,17%). Ces données sont en adéquation avec les résultats de

plusieurs études réalisées en milieu hospitalier, qui montrent une **prévalence des TMS supérieure chez les femmes** [Moisan et al. 2008 ; Ben Lellahom et al. 1990].

Les rhumatismes chroniques touchaient préférentiellement les agents de catégorie C. Le bas niveau socio-économique est, d'après certaines études, reconnu comme facteur de risque de passage à la chronicité, notamment pour les lombalgies [Nguyen et al. 2009]. Plus de la moitié des agents étaient soignants, éducateurs ou rééducateurs (aides-soignants en particulier). **La prévalence la plus élevée était, cependant, retrouvée chez les agents techniques et ouvriers** (agents d'entretien notamment avec une prévalence de 1,2%) dont la **moyenne d'âge est particulièrement élevée au CHU de Rouen** et les **contraintes professionnelles** (physiques et psycho-organisationnelles) **importantes**.

Ces résultats corroborent ceux de l'étude de Koenig, menée en 1993/94 [Koenig 1996], ainsi que ceux de Ben Lellahom, dans son étude sur les lombalgies, réalisée dans les principaux hôpitaux de Tunis en 1989 [Ben Lellahom et al 1990]. Ils sont, en revanche, en opposition avec ceux de l'étude de Maumet, sur les TMS en milieu hospitalier, qui montrent une prévalence significativement plus élevée chez les soignants que dans les autres groupes professionnels [Maumet et al. 2005].

Selon Moisan, les soignants les plus concernés sont les **AS** et **ASH** [Moisan et al. 2009]. L'enquête DREES montre que ces agents signalent plus fréquemment des efforts physiques que les autres professionnels des établissements de santé [Le Lan 2004]. Les AS sont plus de 80% à se dire exposés à des contraintes physiques [Le Lan 2004], facteur essentiel de la pénibilité de leur travail [Ragazzini et al. 1993]. D'après l'étude PRESST-NEXT, les indices de manutention et de postures contraignantes sont plus élevées chez les AS que les autres soignants [Estryng-Behar et al. 2004].

Aucune infirmière n'était concernée par ce type de pathologie dans notre étude. Les conditions de travail des infirmiers ne sont pas forcément moins pénibles que celles des autres agents [Le Lan 2005], mais **cette population est plus jeune** que les AS et ASH [Dumas et al. 2006]. Par ailleurs, leurs tâches peuvent varier davantage, et l'évolution vers la fonction de cadre, pour certains, permet de réduire l'exposition aux contraintes physiques [Dumas et al. 2006].

Le pôle viscéral était le plus touché par l'absentéisme CLM/CLD pour rhumatisme chronique (0,6%), suivi de près du pôle EHPAD-USLD (0,5%). D'après Decoster, en plus des contraintes psycho-organisationnelles, particulièrement élevées dans les services

accueillant des personnes âgées, on constate aussi des contraintes physiques plus importantes [Decoster et al. 2011].

✓ Contexte de l'arrêt

En ce qui concerne l'absentéisme au cours des deux années précédant le congé, contrairement à nos attentes, les agents atteints de rhumatismes chroniques avaient été moins longtemps arrêtés que les autres agents. Ils étaient également significativement moins nombreux que ceux atteints de trouble de l'humeur à avoir bénéficié de CLM/CLD antérieurement.

V.2.2.2.3. Cancers

Les pathologies néoplasiques, deuxième cause de CLM/CLD, étaient à l'origine de 17% des congés. Comme nous l'avons déjà évoqué, l'incidence du cancer n'a cessé d'augmenter ces dernières années (+ 1,6% chez la femme et +1,7% en moyenne chez l'homme par an entre 2000 et 2005), mais il semblerait que cette hausse ralentisse depuis 2006 avec stabilisation de l'incidence des principaux cancers [INCa 2010].

La prévalence des cancers, dans notre étude, est difficilement comparable aux données nationales ou locales puisque seule la prévalence des cancers à 5 ans (nombre de personnes ayant eu un diagnostic de cancer au cours des 5 années précédentes) est disponible. D'autre part, rappelons que les agents atteints d'un cancer ne sont pas tous en CLM/CLD et que beaucoup sont retraités, l'âge moyen au diagnostic en France étant de 67 ans chez l'homme et de 64 ans chez la femme [Belot et al. 2008 ; INCa 2010].

Contrairement aux pathologies mentales et rhumatismales, les conditions de travail dans le milieu hospitalier ne semblent pas avoir de rôle significatif dans la genèse de ces pathologies. On n'oubliera, cependant, pas que certains cancers peuvent être d'origine professionnelle ; citons, par exemple, la manipulation de produits CMR par les soignants, l'exposition aux rayonnements ionisants ou encore les discussions sur le lien entre travail de nuit et cancer du sein [Menegaux et al.2012].

V.3. ETUDE DE LA REPRISE A DEUX ANS

V.3.1. Tentatives de reprise : taux, délai et conditions de reprise

Deux ans après la phase initiale de l'étude, un tiers de notre population était encore en arrêt (certaines personnes ayant repris puis rechuté entre 2008 et 2010), un tiers était sorti du CHU (retraité ou décédé) et un tiers était en activité.

Au total, **41% des agents ont fait une tentative de reprise du travail** entre juin 2008 et juin 2010, après une **durée moyenne de congé de 21 mois**.

Cette durée d'arrêt n'est **pas représentative** de l'ensemble des congés, puisqu'un tiers des agents étaient toujours en CLM/CLD lors de l'exploitation des données. La **poursuite de l'étude jusqu'à la fin de tous les congés** aurait permis une évaluation plus fine de la durée moyenne des congés de l'ensemble notre population.

La reprise s'est faite à temps partiel thérapeutique dans la plupart des cas (86%).

Le recours au retour progressif au travail s'est accru depuis l'étude de 1993/94. Il ne concernait, à l'époque, que 54% des reprises [Koenig 1996].

Il s'agit d'une pratique devenue courante, appuyée par les médecins, les professionnels de santé et les interlocuteurs du monde du travail [Durand 2008]. Pour Durand, c'est un outil intéressant, sous réserve que les conditions de reprise soient favorables et que la charge de travail soit adaptée.

Matari et Koenig soulignent que ces reprises progressives peuvent, **parfois, être mal vécues par certains salariés** qui se sentent dévalorisés et considérés par leurs collègues comme des « fardeaux ». Le risque de rechute est alors accru, ces échecs renforçant la faible estime de soi [Koenig 1996 ; Matari 1994].

La reprise a été anticipée par le biais d'une visite de pré-reprise dans plus de la moitié des cas (56%). Ce taux, qui était de 34% en 1993/94 [Koenig 1996], a bien progressé mais reste encore insuffisant.

Paradoxalement, **les agents en CLM/CLD depuis plus d'un an étaient deux fois moins nombreux** que les autres **à avoir sollicité une visite de pré-reprise**. Une des explications possibles peut être le manque d'information concernant l'existence et l'intérêt de ces visites, liée notamment à l'absence d'entretien avec l'assistante sociale. Les assistantes sociales, qui prennent contact avec tous les agents à 90 jours d'arrêt pour les informer sur

leurs droits (et notamment sur la visite de pré-reprise), avaient dû interrompre ce suivi durant une période correspondant au début d'arrêt de certains agents en CLM/CLD depuis plus d'un an.

Des restrictions ont été formulées par le médecin du travail dans 66% des cas. Elles concernaient le plus souvent la manutention et les postures (39%) ainsi que les horaires de travail (20%).

Plus de la moitié des agents ont changé d'affectation, dès la reprise ou dans les mois qui ont suivi (suite à l'avis du médecin du travail dans la majorité des cas).

Seuls 27 dossiers (42% des agents ayant repris) ont été présentés en COME, ce qui montre qu'un **certain nombre de situations sont résolues « hors COME »** : par la direction des soins, la DRH ou directement avec les cadres de santé.

Les dossiers ont été présentés avant la reprise dans les deux-tiers des cas et après dans un tiers des cas.

L'avis de la commission a été plus fréquemment sollicité pour les agents de **moins de 45 ans** ainsi que ceux **en congé depuis moins d'un an**, ces agents étant plus nombreux à avoir eu une visite de pré-reprise.

Les pathologies les plus souvent présentées en COME étaient les pathologies **rhumatismales** (50%) et **mentales** (47%). Ces deux types d'affections sont également les plus fréquemment traités au comité central d'adaptation à l'emploi du CHU de Lille (comité dont la fonction est proche de celle de la COME), comme le montre l'étude de Rémy réalisée en 200 [Rémy 2010].

