

LA PREVENTION DE L'ABSENTEISME SUR LE LIEU DE TRAVAIL

RESUME




FONDATION EUROPÉENNE
pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

LA PREVENTION DE L'ABSENTEISME SUR LE LIEU DE TRAVAIL

RESUME



FONDATION EUROPÉENNE
pour l'amélioration des conditions de vie et de travail



Les brochures d'information et les rapports de la Fondation sont en vente à l'Office des publications officielles des Communautés européennes, L-2985 Luxembourg. Lorsqu'aucun prix n'est mentionné, le document peut être obtenu gratuitement sur simple demande à la Fondation.

1. **Preventing Absenteeism at the Workplace - European Research Report.**
Cat. No. SX-05-97-422-FR-C, ISBN 92-828-0419-4. ECU: 34.00
2. **Preventing Absenteeism at the Workplace - Portfolio of Good Practice.**
Cat. No. SX-05-97-430-EN-C, ISBN 92-828-0420-8. ECU: 30.00

Une fiche bibliographique figure à la fin de l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes,
1997

ISBN 92-828-0340-6

© Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1997

Pour les droits de traduction ou de reproduction, s'adresser au directeur de la
Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail,
Wyattville Road, Loughlinstown, Co. Dublin, Irlande.

Printed in Ireland



Sommaire

	Page
Avant-propos	5
1 Les coûts de l'absentéisme lié à la santé	7
2 L'étude européenne sur l'absentéisme et la santé	11
3 Les perspectives des gouvernements et des partenaires sociaux	13
4 Réglementations et statistiques sur l'absentéisme au travail	15
5 Stratégies de réduction de l'absentéisme au travail	19



6	Modèles de bonnes pratiques	23
----------	------------------------------------	-----------

7	Conclusions et recommandations	29
----------	---------------------------------------	-----------




Avant-propos

Cette publication constitue le rapport de synthèse du projet “La santé et l’absentéisme au travail : initiatives de prévention” de la Fondation européenne pour l’amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin. Le projet a pour but d’enquêter sur les initiatives prises en matière d’organisation, d’hygiène, de réadaptation et autres, pour améliorer la santé des travailleurs et leur présence au travail, et les évaluer.

Un document de référence a été élaboré dans la première phase du projet ; il organise en modèles les données existantes sur les congés de maladie, dans les différents États membres, secteurs et groupes démographiques. Les informations nationales ont été fournies par un réseau d’experts. Les résultats montrent des différences profondes dans les réglementations et la manière dont elles sont appliquées, tant entre les pays qu’à l’intérieur de leurs frontières. En dépit de difficultés et de carences méthodologiques évidentes, ce rapport met en lumière les raisons et les coûts de l’absentéisme dans les différents groupes de travailleurs et les différentes catégories d’entreprises. Huit rapports nationaux ont été réalisés dans la seconde phase du projet. Ils décrivent la situation en Autriche, en Belgique, en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Norvège, au Portugal et au Royaume-Uni. Ils s’attachent aux stratégies visant à aborder les causes de l’absentéisme. Ils passent en revue l’absentéisme et les mesures

prises dans chaque État membre pour en réduire le taux. Le processus d'installation de ces initiatives sur le lieu de travail, la participation des différents groupes de personnels, les coûts et bénéfices, sont analysés dans les études de cas de ces rapports nationaux.

Le rapport européen final de synthèse actualise les informations émanant des phases précédentes du projet et tire des leçons des initiatives visant à réduire l'incidence de la mauvaise santé et de l'absentéisme au travail qui lui est apparenté, en les illustrant par des exemples tirés des études de cas nationales. D'autres informations ont été intégrées en pensant tout particulièrement aux États nouvellement membres de l'UE, de sorte que les analyses des correspondants nationaux de tous les États membres de l'UE sont reprises. Ce rapport de synthèse contient également des informations sur l'expérience de la Norvège, l'un des pays les plus novateurs d'Europe dans le domaine de la réduction de l'absentéisme.

■ Ampleur du problème

Les coûts directs et indirects induits par l'absentéisme et l'incapacité à travailler sont divers. Par exemple :

- Au R.U., 177 millions de journées de travail ont été perdues en 1994 pour des absences dues à la maladie ; on estime cette perte de productivité à plus de 11 milliards de livres sterling (£) (13,2 milliards d'Écus), soit £ 525 (630 Écus) par employé.
- En 1993, les employeurs allemands ont dépensé 60 milliards de marks (30,5 milliards d'Écus) pour les caisses de sécurité sociale de leurs travailleurs afin de couvrir les indemnités d'absence au travail.
- La Belgique, dont le taux d'absentéisme avoisine 7%, a payé 93 milliards de francs belges (FRB) (2,4 milliards d'Écus) en congés de maladie en 1995 et 21 milliards de FRB (0,6 milliards d'Écus) en indemnités d'accidents de travail et maladies professionnelles, soit globalement mille Écus environ par employé.
- En 1993, les deux mille plus grandes entreprises du Portugal ont perdu 7 731 millions de journées de travail pour cause de maladie et 1 665 millions de journées de travail en conséquence d'accidents, soit 5,5% du total des jours ouvrés dans ces sociétés.

- Aux Pays-Bas, le taux d'absentéisme était de 8,3% en 1993 et le nombre de personnes en situation d'incapacité s'est élevé à 921 000 (14,2% de la main-d'oeuvre). Le coût des indemnités versées à ces différents titres avoisinait 35 milliards de florins (16,6 milliards d'Écus, dont 4,1 pour les congés de maladie et 12,5 pour les accidents du travail).

À l'exception de ceux du R. U., les chiffres ci-dessus s'appuient sur les données concernant les indemnités réglées dans le cadre des systèmes de sécurité sociale. Les chiffres relatifs aux autres coûts de la santé des travailleurs sont plus difficiles à réunir. Certains renseignements existent sur les coûts des maladies et accidents liés au travail, lorsque le rapport avec le milieu de travail est direct. Au Danemark par exemple, on estime que l'environnement de travail compte pour 15% du comportement global devant la maladie chez les 15-66 ans et pour 20% si l'on ne prend en considération que les congés de maladie : les coûts socio-économiques (par ex. ceux induits par l'absence pour maladie, les dépenses de santé et celles dues aux départs anticipés à la retraite) de ces problèmes de santé et accidents d'origine professionnelle ont été estimés, pour 1992, entre 3 et 3,7 milliards d'Écus (pour une population active de 3 millions de personnes). En 1990, les accidents du travail et les maladies apparentés au travail ont représenté pour l'économie britannique une charge totale équivalant à 2 à 3% de son produit intérieur brut, soit la croissance économique d'une année ordinaire. Ces coûts intègrent les torts matériels subis par les entreprises, la perte de production potentielle du fait de la réduction de la main-d'oeuvre disponible, les coûts des traitements médicaux et les frais administratifs engagés par les entreprises, les compagnies d'assurances et la Sécurité Sociale.

Même si les méthodes utilisées pour calculer les coûts de l'absentéisme et de la santé sont variables, il est évident qu'une grande quantité d'argent pourrait être économisée par une réduction, même légère, de l'absentéisme imputable à la santé. On verra dans le prochain paragraphe que toutes les parties – les gouvernements, les employeurs, les employés, les compagnies d'assurances et la société dans son ensemble – ont intérêt à



amoindrir l'absentéisme au travail et la mauvaise santé. Les considérations éthiques sont importantes en ce qu'elles jouent un rôle dans le choix des mesures spécifiques visant à réduire l'absentéisme, et dans le processus de mise en oeuvre lui-même.

■ Quels enjeux pour les différents partenaires ?

Certes, le fardeau n'est pas également distribué entre les différentes parties – gouvernements, employeurs, employés, compagnies d'assurances et société en tant que telle. Mais chacune en porte une fraction (les coûts), liée à l'absentéisme et à la santé. Le/la travailleur(euse) (et les personnes à sa charge) voit souvent son revenu se réduire en conséquences des absences liées à la santé, en particulier lorsque celles-ci se prolongent. Il ou elle peut devoir faire face à des dépenses supplémentaires, par exemple pour payer des services ou des équipements médicaux, et souffrir d'une perte de bien-être sous forme physique ou morale. De plus, l'absentéisme répété ou prolongé peut entraîner la perte de l'emploi ou perturber les relations avec les collègues ou les supérieurs.

