

NOVEMBRE 2016

# PANORAMA

des absences au travail pour raison de santé  
dans **les collectivités territoriales**  
en **2015**



**sofaxis**

L'EXPERT EN ASSURANCE  
DU MONDE TERRITORIAL

# SOMMAIRE

**Sofaxis** est le leader des courtiers en assurances pour les Fonctions publiques territoriale et hospitalière et un expert en matière d'accompagnement social et de services dans les domaines de la performance des organisations et de la santé au travail.

**Sofaxis** publie chaque année depuis 15 ans des notes de conjoncture relatives aux absences pour raison de santé dans les collectivités locales.

Les notes sont consultables sur le site Internet : [www.sofaxis.com](http://www.sofaxis.com)

Retrouvez nos avis d'experts sur le blog Expertises Publiques : [www.blog-expertises-publiques.com](http://www.blog-expertises-publiques.com)



<b>L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE MESURE</b>	<b>p. 4</b>
Les indicateurs de mesure des absences au travail pour raison de santé	p. 5
La gravité des absences : le taux d'absentéisme	p. 7
La gravité des absences : la durée moyenne d'arrêt	p. 8
La fréquence des absences : le nombre d'arrêts pour 100 agents employés	p. 9
L'exposition des agents aux absences : la proportion d'agents absents	p. 10
D'autres indicateurs de mesure des absences	p. 11
<b>LE COÛT DES ABSENCES</b>	<b>p. 14</b>
<b>LA MALADIE ORDINAIRE</b>	<b>p. 16</b>
<b>L'ACCIDENT DU TRAVAIL</b>	<b>p. 22</b>
<b>FOCUS SUR LES PETITES COLLECTIVITÉS DE MOINS DE 3 000 HABITANTS</b>	<b>p. 28</b>
<b>L'IMPACT FINANCIER DES ARRÊTS MALADIE SUR LE BUDGET DES AGENTS</b>	<b>p. 32</b>
<b>PAROLE D'EXPERTS</b>	
- Dans quelles circonstances utiliser l'expertise médicale ?	p. 12
- Agents en difficultés : quels dispositifs mettre en œuvre ?	p. 20
- Pénibilité et usure professionnelle, deux notions complémentaires sur lesquelles agir en collectivité	p. 26
- Qu'en est-il de la gestion de la relation usagers dans les collectivités ?	p. 31
<b>Conclusion</b>	<b>p. 36</b>
<b>Méthodologie</b>	<b>p. 37</b>
<b>Lexique</b>	<b>p. 37</b>

## ÉDITO

**Pierre Souchon**  
**Directeur du Département**  
**Ingénierie Services**

**En 2015, les absences pour raison de santé au sein des collectivités territoriales sont en hausse. Les agents territoriaux ont été plus nombreux à connaître un arrêt, plus souvent et plus longtemps que les années précédentes. Si la mise en œuvre du jour de carence avait entraîné une modération des indicateurs d'absences en Maladie Ordinaire en 2012 et 2013, en 2015, les absences dépassent les seuils de 2011.**

Le secteur public local est aujourd'hui engagé dans un mouvement de mutations majeures et durables. La recomposition des territoires, en cours de mise en œuvre en 2016, se préparait l'an passé. À la veille des transformations, les collectivités territoriales se sont attachées en 2015 à dessiner les contours de leurs futures organisations. Par-delà leurs spécificités propres, les Métropoles qui se construisent, les intercommunalités qui se rapprochent, les villes nouvelles qui se constituent partagent le même constat : plus que jamais la gestion des ressources humaines s'impose parmi les clefs de réussite de ces transformations. Sur l'engagement des agents dans leurs nouvelles missions, sur leur adhésion aux projets de leurs nouveaux employeurs repose la performance de la Réforme territoriale. Relever le défi de la construction de nouvelles identités professionnelles, réussir le rapprochement des équipes, partager le sens des réformes comme clef de la performance attendue des changements en cours demeurent parmi les valeurs cardinales des agents territoriaux.

Les principes de protection sociale prévus par le Statut de la Fonction publique font directement peser sur l'employeur territorial la majeure partie du coût des absences pour raison de santé. Mais au-delà des coûts directs (indemnités journalières, frais médicaux le cas échéant), c'est bien l'ensemble des coûts indirects (remplacement, désorganisation, perte de qualité du service rendu à l'utilisateur, notamment) qui sont à prendre en considération dans la construction d'une politique de santé au travail. Le management des absences pour raison de santé, plus généralement la promotion de la qualité de vie au travail, constituent sans doute aujourd'hui des chantiers essentiels à l'heure où les marges de manœuvre budgétaires se restreignent. La coordination des actions de gestion des métiers et des compétences, de prévention des inaptitudes, de maîtrise de l'employabilité à tous les âges de la carrière professionnelle, de professionnalisation du management se coordonnent autour d'une conviction partagée, vérifiée par l'expérience : loin de s'opposer, performance des organisations et qualité de vie au travail se profitent mutuellement. La mobilisation des équipes forge au quotidien la qualité du service rendu à l'utilisateur, tout autant que la satisfaction des attentes de ce dernier constitue le moteur essentiel de l'engagement des agents. Expertes des enjeux de la santé au travail et de la prévention des risques psychosociaux, les équipes de Sofaxis l'observent chaque jour au fil de leurs diagnostics, et partagent leurs retours d'expérience avec vous.

Depuis plus de quinze ans, Sofaxis publie chaque année ses notes de conjoncture sur les absences pour raison de santé, à l'attention des décideurs des collectivités territoriales. Cette note est le résultat de l'observation, année après année, d'un échantillon statistique inégalé de plus de 360 000 agents territoriaux. En cette période riche d'évolutions à conduire, de décisions à formuler, de changements à opérer, puisse cette édition vous apporter des éléments d'appréciation éclairants. L'ensemble des équipes de Sofaxis se joint à moi pour vous souhaiter une excellente lecture du document.

Publication réalisée et diffusée par : SOFAXIS

Directeur de la publication : Pierre Souchon

Rédaction : Équipe statistique

Contact collectivités :

Tél. : 02 48 48 15 15 - Fax : 02 48 48 15 16  
[relations.clients@sofaxis.com](mailto:relations.clients@sofaxis.com)

Contact presse :

• SOFAXIS - Cathy Guibouret

Tél. : 02 48 48 14 95  
[relationspresse@sofaxis.com](mailto:relationspresse@sofaxis.com)

• Agence EKNO - Marie-Charlotte Chevalier

Tél. : 06 43 28 20 85  
[marie-charlotte.chevalier@ekno.fr](mailto:marie-charlotte.chevalier@ekno.fr)



# LES INDICATEURS DE MESURE DES ABSENCES AU TRAVAIL POUR RAISON DE SANTÉ

## Indicateurs de mesure des absences



La mesure des absences au travail pour raison de santé nécessite de s'appuyer sur des indicateurs rigoureux, robustes et éprouvés, afin de produire une analyse pertinente.

3 facteurs indissociables sont à prendre en considération dans cette mesure de l'absentéisme :

- 1) les agents des collectivités eux-mêmes ;
- 2) leurs arrêts ;
- 3) la durée de ces arrêts, qui varie en fonction de la pathologie.

Une méthode de calcul identique, année après année pour chaque indicateur, assure la pérennité de l'évolution des données.

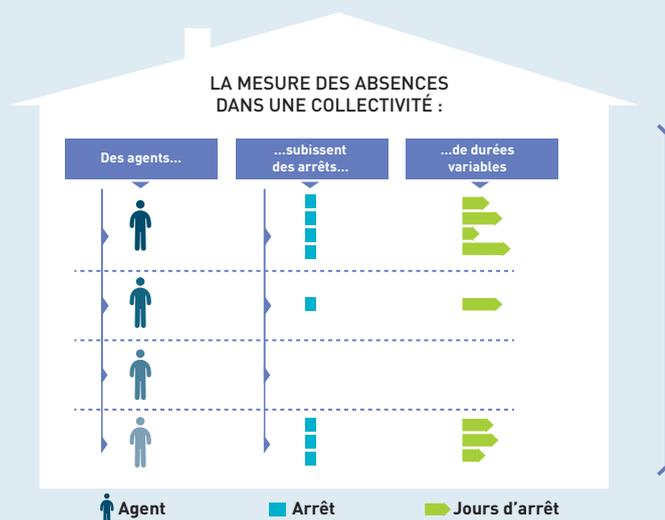
## En quoi consiste la mesure ?

Schématiquement, sur une population étudiée, les agents vont subir des arrêts qui vont durer plus ou moins longtemps. C'est la combinaison de ces 3 facteurs qui permet le calcul dans le temps (évolution d'une année sur l'autre ou sur plusieurs) et dans l'espace (par type d'agents ou de collectivités équivalentes) de l'ensemble des indicateurs d'absence au travail pour raison de santé.

### 3 indicateurs principaux sont mesurés :

- L'étude de la durée des arrêts (en jours) permet de déterminer la gravité des absences.
- La répétition des arrêts (en nombre) indique la fréquence des absences.
- Le nombre d'agents concernés par des arrêts détermine l'exposition d'une population au risque d'absences.

### LA MESURE DES ABSENCES DANS UNE COLLECTIVITÉ :



### COMMENT SE MESURE L'ABSENTÉISME ?

À la somme des est associée la **GRAVITÉ**

Au nombre de est associée la **FRÉQUENCE**

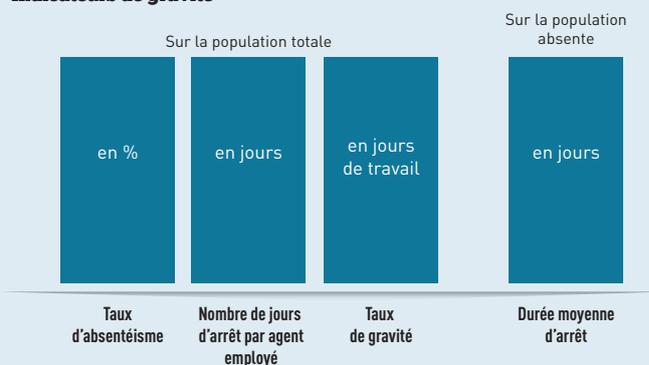
Le nombre de  $\times$  le nombre de = L'**EXPOSITION**  
la somme de

## Les indicateurs de gravité

La gravité, ou durée des absences, se définit notamment par les indicateurs suivants :

- **taux d'absentéisme théorique (TAT)** : part du temps de travail perdu en raison des absences ;
- **nombre de jours d'arrêt par agent employé** : temps de travail moyen perdu par agent employé en raison des absences ;
- **taux de gravité** : nombre de journées perdues pour 1 000 heures travaillées ;
- **durée moyenne d'arrêt** : mesure la gravité moyenne d'un arrêt.

### Indicateurs de gravité



## Les indicateurs de fréquence

La fréquence, ou répétition des arrêts, se définit notamment par les indicateurs suivants :

- **nombre d'arrêts par agent employé** : mesure le rapport du nombre d'arrêts à l'effectif total étudié ;
- **taux de fréquence** : nombre d'arrêts pour 1 million d'heures travaillées ;
- **fréquence d'arrêt** : mesure le caractère répétitif des arrêts des agents absents, soit le nombre moyen d'arrêts par agent absent.

### Indicateurs de fréquence



## Les indicateurs d'exposition

L'exposition, ou part des agents, absents se définit notamment par les indicateurs suivants :

- **proportion d'agents absents** : mesure la part des agents ayant présenté au moins un arrêt, quelle que soit sa nature (maladie ordinaire, maternité, longue maladie/longue durée, accident du travail) sur la période étudiée ;
- **proportion d'agents accidentés** : mesure la part des agents ayant présenté au moins un accident, quel que soit son type (service, trajet, maladie professionnelle) sur la période étudiée.

### Indicateurs d'exposition



**Le mode de calcul des indicateurs d'absence au travail pour raison de santé est défini dans le lexique disponible en fin de document.**

# LA GRAVITÉ DES ABSENCES - LE TAUX D'ABSENTÉISME

**Évolution du taux d'absentéisme tous risques confondus (base 100 en 2007)**



**Part de chaque nature d'arrêt dans le taux d'absentéisme (2007 à 2015) (en %)**



**Évolution du taux d'absentéisme par nature d'arrêt (base 100 en 2007)**



**Le taux d'absentéisme permet de calculer un nombre moyen d'agents absents. Ainsi, en 2015, une collectivité de 100 agents titulaires aura constaté, en moyenne, l'absence de plus de 9 d'entre eux toute l'année, pour raison de santé.**

**Le taux d'absentéisme, indicateur de gravité, qui mesure la part des absences dans le temps de travail poursuit sa progression depuis 2007.**

Toutes natures d'arrêts confondus, le taux d'absentéisme progresse de 26 % en 8 ans, il s'établit à 9,3 % en 2015.

