

Université de Montréal

**Ampleur, coûts, facteurs personnels et occupationnels
de l'absentéisme dans la fonction publique hospitalière
au Cameroun**

Par
Gisèle Tchuinguem

Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître es sciences (M.Sc)
en administration des services de santé
Option analyse et évaluation du système de santé

Juillet, 2009

© Gisèle Tchuinguem 2009

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Ampleur, coûts, facteurs personnels et occupationnels de l'absentéisme dans la fonction
publique hospitalière au Cameroun

Présenté par :
Gisèle Tchuinguem

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Lambert Farand, président-rapporteur
Régis Blais, directeur de recherche
Mira Johri, membre du jury

Résumé

L'absentéisme parmi le personnel soignant prend de plus en plus d'ampleur dans les institutions sanitaires publiques au Cameroun. Il représente à l'heure actuelle l'une des principales causes de l'effondrement du système de soins de santé. Ce phénomène se doit d'être réduit à des proportions raisonnables; cependant, les informations nationales sur les niveaux d'absentéisme parmi ce personnel, les coûts associés, ainsi que sur les facteurs qui le déterminent restent encore très faibles.

Cette recherche avait pour objectifs de mesurer le niveau d'absentéisme parmi les prestataires de soins de santé des hôpitaux publics du Cameroun ; de déterminer l'influence des caractéristiques personnelles et des facteurs occupationnels sur le comportement d'absence parmi ces professionnels ; et d'évaluer les répercussions économiques de l'absentéisme en termes de coûts associés à la perte de productivité pour les employeurs.

Elle portait sur du personnel soignant, notamment les médecins, les infirmiers et les aides-soignants exerçant dans les formations sanitaires publiques (hôpitaux) du Cameroun au mois d'octobre 2008. L'absentéisme était mesuré par le nombre d'heures et d'épisodes (fréquence) d'absences et concernait les retards et les absences de trois jours consécutifs et moins. Les facteurs personnels et occupationnels étudiés étaient l'âge, le sexe, le statut civil, les responsabilités familiales (nombre d'enfants), le niveau d'éducation, l'unité de soins, le type d'emploi, le régime d'emploi, l'horaire de travail,

le temps supplémentaire, l'ancienneté dans l'hôpital, la taille de l'hôpital et le revenu de l'employé. Les données ont été recueillies dans 15 formations sanitaires publiques réparties dans six régions du Cameroun, sur la période allant du 1er au 31 octobre 2008, à partir des documents officiels émanant du gouvernement et des hôpitaux. Les analyses statistiques comportaient des analyses descriptives, des analyses bivariées et des analyses multivariées.

Le taux de participation moyen des employés a été de 50,7%. Sur les 516 personnes qui composaient l'échantillon, 93,4% avaient eu au moins une absence au travail au mois d'octobre 2008. Le taux d'absentéisme global était de 7,2%, et variait entre 2% et 37% dans les hôpitaux. Chaque participant avait en moyenne 12 épisodes d'absences pendant cette période et la durée moyenne d'absences par participant était d'environ 13 heures et 21 minutes. La durée de l'horaire de travail, le fait de travailler dans un hôpital régional, de travailler selon un horaire fixe, d'être un personnel PPTTE¹ et de ne pas effectuer du temps supplémentaire, sont associés significativement à une plus grande fréquence des absences. La durée de l'horaire de travail, le fait d'être médecin, de travailler dans un service d'accueil et des urgences, de travailler selon un horaire fixe et d'être une femme, ont un lien significativement positif avec la durée des absences. Cet absentéisme a absorbé environ 8% de la masse salariale d'octobre 2008. On estime à environ 4 088 568 dollars US courants (2008), les dépenses consacrées par le secteur

¹ Personnel contractuel recruté par le Ministère de la santé publique et financé à partir de l'aide internationale (fonds de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés).

public de la santé du Cameroun à cet absentéisme en 2008, ce qui représentait approximativement 2,1% des dépenses publiques de santé.

La réduction de l'absentéisme de courte durée parmi les professionnels de la santé du secteur public au Cameroun passe par l'amélioration du style de gestion des hôpitaux et l'approfondissement des recherches sur le comportement d'absence parmi ces professionnels.

Mots-clés : Absentéisme, coût, institutions sanitaires, Cameroun, Afrique.

Abstract

Absenteeism among health professionals is increasingly on the rise in public health institutions in Cameroon. Currently, it represents one of the main causes responsible for the decline of the health care system. Despite the seriousness of the situation, information on the level of absenteeism among health professionals at the national level, the cost burden as well as its determinants is lacking.

The aims of the study were: (1) to estimate the levels of absenteeism among healthcare providers in public health hospitals in Cameroon; (2) to determine the influence of personal characteristics and occupational factors on absence behavior among health professionals; and (3) to assess the economic consequences of absenteeism in terms of costs associated with loss of productivity sustained by the employers.

The study was conducted on health care professionals comprising physicians, nurses and health assistants serving in public health facilities in Cameroon during the month of October, 2008. Absenteeism was measured by the number of hours and the number of episodes (frequency) of absences recorded by employees; and was related to delays and absences of three consecutive days and less. The personal and occupational factors examined were age, gender, marital status, family responsibilities (number of children), educational level, care unit, employment type, employment status, work schedule, overtime, seniority, hospital size, and salary. Data were collected from 15 public health facilities spread across six regions of Cameroon from October 1 to October 31, 2008.

The data were abstracted from official government and hospital documents. The statistical analyses encompassed descriptive, bivariate as well as multivariate analyses.

The participation rate of employees was 50.7%. Of the 516 individuals in the study sample, 93.4% had registered at least one episode of absence from work during the study period. The overall rate of absenteeism was 7.2% and varied between 2-37% across the hospitals. Each study participant had an average of 12 episodes of absence during the study period, and the average duration of absence per participant was 13 hours and 21 minutes. The duration of work schedule, working in a regional hospital, working on a fixed schedule, being a HIPC staff² and lack of supplementary work hours, are significantly and positively associated with frequency of absences. The duration of work schedule, being a physician, working in emergency, working on a fixed schedule and being a woman, are significantly and positively associated with duration of absence from work. Absenteeism during the study period consumed about 8% of the total pay-check for the month of October 2008. It is estimated that absenteeism of short duration among healthcare providers in the year 2008 cost the public health sector the equivalent of 4,088,568 US dollars, which represented about 2.1% of the public expenditures on health for the same year.

² Contractual employee recruited by the Ministry of Public Health and financed through international aids (funds from the Heavily Indebted Poor Countries Initiative).

The reduction of absenteeism of short duration among health professionals of the public sector in Cameroon depends on enhancement of hospital management style, and more refined research on absence behaviour among healthcare professionals.

Keywords: Absenteeism, cost, health institutions, Cameroon, Africa

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	vi
Liste des tableaux	xiv
Liste des figures	xvi
Liste des sigles et abréviations	xvii
Remerciements	xviii
Dédicace	xix
Chapitre 1 : Introduction	1
Chapitre 2 : Contexte du pays	6
2.1 Contexte général.....	6
2.2 Le système de santé.....	9
2.2.1 Organisation administrative	9
2.2.2 Organisation et fonctionnement des structures de soins	11
2.2.3 Ressources humaines	13
2.2.3.1 Situation du personnel.....	13
2.2.3.2 Formation du personnel	13
2.2.3.3 Administration des ressources humaines	14
2.2.4 Financement du système de santé	16
Chapitre 3 : Revue de la littérature	18
3.1 Définition de l’absentéisme.....	18
3.2 Mesure de l’absentéisme	20
3.3 Coûts de l’absentéisme.....	26
3.3.1 Coûts au niveau des acteurs économiques	26
3.3.2 Mesure des coûts de l’absentéisme	28

3.4 Facteurs personnels reliés à l'absentéisme.....	31
3.4.1 L'âge	32
3.4.2 Le sexe	34
3.4.3 Le statut marital	37
3.4.4 Les responsabilités familiales	39
3.4.5 Le niveau d'éducation	40
3.5 Facteurs occupationnels reliés à l'absentéisme.....	41
3.5.1 Le type d'occupation.....	41
3.5.2 Le type d'emploi	43
3.5.3 Le régime d'emploi	47
3.5.4 L'horaire de travail.....	48
3.5.5 Le temps supplémentaire.....	51
3.5.6 L'ancienneté.....	51
3.5.7 La taille de l'organisation	53
3.5.8 Le salaire	54
3.6 Résumé de la revue de littérature	57
Chapitre 4 : Modèle théorique et hypothèse de la recherche.....	60
4.1 Conceptualisation de l'absentéisme au travail	60
4.1.1 Les facteurs personnels	60
4.1.2 Les facteurs occupationnels	61
4.2 Modèle théorique et hypothèses de recherche	62
Chapitre 5 : Méthodologie.....	67
5.1 Cadre de l'étude	67
5.2 Population cible.....	69
5.3 Échantillonnage.....	70
5.4 Variables étudiées	74
5.4.1 Variables dépendantes.....	74
5.4.2 Variables indépendantes.....	76

5.5 Collecte de données.....	84
5.5.1 Démarche générale.....	84
5.5.2 Période à l'étude	85
5.5.3 Sources de données	85
5.5.4 Procédure.....	86
5.6 Considérations éthiques	87
5.7 Analyse de données.....	88
5.7.1 Analyses descriptives.....	89
5.7.2 Analyses bivariées.....	90
5.7.3 Analyses multivariées	91
Chapitre 6 : Résultats	92
6.1 Présentation de l'échantillon.....	92
6.1.1 Participation et distribution de l'échantillon à travers les différents hôpitaux.....	92
6.1.2 Distribution de l'échantillon selon les caractéristiques sociodémographiques.....	95
6.1.3 Distribution de l'échantillon selon les caractéristiques occupationnelles.....	97
6.2 Niveaux d'absentéisme	101
6.2.1 Niveau global d'absentéisme	101
6.2.2 Taux d'absentéisme dans les hôpitaux.....	103
6.3 Absentéisme selon les caractéristiques sociodémographiques	104
6.3.1 Taux d'absentéisme selon les caractéristiques sociodémographiques.....	105
6.3.2 Relations entre les facteurs personnels et la fréquence des absences	108
6.3.3 Relations entre les facteurs personnels et la durée des absences	110
6.4 Absentéisme selon les caractéristiques occupationnelles	112
6.4.1 Taux d'absentéisme selon les caractéristiques occupationnelles.....	112
6.4.2 Relations entre facteurs les occupationnels et la fréquence des absences	117
6.4.3 Relations entre les facteurs occupationnels et la durée des absences	122
6.5 Facteurs influençant l'absentéisme	128
6.5.1 Transformations des variables indépendantes.....	128

6.5.2	Corrélations entre les variables indépendantes	129
6.5.3	Analyses de régression multiple	131
6.6	Coûts de l'absentéisme.....	139
Chapitre 7 : Discussion	146
7.1	Niveau d'absentéisme	146
7.2	Effets des facteurs personnels et occupationnels sur l'absentéisme	150
7.2.1	Facteurs influençant l'absentéisme	151
7.2.2	Facteurs n'influençant pas l'absentéisme.....	158
7.3	Coûts de l'absentéisme.....	162
7.4	Limites de l'étude.....	164
7.5	Implications pour la recherche et la gestion.....	167
7.5.1	Quelques considérations concernant la recherche.....	167
7.5.2	Quelques considérations concernant la gestion.....	168
7.6	Recommandations.....	168
Chapitre 8 : Conclusion	171
Références	174
Annexes	xx
Annexe 1.	Barème des salaires des fonctionnaires civils au Cameroun pour compter du 1 ^{er} avril 2008	xxi
Annexe 2.	Barème des salaires des agents de l'État et contractuels relevant du code de travail pour compter du 1 ^{er} avril 2008.....	xxiii
Annexe 3.	Décret No 2002 / 042 du 04 février 2002 fixant les modalités d'attribution et le montant des primes allouées aux fonctionnaires des corps de la santé publique : prime de technicité - le Président de la République : Paul Biya	xxv
Annexe 4.	Décret No 2002 / 042 du 04 février 2002 fixant les modalités d'attribution et le montant des primes allouées aux fonctionnaires des corps de la santé publique :	