Les employeurs sont gênés par le caractère imprévisible de ces absences, qui obligent à des ajustements de plannings ou à la prise de mesures pour remplacer le travailleur manquant. De plus, l'absentéisme au travail augmente les frais de la société (indemnités journalières, versements en sus des réglementations, productivité perdue, qualité inférieure, etc.) d'où un effet négatif sur sa position concurrentielle.

Les compagnies d'assurances garantissent souvent à la fois le risque d'absentéisme et la santé des travailleurs et de leurs familles. Elles doivent généralement payer les indemnités dues à l'absence et les coûts induits par la santé des employés.

L'absentéisme au travail nuit également à l'économie nationale puisqu'il débouche sur une perte de production potentielle imputable à la réduction de la main-d'oeuvre disponible, et sur un accroissement des coûts des traitements médicaux et des dépenses de sécurité sociale. Les gouvernements ont donc intérêt à entretenir un bas niveau d'absentéisme et à limiter les dépenses de

santé et de sécurité sociale. Ils ne peuvent supporter les coûts élevés des invalidités et des retraites précoces. Il importe pour la société que ses membres puissent travailler dans un milieu sain jusqu'à l'âge de la retraite pour pouvoir contribuer au produit intérieur brut.

■ Buts de l'étude

Cette étude sur la santé et l'absentéisme au travail avait les buts suivants :

- enquêter sur les initiatives prises en matière d'organisation, de santé, de réadaptation et autres pour améliorer la santé des travailleurs et leur présence au travail, et évaluer celles-ci ;
- enquêter sur les processus et les mécanismes des initiatives prises sur le lieu de travail pour réduire l'absentéisme, en identifiant les méthodes utilisées et les rôles joués par les différents groupes ;
- entrer dans le détail des obstacles et des facteurs propices au succès de ces initiatives ;
- déterminer les coûts et bénéfices relatifs des actions visant, sur le lieu de travail, à la réduction de l'absentéisme lié à la santé.

■ Définition de l'absentéisme

Dans la présente étude, l'absentéisme est défini comme : *une incapacité temporaire, élargie ou permanente de travailler du fait d'une maladie ou d'une infirmité*. L'incapacité temporaire de travail, qui concerne la première période de l'absence, est limitée aux 52 premières semaines dans la plupart des pays. L'incapacité élargie ou permanente (dans l'Union européenne, seule l'Espagne les distingue) concerne les dispositions ultérieures à la première

période d'absence évoquée ci-dessus. En outre, l'absence temporaire est divisée en absences courtes (1 à 7 jours), moyennes (8 à 42 jours) et longues (plus de 42 jours).

■ La santé et l'absentéisme au travail

Les manifestations de cynisme ou de scepticisme que l'on entend ici ou là ne changent rien à l'évidence que la mauvaise santé est la raison principale pour laquelle les travailleurs s'absentent de leur travail. Cependant, mauvaise santé ne rime pas nécessairement avec absence du travail. Bien que les employés souffrant de problèmes de santé soient en général plus souvent et plus longtemps absents du travail que leurs collègues "en bonne santé", certains d'entre eux ne s'absentent guère plus que leurs collègues. De plus, les actions visant à diminuer l'absentéisme sur le lieu de travail n'ont pas toutes un effet sur la santé. On peut par exemple réduire l'absentéisme au travail en modifiant certaines dispositions du système de sécurité sociale. Une entreprise peut aussi tenter de restreindre l'absentéisme au travail en durcissant les procédés de vérification et en intensifiant les contrôles sur les employés absents. Mais cette étude mettra l'accent sur les initiatives dans lesquelles l'absentéisme a décliné parce que l'on s'est intéressé aux problèmes de santé des employés et que l'on s'est attaqué à leurs raisons sous-jacentes sur le lieu de travail.

Les États membres de l'Union européenne s'intéressent de plus en plus à l'absentéisme au travail. Si les années 1980 se sont caractérisées par une passivité généralisée quant à cette question chez les acteurs principaux de la plupart des pays européens, cette attitude a changé à la fin des années 1980 et pendant les années 1990. Ce mouvement a démarré en Europe du Nord mais, progressivement, les régions méridionales de l'UE s'intéressent davantage aussi à l'absentéisme. Citons parmi les facteurs incitatifs le nombre croissant des chômeurs, la concurrence nationale et internationale toujours plus vive et un déplacement de la production manufacturière vers l'Europe orientale et l'Asie. Le doigt pointe toujours dans la même direction : le coût du travail doit être réduit pour conserver l'emploi (industriel) en Europe. Les dépenses de la sécurité sociale pèsent lourdement sur les coûts du travail et sur le prix final des produits. Les pays consacrant des sommes relativement fortes à la couverture sociale risquent de s'exclure eux-même, par les prix, des marchés internationaux.

Les problèmes budgétaires des gouvernements jouent aussi un rôle ; ils ont surgi pendant les années 1970 et au début des années 1980, mais les finances publiques subissent aujourd'hui une pression supplémentaire du fait, en partie, de l'instauration imminente de l'Union économique et monétaire. C'est dans ce contexte que nombre de gouvernements modifient leurs

législations sur l'absentéisme et les incapacités à travailler, et en transfèrent les responsabilités aux employeurs et aux employés. Les conditions d'ouverture aux droits à indemnisation sont resserrées et les indemnités elles-mêmes réduites. Les employeurs se voient de plus en plus tenus d'assumer les coûts de l'absentéisme et des incapacités de travail au sein même de leurs sociétés. Ils ne sont évidemment pas impatients d'absorber une trop forte part de cette charge financière. Les syndicats s'inquiètent du développement de procédés d'embauche excluant les travailleurs en mauvaise santé. Ils dénoncent en outre le milieu de travail comme l'une des causes majeures des absences et des invalidités de longue durée.

Certains pays européens disposent de programmes (nationaux) réunissant employeurs et employés (et généralement aussi les gouvernements) pour combattre l'absentéisme au travail et réduire la mauvaise santé dans les entreprises. En Finlande par exemple, en 1989, le gouvernement, les organisations patronales et les syndicats ont entrepris de discuter les perspectives d'un programme d'élargissement de la capacité de travail des employés âgés. Ces discussions ont mené à la mise en place d'un "Programme de sauvegarde de la capacité de travail" global. Le gouvernement danois a lancé en 1994 sa campagne sur l'"Engagement social des entreprises", dont l'objectif est de promouvoir et soutenir, sur le lieu de travail, des actions destinées à améliorer la situation des personnes restées longtemps absentes et éviter leur exclusion de la main-d'oeuvre du fait de leurs capacités de travail réduites. En Norvège, le gouvernement et les partenaires sociaux ont convenu en 1991 d'un programme national de réduction de l'absentéisme. Au Portugal, le gouvernement et les organisations patronales et ouvrières ont signé en 1991 un accord historique sur la santé et la sécurité au travail. Cet accord comporte des actions de prévention des maladies professionnelles et de réadaptation et réintégration des travailleurs handicapés.

■ Réglementations sur l'incapacité temporaire de travail

Le tableau 1 résume les principales caractéristiques des systèmes de sécurité sociale relatives à l'incapacité temporaire de travail dans les États membres de l'Union européenne (et en Norvège). Il est question ici de la première période de congé, limitée dans la plupart des pays aux 52 premières semaines d'absence.

Si on examine les réglementations plus en détail, on observera que :

- Dans treize pays, un certificat médical est exigé pour les congés temporaires de maladie.
- Dans onze pays, l'employé en congé temporaire de maladie doit s'attendre à un ou plusieurs jours de carence : aucune indemnité ne lui sera versée le(s) premier(s) jour(s) de l'absence. Cependant, les conventions collectives ou les contrats d'embauche peuvent entraîner le paiement du plein salaire ou son complément par l'employeur (voir page 8).
- Onze pays officialisent une perte de revenu en cas de congé temporaire pour maladie, en ce sens que les salaires ne sont pas versés ou que le pourcentage de l'indemnité payée est inférieur à 100% du dernier salaire perçu.
- Onze pays fonctionnent avec une période maximale d'incapacité temporaire à travailler d'environ une année.