V.3.2. Facteurs influençant la reprise

V.3.2.1 Influence de la pathologie

La pathologie n'influçait pas de façon significative le taux de reprise ni la durée du congé.

Les agents atteints d'une pathologie mentale semblaient être plus nombreux à avoir repris le travail (47% contre 36% pour les autres agents), mais ce résultat est biaisé par la durée d'étude. En effet, ces agents étaient en arrêt depuis plus longtemps au 30 juin 2008, **leur taux de reprise a donc été évalué plus tardivement** (43 mois en moyenne après le

début du congé contre 39 mois pour les autres pathologies). La durée du congé avant reprise, plus longue chez ces agents (22 mois contre 19 mois), conforte l'existence de ce biais.

Par ailleurs, les agents atteints d'une pathologie mentale étaient plus jeunes et donc moins nombreux à avoir pris leur retraite entre 2008 et 2010 (20% contre 35%).

Dans une revue de la littérature menée par Blank en 2008, celui-ci a constaté que parmi les personnes en arrêt pour dépression au moins 6 mois, les trois-quarts reprenaient le travail à la fin de l'épisode dépressif [Blank 2008].

Les agents atteints d'une pathologie mentale sont relativement nombreux à avoir rechuté après la reprise (29%), dans un délai moyen de huit mois. Rappelons que le congé actuel était déjà une rechute d'un CLM/CLD antérieur (octroyé pour la même pathologie) dans 34% des agents. Dans la majorité des cas, ceux ayant rechuté entre 2008 et 2010 n'étaient pas les mêmes que ceux ayant déjà bénéficié d'un CLM/CLD antérieurement.

La reprise est une étape qui peut s'avérer difficile pour des personnes encore fragiles sur le plan psychique et pas toujours suffisamment bien préparées à la réintégration dans un milieu où les contraintes psycho-organisationnelles sont importantes.

Les agents atteints d'un cancer présentaient également un taux de reprise relativement correct (42% contre respectivement 38% et 30% pour les agents atteints de rhumatismes chroniques et autres pathologies) alors qu'ils étaient en congé depuis moins longtemps (5 mois en moyenne).

Il semblerait donc que ces agents aient tendance à reprendre plus rapidement le travail. On observe, chez les personnes atteintes d'un cancer, une **volonté** souvent plus importante de reprendre le travail et ainsi retrouver une vie sociale et professionnelle, source d'élan et de satisfaction. D'après Peteet, la reprise du travail signifie souvent, pour ces patients, un retour à une vie « normale », vers une utilité de soi pour la société et une victoire sur la maladie [Peteet 2000].

Le taux moyen de retour à l'emploi après cancer est estimé à 62% [Spelten et al. 2002], il varie entre 40 et 80% selon les études, leurs méthodes et les différents types de cancer [Eder-Gouel 2009]. D'après la DREES, la majorité des patients de moins de 58 ans en emploi lors du diagnostic conserve son statut d'emploi deux ans après le diagnostic et la moitié reprend son activité au cours des deux premières années [Malavolti et al. 2006].

D'après Greenwald, les facteurs prédictifs les plus importants de retour à l'emploi chez ces patients sont les séquelles fonctionnelles, le stade de la maladie puis les facteurs liés au travail tels que les contraintes physiques et la flexibilité des horaires de travail [Greenwald 1989], ces contraintes étant élevées dans le milieu hospitalier.

Les agents atteints d'un cancer étaient moins nombreux que ceux atteints d'une pathologie mentale ou d'une pathologie classée dans le groupe « autres » à avoir rechuté après la reprise (18%).

La pathologie des agents peut avoir une influence sur le comportement du collectif de travail lors de la reprise. Certaines pathologies, tels que les cancers, sont souvent source d'empathie de la part des collègues. D'autres, au contraire, peuvent être source d'incompréhension et de rejet, c'est le cas, par exemple, de certaines pathologies mentales, notamment lorsque le groupe considère le collègue comme « faible » et incapable de « tenir » aussi bien que les autres [Aït-Ali et al. 2008].

Cette différence de comportement de la part des collègues peut avoir une influence non seulement sur le taux de reprise (le manque d'empathie des collègues pouvant majorer l'appréhension de l'agent concernant la reprise), mais aussi, et surtout, sur sa réussite. Comme le souligne Aït-Ali, la réaction de l'entourage joue un rôle essentiel dans la réintégration du salarié, notamment lorsque l'agent est psychologiquement fragile [Aït-Ali et al. 2008].

Les agents atteints d'une pathologie rhumatismale sont légèrement moins nombreux à avoir repris le travail.

Paradoxalement, ces agents sont proportionnellement peu nombreux à avoir bénéficié d'une visite de pré-reprise comparés aux autres agents (38% contre 58%) alors que la plupart ont repris avec des restrictions et que, dans la moitié des cas, l'avis de la COME a été nécessaire.

Ces réintégrations, sur poste aménagé dans la plupart des cas, semblent globalement réussies puisque seul un agent avait rechuté au 30 juin 2010.

V.3.2.2 Influence de la durée du congé

Plus de la moitié des reprises se sont faites au cours de la première année de congé (56%), tendance que l'on constatait déjà en 1993/94 [Koenig 1996].

On observe **deux pics de reprise** : un premier autour d'un an d'arrêt et un second, moins important, après deux ans d'arrêt.

Comme le faisait déjà remarqué Koenig en 1996, **la prolongation du congé au delà de un à deux ans ne paraît pas favoriser la réintégration des salariés**, même s'il est incontestable que les congés les plus courts concernent les pathologies les moins lourdes. Selon elle, la majorité des malades susceptibles de reprendre leurs fonctions le font dans les deux premières années [Koenig 1996]. Au-delà, il y a un risque de **déconditionnement à l'emploi** auquel peuvent s'ajouter des **problèmes sociaux** à l'origine d'une désocialisation et d'une pérennisation du congé.

D'autres auteurs, tels que Wright et Nieuwenhuijsen, ont également constaté que la durée du congé pouvait avoir une incidence sur le taux de reprise. Le premier a observé que **le taux de reprise diminuait avec la durée croissante de l'arrêt** [Wright 1997] et le second que l'arrêt (pour pathologie mentale) supérieur à 3 mois était un facteur prédictif d'une durée d'arrêt prolongée [Nieuwenhuijsen et al. 2006].

La durée du congé influe sur le taux de reprise, mais elle **ne semble pas influencer sur la réussite de la réintégration** à court ou moyen terme.

Dans notre étude, 27% des reprises ont été suivies d'une rechute en CLM/CLD, indépendamment de la durée du congé (27% pour les agents en congé moins d'un an et 26% pour ceux arrêtés plus longtemps). Ces échecs sont considérés comme facteur de risque d'incapacité prolongée. Ils peuvent renforcer le faible sentiment d'efficacité des agents [Durand 2008].

V.3.2.3 Influence des facteurs sociodémographiques étudiés

L'âge semble également avoir une influence sur le taux de reprise (67% de reprise pour les moins de 45 ans contre 27% pour les plus âgés).

Comme nous l'avons déjà évoqué, les maladies sont plus graves et le rétablissement plus difficile chez les salariés de plus de 40 ans [Depardieu et al. 1985 ; Chevalier et al. 1992]. N'oublions pas, par ailleurs, qu'à partir d'un certain âge ou d'une certaine ancienneté, les agents peuvent être admis à la retraite. Au 30 juin 2010, on comptait 36% d'agents retraités chez les plus de 45 ans et 9% chez les plus jeunes.

Au total, 22% des moins de 45 ans et 34% des plus de 45 ans étaient encore en congé à cette date.

Plusieurs travaux avaient déjà identifié l'âge (supérieur à 50ans) comme facteur de risque d'une durée d'arrêt prolongée. Selon Cornelius, il existe des preuves solides que cet âge est associé à un retour au travail plus tardif et un risque accru de désinsertion professionnelle [Cornelius 2011]. Une autre étude menée par Nieuwenhuijsen sur les arrêts maladie pour pathologie mentale, a montré qu'il s'agissait de l'un des trois principaux facteurs prédictifs d'une durée d'arrêt prolongée [Nieuwenhuijsen et al. 2006].

Les autres facteurs sociodémographiques étudiés n'influençaient pas de façon significative le taux de reprise.