Prime de santé publique et prime d'astreinte - le Président de la République : Paul Biya	xxvii
Annexe 5. Formulaire de présence des employés	xxix
Annexe 6. Fiche individuelle de collecte de données	xxxii
Annexe 7. Certificat d'approbation du Comité d'Éthique de la Recherche de la Faculté de Médecine (CERFM)	xxxv
Annexe 8. Lettre du Ministre de la santé publique autorisant la recherche	xxxvii
Annexe 9. Corrélations entre les variables indépendantes.....	xxxix
Annexe 10. Diagnostic des résidus	xlvi

Liste des tableaux

Tableau I. Répartition des médecins, des infirmiers et aides-soignants à travers les régions et les hôpitaux du Cameroun entre le 1 ^{er} et le 31 Octobre 2008	72
Tableau II. Opérationnalisation des variables à l'étude	80
Tableau III. Taux de participation et distribution de l'échantillon dans différents hôpitaux.....	94
Tableau IV. Taux de participation des médecins et des paramédicaux à l'étude	95
Tableau V. Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude	96
Tableau VI. Caractéristiques occupationnelles des participants à l'étude	98
Tableau VII. Niveaux d'absentéisme parmi les prestataires de soins de santé dans les hôpitaux publics du Cameroun en octobre 2008.....	102
Tableau VIII. Taux d'absentéisme selon les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude	105
Tableau IX. Différences des taux d'absentéisme entre les niveaux d'éducation.....	108
Tableau X. Relations entre facteurs personnels et fréquence des absences.....	109
Tableau XI. Relations entre facteurs personnels et durée des absences	111
Tableau XII. Différences des durées d'absences entre les niveaux d'éducation	112
Tableau XIII. Taux d'absentéisme selon les caractéristiques occupationnelles des participants à l'étude	113
Tableau XIV. Différences des taux d'absentéisme entre les unités de soins.....	117
Tableau XV. Relations entre facteurs occupationnels et fréquence des absences	118

Tableau XVI. Différences des fréquences d'absences selon le régime d'emploi	121
Tableau XVII. Relations entre facteurs occupationnels et durée des absences	123
Tableau XVIII. Différences des durées d'absences entre les unités de soins	126
Tableau XIX. Régression de la relation entre la fréquence des absences et les variables indépendantes.....	134
Tableau XX. Régression de la relation entre la durée des absences et les variables indépendantes.....	138
Tableau XXI. Coût de total de l'absentéisme et pourcentage des salaires versés en paiement des absences en octobre 2008 par les employeurs.....	140
Tableau XXII. Pourcentages des salaires versés en paiement des absences en octobre 2008 par le Ministère de la fonction publique en fonction des catégories professionnelles.....	142
Tableau XXIII. Pourcentages des salaires versés en paiement des absences en octobre 2008 par le Ministère de la santé publique en fonction des catégories professionnelles.....	143
Tableau XXIV. Pourcentages des salaires versés en paiement des absences en octobre 2008 par les hôpitaux en fonction des catégories professionnelles.....	144
Tableau XXXVII. Coût de l'absentéisme en 2008 pour le secteur public de soins de santé au Cameroun.....	145

Liste des figures

Figure 1. Modèle théorique.....	65
Figure 2. Modèle opérationnel.....	66
Figure 3. Taux d'absentéisme dans les hôpitaux participants.....	104

Liste des sigles et abréviations

CERFM	Comité d'Éthique de la Recherche de la Faculté de Médecine
FCFA	Francs CFA
FAD	Fonds Africains de Développement
FMI	Fonds Monétaire International
HD	Hôpital de District
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries
HR	Hôpital Régional
IDA	Association Internationale de Développement
IADM	Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale
IDH	Indice de Développement Humain
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
US	Unité de Soins
VD	Variable Dépendante
VI	Variable Indépendante
VIM	Variable Indépendante Médiatrice

Remerciements

A mon directeur de recherche le professeur Régis Blais qui, en plus de son attention et de sa disponibilité, a su me guider à travers tout ce processus.

A mes amis et collègues qui ont apporté des critiques et des commentaires à ce travail, en particulier Hamisu Salihu et Itunu Ogouma.

A l'équipe du Ministère de la santé publique du Cameroun, en particulier aux surveillants généraux œuvrant dans les hôpitaux qui ont participé à cette recherche, pour leur disponibilité et leur collaboration.

A l'équipe d'enseignants du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, ainsi qu'à Nicole Roberge, qui ont contribué à ce que je vive deux belles années de formation en administration des services de santé. Grâce à vous, je prends désormais le chemin de la recherche.

A la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, pour m'avoir offert une bourse qui m'a encouragée à finir ce projet.

A l'issue de ce parcours difficile qu'a constituée l'élaboration de ce mémoire, mes pensées se dirigent naturellement vers mes proches et ma famille. Leur aide et leur soutien moral ont davantage compté pour moi que je ne saurais l'exprimer. Qu'ils trouvent tous ici l'expression de ma reconnaissance et de ma tendresse.

Dédicace

A mon époux Prosper.

A mes enfants Thierry, Loïc, Dimitri, Samuel.

A ma famille, mes encadreurs, mes amis de Montréal.

Chapitre 1 : Introduction

L'absentéisme est une réalité dans toutes les organisations (Gallois, 2005). Cette réalité remonte à la première guerre mondiale où le terme «*absentéisme*» fut utilisé pour la première fois en Grande-Bretagne pour caractériser le comportement d'absence parmi les travailleurs qui, soumis à un rythme de travail très accéléré, se trouvaient contraints de se retirer du milieu de travail (Isambert-Jamati, 1962).

L'absentéisme en milieu de travail est le symptôme d'une société malade ; il peut être également le reflet d'une démotivation, ou même la conséquence d'un épuisement du personnel face aux conditions de travail difficiles. Phénomène largement répandu dans le monde, il affecte les organisations tant publiques que privées (Gallois, 2005; Rhodes & Steers, 1990). Son ampleur n'est plus à démontrer; il se traduit à travers quelques chiffres. Rhodes et Steers (1990) indiquent qu'en 1986, Klein trouvait parmi les travailleurs rémunérés à plein temps un taux d'absentéisme de 11,8% en Angleterre, 11,6% au Canada et 4,7% aux États-Unis.

L'absentéisme a un impact négatif sur la productivité et les charges financières de l'organisation. Le poids économique ne constitue cependant pas la seule conséquence de l'absentéisme. Il génère également de nombreux problèmes concernant l'organisation du travail et la qualité des services rendus à la clientèle. En milieu hospitalier, ce phénomène perturbe l'environnement de travail, provoque l'instabilité des effectifs et affecte le moral des employés (Taunton, Perkins, & Oetker-Black, 1995; Unruh, Joseph,

& Strickland, 2007; Wright, 1997). L'instabilité des effectifs, en retour, contribue à diminuer la cohésion au sein des équipes, la collaboration avec les médecins et la capacité des équipes à faire face à la charge de travail (Adams & Bond, 2003). La pénurie de personnel est aggravée par l'absentéisme (Rogers, Hutchins, & Johson, 1990). Un environnement de travail négatif est généralement lié à l'insatisfaction au travail chez le personnel infirmier (Tumulty, Jernigan, & Kohut, 1994). En particulier, l'insuffisance des effectifs et la surcharge de travail qui sont occasionnées par l'absentéisme ont été trouvés comme étant les principales sources d'insatisfaction au travail (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002). L'insatisfaction au travail peut conduire à son tour à l'absentéisme et au départ du personnel de santé (Gardulf, Södertröm, Eriksson, Arnetz, & Nordström, 2005; Tzeng, 2002). L'absentéisme semble être un cercle vicieux : il contribue à la perturbation du milieu de travail, ce qui mène à plus d'absentéisme et à d'autres types d'instabilité comme le retrait du personnel de son milieu professionnel.

En outre, les effets causés par l'absentéisme des prestataires de soins de santé peuvent affecter la qualité des soins offerts aux patients et donc les résultats de santé. L'étude menée par Adams et Bond (2003) montre que le personnel infirmier accorde une grande importance à la stabilité du personnel tant pour la création de relations de travail efficaces, que pour la qualité des soins qui sont offerts aux patients. Les effectifs inadéquats ont été incriminés dans l'augmentation des erreurs dans la prise en charge des malades. Les effets négatifs de l'insuffisance des effectifs sur les patients

comprennent les événements tels que les chutes, les septicémies, les pneumonies, les infections des voies urinaires, les escarres, les hématomés, le défaut de sauvetage et même le décès des patients (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002; Unruh, Joseph, & Strickland, 2007). En revanche, les effectifs suffisants sont associés à la fourniture de soins médicaux de bonne qualité (Landon et al., 2006).

Une étude faite au Canada révèle que le taux d'absentéisme au sein du personnel infirmier est d'environ 8% (Shamian, 2001) ; ce taux est presque deux fois plus élevé que celui du reste de la population (4,5%). Cette proportion est encore plus élevée dans certains hôpitaux des pays d'Afrique de l'ouest comme le Burkina Faso, où elle atteint 37% parmi les médecins (Bodart, Servais, Mohamed, & Schmidt-Ehry, 2001). Le Cameroun n'est pas épargné par ce phénomène : l'absentéisme constitue actuellement l'une des principales causes de l'effondrement du système de soins dans la fonction publique hospitalière (Ministre de la santé, 2005). Le ministre de la santé publique note en 2005 une dégradation importante de la qualité de soins offerts aux patients dans les hôpitaux publics du Cameroun, ceci dû essentiellement à l'absentéisme du personnel prestataire de soins de santé. Ce phénomène, dont l'ampleur ne cesse de grandir, est devenu pour les administrateurs, les gestionnaires des hôpitaux, ainsi que la population camerounaise, une préoccupation de grande importance. L'absentéisme dans les hôpitaux publics du Cameroun se doit d'être réduit à des proportions raisonnables afin d'améliorer la performance du système de soins de santé dans ce pays en

développement. Des solutions efficaces ne peuvent cependant être envisagées sans une meilleure connaissance du niveau d'absentéisme et des facteurs qui déterminent ce fléau.

Plusieurs recherches sur l'absentéisme du personnel de la santé ont été menées à travers le monde. Les résultats de ces travaux indiquent que l'absentéisme dans les établissements de soins de santé est un problème complexe qui peut avoir plusieurs sources : il peut provenir de certaines caractéristiques qui sont propres à l'individu (Bangboye & Adeleye, 1992; Larocque, 1996; Lim, Chongsuvivatwong, Geater, Chayaphum, & Thammasuwan, 2002); les facteurs organisationnels et managériaux peuvent aussi l'influencer (Larocque, 1996; Taunton, Perkins, & Oetker-Black, 1995) ; on peut également penser aux caractéristiques de l'emploi (Larocque, 1996; Reis et al., 2003; Unruh, Joseph, & Strickland, 2007) ainsi qu'aux facteurs environnementaux (Al Sanie & Haxhe, 1987; Nyathi & Jooste, 2007). Malgré cette multitude de recherches à travers le monde sur les facteurs susceptibles d'influencer l'absentéisme au sein du personnel de la santé, très peu se sont intéressées à la situation dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Nyathi et Jooste (2007, 2008) rapportent que les facteurs personnels tels que le manque d'engagement au travail, le stress, la participation aux funérailles des membres de la famille et des amis, la consommation d'alcool, ainsi que les conditions de travail, notamment le manque de cohésion dans l'équipe de travail, la délégation d'autonomie inadéquate, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de travail, déterminent le comportement d'absence parmi le personnel infirmier en Afrique du sud.

Bangboye et Adeleye (1992) trouvent dans un centre hospitalier au Nigeria une prépondérance de la durée et de la fréquence des absences parmi le personnel âgé de moins de 35 ans, ainsi que parmi ceux ayant une faible ancienneté à l'hôpital. Au Cameroun, les informations nationales sur le niveau d'absentéisme au sein de ce personnel, ainsi que sur les facteurs qui le déterminent restent encore très lacunaires.

Dans ce contexte, notre préoccupation est de savoir quels peuvent être l'ampleur de l'absentéisme parmi le personnel prestataire des soins de santé dans la fonction publique hospitalière camerounaise, les facteurs qui le déterminent, ainsi que les coûts associés à cet absentéisme. La finalité de cette étude est de contribuer à l'élaboration de politiques publiques efficaces en vue de réduire le phénomène de l'absentéisme et par ricochet ses conséquences, dans la fonction publique hospitalière au Cameroun.