Tableau 1 : Résumé des principales caractéristiques des systèmes de sécurité sociale relatives à l'incapacité temporaire de travail dans les États membres de l'Union européenne et en Norvège

Pays	Certificat médical requis	Nombre de jours de carence	Maintien du plein salaire	Taux d'indemnisation	Durée maximale
Autriche	oui	zéro	4-12 sem.	60%	78 sem.
Belgique	oui	1 jour	7/30 jours	60%	52 sem.
Danemark	non	zéro	14 jours	jusqu'à 100%	52 sem.
Finlande	oui	9 jours	non	70%	300 jours
France	oui	3 jours	non	50-66%	12 mois
Allemagne	oui	zéro	6 sem.	80%	78 sem.
Grèce	oui	3 jours	non	50-70%	360 jours
Irlande	non	3 jours	non	fixe	375 jours
Italie	oui	3 jours	non	50-66%	26 sem.
Luxembourg	oui	zéro	365 jours	100%	52 sem.
Pays-Bas	non	2 jours	non	70%	52 sem.
Norvège	oui	zéro	365 jours	100%	52 sem.
Portugal	oui	3 jours	non	65%	365 jours
Espagne	oui	3 jours	non	60/75%	12 mois
Suède	oui	1 jour	non	75%	non
Royaume-Uni	oui	3 jours	non	fixe	28 sem.

■ Réglementations sur l'incapacité élargie ou permanente de travail

Le tableau 2 résume les principales caractéristiques des systèmes de sécurité sociale relatives à l'incapacité élargie ou permanente de travail dans les États membres de l'Union européenne (et en Norvège). Il est question ici des dispositions ultérieures à la première période d'absence (52 semaines dans la plupart des pays).

Si on examine les réglementations plus en détails, on observe que :

- Dans huit pays, les règlements sur l'incapacité permanente ou élargie sont liés, étape par étape, à ceux régissant le congé temporaire de maladie. Ces pays connaissent pour l'incapacité permanente une période de carence équivalente à la période maximale applicable à l'incapacité temporaire (la plupart du temps 1 an environ).
- Les définitions et les conditions de versement sont assez variées. Elles sont souvent basées sur la perte minimale de capacité de travail ou un pourcentage minimal d'inaptitude au

Tableau 2 : Résumé des principales caractéristiques des systèmes de sécurité sociale relatives à l'incapacité permanente ou élargie de travail dans les États membres de l'Union européenne et en Norvège

Pays	Période de carence	Perte minimale de capacité de travail	Niveau d'indemnisation	Age maximum
Autriche	non	20%	jusqu'à 67%	non
Belgique	1 an	66%	jusqu'à 65%	60/65 ans
Danemark	non	50%	pension	67 ans
Finlande	300 jours	40%	pension	65 ans
France	non	66%	jusqu'à 90%	60 ans
Allemagne	non	50%	pension	non
Grèce	non	33%	pension	60/65 ans
Irlande	1 an	zéro	fixe	non
Italie	non	74%	pension	60/65 ans
Luxembourg	1 an	zéro	pension	65 ans
Pays-Bas	1 an	15%	jusqu'à 70%	65 ans
Norvège	1 an	50%	pension	67 ans
Portugal	1 an	66%	pension	62/65 ans
Espagne	1 an	33%	75% / pension	non
Suède	non	25%	pension	65 ans
Royaume-Uni	52 semaines	zéro	fixe	60/65 ans

travail. Ceci allant de 1% (pas de minimum) à 74%. Cette perte doit être évaluée avant tout paiement d'indemnité.

- Dans dix pays, une pension d'invalidité est versée en cas d'incapacité permanente.
- En général, l'âge maximum de droit à une indemnité d'incapacité est lié celui du droit à recevoir une pension de retraite. Dans quatre pays, l'indemnité d'invalidité dépasse cet âge, mais intègre la pension de retraite.

On constate de grandes dissemblances dans les réglementations régissant les absences dues à la maladie et à l'incapacité de travailler dans les divers États membres de l'UE et en Norvège. L'écart est considérable, simultanément, entre l'énoncé des règlements et la façon dont ils sont mis en application. Dans la plupart des pays, la pratique est beaucoup plus généreuse que les règlements officiels. Dans de nombreux pays, des catégories entières d'employés reçoivent un complément de la part de leurs employeurs pour des périodes plus ou moins longues d'absence.

Il est très difficile d'asseoir des chiffres comparables sur l'absentéisme et l'incapacité au travail dans les États membres de

l'Union européenne. Onze pays tiennent des statistiques nationales sur les congés temporaires de maladie. Ces statistiques sont par ailleurs souvent incomplètes et peu fiables. Bien que les données sur les incapacités permanentes soient meilleures, la démonstration du nombre total des personnes handicapées reste problématique car dans un certain nombre de pays elles peuvent apparaître simultanément dans plusieurs ensembles de statistiques.

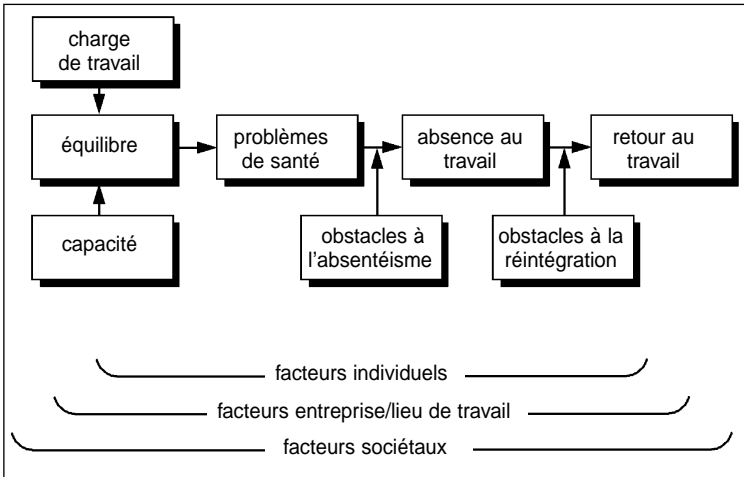
Les données disponibles montrent une grande différence dans les niveaux d'absentéisme (3,5% au Danemark, 8% au Portugal) et d'incapacité (de 3% pour l'Irlande à 13,3% pour les Pays-Bas). Ces chiffres font référence à la proportion de main-d'oeuvre absente de son travail en raison d'incapacités temporaires ou permanentes en un jour donné. Expliquer ces écarts est une tâche malaisée. On pourrait en conclure que les travailleurs du pays ayant un fort taux d'absentéisme sont en moins bonne santé que ceux où ce taux est moindre. La vérité peut être là, mais l'absentéisme au travail est un phénomène complexe, ses causes sont multiples et de nombreux facteurs l'influencent.

■ Cadre sous-jacent aux processus d'absentéisme et de réintégration

Dans la présente étude, le processus de survenue de la maladie, d'absence au travail, de guérison et de retour à son poste est envisagé en termes de déséquilibre entre la personne et son environnement, c'est-à-dire que des problèmes de santé peuvent surgir en conséquence d'une contradiction entre la charge de travail (demandes et exigences) et la capacité du travailleur (aptitude et compétences). Les problèmes pathologiques débouchent sur l'absentéisme (incapacité à travailler) en fonction de la motivation à être présent et des pressions exercées pour obtenir cette présence - qui font écho à l'occasion et au besoin de s'absenter. Ces facteurs sont regroupés dans ce que l'on appellera les "obstacles à l'absentéisme". Le retour au travail dépend du déroulement de la maladie et des "obstacles à la réintégration". On désigne ainsi la totalité des facteurs qui affectent le cours de la maladie et le retour au travail. Le processus entier est à son tour influencé par des facteurs individuels, des facteurs inhérents à l'entreprise et au lieu de travail, des facteurs sociétaux. Par exemple, au niveau individuel, des facteurs biologiques et psychologiques tels que la constitution physique et la résistance mentale d'un(e) employé(e) influencent sa capacité. La maladie authentique, non issue du lieu de travail, est l'un des facteurs qui diminuent la capacité d'un employé et qui conduisent à une

inadéquation entre la charge et la capacité de travail d'un individu. Nous nous intéressons donc ici à l'absentéisme lié à la mauvaise santé d'origine professionnelle aussi bien qu'à celui lié au mauvais état de santé non causé par le travail. La figure 1 reprend schématiquement ce cadre.