V.3.2.4 Influence de la catégorie professionnelle et de l'affectation des agents

L'étude du taux de reprise par catégorie de personnel a montré **que les agents administratifs étaient significativement moins nombreux à avoir repris le travail** (17% contre 46%) et que, pour ceux qui avaient repris, la reprise avait eu lieu plus tardivement que chez les autres professionnels (après 29 mois contre 20 mois). Ces résultats sont, toutefois, à prendre avec précaution vu le faible effectif de l'échantillon.

Les soignants présentaient un taux de reprise relativement correct (48%).

Il s'agissait de la catégorie professionnelle la moins souvent présentée en COME (40%), leur reclassement professionnel étant probablement plus souvent organisé directement avec le cadre de santé.

Leur taux de rechute était, par ailleurs, identique à celui des autres catégories (27%).

Le taux de reprise semble être inversement proportionnel au niveau de rémunération (56% de reprise pour les agents de catégorie A, 44% pour ceux de catégorie B et 39% pour ceux de catégorie C), **mais la différence constatée n'est pas significative.**

Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude de Nieuwenhuijsen, sur les arrêts pour maladie mentale, qui ont montré que bas niveau scolaire était un facteur prédictif d'une durée d'arrêt prolongée [Nieuwenhuijsen et al. 2006].

La profession n'influençait pas significativement le taux de réintégration.

On observait, néanmoins, un taux de reprise particulièrement faible chez les adjoints administratifs et, à l'opposé, un taux relativement élevé chez les infirmiers pour lesquels le

jeune âge et la pathologie (mentale ou cancéreuse pour la plupart) ont probablement eu une influence positive.

Les agents d'entretien présentaient également **un taux de réintégration relativement correct** (50%). On observait déjà cette tendance dans l'étude de Koenig, qui montrait que 75% des agents d'entretien avaient tenté une reprise du travail avant la fin de l'étude contre environ un tiers des agents administratifs, soignants et médico-techniques [Koenig 1996]. Le **taux de rechute était**, toutefois, **assez important** chez ces agents puisque la moitié d'entre eux avaient été replacés en CLM/CLD au 30 juin 2010. Ces rechutes sont probablement en lien avec la pénibilité de leur travail, mais aussi, peut-être, avec leur faible taux de visites de pré-reprise.

Le pôle d'affectation semble également avoir une influence sur le taux de reprise.

Les agents affectés à un service « hors pôle » étaient moins nombreux à avoir repris (21% contre 53%), suivis des agents du pôle « Réanimation-Anesthésie-SAMU » et « EHPAD-USLD ». Ces agents étaient, par ailleurs, **plus souvent présentés en COME** lorsqu'une reprise était envisagée. La pénibilité du travail dans ces trois pôles est probablement un facteur déterminant.

A l'inverse, les agents des pôles « Tête et Cou » et « Femme-Mère-Enfant » étaient relativement nombreux à avoir été réintégrés (respectivement 70% et 63%).

Le taux de reprise des agents du pôle « Femme-Mère-Enfant » est, cependant, à nuancer car leurs réintégrations ont eu lieu assez tardivement (après 29 mois d'arrêt contre 19 mois pour les autres agents) et leur suivi a été proportionnellement plus long (puisque au 30 juin 2008, ils étaient en arrêt, en moyenne, depuis 3 mois de plus que les autres agents).

V.4. ACTIONS MISES EN PLACE ET PRECONISATIONS AFIN DE FACILITER LE RETOUR ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

L'étude a montré que la répartition des CLM/CLD n'était pas homogène dans la population hospitalière et que certains facteurs pouvaient avoir une influence sur le taux de congé et de reprise.

Quelques pistes d'actions individuelles et collectives peuvent alors être proposées afin de réduire ces facteurs de risque d'arrêt prolongé et ainsi limiter la désinsertion professionnelle.

L'**accompagnement vers la reprise** des agents en congé, d'une part, et l'**amélioration des conditions de travail**, d'autre part, paraissent être deux points essentiels et complémentaires afin de limiter la désinsertion professionnelle des agents. Une telle démarche, associant approche individuelle et collective, s'est avérée concluante au CHU de Grenoble [Michel et al. 2007].

V.4.1. Approche individuelle : prévention de la désinsertion professionnelle des agents en CLM/CLD

Comme nous avons pu le constater dans cette étude, la durée du congé a une influence sur le taux de reprise. Globalement, plus le temps passe, moins les chances de reprise sont importantes. **La prévention de la désinsertion professionnelle doit donc se faire précocement, dès les premiers mois d'arrêt.**

Plusieurs études concernant notamment les pathologies mentales [Karlson et al. 2010 ; Van Oostrom et al. 2008 ; Wright 1997] et les rhumatismes chroniques [Michel et al 2007 ; Loisel et al. 1996 ; Valat 2005] vont dans ce sens.

Pour les patients lombalgiques, on sait que 4 à 7% des douleurs évoluent vers la chronicité avec incapacité de travailler de plus de six mois. Les chances de retour au travail ne sont alors que de 50% après 6 mois d'absence et 25% après 1 an [Loisel et al. 1996].

La prévention du passage à la chronicité doit donc se faire précocement car l'invalidité lombalgique se détermine tôt, le cap « critique » se situerait durant le deuxième mois d'évolution [Valat 2005].

De nombreux programmes ont été proposés pour améliorer le retour au travail des lombalgiques en phase subaiguë ou chronique tels que des **interventions multidisciplinaires**, des **interventions cognitivo-comportementales**, des « **traitements par exercice physique** », les « **écoles du dos** » et les « **programme de réentraînement au travail** » [Mairaux 2005 ; Bontoux et al. 2004 ; Guzman et al. 2001 ; Ozguler et al. 2004].

D'après les données de la littérature, **les interventions précoces et pluridisciplinaires visant à la fois le patient et le milieu de travail** tel que le modèle de Sherbrooke

semblent être plus efficace [Loisel et al. 1996 ; Chamoux 2002 ; Loisel et al. 1997 ; Loisel et al. 2002 ; Anema et al. 2007 ; Michel et al. 2007 ; Bontoux et al. 2004]. Ces études utilisent le plus souvent plusieurs interventions de façon combinée telles que la **modification des méthodes de travail**, **l'adaptation du milieu de travail** (ergonomie participative), le **retour progressif** au travail et certaines méthodes de **réadaptation** (reconditionnement à l'effort, rassurance, éducation, gestion du stress et approche cognitivo-comportementale) [Chamoux 2002 ; Michel et al. 2007 ; Loisel et al. 1996, Loisel et al. 1997 ; Loisel et al. 2002 ; Anema et al. 2007 ; Bontoux et al. 2004].

Ce type d'intervention semble également extrapolable aux autres TMS ainsi qu'aux pathologies mentales [Michel et al. 2007]. Plusieurs études ont montré l'intérêt des actions en milieu de travail dans le cadre des arrêts prolongés pour troubles mentaux (dépression, anxiété, épuisement professionnel, trouble de l'adaptation) [Van Der Klink et al. 2003 ; Blonk et al. 2006 ; Karlson et al. 2010 ; Lagerveld et al. 2012 ; Michel et al. 2007 ; Andersen et al. 2012]. Les résultats semblent également meilleurs lorsque l'intervention est précoce [Karlson et al. 2010].

De nombreuses études ont aussi souligné l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire pour la reprise du travail après un cancer (prise en charge physique, psychologique, sociale et professionnelle) [Eder-Gouel 2009].

Le CHU de Grenoble propose, par exemple, aux patients atteints d'un cancer du sein ou du colon des programmes de réadaptation fonctionnelle avec accompagnement pluridisciplinaire visant, notamment, à réduire leur fatigue [Eder-Gouel 2009].

Au CHU de Rouen, une **consultation pluridisciplinaire d'aide à la reprise du travail après cancer** a été mise en place en 2006. Ces consultations ont pour but d'évaluer l'aptitude à la reprise, d'informer sur les possibilités de reprise (temps partiel thérapeutique, invalidité, aménagement de poste, etc) et d'aider dans les démarches médico-administratives. Elles permettent de mettre en relation les patients avec les partenaires essentiels de la réinsertion, d'effectuer le lien entre l'équipe médicale assurant la prise en charge thérapeutique et le milieu du travail ainsi que de soutenir le salarié d'un point de vue social et psychologique.

Le soutien psychologique centré sur le retour au travail, proposé lors de ces consultations, semble jouer un rôle déterminant pour la reprise du travail, comme le constate Eder-Gouel [Eder-Gouel 2009]. De Blasi explique que le temps de la médecine n'est pas le temps

psychologique. On ne passe pas du statut de malade à celui de bien portant dès l'annonce de la rémission. Les patients ne sont alors plus malades mais éprouvent encore des effets de la maladie ou des traitements. Le sentiment d'un manque d'empathie de l'entourage, vécu par certains, peut expliquer la difficulté à se sentir à sa place parmi les autres, notamment au travail. La phase de rémission entraîne des réaménagements psychiques et parfois un vécu douloureux qui méritent d'être pris en considération dans l'accompagnement vers la reprise d'une activité professionnelle [De Blasi 2011].