Cela signifie qu'une collectivité qui emploie 100 agents titulaires a en moyenne constaté sur un an l'absence de plus de neuf d'entre eux pour raison de santé.

Alors que le taux d'absentéisme croît de façon constante d'environ 2 % par an depuis 2010, il augmente de 6 % entre 2014 et 2015.

**La maladie ordinaire concentre la part la plus importante des jours d'arrêt** et est ainsi le premier contributeur au taux d'absentéisme : sa part varie entre 41 et 47 % chaque année.

La longue maladie/longue durée représente, quant à elle, environ un tiers du taux d'absentéisme global (entre 31 et 36 %).

L'accident du travail totalise entre 12 et 15 % de l'ensemble. En complément, la maternité équivaut à une part d'environ 10 % du global pour chacun des exercices étudiés.

Quelle que soit la nature d'arrêt, l'évolution du taux d'absentéisme affiche une augmentation, à l'exception de la maternité, globalement en baisse depuis huit ans.

La maladie (maladie ordinaire et longue maladie/longue durée) croît de manière ininterrompue de 26 % en huit ans et accuse une forte hausse entre 2014 et 2015.

**C'est l'accident du travail qui présente la plus forte progression : + 52 % depuis 2007.**

L'augmentation de la durée des arrêts et le vieillissement de la population expliquent notamment ce phénomène.

# LA GRAVITÉ DES ABSENCES - LA DURÉE MOYENNE D'ARRÊT

## En 2015, la durée moyenne des arrêts est de 36 jours, toutes natures d'absences confondues

La durée moyenne d'arrêt, qui mesure le temps de travail perdu rapporté au nombre d'arrêts, s'établit à 36 jours en 2015, toutes natures d'absences confondues.

Elle atteint 225 jours en longue maladie/longue durée et 103 jours en maternité. En accident du travail, la durée moyenne est de 58 jours et de 20 jours en maladie ordinaire.

Les risques de longue durée sont statutairement ceux qui affichent les durées moyennes d'absence les plus importantes.

Toutes natures d'arrêts confondues, la durée moyenne d'arrêt progresse de 5 % entre 2007 et 2015.

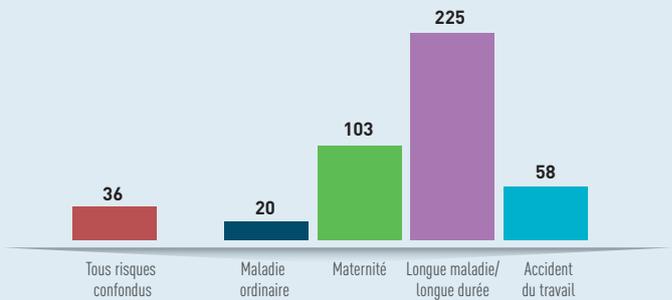
Elle passe de 34 à 36 jours en huit ans et retrouve ainsi en 2015 son niveau de 2010.

L'inversion de la tendance est notamment liée aux modalités statutaires de prise en charge en maladie ordinaire, qui entraînent une augmentation des arrêts courts pour cette nature d'arrêt et font baisser de ce fait la durée moyenne des arrêts. Le poids de la maladie sur l'ensemble influence ainsi la tendance globale, toutes natures d'absences confondues.

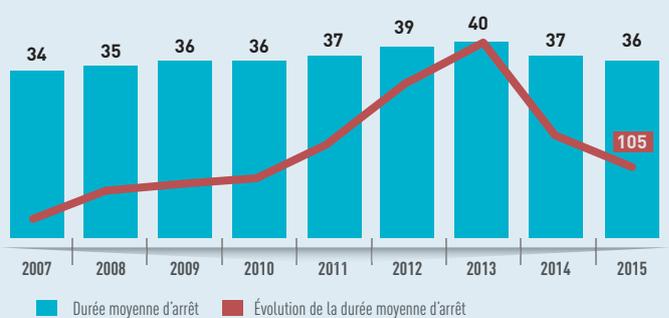
## L'évolution de la durée moyenne d'arrêt depuis huit ans est différente selon la nature d'arrêt considérée :

- elle est stable en maternité,
- elle progresse modérément en longue maladie/longue durée,
- globalement stable en maladie ordinaire jusqu'en 2011, elle augmente en 2012 et 2013 pour s'infléchir en 2014 puis en 2015 (en raison d'une hausse importante du nombre des arrêts courts par rapport aux plus longs),
- elle augmente fortement en accident du travail.

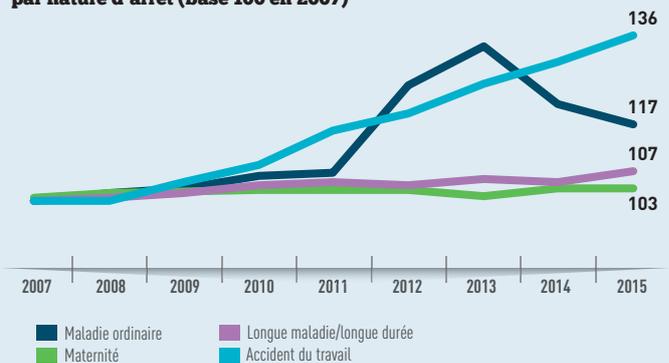
### Durée moyenne d'arrêt (en jours) tous risques confondus et par nature en 2015



### Durée moyenne d'arrêt (en jours) tous risques confondus et son évolution (base 100 en 2007)



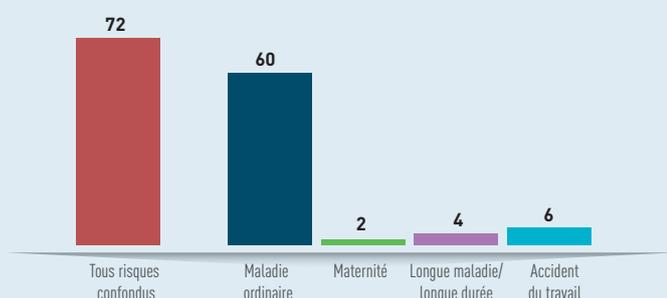
### Évolution de la durée moyenne d'arrêt par nature d'arrêt (base 100 en 2007)



# LA FRÉQUENCE DES ABSENCES - LE NOMBRE D'ARRÊTS POUR 100 AGENTS EMPLOYÉS

**En 2015, toutes natures d'arrêts confondues, la fréquence atteint 72 arrêts pour 100 agents employés**

**Nombre d'arrêts pour 100 agents employés tous risques confondus et par nature en 2015**



Le nombre d'arrêts pour 100 agents employés exprime la fréquence des absences survenus sur une population étudiée.

**En 2015, celle-ci atteint 72 arrêts pour 100 agents employés.**

Ce sont les arrêts en maladie ordinaire qui sont les plus fréquents (83 % d'entre eux), suivent les absences en accident du travail (environ 9 %).

Les arrêts en longue maladie/longue durée et en maternité complètent l'ensemble avec 5 % et 3 % du total.

**Nombre d'arrêts pour 100 agents employés tous risques confondus et son évolution (base 100 en 2007)**

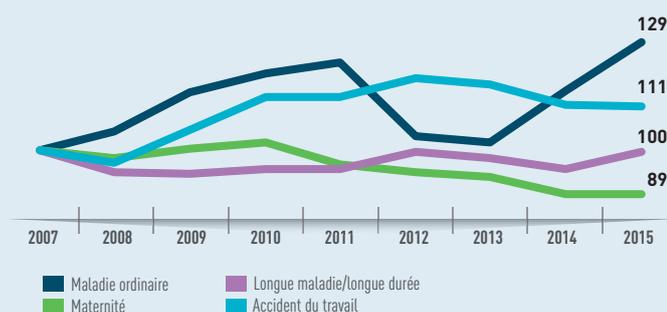


Cet indicateur de fréquence affiche une augmentation importante entre 2007 et 2011. Celle-ci est due notamment à l'aggravation combinée des arrêts courts en maladie ordinaire et des accidents du travail.

Entre 2011 et 2013, la baisse des arrêts maladie de courte durée, expliquée notamment par la mise en place d'un jour de carence, est importante.

Du fait des modifications législatives liées à la maladie ordinaire, cette tendance s'inverse en 2014 et en 2015 avec l'augmentation de la fréquence.

**Évolution du nombre d'arrêts pour 100 agents employés par nature d'arrêt (base 100 en 2007)**



Le détail de la fréquence par nature d'arrêt enseigne l'évolution particulière de la maladie ordinaire : une forte augmentation entre 2007 et 2011, une baisse significative en 2012 et 2013, puis de nouveau une augmentation à compter de 2014.

En longue maladie/longue durée, l'évolution affiche une évolution modérée depuis 2007. Pour sa part, la maternité diminue globalement sur la période.

La fréquence en accident du travail globalement à la hausse jusqu'en 2012, tend à baisser légèrement depuis 2013.

## L'EXPOSITION DES AGENTS AUX ABSENCES – LA PROPORTION D'AGENTS ABSENTS

### La part des agents absents au moins une fois dans l'année est de 44 % en 2015

L'exposition permet de mesurer, sur un effectif déterminé, la part des agents ayant subi au moins une absence sur la période d'étude.

La proportion d'agents qui connaissent au moins une absence en 2015 est de 44 %.

75 % d'entre eux présentent des absences en maladie ordinaire, 14 % en accident du travail, 7 % en longue maladie/longue durée et 4 % en maternité.

L'exposition des agents aux absences pour raison de santé augmente de 19 % depuis 2007.

Après une hausse notable entre 2007 et 2011 (de + 14 %), cet indicateur affiche une baisse en 2012 et se stabilise en 2013. Le fléchissement du nombre d'agents absents en maladie ordinaire sur l'exercice explique ce phénomène.

En revanche, depuis 2014, la tendance observée s'inverse. L'impact des absences en maladie ordinaire, également constaté sur la fréquence, influe tout autant sur cet indicateur.

Comme pour la fréquence, l'évolution de l'exposition est contrastée selon la nature d'arrêt étudiée.

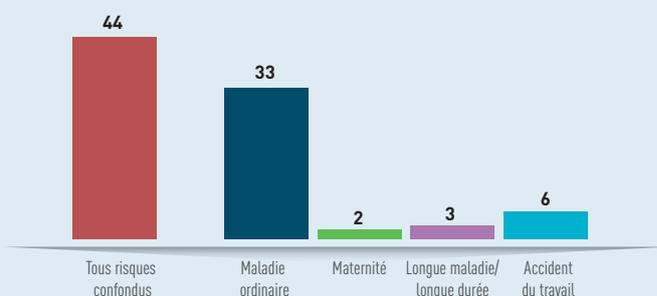
En maternité, la tendance est à la baisse (probablement du fait du vieillissement global de la population active).

En longue maladie/longue durée, l'exposition reste globalement stable sur la période d'étude.

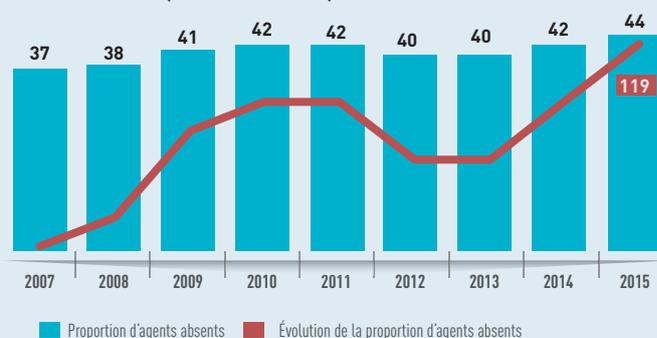
En maladie ordinaire, le nombre d'agents absents repart à la hausse depuis 2014 après une période de stabilité entre 2012 et 2013.

En accident du travail, la part des agents absents affiche une très légère diminution en 2015.