Figure 1 : Processus d'irruption de la maladie, de l'absence au travail, de la guérison et du retour au travail



On peut distinguer quatre types d'intervention, axées chacune sur différents éléments de ce cadre.

1. La première catégorie d'intervention consiste en mesures méthodologiques visant à rehausser les obstacles à l'absentéisme ; ce sont des mesures de surveillance et de contrôle de l'absentéisme.
2. Les mesures préventives axées sur le travail cherchent à réduire l'écart entre la capacité et la charge de travail en diminuant cette dernière. On y parvient en supprimant les causes professionnelles des problèmes relatifs à la sécurité, à la santé et au bien-être.
3. Les mesures préventives axées sur la personne sont celles qui aident les employés à travailler (et à vivre) sans courir de risques physiques ou pathologiques. Ces mesures visent à améliorer l'équilibre entre la charge et la capacité de travail en augmentant cette capacité chez les individus.



4. Le dernier genre d'interventions vise à réduire l'absentéisme par des mesures de réintégration. Il s'agit ici d'abaisser les obstacles à la réintégration et d'accélérer le retour au travail des employés malades.

■ Les pratiques quotidiennes visant à réduire l'absentéisme au travail

On décrira pour les États membres de l'UE et la Norvège les pratiques générales de réduction de l'absentéisme lié à la santé, selon ces quatre types d'interventions. Cependant, les informations disponibles n'offrent qu'une image vague car pratiquement aucun pays n'a entrepris de recherche systématique sur les stratégies mises en oeuvre pour s'attaquer à ce problème.

Presque tous les pays insistent énormément sur les mesures méthodologiques pour réduire l'absentéisme au travail. Ces mesures se retrouvent également dans les projets de lois et les nouvelles législations et politiques concernant l'indemnisation de la maladie et l'absentéisme dans la majorité des pays de l'UE.

En dépit de l'introduction de la Directive-cadre européenne sur la santé et la sécurité dans la plupart des États membres, les actions de prévention sur le lieu de travail demeurent modestes par leur échelle, à peu près partout. Il semble exister certaines disparités régionales, comme par exemple le fait que dans les pays d'Europe du Sud les mesures préventives visent davantage l'amélioration de l'environnement de travail au niveau de la sécurité et de la santé, tandis que les pays d'Europe du Nord insistent plus sur la promotion de la santé et du bien-être des employés. En outre, les mesures préventives se limitent souvent aux actions axées sur la personne et ne visent pas les causes de la mauvaise santé liée au travail.

Les actions de réintégration sont (encore) plutôt rares en tant que stratégies d'intervention, mais l'expérience des pays nordiques montre tout ce que l'on pourrait attendre de mesures de réintégration vues comme outils de réduction de l'absentéisme.

Des exemples de bonnes pratiques sont analysés et décrits pour huit pays (voir tableau 3). Ces lieux de travail ont été sélectionnés parce qu'ils abordent le problème de l'absentéisme d'une façon plus systématique que d'autres entreprises de leur pays. Celles retenues pour l'étude de cas ne sont donc pas représentatives des initiatives prises sur le lieu de travail pour combattre l'absentéisme. Parmi les éléments-clés des "bonnes pratiques" notons le systématisme de la démarche ; l'évaluation des besoins en amont des interventions ; l'accent mis sur la participation active du travailleur ; la régularité des évaluations.

Tableau 3 : Description des cas, pays par pays

Autriche

Les trois cas autrichiens sont : un grand service administratif de la Banque d'Autriche (1 700 employés dont une majorité de femmes) ; l'usine de matériels d'imprimerie et de conditionnement Alfred Wall (570 employés) ; la société de traitement et d'épuration des eaux d'égoûts Entsorgungsbetriebe Simmering EBS (300 employés). Tous appartiennent au secteur privé. Les exemples ne proviennent pas spécifiquement de projets relatifs à l'absentéisme. L'initiative de la Banque d'Autriche fait partie de la politique de santé de la société et appartient à un vaste programme interne de promotion de la santé sur le lieu de travail. Les deux autres initiatives correspondent à des actions plus générales sur le lieu de travail en matière de santé. EBS par exemple a introduit l'obligation de produire un certificat médical pour un seul jour d'absence, alors que les réglementations nationales n'obligent à sa présentation qu'après trois jours. Par ailleurs, EBS et la société Alfred Wall ont combiné des mesures méthodologiques et des mesures préventives axées sur le travail et la personne.

Belgique

Les sociétés belges qui ont pris part au projet de recherche sont deux filiales de multinationales, à savoir Du Pont de Nemours Belgique NV (industrie chimique) et la

société de construction automobile Volkswagen Brussels NV. En outre, le service de nettoyage du ministère belge de l'Emploi et du Travail a été intégré à cette évaluation. Ces organisations (unités organisationnelles) sont extrêmement diverses par leur taille puisqu'elles emploient environ 5 800, 950 et 66 personnes respectivement. Les initiatives décrites font état de nouvelles formes de stratégies sur l'absentéisme. Dans les deux filiales, les mesures ont été lancées par la société multinationale mère. Dans la société chimique Du Pont de Nemours, les actions sont centrées sur la promotion de la santé sur le lieu de travail. Dans les usines Volkswagen, l'accent porte sur la réintégration des absents de longue date, en leur offrant un travail spécialement adapté. Des alternatives professionnelles ont été offertes au début aux victimes d'accidents du travail et, par la suite également, en cas d'absence pour maladie. Des primes de présence ont aussi été introduites. Il est certes exact que l'absentéisme a fortement chuté dans cette société, mais des conflits sociaux ont surgi également. Au service de nettoyage du Ministère, les employés ont participé à l'inventaire des problèmes de travail et à la recherche des solutions. Celles retenues, cependant, ne sont pas très radicales et restent limitées par des obstacles administratifs.

Allemagne

Les exemples allemands sont tirés d'une entreprise à but non lucratif et de deux sociétés à caractère commercial, à savoir la compagnie locale de transports publics de Nuremberg (environ 2 300 employés), une filiale de la compagnie chimique Beiersdorf AG de Hambourg (environ 5 500 employés) et la petite société de porcelaine Sinterit GmbH, qui compte 125 employés. L'introduction des mesures a systématiquement été précédée par une analyse approfondie. À Beiersdorf et à Sinterit, des cercles de santé ont été mis en place (analyse et solution des problèmes de santé par la participation des employés concernés). Dans les deux sociétés, les cercles de santé ont débouché sur l'identification et la mise en oeuvre de mesures nouvelles. Ce n'est que dans la petite fabrique de porcelaine que l'on s'est explicitement intéressé à la démarche méthodologique devant l'absentéisme, en mettant en place des procédures de surveillance et en formant les cadres à la pratique d'entretiens avec les personnes s'absentant. La société de transport a surtout pris des mesures de réintégration. Elle poursuit une politique dynamique de réintégration et les mesures prises sont seulement préventives au sens où l'on cherche à empêcher la survenue de problèmes de santé supplémentaires, par exemple en réduisant les horaires de travail des employés âgés. D'autres mesures préventives sont restées ignorées. Il n'a guère été prêté attention non plus aux mesures de sécurité dans ces trois entreprises : la sécurité n'est plus considérée comme un problème en Allemagne.

Italie

Les trois cas italiens sont tous des industries locales, à savoir la verrerie Bormioli Rocco Casa (environ 300 employés), l'entreprise de transformation de la viande Inalca (environ 600 employés) et la tuilerie Ragno SpA (environ 700 employés). Les exemples décrits ne correspondent pas à des projets spécifiques sur l'absentéisme. Ils sont principalement centrés sur la réduction des maladies professionnelles et des accidents du travail. L'accent porte sur la formation des employés à l'utilisation des équipements individuels de protection (automatisation des opérations de levage, équipements et machines plus sûrs, etc.). Les mesures ne sont pas basées sur un examen des besoins parmi les employés mais sur l'analyse des accidents (et de l'absentéisme). Seule l'entreprise de transformation de la viande Inalca a impliqué ses employés dans les analyses de risques. Hormis ceci, la participation directe des employés est faible dans les projets retenus. La démarche part généralement du haut de la hiérarchie. Les contacts entre les entreprises et le syndicat sont réguliers et fondés sur une large participation ; les relations industrielles présentent un caractère progressiste et permettent la gestion des divers problèmes touchant à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs par la collaboration et l'échange d'information et des savoirs entre les parties intéressées.