Le bilan de cette consultation pluridisciplinaire, réalisée en 2008 par Eder-Gouel, montre qu'il s'agit d'une aide intéressante et appréciée pour le retour dans l'emploi après cancer et que **le fait de consulter précocement après la fin du traitement favoriserait la reprise du travail** [Eder-Gouel 2009].

Le même type de consultation, réalisé par un intervenant extérieur qui assure une transition entre le milieu de soins et le milieu du travail, pourrait également être préconisé pour les agents atteints de pathologies mentales et rhumatismales.

Quelque soit la pathologie en cause, les arrêts prolongés peuvent avoir des conséquences négatives sur l'individu, le travail étant socialement bénéfique pour le respect de soi, l'identité, la santé et le bien être général [Andersen et al. 2012].

Le **maintien d'une relation avec le monde du travail** pendant l'arrêt permet de limiter la désinsertion socioprofessionnelle et peut avoir un rôle déterminant dans le processus de retour à l'emploi [Dujin et al. 2010].

Au CHU de Rouen, **les assistantes sociales contribuent à garder ce lien** en prenant contact avec tous les agents à 90 jours d'arrêt pour les informer sur leurs droits et leur proposer un suivi annuel. Ces entretiens peuvent aussi être l'occasion de rappeler l'intérêt de la visite de pré-reprise ou d'orienter les agents vers la psychologue du travail.

Le retour à l'emploi est complexe et multifactoriel. Il dépend non seulement de l'évolution de la pathologie, mais aussi de facteurs psychosociaux et professionnels qui contribuent parfois à accentuer certains symptômes (douleurs, angoisses, etc) et génèrent des craintes quant à un retour éventuel au travail [Chamoux 2002]. Pour Saint-Arnaud, **la reprise demeure une étape difficile** qui suscite craintes et angoisses [Saint-Arnaud et al. 2003], parfois à l'origine d'une prolongation de l'arrêt maladie.

L'accompagnement vers la reprise avec soutien psychologique est donc essentiel et devrait être systématique pour cette population relativement fragile.

Le médecin du travail, par le biais des **visites de pré-reprise**, peut faciliter la réintégration [Wright 1997]. Il peut entendre les difficultés des salariés, identifier certains obstacles au retour à l'emploi et parfois proposer certaines démarches médico-administratives, telles que la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé dont l'effet positif a été démontré pour certaines pathologies [Eder-Gouel 2009]. Suite à ces visites, il peut préparer la reprise en collaboration avec différents interlocuteurs (COME, psychologue, ergonome, encadrement, direction). **Des aménagements de poste de travail ou un reclassement professionnel peuvent alors être étudiés par cette équipe pluridisciplinaire en amont de la reprise.**

Ces consultations ont donc un rôle majeur dans le processus de retour à l'emploi mais ne sont malheureusement pas suffisamment sollicitées, comme l'a confirmé notre étude (seuls 56% des agents en ont bénéficié avant de reprendre le travail). Le recours à ces visites, qui devrait être systématique, doit absolument être encouragé.

Les **visites de pré-reprise** permettent parfois de rassurer le salarié à la veille d'une reprise mais ne sont pas toujours suffisantes. C'est pourquoi, depuis fin 2011, le service de santé au travail du CHU de Rouen expérimente un **dispositif d'accompagnement à la reprise du travail**. Cette démarche consiste en un **accompagnement infirmier** de l'agent avant, pendant et après la reprise. Elle concerne les agents en arrêt de travail depuis un an ou plus ainsi que ceux pour qui la reprise est présumée très difficile.

Une première **consultation de « Maintien des Capacités au Travail »**, actuellement proposée en binôme avec le médecin du travail sera, par la suite, réalisée en parallèle de la visite de pré-reprise. Cette consultation permet d'élaborer un « **projet de reprise** » et d'orienter l'agent vers différents acteurs (assistantes sociales, psychologue du travail, COME, ergonome). Au moment de la reprise, l'infirmier peut être amené à prendre contact avec la direction des soins, la DRH ou le cadre de santé. Une évaluation des obstacles et un suivi du « **contrat de transition professionnelle** » est alors assuré. L'infirmier travaille en **collaboration étroite** avec le médecin du travail qui voit l'agent en visite de reprise. Celui-ci est ensuite revu après la reprise afin d'assurer un suivi des restrictions et recueillir son ressenti.

Cet accompagnement peut également être renforcé par l'intervention du **psychologue du travail** lorsque l'état psychologique de l'agent le nécessite. Le soutien psychologique, en aidant l'agent à trouver lui-même les meilleurs stratagèmes pour affronter la reprise,

peut lui permettre de se sentir revalorisé et ainsi reprendre confiance en lui. Il joue un **rôle important dans les mécanismes d'adaptation**, en particulier dans le retour à l'emploi.

Le psychologue intervient au niveau individuel mais **peut également intervenir auprès du collectif de travail** afin de préparer le retour du collègue convalescent, comme le préconise Aït-Ali [Aït-Ali et al. 2008]. Ce dernier explique que la réaction de l'entourage joue un rôle essentiel dans la réintégration du salarié, notamment lorsque l'agent est psychologiquement fragile [Aït-Ali et al. 2008]. Plusieurs auteurs notent également que le **soutien du collectif de travail peut avoir un effet déterminant sur la réussite de la reprise** à temps plein [Andersen et al. 2012 ; Strunin et al. 2000 ; Saint-Arnaud et al. 2003].

La reprise du travail doit donc s'inscrire dans une **démarche pluridisciplinaire** où interviennent non seulement assistantes sociales, médecins du travail, infirmiers en santé au travail, psychologue et ergonome mais aussi DRH, direction des soins et cadre de santé afin d'envisager l'affectation et ainsi inscrire l'agent dans une **démarche concrète de réintégration**. La COME, qui devrait être un acteur principal dans cette démarche, ne semble pas être souvent intervenu en amont de la reprise dans notre étude. Sa contribution précoce peut, cependant, être intéressante et devrait être généralisée.

L'étude précoce des possibilités d'affectation et d'aménagement de poste présente plusieurs intérêts. Elle permet, non seulement à l'agent mais aussi au collectif de travail, de **se préparer à la reprise**.

Par ailleurs, **la recherche d'un poste adapté aux capacités restantes de l'agent avant la séance du comité médical statuant sur la reprise peut favoriser le retour précoce au travail**. En effet, le poste retenu peut ainsi être communiqué au comité et éclairer leur avis. La communication entre comité médical départemental et médecin du travail est devenue pratique courante dans certains CHU. Il s'agit, en général, d'une participation aux séances du comité médical par le médecin du travail ou de la transmission de rapports écrits par celui-ci [Hérin et al. 2009].

La préparation pluridisciplinaire et précoce de la reprise permet de faciliter le retour à l'emploi mais doit être organisée et clairement définie afin d'accompagner au mieux les agents au cours de la démarche. La formalisation d'un parcours type faisant intervenir les différents acteurs pourrait être rassurante pour ces patients souvent anxieux.

Une réintégration bien préparée permettra, également, de réduire les échecs qui sont considérés comme **facteur de risque d'incapacité prolongée** et peuvent renforcer le faible sentiment d'efficacité des agents [Durand 2008].

L'équipe pluridisciplinaire peut aussi intervenir **en amont de l'arrêt, pour favoriser le maintien dans l'emploi des agents présentant des difficultés à leur poste**. Comme le laisse présumer l'absentéisme relativement important des agents au cours des deux années précédant le CLM/CLD, l'absentéisme de courte durée peut être une première étape d'un processus de dégradation de la santé à l'origine d'une désinsertion professionnelle.

Une **intervention au cours de cette période d'absences répétées** pourrait probablement, dans certains cas, favoriser le maintien dans l'emploi et éviter la prolongation des arrêts.

V.4.2. Approche collective : prévention primaire et secondaire

Comme nous l'avons déjà évoqué, les conditions de travail semblent avoir une influence sur le taux de congé et de reprise. La pénibilité physique et/ou mentale, particulièrement élevée pour certains professionnels, peut non seulement être un frein à la reprise, mais peut aussi être mise en cause dans la genèse des pathologies à l'origine d'arrêts prolongés. Les interventions visant à l'amélioration des conditions de travail ont donc un **double intérêt** pour le maintien dans l'emploi : elles permettent d'agir non seulement en **prévention tertiaire**, mais aussi en prévention **primaire** et **secondaire**.