Afin d'apporter quelques éléments de réponse à cette question, cette première recherche sur l'absentéisme dans le secteur hospitalier au Cameroun poursuit essentiellement trois objectifs :

- 1-mesurer le niveau d'absentéisme parmi le personnel prestataire des soins de santé ;
- 2-déterminer l'influence des caractéristiques personnelles et des facteurs occupationnels sur le comportement d'absence parmi les prestataires de soins de santé dans la fonction publique hospitalière au Cameroun ;
- 3-évaluer les répercussions économiques de l'absentéisme en termes de coûts associés à la perte de productivité au niveau de l'employeur.

Chapitre 2 : Contexte du pays

2.1 Contexte général

La République du Cameroun, connue sous le nom d'«Afrique en miniature», est un pays d'Afrique centrale, situé un peu au-dessus de l'équateur. Ce pays couvre une superficie de forme triangulaire d'environ 475 422 km². Il est limité au Nord-est par le Tchad, au Nord-ouest par le Nigéria, à l'Est par la République Centrafricaine, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, et au Sud-ouest, il s'ouvre sur l'océan Atlantique.

Sur le plan démographique, la population du Cameroun était d'environ 18,5 millions d'habitants en 2007 (Banque mondiale, 2008b). Elle croît à un rythme de 2,2% par an (Banque mondiale, 2008b). Le taux brut de natalité était estimé à 40 pour mille en l'an 2000 (Ondoua, 2002), et l'Indice synthétique de fécondité (ISF) à 4,5 enfants par femme âgée entre 15 à 45 ans en 2006 (UNICEF, 2007). Le taux de mortalité générale est de 12 pour mille (Banque mondiale, 2008b) et l'espérance de vie à la naissance de 50 ans (Banque mondiale, 2008b).

La population vit à 56% en milieu urbain (Banque mondiale, 2008b), avec une forte concentration dans les deux grandes villes du Cameroun que sont Douala et Yaoundé. Cette population est jeune; la tranche d'âge de 0 à 14 ans représente 43% (Ondoua, 2002), soit près de la moitié de la population générale; les 15 à 64 ans 53%, et les plus de 64 ans 4% (Ondoua, 2002). Les femmes représentent 51% de la population totale (Ministère de la santé, 2002).

Sur le plan socioculturel, le taux d'alphabétisation au niveau national des adultes (15 ans et plus) est de 68% (Banque mondiale, 2008b), avec de fortes disparités entre les hommes et les femmes (77% contre 60%). La population du Cameroun se caractérise par sa diversité ethnolinguistique; on y dénombre entre 250 et 300 langues vernaculaires.

Sur le plan administratif, le Cameroun est découpé en provinces. Chaque province est subdivisée en départements, chaque département éclaté en arrondissements, chaque arrondissement en districts et chaque district en villages. On y compte 10 provinces, 58 départements, 269 arrondissements et 53 districts administratifs (Ministère de la santé, 2002). Les 10 provinces sont constituées par les provinces de l'Adamaoua, du Nord, de l'Extrême nord, du Centre, du Sud, de l'Est, du Sud-ouest, du Littoral, de l'Ouest et du Nord-ouest. Depuis le 12 novembre 2008, un décret présidentiel attribut désormais le nom de « Région » aux différentes provinces du Cameroun.

Sur le plan économique, le Cameroun est un pays en développement dont 40% de la population vit sous le seuil absolu national de pauvreté (Banque mondiale, 2008a). Il figure parmi les États à Indice de développement humain (IDH) moyen, estimé à 0,532 en 2006 (PNUD, 2006). Son économie est essentiellement basée sur l'agriculture. Les principales cultures de rente sont le cacao, le café, le tabac, le coton et la banane. Les produits pétroliers représentent près de la moitié des exportations; le bois est également un grand produit d'exportation.

Au début des années 1980, l'économie camerounaise fait figure de modèle sur le continent africain. Suite à une insuffisance de gestion économique et l'effondrement des cours du café, du cacao et du pétrole en 1985, les termes d'échange avec l'extérieur se détériorent d'environ 60% (Banque mondiale, 2008a) et plongent le pays dans une crise économique. C'est ainsi qu'on assiste à la stagnation de l'économie et l'accumulation rapide de la dette publique.

En 1993, sur les instructions du FMI et de la Banque mondiale, les plans d'ajustement structurel sont mis en place: la population fait face aux licenciements massifs dans les entreprises privées, et même dans la fonction publique. Ceux dont l'emploi reste maintenu connaissent deux baisses de salaires, dépassant 50%, sur l'année 1993. En 1994, survient la dévaluation du franc CFA. Cette dévaluation détériore davantage la situation économique du pays.

En 2003, le Cameroun adopte une stratégie globale de réduction de la pauvreté. Il atteint ainsi le point d'achèvement de l'initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) en 2006 et est admis à bénéficier d'un allègement supplémentaire de sa dette envers le FMI, l'Association internationale de développement (IDA) et le Fonds africain de développement (FAD) dans le cadre de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM).

Depuis 2001, la croissance économique de ce pays ralentit d'environ 3% par an (Banque mondiale, 2008a) en raison d'un environnement inadéquat pour les affaires, de l'insuffisance de la performance des entreprises publiques, de la rapide diminution des

produits pétrolières et de la baisse de l'offre d'électricité qui a des effets négatifs sur la production industrielle. On estime à 20644 millions de dollars US courants le PIB en 2007, avec un PIB par habitant de 2300 dollars US (Statistiques mondiales, 2007). Selon la Banque mondiale (2008a), il persiste encore de profondes inégalités de revenus dans le pays et les indicateurs sociaux demeurent défavorables. À titre d'exemple, 40% des ménages dont le chef de famille n'a pas fait d'études vivent dans la pauvreté.

2.2 Le système de santé

2.2.1 Organisation administrative

Le système de santé camerounais comprend trois niveaux: central, intermédiaire et périphérique. Chaque niveau dispose de structures administratives, de structures sanitaires et de structures de représentation des populations encore appelées structures de dialogue (Ministère de la santé, 2002).

Le niveau central est organisé autour du Cabinet du ministre et du Secrétariat général. Son rôle est d'élaborer les politiques, les normes et les stratégies en matière de santé publique. En plus, il conçoit et propose au gouvernement les textes réglementaires, coordonne, contrôle et ventile les ressources vers le niveau opérationnel. Les structures sanitaires rattachées à ce niveau sont constituées par les hôpitaux généraux de référence, les centres hospitaliers universitaires et les hôpitaux centraux.

Le niveau intermédiaire comprend les Délégations provinciales de la santé publique. On compte dix Délégations provinciales de la santé au Cameroun; chacune suit les délimitations et la dénomination de sa province administrative. Ces Délégations ont pour mission de mettre en œuvre la politique du gouvernement dans les districts de santé. Les institutions de soins rattachées à ce niveau sont constituées par les hôpitaux provinciaux.

Le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires. Chaque district sanitaire est dirigé par une équipe multidisciplinaire, supervisée par un médecin de santé publique, qui coordonne et supervise toutes les activités de santé du district, y compris celles des tradipraticiens et du secteur privé moderne. Le district sanitaire dispose de deux niveaux d'établissements de soins: l'hôpital de district et les centres de santé. Ces institutions de soins sont des entités opérationnelles chargées de la mise en œuvre des programmes. Le Cameroun compte 143 districts de santé, subdivisé chacun en aires de santé. Une aire de santé est constituée par un ou plusieurs villages, avec une population totale allant de 5000 à 10000 habitants, avec un territoire bien défini, et desservi dans la majorité des cas par un centre de santé qui a la responsabilité des activités de santé dans l'aire.

2.2.2 Organisation et fonctionnement des structures de soins

Les structures de soins s'organisent en trois secteurs : le secteur public, le secteur privé et le secteur traditionnel

Les structures publiques de soins sont organisées sur trois niveaux : le premier, le deuxième et le troisième niveau.

Au premier niveau, on trouve le centre de santé. C'est la structure de base du système de santé. Son personnel soignant est essentiellement constitué par les personnels paramédicaux, qui s'occupent des soins de santé de base et de la prévention. On y trouve parfois un médecin généraliste, en particulier lorsque le centre est localisé dans une grande ville.

Le deuxième niveau est représenté par l'hôpital de district. Cet hôpital a en général, une capacité d'accueil de moins de 100 lits. On y trouve au moins un médecin généraliste. Il sert de référence et de recours aux centres de santé.

Pour ce qui est du troisième niveau, il est représenté par les hôpitaux provinciaux, centraux et généraux. Ces structures sanitaires ont en général une capacité d'accueil de plus de 100 lits et comprennent les services et les soins spécialisés. Ils constituent des centres de référence pour les hôpitaux de district. Ils servent également de cadre de formation pour les différentes catégories de professionnels de la santé.

Le secteur sanitaire privé regroupe les structures sanitaires privées à but non lucratif et à but lucratif. Les structures sanitaires à but non lucratif sont représentées par les confessions religieuses, les associations et diverses organisations non gouvernementales (ONG). Quant aux formations sanitaires privées à but lucratif, elles sont représentées par les cliniques privées. Ces établissements de soins représentent seulement 5% des 539 établissements privés (Ondoua, 2002) reconnus par le Ministère de la santé publique, la majorité des institutions de soins privés reconnues étant détenues par les congrégations religieuses.

La médecine traditionnelle occupe une place non négligeable dans l'offre des soins de santé. Les activités en rapport avec ce secteur ne sont cependant pas documentées, dû au fait qu'aucune déclaration, ni autorisation, n'est nécessaire pour exercer la médecine traditionnelle, et qu'il n'existe pas de contrôle des activités dans ce secteur (Ondoua, 2002). Toutefois, l'État camerounais a entrepris des actions pour intégrer la médecine traditionnelle dans le système national de santé et pour promouvoir la recherche sur les plantes médicinales.

2.2.3 Ressources humaines

2.2.3.1 Situation du personnel

Les effectifs disponibles en personnel du secteur sanitaire public ne couvrent pas les besoins du pays : alors que l'OMS recommande un médecin pour 1000 habitants et un infirmier pour 3000 habitants, le Cameroun ne compte qu'un médecin pour 11000 habitants et un infirmier pour 2000 habitants (Okalla & Le Vigouroux, 2001). En plus, ces effectifs se dégradent progressivement depuis quelques années; ceci est dû essentiellement à la fuite des cerveaux vers l'extérieur du pays, aux départs en retraite et aux décès qui ne sont pas remplacés.

2.2.3.2 Formation du personnel

Le pays compte 34 écoles publiques et privées (Ministère de la santé, 2002) pour la formation des personnels paramédicaux (infirmiers, aides-soignants); et quatre Facultés (Yaoundé, Douala, Buea, Montagne) pour la formation des médecins généralistes et spécialistes. Les spécialisations offertes sont essentiellement la chirurgie, la gynécologie-obstétrique, la santé publique, la pédiatrie, l'anesthésie, la réanimation, la biologie clinique, la radiologie, et l'anatomie-pathologie. Jusqu'à maintenant, seule la Faculté de médecine de Yaoundé a gradué des médecins, les trois autres écoles n'étant fonctionnelles que depuis quelques années seulement. Les administrateurs des hôpitaux sont formés seulement depuis l'année 2007 à l'École nationale d'administration et de la magistrature de Yaoundé.

2.2.3.3 Administration des ressources humaines

On trouve dans le secteur public de soins de santé au Cameroun, cinq catégories de professionnels de santé, en fonction du statut d'emploi. Il s'agit des fonctionnaires, des contractuels d'administration, des temporaires ou vacataires, des personnels PPTE³ et des personnels communautaires.

Le personnel fonctionnaire a le statut de fonctionnaire de la fonction publique de l'État. Le personnel contractuel d'administration dépend également du Ministère de la fonction publique mais son statut relève du Code du Travail du Cameroun. Quant au personnel PPTE, il est recruté par le Ministère de la santé publique, sur les Fonds de l'Initiative des pays pauvres très endettés (PPTE). Son contrat de travail a une durée maximale de trois ans au terme duquel, il peut être embauché ou non à la fonction publique de l'État. Les personnels temporaires et communautaires sont en général recrutés au niveau des hôpitaux, par les directeurs d'hôpitaux pour les premiers et les structures de représentation des populations pour les seconds. La grande majorité des médecins et des personnels paramédicaux du secteur public ont le statut de fonctionnaire.