Pays-Bas

Aux Pays-Bas, les initiatives décrites concernent le Waterland Hospital (environ 800 employés), l'entreprise de construction Nelissen van Egteren Bouw BV (environ 150 personnes) et la société métallurgique Thomassen en Drijver Verblifa (environ 375 ouvriers de production). Une approche commune de l'absentéisme au travail émerge de ces trois descriptions de cas. Elle combine une approche méthodologique de l'absentéisme et des mesures préventives centrées à la fois sur le travail et la personne, ainsi que des mesures de réintégration pour promouvoir le retour des malades de longue durée. Les trois projets s'appuient sur une participation active des employés, une analyse coûts-bénéfices, une approche systématique (premier diagnostic, puis intervention), une comparaison avec des sociétés "témoins" ; ils ont tous des financements externes. On est frappé aussi de voir que c'est le comité d'entreprise, et non le syndicat, qui représente le personnel dans les projets néerlandais. Les trois projets laissent entrevoir que l'implication de l'encadrement moyen constitue un problème. En tout état de cause, ce sont tous des réussites. L'absentéisme lié à la santé a chuté de façon visible dans les trois sociétés et l'analyse coûts-bénéfices de ces tentatives de réduction affiche un solde positif.

Norvège

Les participants norvégiens à l'étude d'évaluation sont la municipalité de Trondheim (7 700 employés) et l'entreprise de produits alimentaires As Rora Fabrikker (74 employés). Les femmes sont majoritaires dans les deux cas. Les deux projets norvégiens sont de bons exemples de la façon dont l'absentéisme peut être réduit dans une structure. L'un d'eux cependant semble n'avoir pas encore mené aux résultats escomptés. Tous deux mettent en oeuvre une approche systématique, sont (raisonnablement) équilibrés dans leur conception, ont une démarche participative, jouissent de plus d'une forte implication de l'encadrement, des syndicats, des services médicaux et de l'encadrement intermédiaire, et sont chapeautés par un projet national émanant des unions patronales nationales et des syndicats. Il est extrêmement intéressant de constater la grande attention portée aux mesures préventives axées sur le travail pour améliorer le bien-être des employés. Il existe une approche méthodologique à l'absentéisme, mais peu de mesures visent à améliorer la sécurité. Dans les deux projets, les effets de l'approche retenue ne peuvent être décrits qu'en termes généraux et on manque de calculs précis en matière de coûts-bénéfices.

Portugal

Les trois études portugaises concernent : une mine de cuivre (1 000 employés) ; une administration locale (environ 1300 employés) ; et une filiale d'une multinationale dans le domaine de l'électronique (environ 350 employés). Les actions entreprises sont largement centrées sur l'amélioration de la sécurité (réduction des accidents de travail et des maladies professionnelles) et de la santé (contrôles périodiques, soins médicaux). Les mesures de sécurité sont plus des dispositions axées sur la personne (équipements de protection personnels) que sur le travail. La mine de cuivre et l'administration locale fournissent des équipements élémentaires de santé dans le cadre de ces mesures. L'autorité locale et la compagnie d'électronique s'intéressent fortement à la réintégration. Les trois entreprises font appel en outre à des mesures méthodologiques. La mine de cuivre pratique les incitations financières sous forme de primes de présence par exemple. La participation n'occupe qu'une place limitée dans les études de cas portugaises ; il s'agit essentiellement d'une démarche descendante.

R.U.

La démarche décrite dans les trois projets britanniques semble être typique de l'approche des entreprises progressistes de ce pays. Trois très grandes sociétés commerciales - la compagnie de production d'électricité East Midlands Electricity (4 200 employés), la Poste (200 000 employés) et la société de fabrication de pièces automobiles Unipart (1 800 employés) prennent toutes des mesures centrées sur le

travail pour améliorer la sécurité et la santé des employés. De plus, elles se lancent dans des mesures préventives visant à accroître le bien-être de ces derniers, principalement au travers de dispositions liées à l'individu. Pratiquement aucune mesure de ces projets n'a été décrite comme tentant de réduire le stress par une démarche axée sur le travail. Du point de vue de l'efficacité, les entreprises semblent valoriser la promotion de la santé de leurs employés davantage que la réduction du coût de l'absentéisme ; elles n'ont pas entrepris d'importantes analyses coûts-bénéfices.

Le contenu de l'étude de cas a fait l'objet d'une analyse qualitative. Les conditions préalables de la réussite sont déduites des expériences sur le lieu de travail et de leur évaluation. Ces analyses donnent une image claire des aspects importants d'une réduction effective de l'absentéisme lié à la santé.

Une approche systématique

Il importe que les initiatives prises sur le lieu de travail en vue de réduire l'absentéisme lié à la santé aillent au-delà de réactions au coup par coup devant les problèmes de santé qui surgissent, et s'y attaquent avant qu'ils ne deviennent graves, par une démarche systématique et globale d'amélioration de la santé de la main-d'oeuvre. La démarche par "cycles de mise en oeuvre d'une stratégie de résolution des problèmes" semble bien fonctionner en pratique. Les différentes phases en sont : la préparation du projet ; l'examen des problèmes de santé ; l'organisation de solutions avant les interventions elles-mêmes ; et une évaluation de l'impact.

Coordonner l'équipe de travail

La réussite d'un projet concernant l'absentéisme au travail et la mauvaise santé dépend de certains facteurs, dont le principal est la mise sur pied d'une équipe de travail motivée ayant clairement pour tâche de gérer et mettre en oeuvre le projet. Cette équipe de travail peut être bâtie en adaptant les structures existantes sur le lieu de travail, ou en montant une équipe nouvelle.

Des tâches et des responsabilités claires

L'une des caractéristiques essentielles de toute action sur le lieu de travail est que l'accord doit être explicite, dès le début, sur le champ d'action du projet, les ressources nécessaires et les tâches



et responsabilités de l'équipe et autres parties en jeu. Cet accord peut être formel ou informel, selon la culture de l'entreprise.

Soutien des cadres dirigeants et des directeurs hiérarchiques

L'implication active de l'encadrement au plus haut niveau est une clé du succès des initiatives prises sur le lieu de travail ; non seulement au début du projet mais aussi à ses stades ultérieurs. Il s'en trouve mieux identifié au sein de l'organisation, les prises de décisions sont facilitées et la mise en oeuvre des mesures ainsi que la coopération des cadres intermédiaires et des travailleurs en seront immensément simplifiées.

Participation active des travailleurs

La participation des employés devrait être un but explicite dans la conception d'un plan de prévention, car c'est une condition de l'efficacité du programme. Les travailleurs sont ceux qui connaissent le mieux leur travail et l'environnement dans lequel ils l'effectuent. L'efficacité et l'efficacit e veulent que l'on mette à profit leur capacité de création et de résolution des problèmes. De plus, les bénéfices en matière de santé – qui sont l'objectif du projet de prévention – ne peuvent être atteints qu'avec leur participation. L'amélioration de la santé ne peut être infligée, d'en haut, aux employés.

Une bonne information et une bonne communication

Deux groupes doivent être informés des progrès des travaux sur l'absentéisme. Tout d'abord les participants eux-mêmes, que l'on informera des avancées du programme. Il faudra ensuite communiquer ces nouvelles aux structures de direction au sein même de l'organisation. La bonne qualité de la communication est un impératif majeur d'intégration des mesures d'amélioration de la santé dans la politique et la pratique de la structure.

Implication active de la direction du personnel, du service médical et de consultants externes

La participation du service du personnel et du service médical peut aider l'encadrement intermédiaire à réduire l'absentéisme pour cause de maladie, mais ne devrait pas dégager ces mêmes cadres moyens de leur responsabilité dans la prise en main du problème.