Ce type d'intervention devra se limiter, dans un premier temps, aux services où les conditions sont les plus pénibles. Des secteurs d'action prioritaires devront donc être déterminés, ces derniers pouvant être les plus touchés par les CLM/CLD ou ceux regroupant le plus grand nombre d'agents en congé.

Une analyse des contraintes (physiques, psychologiques et organisationnelles) est un pré-requis indispensable à toute intervention afin d'établir un diagnostic et élaborer un projet adapté à chaque situation ou service [Michel et al. 2007]. Plusieurs études insistent sur l'intérêt d'une **démarche participative** afin de permettre à tous les agents de s'impliquer dans le fonctionnement et l'organisation du service [Fanello et al. 2003 ; Michel et al. 2007 ; Saint-Arnaud et al. 2010 ; Bourbonnais et al. 2005]. Plusieurs pistes d'actions peuvent ainsi être étudiées. Il peut s'agir, notamment, de solutions portant sur

l'organisation du travail, l'aménagement du temps de travail, l'adaptation des locaux, l'acquisition de matériel ergonomique ou encore la promotion des **formations**.

Les interventions portant sur l'organisation du travail visent à diminuer l'impact des contraintes psychosociales en agissant directement à la source [Saint-Arnaud et al. 2010]. Plusieurs études ont montré leurs effets positifs, non seulement sur **l'amélioration de l'environnement psychosocial**, mais aussi sur la **santé des salariés** et la **réduction de l'absentéisme** [Saint-Arnaud et al. 2010 ; Stansfeld et al. 1999 ; Michie et al. 2003].

Les préconisations d'ordre organisationnel les plus souvent retrouvées dans la littérature sont la **promotion du travail d'équipe**, de la **communication** et du **soutien psychologique** [Michel et al. 2007 ; Bourbonnais et al. 2005 ; Estryn-Behar et al. 2005 ; Fanello et al. 2003 ; INRS 2011], le manque de communication ainsi que les mauvaises relations au travail majorant le risque de dépression [Bonnetterre et al. 2010]. Les auteurs recommandent, par exemple, de mettre en place des groupes de travail afin de faire participer l'équipe aux prises de décisions, d'améliorer les transmissions en leur dédiant un temps d'échange suffisant, ou encore de former des groupes de paroles pour améliorer le vécu au travail. Selon Estryn-Behar, les soignants qui peuvent débattre des questions professionnelles dans leur service (choix d'horaires, organisation du travail, qualité des soins, etc) seraient moins touchés par les troubles mentaux tels que la dépression, l'insomnie et le burnout [Estryn-Behar et al. 2004].

Une répartition de la charge de travail ou des effectifs, une réorganisation du service ou une clarification des rôles sont également parfois proposées [Michel et al. 2007 ; Bourbonnais et al. 2005 ; Estryn-Behar et al. 2005 ; Fanello et al. 2003 ; INRS 2011]. Fanello insiste sur la nécessité d'agir sur la **reconnaissance globale au travail** plutôt que de se contenter d'agir sur certains éléments de l'organisation tels que les horaires ou les affectations dans les services [Fanello et al. 2003].

Ces interventions peuvent également contribuer à **réduire l'apparition des TMS**. De nombreux articles mettent l'accent sur la nécessité d'actions globales de prévention agissant sur les contraintes physiques mais aussi psycho-organisationnelles dans la prévention des TMS [Moisan et al. 2009]. La réorganisation des tâches peut, par exemple, permettre d'alléger la charge physique des agents, notamment en favorisant le travail en collaboration [Estryn-Behar et al 1990 (1)] et en limitant les interruptions de tâches qui sont fréquentes et perturbent considérablement le travail [Trichard et al. 2009].

L'aménagement des locaux et l'acquisition de matériel ergonomique restent, toutefois, **des domaines d'action prioritaires pour réduire les contraintes physiques** [Estry-Behar et al. 1990].

Plusieurs études ont montré l'efficacité du **réaménagement participatif de l'environnement** sur la réduction des arrêts pour TMS [Estry-Behar et al. 2005].

Dans son étude sur la charge physique du personnel soignant menée en 1990, Estry-Behar concluait que la conception des locaux devait tenir compte des aspects organisationnels et que les problèmes d'ambiance thermique devaient faire l'objet d'études très précises de façon à atténuer la pénibilité des postes de travail. Elle ajoutait que le mobilier devait correspondre aux dimensions de confort et être conçu pour favoriser le travail assis. Elle préconisait également la généralisation des lits à hauteur variable et du matériel de manutention dans toutes les chambres [Estry-Behar et al. 1990 (1)].

Malheureusement, plusieurs études indiquent que les équipements d'aide à la manutention disponibles dans les services sont souvent peu utilisés [Moisan et al. 2009]. L'introduction de ce type de matériel nécessite une **démarche d'accompagnement du changement** qui n'est pas toujours optimale. La participation des professionnels au choix du matériel, la formation à leur bonne utilisation ainsi que la construction de marges de manœuvre dans l'organisation du travail sont indispensables [Moisan et al. 2009]. L'utilisation de ces aides techniques nécessite une bonne collaboration entre collègues, un temps imparti suffisant et parfois un aménagement des locaux. A l'hôpital gériatrique Charles-Foix d'Ivry-sur-Seine, l'acquisition d'équipement d'aide à la manutention et la mise en place d'une formation continue à la manutention a permis de réduire de 42% les accidents du travail liés aux manutentions manuelles [Ravallec et al. 2009].

Le recours aux formations sur les techniques de manutention est essentiel pour prévenir les accidents. Estry-Behar rappelle, toutefois, que sans mesures ergonomiques portant sur l'aménagement des locaux, la conception du matériel et l'organisation du travail en collaboration, l'efficacité de l'enseignement des techniques de manutention fait l'objet d'une remise en cause [Estry-Behar et al. 1990 (1)].

D'autres types de formations peuvent également être préconisés pour améliorer le vécu au travail des salariés. Plusieurs études ont montré l'efficacité de certaines formations visant à améliorer la santé mentale des salariés. Parmi ces formations, nous pouvons citer celles sur

la gestion du stress, le soutien au travail, la communication, la réactivité en situation d'agressivité et de violence et la lutte contre la maltraitance [Michie et al. 2003].

Des interventions participatives visant à améliorer les conditions de travail ont déjà porté leurs fruits dans plusieurs centres hospitaliers.

Au Centre Hospitalier de Lourdes, une telle démarche visant à améliorer l'organisation, l'aménagement du temps de travail, les infrastructures et matériels ainsi que la coordination, le management et la gestion des ressources humaines ont permis de réduire l'absentéisme de près de 62% de façon durable. Une réduction de tous les types d'absence a été observée y compris l'absentéisme pour CLM/CLD [Danos 2002].

Le même type de démarche avec intervention sur l'organisation du travail et recours aux formations a permis d'obtenir le même résultat à l'hôpital de Blois, avec diminution de l'absentéisme de 80%, tout type d'absence confondu [Arezki 2005].

D'autres pistes d'actions collectives peuvent également être mises en place. Parallèlement aux interventions visant à améliorer les conditions de travail, le médecin du travail et l'infirmier en santé au travail peuvent également jouer un rôle en **prévention secondaire**. Observateurs privilégiés, ils peuvent avoir connaissance de la souffrance physique et psychique des agents et les orienter, si nécessaire, vers le milieu de soins pour une prise en charge adaptée et précoce. Ils peuvent également contribuer à l'instauration de mesures adéquates pour atténuer la souffrance liée au travail [Fanello et al. 2003].

Comme l'affirme Stansfeld, l'identification et le traitement précoce des troubles mentaux courants réduisent le risque d'arrêt de longue durée [Stansfeld et al. 2011].

Le **dépistage précoce** des troubles de l'humeur, principale cause de CLM/CLD, peut être réalisé au **niveau individuel, lors des visites périodiques**, mais aussi au **niveau collectif grâce à des questionnaires standardisés**.