Proportion d'agents absents (en %) tous risques confondus et par nature en 2015



Proportion d'agents (en %) tous risques confondus et son évolution (base 100 en 2007)

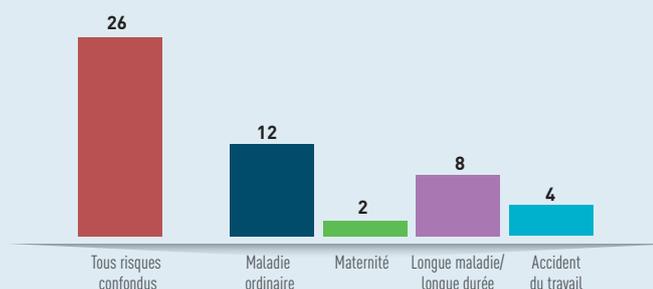


Évolution de la proportion d'agents absents par nature d'arrêt (base 100 en 2007)

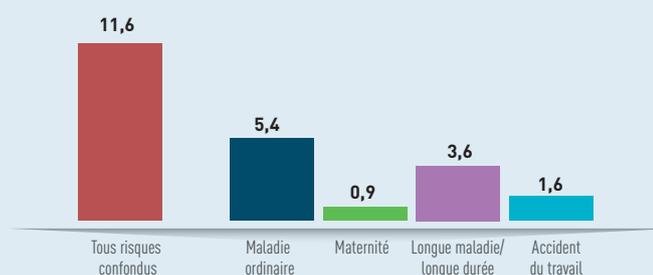


## D'AUTRES INDICATEURS DE MESURE DES ABSENCES

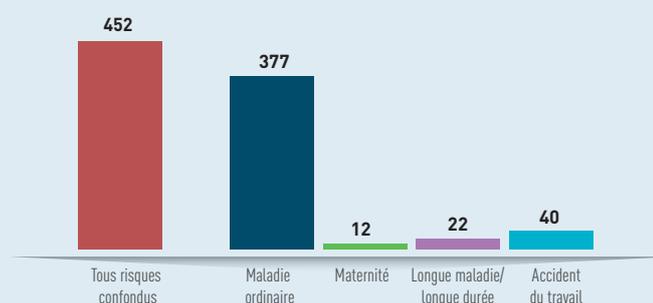
**Nombre de jours d'arrêt par agent employé tous risques confondus et par nature en 2015**



**Taux de gravité tous risques confondus et par nature en 2015**



**Taux de fréquence tous risques confondus et par nature en 2015**



**Proportion d'agents accidentés en 2015**



### Gravité des absences :

Le nombre de jours d'arrêt par agent employé (également indicateur de gravité) illustre le poids des arrêts sur l'effectif employé.

**En 2015, les absences représentent 26 jours pour chaque agent CNRACL. Selon leur nature ces absences équivalent à : 12 jours pour la maladie ordinaire, 8 jours pour la longue maladie/longue durée, 4 jours pour l'accident du travail et 2 jours pour la maternité.**

Le taux de gravité, qui mesure la part des jours d'absence pour 1 000 heures travaillées, montre une répartition des absences identique au nombre de jours d'arrêt par agent employé, avec une prédominance de la maladie ordinaire (47 %), puis de la longue maladie/longue durée (31 %). L'accident du travail et la maternité complètent l'ensemble (14 % et 8 %).

### Fréquence des arrêts :

Le taux de fréquence décrit le nombre d'arrêts pour un million d'heures travaillées (selon la définition du Bureau International du Travail).

**En 2015, la très grande majorité des arrêts est due à la maladie ordinaire (83 % du taux de fréquence).**

Suivent les arrêts en accident du travail (9 %), les absences en longue maladie/longue durée (5 %), puis celles constatées en maternité (3 %).

### Exposition des agents :

La proportion d'agents accidentés décrit la part des agents ayant eu au moins un accident sur la période étudiée.

En 2015, cette proportion atteint 9 % pour les agents de la Fonction publique territoriale, ce qui signifie que **près d'un agent sur dix a été victime d'un accident dans le cadre de son activité professionnelle.**

**/Parole d'expert****DANS QUELLES CIRCONSTANCES UTILISER L'EXPERTISE MÉDICALE ?****Jean-Michel MAUREL, médecin conseil**

Dans un contexte d'augmentation des absences pour raison de santé et notamment des accidents de service avec arrêts, l'expertise médicale, si elle est déclenchée de façon pertinente, peut s'avérer un outil précieux pour maîtriser ce type de risque.

Utilisée à bon escient, l'expertise permet de se positionner sur l'imputabilité médicale au service des accidents survenus.

**Cet examen permet notamment de :**

- préciser les lésions résultant strictement de l'accident déclaré et décrites sur le certificat médical initial fourni par l'agent,
- vérifier que les causes d'une prolongation d'arrêt ou d'une déclaration de rechute sont toujours en relation avec l'accident ou la maladie reconnue imputable au service,
- prévoir la date et les conditions de reprise d'activité de l'agent,
- avoir de la visibilité sur la prise en charge des arrêts de travail et des soins à recevoir au titre d'un événement imputable au service.

Dans tous les cas, avant d'avoir recours à une expertise médicale, l'imputabilité administrative doit avoir été établie.

Ainsi, dès la déclaration d'accident, il est nécessaire de mener et compléter une enquête administrative ou d'établir un rapport hiérarchique détaillé. En parallèle, tout agent doit fournir un certificat médical initial mentionnant le siège et la nature détaillés des lésions. Autrement dit, la relation de cause à effet entre l'accident ou la maladie et l'activité du service doit être établie. Et c'est à l'agent d'apporter la preuve de ce lien.

C'est donc seulement une fois que l'imputabilité administrative est prononcée que l'expertise médicale pourra, dans certains cas, s'avérer nécessaire pour justifier la poursuite de la prise en charge des arrêts et soins présentés.

**Pourquoi déclencher une expertise médicale en cas de rechute suite à un accident de service ?**

En cas de rechute, l'expertise médicale peut s'avérer précieuse pour vérifier que l'événement déclaré est bien en relation exclusive avec un accident déjà reconnu imputable. Pour s'assurer de l'opportunité et de l'efficacité d'une telle expertise, voici quelques éléments indispensables à savoir sur la notion de rechute.

Bien qu'il n'y ait pas de définition juridique, en pratique, elle est considérée par le médecin expert comme l'aggravation spontanée d'un état qui a été auparavant guéri ou le plus souvent consolidé. Elle doit survenir en dehors de toute nouvelle cause traumatique ou autre pathologie clairement identifiée qui serait alors des facteurs d'aggravation, et dans un délai raisonnable ou concordant.

La rechute ne doit donc pas être confondue avec la récurrence d'un accident sur le même site lésionnel. Ainsi, un agent peut être victime d'accidents successifs de même type (de service et/ou de vie privée) pouvant aggraver les états précédemment consolidés. C'est le cas, par exemple, des lombagos à répétition sur une hernie discale d'origine non professionnelle. Dans cet exemple, l'intervention sur la hernie discale ne pourra pas être prise en compte au titre d'une rechute, mais d'un état antérieur et en principe relèvera de la maladie ordinaire.

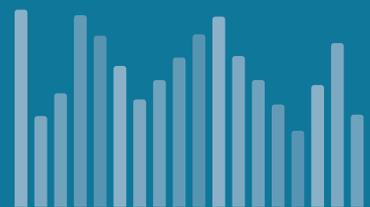
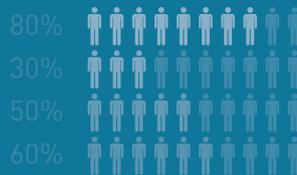
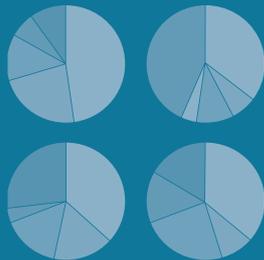
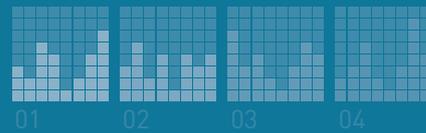
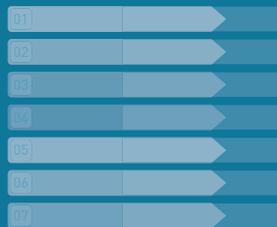
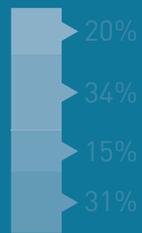
Il n'y a pas de durée limitative particulière entre l'accident d'origine et la rechute. Néanmoins, plus cette période est longue, moins la reconnaissance sera aisée ; elle devra s'appuyer sur la démonstration que les soins en cours sont uniquement consécutifs au premier accident. C'est là que l'expertise s'avère nécessaire.

Ainsi, la collectivité doit étudier toute déclaration de rechute comme elle le ferait pour un nouvel accident et procède donc à une enquête administrative. La rechute suivra alors la même procédure qu'un accident «normal», depuis la reconnaissance d'imputabilité jusqu'au certificat final avec un nouveau taux d'IPP ou retour à celui précédemment fixé.

Cette notion est importante également lorsque l'agent a entre-temps changé d'employeur, ou l'employeur d'assureur. Le payeur ne sera pas forcément le même si la rechute est requalifiée en nouvel accident voire en maladie ordinaire. La reconnaissance d'une rechute ne doit donc pas être automatique et nécessite que l'on se pose la question de son imputabilité.

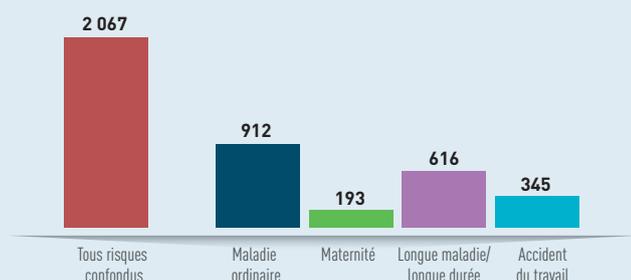


# Le coût des absences



# LE COÛT DES ABSENCES

**Coût moyen des absences par agent employé (en €)  
tous risques confondus et par nature en 2015**



En **2015**, le coût moyen des absences pour raison de santé (toutes natures d'absences confondues) s'établit à **2 067 euros par agent employé**.

C'est la maladie ordinaire qui en concentre la plus grande part (44 %), puis la longue maladie /longue durée (30 %).

L'accident du travail représente, pour sa part, 17 % du coût global, et la maternité 9 %.

*(Le coût moyen par agent employé est calculé sur la base d'un salaire moyen annuel source INSEE et s'entend hors frais médicaux et charges patronales incluses).*

Le coût moyen des absences diffère selon leur nature et selon leur durée. Ainsi, les arrêts en maladie ordinaire sont les plus fréquents mais ils sont également les plus courts. Ils coûtent en moyenne près de 1 150 € en 2015. À l'inverse, les arrêts en longue durée, moins fréquents, mais avec des durées d'absences plus longues relatives à des pathologies graves, coûtent en 2015 plus de 65 000 euros.

Nature d'absence	Coût moyen des arrêts en 2015	Coût moyen maximum des arrêts*
<b>Maladie ordinaire</b>	1 148 €	21 428 €
<b>Maternité</b>	8 472 €	10 549 €
<b>Longue maladie/longue durée</b>	40 280 €	-
- Longue maladie	28 528 €	68 759 €
- Longue durée	65 424 €	137 517 €
<b>Accident du travail</b>	3 370 €	(pas de terme défini, l'accident se poursuit tant que l'état de santé de l'agent le nécessite)
- Accident de service	2 676 €	
- Accident de trajet	3 528 €	
- Maladie professionnelle	19 062 €	

\*Calculé sur la base de la durée légale maximum du congé, tenant compte de la part des jours à plein et demi traitement et d'un salaire moyen annuel (sources INSEE), hors frais médicaux et charges patronales incluses.

Si la prise en charge des indemnités journalières et des frais médicaux entraîne un impact budgétaire immédiatement perceptible par la collectivité, l'appréciation complète des enjeux financiers des absences repose sur la maîtrise de leurs impacts indirects.

Les études économiques sur le sujet enseignent que les coûts indirects représentent un engagement plusieurs fois supérieur à celui des coûts directs.

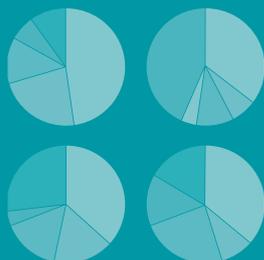
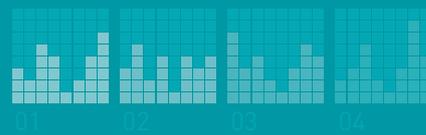
Les coûts indirects peuvent être identifiés, caractérisés et mesurés ainsi :

- **coûts « amont »** (choix organisationnels destinés à prévenir les effets des absences),
- **coûts « aval »** (effets indirects des absences : remplacement, gestion administrative, désorganisation...)
- **coûts supportés par l'organisation** (surcharge de travail, stress...)
- **coûts supportés par les usagers** (perte de qualité du service, insatisfaction croissante...).

