

Guide pratique d'utilisation des coefficients multiplicateurs élaborés par l'équipe du projet de recherche VALORIS

L'ouvrage d'Ellie Derros, *Mesurer les coûts cachés de l'absentéisme à l'Hôpital* (Les Études Hospitalières, 2014), demeure la référence méthodologique la plus complète pour évaluer les coûts réels de l'absentéisme dans les établissements de santé. Sa démarche, issue de la socio-économie des organisations (ISEOR, Lyon), propose une lecture approfondie des effets humains, organisationnels et économiques de l'absence au travail. Toutefois, la mise en œuvre intégrale de cette méthode suppose un investissement important en temps, en accompagnement et en ressources humaines. Pour les établissements qui ne peuvent la déployer, notre travail offre une adaptation simplifiée et directement inspirée de cette approche.

1. Valoriser en pratique les pertes de productivité liées à l'absentéisme

Nous avons tout d'abord élaboré des coefficients multiplicateurs par service et par métier, fondés sur l'analyse empirique de plusieurs établissements publics de santé. Ces coefficients traduisent le rapport entre le coût direct de l'absentéisme et son coût total, en intégrant les effets cachés de la désorganisation, des remplacements internes, du temps d'encadrement et de la baisse de qualité des soins.

Le coût direct par jour d'absence correspond au salaire perdu, c'est-à-dire à la rémunération brute chargée de l'agent absent. Il représente la valeur de production non réalisée durant la période d'absence. À partir de ce coût direct, on applique le coefficient multiplicateur pour estimer le coût total de l'absentéisme. Le coefficient général moyen est de 1,3, ce qui signifie que pour un euro de coût direct, environ 0,30 euro supplémentaire correspond à des coûts cachés. Des coefficients spécifiques par service et métier permettent toutefois d'obtenir une estimation plus précise.

Pour chaque service, il convient de recenser le nombre total de jours d'absence pour raison de santé et le coût direct journalier moyen par agent, puis d'appliquer le coefficient correspondant. Ce calcul offre une estimation consolidée du coût total de l'absentéisme, intégrable au rapport social unique ou au tableau de bord social. L'analyse comparative entre

services permet d'identifier les unités les plus fragiles et de hiérarchiser les priorités de prévention et d'organisation.

Exemple 1 – Médecine gériatrique. Dans le service de médecine gériatrique, les absences sont fréquentes mais partiellement compensées par la stabilité des équipes et des ajustements internes. Le coefficient multiplicateur observé y est de 1,3. Supposons que le service enregistre 900 jours d'absence sur l'année, avec un coût direct moyen de 150 € par jour. Le coût total de l'absentéisme est alors de $900 \times 150 \times 1,3 = 175\,500$ €. Les coûts directs représentent 135 000 €, auxquels s'ajoutent 40 500 € de coûts cachés liés à la surcharge ponctuelle, aux temps de coordination et aux remplacements internes. Ce résultat illustre le coût marginal de production perdue dans un service organisé pour absorber une partie des absences.

Exemple 2 – Chirurgie hors cardiaque. Dans le service de chirurgie hors cardiaque, la moindre absence affecte la programmation opératoire, la mobilisation des blocs et la coordination post-opératoire. Le coefficient multiplicateur y est de 1,6. Pour 600 jours d'absence à 180 € par jour, le coût total estimé s'élève à $600 \times 180 \times 1,6 = 172\,800$ €. Sur cette somme, 108 000 € représentent le coût direct, et 64 800 € les coûts cachés liés à la désorganisation et aux réaffectations. Ce service illustre la vulnérabilité des unités techniques, où la perte d'un agent déstabilise l'ensemble du processus de soins.

2. L'impact de l'absentéisme sur la qualité des soins

L'absentéisme n'entraîne pas seulement une perte d'efficacité ; il affecte également la qualité des soins, la sécurité des patients et la cohésion des équipes. Dans nos travaux, cet effet est estimé par un coefficient qualité, calculé à partir des évaluations de terrain recueillies auprès des cadres de santé. Ce coefficient exprime la perte qualitative associée à l'absence, qu'il s'agisse de retards, d'erreurs, de tensions ou de baisse de vigilance. Le coefficient qualité peut être utilisé de deux manières : combiné au coefficient économique pour mesurer un coût total élargi, ou séparément comme indicateur de vulnérabilité de la qualité. La formule élargie est la suivante :

$$\text{Coût total élargi} = \text{Coût direct} \times \text{Coefficient économique} \times \text{Coefficient qualité}$$