Richer a montré la faisabilité et le faible coût d'une étude de la prévalence des phénomènes dépressifs chez le personnel hospitalier grâce à l'administration d'un questionnaire simple (questionnaire de Zung)[Richer et al. 1989]. De nombreux questionnaires sont disponibles pour le dépistage des problèmes de santé mentale, de détresse psychologique et d'épuisement professionnel [Fuhrer et al. 1989 ; Sheehan et al. 1997 ; Kessler et al. 1998 ; Kessler et al. 2002 ; Dion et al. 1994]. D'autres questionnaires peuvent également aider à évaluer la demande psychologique, l'autonomie décisionnelle, le soutien du collectif (job

content questionnaire) ainsi que l'équilibre effort/reconnaissance (échelle de Siegrist) [Brisson et al. 1998 ; Niedhammer et al. 2000].

L'identification de cas groupés ou de niveaux de détresse psychologique élevés peut justifier la nécessité de s'engager dans une démarche d'amélioration des conditions de travail [Saint-Arnaud et al. 2010] dont la première étape sera l'analyse de l'organisation et des conditions de travail par un psychologue du travail.

D'autres pathologies peuvent également être dépistées, en médecine du travail ou en médecine générale, telles que certains cancers ou facteurs de risque cardiovasculaire. La prévention et la prise en charge précoce de certaines pathologies peuvent en limiter les répercussions sur l'état de santé global et le risque d'arrêt maladie prolongé.

D'une façon générale, la **prévention primaire** en agissant notamment sur les conditions de travail, la **prévention secondaire** par le biais du dépistage des pathologies mentales, mais aussi cancéreuses ou rhumatologiques et la **prévention tertiaire** via l'aide à la réintégration des agents en CLM/CLD et à leur maintien dans l'emploi permettent de **limiter la désinsertion professionnelle des agents**.

VI. CONCLUSION

Les congés de longue maladie et de longue durée, sources majeures de désinsertion professionnelle et de dégradation des conditions de travail, concernaient 2,2% des agents hospitaliers au 30 juin 2008 et affectaient tout particulièrement les agents administratifs, techniques (agents d'entretien en particulier) et soignants exerçant en EHPAD.

L'étude a montré que la **pathologie mentale** était la principale cause d'arrêt, loin devant les pathologies néoplasiques et rhumatismales. Selon plusieurs auteurs, la prévalence de la souffrance mentale, particulièrement élevée à l'hôpital, s'expliquerait, en partie, par un niveau élevé de contraintes psychologiques et organisationnelles.

La pénibilité physique et mentale du travail ne favorise pas le maintien dans l'emploi des personnes avec limitation d'aptitude et peut même, dans certains cas, être un facteur déterminant de l'aggravation voire de l'apparition de pathologies.

D'autres facteurs semblent également avoir une influence sur le taux de CLM/CLD ainsi que sur leur durée, tels que l'âge et le niveau socio-économique. On note, par ailleurs, que les chances de reprise ont tendance à diminuer avec la durée croissante du congé, ce qui confirme la nécessité **d'intervenir précocement pour prévenir la désinsertion professionnelle**.

Comme le confirment certaines études, une **approche pluridisciplinaire** fondée sur une **prise en charge individuelle et collective** permet de réduire sensiblement cet absentéisme et ainsi améliorer les conditions de travail. La **prévention tertiaire**, qui consiste à favoriser la reprise rapide du travail, doit s'accompagner de mesures de **prévention collectives primaires et secondaires** visant à l'amélioration des conditions de travail. De nombreuses études ont démontré leur efficacité sur la santé mentale et physique des salariés ainsi que sur la réduction de l'absentéisme, en particulier lorsqu'il s'agit de démarches participatives.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Afsa C, Givord P.** Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie. Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques – Série des Documents de Travail de la Direction des Etudes et Synthèse Economique 2006.
- [2] **Aït-Ali B, Lesieur G.** Guide pratique pour l’insertion et le maintien dans l’emploi des personnes handicapés psychiques. Première Edition. Octarès Editions 2008.
- [3] **Albédo Conseil.** Audit absentéisme CHU de Rouen. 2011.
- [4] **ANACT.** La concertation, un remède contre la démobilité. Travail et Changement ANACT 2005 ; 300 : 5-8.
- [5] **Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S.** Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. Scand J Work Environ Health 2012 ; 38(2) : 93-104.
- [6] **Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, De Vet HC, Knol DL, Loisel P, Van Mechelen W.** Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. Spine 2007 ; 32(3) : 291-8.
- [7] **Arezki S.** Une charte de prévention contre l’absence. Travail et Changement ANACT 2005 ; 300 : 9.
- [8] **Basset B, Beck F, Briffault X, Chan Chee C, Guignard R, Guilbert P, Lamboy B, Rolland du Roscoat E, Sapinho D.** La dépression en France – Enquête Anadep 2005. Etudes Santé INPES 2009. URL : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>
- [9] **Belot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G, Remontet L, Benhamou E, Chérié-Challine L et al.** Estimation nationale de l’incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. Maladies Chroniques et Traumatismes InVS 2008.
- [10] **Ben Lellahom L, Gharbi R, Ben Hmida A, Zakraoui L, Ben Hafsa L, Boulares M, Daoud S, Kilani A, Nafti N, El Euch M, Romdhane N, Chennoufi M, Kodja F, Ben Salah F, Ghachem A.** La lombalgie en milieu hospitalier. Arch Mal Prof 1990 ; 51(6) : 399-404.

- [11] **Blank L, Peters J, Pickvance S, MacDonald E, Wilford J.** Systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil* 2008 ; 18(1) : 27-34.
- [12] **Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman ILD.** Treatment of work-related psychological complaints: A randomized field experiment among self-employed. *Work Stress* 2006 ; 20 : 129-44.
- [13] **Boitel L, Courthiat MC, Demogeot F.** Etude de la maladie dépressive en milieu de travail. *Arch Mal Prof* 1990 ; 51(8) : 553-65.
- [14] **Bonneterre V, Jolivet A, Lang T, Caroly S, Ehlinger V, Sobaszek A, De Gaudemaris R.** Evaluation des contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO) chez les soignants : cohorte ORSOSA et applications. *Arch Mal Prof* 2010 ; 71(3) : 489-92.
- [15] **Bontoux L, Roquelaure Y, Billabert C, Dubus V, Sancho PO, Colin D, Bami L, Moisan S, Fanello S, Penneau-Fontbonne D, Richard I.** Etude du devenir à un an de lombalgies chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique. Recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail. *Ann Readapt Med Phys* 2004 ; 47 : 563-72.
- [16] **Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Lower A.** Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital. *Occup Environ Med* 2006 ; 63(5): 326-34.
- [17] **Bourbonnais R, Comeau M, Dion G, Vézina M.** Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en Centre hospitalier au Québec. Département d'ergonomie, Faculté de médecine et Equipe de recherche Impacts sociaux et psychologiques du travail – Université Laval 1997.
- [18] **Bourbonnais R, Gauthier N, Vézina M, Viens C, Durand PJ, Brisson C, Alderson M, Bégin P, Ouellet JP.** Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. *Pistes* 2005 ; 7(2).
- [19] **Bourbonnais R, Vinet A.** L'absence au travail comme indicateur de santé : signification, mesures et conditions d'utilisation. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1989 ; 37 : 173-82.
- [20] **Brisson C, Blanchette C, Guimont C, Dion G, Moisan J, Vézina M, Dagenais GR, Masse L.** Reliability and validity of the French Version of the 18-Item Karasek Job Questionnaire. *Work Stress* 1998 ; 12(4) : 322-36.

- [21] **Cailleau G.** Qui sont les aides-soignants et les agents de service en maison de retraite ? Arch Mal Prof 1996 ; 57 : 396-8.
- [22] **Cariven L.** Un enjeu important : la gestion de l'absentéisme au Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique 2004.
- [23] **Chamoux A.** Evolution récente des concepts dans la prise en charge des lombalgies. Arch Mal Prof 2002 ; 63(1) : 1-19.
- [24] **Chaupain-Guillot S, Guillot O.** Les absences au travail : une analyse à partir des données françaises du Panel européen des ménages. Econ Stat 2007 ; 408-409 : 45-75.
- [25] **Chevalier A, Chastang JF, Blanc C.** L'absentéisme pour raison médicales à Electricité et Gaz de France : comparaison selon le sexe. Sci Soc Sante 1987 ; 5(3-4) : 19-40.
- [26] **Chevalier A, Golberg M.** L'absence au travail : indicateur social ou indicateur de santé ? Sci Soc Sante 1992 ; 10(3) : 44-65.
- [27] **Commission des DRH de CHU - Groupe de travail « Absentéisme et CHU »** Etude sur l'absentéisme médical du personnel non médical 2005-2006-2007-2008. 2009.
- [28] **Cornelius LR, Van Der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S.** Pronostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. J Occup Rehabil 2011 ; 21(2) : 259-74.
- [29] **Courty B, Buisson J, Compagnone P.** Risque d'épuisement professionnel chez les soignants en gériatrie : une approche centrée sur la personne. Psychol Neuropsychiatr Vieil 2004 ; 2(3) : 215-24.
- [30] **Danos JP, Pinchon C.** Exemple de résolution de l'absentéisme dans le département Gériatrie du Centre Hospitalier de Lourdes. Gestions Hospitalières 2002 ; 421 : 795-800.
- [31] **De Blasi G, Bouteyre E, Rollin L.** Consultation pluridisciplinaire d'aide à la reprise du travail après un cancer : psychopathologie de la rémission et retour à l'emploi. Psychooncology 2011 ; 5 : 40-44.
- [32] **Decoster A, Fort E, Leroyer A, Camus I, Charbotel B.** Conditions de travail et santé des salariés travaillant auprès des personnes âgées. Arch Mal Prof 2011 ; 72(1) : 13-23.

