

L'ANALYSE LONGITUDINALE DE L'ABSENTEISME : CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

Jean-Paul DUMOND

Enseignant-chercheur

ENSP (Ecole Nationale de la Santé Publique)

Lapss (Laboratoire d'analyse des politiques sociales et de santé)

Chercheur-associé à l'IRG (Institut de Recherche en Gestion, Paris XII)

ENSP, Av du Prof Léon Bernard

35000 RENNES

Jean-Paul.Dumond@ensp.fr

Résumé :

La santé au travail constitue un enjeu majeur, souligné en France par un texte législatif, mais négligé, même dans des grandes entreprises, tant en terme de performance économique (tous les coûts d'une précarisation sanitaire des salariés ne sont pas externalisés sur la collectivité nationale) que de santé publique. Son analyse, dans une entreprise donnée, par la voie de l'absentéisme constitue une perspective féconde qui nécessite, cependant, des précautions relativement importantes à mettre en œuvre, en raison de la multiplicité des variables qui jouent sur l'absentéisme.

La question de recherche est la suivante : quelles sont les variables qui influencent le niveau de l'absentéisme et qu'il convient de prendre en considération dans toute interprétation de cette donnée lorsqu'elle est utilisée de manière longitudinale dans une même entreprise ? S'appuyant sur une revue de la littérature et sur cinq analyses de l'absentéisme menées dans diverses organisations, entre 2001 et 2006 (deux études statistiques longitudinales, une enquête sur les représentations du travail en lien avec l'absentéisme, deux analyses cliniques) la communication proposée met en évidence le groupe de sept variables (le processus administratif de production des données d'absentéisme, le contexte réglementaire et économique, la structure démographique, les normes sociales et d'équipe, les conditions sanitaires de la population, les conditions et les relations de travail) à prendre en considération.

Au final, en ressortent, si ce n'est un dispositif formalisé d'analyse de l'absentéisme qui ne pourrait être construit qu'au cas par cas, du moins les composantes principales d'un tel dispositif dans la perspective que des entreprises puissent formaliser un outil d'investigation de la santé au travail adapté à leur situation.

Mots-clés : absentéisme, santé, travail

La santé au travail constitue un double enjeu, d'une part, pour la société en terme de santé publique liée à l'activité de travail, de l'autre, pour les entreprises pour lesquels l'absentéisme représente un coût de gestion, d'organisation des remplacements et de formation, un coût caché relatif à la discontinuité imprévisible de l'activité de personnes compétentes et, dans les fonctions publiques en particulier, un coût salarial direct. L'absentéisme pour motif médical apparaît, au premier regard, un critère pertinent d'analyse de la santé au travail qui présente l'incomparable avantage d'un suivi obligatoire, réglementé, exhaustif, en général de qualité, et longitudinal. De plus, les données quantitatives qui expriment l'absentéisme, le nombre d'arrêts, la durée des arrêts, le taux d'absentéisme notamment, offrent la possibilité d'exploitations statistiques multiples (tris, analyses de données, séries temporelles, notamment) permettant une investigation approfondie des absences pour raisons de santé. L'objet de cet article n'est pas d'analyser ces possibilités d'exploitation statistique, mais de souligner qu'en amont, la formation de la donnée, elle-même, dépend de multiples variables dont il convient de tenir compte dans les analyses statistiques ultérieures. A titre d'illustration, le fait d'utiliser ou non un système de "badgeuse" pour le recueil des temps de travail, les conventions de calcul de l'absentéisme, le mode de gestion des personnels qui peut influencer sur la structure démographique ou, encore, les évolutions culturelles du rapport médecin – patient influencent directement le niveau d'absentéisme. En conséquence d'ailleurs, les comparaisons intersectorielles, voire inter-entreprises appellent la plus grande prudence quant à leur exploitation. En revanche, à l'intérieur d'une même entreprise dont la culture, les normes, les pratiques de recrutement peuvent être davantage homogènes, du moins sur une période d'une dizaine d'années, le critère de l'absentéisme semble plus fiable. L'analyse devient alors longitudinale. La question à laquelle cherche à répondre cette communication est la suivante : quelles sont les variables qui influencent le niveau de l'absentéisme et qu'il convient de prendre en considération dans toute interprétation de cette donnée lorsqu'elle est utilisée de manière longitudinale dans une même entreprise ?

La réponse proposée s'appuie sur une revue de la littérature et sur plusieurs analyses de l'absentéisme menées dans diverses organisations, entre 2001 et 2006, selon des modalités différentes. La revue de la littérature permet de mettre en évidence une première série de variables que les analyses de terrain ont permis de compléter. La première forme d'analyse, des études statistiques longitudinales, souligne l'importance de la construction administrative de la donnée d'absentéisme. La deuxième, une enquête sur les représentations du travail en lien avec l'absentéisme, montre la nécessité qu'il y a à distinguer le nombre d'arrêts de la durée moyenne des arrêts dont les évolutions peuvent avoir des significations différentes. De ce fait, un nombre d'arrêts, un nombre de journées d'absences par agent ne suffisent pas à décrire l'absentéisme pour cause de santé. L'absentéisme présente de multiples facettes qu'il convient de considérer. Enfin, deux analyses cliniques montrent le processus qui peut produire, localement, un absentéisme élevé et la nécessité, dans les études de l'absentéisme de travailler sur des groupes homogènes et, de ce fait, peu nombreux, de personnes.

La communication s'achève par une explicitation des variables qui jouent sur l'absentéisme, en proposant des modalités d'analyse de celles-ci. Au final, en ressortent, si ce n'est un dispositif formalisé d'analyse de l'absentéisme qui ne pourrait être construit qu'au cas par cas, du moins les composantes principales d'un tel dispositif dans la perspective que des entreprises puissent formaliser un outil d'investigation de la santé au travail adapté à leur situation.