Exemple 1 – Médecine gériatrique. Le coefficient économique du service est de 1,3, et le coefficient qualité estimé à 1,10, traduisant un effet modéré sur la qualité globale des soins. Pour 900 jours d'absence à 150 € de coût direct, le coût économique total est de 175 500 €, et

le coût élargi, incluant la qualité, de 193 050 €. La différence de 17 550 € correspond à la perte qualitative : ralentissement du travail collectif, moindre disponibilité relationnelle, perte de continuité pour les patients dépendants. En approche séparée, la gériatrie présente un coefficient qualité inférieur à celui des services techniques, signe d'une meilleure résilience organisationnelle. La qualité y est moins altérée par les absences ponctuelles, ce qui confirme la stabilité du collectif et l'expérience des équipes.

Exemple 2 – Chirurgie hors cardiaque. En chirurgie hors cardiaque, le coefficient économique est de 1,6 et le coefficient qualité de 1,20. Pour 600 jours d'absence à 180 €, le coût total élargi atteint 207 360 €, contre 172 800 € pour la seule dimension économique. Les 34 560 € supplémentaires représentent la perte qualitative liée aux reports d'intervention et à la mobilisation accrue du personnel. En approche séparée, la chirurgie hors cardiaque apparaît comme un service à forte vulnérabilité qualité : un coefficient de 1,20 signifie que chaque absence se traduit par une dégradation qualitative moyenne de 20 %. Cette lecture permet d'identifier les services où la qualité est la plus sensible à l'absence et d'y cibler les actions de prévention et de soutien managérial.

3. Le présentisme : la face silencieuse du coût humain

À côté de l'absentéisme visible, le présentisme représente une autre source majeure de perte de performance. Il désigne la situation d'agents présents physiquement mais diminués dans leurs capacités de travail, en raison de la fatigue, d'un problème de santé ou d'une surcharge chronique. Par souci de continuité des soins, beaucoup choisissent de « tenir », parfois au détriment de leur propre santé. Le présentisme ne se mesure pas directement, mais ses effets sont tangibles : perte de vigilance, ralentissement du travail, erreurs mineures, accumulation de fatigue, et risque d'épuisement. Il constitue une forme de coût caché différé, car il prépare souvent l'absentéisme à venir.

Il est possible pour les directions RH d'en approcher l'ampleur grâce à une recension informelle réalisée par les cadres : pour chaque service, une estimation du pourcentage d'agents présents mais diminués (par exemple 10 %, 15 %, 20 %). Cette appréciation peut d'abord servir à une estimation rapide en appliquant ce pourcentage au coût total élargi de l'absentéisme (économie × qualité). Ainsi, si le coût élargi d'un service est de 200 000 € et que le présentisme est estimé à 10 % des effectifs, on retient à titre d'ordre de grandeur 20 000 € de pertes additionnelles liées au présentisme.

Lorsque l'établissement souhaite une valorisation plus fidèle aux données de terrain, on passe d'un pourcentage global à une formule fondée sur la recension. On note $C_{\text{prod},p}$ et $C_{\text{qual},p}$ les coefficients de présentisme estimés par notre étude (production et qualité). En conservant la convention multiplicative déjà utilisée pour l'absentéisme et la qualité, le coût du présentisme s'écrit :

$$\text{Coût du présentisme} = N_p \times J_p \times C_j \times (C_{\text{prod},p} \times C_{\text{qual},p} - 1)$$

où N_p est le nombre d'agents concernés dans le service (recension des cadres), J_p le nombre moyen de jours travaillés sur la période par ces agents, et C_j le coût direct par jour (salaire chargé/jour).

Exemple 1 – Médecine gériatrique. Le coût total élargi de l'absentéisme s'établit à 193 050 €. Si les cadres estiment que 10 % des effectifs sont régulièrement présents mais diminués, l'estimation rapide conduit à 19 305 € de pertes additionnelles. Pour la valorisation affinée, on retient à titre illustratif six agents concernés, 180 jours travaillés chacun, 150 € par jour, et l'on applique $(C_{\text{prod},p} \times C_{\text{qual},p} - 1)$ du service ; on obtient $6 \times 180 \times 150 \times (C_{\text{prod},p} \times C_{\text{qual},p} - 1)$. Si $(C_{\text{prod},p} \times C_{\text{qual},p} - 1) \approx 0,12$, le coût du présentisme est d'environ 19 400 €, ce qui est cohérent avec l'estimation rapide.