En ce qui concerne la rémunération du professionnel de santé travaillant dans le secteur public au Cameroun, les fonctionnaires, les contractuels d'administration, et les personnels PPTE, sont rémunérés selon une base salariale mensuelle qui correspond à

³ Personnel contractuel recruté par le Ministère de la santé publique et financé à partir de l'aide internationale (fonds de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés)

leur catégorie, leur valeur indicielle, et leur échelon. Ce salaire s'accompagne souvent d'autres éléments tels que les indemnités de logement, et les primes diverses. Malgré tous ces éléments d'accompagnement de salaire, la rémunération mensuelle du professionnel de la santé reste en général très faible, autour de 200 000 francs CFA pour un jeune médecin généraliste (environ 490 dollars canadiens⁴). Les personnels temporaires et communautaires sont salariés dans les établissements qui les emploient. Les salaires sont très variables en fonction des établissements. En plus du salaire mensuel, il existe dans toutes les formations sanitaires publiques, un système de rémunération de la performance des employés appelé quote-part. La quote-part est un montant d'argent prélevé mensuellement sur les recettes générées par les formations sanitaires, et qui ensuite est redistribué à l'ensemble des prestataires de soins de chaque hôpital, selon les critères de performance bien établis par la réglementation.

Pour ce qui est de la gestion des ressources humaines, elle reste encore très centralisée et peu rationalisée dans le secteur public en général. Les systèmes de supervision et de monitoring sont en général faibles. Le gel des salaires à un niveau bas, la détérioration du cadre de travail et la non-reconnaissance du travail accompli contribuent à la démotivation du personnel de la santé. Une partie de ce personnel s'est tourné vers un mode d'exercice plus lucratif que les soins de santé. D'autres, grâce et aux rançonnements des usagers et à la vente parallèle de médicaments dans les formations

⁴ Un dollar canadien = 408 FCFA

sanitaires, trouvent ainsi le moyen de maintenir leur existence (Israr, Razum, Ndiforchu, & Martiny, 2000). En général, bon nombre de médecins du secteur public exercent également dans le secteur privé, même pendant les heures de travail prévues dans le secteur public.

2.2.4 Financement du système de santé

Le financement des soins de santé au Cameroun est diversifié. Y participent: l'État (Ministère de la santé publique et autres départements ministériels), les ménages, l'aide extérieure, les entreprises et les sociétés privées. Le financement public est assuré par l'État et les Organisations extérieures (Organisations de coopérations bilatérales et multilatérales, Organisations non-gouvernementales), et le financement privé par les ménages, les sociétés et les entreprises privées. L'État participe au financement de la santé à travers l'allocation des ressources budgétaires au niveau des délégations provinciales, des districts sanitaires, des hôpitaux et des centres de santé, pour les dépenses des biens et services. Les ménages y participent à travers le système de recouvrement des coûts, dans le cadre de l'Initiative de Bamako, par le paiement direct des services (consultations, examens de laboratoire, de radiologie, hospitalisations) et des médicaments essentiels. La tarification des services offerts aux populations varie selon les établissements: en général, les coûts des services sont plus élevés dans les cliniques privées que dans les formations sanitaires publiques et les institutions de soins privés à but non lucratif. Il n'existe pas de système public d'assurance maladie au

Cameroun; seules existent les assurances maladie privées, destinées généralement aux employés de certaines sociétés privées.

Les dépenses totales consacrées à la santé sont très faibles; elles atteignent à peine les 5% du produit intérieur brut (Ministère de la santé, 2002; OMS, 2006). Elles sont constituées essentiellement par les dépenses privées, notamment celles des ménages, qui représentent à elles seules près de 72% des dépenses globales de santé (Ministère de la santé, 2002; OMS, 2006). Cette charge importante des dépenses de santé au niveau des ménages, constitue une barrière à l'accès et à l'utilisation des services de santé, notamment pour les populations démunies.

Chapitre 3 : Revue de la littérature

3.1 Définition de l'absentéisme

On exprime par « *absentéisme* » un jugement de valeur sur le comportement d'absence considéré préjudiciable au fonctionnement d'une organisation. Ainsi, Klaric (1982) définit le mot absentéisme tout simplement comme « *la non présence au travail* ». Cette définition inclut dans l'absentéisme toute absence sans référence aux causes qui l'ont provoquée. Si l'on admet avec Chadwick-Jones et al. (1982) que le concept d'absentéisme comporte une composante péjorative, on ne saurait confondre les absences non justifiées et celles qui sont dues par exemple aux maladies, aux accidents de travail, aux repos d'accouchement, aux congés annuels ou aux départs pour les études.

Pour le Ministère du travail des États-Unis, ce terme veut dire « *the failure of workers to report on the job when they are scheduled to work* » et pour Gallois (2005), c'est « *l'absence d'une personne à un moment où elle devrait être sous la subordination d'un employeur* ». Ces deux dernières définitions écartent de l'absentéisme les absences en dehors des horaires planifiées pour le travail, mais aussi les absences de type congés annuels, pour lesquels l'employeur ne s'attend pas à la présence du travailleur. Dans tous les cas, on ne saurait définir le mot « absentéisme » sans toutefois apporter des clarifications sur le terme « *absence* ».

Dans la littérature, on ne retrouve pas une définition standard du mot «*absence*» (Chadwick-Jones, Nicholson, & Brown, 1982); différents types d'interprétations lui sont associées. Ce terme signifie pour Gallois (2005) «*la non présence pendant les périodes théoriquement travaillées*», alors que The British Institute of Management le définit comme «*the lost of time, whatever the cause or reason given, of over one hour duration* ».

Dans les organisations, la définition privilégiée s'appuie souvent sur des contraintes administratives. En général, on y sépare deux groupes d'absences : les absences justifiées ou autorisées et les absences non justifiées ou non autorisées (Klaric, 1982; Matthewman, 1983). Cette division s'appuie sur le principe que les absences non justifiées sont celles sur lesquelles on doit faire les principaux efforts.

La littérature sur l'absentéisme au travail permet de constater que la grande majorité des auteurs s'appuient plutôt sur les catégories d'absences pour clarifier ce terme. On parle tantôt des absences pour maladie, des absences pour accident de travail, des congés de maternité, des congés annuels, de départs en formation, des congés autorisés (événements familiaux), des absences non autorisées (retards) et des absences pour d'autres causes (grèves) (Chadwick-Jones, Nicholson, & Brown, 1982; Gallois, 2005; Huczynski & Fitzpatrick, 1989; Klaric, 1982; Matthewman, 1983; Rhodes & Steers, 1990).

Les auteurs (Chadwick-Jones, Nicholson, & Brown, 1982; Klaric, 1982; Matthewman, 1983) qui s'intéressent aux absences occasionnées par la maladie les subdivisent

généralement en deux sous-catégories : les absences de courte durée, qui durent en général moins de trois à quatre jours consécutifs, et qui ne nécessitent en principe pas de certificat médical d'incapacité de travail, et celles de longue durée, pour lesquelles un certificat médical d'incapacité de travail est requis; elles durent plus de trois à quatre jours consécutifs. Dans cette catégorie d'absences (pour cause de maladie), les auteurs portent généralement une attention particulière aux absences de plus de 14 jours consécutifs, qui sont étiquetées comme des maladies à long terme, et aux absences dues à des maladies professionnelles.

3.2 Mesure de l'absentéisme

Avant de se lancer dans une recherche sur l'absentéisme, il semble important de préciser la période de mesure de ce phénomène (Goodman & Atkin, 1984).

On ne retrouve pas dans la littérature une période de temps standard sur laquelle devrait s'étendre une étude sur l'absentéisme. Cette durée est très variable d'une recherche à l'autre, allant de deux semaines (Severens, Mulder, Laheij, & Verbeck, 2000) à quelques années (Bamgboye, Olubuyide, & Al-Shammari, 1993; Kivimäki et al., 2001). Toutefois, il est possible d'utiliser une courte période d'enregistrement des absences chez des individus, puis extrapoler par la suite les résultats obtenus, pour estimer les absences au travail sur une très longue période (Van Roijen, Essink-Bot, Koopmanschap, Bonsel, & Rutten, 1996).

Il est cependant important de noter que le taux d'absentéisme connaît des variations au sein d'une organisation en fonction des saisons (Al Sanie & Haxhe, 1987), de la demande de prestations, de la politique managériale en matière d'absentéisme et d'autres événements tels que les périodes de fête (Goodman & Atkin, 1984). Il devient tout à fait évident que les entreprises vont connaître un nombre d'absences relativement élevé entre le mois de décembre et de janvier, et pendant la saison de grandes pluies dans certains pays à cause des fêtes de fin d'année d'une part et des inondations engendrant des difficultés de déplacement d'autre part. Les périodes d'activités intenses au sein des organisations pourraient également occasionner plus d'absence chez les employés, à cause de la surcharge de travail. Toutefois, ce phénomène peut être contrebalancé par des contrôles plus serrés des absences par l'administration. À cet effet, Hammer et Landau (1981), indiquaient que l'intervalle de temps approprié pour la mesure de l'absentéisme en milieu de travail est fonction du comportement des travailleurs en matière d'absentéisme, du contexte organisationnel et environnemental, et de l'indice de mesure utilisé.

La mesure proprement dite de l'absentéisme comprend, selon Rhodes et Steers (1990) deux composantes essentielles: la catégorie d'absence et la composante métrique. La catégorie d'absence fait référence à l'objet de la mesure, alors que la composante métrique indique la façon dont l'absence est mesurée.

On trouve dans la littérature plusieurs indices de mesure de l'absentéisme. Les auteurs (Chadwick-Jones, Brown, & Nicholson, 1973; Hensing, 2004; Isambert-Jamati, 1962) rapportent qu'on identifiait déjà dès 1960 plus de quarante indices de mesure. Cependant, la mesure de la fréquence des absences, du temps perdu, et de l'ampleur de l'absentéisme restent privilégiées par les chercheurs (Chadwick-Jones, Brown, & Nicholson, 1973; Goodman & Atkin, 1984; Rhodes & Steers, 1990).

Chadwick-Jones et al. (1973) rapportent que dans une recension de la documentation englobant 71 études sur l'absentéisme, 55 d'entre elles utilisaient la mesure du temps perdu, 35 utilisaient la fréquence des absences et 5 se rapportaient à des mesures dérivées. Une autre recension de 85 articles sur l'absence au travail, effectuée en 1982 par le même auteur et ses collaborateurs, révèle que 62 d'entre eux emploient comme indice de mesure de l'absentéisme le temps perdu, et 29 la fréquence des absences.

La fréquence des absences représente le nombre d'épisodes d'absences qu'un employé a enregistré pendant une période de référence, sans égard à la durée (Chadwick-Jones, Nicholson, & Brown, 1982; Goodman & Atkin, 1984; Johns, 1978; Rhodes & Steers, 1990). Cet indice présente l'avantage de réduire les biais liés aux congés maladie et donc produit une image plus précise des absences de courte durée, qui sont représentatives des absences volontaires, occasionnelles ou évitables (Chadwick-Jones, Nicholson, & Brown, 1982) et considérées comme potentiellement contrôlables. Un accroissement important de la fréquence des absences dans une entreprise indique en

général une dégradation du climat social ou alors la survenue d'une épidémie (de grippe par exemple) parmi les employés (Gallois, 2005).

Le temps perdu est le nombre total d'heures ou de jours d'absences enregistrés par l'employé durant une période de temps donnée (Chadwick-Jones, Nicholson, & Brown, 1982). La mesure du temps perdu est davantage choisie au sein des entreprises puisqu'elle permet une estimation des coûts en évaluant le nombre d'heures de travail perdues pour cause d'absence (Chadwick-Jones, Brown, & Nicholson, 1973; Gallois, 2005; Hill et al., 2008). Cet indice permet également, lorsqu'il est mesuré en jours de faire ressortir les absences dues aux maladies de longue durée que l'on qualifie d'involontaires ou d'inévitables (Chadwick-Jones, Nicholson, & Brown, 1982; Gallois, 2005).