L'absentéisme : un résultat à la formation difficile à reconstruire

Plusieurs modèles et méta-analyses de l'absentéisme ont été proposés depuis une trentaine d'années synthétisant les variables qui structurent la formation de l'absentéisme. D'origine principalement nord-américaine¹, ces travaux se situent initialement dans la perspective de fournir des modèles multi-factoriels explicatifs de l'absentéisme individuel (Nicholson, 1977 ; Steers et Rhodes, 1978). Probablement le plus référé, celui de R. M. Steers et S.R. Rhodes propose ainsi 7 variables, articulées entre elles et conduisant à l'absentéisme : la situation de travail, les valeurs et attentes professionnelles, les caractéristiques personnelles, la satisfaction au travail, la "pression" exercée par l'environnement et la capacité à être présent. Sa vertu est d'essayer d'organiser dans le temps le processus qui mène de la situation de travail à une absence pour raison de santé en prenant en compte les différentes considérations qui influencent l'attitude et le comportement de l'acteur. Ce modèle est centré sur l'individu et le cheminement qui le conduit à une absence.

En 1995, le modèle individuel de l'absentéisme proposé par R. M. Steers et S.R. Rhodes est complété pour davantage prendre en compte les déterminants économiques et sociologiques de l'absentéisme et mesurer les liens statistiques entre les différentes variables (Stephen et alii, 1995. Un nouveau modèle en découle) dont la version de synthèse propose cinq variables majeures : la situation de travail, la motivation professionnelle, l'environnement social, l'antériorité en matière d'absentéisme et la satisfaction au travail. L'avantage de ce modèle est de ne pas chercher à être exhaustif, mais d'extraire de l'ensemble des variables potentiellement explicatives celles qui, statistiquement, sont les plus prédictives de l'absentéisme. L'outil se veut moins descriptif d'un processus réel qu'une mise en évidence des déterminants statistiques de l'absence au travail.

Enfin et pour se limiter à quelques travaux, D. A. Harrison et J. J. Martocchio ont publié en 1998 une étude classant les facteurs d'absentéisme par leurs effets à court, moyen et long terme, ainsi que leurs conséquences directes et indirectes, également classées selon un horizon temporel. Ils notent, en particulier, parmi les facteurs à long terme de l'absentéisme, la personnalité et les caractéristiques démographiques, à moyen terme, l'attitude à l'égard du travail et le contexte social, et parmi les éléments qui déclenchent l'absentéisme, une absence d'incitants à la présence, des obstacles majeurs conjugués à une certaine "pression" sur l'employé, la constatation d'injustice et l'absence de plaisir au travail. L'analyse se veut encore processuelle cherchant à reconstruire la construction dans le temps de l'absentéisme.

A ces modèles, parfois critiqués car prenant insuffisamment en compte la diversité des situations professionnelles (d'où, l'impossibilité à construire un modèle générique - Poussette, Hanse, 2002), il convient d'ajouter plusieurs travaux qui ont exploré des variables peu mises en relief ou passées sous silence dans les synthèses sur l'absentéisme.

Un premier groupe de travaux se réfèrent, en effet, aux contextes macro-économique ou micro-économique. Ils mettent l'accent, soit sur le lien entre l'absentéisme et la participation des salariés au capital de l'entreprise dont ils sont employés (Hammer et alii, 1981 ; Wilson, Peel, 1991 ; Arthur, Jelf, 1999 ; Brown et alii, 1999) avec des résultats contradictoires comme

¹ Dans l'espace francophone, l'absentéisme apparaît une préoccupation mineure. Ce terme ne ressort pas dans l'index de l'encyclopédie de la GRH. A notre connaissance, aucun n'article de la revue des ressources humaines ne porte sur ce sujet et il n'apparaît dans aucun mot clé de la RFG. En France, l'absentéisme a fait l'objet de quelques publications (notamment, Dassa, 1992) et communications (par exemple, Dumas, 2005).

souvent en matière d'absentéisme, soit sur le contexte juridique (Dalton, Perry, 1981) et économique, notamment, le chômage étudié nationalement et régionalement (Markham, 1985). Dans un esprit voisin, la qualité des relations syndicales a été plusieurs fois étudiée dans ses rapports avec l'absentéisme (Reza, 1975 ; Leigh, 1984 ; Allen, 1984) avec également des effets controversés, de même que la taille des entreprises (Allen, 1982 ; Winkelmann, 1999) ou celle des groupes (Markham et alii, 1982). Portant également sur le contexte d'action des personnels employés, citons l'étude originale, réalisée en Suisse, de C. Zimmerman et D. Ramaciotti (1993) montrant une relative corrélation entre les régions où la densité médicale est la plus élevée et celles où l'absentéisme est le plus important.

Centrées sur l'individu, d'autres études ont tenté d'étudier la rationalité économique de l'absentéisme, compris parfois comme une forme de compensation (Allen, 1981) ou comme une décision rationnelle entre un gain et des coûts marginaux (Dunn, Youngblood, 1986 ; Barmby, Treble, 1991). Parmi les multiples facteurs individuels d'absence, citons cependant, parce qu'ils n'ont pas été évoqués antérieurement, le sentiment de l'iniquité (Geurts et alii, 1999 ; Daley, Parfitt, 1996), le harcèlement moral (Kiwimäki et alii, 2000), les multiples facteurs de santé publique avec des observations variables suivant les études (Serxner et alii, 2001) dont la pratique du sport (Daley, Parfitt, 1996) ou, encore, la quotité de travail (Smulders, 1993). Une seule étude (Ivancevich, 1985), à notre connaissance, a tenté de préciser si l'absentéisme était davantage corrélé à la personne ou au poste. Elle conclut par le fait que l'absentéisme antérieur a un caractère prédictif de l'absentéisme futur rejoignant en cela d'autres analyses.