Au sein d'une collectivité, la distribution des coûts indirects peut varier en fonction de son type d'organisation. À perturbation égale, les coûts indirects peuvent être plus ou moins importants selon la capacité d'un service à faire preuve de réactivité, d'anticipation et d'apprentissage. Les démarches de maîtrise des coûts indirects se trouvent ainsi à la conjonction des enjeux de la santé au travail des agents et de la performance du service rendu à l'utilisateur.

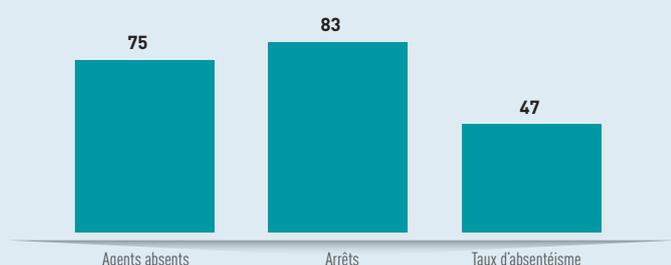
Les diagnostics déployés par Sofaxis l'enseignent : le déploiement de processus Qualité, la mise en œuvre d'actions de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (formation, gestion de la polyvalence...) et le suivi régulier des dispositifs d'évaluation des risques professionnels (Document Unique), même s'ils représentent un investissement en « amont », contribuent à maîtriser de manière efficace et mesurable les coûts indirects des absences pour raison de santé.

# La maladie ordinaire

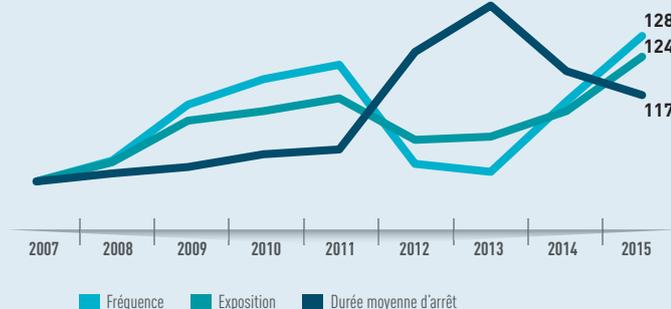


# LES ABSENCES EN MALADIE ORDINAIRE

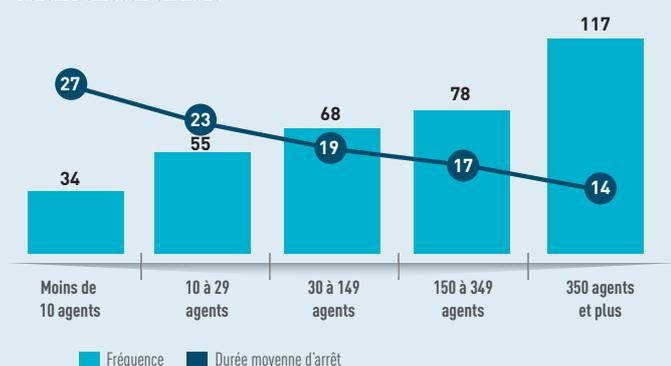
**Part de la maladie ordinaire dans les absences globales en 2015 (en %)**



**Évolution de la fréquence, de l'exposition et de la durée moyenne d'arrêt en maladie ordinaire (base 100 en 2007)**



**Fréquence et durée moyenne d'arrêt en maladie ordinaire selon l'effectif en 2015**



**Indicateurs 2015 en maladie ordinaire :**

- Taux d'absentéisme : 4,4 %
- Gravité : des arrêts de 20 jours en moyenne
- Fréquence : 60 arrêts pour 100 agents employés
- Exposition : 33 % d'agents absents au moins une fois dans l'année.

La maladie ordinaire représente une part très importante de l'ensemble des absences au travail pour raison de santé.

En 2015, celle-ci concentre les trois quarts (75 %) des agents absents, plus de huit arrêts sur dix (83 %) et près de la moitié du taux d'absentéisme global (47 %).

L'évolution des absences en maladie ordinaire a, de ce fait, un effet important sur l'ensemble des absences. Pour exemple, les dispositions législatives prises en 2011 puis abrogées en 2014 ont eu un véritable impact sur la tendance globale des absences ces quatre dernières années.

L'évolution des absences en maladie ordinaire se caractérise par :

- Une fréquence et une exposition en progression régulière jusqu'en 2011, puis une baisse importante de ces deux indicateurs en 2012 qui se maintient en 2013. La remise en cause à compter de janvier 2014 du dispositif de carence mis en place en 2011 impacte la tendance à la baisse des absences de courte durée et provoque une reprise à la hausse qui se poursuit en 2015.
- Une gravité (durée moyenne d'arrêt) en rupture avec les autres indicateurs puisqu'elle affiche une tendance inverse avec une augmentation de l'indicateur en 2012 et 2013 puis une baisse à compter de 2014, confirmée en 2015.

Les caractéristiques d'absences en maladie ordinaire sont différentes selon la taille (effectif) de la collectivité.

Dans les plus grandes collectivités, les agents s'arrêtent plus souvent mais moins longtemps que dans les petites collectivités.

Alors que la fréquence est plus de trois fois supérieure dans les collectivités de 350 agents que dans celles de moins de 10 agents, la durée moyenne est, quant à elle, divisée par deux dans le même temps.

Les spécificités des organisations et la taille de l'effectif ont un effet certain sur les absences, tout particulièrement en maladie ordinaire.

## LES ABSENCES EN MALADIE ORDINAIRE

### En 2015, 56 % des arrêts ne dépassent pas 7 jours

L'influence de l'âge sur la durée des absences se vérifie en 2015, plus les agents avancent en âge, plus la durée des arrêts tend à s'allonger.

Plus de la moitié des agents absents en maladie ordinaire ont plus de 45 ans et près des trois quarts ont plus de 40 ans.

Ainsi, les agents de 55 ans et plus s'arrêtent près de deux fois plus longtemps que ceux de 25 à 34 ans. La durée de leurs arrêts est 2,2 fois plus importante que celle de leurs collègues de moins de 25 ans.

La tendance à la baisse des arrêts de 1 jour, observée en 2012 et 2013, s'inverse depuis 2014. La fréquence progresse de nouveau en 2015.

Le nombre d'arrêts de courte et moyenne durée (2 à 15 jours), stabilisé entre 2012 et 2013, repart également à la hausse depuis 2014.

Pour leur part, les arrêts les plus longs continuent de progresser (de 44 % depuis 2007).

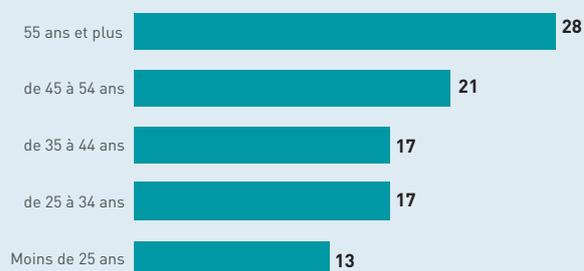
La fréquence globale des arrêts maladie retrouve sa tendance à l'augmentation d'avant 2011, avec une progression pour tous les types d'arrêts, quelle que soit leur durée.

En 2015, plus de la moitié des arrêts (56 %) ne dépasse pas sept jours d'arrêt.

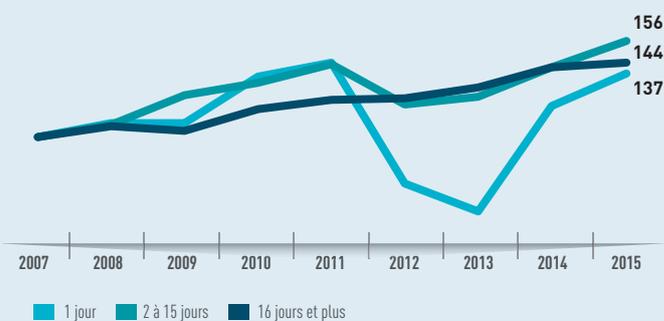
Ainsi, si les arrêts en maladie ordinaire sont majoritairement courts (moins de 7 jours), ils ne totalisent que 9,4 % de l'ensemble des jours d'arrêt.

En revanche, les arrêts les plus longs (au-delà de 15 jours d'arrêt) représentent quant à eux moins de trois arrêts sur dix (27 %), mais plus de 80 % du volume global des jours d'arrêt.

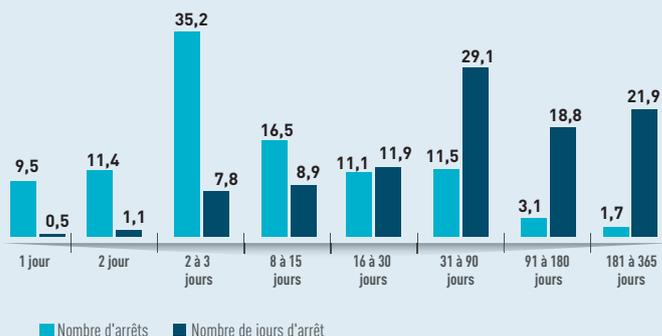
### Durée moyenne d'arrêt selon l'âge en maladie ordinaire en 2015



### Évolution de la fréquence des arrêts en maladie ordinaire selon la durée (base 100 en 2007)



### Répartition des arrêts et des jours d'arrêt selon leur durée en maladie ordinaire en 2015 (en %)





## /Parole d'expert

# AGENTS EN DIFFICULTÉS : QUELS DISPOSITIFS METTRE EN ŒUVRE ?

Par Corentin ALLAIS, consultant en prévention et amélioration des conditions de travail

La réglementation demande l'engagement des employeurs publics dans l'aménagement des postes de travail et le reclassement de leurs agents, et incite à une meilleure prise en charge du handicap (Loi du 11 février 2005). En complément, des soutiens sont structurés autour du Fonds National de Prévention de la CNRACL, du Fonds d'Insertion des Personnels Handicapés de la Fonction Publique (FIPHFP). Mais quels dispositifs pratiques convient-il de mobiliser au sein des collectivités ?

Comment organiser l'intervention des acteurs de la santé au travail (ressources humaines, formation, médecine préventive, assistance sociale, psychologue...) pour créer les conditions de leur efficacité ?

L'accroissement des absences pour raison de santé et notamment l'augmentation continue des maladies professionnelles, auxquels sont confrontées les organisations publiques, nécessite la mobilisation de dispositifs adéquats, pour non seulement assurer une prévention efficace des risques professionnels, mais également accompagner les agents en difficultés : inaptitude, aménagement de poste et reclassement, épuisement professionnel, par exemple. Les collectivités travaillent aujourd'hui au développement de politiques actives de soutien et de maintien dans l'emploi.

## Détecter au plus tôt les situations d'inaptitude et de souffrance

La mobilisation, le plus tôt possible, des moyens autour des situations difficiles représente l'un des facteurs clés du succès des actions de soutien et de maintien dans l'emploi. Pour détecter au plus tôt ces situations, il peut être bénéfique de déterminer des critères de prise en charge. Ainsi, le suivi des statistiques des absences constitue un des principaux moyens d'analyse.

Définir des critères de suivi des absences représente également l'opportunité d'instituer des moments d'échanges périodiques sur cette préoccupation au sein de la collectivité, tout en conservant la souplesse nécessaire pour intégrer des situations individuelles et mettre au jour les besoins de soutien.

Par ailleurs, tous les niveaux de management doivent être sensibilisés à l'importance de mobiliser une vigilance du quotidien dans le suivi des agents.

Une fois les situations difficiles identifiées, il peut être également judicieux de formaliser les modalités de l'engagement des accompagnements.

Formaliser les critères de prise en charge des agents en difficultés, c'est déjà qualifier la situation et en engager son instruction détaillée en associant au plus tôt l'ensemble des acteurs du projet de maintien ou de retour à l'emploi.

## Comment organiser une démarche adaptée ?

En matière de maintien et de retour à l'emploi, comme pour l'accompagnement personnalisé des agents en difficultés, il n'existe aucun fonctionnement privilégié : l'essentiel est que l'organisation soit adaptée à la structure. Pour autant, plusieurs facteurs de succès existent :

### • Recenser les acteurs et parties prenantes à mobiliser

Pour accompagner efficacement les agents en difficultés, plusieurs expertises – internes ou externes – paraissent indispensables : direction des Ressources Humaines (gestion des carrières, des absences, formation...), médecine professionnelle et préventive, assistant social, par exemple. Plusieurs autres expertises peuvent être également sollicitées, en continu ou de manière ponctuelle : partenaires sociaux, élus, membres du CHSCT, psychologue du travail, agent de prévention, notamment.