Exemple 2 – Chirurgie hors cardiaque. Le coût total élargi de l'absentéisme atteint 207 360 €. Si les cadres situent le présentisme autour de 20 % des effectifs, l'estimation rapide donne 41 472 €. Avec la formule affinée, on peut retenir douze agents concernés, 180 jours travaillés, 180 € par jour, et appliquer $(C_{\text{prod},p} \times C_{\text{qual},p} - 1)$ du service ; on obtient $12 \times 180 \times 180 \times (C_{\text{prod},p} \times C_{\text{qual},p} - 1)$. Si ce terme vaut environ 0,21, le coût est $\approx 81 500$ €, ce qui reflète la plus forte vulnérabilité des unités techniques lorsque la présence diminuée impacte la programmation opératoire et la coordination des blocs.

Ces deux voies — estimation rapide proportionnelle et estimation affinée par recension — poursuivent le même objectif : rendre visible un coût silencieux et permettre aux directions de situer, service par service, l'ampleur probable des pertes liées au présentisme. L'important est de documenter chaque année l'ordre de grandeur local avec les cadres, d'appliquer les deux coefficients de présentisme issus de l'étude selon une convention d'agrégation constante, puis de suivre les évolutions pour juger de l'efficacité des actions de prévention et d'organisation. Le présentisme ne peut être mesuré avec précision, mais il doit être reconnu.

Sa prise en compte, même approximative, éclaire le lien entre charge de travail, santé des équipes et performance durable. Il invite à compléter l'analyse économique par une lecture qualitative du climat de travail, afin d'agir sur les causes plutôt que sur les seuls effets.

4. Conclusion

L'utilisation des coefficients multiplicateurs permet d'estimer le coût marginal de production perdue lié à l'absentéisme. L'ajout des coefficients qualité et l'analyse du présentéisme élargissent la perspective pour inclure les dimensions invisibles du travail réel. L'intégration du coefficient qualité replace la performance économique dans le cadre du soin réel, tandis que la valorisation du présentéisme rend visible un coût jusqu'ici silencieux. L'ensemble compose un coût total élargi cohérent et reproductible, fondé sur la même convention d'agrégation.

À l'échelle d'un établissement, il est recommandé de fixer une règle d'agrégation unique (multiplicative) pour l'économie et la qualité, de documenter annuellement l'exposition au présentéisme par les cadres de proximité, puis d'inscrire les résultats dans le RSU et dans le tableau de bord social. Cette routine permet d'orienter les priorités : ajustement des dispositifs de suppléance, prévention ciblée dans les services sensibles, soutien managérial et QVT, et suivi des effets dans le temps par des revues régulières.

L'objectif n'est pas de tout chiffrer, mais de rendre visible ce qui ne l'était pas : le coût collectif de la désorganisation, de la fatigue et de la perte de qualité. En rendant visibles les coûts cachés — désorganisation, fatigue, perte de qualité — la démarche aligne les politiques RH, la qualité des soins et la santé au travail. Elle offre aux directions une base commune, simple à appliquer et stable, pour arbitrer entre remplacement, réorganisation et prévention, au service d'une performance hospitalière durable et humaine.

5. Outils complémentaires

Les coefficients multiplicateurs établis à partir des réponses au questionnaire sanitaire sont disponibles sur le site de la Fondation MNH, qui a financé cette étude.

- **Ils peuvent être téléchargés ici :** <https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2026/01/Tableau-des-coefficients-multiplicateurs.xlsx>

Le travail de l'équipe VALORIS a également fait l'objet d'un webinaire pour présenter les résultats de l'étude et l'utilisation des coefficients, ainsi que répondre aux questions des participants.

- **Le replay est disponible ici :** <https://youtu.be/SXIGNajFKxE>

Les coefficients multiplicateurs ont été établis grâce aux réponses collectées sur le questionnaire consacré au volet sanitaire (qui reste disponible ici). Pour proposer une méthode spécifique au secteur médico-social, vous pouvez contribuer à l'étude en répondant au questionnaire qui lui est dédié.

- **Il est accessible ici :** <https://sondage.ehesp.fr/index.php/166167?lang=fr>