Le champ des variables enquêtées au regard de l'absentéisme est donc considérable. Sur la base des méta-analyses antérieures et des travaux complémentaires cités, ce champ peut être organisé en six groupes de variables, avec à l'esprit, l'intention, non pas de reconstruire un processus descriptif ou prédictif de l'absentéisme, mais d'identifier les variables dont le suivi est nécessaire de manière longitudinale pour disposer d'une base de données suffisante à un travail d'interprétation de l'absentéisme :

- Les règles juridiques (dont les modes de prise en charge de l'absence, les incitants à la présence) ;
- Le contexte économique et organisationnel (niveau de chômage, rapport des employés au capital, taille de l'entreprise, nature des relations syndicales, type de contrats utilisés, ...)
- Les normes sociales et, notamment, la "pression" exercée par l'organisation, l'encadrement, l'équipe, ainsi que celles qui concernent le rapport médecin - patient ;
- Les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, de la population employée et ses conditions de vie)
- Les conditions de travail et les relations de travail.

Selon ce premier repérage, l'analyse longitudinale de l'absentéisme dans une même entreprise devrait conduire à suivre parallèlement ces différentes variables pour estimer si l'évolution de l'absentéisme n'a pas trait en particulier à l'une d'entre elles ou à plusieurs d'entre elles, renforçant ou annihilant leurs effets réciproques. Une stabilité de l'absentéisme peut, par exemple, masquer une amélioration des conditions de vie de la population (meilleure hygiène, réduction des addictions classiques, prévention primaire accentuée) et la dégradation parallèle d'une autre variable ou, inversement, une amélioration des conditions de travail et un recours de plus en plus fréquent à la médecine ambulatoire.

Plusieurs enquêtes de terrain relatives à l'absentéisme, menées entre 2001 et 2006, ont permis progressivement d'affiner ce repérage, sans le bouleverser, en mettant en évidence de

nouvelles variables, par exemple, le mode de construction administrative des données de présence et d'absence ou en accentuant certaines composantes de l'absentéisme. Les enquêtes de terrain ont pris trois formes : des études statistiques sur l'absentéisme, une enquête de représentations à partir de questionnaires et, enfin, des analyses cliniques, formant ainsi un plan de recherche visant à tirer parti des différentes méthodes d'investigation de l'absentéisme pour cerner les facteurs déterminants le niveau d'absentéisme et sa mesure.

Les études statistiques : l'absentéisme, une construction administrative

Deux études statistiques ont été menées en 2003 et en 2004 sur l'intégralité des données d'absence de deux établissements hospitaliers et une période de dix ans, pour l'un, de six ans, pour l'autre. L'intérêt de ces études tient, d'une part, à leur caractère longitudinal, de l'autre, à l'analyse de la construction des données d'absentéisme, de l'autre.

La méthode a consisté à calculer des taux d'absentéisme par catégories de population segmentées, par type d'absence, selon le statut, la fonction, le service, l'âge, la quotité principalement, puis à analyser les évolutions du taux d'absentéisme sur la période. Les taux ont été établis par une mise en rapport des présences (fournies par le service du personnel) et des absences (reprises de manière complète sur la période donnée).

D'un point de vue méthodologique, trois enseignements ont été tirés de ces deux études statistiques. En premier lieu, le taux d'absentéisme pour une catégorie donnée peut se décomposer en :

- un taux d'incidence (nombre de personnes qui recourent à une absence dans l'année / nombre total de personnes),
- un taux de fréquence (nombre moyen d'arrêts par an et par agent),
- la durée moyenne des arrêts.

Le taux d'absentéisme (quel que soit le type d'absence considéré) est le produit de ces trois indicateurs dont les variations respectives peuvent ouvrir sur des hypothèses et des possibilités d'action différenciées. A titre d'exemple, une durée moyenne des absences qui s'allonge, sans augmentation du taux d'incidence, peut inciter à renforcer les politiques centrées sur certaines populations, à en mettre en place ou à en évaluer la pertinence. En revanche, une augmentation du taux d'incidence peut déboucher sur l'hypothèse d'un malaise généralisé lié, par exemple, à une restructuration ou une évolution difficile à vivre ou, encore, sur l'hypothèse d'un changement de normes sociales à l'égard de l'absentéisme.

Deuxièmement, sur les deux analyses effectuées, les transformations de la structure démographiques sont apparues un élément déterminant de l'évolution du taux d'absentéisme. Globalement, dans les structures hospitalières et, de manière générale, dans les organisations où la population est fortement féminisée, la courbe d'absentéisme est bi-modale avec un pic autour de 30 ans et un second entre 50 et 60 ans, du moins pour l'absentéisme dans son ensemble et, parfois, pour la maladie ordinaire (sur laquelle se reportent certaines absences liées à la parentalité). De ce fait, le renforcement proportionnel de l'une des classes d'âge par recrutement, départ ou vieillissement et, plus largement, toute modification de la structure démographique ont des effets directs sur le taux global d'absentéisme. C'est pourquoi, une analyse statistique de l'absentéisme doit comporter une décomposition de l'évolution des taux globaux par type d'absence en, d'une part, une évolution liée à la structure démographique et, de l'autre, une évolution due à la variation des taux par classe d'âge. Déterminante pour l'interprétation, cette analyse du type coût volume, permet de reconsidérer la perception d'une augmentation ou d'une diminution de l'absentéisme. Celui-ci peut se réduire, pour des raisons

démographiques, tandis que les taux augmentent par classe d'âge. Dans ce cas, l'apparente diminution cache en fait une aggravation de la situation. Le cas inverse peut, tout pareil, se produire. La variable "structure démographique" apparaît d'une importance majeure.

Enfin, l'étude statistique a mis en évidence le long alambic administratif au cours duquel se forme une donnée d'absence. Comme toute donnée de gestion, elle forme un construit qui, à chaque étape de son élaboration, peut donner lieu à erreurs ou divergences. Trois étapes, notamment, peuvent avoir une influence directe sur la mesure de l'absentéisme : le mode de saisie des temps de travail, l'affectation des absences et le calcul de l'absentéisme.