Pour asseoir et renforcer ses interventions, la collectivité peut recourir à des réseaux locaux d'intervenants extérieurs : ergonomes, sociétés de conseil « RH », organismes de formation...

Identifier au plus tôt les ressources mobilisables sur les projets est une clef de réussite essentielle.

### • Créer une cellule dédiée à l'accompagnement des agents en difficultés

Réunir les ressources – internes ou externes – existantes au sein d'une « cellule projet » dédiée offre l'avantage d'affirmer le cadre du projet poursuivi. Le principe ne consiste pas nécessairement à consacrer plusieurs personnes à l'animation exclusive, à temps plein, d'une cellule de suivi. Il est plutôt de donner une visibilité et un cadre d'organisation.

Associer les parties prenantes de la santé au travail et les acteurs de terrain au sein d'une cellule de gestion de suivi des agents en difficultés permet de prendre en compte immédiatement les contraintes opérationnelles dans la recherche de solutions au profit des agents en difficultés. Une formation des membres de la cellule est conseillée.

### • Déterminer les objectifs poursuivis

Les objectifs des cellules d'accompagnement des agents peuvent être très divers : d'une approche limitée à la gestion des reclassements professionnels et des inaptitudes, jusqu'à une perspective plus large de soutien global aux agents en difficultés, prenant en considération tout le champ de la souffrance au travail (problèmes relationnels avec un collègue ou le responsable hiérarchique, démotivation, agression, addiction, difficultés financières...).

Il est donc essentiel que les objectifs poursuivis soient clairement affirmés dès le lancement de l'organisation.

Définir des indicateurs d'activité de la cellule d'accompagnement des agents en difficulté est, par ailleurs, le moyen d'apprécier l'efficacité des actions entreprises.

- **Formaliser le mode de fonctionnement : un « mode projet » pour garantir l'efficacité**

Une méthodologie de conduite des projets doit être adoptée par la structure. Structurer une méthode permet d'associer directement l'agent bénéficiaire de l'accompagnement.

Définir les méthodes de travail dans une procédure permet de se donner les moyens de conserver la mémoire des décisions prononcées quelles que soient la durée et la complexité de l'accompagnement, et de garantir l'équité de traitement des différentes situations.

- **Accompagner les agents tout au long de la démarche projet**

Le soutien des agents en difficultés repose sur une condition essentielle : l'adhésion et l'implication du bénéficiaire. L'engagement de l'agent doit être régulièrement confirmé, par des points d'information et de validation réguliers, au fil des étapes de l'accompagnement.

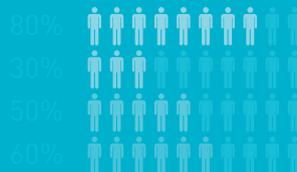
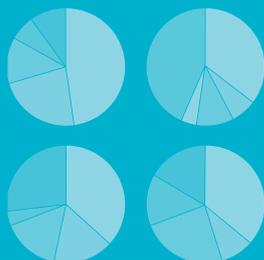
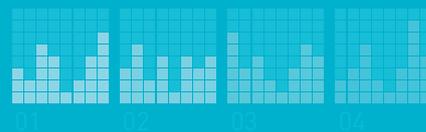
## Les modalités de financement externe

Des moyens sont tenus à disposition des collectivités et établissements de santé pour soutenir leurs démarches de santé au travail et de soutien aux agents en difficultés. Plusieurs organismes peuvent être sollicités : les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), L'Agefiph, le Fonds National de Prévention de la CNRACL, le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHP).



©Romain Etienne/item

# L'accident du travail



# L'ACCIDENT DU TRAVAIL

## La durée moyenne d'arrêt a augmenté de 16 jours depuis 2007

Évolution de la gravité, de la fréquence et de l'exposition en accident du travail (base 100 en 2007)



En 2015, les indicateurs d'absence pour cause d'accident du travail continuent leur progression depuis 2007.

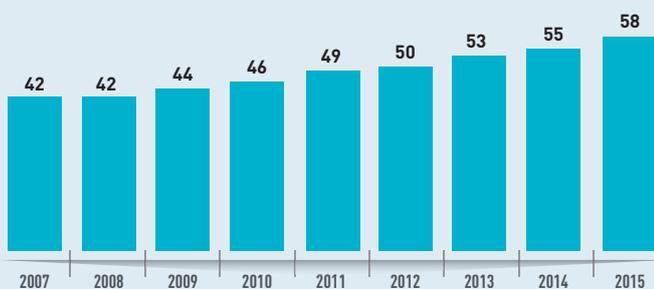
La gravité (durée des arrêts) augmente ainsi de 52 % en huit ans.

Dans le même temps, la fréquence (nombre d'arrêts) et l'exposition progressent respectivement de 15 % et de 11 % depuis 2007.

Néanmoins, l'évolution de ces deux indicateurs tend à décroître depuis 2012.

**Ainsi, les agents sont moins souvent absents, moins nombreux à s'absenter, mais leurs arrêts durent plus longtemps en 2015 qu'en 2014.**

Durée moyenne d'arrêt (en jours) en accident du travail



À l'image du taux d'absentéisme, la durée moyenne d'arrêt par agent absent progresse régulièrement chaque année.

Elle atteint 58 jours d'arrêt en 2015, soit une augmentation de 16 jours en moyenne depuis 2007.

L'évolution de cette durée moyenne traduit de manière directe l'aggravation des arrêts en accident du travail constatée depuis plusieurs années.

Poids des natures d'accident dans le taux d'absentéisme en accident du travail (2007 à 2015) - (en %)



Chaque année, l'accident de service représente la part la plus importante des accidents (environ les deux tiers du taux d'absentéisme).

La maladie professionnelle augmente et contribue pour un quart (25 %) de l'ensemble en 2015.

L'accident de trajet pèse, quant à lui, pour 10 % environ dans le taux d'absentéisme global, selon l'exercice considéré.

À noter : la part croissante de la maladie professionnelle dans cet indicateur.

## L'ACCIDENT DU TRAVAIL

L'âge exerce par ailleurs une influence directe sur la durée des arrêts : plus les agents avancent en âge, plus leurs arrêts ont tendance à être longs.

Ainsi, les agents de plus de 55 ans s'arrêtent plus de deux fois plus longtemps (72 jours) que les agents de 30 ans (35 jours environ).

En fonction de l'âge, les mêmes causes entraînent des lésions similaires, mais de gravité potentiellement plus importante compte tenu de l'état de santé de l'agent. En effet, l'avancée en âge impose aux organismes lésés lors des accidents des temps de récupération plus longs que chez les agents les plus jeunes. À cela peuvent s'ajouter des problèmes de santé liés à l'âge qui peuvent freiner la consolidation.

Ce sont bien les métiers exercés par les agents qui conditionnent particulièrement la survenue d'accidents au travail.

On constate ainsi que la filière technique est la plus touchée (67 % des accidents). Les agents soumis à des contraintes physiques importantes sont naturellement plus exposés aux risques d'accident de service que les agents administratifs (10 % des accidents seulement).

La filière médico-sociale, aux métiers également soumis à de fortes contraintes, représente quant elle 14 % de l'ensemble des accidents du travail.

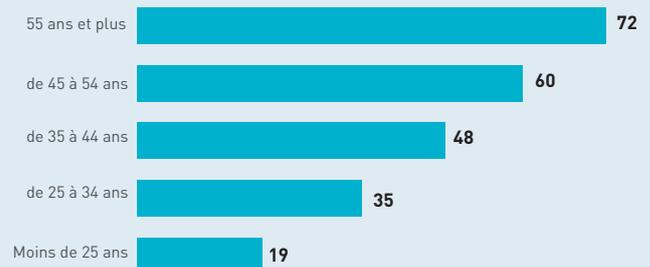
Les activités de maintenance des locaux, de surveillance scolaire et périscolaire, d'entretien des espaces verts et de nettoyage, sont les plus accidentogènes. Elles représentent à elles seules, plus de la moitié des accidents de service (52 %).

Au global, ce sont sur les activités techniques que se concentre la très grande majorité des accidents.

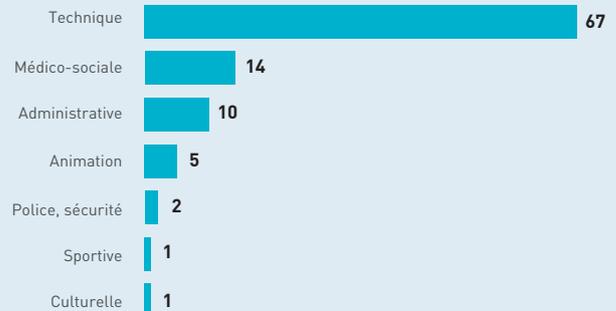
Les métiers administratifs concentrent pour leur part 10 % des accidents.

Ce sont les métiers les plus contraignants (contraintes physiques, environnementales, organisationnelles) qui génèrent donc logiquement le plus d'accidents.

### Durée moyenne d'arrêt selon l'âge en accident du travail en 2015



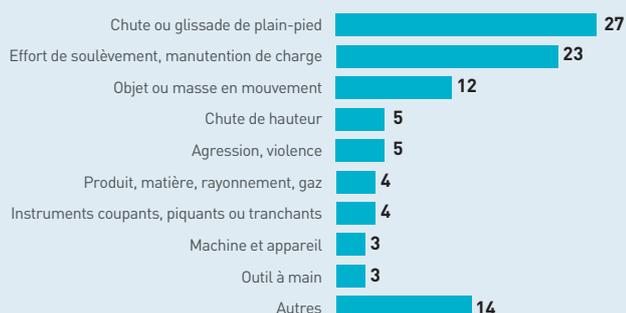
### Répartition des accidents selon la filière en 2015 (en %)



### Répartition des accidents de service selon l'activité exercée en 2015 (en %)



**Répartition des accidents de service selon leurs causes en 2015 (en %)**



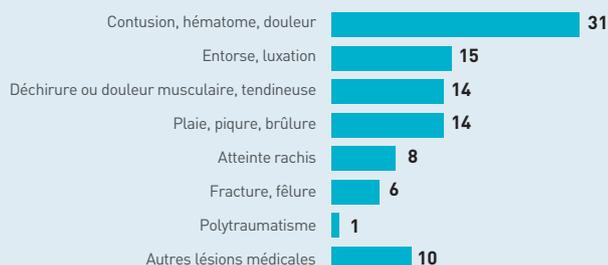
Une part importante des accidents de service (27 % des évènements en 2015) est due aux chutes ou glissades de plain-pied.

Les efforts de soulèvement et la manutention de charges sont à l'origine de 23 % des accidents. L'utilisation de machines, d'outils ou d'appareils génère 10 % de l'ensemble des évènements.

Les chutes de hauteur tout comme les agressions ou violences subies atteignent 5 % du total des accidents de service.

Près d'un tiers des lésions corporelles sont des contusions, hématomes ou douleurs (31 %) de faible gravité.

**Répartition des accidents de service selon leurs natures en 2015 (en %)**

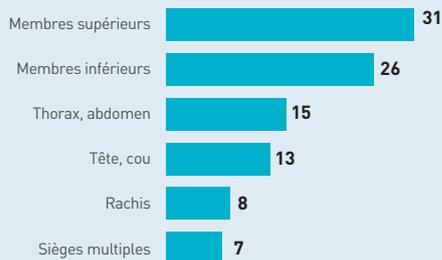


En revanche, des lésions plus graves sont constatées dans plus de quatre accidents sur dix : entorse, luxation (15 %), lésions musculaire ou tendineuse (14 %), atteinte du rachis (8 %), fracture, fêlure (6 %).

La plupart des accidents occasionnant une lésion légère sont généralement peu graves et ne génèrent pas d'arrêt. À l'inverse, les pathologies plus graves (fracture, entorse, lumbago...) tendent à engendrer des arrêts plus longs, dont la durée moyenne augmente régulièrement.

En 2015, ce sont les lésions des membres supérieurs qui sont les plus fréquentes (31 %) suite aux accidents de service.