L'implication de tiers extérieurs peut accroître la crédibilité du projet et renforcer une image d'objectivité. Elle facilite souvent aussi son lancement et stimule une collaboration plus étroite entre les différentes parties au sein de l'établissement. Cependant, les experts extérieurs doivent, chemin faisant, s'efforcer de construire sur le savoir-faire existant et aider l'établissement lui-même à identifier et résoudre ses problèmes.

Implication des comités d'entreprise, des comités d'hygiène et de sécurité et des syndicats

Il apparaît que la participation des membres du comité d'entreprise et du comité d'hygiène et de sécurité contribue à de bons résultats, tandis que celle des syndicats semble moins importante. Il se peut que les membres des comités d'entreprises et des comités d'hygiène et de sécurité soient plus impliqués dans ces sujets concrets, alors que les syndicats sont davantage des représentants formels.

Un ensemble de mesures équilibré

La réduction effective de l'absentéisme au travail dépend aussi apparemment de l'équilibre de l'ensemble des mesures. Une démarche équilibrée met en jeu des mesures méthodologiques qui rehaussent les obstacles à l'absentéisme (on ne se fait pas "porter pâle" aussi facilement), mais également des mesures préventives centrées à la fois sur la personne et sur le travail qui permettront de prévenir les problèmes de santé. Enfin, les mesures de réintégration sont importantes pour abaisser les obstacles à la réintégration et faciliter le retour au travail de l'employé malade.

Traiter l'absentéisme lié à la santé comme un phénomène industriel normal

Enfin, l'absentéisme et la mauvaise santé sont des événements ordinaires connus sur tout lieu de travail. Ils peuvent peser considérablement sur la productivité et la position concurrentielle des sociétés. Il importe que les entreprises comprennent tout cela et incorporent des mesures de réduction de l'absentéisme et de la mauvaise santé dans leurs politiques et pratiques organisationnelles.

■ Conclusions

1. Il existe une disparité majeure entre la dimension humaine et économique de la question et la priorité qui lui est accordée concrètement par les acteurs-clés.

Ces analyses sur l'absentéisme en Europe contiennent en leur coeur un paradoxe : d'énormes sommes d'argent sont englouties par l'absentéisme dû à la mauvaise santé, mais les acteurs principaux sont restés relativement inactifs pendant fort longtemps. Dans chaque État membre, les systèmes de sécurité sociale versent chaque année des milliards d'Écus au titre des indemnités de congés de maladie et d'incapacité de travail. Les gouvernements s'intéressent aujourd'hui davantage à la question, mais ceci est un phénomène récent. De même, ni les organisations patronales ni les syndicats n'ont guère été attirés par la question jusqu'à ces dernières années.

2. Les gouvernements transfèrent le fardeau

La situation a changé depuis que les gouvernements s'inquiètent davantage des dépenses publiques et de la réduction de la dette nationale du secteur public. Citons parmi les autres facteurs importants l'ouverture du marché européen, le durcissement de la concurrence internationale, le nombre croissant des chômeurs et la mondialisation des processus de production, lorsque les sociétés

(internationales) délocalisent les emplois vers des pays en développement (moins onéreux). Dans ce contexte, des efforts sont faits pour réduire les coûts de la main-d'œuvre et demeurer concurrentiel afin de conserver en Europe un emploi industriel.

Les gouvernements transfèrent la responsabilité financière de l'absentéisme et de l'incapacité de travail aux employeurs et aux employés. Cette politique a deux types de conséquences : elle soulage la pression subie par le budget du secteur public et pousse les employeurs et les employés à diminuer l'absentéisme.

3. Les règlements concernant l'absentéisme et l'incapacité de travail sont très variables d'un pays européen à l'autre

De grandes différences apparaissent dans les réglementations régissant les absences imputables à la maladie et aux incapacités de travail dans les divers États membres. Dans tel pays, une personne incapable de travailler sera payée normalement pendant un certain temps alors que l'inaptitude provisoire au travail dans tel autre pays peut signifier la division par deux du revenu de la personne. Pourtant, les pays qui ont un système d'indemnisation généreux des absences temporaires ne suivent pas nécessairement la même voie pour les incapacités élargies ou permanentes. Simultanément, il y a de grandes différences entre l'énoncé des règlements et leur concrétisation ; dans la plupart des pays, la pratique est beaucoup plus avantageuse que les règlements officiels.

4. Les statistiques sont rares

Malgré la portée financière de la question de l'absentéisme et de la santé, les informations nationales sur les niveaux d'absentéisme et les facteurs qui l'influencent restent maigres. Les données nationales sur l'absentéisme ne sont disponibles que dans une mesure limitée. De plus, ces statistiques ne s'attachent souvent qu'à une fraction de la population active ; la plupart, par exemple, n'englobent que les employés des grandes sociétés. Les données sur l'absentéisme dans les PME sont difficiles à obtenir ; elles sont, de plus, souvent incomplètes. L'importance de tout cela est fondamentale si l'on songe que la plupart des employés européens travaillent dans des sociétés de moins de 10 employés.



5. L'interprétation des différences nationales dans les niveaux d'absentéisme est délicate

Les données disponibles sur les niveaux d'absentéisme et d'incapacité affichent de grandes disparités entre les pays. Il est cependant très difficile d'en expliquer les sources. On peut conclure que les travailleurs d'un pays à haut niveau d'absentéisme sont en moins bonne santé - ou ont une espérance de vie inférieure - que ceux d'un autre pays où ces taux sont bas, mais il n'en va pas obligatoirement ainsi. Les niveaux d'absentéisme et d'incapacité ne sont pas clairement liés aux caractéristiques des réglementations nationales. Les données nationales disponibles ne sont pas présentées d'une façon permettant de les comparer, et elles ne sont pas complètes : ceci est aussi un problème fondamental.

6. Les entreprises se focalisent sur les procédures de contrôle des absences pour réduire l'absentéisme et la mauvaise santé

Dans la plupart des pays européens, les employeurs s'efforcent de réduire l'absentéisme en durcissant les procédures et les contrôles sur les travailleurs absents (mesures réglementaires et disciplinaires). En dépit de la mise en application de la Directive-cadre de l'UE sur la santé et la sécurité au travail, les actions de prévention restent peu fréquentes dans les entreprises de l'Union européenne. La plupart des actions préventives sont limitées à des mesures axées sur la personne dans le champ des accidents et des maladies du travail – par exemple la formation et l'information, l'utilisation d'équipements de protection et la gestion du stress – et ne visent pas les causes professionnelles de la mauvaise santé et des accidents professionnels. Il apparaît également que les mesures de réintégration elles-mêmes, destinées à la réadaptation des absents de longue date, n'ont guère actuellement les faveurs des employeurs européens.

7. Les entreprises des études de cas illustrent une démarche différente

Les sociétés étudiées montrent qu'une démarche différente est réaliste et fructueuse. On manque certes de données d'impact

“inattaquables”, mais l’analyse donne une image assez claire des aspects déterminant le succès des tentatives de réduction de l’absentéisme. Ces facteurs du succès sont :

- une approche systématique ;
- une équipe de coordination du projet ;
- des tâches et des responsabilités claires pour les personnes impliquées dans les actions ;
- le soutien actif des cadres dirigeants et des supérieurs hiérarchiques ;
- un rôle actif accordé aux employés et la reconnaissance des employés en tant qu’experts ;
- une bonne information et une bonne communication en direction de tout le personnel ;
- l’implication du service du personnel, du service médical de la société et de consultants extérieurs ;
- l’implication du comité d’entreprise, du comité d’hygiène, de sécurité et de bien-être, ou des syndicats ;
- un ensemble équilibré de mesures ;
- le traitement de l’absentéisme sur le lieu de travail comme un phénomène industriel normal.

Des différences régionales sont constatées à l’intérieur de l’UE en ce qui concerne la mise à profit d’une équipe de projet et des démarches participatives. Ces deux aspects sont moins évidents dans les études de cas de l’Europe méridionale. La mise sur pied d’une équipe de projet spécifique pour coordonner les actions contre l’absentéisme et la mauvaise santé ne semble pas être indispensable pour obtenir de bons résultats dans les pays du Sud. Les sociétés étudiées dans le sud de l’Europe permettent par ailleurs davantage de participation aux actions sur le lieu de travail par le canal de représentants plutôt que sous des formes de participation directe. Cependant et pour conclure, une initiative sur le lieu de travail ne peut que réussir lorsque les actions visent des problèmes de santé spécifiques à l’entreprise et s’intègrent dans la culture de celle-ci et du pays concerné.