Un relevé manuel des temps de travail effectué par le cadre de proximité peut autoriser des ajustements a posteriori ou des oublis, relativement difficiles à maintenir avec une "badgeuse". Dans un établissement, la mise en place d'un système de saisie des temps par "badgeuse" a conduit à une augmentation de quelques % des absences déclarées. L'interprétation en a été double. Du côté des détracteurs du système, l'augmentation a été comprise comme un rejet du nouveau procédé. Pour le DRH, l'augmentation serait due à une meilleure saisie des absences, aucune d'entre elles ne pouvant plus être omise ou compensée a posteriori. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire d'interroger la fiabilité et l'évolution de la saisie des données à la source.

L'affectation des déclarations selon la nomenclature des absences peut également faire l'objet de conventions diverses. Par exemple, certains employés des services de DRH affectent certains congés pour grossesse pathologique en maladie ordinaire, d'autres en maternité. Dans quelques services de DRH, les arrêts maternité sont saisis en deux fois, avant et après la naissance présumée, de sorte que la durée moyenne des arrêts en est radicalement modifiée.

A ces diverses interprétations de la réglementation, s'ajoutent les modalités hétérogènes de calcul des taux d'absentéisme. En particulier, le nombre de journées d'absence par agent présente plusieurs points d'interprétation qui peuvent être rapidement énumérés. Au numérateur, certains établissements appliquent un ratio de 5/7 au total des jours au prétexte que doivent être décomptés de l'absentéisme les jours non travaillés. De même, au dénominateur, le nombre d'agents peut être évalué en effectif présent au début de chaque mois (en moyenne sur 12 mois) ou en équivalent temps plein. Les différences sont évidemment considérables entre les plus extrêmes de ces formules. L'important, pour notre propos, est de souligner qu'une modification de la gestion de la donnée "absence", au cours de la période étudiée, omise ou passée inaperçue, peut infléchir sensiblement les résultats d'une étude longitudinale de l'absentéisme.

L'enquête sur les représentations : l'effet modulé sur le nombre d'arrêt et la durée des absences

Deuxième méthode d'investigation utilisée, l'enquête par questionnaire s'est déroulé dans un établissement hospitalier d'environ 2.000 agents. Le questionnaire visait à cerner l'effet du rapport au travail sur l'absentéisme. Il interrogeait les personnes sur leurs arrêts de moins de 21 jours au cours de l'année 2004, leur durée et le motif de l'arrêt. Il leur proposait également des phrases avec lesquelles les personnes enquêtées devaient dire celles avec lesquelles elles se ressentaient en accord. Les phrases portaient successivement sur l'engagement dans le travail, sur l'intérêt pour le travail, sur la charge de travail, sur les évolutions organisationnelles en cours, sur la fierté à travailler dans une institution hospitalière, enfin sur le caractère noble ou banal de l'activité professionnelle. Le questionnaire a été administré de décembre 2004 à avril 2005 et renseigné par 395 personnes (soit un cinquième de la population). L'échantillon, ainsi constitué, augmentait la part de certains groupes, notamment

les contractuels et les stagiaires, dans une moindre mesure les aides-soignants et les infirmières. Les médecins étaient très peu représentés dans l'échantillon. De fait, l'enquête a porté principalement sur les personnels non médicaux de l'hôpital. L'auto-déclaration concernant les absences au travail est apparue correspondre aux données générales. En matière d'absentéisme, l'auto-déclaration est plutôt jugée fiable, sauf pour les jugements portés sur les absences d'autrui (Harrison, 1994).

L'exploitation a été faite sur la base de tris croisés principalement et de tests du Khi-deux. Elle montre que l'absentéisme de courte durée (moins de 21 jours) est infléchi de manière particulière par les représentations que les individus ont de leur métier et de leur cadre de travail. Elles ne modifient pas, en effet, la décision de s'arrêter : le nombre d'arrêts est identique, quelles que soient les représentations que les individus ont de leur travail. La durée des arrêts, en revanche, s'allonge d'environ deux jours pour les employés ayant des représentations négatives de leur activité, sur une moyenne de durée des arrêts d'environ 7 jours.

La différence concernant le nombre et la durée des arrêts pourrait s'interpréter ainsi. La décision de s'arrêter resterait dans l'esprit de beaucoup d'employés extérieure à la "satisfaction" au travail, comme si elle ne dépendait que de critères strictement médicaux. Il est également possible que les restructurations et les transformations du secteur hospitalier ne soient pas suffisamment pesantes ou menaçantes pour faciliter la démarche, malgré tout relativement lourde, consistant à solliciter un arrêt auprès d'un médecin et à entamer le contrat moral avec l'équipe de travail. En revanche, une fois la décision prise de consulter, le contexte professionnel semble reprendre toute son importance en incitant sans doute les uns à limiter leur absence et les autres à les utiliser pleinement pour trouver une compensation aux désagréments du travail. En effet, même si la durée relève d'une décision médicale, il n'est pas rare qu'elle fasse l'objet d'une brève négociation ou d'une remarque du patient dans un sens ou dans l'autre incitant le praticien à raccourcir ou à allonger la durée de l'arrêt pour divers motifs (prise en compte de la pénibilité suggérée du travail ou du contexte familial, volonté d'un accord avec le patient, etc.).

Au regard de la question de recherche qui nous préoccupe, l'enquête sur les représentations suggère, d'une part, l'importance de la variable "rapport au travail", de l'autre, la nécessité de distinguer dans l'analyse de l'absentéisme le nombre d'arrêts par agent et la durée moyenne des arrêts, cette dernière semblant plus sensible au rapport au travail. Ce résultat contredit une étude antérieure d'où il ressort que la satisfaction au travail se corrèle avec l'absentéisme en fréquence des arrêts plus qu'en durée (Scott, Taylor, 1985), mais s'avère confirmé par celle menée dans le secteur hospitalier montrant que les griefs à l'égard du travail jouent beaucoup plus sur le désir d'être absents que sur les absences effectives (Hackette et alli, 1989). Ces dernières restent liées à des motifs médicaux d'absence. Il est possible que les conditions d'enquête aboutissent à cette divergence ou que les situations étudiées furent par trop différentes du fait de leur contexte juridique, économique, sectoriel et social. Quoi qu'il en soit, il importe, dans une analyse longitudinale statistique, de suivre précisément ce qu'une telle analyse permet, l'incidence, la fréquence et la durée moyenne des arrêts, et non de se contenter d'un nombre moyen de jours d'absence par agent.