**Répartition des accidents de service selon leurs sièges de lésion en 2015 (en %)**



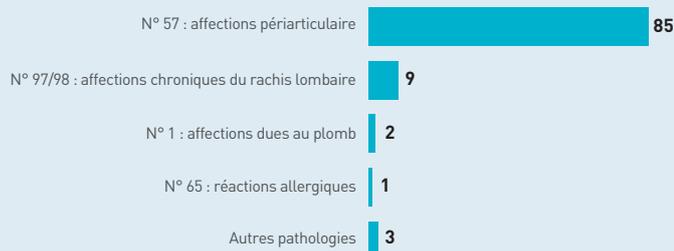
Suivent les atteintes des membres inférieurs avec plus d'un quart des accidents (26 %).

Les lésions à la tête et au cou génèrent 13 % des accidents, et celles au thorax et à l'abdomen 15 %.

Les « sièges multiples » et atteintes du rachis complètent l'ensemble en représentant respectivement 7 % et 8 % des accidents.

Indicateurs de mesure caractéristique de la pénibilité au travail, les maladies professionnelles sont, depuis plusieurs années, en forte croissance dans les collectivités territoriales. Leur nombre a ainsi augmenté de plus de 30 % depuis 2007.

**Répartition des maladies professionnelles selon leurs pathologies en 2015 (en %)**



En 2015, la très grande majorité (94 %) de ces maladies est liée à des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS).

Les TMS résultent principalement de facteurs biomécaniques et psychosociaux inhérents aux conditions de travail. Les efforts accomplis et les conditions d'exercice de l'activité professionnelle (port de charges, gestes répétitifs, postures contraignantes...), tout comme la perception de l'activité (stress, reconnaissance, intérêt au travail...) sont autant de facteurs potentiels de développement des Troubles Musculo-Squelettiques.

**/Parole d'expert****PÉNIBILITÉ ET USURE PROFESSIONNELLE, DEUX NOTIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LESQUELLES AGIR EN COLLECTIVITÉ****Par Jean-François GUERIN, consultant en prévention et amélioration des conditions de travail**

Au-delà de la réglementation encadrant la notion de pénibilité, les employeurs publics sont amenés à prendre en considération de façon plus globale la notion d'usure professionnelle. Celle-ci permet en effet de s'interroger sur les pratiques collectives actuelles pour mesurer leurs impacts futurs sur les personnels et travailler ainsi à un meilleur aménagement des fins de carrière, ceci dans un contexte d'allongement de la durée de vie active mais aussi d'augmentation des maladies professionnelles liées aux contraintes physiques au sein des collectivités.

**Qu'est-ce que travailler sur la pénibilité ?**

La mise en place de démarches « pénibilité » au sein des organisations publiques vise à prendre en compte l'usure professionnelle des métiers fortement exposés à des contraintes physiques et physiologiques. Elle revêt deux intérêts fondamentaux : d'abord au niveau préventif dans l'objectif de réduire, voire éviter l'usure professionnelle, mais aussi en matière de reconnaissance de la pénibilité de certaines activités dans l'optique d'un meilleur aménagement des fins de carrière. Ceci est d'autant plus important au regard des dispositions prévues par les réformes sur les retraites qui impliquent un allongement de deux ans de l'âge de départ à la retraite tous secteurs confondus.

**Pourquoi engager une démarche pénibilité ?**

C'est l'opportunité de travailler sur les causes d'absentéisme, notamment celles liées aux contraintes physiques. Les troubles musculo-squelettiques représentent tout de même 90 % des maladies professionnelles. Or, celles-ci sont en augmentation de 30 % depuis 2008.

Engager une telle démarche manifeste aussi une volonté d'agir sur du long terme, en se projetant dans l'avenir : il s'agit de mesurer l'impact de l'activité d'aujourd'hui sur les personnels dans le futur.

**Comment l'employeur public peut engager une démarche pénibilité ?**

Les collectivités peuvent s'appuyer sur la réflexion engagée en matière d'évaluation des risques professionnels mise en œuvre au travers de la réalisation du document unique. Elles peuvent également travailler à partir des statistiques d'absentéisme pour orienter leurs priorités.

En complément de l'analyse globale, une démarche participative permettra d'impliquer les agents dans l'identification de leurs contraintes, la recherche et la mise en œuvre d'actions en vue de limiter l'usure professionnelle. Celle-ci va trouver un écho certain auprès des agents dans la mesure où elle est directement reliée à leur avenir et précisément à la question de la retraite. Par ailleurs, la constitution de groupes de travail, composés d'agents et de responsables, leur offrira l'opportunité de réfléchir à leurs conditions de travail et d'identifier les contraintes auxquelles ils sont soumis dans l'exercice quotidien de leur activité. Leur ressenti pourra ensuite faire l'objet d'observations des pratiques sur le terrain, l'intérêt étant de leur donner la possibilité d'agir déjà à leur niveau sur une meilleure organisation des pratiques quotidiennes.

**Quelles mesures concrètes peuvent en être issues ?**

La finalité est d'aboutir à la conception d'un plan d'actions à la fois technique et organisationnel. Il pourra comporter des actions ciblées, individuelles, liées aux activités concernées. Il contribue également à apporter une réflexion collective en identifiant des actions transversales grâce auxquelles l'usure professionnelle sera abordée dans sa vision la plus large possible, par exemple, en intégrant cette notion d'usure professionnelle bien en amont dans la conception des locaux, ou même de façon transverse en constituant des centrales d'achat communes à tous les services ou encore en travaillant sur le plan de carrière des agents.

### Comment les collectivités peuvent-elles se faire accompagner ?

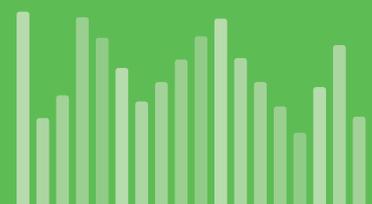
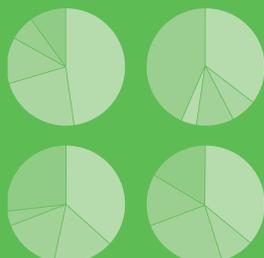
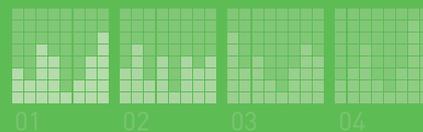
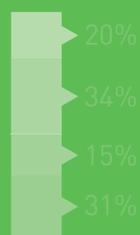
Il peut être envisagé de faire appel à l'accompagnement d'un prestataire externe qui aura l'avantage d'amener de la neutralité et sur lequel les collectivités peuvent s'appuyer en matière de méthodologie. Ce prestataire peut aussi intervenir en soutien dans le déploiement des actions et permettre de gagner du temps dans la réalisation de la démarche. Il est aussi possible de bénéficier d'une discipline comme la métrologie qui permet de mesurer l'usure professionnelle en fonction d'indicateurs de poids, de temps, ou encore au niveau sonore.

Mais, outre la volonté de répondre à la réglementation, chaque structure peut d'ores et déjà adapter sa réflexion en matière d'usure professionnelle dans le cadre d'une politique active de prévention.



©Romain Etienne/Item

# Focus sur les petites collectivités de moins de 3 000 habitants



## FOCUS SUR LES PETITES COLLECTIVITÉS DE MOINS DE 3 000 HABITANTS

L'évolution des absences au travail pour raison de santé dans les collectivités territoriales témoigne d'un accroissement régulier et continu de l'ensemble des indicateurs de mesure, qu'il s'agisse des durées d'arrêt (gravité), du nombre des arrêts (fréquence) ou encore du nombre d'agents absents (exposition).

Les collectivités de moins de 3 000 habitants, constituées d'un effectif plus réduit, n'échappent pas à cette tendance.

Même si les comportements d'absence peuvent être souvent différents en fonction de la taille de l'effectif, l'augmentation globale des absences se vérifie de nouveau en 2015, quelle que soit la taille de la collectivité.

**Évolution de la gravité, de la fréquence et de l'exposition toutes natures d'arrêts confondues (base 100 en 2007)**



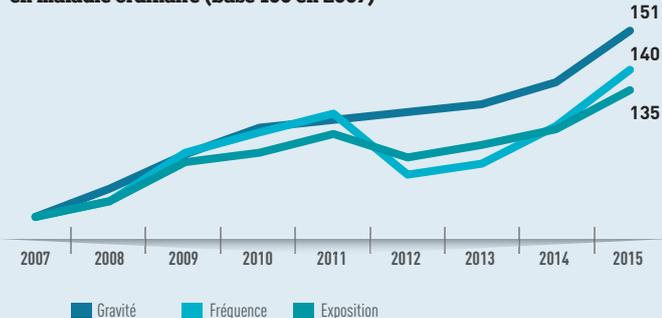
L'augmentation globale des absences pour raison de santé constatée depuis 2007 se poursuit en 2015.

Depuis 8 ans, toutes natures d'arrêts confondues :

- la gravité des absences (taux d'absentéisme) a augmenté de 34 % ;
- l'exposition (proportion d'agents absents) a augmenté de 27 % ;
- la fréquence (nombre d'arrêts) affiche une hausse de 36 %.

Le phénomène de baisse de la fréquence et de l'exposition constaté en 2011 pour toutes les collectivités est également présent dans celles de moins de 3 000 habitants.

**Évolution de la gravité, de la fréquence et de l'exposition en maladie ordinaire (base 100 en 2007)**



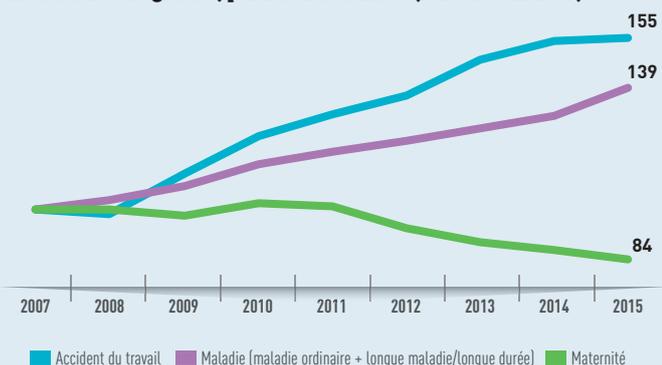
### Plus d'agents absents, plus souvent et plus longtemps en 2015

Compte tenu de leur poids sur l'ensemble des arrêts (plus de 8 sur 10), les absences en maladie ordinaire conditionnent l'évolution des indicateurs toutes natures d'absences confondues.

L'impact des décisions prises au regard de la maladie ordinaire entre 2011 et 2014 sont visibles en fréquence et en exposition.

Pour sa part, la gravité en maladie n'a pas cessé de progresser sur l'ensemble de la période d'étude et tend à s'accélérer depuis 2013.

**Évolution de la gravité, par natures d'arrêts (base 100 en 2007)**



Les arrêts maladie (maladie ordinaire, congés longue maladie et longue durée) augmentent ainsi de manière régulière et significative de 39 % depuis 2007.

Les absences pour maternité, globalement stables jusqu'en 2011, sont depuis à la baisse.

C'est la gravité des accidents du travail qui connaît la plus forte croissance, avec une hausse de 55 % en huit ans.

## La taille de l'effectif influence les absences au travail pour raison de santé.

En 2015, le taux d'absentéisme varie entre 6,4 % et 9,3 % selon la taille (effectif CNRACL) de la collectivité.

Cet écart est particulièrement sensible pour les arrêts en maladie ordinaire et en accident du travail, dont le taux d'absentéisme est 1,7 fois plus important pour les collectivités de 21 à 30 agents que pour celles de 1 ou 2 agents. En maternité, cet écart est 2 fois plus important.

En revanche cette tendance ne se vérifie pas en longue maladie/longue durée, dont la part est sensiblement équivalente d'une strate d'effectif à l'autre.

La fréquence globale des arrêts (toutes natures d'arrêts confondues) est également corrélée à l'effectif des collectivités : la fréquence dans les structures employant de 21 à 30 agents est plus de deux fois supérieure à celle des collectivités de 1 ou 2 agents.

La maladie ordinaire, cause d'arrêt la plus courante, explique en grande partie cet écart, puisque sa fréquence est multipliée par plus de deux entre les petites collectivités et les plus grandes. La fréquence double en accident du travail.

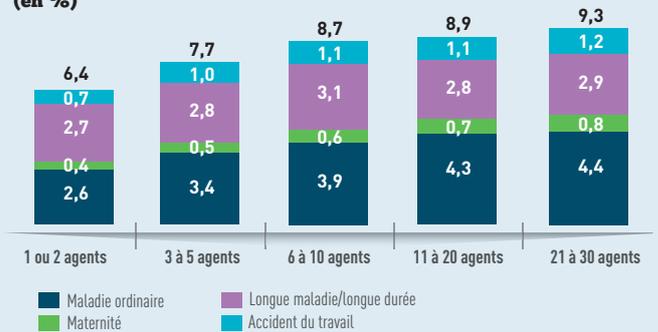
La proportion d'agents absents connaît une évolution comparable à celle de la fréquence.