- [33] **Depardieu D, Lollivier S.** Les facteurs de l'absentéisme. *Economie et Statistique* 1985 ; 176 : 15-26.
- [34] **Dexia Sofcah.** Absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers - 2008. *Analyse et Conjoncture* 2009.
- [35] **Dexia Sofcah.** Les absences au travail dans les établissements hospitaliers. *Enjeux Statistiques* 2004 ; 4.
- [36] **Dion G, Tessier R.** Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Malash et Jackson. *Can J Behav Sci* 1994 ; 26 : 210-27.
- [37] **DGOS (Direction générale de l'offre de soins).** Synthèse annuelle des données sociales hospitalières Année 2008. URL : <http://www.sante.gouv.fr/donnees-sociales-hospitalieres.html>. Paru en mars 2011, Consulté le 09/12/11.
- [38] **Dolan SL, Arsenault A, Lizotte JP, Abenhaim L.** L'absentéisme hospitalier au Québec: aspects culturels et socio-démographiques. *Relations Industrielles* 1983 ; 38(1) : 45-57.
- [39] **Dujin A, Maresca B.** La question du maintien dans l'emploi après une longue maladie dans les entreprises françaises. *La revue de l'IRES* 2010 ; 67(4) : 39-58.
- [40] **Dumas A, Le Lan R.** Age et conditions de travail dans les établissements de santé. Données sociales : La société française INSEE 2006. URL: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06ys.pdf
- [41] **Dumond JP.** Vieillissement du personnel hospitalier et absentéisme pour raison de santé. *Gestion Hospitalière* 2004 ; 440 : 715-19.
- [42] **Durand MJ.** Le retour progressif au travail est-ce la solution ? *Le Médecin du Québec* 2008 ; 43(12) : 91-3.
- [43] **Eder-Gouel K.** Analyse de la consultation de reprise du travail après cancer. Thèse pour le doctorat en Médecine Rouen 2009.
- [44] **Estryn-Behar M.** Risques psycho-sociaux à l'hôpital et en EHPAD, comprendre et agir. Publi-crédation News Laboratoires Pfizer 2012.
- [45] **Estryn-Behar M, Ben-Brik E, Le Nézet O, Affre A, Arbieu P, Bedel M, Bonnet N, Derrienic F, Fayet C, Gadier G, Lorient M, Salbreux R, Caillard JF.** La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002. Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT. *Arch Mal Prof* 2004 ; 65(5) : 413-37.

- [46] **Estry-Behar M, Fouillot JP.** Etude de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins. Documents pour le Médecin du Travail 1990 ; 41 : 27-33.
- [47] **Estry-Behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlan C, Azoulay S, Giorgi M.** Stress at work and mental health status among female hospitals workers. Br J Ind Med 1990 ; 47(1) : 20-8.
- [48] **Estry-Behar M, Le Nezet O, Bonnet N, Gardeur P.** Comportement de santé du personnel soignant – Résultats de l'étude européenne Presst-Next. Presse Med 2006 ; 35(10) : 1435-46.
- [49] **Estry-Behar M, Le Nezet O, Duville N.** Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe – Prévention des départs prématurés de la profession. Résultats de l'enquête PRESST-NEXT 2005. URL : <http://www.presst-next.fr/pdf/Brochure2005.pdf>.
- [50] **Estry-Behar M, Salbreux R, Paoli M, Le Nezet O.** La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. La Revue Geriatr 2007 ; 32(2) : 95-110.
- [51] **Fanello S, Ripault B, Heuze V, Roquelaure Y, Verrier S, Kandouci BA, Penneau-Fontbonne.** Souffrance psychique liée au travail : étude réalisée chez 456 soignants d'un centre hospitalier universitaire. Arch Mal Prof 2003 ; 64(2) : 70-6.
- [52] **Fauquet M.** L'absentéisme : enquête au C.H.R.U. de Rouen. Thèse pour le doctorat en médecine Rouen 1991.
- [53] **Fuhrer R, Rouillon F.** La version française de l'échelle CES-D (Center For Epidemiology Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation. Psychiatrie et Psychobiologie 1989 ; 4 :163-6.
- [54] **Golberg M, Leclerc A.** Une approche épidémiologique de l'absentéisme pour raison de santé est-elle dénuée de tout fondement? Sci Soc Sante 1983 ; 1(2) : 25-9.
- [55] **Greenwald HP, Dirks SJ, Borgatta EF, McCorkle R, Nevitt MC, Yelin EH.** Work disability among cancer patients. Soc Sci Med 1989 ; 29 (11) : 1253-9.
- [56] **Guzman J, Esmail R, karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C.** Multidisciplinary rehabilitation for chronic low pain : systematic review. BMJ 2001 ; 322(7301) : 1511-6.

- [57] **Hérin F, Desroziers K, Soulat JM.** Contraintes psycho-organisationnelles et douleurs des membres supérieurs chez les soignants : analyse transversale du recueil 2006 de la cohorte ORSOSA. Arch Mal Prof 2010 ; 71(3) : 485-6.
- [58] **Institut National du Cancer (INCa).** La situation du cancer en France en 2010. Rapports et Synthèses 2010. URL : <http://www.e-cancer.fr>.
- [59] **INRS.** Etablissements de soins- Prendre en compte l'organisation du travail. 2011. URL : www.inrs.fr. Consulté le 02/06/12.
- [60] **Karasek RA.** Job demands, job decisions latitude and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q 1979 ; 24(2) : 285-308.
- [61] **Karlson B, Jönsson P, Palsson B, Abjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, Osterberg K.** Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout-a prospective controlled study. BMC Public Health 2010 ; 10 : 301.
- [62] **Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, Walters EE, Zaslavsky AM.** Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med 2002 ; 32(6):959-76.
- [63] **Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU.** The world Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). Int J Methods Psychiatr Res 1998 ; 7(4) : 171-85.
- [64] **Koenig I.** C.L.M./C.LCD. Etude sur douze mois au C.H.U. de Rouen. Mémoire pour l'obtention du D.E.S. de Médecine du Travail Rouen 1996.
- [65] **Lafossas-Leynaud S.** Enquête épidémiologique sur les CLM-CLD et MP du personnel hospitalier - 23 établissements participants - Année 2007. URL : clmclmdp-hospitalier.pagesperso-orange.fr. Consulté le 12/05/12.
- [66] **Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meil L, Schaufeli WB.** Work-Focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study. J Occup Health Psychol 2012 ; 17(2) : 220-34.
- [67] **Le Lan.** Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. Etudes et Résultats DREES 2004 ; 335.
- [68] **Le Lan.** Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typographie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail. Etudes et Résultats DREES 2005 ; 373.

[69] **Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T.** Depression in hospital-employed nurses. Clin Nurse Spec 2012 ; 26(3) : 177-82.

[70] **Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile J, Suissa S, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, Lemaire J.** A population-Based, Randomized Clinical Trial in Back Pain Management. Spine 1997 ; 22(24) : 2911-8.

[71] **Loisel P, Durand P, Gosselin L, Simard R, Turcotte J.** La clinique des maux de dos – Un modèle de prise en charge, en prévention de la chronicité. Etudes et Recherches IRSST 1996 ; Rapport 140.

[72] **Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand M, Champagne F, Stock S, Diallo B, Tremblay C.** Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. Occup Environ Med 2002 ; 59(12) : 807-15.

[73] **Mairaux P.** Travailleurs lombalgiques – Bases scientifiques des programmes de « retour au travail ». Dossier Médico-Technique 2005 ; 101 : 23-29.

[74] **Malavolti L, Mermilliod C, Bataille P, Compagnon C, Moatti JP.** Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic. Etudes et Résultats DREES 2006 ; 487.