Les auteurs évaluent l'ampleur ou la gravité de l'absentéisme par le taux d'absentéisme (Gallois, 2005) et la durée moyenne de temps perdu par chaque employé au cours d'une période de temps donnée (Goodman & Atkin, 1984). Le taux d'absentéisme représente le niveau d'absence d'un groupe ou d'un individu comme un pourcentage de temps perdu pour cause d'absence par rapport au total de temps possible de travail (Chadwick-Jones, Brown, & Nicholson, 1973; Gallois, 2005; Isah, Omorogbe, Orji, & Oyovwe, 2008; Isambert-Jamati, 1962; Rhodes & Steers, 1990). Le temps perdu peut être mesuré en heures ou en jours. Ainsi, ce ratio se mesure en jours comme le rapport du nombre

total de jours perdus par l'entreprise pour cause d'absence divisé par le nombre total de jours prévus pour le travail de tous les employés (Isah, Omorogbe, Orji, & Oyovwe, 2008; Isambert-Jamati, 1962; Rhodes & Steers, 1990) ou en heures comme le rapport « *des heures d'absence pendant une période P par les heures théoriques de travail pendant la même période P* » (Gallois, 2005). Cet indice, qui est largement utilisé dans les organisations (Chadwick-Jones, Brown, Nicholson, & Sheppard, 1971), mesure à la fois les absences volontaires et les absences involontaires ou inévitables; ceci permet d'évaluer la part prise par de tels contretemps dans la non réalisation du temps prévu.

Dans les hôpitaux, il n'existe pas de formule standard pour le calcul du taux d'absentéisme. Taunton et al. (1995) rapportent à partir d'une enquête menée auprès de 156 directeurs d'hôpitaux que les formules les plus utilisées sont soit le nombre total d'heures d'absence divisé par le nombre total d'heures prévues pour le travail, soit le rapport du nombre total d'heures d'indemnisation pour maladie par le nombre total d'heures rémunérées.

En fait, la notion du taux d'absentéisme reste encore controversée dans les organisations, ceci dû au fait que les chercheurs mesurent encore les absences de plusieurs manières. Plusieurs subdivisent les absences en deux types: les absences volontaires ou attitudinales et les absences involontaires. L'importance de cette distinction tient au fait que la plupart des absences volontaires sont évitables. Chadwick-Jones et al. (1973; 1982) définissent les absences volontaires ou absences de « type B » comme celles qui sont fondées sur le choix du travailleur de se consacrer ou non à sa besogne. Selon ces

auteurs, ces absences durent en général moins de trois jours consécutifs et sont considérées comme potentiellement contrôlables. Les absences involontaires ou de « type A » sont celles qui résultent d'une maladie invalidante, d'un deuil ou d'une maladie grave d'un membre de la famille ; on les qualifie d'inévitables et leur durée va souvent au-delà de trois jours consécutifs.

À cause du manque de consensus entre les auteurs sur la définition du mot « absence », on recommande (Gallois, 2005) tout simplement d'être clair sur les catégories d'absence qui composent la mesure des taux d'absentéisme. A ce propos, Gallois (2005) propose que soient retenus au numérateur de ce ratio : les absences pour maladie, pour accident de travail, les absences de maternité et les absences non autorisées à l'instar des retards. Ceci suppose une exclusion du numérateur, des absences prévisibles telles que les congés payés, les congés parentaux, la formation professionnelle, les délégations dans le cadre d'une représentation personnelle ainsi que des absences qui ont un caractère exceptionnel (heures de débrayage ou de grèves). Dans le souci de standardiser la mesure des taux d'absentéisme pour ainsi faciliter les comparaisons entre les organisations, des travaux récents, menés par Hill et al. (2008) viennent de mettre au point un nouvel indice de mesure : le taux de travail perdu. Cet indice de mesure a pour élément principal le taux de salaire horaire de l'employé et se définit comme suit :

Taux de travail perdu = heures non rémunérées / (heures de travail rémunérées + heures non rémunérées) X 100. Le taux de travail perdu présente l'avantage de prendre en compte à la fois les absences excusées ou justifiées, et les absences non justifiées.

Cependant, son utilisation reste limitée aux organisations qui disposent de données quotidiennes sur le paiement horaire des travailleurs; on ne peut l'utiliser dans les entreprises qui ont comme mode de rémunération le salaire global.

En fait, l'absentéisme en milieu de travail présente un double visage: il peut être perçu comme un simple coût que l'organisation cherche à minimiser ou alors comme un indicateur pertinent de mesure du climat social (Gallois, 2005). En raison de cette dichotomie, les éléments retenus dans le décompte des absences que l'organisation aura enregistrées au cours de la période considérée, peuvent varier suivant que ces données sont au service d'une analyse des coûts ou au service d'une étude des ressources humaines.

3.3 Coûts de l'absentéisme

L'absentéisme en milieu de travail peut avoir des effets néfastes sur la santé économique des différents acteurs.

3.3.1 Coûts au niveau des acteurs économiques

L'absence au travail d'un employé engendre inévitablement des coûts directs et indirects tant au niveau de l'individu que de l'employeur, et même au niveau de la société.

Au niveau de l'individu, l'absentéisme peut conduire à une perte de salaire pour le travailleur.

Au niveau de la société, on peut noter essentiellement la perte de contributions économiques pour le pays, et la perte de contributions financières vis-à-vis des personnes à charge en cas de perte de revenu (Berger, Murray, Xu, Pauly, & al., 2001).

Au niveau de l'employeur, les absences planifiées ou prévues, à l'exemple des congés annuels semblent ne pas avoir un impact réel sur la santé économique de l'organisation. En revanche, les absences imprévues occasionneraient des pertes monétaires importantes pour les entreprises. Parmi les coûts directs imputés à l'employeur par l'absence de l'employé, on trouve : le salaire payé à l'employé absent, les indemnités de maladie et le paiement des avantages sociaux (assurances, pension, vacances), le temps supplémentaire payé au remplaçant, le coût de recrutement, de sélection et de formation du remplaçant, et les frais engendrés par l'obligation de maintenir un surplus de personnel pour faire face aux problèmes posés par les absences (Huczynski & Fitzpatrick, 1989; Rhodes & Steers, 1990). Parmi les coûts indirects, on trouve des perturbations ou même des fermetures de sections, la baisse de la productivité due au fait que les autres travailleurs sont moins expérimentés ou fatigués, la faible qualité du produit si l'équipe de remplacement n'est pas suffisamment compétente, la perte de la clientèle en raison des services de moindre qualité et du non respect des délais, l'insatisfaction et le mécontentement parmi les autres employés qui voient la charge de travail augmenter à cause de l'absence de leurs collègues, et le temps utilisé dans la gestion des horaires de travail, des conseils de discipline et des contrôles dans la qualité de travail des substituts (Huczynski & Fitzpatrick, 1989; Rhodes & Steers, 1990).

3.3.2 Mesure des coûts de l'absentéisme

Dans une perspective de prise de décision, les coûts pertinents de l'absentéisme au travail semblent être ceux assumés par l'employeur; c'est-à-dire l'organisation.

Mesurer les coûts de l'absentéisme au niveau d'une organisation consiste à traduire ce phénomène en termes économiques (Rhodes & Steers, 1990). Parmi les coûts possibles occasionnés par l'absentéisme au niveau de l'organisation, certains sont difficilement mesurables, à l'exemple de l'insatisfaction chez les employés dont la charge de travail augmente à cause des absents; d'autres nécessitent des recherches dispendieuses pour les obtenir (par exemple le degré d'efficacité du remplaçant). Quoi qu'il en soit, les éléments à inclure dans l'estimation des coûts de l'absentéisme dépendent de la politique de l'organisation en matière d'absentéisme (Rhodes & Steers, 1990).

Dans la littérature sur les coûts de l'absentéisme au niveau des organisations, les auteurs se contentent le plus souvent d'estimer la valeur monétaire des heures ou des jours de travail perdus en raison des absences (Rhodes & Steers, 1990; Yassin, 2007), des heures consacrées à la résolution des problèmes créés par l'absence des employés (conseils de disciplines, recrutement, formation, vérification de la performance des remplaçants), et des heures supplémentaires payées aux remplaçants. La valeur monétaire du temps perdu (en heures ou en jours) est estimée sur la base des coûts directs des salaires et des avantages sociaux payés aux employés pendant le temps d'absence (Rhodes & Steers, 1990).

La méthode utilisée pour évaluer le manque à gagner au niveau des organisations du fait de l'absentéisme des travailleurs rémunérés varie selon les études. Certains auteurs (Goetzel, Guindon, Turshen, & Ozminkowski, 2001; Goetzel, Ozminkowski, & Long, 2003; Lamb et al., 2006; Rhodes & Steers, 1990), utilisent le salaire moyen au niveau de l'organisation pour estimer la valeur monétaire du temps de travail perdu. D'autres utilisent plutôt le salaire moyen d'un groupe spécifique (Cristal-Peter, Crown, Goetzel, & Schutt, 2008; Jones, Casswell, & Zhang, 1995; Yassin, 2007). Le coût total du temps perdu en raison de l'absentéisme pendant une période donnée est ainsi quantifié en multipliant le nombre total de jours (ou d'heures) de travail manqués par la rémunération quotidienne moyenne (ou la rémunération horaire moyenne) au niveau de l'organisation ou au niveau du groupe.

Il serait cependant naïf de penser que l'absence d'un travailleur peut avoir un impact financier semblable dans toutes les entreprises. Certains auteurs soutiennent qu'il existe des caractéristiques spécifiques de l'entreprise et des marchés qui déterminent si les coûts associés à la perte de la productivité découlant de l'absence d'un travailleur sont grands ou petits (Nicholson et al., 2006). Pour une entreprise qui a une unité de production basée par exemple sur la performance de l'équipe plutôt que sur la performance individuelle, il faudrait un modèle particulier pour évaluer le temps de travail perdu, parce que l'impact de l'absence d'un travailleur sur la production de l'entreprise sera tout à fait différent. Nicholson et ses collaborateurs (2006) ont démontré

à partir d'une étude menée au près de 800 gestionnaires de 12 entreprises différentes aux États-Unis, que l'absence d'un employé qui est difficilement remplaçable, qui travaille en équipe, et donc la production est sensible au temps, cause une grande perte de productivité à l'entreprise, ce qui engendre des coûts journaliers d'absentéisme supérieurs à sa rémunération quotidienne. Ces auteurs ont ainsi développé une méthode d'évaluation de l'impact financier de l'absentéisme d'un travailleur au niveau de l'entreprise. Cette méthode prend en compte les spécificités liées à chaque type d'emploi, et est basée sur l'estimation d'un multiplicateur de salaire. Le multiplicateur de salaire est une constante (généralement supérieure ou égale à 1), qui varie selon le type d'emploi, et qui est déterminé sur la base de trois caractéristiques de travail : la facilité de remplacement, le travail en équipe, et la sensibilité de la production par rapport au temps. Il permet, en le multipliant par la rémunération quotidienne, d'estimer le coût occasionné au niveau de l'organisation, par un jour d'absence d'un salarié. Ces mêmes chercheurs ont trouvé dans leurs travaux que ce multiplicateur variait en moyenne entre 1 pour les cuisiniers et 11,40 pour les ingénieurs en construction. Dans le domaine des soins de santé, il oscillait entre 1,85 pour les assistants médicaux des cabinets médicaux et 1,13 pour les infirmiers exerçant dans les hôpitaux.

En ce qui a trait aux résultats d'études portant sur l'évaluation des coûts de l'absentéisme en milieu de travail, Yassin (2007) estimait à partir du salaire moyen journalier de chaque groupe professionnel, à 51,7 milliards de dollars US le coût total de

354,19 millions de jours de travail perdus en raison de la maladie et des accidents de travail en 2003, par 42,2 millions d'employés appartenant à 20 entreprises privées aux États-Unis. De ces coûts, 30,8 milliards de dollars étaient attribués à 170,99 millions de jours perdus par les hommes, et 20,9 milliards de dollars à 183,08 millions de jours perdus par les femmes.