Les analyses cliniques : l'importance des processus locaux

Dernière forme d'investigation utilisée, les analyses cliniques ont été menées dans deux services hospitaliers d'un même établissement sous la forme d'une formation-action visant à réduire l'absentéisme dans des unités particulièrement marquées par des absences pour causes

de santé, sans qu'apparemment les conditions de travail ou l'âge des personnels y soient spécifiques.

La démarche a consisté à réunir, dans chaque service, pendant cinq fois une journée un groupe d'employés en charge d'analyser communément le fonctionnement de l'unité et son lien éventuel avec l'absentéisme. Le groupe, composé d'environ une douzaine de personnes, regroupait à part égale, d'un côté, des membres du service, de l'autre, des professionnels, soit d'autres services en lien avec celui analysé, soit assurant une fonction transversale (médecin du travail, gestionnaire du personnel, notamment). Cette composition a semblé, pour les deux formations-actions, particulièrement fructueuse en permettant une analyse à la fois tirée de l'expérience quotidienne des professionnels et approfondie par les interrogations semi-naïves de personnes extérieures à l'unité. Le rôle des intervenants en position à la fois d'animation et de recherche a été seulement de fournir un cadre à l'analyse du fonctionnement interne, de soutenir par moments la réflexion, d'approfondir certains questionnements et d'assurer les comptes-rendus de chaque réunion. Les discussions n'ont pas été transcrites, mais ont fait l'objet d'une prise de notes relativement précises.

Un trait commun a caractérisé la dynamique des deux interventions. Les analyses ont eu tendance à se focaliser par journée ou demi-journée sur des thèmes spécifiques qui apparaissaient au moment de leur évocation comme la difficulté centrale, voire le problème unique. Puis un mois après, après analyse et réflexion faites, un autre thème apparaissait à la séance suivante, non sans lien avec le précédent, mais l'approfondissant, voire le dépassant.

Dans le premier service, une unité de pneumologie, la dynamique des thèmes a été la suivante. En premier lieu, il est apparu que la nature des prises en charge (nombre de décès important, agonies longues et douloureuses, patients suivis dans la durée avec lesquels se créent des liens affectifs) constituait la particularité de ce service, la difficulté à y travailler et, peut-être, la source de son absentéisme si élevé. Puis, après enquête auprès des employés eux-mêmes, il est apparu que le travail effectué dans ce service était, sans devenir banal, à peu près pris en charge par les personnels dans le cadre de leur savoir-faire professionnel. Une autre thématique est alors apparue, la désorganisation du service et les liens avec les autres unités. De nombreux dysfonctionnements ont été cités. Analysés, ils sont finalement apparus mineurs et, pour le moins, exagérés. C'est alors que le groupe s'empara d'une donnée évidente, mais négligée : les infirmières étaient beaucoup plus absentes que les aides-soignants. Pourquoi ? La réponse fut immédiate. Les aides-soignants formaient un collectif grosso modo soudé, tandis que les infirmières appartenaient pour la majorité d'entre elles (à hauteur de 5 sur 4) au service de remplacement : elles étaient de passage, s'intéressaient peu au fonctionnement collectif, critiquaient les plannings car elles n'en avaient qu'une vision à court terme, manquaient de solidarité entre elles. L'ensemble fut alors aisé à comprendre : le service de pneumologie est un service difficile où, par manque de "vocations", on recourt à des infirmières remplaçantes (elles ont davantage de choix que les aides-soignants) qui dans le cadre d'une politique de recherche de souplesse sont devenues de plus en plus nombreuses. A cette situation, la réponse a été, notamment, de fidéliser progressivement les infirmières dans ce service par des "contrats" internes et individuels les assurant de pouvoir quitter le service au terme de trois ans. Cette mesure, ajoutée à l'effort de l'encadrement à reconstruire un collectif infirmier et diverses améliorations (postes aménagés, gestion améliorée du secrétariat et des transmissions, ...) ont permis, au moins sur l'année qui a suivi l'intervention, de faire baisser de manière importante l'absentéisme.

Dans la seconde unité, un long séjour de gériatrie situé à l'extérieur de l'hôpital, l'intervention, réalisée un an après celle de pneumologie, s'est traduite par une dynamique moins linéaire et moins nette. Plusieurs thèmes se sont enchevêtrés au long des séances donnant à chacune une tonalité particulière sans qu'une véritable progression se dégage comme en pneumologie. Au

contraire, il a semblé que ressortait de l'ensemble des thèmes abordés une toile de fond, quasi immanente, où se dessinaient à la fois le rapport aux personnes âgées et le rôle du responsable de l'unité. Le premier thème a été celui du rapport entre le service de gériatrie et l'hôpital général qui, en termes d'alimentation et d'hébergement, aurait délaissé "le parent pauvre" que constituerait cette unité extériorisée. Les illustrations furent multiples et navrantes. Puis, furent évoquées la difficulté à structurer une équipe de gériatres, la déréliction de l'ossature médicale et l'absence de soutien à l'équipe infirmière. Enfin, apparurent la culpabilité à l'égard des personnes âgées, ainsi que l'impossibilité à les traiter correctement en raison de leurs pathologies multiples et de leur démence comme à cause du "sous-effectif". L'évocation de multiples scènes de violence entre les patients ou avec les soignants vint soutenir le propos. Toutefois, cette chronologie reconstruite n'a guère signifié une progression, le thème antérieur pouvant revenir en des termes analogues à la séance suivante, comme si les redites ne faisaient qu'exprimer un point de butée inexprimable ou inaudible. Cette perception, de plus en plus prégnante au fil des réunions (elles furent finalement au nombre de six dans cette unité), reçut en petit comité (quatre personnes sur les douze que constituait le groupe) une interprétation conclusive. D'une part, la résignation collective et ses diverses manifestations (les sentiments d'abandon, de paupérisme, de culpabilité) semblaient refléter la situation des personnes âgées et de leurs familles, comme si une osmose se produisait entre les soignants et les soignés. De l'autre, l'immobilisme est apparu comme une stratégie portée surtout par le responsable de la structure pour maintenir une emprise implacable sur son personnel, non sans lien, peut-être, avec l'absentéisme élevé. La particularité de son mode de commandement est même apparue comme le fait particulier et majeur distinguant cette unité des autres structures de gériatrie excentrées. Ces deux hypothèses posées, l'intervention a conduit à plusieurs améliorations ponctuelles, au renforcement des relations avec la maison-mère afin de signifier l'attachement de cette dernière à l'unité de gériatrie, à la refondation d'une équipe médicale et à la transformation du départ du cadre principal, pour raison de retraite, en un événement positif. Ainsi, dans cette unité, l'absentéisme aurait été lié principalement au mode de management qui y a prévalu pendant de longues années dans le contexte particulier d'une activité marquée par le rapport social aux personnes âgées.