[75] **Matari M.** Absentéisme pour congé de longue maladie et longue durée au C.H.U. de Rouen. Mémoire pour l'obtention du D.E.S.S. d'ingénierie de l'innovation Rouen 1994.

[76] **Maumet S, De Gaudemaris R, Caroly S, Balducci F.** Facteurs associés à la prévalence des troubles musculo-squelettiques en milieu hospitalier. Arch Mal Prof 2005 ; 66(3) : 236-43.

[77] **Menegaux F, Truong T, Anger A, Cordina-Duverger E, Lamkarkach F, Arveux P, Kerbrat P, Févotte J, Guénel P.** Night work and breast cancer : A population-based case-control study in France (the CECILE study). Int J Cancer 2012.

[78] **Michel E, Amar A, Josselin V, Caroly S, Merceron G, De Gaudemaris R.** Evaluation d'une stratégie pluridisciplinaire de maintien et retour au travail au CHU de Grenoble. Arch Mal Prof 2007 ; 68(5) : 474-81.

[79] **Michie S, Williams S.** Reducing work related psychological ill health and sickness absence : a systematic literature review. Occup Environ Med 2003 ; 60 : 3-9.

[80] **Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité.** Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq. Premières Synthèses DARES 2004 ; 19(1).

- [81] **Moisan S, Caroly S, Juret I, Brinon C, Josselin V, Guiho-Bailly MP, Tripodi D, Penneau-Fontbonne D, Roquelaure Y.** Prévenir les troubles musculosquelettiques chez les soignants : connaître les expositions et étude des outils d'aide à la manutention. Arch Mal Prof 2009 ; 70(1) : 13-27.
- [82] **Nguyen C, Poiraudreau S, Revel M, Papelard A.** Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Rev Rhum Ed Fr 2009 ; 76(6) : 537-42.
- [83] **Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S.** Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. Scand J Work Environ Health 1998 ; 24(3) : 197-205.
- [84] **Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A.** Etudes de qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. Rev Epidemiol Sante Publique 2000 ; 48(5) : 419-37.
- [85] **Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, De Boer AG, Blonk RW, Van Dijk FJ.** Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. Scand J Work Environ Health 2006 ; 32(1) : 67-74.
- [86] **Ozguler A, Loisel P, Boureau F, Leclerc A.** Efficacité des interventions s'adressant à des sujets lombalgiques, du point de vue du retour au travail. Rev Epidemiol Sante Publique 2004 ; 52(2) : 173-88.
- [87] **Peteet JR.** Cancer and the meaning of work. Gen Hosp Psychiatry 2000 ; 22(3) : 200-5.
- [88] **Piques C.** Vers la mise en place d'une stratégie de maîtrise de l'absentéisme au Centre Hospitalier de Montauban. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique 2004.
- [89] **Ragazzini I, Coulon S, Caillard JF, Paris C.** Conditions de travail et santé des aides-soignants. Arch Mal Prof 1993 ; 54(1) : 5-11.
- [90] **Ravallec C, Brasseur G, Bondéelle A, Vaudoux D.** Personnels soignants en milieu hospitalier – Des performances sous perfusion. Travail et Sécurité 2009 ; 693 : 24-39.
- [91] **Rémy C.** Problématique du maintien dans l'emploi : suivi des agents hospitaliers du CHRU de Lille réintégrés pour problème de santé en 2009. Mémoire pour le D.E.S. de Médecine du Travail Lille 2010.
- [92] **Richer M, Savard M, Norbert A.** Prévalence des phénomènes dépressifs chez le personnel du Centre hospitalier de Valleyfield. Sante Ment Que 1989 ; 144(1) : 202-3.

[93] **Rogez I.** Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes – Synthèse sur les conditions de travail et les actions de prévention. Les dossiers de l'ARACT Nord-Pas de Calais 2009.

[94] **Rousseau T.** Absentéisme dans les entreprises : comprendre pour prévenir. Travail et Changement ANACT 2005 ; 300 : 2-4.

[95] **Rugulies R, Bultmann U, Aust B, Burr H.** Psychosocial Work Environment and Incidence of Severe Depressive Symptoms: Prospective Findings from a 5-year Follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. Am J Epidemiol 2006 ; 163(10) : 877-87.

[96] **Saint-Arnaud L, Gignac S, Gourdeau P, Pelletier M, Vézina M.** Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail. Pistes 2010 : 12(3).

[97] **Saint-Arnaud L, Saint-Jean M, Rhéaume J.** De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale. Sante Ment Que 2003 ; 28(1) : 193-211.

[98] **Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC.** The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCIP-P and its reliability. Eur Psychiatry 1997 ; 12(5) : 232-41.

[99] **Siegrist J.** Adverse health effects of high effort low-reward conditions. J Occup Health Psychol 1996 ; 1(1) : 27-41.

[100] **Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH.** Factors reported to influence the return to work of cancer survivors : a literature review. Psychooncology 2002 ; 11(2) : 123-31.

[101] **Stanfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG.** Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. Occup Environ Med 1999 ; 56(5) : 302-7.

[102] **Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J.** Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. Occup Environ Med 2011 ; 68 : 408-13.

[103] **Strunin L, Boden LI.** Paths of reentry : employment experiences of injured workers. Am J Ind Med 2000 ; 38 : 373-84.

[104] **Thébaud A, Lert F.** Absentéisme et santé. Une revue critique de la littérature. Sci Soc Sante 1983 ; 1(2) : 7-24.

- [105] **Trichard A, Vignaud MC, Herin F, Gabinski P, Broessel N, Druet-Cabanac PM, Caroly S, Lang T, De Gaudemaris R, Sobaszek A.** Contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants (CPO) : présentation de l'étude ORSOSA. Arch Mal Prof 2009 ; 70(1) : 28-35.
- [106] **Valat JP.** Facteurs de chronicisation des lombalgies communes. Rev Rhum Ed Fr 2005 ; 72(5) : 373-5.
- [107] **Van Der Doef M, Maes S.** The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. Work Stress 1999 ; 13(2) : 87-114.
- [108] **Van Der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, Van Dijk FJ.** Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. Occup Environ Med 2003 ; 60(6) : 429-37.
- [109] **Van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, De Vet HCW, Knol DL, Van Mechelen W.** Cost-effectiveness of a workplace intervention for sick-listed employees with common mental disorders: design of a randomized controlled trial. BMC Public Health 2008 ; 8(12). URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/12>
- [110] **Vlassenko E, Willard JC.** Absentéisme: le poids des facteurs collectifs. Econ Stat 1985 ; 164 : 39-51.
- [111] **Wright ME.** Long-term sickness absence in an NHS teaching hospital. Occup Med (Lond) 1997 ; 47(7) : 401-6.

RESUME

Les CLM/CLD, sources majeures de désinsertion professionnelle, sont une vraie préoccupation pour le CHU de Rouen. L'objectif de cette étude était d'étudier leur prévalence, les caractéristiques socio-médico-professionnelles des agents concernés ainsi que leur réintégration. L'étude s'est déroulée en deux temps. Nous avons, tout d'abord, fait une étude transversale au 30/06/08 puis nous avons étudié le devenir des 155 agents à 2 ans. Les résultats ont montré que 2,2% des agents du CHU étaient en CLM/CLD. Les pathologies mentales étaient les principales causes d'arrêt (48%), suivies des cancers (17%) et rhumatismes chroniques (14%). Notre population, d'âge moyen 47,7 ans, était composée d'une majorité de soignants de catégorie C (AS et ASH en particulier). La prévalence par secteur professionnel montrait un taux relativement élevé chez les agents de catégorie C, les administratifs, les agents d'entretien et les soignants du pôle « EHPAD-USLD ». Au 30/06/10, 41% des agents avaient été réintégrés, après 21 mois d'arrêt en moyenne, à temps partiel thérapeutique dans 86% des cas et avec restriction dans 66% des cas. Les agents ayant significativement moins repris étaient les agents administratifs, ceux « hors pôle », les plus de 45 ans et ceux en congé depuis plus d'un an au 30/06/08. Le taux de visite de pré-reprise était de 56% et celui d'intervention de la COME de 42%. Ce travail a confirmé la nécessité d'intervenir précocement pour prévenir la désinsertion professionnelle. Les interventions pluridisciplinaires fondées sur une prise en charge individuelle et collective visant à améliorer les conditions de travail sont préconisées afin de réduire sensiblement cet absentéisme.

Mots clés : congé de longue durée, congé de longue maladie, CLM, CLD, réintégration, agents hospitaliers.