En Nouvelle-Zélande, Jones, Casswell et Zhang (1995) estimaient à 31200 dollars US par année et par employé, le coût de l'absentéisme au travail du fait de la consommation d'alcool, ce qui représentait une perte estimée à 15,7 millions de dollars US environ par an, si l'on considère l'ensemble de la population qui est de 3,4 millions d'habitants.

En fait, l'évaluation des coûts exacts de l'absentéisme ne semble pas facile, ceci pour diverses raisons comme le manque de consensus sur la définition et la mesure de ce phénomène, ainsi que le manque d'accord sur les différents coûts qu'il faut lui imputer selon les cas.

3.4 Facteurs personnels reliés à l'absentéisme

Les caractéristiques propres à l'individu qui peuvent avoir une influence sur l'absentéisme en milieu de travail sont: l'âge, le sexe, le statut marital, les responsabilités familiales et le niveau d'éducation.

3.4.1 L'âge

La relation entre l'âge et l'absentéisme est un sujet marqué de grande controverse. Chadwick-Jones et ses collaborateurs (1982), après avoir recensé 28 travaux réalisés entre 1945 et 1976 qui examinaient le lien entre l'âge et le comportement d'absence en milieu professionnel, ont trouvé que certains étalaient des relations positives et d'autres des relations négatives, mais quelques-uns montraient plutôt des relations nulles, voire curvilignes.

Certains auteurs (Chadwick-Jones, Nicholson, & Brown, 1982) affirment qu'il existe une association négative entre l'âge et les absences volontaires (type B), et que cette association a tendance à être plus forte chez les hommes. Cette relation a également été observée par d'autres auteurs parmi le personnel de la santé. Al Sanie et Haxhe (1987), trouvent dans un centre hospitalier que la fréquence des absences est plus élevée parmi les jeunes. Bamgboye et Adeleye (1992) rapportent que non seulement la fréquence des absences pour cause de maladie est davantage élevée chez les jeunes de moins de 35 ans travaillant dans les hôpitaux, mais la durée des absences aussi. Les travaux menés par Kivimäki et al. (2001) viennent appuyer ces affirmations en démontrant que l'âge est négativement et significativement associé aux absences de courte durée parmi les médecins. L'explication souvent avancée est que les travailleurs âgés assument en général beaucoup de responsabilités professionnelles mais, surtout, qu'ils ont beaucoup d'engagements pour leur organisation. En effet, Chadwick-Jones et al. (1982) ont

démontré que l'âge était positivement associé à l'ancienneté dans l'organisation. Plus intéressants encore sont les travaux de Gellatly (1995) qui concluent à une relation positive entre l'ancienneté à l'hôpital et l'engagement du personnel face au travail. Ainsi, l'engagement est plus élevé parmi les employés plus âgés, qui ont en général une grande ancienneté dans l'organisation, que chez les plus jeunes, qui n'ont souvent que peu d'années d'ancienneté dans l'organisation. Ceci pourrait expliquer le faible taux d'absences volontaires observées chez les employés plus âgés.

Des relations positives entre l'âge et le comportement d'absence, notamment en ce qui a trait aux absences de longue durée (\geq à 3 jours consécutifs) ont également été démontrées (Chadwick-Jones, Nicholson, & Brown, 1982; Eshøj, Jepsen, & Nielsen, 2001), aussi bien dans le domaine de la santé que dans d'autres secteurs d'activités. Kivimäki et al. (2001) trouvent une association positive entre l'âge et les absences pour cause de maladies de longue durée parmi les médecins. Isah et al. (2008) utilisent comme indice de mesure l'incidence des absences et affirment qu'il augmente significativement avec l'âge parmi le personnel hospitalier, allant de 31,5% entre 15 et 24 ans à 81,3% entre 55-64 ans. Le rôle significatif de cette variable démographique a même été démontré dans la prédiction de l'absentéisme chez le personnel infirmier (Siu, 2002).

En effet, selon plusieurs auteurs (Chadwick-Jones, Nicholson, & Brown, 1982; Eshøj, Jepsen, & Nielsen, 2001; Gallois, 2005), une population de travailleurs à partir de 45 à

50 ans est porteuse potentielle d'absentéisme de longue durée. La détérioration de l'état de santé qui survient au voisinage de la cinquantaine, avec la survenue des maladies chroniques (Pines, Skulkeo, Pollak, & Steif, 1985; Szubert & Sobala., 2007), expliquerait le taux élevé d'absences de longue durée que l'on retrouve chez le travailleur à ce moment de la vie.

D'autres travaux cependant, menés parmi le personnel prestataire de soins de santé démontrent qu'il n'existe pas de lien entre l'âge et l'absentéisme. A titre d'exemple, citons les travaux conduits par (Eriksen, Bruusgaard, & Knardahi, 2003) qui ont porté sur l'absentéisme de longue durée (plus de trois jours consécutifs) parmi les aides-soignants et ceux de (Siu, 2002) qui concernaient le personnel infirmier. Selon ces auteurs, ces résultats négatifs auraient probablement été influencés par la forte représentativité dans l'échantillon des personnes d'âge relativement avancé (Eriksen, Bruusgaard, & Knardahi, 2003) ou jeune (Siu, 2002).

Selon cette analyse documentaire, le lien entre l'âge et l'absentéisme est assez variable chez le personnel de soins de santé. Il semble varier selon le type d'absence, le genre d'individu et même le type d'emploi.

3.4.2 Le sexe

Plusieurs auteurs soutiennent que les femmes ont tendance à s'absenter plus fréquemment et plus longtemps de leur travail que les hommes. Cette affirmation se démontre à travers les résultats de quelques travaux. Laaksonen et al. (2008), trouvent

chez les employés d'âge moyen d'une municipalité en Finlande que les femmes ont 46% et 34% plus de risques que les hommes d'avoir respectivement des absences de courte durée (moins de 4 jours consécutifs) et de longue durée (4 jours consécutifs et plus). L'étude multivariée de Johns (1978) démontre d'ailleurs que le fait d'être une femme est l'un des meilleurs prédicateurs de l'absentéisme en milieu de travail.

Cette situation n'est pas tout à fait différente dans les organisations de soins de santé où Al-Shammari, Bamgboye, et Olubuyide (1994) trouvent que parmi le personnel de l'hôpital, les femmes enregistrent les fréquences et les durées les plus élevées d'absences pour cause de maladie. Reis et al. (2003) analysent les congés pour maladie allant de un à 30 jours parmi le personnel infirmier d'un centre hospitalier universitaire et trouvent que les femmes présentent environ une fois et demi plus de demandes de congés que les hommes. Kivimäki et al. (2001) concluent que la fréquence des absences en raison des maladies de courte durée (1-3 jours) et de longue durée (> 3 jours) parmi les médecins de sexe masculin est plus faible que celle de leurs consœurs.

De nombreuses raisons sont souvent émises pour justifier cette différence. Il est souvent avancé que les femmes et les hommes n'effectuent pas les mêmes types de travaux. En 1962, Isambert-Jamati affirmait que les femmes sont souvent nombreuses dans des occupations monotones et peu qualifiées et que la différence globale des taux d'absence entre hommes et femmes est principalement due à la distribution différente des deux dans l'échelle professionnelle. Cependant, la place qu'occupent les femmes de nos jours sur le marché du travail a considérablement changé dans les pays industrialisés. Selon

Laaksonen et al. (2008), les travaux physiquement exigeants et entraînant de la fatigue expliquent la fréquence élevée des absences pour maladie certifiées chez les femmes. Eriksen, Bruusgaard, et Knardahi, (2003) et Akerstedt, Keeklund, Alfredsson, et Selen (2007) confirment que la fatigue est un prédicateur important de l'absentéisme en milieu de travail pour cause de maladie. D'autres auteurs (Alexanderson, Sydsjö, Hensing, Sydsjö, & Carstensen, 1996) évoquent plutôt l'état de grossesse comme facteur explicatif du taux élevé de l'absentéisme féminin en milieu de travail en démontrant que l'état gravidique a un impact important sur les absences pour cause de maladie même si la proportion de femmes enceintes est faible. D'autres facteurs explicatifs ont été mis en évidence : les responsabilités familiales, en particulier l'éducation des enfants qui semble sans doute être l'élément le plus important en matière d'absentéisme féminin.

D'autres études par contre, ont trouvé des taux d'absentéisme plutôt élevés chez les hommes. Lim, Chongsuvivatwong, Geater, Chayaphum, et Thammasuwan (2002) rapportent des taux d'absence de courte durée (< 3 jours consécutifs) pour cause de maladie élevés parmi les hommes dans un centre hospitalier universitaire en Thaïlande. Il en est de même pour Pines, Skulkeo, Pollak, et Steif (1985) qui aboutissent à des résultats semblables en Israël parmi le personnel infirmier. Selon Hensing et ses collaborateurs, les milieux de travail à forte prédominance féminine (90 à 100% de femmes) favorisent la survenue des maladies psychiatriques mineures chez les hommes.

Ces maladies sont souvent responsables d'incidence d'absence élevée chez les travailleurs masculins (Hensing, Alexanderson, Akerlind, & Bjurulf, 1995).

Des études portant sur l'ensemble du personnel d'un hôpital en Arabie Saoudite (Bangboye, Olubuyide, & Al-Shammari, 1993), sur les aides-soignants en Norvège (Eriksen, Bruusgaard, & Knardahi, 2003) et sur le personnel infirmier en Chine (Siu, 2002) révèlent qu'il n'existe pas de différences entre les deux sexes, notamment en ce qui concerne les absences de longue durée. Isambert-Jamati (1962) soutient que dans les professions à haute qualification comme l'enseignement et la profession médicale, on n'enregistre pas de différence significative dans les taux d'absentéisme entre les deux sexes. Selon cet auteur, la différence observée s'explique par les différences de positions que ces individus occupent dans la hiérarchie professionnelle.

3.4.3 Le statut marital

La relation entre l'absentéisme au travail et le statut marital est un sujet à grande controverse. Certains auteurs expliquent l'absentéisme au travail par le fait d'être marié ; d'autres soutiennent qu'il n'existe de lien entre les deux variables. Cependant, Chadwick-Jones et ses collaborateurs (1973) avancent qu'il n'est pas possible d'isoler l'état civil non seulement du sexe, mais aussi des responsabilités familiales.

Isambert-Jamati (1962) rapporte que les femmes mariées s'absentent beaucoup plus souvent que les femmes célibataires, séparées ou divorcées. Pines et al. (1985) trouvent

chez le personnel d'un hôpital moderne en Israël que les femmes mariées ou qui l'ont été sont plus fréquemment absentes et enregistrent plus de temps perdu en raison des absences pour maladie que leurs consœurs célibataires. Ces résultats se confirment par des travaux conduits dans les hôpitaux au Nigeria (Isah, Omorogbe, Orji, & Oyovwe, 2008) et en Thaïlande (Lim, Chongsuvivatwong, Geater, Chayaphum, & Thammasuwan, 2002) qui concluent également à un taux d'absentéisme plus élevé parmi le personnel marié. Lim et al. (2002) soutiennent que le statut marital est un prédicteur significatif des absences de moins de trois jours.

D'autres travaux (Eshøj, Jepsen, & Nielsen, 2001) réalisés chez les résidents actifs de la communauté danoise indiquent contrairement aux résultats des travaux menés par Pines et al. (1985) que le statut marital n'est pas associé aux absences de longue durée, autant chez l'homme que chez la femme. Dans le même sens, Kivimäki et al. (2001) rapportent l'absence d'association entre l'absentéisme et le statut marital chez les médecins de sexe féminin.

Selon Klaric (1982), l'homme marié s'absente habituellement moins fréquemment de son travail que son frère célibataire à cause de ses obligations financières et ses charges familiales ; alors que chez la femme, mariée ou non, la situation est tout à fait différente. Lorsqu'elle a des enfants à sa charge, il se crée en elle un conflit de rôles en

tant que mère et en tant que travailleuse. Très souvent, c'est l'aspect maternel qui domine, ce qui justifie son comportement d'absence en milieu de travail.