Deux conclusions en découlent pour notre propos. Premièrement, le chemin est souvent long entre l'identification d'un taux particulièrement élevé et récurrent d'absentéisme, d'une part, et la texture des relations sociales qui peut le favoriser, de l'autre. Surtout, en second lieu, les contextes locaux, en lien souvent avec des problématiques plus générales, apparaissent déterminants. Ici, ce fut parmi un groupe de neuf infirmières, l'absence de collectif un tant soit peu structuré, là, une unité de quelques dizaines de personnes placées sous la férule d'un cadre savourant son emprise et déterminé à la conserver dans une unité quelque peu délaissée. La prégnance des contextes locaux dans la formation de l'absentéisme a été repérée dans les écoles néerlandaises (Lindeboom, Kerkhofs, 2000) où les enseignants les mieux-portants et les plus motivés sont recrutés par les écoles les mieux organisées ayant déjà les taux d'absentéisme les plus faibles. L'absentéisme tend à produire des cercles vicieux ou vertueux.

D'un point de vue méthodologique, la question posée est celle du repérage de ces situations particulières où, par des effets circulaires, s'auto-alimente l'absentéisme. Pour y parvenir, il convient d'étudier l'absentéisme de groupes limités de personne, par exemple, de la taille d'une équipe de travail. L'analyse longitudinale permet d'atteindre ce degré de finesse, à condition de l'utiliser pour agréger des données, non pas entre des catégories hétérogènes, mais au fil des années sur une population peu nombreuse.

L'identification des variables pertinentes pour une analyse longitudinale de l'absentéisme

La revue de la littérature sur l'absentéisme menée en première partie, puis les résultats des analyses de l'absentéisme conduites selon trois méthodes différentes et complémentaires permettent de décrire les principales variables qui peuvent orienter le niveau de l'absentéisme et qui doivent être prises en compte dans l'interprétation de sa mesure. Dans les variables proposées, beaucoup appartiennent aux méta-analyses déjà réalisées. Ayant permis de faire ressortir les variables relatives aux règles juridiques, au contexte économique et organisationnel, aux normes sociales, aux caractéristiques socio-démographiques et aux conditions et relations de travail, les méta-analyses mésestiment, cependant, quelques facteurs dont les analyses de terrain ont souligné l'importance. Les variables proposées, ci-après, dont l'évolution peut influencer sur la mesure de l'absentéisme, intègrent ces deux sources, celle des analyses antérieures et celle des expériences de terrain. En conséquence, l'identification proposée apporte quelques garanties sur le fait que l'analyse proposée se situe sur la voie de l'exhaustivité qu'une nouvelle étude pourra toujours compléter.

A des fins de lisibilité, les variables déterminantes de la mesure de l'absentéisme ont été regroupées en sept catégories présentées, ci-dessous, avec les modalités d'enquête permettant d'en analyser le rôle :

- 1) **Les méthodes de production des données d'absentéisme.** Elles concernent :
 - la saisie des données d'absence qui influe surtout sur le niveau des absences pour maladie ordinaire et de courte durée,
 - la classification des absences, notamment entre la maladie ordinaire et la maternité,
 - le calcul des indicateurs d'absentéisme dont l'effet peut être massif et jouer sur le niveau global de l'absentéisme.

Des entretiens avec le DRH et avec les agents, en charge directement du traitement des absences, permettent en général d'identifier les pratiques existantes et, surtout, leur variation dans le temps.

- 2) **Les règles juridiques de gestion de l'absence et les conditions économiques d'emploi.** Elles jouent sur les modalités de prise en charge des absences et l'ampleur des préjudices subis par l'employé en cas de défection (réputation auprès de l'employeur, traitement éventuel de défaveur, licenciement, moindre rémunération) et donc, dans la mesure d'un choix par l'employé, sur l'absentéisme. Si l'on se fie aux résultats de l'enquête sur les représentations, l'effet des conditions économiques d'emploi pourrait jouer un premier lieu sur la durée des absences, plus élastique, semble-t-il, au rapport au travail. Le DRH est, en général, à même de préciser les éventuelles modifications économiques sectorielles et les évolutions juridiques susceptibles de faire varier l'absentéisme.
- 3) **La structure démographique.** Elle joue en permanence sur le niveau d'absentéisme. Fondamentale à prendre en considération, la structure démographique peut induire des erreurs d'appréciation importantes. L'effet de la structure démographique sur l'absentéisme peut s'appréhender aisément à partir d'une décomposition de la variation du volume global des journées d'absences en α) une variation liée à la structure démographique (taux stable, structure modifiée), β) une variation liée aux taux par tranche d'âge (taux modifiés, structure stable), γ) un effet mixte.

Ces variables sont assez facilement "maîtrisables". Les suivantes, en revanche, posent des problèmes méthodologiques plus ardues qui nécessitent, en général, le recours à des méthodes historiques pour discerner les évolutions à l'œuvre. Par historiques, sont entendues, soit l'analyse de traces permettant de comparer des situations dans le temps et de reconstruire une évolution, soit des méthodes d'enquêtes longitudinales..