Toutes natures d'arrêts confondues, les agents sont plus de deux fois plus nombreux à s'arrêter dans les grandes collectivités que dans les plus petites.

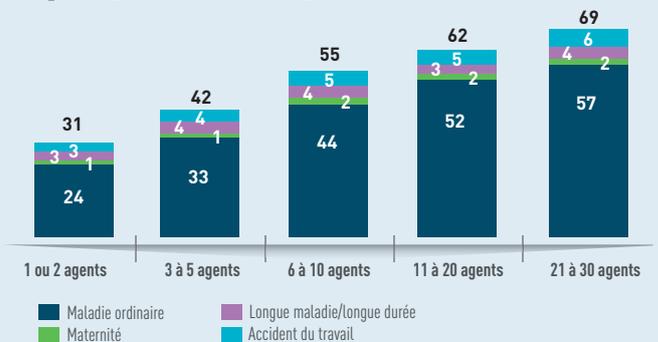
Dans les collectivités de 21 à 30 agents titulaires, ceux qui s'absentent au moins une fois dans l'année sont plus de deux fois plus nombreux en maladie ordinaire que dans les collectivités employant moins de 10 agents.

*L'étude repose sur un échantillon de 92 243 agents affiliés à la CNRACL répartis dans 16 024 collectivités de 30 agents CNRACL ou moins, assurées pour toutes les natures d'arrêt (maladie ordinaire, maternité, longue maladie/longue durée et accident du travail). Le champ d'étude est constitué par l'ensemble des arrêts de travail déclarés entre 2007 et 2015.*

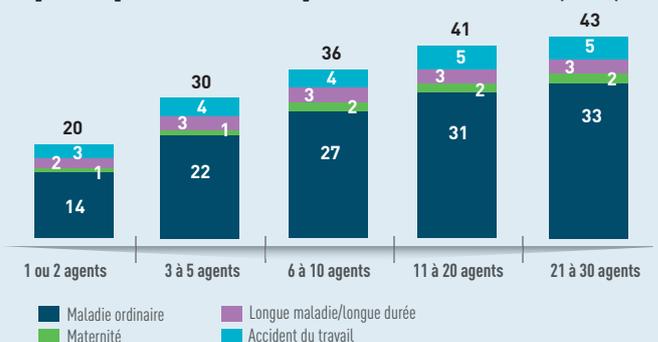
**Taux d'absentéisme par nature d'arrêt et par strate d'effectif en 2015 (en %)**



**Fréquence par nature d'arrêt et par strate d'effectif en 2015**



**Exposition par nature d'arrêt et par strate d'effectif en 2015 (en %)**



# QU'EN EST-IL DE LA GESTION DE LA RELATION USAGERS DANS LES COLLECTIVITÉS ?

Par Marie COUDEVILLAIN, consultante en performance des organisations

Ces dernières années, le statut d'usager a évolué de manière significative, entraînant avec lui une profonde remise en question des pratiques et des méthodes de travail des établissements publics, et plus particulièrement des collectivités territoriales.

En effet, les collectivités territoriales sont aujourd'hui confrontées à des usagers de plus en plus exigeants, à la recherche de réponses individualisées, adoptant un comportement de consommateurs à l'instar des clients du secteur privé. Ils attachent de plus en plus d'importance à la qualité de la prestation offerte et acceptent difficilement les dysfonctionnements. Enfin, en tant que contribuables, ils sont souvent très sensibles à la gestion financière des établissements publics.

Si 67 % des usagers sont satisfaits de la qualité des services publics (ce chiffre progresse d'ailleurs chaque année), selon l'étude de l'institut Paul Delouvrier<sup>1</sup>, ils attendent toutefois que les démarches administratives soient plus rapides, que leurs remarques et suggestions soient systématiquement prises en compte et que les mises en relation soient instantanées.

Face à ces préoccupations, **les collectivités placent aujourd'hui l'usager au cœur de leurs préoccupations et passent d'une logique d'offre (mettre à disposition un service) à une logique de demande (fournir un service répondant aux attentes)**. Leur objectif est ainsi d'apporter satisfaction à leurs « usagers-clients », et ce, quelles que soient leurs demandes. Cette exigence de satisfaction est irrémédiablement liée à celle de qualité du service rendu. En réalité, il ne s'agit plus seulement de déterminer si la prestation rendue a été efficace, mais plutôt de savoir si les conditions dans lesquelles cette prestation a été délivrée ont été satisfaisantes.

## Engager une démarche qualité...

Pour y parvenir, **les collectivités sont de plus en plus nombreuses à engager de véritables démarches qualité**. Celles-ci consistent souvent, dans un premier temps, à formaliser une charte qualité où sont consignés des principes généraux destinés à définir le comportement des administrations à l'égard des usagers.

Parallèlement, et de plus en plus, **les collectivités s'orientent vers des démarches d'engagements de service**, allant parfois jusqu'à la certification. Ces démarches sont connues sous le nom de **label Marianne**, de certification **Qualiville**, de **NF Services**, ou encore de **norme ISO 9001**.

Ainsi, par le biais de référentiels d'engagements prédéfinis, les objectifs fixés en termes de qualité du service sont très clairement communiqués aux usagers et créent un véritable lien entre les deux parties. La réussite des démarches entreprises est alors perçue, à juste titre, comme une preuve d'efficacité du service et de professionnalisme des agents. La certification devenant aux yeux de tous (agents comme usagers) **un véritable gage de la qualité du travail réalisé**.

## Dans une logique d'amélioration continue

**Les services rendus par les administrations aux usagers sont dès lors mesurés par un certain nombre d'indicateurs de qualité** (quantitatifs et qualitatifs) permettant de traduire et de constater l'amélioration de l'accueil et des services rendus (enquêtes de satisfaction, boîtes à suggestions, suivi des délais de réponses aux courriers/fax/emails, etc., suivi des appels...). **On instaure ainsi une logique d'amélioration continue**, permettant de relever de façon régulière les points forts et les axes d'amélioration sur lesquels travailler.

Pour porter ses fruits, l'instauration de cette vision client (logique d'amélioration) nécessite deux approches temporelles : les changements doivent s'envisager à long terme, pour aboutir à des réformes en profondeur aussi bien au niveau organisationnel que structurel, mais aussi à plus court terme, pour permettre des résultats tangibles immédiatement et donc une légitimation des projets engagés sur un plus long terme.

## Vers une vraie gestion de la relation usagers

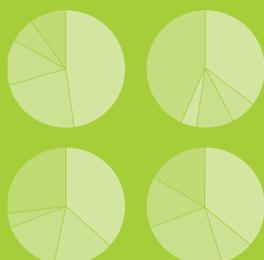
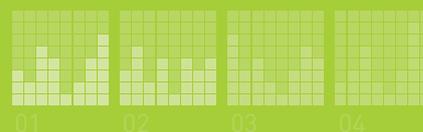
En ce sens, la démarche qualité doit s'inscrire dans la politique globale menée par la direction générale. Sa construction peut alors varier de 6 à 18 mois et doit respecter les grandes étapes de la gestion de projet :

- évaluer les besoins au sein de la collectivité et définir un périmètre d'application (quels services seront concernés par la démarche ?) ;
- définir les objectifs de la démarche qualité
- choisir, si nécessaire, un organisme accompagnateur (cabinet de conseil) ;
- déterminer les acteurs clés et définir les responsabilités ;
- créer un comité de pilotage et communiquer auprès des agents ;
- réaliser un diagnostic des services concernés ;
- planifier le projet dans sa globalité ;
- mettre en œuvre l'accompagnement du projet (création des livrables) ;
- effectuer les audits internes ;
- ajuster le système qualité ;
- choisir un organisme certificateur ;
- passer l'audit de certification puis les audits de suivi ;
- faire vivre la démarche au quotidien et la déployer, le cas échéant, à d'autres services de la collectivité.

Au final, il ressort très clairement que la question du management de la qualité au sein des collectivités s'organise autour des services et des processus liés directement aux usagers. **On parle d'ailleurs aujourd'hui d'une véritable GRU : Gestion de la Relation Usagers.**

<sup>1</sup> Enquête annuelle « Services Publics : les citoyens ont la parole » réalisée par l'Institut Paul Delouvrier, décembre 2014.

# L'impact financier des arrêts maladie sur le budget des agents



# L'IMPACT FINANCIER DES ARRÊTS MALADIE SUR LE BUDGET DES AGENTS

**Un accident de la vie courante touche 11 millions de personnes chaque année\***

L'incapacité définit l'état d'une personne qui, par la suite de maladie ou d'accident, se trouve dans l'impossibilité provisoire ou permanente de travailler, en raison de difficultés physiques, sensorielles, ou de troubles divers. Cette réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir son activité professionnelle survient généralement de manière brutale et aléatoire.

Ainsi, tous les agents, quel que soit leur âge, peuvent à un moment ou un autre être confrontés à une incapacité temporaire et se trouver contraint de s'arrêter, plusieurs mois durant, y compris en début de carrière. En 2015, plus de 30 % des agents territoriaux ont subi au moins un arrêt pour maladie ordinaire.

## En incapacité, un passage à demi-traitement lourd de conséquences

Le statut de la Fonction publique territoriale confère aux agents une protection sociale limitée : lorsque les arrêts se prolongent, le passage à demi-traitement entraîne une perte de revenus importante, qui précarise l'équilibre économique du foyer de l'agent.

La durée moyenne des arrêts maladie au-delà du passage à demi-traitement (90 jours) atteint 169 jours en moyenne pour la maladie ordinaire et plus de 700 jours (763) en longue maladie. L'impact financier peut ainsi se révéler très important, ajoutant une difficulté supplémentaire à des agents en situation délicate du fait de la maladie ou de l'accident.

Le passage à demi-traitement intervient au-delà de 90 jours cumulés sur une année, ainsi, une accumulation de petits arrêts comme un seul arrêt long peut générer une perte de revenus pour les agents.

## L'incapacité temporaire liée à la maladie tend à augmenter

## Quelles conséquences financières pour un agent en incapacité temporaire pour maladie ?

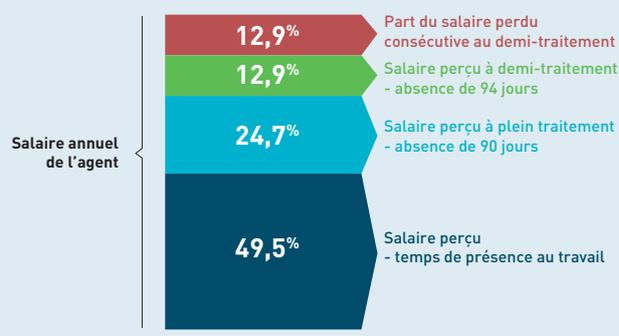
Une maladie qui se prolonge impacte de façon non négligeable le budget des agents lorsque que leur salaire passe à demi-traitement.

Exemple : un agent de 25 ans, catégorie C, se fracture la jambe alors qu'il circulait à vélo. La durée d'arrêt pour ce type de lésion s'évalue à 184 jours en moyenne (source Sofaxis).

Cet agent percevra donc son salaire plein pendant ses 90 premiers jours d'arrêt. Puis il passera à demi-traitement pendant les 94 jours suivants : sur la durée de l'arrêt, **ses revenus se trouvent diminués de près de 13 %**.

De fait, si cet agent touche en moyenne 1 500 euros net par mois, et que son arrêt survient le 1<sup>er</sup> janvier, il percevra la totalité de son salaire jusqu'en mars, puis, à partir du 1<sup>er</sup> avril, il ne percevra plus que 750 euros de salaire net mensuel, et cela, pendant les 94 jours d'incapacité suivants.

### Répartition du salaire perçu par l'agent pendant 1 an - exemple



\*[source : [www.sante-sports.gouv.fr/accidents-de-la-vie-courante](http://www.sante-sports.gouv.fr/accidents-de-la-vie-courante) - Les chiffres clés].

# L'IMPACT FINANCIER DES ARRÊTS MALADIE SUR LE BUDGET DES AGENTS

RAPPEL STATUTAIRE POUR UN AGENT CNRACL :

**La durée maximale d'un congé de maladie ordinaire est d'un an pour une période de 12 mois consécutifs.**

**L'indemnisation se fait à 100 % du traitement pendant 3 mois, puis à 50 % du traitement au-delà.**

La maladie ordinaire constitue le premier risque d'incapacité. Tous les agents y sont un jour ou l'autre confrontés.