3.4.4 Les responsabilités familiales

La recherche sur les caractéristiques personnelles du travailleur associées à l'absentéisme en milieu de travail menée par Johns (1978) conclut à une relation nulle entre le nombre de dépendants et l'absentéisme au travail. Cependant, la plupart des travaux que nous avons consultés montrent que la charge familiale, en particulier le nombre de dépendants, influence le comportement d'absence chez le travailleur. Cette influence semble varier selon le genre, mais aussi selon l'état civil et l'âge de l'employé.

Chez les femmes, on admet généralement que le taux d'absentéisme augmente avec le nombre d'enfants en charge et diminue au fur et à mesure que les enfants prennent de l'âge (Steers & Rhodes, 1978). Ainsi, les femmes plus jeunes, qui ont tendance à avoir un grand nombre d'enfants en bas âge, auront également tendance à enregistrer des taux d'absentéisme élevés (Klaric, 1982). Isambert-Jamati (1962) rapportait qu'avoir des enfants à la maison constitue une cause d'absence fréquente au travail chez les femmes, et qu'il y a une tendance à l'augmentation du nombre d'absences avec le nombre d'enfants en charge. Borda et Norman (1997b) affirment que la responsabilité familiale est positivement associée à la fréquence des absences chez le personnel infirmier de genre féminin, mais qu'il n'existe aucun lien entre ces deux variables pour le sexe masculin. D'autres travaux menés par les mêmes auteurs (Borda & Norman, 1997a)

confirment que la responsabilité familiale représente le contributeur majeur de l'absentéisme parmi le personnel infirmier de sexe féminin. Selon certains auteurs (Klaric, 1982; Steers & Rhodes, 1978), on trouve un lien négatif entre la responsabilité familiale et le taux d'absentéisme professionnel involontaire chez les hommes.

3.4.5 Le niveau d'éducation

De façon générale, les données concernant l'éducation indiquent que l'absentéisme diminue à mesure que le niveau de scolarité augmente. Eshøj et al. (2001) démontrent que les personnes de sexe masculin ayant peu d'éducation (7-9 ans) ont environ deux fois et demi plus de risque de s'absenter du travail pour cause de maladie de longue durée (supérieur à 10 semaines) que celles avec 10 années d'éducation et plus. Lim et al. (2002) trouvent au niveau des institutions de soins de santé que les personnes qui ont le niveau d'éducation le plus élevé enregistrent les plus faibles épisodes d'absence de courte et de longue durée. L'éducation n'a cependant pas été démontrée comme un facteur prédictif de l'absentéisme parmi le personnel de santé.

Malgré la relation négative observée entre le niveau d'éducation et l'absentéisme, Johns (1978) affirme qu'il n'existe pas de lien significatif entre le niveau d'éducation et l'absentéisme en milieu de travail. En effet, l'assiduité des personnes ayant atteint un niveau de scolarité élevé pourrait être imputable à leur salaire élevé et à leur degré de satisfaction à l'égard de leur travail.

3.5 Facteurs occupationnels reliés à l'absentéisme

Les facteurs reliés au travail sur lesquels la majorité des chercheurs se sont penchés sont: le type d'occupation, le type d'emploi, le régime d'emploi, l'horaire de travail, le temps supplémentaire, l'ancienneté dans l'organisation, le salaire, et la taille de l'organisation.

3.5.1 Le type d'occupation

Le type d'occupation c'est-à-dire l'unité de soins dans laquelle travaille le professionnel de santé l'expose à certains types de patients. Les types de patients qui entrent quotidiennement en contact avec le professionnel de soins de santé seraient susceptibles d'influencer le comportement de celui-ci en matière d'absentéisme au travail. En effet, quelques auteurs ont montré qu'il existait une association entre le type d'occupation du professionnel de santé et le taux d'absentéisme enregistré par ce dernier.

En 1985, Estry-Behar et Kaminski (1985) avaient comparé les durées et les fréquences des congés pour maladie dans les départements de neuropédiatrie et d'endocrinologie dans un hôpital pédiatrique. Ils avaient noté qu'au bout d'une année, 60 % du personnel du département de neuropédiatrie avait enregistré au moins un congé pour cause de maladie, comparativement à 34 % dans le département d'endocrinologie. Le nombre moyen de jours de congé pendant la même période était également plus élevé dans le département de neuropédiatrie.

Bourbonnais et ses collaborateurs (1992) ont aussi observé que les taux d'absence en raison de maladies certifiées étaient élevés parmi les infirmiers en service dans l'unité de psychiatrie, de chirurgie et des urgences, comparativement aux ceux qui travaillaient dans le service de médecine. D'autres études un peu plus récentes (Eriksen, Bruusgaard, & Knardahi, 2003) sont venues confirmer par l'analyse de régression multiple que le type d'occupation constitue un facteur prédictif significatif de l'absentéisme, expliquant environ 8% de la variance du nombre de jours de congé pour cause de maladie parmi les prestataires de soins de santé (Siu, 2002). Le fait de travailler dans un service de psychiatrie ou de pédiatrie plutôt que dans une maison de retraite, une garderie d'enfants, et une institution pour toxicomanes, est associé à un risque élevé d'absence pour cause de maladie certifiée chez les aides soignants (Eriksen, Bruusgaard, & Knardahi, 2003).

En effet, les difficultés psychologiques en relation avec le type de patient que le professionnel de santé rencontre constamment, représentent une source importante d'absentéisme lié à la morbidité (Estryn-Behar & Kaminski, 1985; Kivimäki et al., 2001; Leppänen & Olkinuora, 1987). Dans les services de psychiatrie en général, le personnel infirmier est quotidiennement exposé au désespoir, à la colère et à l'anxiété des patients (Eriksen et al, 2003). En même temps, beaucoup d'infirmières auxiliaires se sentent incompétentes à prendre en charge des problèmes de santé d'ordre psychiatrique. Ces deux arguments contribueraient à expliquer les taux d'absentéisme élevés dans cette unité de soins.

3.5.2 Le type d'emploi

De nombreuses études ont montré qu'il existait une association entre le type d'emploi effectué par le soignant et son taux d'absentéisme en milieu hospitalier. En effet, les médecins en général semblent s'absenter moins fréquemment et moins longtemps du milieu hospitalier que tous les autres personnels. Cette situation est tout à fait différente chez le personnel infirmier qui présente, selon les études, des taux d'absentéisme tantôt parmi les plus élevés, tantôt parmi les plus faibles. En général, ce groupe de professionnels enregistre des taux d'absentéisme qui sont souvent plus élevés que ceux des médecins. C'est le cas notamment en milieu hospitalier, selon les recherches qui seront maintenant présentées.

Des travaux récents, conduits par Isah et al. (2008) sur les employés d'un hôpital au Nigeria, rapportent que l'incidence d'absence pour cause de maladie est plus élevée parmi les agents domestiques (70,8%) et plus faibles parmi les médecins (46,9%) et les infirmiers (48%). Selon les mêmes auteurs, le type d'emploi explique plus de 5% de la variance du nombre de jours perdus pour cause d'absentéisme dû aux maladies.

Lim et al. (2002) comparent les taux d'absentéisme pour raison de maladie chez différents groupes professionnels dans un centre hospitalier universitaire en Thaïlande. Ils notent que les taux d'absence de courte durée (< 3 jours consécutifs) sont significativement plus faibles parmi les médecins et les infirmiers comparativement à d'autres groupes professionnels. Toutefois, ces taux sont environ 4 fois plus élevés

parmi le personnel infirmier que le personnel médical. Quant aux absences de longue durée (≥ 3 jours consécutifs), les taux restent encore plus faibles parmi les médecins, et plus élevés dans le groupe de travailleurs manuels et des autres prestataires de soins de santé. D'autres études menées dans les hôpitaux en Finlande (Kivimäki et al., 2001) et au Nigeria, (Bamgboye & Adeleye, 1992) exhibent encore les taux d'absentéisme les plus bas parmi les médecins.

Waldron (1996) indique que 87% des médecins continuent de travailler pour s'acquitter de leurs tâches même lorsqu'ils sont malades. Il est aussi généralement admis que les personnels les plus hauts placés dans la hiérarchie d'une organisation enregistrent peu d'absences. En effet, Lim et ses collaborateurs (2002) avaient trouvé dans un centre hospitalier universitaire en Thaïlande, que le niveau hiérarchique de l'employé était négativement corrélé à l'absentéisme de courte durée, et que cette variable expliquait pour une grande part la différence observée dans les taux d'absentéisme entre les différentes catégories professionnelles. Selon Lim et al. (2002), la précision dans l'enregistrement des absences dépend de facteurs tels que le degré de supervision, le niveau de demande d'emploi et l'obligation de signer son arrivée et son départ du lieu de travail. Or, ces facteurs varient selon le niveau hiérarchique du travailleur et pourraient expliquer un faible taux d'enregistrement des absences chez le personnel de haut rang. Ce faible taux d'enregistrement contribuerait à réduire les taux d'absentéisme aussi bien de courte durée que de longue durée au sein du corps médical (Pines, Skulkeo, Pollak, & Steif, 1985).

Un autre facteur est également évoqué pour expliquer cette différence dans les taux d'absentéisme entre les différents groupes professionnels: le niveau d'éducation du travailleur. Les études menées sur le personnel hospitalier (Al Sanie & Haxhe, 1987; Lim, Chongsuvivatwong, Geater, Chayaphum, & Thammasuwan, 2002) montrent une relation négative entre le niveau d'éducation et l'absentéisme. En effet, plus l'individu a un niveau d'éducation élevé, moins il s'absente de son milieu professionnel. Lim et al. (2002) ont trouvé que le niveau hiérarchique de l'employé, ainsi que le type d'emploi qu'il occupe sont intimement associés à son niveau d'éducation. Cette chaîne de relation pourrait expliquer les faibles taux d'absences pour cause de maladie observés parmi les employés les plus éduqués.

N'oublions cependant pas de mentionner un autre élément, dont l'importance semble ne pas être négligeable dans l'explication de la relation entre le type d'emploi et l'absentéisme du travailleur : c'est la satisfaction professionnelle. Le rapport entre la satisfaction professionnelle des individus et le type de travail qu'ils effectuent est largement connu. Selon de nombreux auteurs, il existe une très forte corrélation négative entre cette satisfaction et le taux d'absentéisme (Borda & Norman, 1997b; Hope, 1995; Larocque, 1996; Nyathi & Jooste, 2007, 2008).

Dans la littérature sur l'absentéisme du personnel hospitalier, on ne retrouve pas seulement le personnel de faible niveau hiérarchique ou le moins éduqué sur la liste des plus grands absentéistes. Une autre catégorie professionnelle, notamment celle du personnel infirmier, est également mise en cause dans certaines études. En 1993,

Bamgboye et ses collaborateurs entreprennent des recherches sur l'absentéisme du personnel à l'hôpital de King Khalid à Riyadh en Arabie Saoudite. Les conclusions de cette étude révèlent que le personnel infirmier enregistre les durées les plus élevées d'absence pour cause de maladie. Bien que ces auteurs indiquent que les infections de voies respiratoires constituent la principale affection responsable des absences dans cette catégorie professionnelle, d'autres études (Estryn-Behar & Kaminski, 1985; Smedley, Egger, Cooper, & Coggon, 1995; Vidick & Mariaux, 2008) affirment que les affections musculo-squelettiques, notamment les lombalgies, sont très fréquentes chez le personnel infirmier et comptent pour une grande part dans son absentéisme en milieu professionnel, surtout quand celui-ci est d'âge avancé. Selon Smedley et ses collaborateurs (1995), 10 % d'infirmières avaient dû arrêter le travail pendant plus de 4 semaines (en durée cumulée) en 18 mois de suivi, en raison d'une lombalgie. Le secteur de soins de santé dans lequel le travailleur effectue généralement un travail physiquement et émotionnellement difficile est reconnu comme un secteur à risque important de lombalgie. Les études de Smedley et al. (1995) et d'Eriksen et al. (2004) soulignent la relation qui existe entre les plaintes de lombalgie et une série de gestes de soins tels que lever un patient, le repositionner sur son lit et l'aider à la sortie du bain.

En somme, la relation entre le type d'emploi du personnel de soins de santé et l'absentéisme peut s'expliquer par le niveau hiérarchique de l'employé, son niveau d'éducation, son degré de satisfaction vis-à-vis de son travail, et les conditions dans lesquelles celui-ci travaille.