- 4) **L'évolution des normes sociales et des normes d'équipe.** Relatives au souci de soi et au recours à la médecine selon la nature et l'importance des pathologies, concernant également les pratiques effectives des médecins en cas de demande d'arrêt, les normes sociales modifient profondément sur une longue durée l'absentéisme. A titre d'illustration, sans qu'il soit possible de considérer que la pénibilité physique du travail soignant ait fortement augmenté en une dizaine d'années, il semble, en revanche, que l'octroi d'arrêts relativement importants pour grossesse pathologique soit devenue une norme, du moins, pour les agents de ce secteur. De même, les normes d'équipe, formées par le collectif de travail, influencées par le responsable de l'équipe, construites en réponse notamment à la régulation de contrôle, conduisent à une "pression" du collectif et des cadres plus ou moins forte, autorisant, (dé)culpabilisant ou limitant le recours aux arrêts maladies et leur durée. Elles jouent un rôle essentiel. L'investigation des unes et des autres est délicate. Il s'agit sans doute du domaine où l'analyse est particulièrement ardue en raison de la progressivité des changements, de l'adaptation des acteurs à ceux-ci et de l'absence de perception claire des évolutions par les personnes concernées. L'analyse de situations antérieures à partir de traces et, de manière longitudinale, de pratiques révélatrices (le recours systématique à certains arrêts, par exemple) peut néanmoins aider à poser des hypothèses crédibles relatives aux normes sociales comme aux normes d'équipe.
- 5) **Les conditions de vie.** Déterminantes de la santé des personnes, elles influencent directement l'absentéisme. Certains éléments clés concernant l'alimentation, l'usage du sport ou la consommation addictive de substances diverses peuvent constituer une base à l'analyse aux conditions de vie d'une population employée. Certaines organisations, notamment hospitalières, effectuent un suivi annuel du tabagisme et quelques enquêtes auprès des personnels intègrent la pratique d'activités sportives. Il est également possible de se référer aux analyses épidémiologiques si l'hypothèse est posée que les facteurs de risque concernant la population employée correspondent à ceux de la population dans son ensemble.
- 6) **Les conditions de travail.** Concernant notamment le contenu de la tâche, le poste et son environnement, les facteurs de stress, les horaires de travail et les compromis possibles vie de travail/ vie extra-professionnelle, les conditions de travail ont fait l'objet de nombreux travaux relatifs à leur lien avec la santé au travail. Il existe de nombreuses enquêtes, plus ou moins étalonnées, qui peuvent offrir un point d'appui à une investigation de ce thème. Certaines ont une antériorité telle qu'elles peuvent servir aisément de référence (par exemple, l'enquête nationale sur les conditions de travail réalisée par la Dares).
- 7) **Les relations de travail.** Portant sur la qualité des relations d'équipe, entre collègues de professions différentes et avec la hiérarchie, cette variable ressort avec acuité des deux analyses cliniques. Il semblerait également, selon l'enquête des représentations, que l'effet sur l'absentéisme d'une dégradation de la qualité de la relation d'emploi joue, en premier lieu, voire principalement, sur la durée des absences, plus que sur le nombre d'arrêts. L'importance de cette variable conduit à privilégier des analyses longitudinales sur des populations éventuellement peu nombreuses. Ce thème peut être approché, soit à partir d'analyses cliniques dans une perspective de compréhension

approfondie et de recherche de solutions, soit à partir d'enquêtes (du type enquête sur les conditions de travail) si l'objectif reste un premier repérage de l'effet de cette variable sur l'absentéisme.

Sur cette base, un suivi longitudinal de l'absentéisme pour raison de santé peut être établi.

Conclusion

Il convient de rappeler que la santé au travail constitue un enjeu majeur, souligné en France par un texte législatif, mais négligé, même dans des grandes entreprises, tant en terme de performance économique (tous les coûts d'une précarisation sanitaire des salariés ne sont pas externalisés sur la collectivité nationale) que de santé publique. Son analyse, dans une entreprise donnée, par la voie de l'absentéisme constitue une perspective qui nécessite des précautions relativement importantes à mettre en oeuvre. Elles sont de deux ordres.

Première précaution, l'analyse statistique et longitudinale suppose de ne pas se contenter d'un indice synthétique, le taux d'absentéisme par exemple. Il importe de prendre en considération, d'une part, les différentes composantes de l'absentéisme (le nombre de jours par agents et par an, mais aussi l'incidence, la fréquence et la durée moyenne des arrêts), de l'autre, des catégories de population aussi fine que possible établies selon les critères usuels (sexe, service, fonction, statut, quotité, âge, notamment). D'où l'intérêt des analyses longitudinales pour renforcer, par agrégation sur la période étudiée, les effectifs considérés.

Seconde précaution, il est souhaitable de suivre, en parallèle, quelques variables majeures au regard de l'absentéisme. L'analyse de la procédure qui transforme de multiples déclarations d'absence en des données d'absentéisme, le repérage du contexte réglementaire et économique, comme l'étude de la distorsion de la composition démographique de la population étudiée constituent quelques-unes des variables à traiter avant toute interprétation de l'absentéisme. A celles-ci, devraient s'ajouter en fonction des moyens disponibles une étude ou, a minima, des interrogations relatives aux normes qui structurent le rapport à la santé comme le rapport au travail, aux conditions sanitaires de la population, aux conditions et aux relations de travail.

L'importance de ces précautions dans l'utilisation de la mesure de l'absentéisme amène à une interrogation et une remarque. Le dispositif de suivi longitudinal de l'absentéisme apparaît, au final, sans nul doute conséquent, voire coûteux en temps de mise en oeuvre, de renseignement, de suivi et d'analyse. La question, à laquelle il convient de répondre au cas par cas, entreprise par entreprise, est de savoir si cet investissement est disproportionné au regard du bénéfice attendu (une meilleure connaissance des effets possibles d'une dégradation de la santé sur la présence au travail dans la perspective de plans d'action plus précis) ou si l'aménagement, voire l'approfondissement, de certains outils existants (enquêtes auprès des personnels, suivi longitudinal opéré par la médecine du travail, en particulier) permettent de construire un outil raisonnable, évolutif et pertinent d'analyse de l'absentéisme pour raisons de santé.