La durée moyenne des arrêts de plus de 90 jours varie selon l'âge des agents : elle est de 171 jours en moyenne mais atteint 184 jours pour les agents les plus âgés.

La perte de revenus consécutive à de tels arrêts peut alors atteindre des montants très importants, y compris pour les agents les plus jeunes.

Première cause d'incapacité temporaire (plus de 8 arrêts sur 10 en 2015), la maladie ordinaire concerne tous les agents. Un arrêt peut être dû à un épisode épidémique bénin, être la conséquence d'une pathologie importante, ou encore faire suite à un accident de la vie courante hors du cadre professionnel. La durée d'arrêt impacte l'étendue des revenus des agents.

## Un constat identique en longue maladie

De même, dans le cas d'une pathologie particulièrement invalidante mettant l'agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, un congé pour longue maladie peut être accordé au fonctionnaire.

Dans ce cas, et si l'arrêt est amené à se poursuivre pendant une durée prolongée, la perte de revenus peut devenir très importante.

Depuis 2007, les absences en longue maladie s'accroissent globalement. Elles représentent aujourd'hui un risque important.

Dans ce cas, les durées d'arrêt sont particulièrement élevées (787 jours en moyenne), et ce, tous âges confondus.

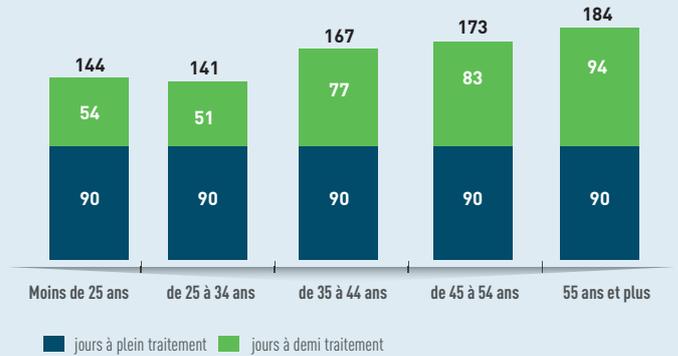
Ces durées d'arrêt liées à des pathologies lourdes ont, de fait, un impact conséquent sur les revenus des agents concernés.

RAPPEL STATUTAIRE POUR UN AGENT CNRACL :

**La longue maladie peut être accordée pour une durée maximale de 3 ans.**

**L'indemnisation se fait à 100 % du traitement pendant 1 an, puis à 50 % du traitement pendant 2 ans.**

**Durée moyenne d'arrêt en maladie ordinaire de plus de 90 jours par strate d'âge en 2015**



**Durée moyenne d'arrêt en longue maladie de plus d'un an par strate d'âge en 2015**





## CONCLUSION

**Marc Jeannin**  
**Directeur Général de Sofaxis**

**Les enjeux actuels en matière de santé au travail et d'employabilité durable se retrouvent aujourd'hui au cœur des préoccupations du secteur public local.**

Nous espérons que vous aurez trouvé dans cette édition du Panorama matière à alimenter les initiatives de votre collectivité : des indicateurs explicites, pour analyser vos statistiques au regard des tendances nationales et soutenir l'essor des enjeux de la santé au travail dans le discours et les initiatives du management ; une approche des actions de prévention par le sens et la pédagogie ; des retours d'expérience sur des méthodes d'organisation du travail applicables au contexte des collectivités territoriales, notamment.

Cette année, l'approche des enjeux de la santé au travail et la compréhension de leurs dynamiques sont complétées par une place inédite donnée aux retours d'expérience sur des « bonnes pratiques » contribuant à l'essor de la qualité de vie au travail. Les approches proposées dans ce Panorama le démontrent : loin de s'opposer, performance collective et qualité de vie au travail vont de pair, dès lors que toutes deux s'inscrivent dans des démarches raisonnées et construites. L'analyse des absences pour raison de santé doit savoir intervenir comme catalyseur des échanges au sein des collectivités et participer à l'amélioration continue des conditions de travail.

Nombreux sont les retours d'expérience qui auraient pu vous être présentés, en appui de cette publication et nous nous tenons à votre disposition pour engager pour vous et à vos côtés une démarche spécifique et éprouvée de gestion des ressources humaines de votre collectivité.

À très bientôt !

# MÉTHODOLOGIE/LEXIQUE

**Ce panorama dresse un état des lieux des absences pour raison de santé dans les collectivités territoriales. La population concernée par l'étude regroupe un échantillon de 367 895 agents affiliés à la CNRACL, répartis dans 18 339 collectivités assurées, pour toutes les natures d'arrêt (maladie ordinaire, maternité, longue maladie/longue durée, accident du travail).**

Les absences étudiées sont principalement mesurées par les indicateurs suivants :

- **taux d'absentéisme théorique** : part du temps de travail perdu en raison des absences (exprimé en %). Cet indicateur permet de visualiser directement le poids de l'absentéisme sur l'effectif étudié.
- **nombre d'arrêts pour 100 agents employés** : indicateur de fréquence qui permet de mesurer l'occurrence des arrêts sur une population de 100 agents.
- **proportion d'agents absents** : part des agents qui se sont arrêtés au moins une fois sur la période d'étude (en %).
- **durée moyenne d'arrêt** : nombre moyen de jours d'absence par arrêt.
- le **coût moyen des absences** pour raison de santé des agents employés s'entend hors frais médicaux et charges patronales incluses.

Le champ d'étude est constitué par l'ensemble des arrêts de travail déclarés entre 2007 et 2015.

## Accident de service

L'accident de service, pour être reconnu comme tel, doit résulter de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion du corps humain.

## Accident de trajet

Est considéré comme tel, l'accident survenu pendant le trajet d'aller ou de retour entre :

- la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où l'agent se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu d'exercice des fonctions ;
- le lieu de travail et le restaurant administratif ou, d'une manière plus générale, le lieu où l'agent prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendante du service.

## Accident survenu avec arrêt

On considère le nombre d'accidents survenus dans la période d'étude et ayant engendré un arrêt de travail.

## Agent absent

Agent ayant présenté au moins un arrêt durant la période considérée et pour le risque assuré. Le "total" du nombre d'agents absents ne prend en compte qu'une seule fois un même agent, même s'il a présenté plusieurs arrêts de différentes natures. Le "total" peut donc être inférieur à la somme des agents absents pour chaque risque.

## Arrêt

Toutes les périodes d'arrêt de même nature, d'un même agent et ayant la même date d'origine comptent pour un seul arrêt même s'ils ne sont pas consécutifs. Tout arrêt survenant pour la même cause moins de deux mois après la fin de l'arrêt précédent, sauf s'il s'agit d'un accident du travail, est considéré comme rechute. Sauf précision, pour l'étude statistique, le mot "arrêt" signifie "arrêt en cours".

## Durée moyenne d'arrêt

"La durée moyenne des absences est le total du temps perdu en raison d'absences divisé par le nombre des absences. On peut ainsi calculer la durée moyenne de chaque type d'absence" (Bureau International du Travail - Statistiques sur les absences au travail - Conférence novembre 1987).

$$\text{Nombre moyen de jours d'arrêt par arrêt} = \frac{\text{Nombre de jours d'arrêt}}{\text{Nombre d'arrêts}}$$

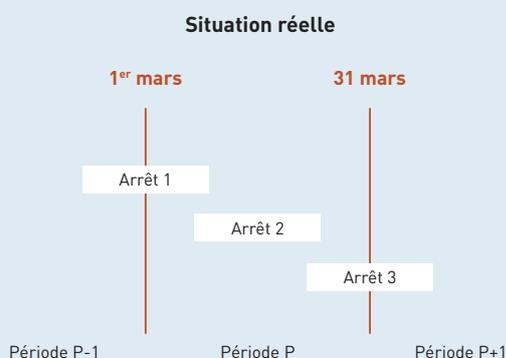
## Fréquence d'arrêt

$$\text{Nombre moyen d'arrêts par agent absent} = \frac{\text{Nombre d'arrêts}}{\text{Nombre d'agents absents}}$$

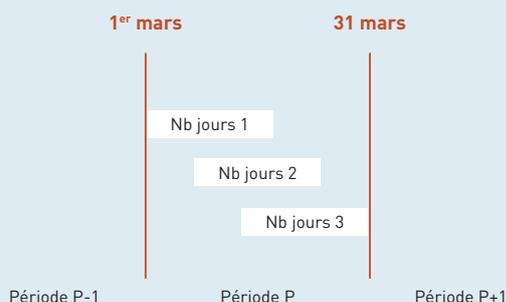
## LEXIQUE

### Jours d'arrêt

Nombre de jours d'arrêt déclarés indemnisables selon le Statut de la Fonction publique. Le décompte du nombre de jours d'arrêt s'effectue de la façon suivante :



### Situation prise en compte pour l'étude du nombre de jours d'arrêt pendant la période



Si la durée totale de l'arrêt 2 est prise en compte pendant la période P, nous ne comptabilisons que le "nombre de jours 1" correspondant à la fin de l'arrêt 1 précédent en cours et le "nombre de jours 3" correspondant au début de l'arrêt 3 non encore achevé. Pour les temps partiels thérapeutiques, ils sont comptabilisés en demi-journées. Un TPT peut être accordé suite à un congé de maladie ordinaire, de longue maladie/longue durée ou suite à un accident du travail. Les jours de disponibilité d'office sont comptabilisés en journées entières. Ils peuvent être accordés suite à un congé de maladie ordinaire ou de longue maladie/longue durée.

### Nombre d'arrêts pour 100 agents employés

Rapport du nombre d'arrêts à l'effectif total ou à la tranche étudiée (âge, filière, service...) multiplié par 100.

$$\frac{\text{Nombre d'arrêts}}{\text{Effectif}} \times 100$$

### Nature d'arrêt

MAL : Maladie Ordinaire  
 AT : Accident du Travail  
 MAT : Maternité  
 SE : Accident de Service  
 LM/LD : Longue Maladie/Longue Durée  
 TJ : Accident de Trajet  
 MG : Maladie Grave  
 MP : Maladie Professionnelle

### Taux d'absentéisme

Indicateur normalisé permettant de comparer les collectivités entre elles. Le coefficient de 5/7 est affecté afin de ne pas comptabiliser, comme journées d'absence, des jours de maladie correspondant à des jours de repos, et donc de ramener des jours calendaires en jours ouvrés. Cette correction a toutefois le désavantage de sous-estimer le poids de nombreux petits arrêts (ceux inférieurs à 5 jours) qui ne contiennent pas en général de jours de repos. Cet indicateur permet d'estimer l'absentéisme en termes de proportion d'agents absents tout au long de l'année.

$$\text{Nombre de jours} \times \frac{5}{7} \times 100$$

Effectif x Nombre moyen de jours travaillés par an par agent

### Taux de fréquence

Nombre d'arrêts pour un million d'heures travaillées (Bureau International du Travail).

$$\frac{\text{Nombre d'arrêts} \times 1\,000\,000}{\text{Effectif} \times \text{Nombre moyen de jours travaillés par an par agent} \times \frac{\text{Durée hebdo. de travail}}{5}}$$

### Taux de gravité

Nombre de journées perdues pour mille heures travaillées. La pondération des 5/7 appelle les mêmes réserves que le taux d'absentéisme théorique (cf. commentaires du taux d'absentéisme théorique).

$$\text{Nombre de jours d'arrêt} \times 1000 \times \frac{5}{7}$$

$$\frac{\text{Effectif} \times \text{Nombre moyen de jours travaillés par an par agent} \times \frac{\text{Durée hebdo. de travail}}{5}}$$



**POUR TOUTE DEMANDE D'INFORMATION**

Service Relations Clients

Tél. : 02 48 48 15 15

Fax : 02 48 48 15 16

E-mail : [relations.clients@sofaxis.com](mailto:relations.clients@sofaxis.com)

Retrouvez l'ensemble de nos services :

[www.sofaxis.com](http://www.sofaxis.com)

**Adresse postale :** CS 80006 - 18020 Bourges Cedex

**Siège social :** Route de Creton - 18110 Vasselay

SNC au capital de 46 065 € - 335 171 096 RCS Bourges

N° ORIAS 07 000814 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr)



ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001  
EFQM Prize Winner 2002 / Label Egalité

Ce document a été imprimé sur un papier certifié PEFC,  
issu de forêts gérées durablement.