■ Recommandations

1. *L'absentéisme et ses causes devraient remonter fortement dans les priorités de l'Union européenne, des gouvernements, des organisations patronales et des syndicats. Cet intérêt devrait dépasser les aspects financiers et économiques et englober les questions d'hygiène (des travailleurs en bonne santé, des lieux de travail sains).*

Le présent rapport devrait servir à placer l'absentéisme et la santé bien plus haut dans les priorités des principaux acteurs-clés. La prise de conscience de la signification économique et humaine majeure de l'absentéisme provoqué par la mauvaise santé doit avancer. Simultanément, les acteurs-clés devraient se sensibiliser davantage au potentiel et à la possibilité concrète d'une réduction de l'absentéisme.

2. *Il faut pouvoir disposer dans l'avenir de données normalisées sur l'absentéisme et la santé aux niveaux nationaux et européens. Il sera alors possible de faire des comparaisons correctes sur ces questions dans l'UE et d'analyser les tendances nationales en matière d'absentéisme, pour évaluer l'impact des modifications législatives et les effets des programmes d'action nationaux.*

Il est nécessaire d'avoir des données valides et plus précises sur l'absentéisme dans les quinze pays de l'Union européenne. Ce projet a démontré la difficulté d'obtenir et d'utiliser les informations statistiques existantes sur l'absentéisme et l'incapacité de travail. Les données disponibles montrent de grandes différences dans les niveaux d'absentéisme et d'incapacité. Elles font surgir des questions sur l'influence des spécificités des systèmes de sécurité sociale ainsi que sur le poids de la composition de la population active en termes d'âge, de sexe, d'éducation, de secteurs industriels et de taille des entreprises. Mais ces questions ne peuvent encore recevoir de réponse définitive.

3. *Les gouvernements, les organisations patronales et les syndicats devraient établir, ensemble, des programmes d'action nationaux sur l'absentéisme et la santé. Ces programmes*

auraient pour but d'encourager les entreprises et les travailleurs à lancer des actions préventives sur le lieu de travail, élargir la participation active au travail des employés âgés et réintégrer les absents de longue date.

Le contexte socio-économique changeant invite à un dialogue national entre gouvernements, organisations patronales et syndicats. Le but de ce dialogue est de créer un programme d'action pour encourager les entreprises et les travailleurs à lancer des initiatives préventives sur le lieu de travail, élargir la participation active au travail des employés âgés, et réintégrer les absents de longue date. Un effort particulier devrait être fait pour soutenir les PME. Toutes les parties ont un intérêt et une responsabilité partagés dans une approche intégrée de l'absentéisme, du milieu de travail, de la santé et de la sécurité, du vieillissement et des dépenses économiques. Une telle approche intégrée implique un élargissement des actions de prévention en direction de l'individu et du milieu de travail.

4. Les employeurs et les employés ont besoin d'informations sur les possibilités (méthodologies, outils et expériences concrètes) de réduction de l'absentéisme lié à la santé par des actions préventives et par la réintégration des absents de longue date.

Ce rapport illustre l'existence de très nombreuses expériences sur le lieu de travail, visant à la réduction de l'absentéisme lié à la santé. Il est évident que les entreprises peuvent apprendre beaucoup des expériences d'autres établissements, de leur pays ou d'ailleurs. Mais on manque d'informations solides sur les réussites en matière d'absentéisme. De plus, certains des meilleurs exemples, décrits seulement dans leur langue nationale, ne sont pas accessibles à un public international. En conséquence, nombre d'entreprises sont ignorantes des facteurs favorisant et des obstacles qui les attendent lorsqu'elles agiront pour réduire l'absentéisme lié à la santé.

5. Il faut élaborer, sur le lieu de travail, des modules de formation en direction des praticiens et des professionnels (de la santé), autour des actions de réduction de l'absentéisme lié à la santé.



Les initiatives sur le lieu de travail visant à combattre l'absentéisme peuvent être lancées et mises en oeuvre par toutes sortes de personnes appartenant ou non à l'établissement. Les personnages-clés sur le lieu de travail peuvent être un directeur des ressources humaines, un directeur hiérarchique, un spécialiste de l'hygiène et de la sécurité, une infirmière ou un médecin de l'entreprise, des représentants du personnel ou des syndicats. Dans les PME, les employeurs ou les employés risquent de devoir "se débrouiller". Les consultants externes peuvent être des consultants en hygiène et sécurité, des services de médecine du travail, des responsables locaux de la santé ou des consultants en gestion. La plupart des groupes nécessitent pourtant une formation complémentaire et un enseignement qui leur permettra de gérer avec succès leur projet sur l'absentéisme, celui-ci influençant non seulement le niveau d'absentéisme dans l'entreprise mais aussi la santé des travailleurs.

6. Les PME doivent être soutenues, et poussées à réduire la mauvaise santé qui débouche sur l'absentéisme ainsi qu'à agir sur le lieu de travail.

Les PME sont beaucoup plus fragiles devant l'absentéisme au travail, en particulier les longues absences, que les entreprises plus grandes. De plus, elles manquent souvent du savoir-faire interne qui leur permettrait de s'opposer à l'absentéisme lié à la santé. La propagation des activités d'hygiène et de sécurité dans les petites et moyennes entreprises est, et demeure, très problématique dans tous les États membres de l'Union européenne. Les PME sont chroniquement confrontées à une absence de ressources et de compétences. Elles doivent être soutenues dans le lancement d'actions de réduction de l'absentéisme lié à la santé. Ce soutien comporte la diffusion d'informations sur des modèles pertinents de bonnes pratiques, la prise de mesures infrastructurelles au niveau local ou régional ou pour des secteurs industriels, et des incitations financières. Des solutions doivent être élaborées pour les PME en étroite collaboration avec les partenaires sociaux.

7. Des activités de recherche spécifiques sont indispensables pour soutenir les actions nationales sur le lieu de travail. Citons à titre d'exemple les analyses des processus au travers desquels

la santé et l'absentéisme peuvent être influencés au niveau de l'entreprise, les recherches sur les possibilités de transfert des expériences des grandes entreprises vers les petites, et les études sur les coûts et bénéfices réels des actions sur le lieu de travail visant à réduire l'absentéisme lié à la santé.

Bien que beaucoup de recherches aient été menées sur la relation entre, d'une part, certains aspects de la santé et du travail et, d'autre part, l'absentéisme et l'incapacité à travailler, nombre de questions concrètes restent sans réponse satisfaisante. On peut ainsi s'interroger à bon droit sur le rôle des approches participatives dans la pratique de l'Europe du Sud. De même, le potentiel d'induction des expériences des grandes entreprises dans une méthodologie utile aux PME doit être davantage étudié. Citons, entre autres thèmes de recherche pertinents émergeant de cette étude, les coûts et bénéfices réels (matériels et immatériels) des actions sur le lieu de travail visant à réduire l'absentéisme lié à la santé, ou le rôle potentiel des assurances-maladies / caisses de santé dans la réduction de la mauvaise santé et de l'absentéisme au travail. Les réponses à ces questions devraient aider à une meilleure compréhension des processus susceptibles d'influencer la maladie et l'absentéisme au travail.

8. *Les employeurs et les travailleurs disposent d'une base de connaissance pour entreprendre des actions de prévention et réintégration sur le lieu de travail. Ces actions devraient :*

- faire usage d'une approche systématique et globale,*
- s'appuyer sur les besoins de la main-d'oeuvre,*
- viser à une participation active des employés,*
- s'appliquer à tous les travailleurs de l'entreprise.*

Si cette recommandation est l'une des dernières du présent rapport, elle n'en est certainement pas la moins importante. L'amélioration durable de la santé et la réduction de l'absentéisme qui en découle ne peuvent se réaliser que sur le lieu de travail même.

Les employeurs et les employés apprendront dans ce rapport comment monter des actions de prévention et de réintégration et



réduire l'absentéisme lié à la santé. Les expériences des études de cas offrent une image panoramique des possibilités de leur mise sur pied et quels obstacles et facteurs favorisant peuvent être rencontrés. Les facteurs de succès sont, de fait, au cœur de ces actions.