La remarque est la suivante. La santé au travail ne peut être appréhendée en tant que tel. Difficile à définir, elle peut être connue par l'un de ses effets supposés, l'absentéisme pour motif médical. Le seul objet pouvant être appréhendé de manière claire étant la mesure de l'absentéisme, il convient de s'interroger sur le sens des variations constatées. Tel est le propos de l'investigation proposée : il s'agit de détailler les significations possibles d'une variation de la mesure de l'absentéisme pour raison de santé.

Bibliographie

- Allen P. T., 1981, Compensation, safety and Absenteeism: evidence from the paper industry, Industrial & Labor Relations Review, 34 (2): 207 – 219.
- Allen P. T., 1982, Size of Workforce, Morale and Absenteeism: a reexamination, British Journal of Industrial Relations, 20 (1): 83 – 101.
- Allen S. G., 1984, Trade Unions, Absenteeism and exit-voice, Industrial & Labor Relations Review, 37 (3): 331 – 346.
- Arthur J. B., Jelf G. S., 1999, The Effects of Gainsharing on Grievance Rates and Absenteeism over time, Journal of Labor Research, 20 (1): 133-146.
- Barmby T. A., Treble J. G., 1991, Absenteeism in a medium-sized manufacturing plant, Applied Economics, 23 (1B): 161- 167.
- Brown S., Fakhfakh F., Sessions J. G., 1999, Absenteeism and Employee Sharing: An Empirical Analysis Based on French Panel Data, Industrial & Labor Relations Review, 52 (2): 234 – 252.
- Daley A. J., Parfitt G., 1996, Good Health-Is it worth it ? Mood states, physical well-being, job satisfaction and absenteeism in members and non-members of a British corporate health and fitness club, Journal of Occupational & Organizational Psychology, 69 (2): 121 – 135.
- Daley A. J., Parfitt G., 1996, Good Health-Is it worth it ? Mood states, physical well-being, job satisfaction and absenteeism in members and non-members of a British corporate health and fitness club, Journal of Occupational & Organizational Psychology, 69 (2): 121 – 135.
- Dalton D. R., Perry J. L., 1981, Absenteeism and the collective bargaining agreement: an empirical test, Academy of Management Journal, 24 (2): 425 - 431.
- Dassa S., 1992, Absentéisme au travail : phénomène socio-professionnel en situation ou expression d'événements de santé diffus, Sciences Sociales et Santé, Vol. X, n°3, pp. 67 - 73.
- Dumas M., 2005, De la gestion de l'absentéisme à la gestion de la santé dans une entreprise de cosmétique, Management de la santé et de la sécurité au travail, Paris, L'Harmattan.
- Geurts S. A., Schaufeli W. B., Rutte C. G., 1999, Absenteeism, turnover intention and inequity in the employment relationship, Work & Stress, 13 (3): 253 – 268.
- Hackett R. D., Bycio P., Guion R. M., 1989, Absenteeism among hospital nurses: an idiographic-longitudinal analysis, Academy of Management Journal, 32 (2): 424 – 453.
- Hammer T. H., Landau J. C., Stern R. N., 1981, Absenteeism when Workers have a Voice: The Case of Employee Ownership, Journal of Applied Psychology, 66 (5): 561 – 574..
- Harrison D. A., Schaffer M. A., 1994, Comparative Examinations of Self-Reports and Perceived Absenteeism Norms: Wading Through Lake Wobegon, Journal of Applied Psychology, 79 (2): 240 – 252.
- Ivancevich J. M., 1985, Predicting absenteeism from prior absence and work attitudes, Academy of Management Journal, 28 (1) 219 – 228.
- Kiwimäki Mika, Elovainio Marko, Vahtera Jussi, 2000, Workplace bullying and sickness absence in hospital staff, Journal of Occupational and Environmental Medicine, 57, 656 - 660.
- Leigh P. J., 1984, Unionization and absenteeism, Applied Economics, 16 (1): 147 – 158.

- Lindeboom M., Kerkhofs M., 2000, Multistate models for clustering duration data – an application to workplace effects on individual sickness absenteeism, Review of Economics and Statistics, 82 (4): 668 – 685.
- Markham S. E., Dansereau F, Alutto J. A., 1982, Sex Differences in absenteeism, Academy of Management Journal, 25 (4) 921 – 927.
- Markham S.E., 1985, An investigation of the relationship between unemployment and absenteeism: a multilevel approach, Academy of Management Journal, 28 (1) 228 - 235.
- N. Nicholson (1977, "Absence behavior and attendance motivation : a conceptual synthesis", Journal of Management Studies, 14, 231 – 252)
- Poussette A., Hanse J. J., 2002, Job characteristics as predictors of ill-health and sickness absenteeism in different occupational types – a multigroup structural equation modelling approach, Work & Stress, 16 (3): 229-250.
- Reza A. M., 1975, Labour Supply and Demand, Absenteeism and Union Behavior, Review of Economic Studies, 42 (130): 237 – 248.
- Scott D. K., Taylor S. G., 1985, An examination of conflicting findings on the relationship between job satisfaction and absenteeism: a meta-analysis, Academy of Management Journal, 28 (3): 599 – 612.
- Serxner Seth A., Gold Daniel B., Bultman Karin K., 2001, The Impact of Behavioral Health Risks on Worker Absenteeism, Journal of Occupational and Environmental Medicine, 43, (4), 347 – 354.
- Wilson N., Peel M. J., 1991, The impact on absenteeism and quits of profit-sharing and other forms of employee participation, Industrial & Labor Relations Review, 44 (3): 454 – 469.
- Winkelmann R., 1999, Wages, firm size and absenteeism, Applied Economics Letters, 6 (6): 337 – 342.