9. Tôt ou tard, les actions de réduction de l'absentéisme devront être intégrées dans les activités courantes de l'entreprise. Le personnel chargé de la santé et la direction des ressources humaines devront travailler ensemble pour intégrer l'absentéisme dans la gestion et les actions de promotion de la santé dans la politique et la pratique organisationnelles.

L'absentéisme et la santé relèvent au premier chef de la responsabilité des cadres. La direction des ressources humaines et le personnel de santé de l'entreprise peuvent bien entendu les soutenir en l'occurrence. Ces derniers devraient utiliser leurs connaissances et leur expérience lorsqu'ils entreprennent d'agir sur le lieu de travail pour réduire l'absentéisme lié à la santé. Les cadres hiérarchiques devraient être tenus pour responsables du niveau d'absentéisme lié à la santé dans leur service. L'incorporation des mesures sur l'absentéisme et la santé dans les systèmes de qualité et autres devrait permettre d'intégrer ces questions dans la politique et les pratiques organisationnelles.

Enfin, nous présentons sous forme de vue d'ensemble les principales recommandations aux divers organes concernés, telles qu'elles émanent de cette étude (tableau 4).

Tableau 4 : Vue d'ensemble des principales recommandations aux divers organes concernés

Les gouvernements devraient :

- lancer un dialogue avec les employeurs et les syndicats pour bâtir un programme national d'action visant à promouvoir et soutenir les actions sur le lieu de travail visant l'absentéisme lié à la santé, l'élargissement d'une participation active au travail pour les travailleurs âgés, la réintégration des absents de longue date ;
- soutenir ce programme par des informations, la diffusion d'exemples de bonnes pratiques, l'élaboration de programmes de formation, la recherche, le suivi des résultats et la mise en place de législations antidiscriminatoires sur la santé et l'âge ;
- stimuler la collecte de données nationales sur l'absentéisme et l'incapacité de travailler de sorte que ces données puissent être comparées avec celles d'autres pays européens.

Les organisations patronales devraient :

- pousser les entreprises à lancer des actions préventives sur le lieu de travail et renoncer à la sélection des travailleurs sur la base de leur âge et/ou de leur santé ;
- organiser des projets-pilotes dans des secteurs industriels spécifiques et en faire connaître les expériences sous forme de manuels et de vidéocassettes ;
- promouvoir la coopération en matière de prévention entre les plus grandes entreprises et les PME à des niveaux régionaux ou sectoriels, et des échanges d'expériences concrètes.

Les entreprises individuelles devraient :

- utiliser les résultats des évaluations de besoins en matière de santé pour monter des actions préventives, se concentrer sur la santé des travailleurs et élaborer une politique spécifique pour les personnels âgés ;
- demander à leurs fournisseurs des preuves de leurs bonnes pratiques en matière de santé et de sécurité.

Les syndicats devraient :

- jouer aussi un rôle dans la promotion des actions de santé sur le lieu de travail et la diffusion des informations pour apporter leur contribution au programme national ;
- former leurs membres à participer activement aux actions sur le lieu de travail et aux groupes de projets ou comités de pilotage ;
- passer des accords sur les investissements d'hygiène et de santé sur le lieu de travail au niveau des négociations collectives avec les employeurs.



Les comités d'entreprise et chaque travailleur devraient :

- faire pression sur les employeurs pour qu'ils s'intéressent davantage à la santé au travail.

Les services de médecine du travail devraient :

- jouer un rôle déclencheur ou de soutien dans l'organisation des actions de prévention et de réintégration sur le lieu de travail ;
- aider les directions générales à intégrer les actions de promotion de la santé dans les pratiques et politiques organisationnelles ;
- accroître la coopération avec les médecins généralistes et autres spécialistes de la santé concernés, pour aider à la réadaptation des absents de longue date.

Les caisses et fonds d'assurances-maladie ont un intérêt financier direct dans le programme national de réduction de l'absentéisme lié à la santé et dans la promotion de la santé sur le lieu de travail.

Ces fonds devraient :

- soutenir financièrement le programme national et récompenser les employeurs qui agissent sur la santé dans leur entreprise ;
- jouer un rôle dans les échanges d'information au bénéfice des PME et entre celles-ci ;
- financer la recherche sur les coûts et bénéfices des interventions visant à la réduction de l'absentéisme lié à la santé ;
- soutenir la création de systèmes d'enregistrement normalisés de l'absentéisme.

Le monde universitaire devrait :

- jouer un rôle dans l'élaboration de nouveaux modèles et méthodologies (en particulier pour les PME), dans l'évaluation des programmes de prévention existants, dans le développement de systèmes de supervision, dans la recherche sur certains aspects comme les coûts et bénéfices des interventions spécifiques sur le lieu de travail.

Les initiatives nationales devraient être soutenues au niveau européen par *l'Union européenne*. Cette contribution devrait comporter les aspects suivants :

- promotion des échanges d'expériences entre les pays ;
- diffusion d'informations sur les modèles de bonnes pratiques ;
- financement de l'élaboration de méthodologies (en particulier pour les PME) et des activités de recherche supranationales ;
- stimulation du développement des modules de formation pour gérer les projets sur la prévention et l'absentéisme .
- promotion de données statistiques comparables sur l'absentéisme et l'incapacité de travail.

PUBLICATIONS DU PROJET DE LA FONDATION EUROPÉENNE SUR LA SANTÉ ET L'ABSENTÉISME AU TRAVAIL

Document de base :

Gründermann, R.W.M., Winter C.R. de & Smulders, P.G.W. (1994). Absenteeism in the European Union. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin (document de travail n° WP/92/22/EN).

Rapports nationaux :

Balcombe, J. & Tate, G. (1995). Ill-health and workplace absenteeism in the United Kingdom: initiatives for prevention. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin (document de travail).

Damme, J. van (1995). Ill-health and workplace absenteeism in Belgium: initiatives for prevention. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin (document de travail).

Doukmak, B & Huber, B (1995). Ill-health and workplace absenteeism in the Federal Republic of Germany: initiatives for prevention. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin (document de travail).

Graça, L. (1995). Ill-health and workplace absenteeism in Portugal: initiatives for prevention. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin (document de travail).

Gründermann, R.W.M. (1995). Ill-health and workplace absenteeism in the Netherlands: initiatives for prevention. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail Dublin, (document de travail).

Mirabile, M.L. & Carrera, F. (1995). Ill-health and workplace absenteeism in Italy: initiatives for prevention. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin (document de travail).

Noack, R.H. & Noack, G. (1996). Ill-health and workplace absenteeism in Austria: initiatives for prevention. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin (document de travail).

Nytrø, K. (1995). Ill-health and workplace absenteeism in Norway: initiatives for prevention. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin (document de travail).

Rapport de synthèse

Gründermann, R.W.M., Vuuren C.V. van (1997). La santé et l'absentéisme au travail : initiatives de prévention dans l'Union européenne. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin.

Rapport recueilli

Gründermann, R.W.M., Vuuren C.V. van (1997). Preventing absenteeism at the workplace (portfolio of good practice) Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin.

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

La prévention de l'absentéisme sur le lieu de travail

Résumé

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes

1997 – 40 p. – 14,8 cm x 21 cm

ISBN 92-828-0340-6

LA PREVENTION DE L'ABSENTEISME SUR LE LIEU DE TRAVAIL

RESUME

Alors que les pressions sur les budgets des systèmes de protection sociale et sur la compétitivité des entreprises s'accroissent, une attention accrue est portée sur les initiatives visant à réduire l'absentéisme au travail et à diminuer son coût.

Cette brochure présente les principaux résultats et conclusions d'une étude réalisée dans tous les Etats membres de l'Union européenne et en Norvège, sur les causes principales de maladie et d'absentéisme au travail. Elle décrit les motifs d'absence et les stratégies mises en oeuvre pour les réduire, en identifiant tout particulièrement les exemples de "bonnes pratiques".

Les recommandations concernant les politiques publiques, leur suivi, la formation et leur mise en oeuvre s'adressent particulièrement à tous ceux qui ont en charge l'amélioration de la santé et de l'assiduité au travail.



OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES
DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-828-0340-6



9 789282 803400