3.5.3 Le régime d'emploi

Le régime d'emploi c'est-à-dire le statut d'emploi du travailleur semble influencer son comportement en matière d'absentéisme. Les auteurs s'entendent pour dire que les fonctionnaires de l'État, qui sont employés sous le régime statutaire, s'absentent plus fréquemment et plus longtemps que les employés qui sont sous le régime privé ou de vacation.

Reis et ses collaborateurs (2003) analysent les facteurs qui sont associés à l'absentéisme en raison de maladie parmi le personnel infirmier. Les résultats de leurs travaux révèlent que la demande de congé de maladie est beaucoup plus élevée parmi les fonctionnaires de l'État, comparativement aux infirmiers qui sont sous le régime privé, avec un nombre moyen de congés respectifs évalué à 2,3 et 1,5 par travailleur et par année. En même temps, ces auteurs notent que la durée moyenne de congé est significativement plus élevée parmi les infirmiers qui sont sous le régime statutaire. Dans le même sens, Becker et Oliveira (2008) conduisent une étude sur l'absentéisme des professionnels de la santé, notamment du personnel infirmier dans un centre psychiatrique localisé au Brésil, et concluent à la fréquence élevée des absences parmi les prestataires de soins qui sont des fonctionnaires de l'État, comparativement à ceux qui sont des temporaires.

L'explication avancée par ces auteurs (Becker & Oliveira, 2008; Reis et al., 2003) est que les employés sous le régime statutaire dont les fonctionnaires de l'État, ont le privilège d'avoir un emploi plus sécurisé, donc relativement stable par rapport à leurs

collègues qui travaillent dans le secteur privé ou alors qui sont des temporaires. Ainsi, à cause de cette stabilité d'emploi, les employés sous régime statutaire peuvent se permettre de s'absenter souvent et même pendant une longue durée de leur milieu de travail sans toutefois être inquiété par un éventuel licenciement.

3.5.4 L'horaire de travail

Avant d'examiner la littérature sur l'horaire de travail en lien avec l'absentéisme, il importe tout d'abord de clarifier ce terme et de préciser les dimensions qui le composent. D'après Dion (1986), l'horaire de travail est la «*répartition des heures de travail à l'intérieur d'une période donnée: journée, semaine ou mois*». On distingue en général deux caractéristiques d'un horaire de travail. Tout d'abord, il y a la durée de l'horaire, c'est-à-dire le nombre d'heures travaillées à l'intérieur de la période donnée; ensuite, il y a le nombre et la disposition des quarts à l'intérieur de l'horaire.

Par définition, un quart de travail est «*une période de travail d'un ou de plusieurs employés dans les organisations dont l'activité productive est divisée en plusieurs espaces de temps successifs au cours des 24 heures d'une journée*» (Dion, 1986). Un horaire de travail peut donc être composé de plusieurs quarts de travail (Parkes, 2003).

On trouve dans la littérature, plusieurs types de quarts: le quart normal de jour, le quart normal de soir, le quart normal de nuit, le quart rotatif, le quart brisé et le quart irrégulier (Goodrich & Weaver, 1998). Le quart normal renvoie au moment où l'individu doit travailler. Quant au quart rotatif, il concerne la combinaison de deux, trois ou plusieurs

quarts de travail changeant à intervalle de temps régulier (Barton, 1994; Van Amelsvoort, Jansen, Swaen, Van Den Breandt, & Kant, 2004), par opposition au quart normal, dont l'horaire de travail est fixe. Le quart brisé (ou horaire brisé) est constitué de deux périodes distinctes ou plus de travail, au cours d'une même journée entrecoupées d'une période de temps libre qui n'est pas seulement une période de repas (Goodrich & Weaver, 1998; Shields, 2002).

Les recherches sur la durée de l'horaire de travail en lien avec l'absentéisme révèlent qu'il existe une association positive entre les deux variables. Curtis et ses collaborateurs (2008), démontrent une association positive entre le nombre d'heures travaillées par mois par un employé et l'absentéisme causé par la maladie et les accidents de travail. Travailler par quart veut dire ne pas avoir un horaire normal (c'est-à-dire fixe) de travail de jour (Shields, 2002). Le fait de travailler par quart a souvent été associé aux problèmes de santé tels que les troubles de sommeil, l'adoption ou l'aggravation d'un comportement nuisible pour la santé (consommation d'alcool, désordre alimentaire) et le stress en milieu de travail (Bourbonnais & Mondor, 2001; Fitzgibbons & Moch, 1980; Shields, 2002). Certains auteurs (Kleiven, Baggild, & Jeppesen, 1998) affirment qu'il n'existe pas de lien entre le travail par quart et l'absentéisme en raison de maladie certifiée. D'autres (Lim, Chongsuvivatwong, Geater, Chayaphum, & Thammasuwan, 2002; Nicholson, Jackson, & Howes, 1978) soutiennent que le fait de travailler par quart a un impact important sur l'absentéisme dû à la maladie. Dans une étude portant sur 250

ingénieurs de maintenance, Nicholson et al. (1978) démontrent que la fréquence des absences non certifiées est plus élevée chez les travailleurs par quart qui commencent le travail dans la matinée comparativement à ceux qui débutent dans l'après-midi. D'autres travaux (Isambert-Jamati, 1962) soutiennent que les niveaux d'absentéisme sont plus élevés parmi les femmes qui commencent le travail le matin, probablement dû aux travaux ménagers qui se font généralement dans la matinée.

Dans le même sens, Lim et al. (2002) rapportent à partir d'une étude menée dans un centre hospitalier que les taux d'absentéisme de courte durée sont plus élevés chez les personnes qui font le quart de travail normal de jour (de 8h30 à 16h30 du lundi au vendredi) que chez celles qui font le quart rotatif à intervalle régulier de 8 heures. Selon les mêmes auteurs, cette tendance est plutôt inversée lorsqu'il s'agit des absences de longue durée causées par la maladie, ce qui veut dire que les taux d'absentéisme de longue durée en raison de la maladie sont plus élevés parmi les travailleurs hospitaliers qui font le quart rotatif, comparativement à ceux qui ont un horaire normal de travail de jour. Toutefois, la fréquence des quarts de nuit n'a pas été démontrée comme un prédicateur significatif de l'absentéisme en raison de la maladie chez le personnel d'aide soignant (Eriksen, Bruusgaard, & Knardahi, 2003).

Lorsqu'on compare les taux d'absentéisme chez les travailleurs par quart rotatif de 12 heures à ceux des personnes qui travaillent par quart rotatif de 8 heures, il ne semble pas exister une différence significative entre les deux types de quart (Backer, Heiler, & Ferguson, 2001), malgré la réduction du stress et l'amélioration du bien-être physique et

psychosocial chez les personnes qui font le quart de 12 heures (Smith, Folkard, Tucker, & Macdonald, 1998).

3.5.5 Le temps supplémentaire

Une personne peut faire du temps supplémentaire pour compenser la perte de salaire occasionnée par les absences déjà encourues (Gowler, 1969) ou alors pour accroître ses gains financiers. Il semble exister une relation de cause à effet entre le temps supplémentaire et l'absentéisme en milieu de travail. Selon plusieurs auteurs (Backer, Heiler, & Ferguson, 2001; Knauth, 2007), l'accumulation des heures supplémentaires contribue à provoquer une augmentation du taux l'absentéisme au travail. L'explication la plus évidente est que les personnes qui travaillent pendant de longues heures ont tendance s'absenter pour se reposer. Une autre explication est que les heures supplémentaires sont responsables de certaines maladies et de certains accidents de travail qui occasionnent à leur tour l'absentéisme au travail. D'après Curtis et ses collaborateurs (2008), le fait d'effectuer des heures supplémentaires (plus de 40 heures de travail par semaine) multiplie par trois le risque d'absences causées par la maladie et les accidents de travail.

3.5.6 L'ancienneté

La relation entre l'absentéisme et le nombre d'années que l'employé a travaillé pour l'organisation a été étudiée par quelques auteurs. Certains trouvent qu'il n'existe aucun lien entre les variables; d'autres montrent un lien positif; mais la majorité des études

concluent à un lien négatif. Toutefois, les auteurs (Pines, Skulkeo, Pollak, & Steif, 1985; Pocock, 1973) s'entendent pour dire que les taux d'absentéisme sont faibles chez les nouveaux employés durant la première année de service. Cette assiduité au travail serait attribuable au fait que les nouveaux employés cherchent généralement à gagner la confiance de leur employeur ou alors à la politique de la compagnie qui impose souvent quelques mois de travail avant d'accorder le paiement des journées de maladie.

Certains auteurs soutiennent que les travailleurs qui accumulent un grand nombre d'années de service (supérieur à 10 années) s'absentent moins fréquemment que les autres (Gellatly, 1995; Pocock, 1973), mais qu'il n'existe pas de lien entre cette variable et la durée des absences (Pocock, 1973). Dans le même sens, d'autres auteurs confirment l'existence d'un lien inverse, surtout chez les hommes, entre l'ancienneté à l'emploi et la fréquence des absences (Nicholson, Brown, & Chadwick-Jones, 1977). Johns (1978), démontre une association négative entre la durée à l'emploi et deux indices de mesure de l'absentéisme: la fréquence des absences et le temps perdu; ainsi qu'une forte colinéarité entre cette variable et l'âge du travailleur. Fitzgibbons et Moch (1980) concluent que les employés qui ont travaillé pendant de longues années dans une organisation enregistrent peu d'absences excusées et non excusées, ainsi que peu d'absences pour cause de maladie. La relation négative entre les taux d'absentéisme et l'ancienneté serait attribuable aux responsabilités généralement grandes que les personnes qui ont travaillé

pendant plusieurs années occupent souvent dans l'organisation, ainsi qu'à la satisfaction que ces personnes éprouvent pour leur emploi (Klaric, 1982; Pocock, 1973).

Dans le domaine de soins de santé, il semble exister une corrélation plutôt positive entre l'ancienneté dans l'organisation et l'absentéisme. Par exemple, Pines et ses collaborateurs (1985) démontrent que la fréquence et la durée des absences augmentent significativement chez l'employé avec le nombre d'années de service à l'hôpital. Ils soutiennent également que 3% environ de la variance du nombre de jours perdus par année et par chacun des employés en raison de la maladie est attribuable à l'ancienneté.

Dans le même sens, Lim et al. (2002) trouvent des résultats similaires entre les taux d'absentéisme de courte durée en raison de la maladie et le nombre d'années de service chez les employés hospitaliers en Thaïlande, mais indiquent que l'ancienneté dans l'institution ne constitue pas un prédicateur significatif de l'absentéisme à court et à long terme pour cause de maladie. Becker et Oliveira (2008) montrent également que chez le personnel infirmier, ceux qui ont plusieurs années de service sont ceux qui accumulent le plus de jours d'absence en milieu de travail. L'augmentation des taux d'absentéisme pour cause de maladie avec l'ancienneté dans l'organisation serait attribuable aux effets de l'âge, notamment la survenue des maladies chroniques.

3.5.7 La taille de l'organisation

La taille de l'organisation est considérée par certains auteurs comme un facteur influençant l'absentéisme. À savoir, plus une firme a un nombre élevé de travailleurs,

plus le niveau d'absentéisme est considérable (Behrend, 1953; Klaric, 1982). Une enquête menée par Taunton, Perkins, et Oetker-Black (1995) auprès de 156 directeurs de soins infirmiers révèle que les taux d'absentéisme sont plus élevés dans les hôpitaux urbains de plus de 100 lits. L'explication la plus probable de ce lien semble provenir du type de relation existant entre la direction et le travailleur dans les organisations de grandes dimensions, notamment une insuffisance de communication (Klaric, 1982) et des difficultés de contrôle. Bien que l'association entre le niveau d'absentéisme et la taille de l'entreprise soit positive, un indicateur économique, non moins important, mérite toutefois d'être pris en considération dans l'explication de cette relation : il s'agit du taux de chômage local. Markham et McKee (1991) ont montré que l'association positive entre ces deux variables est modérée par le taux de chômage local. D'après ces auteurs, le taux d'absentéisme est exacerbé lorsque le taux de chômage local est bas, et réduit lorsque le taux de chômage local est élevé, ceci étant dû probablement à la peur pour le travailleur de perdre son emploi (Steers & Rhodes, 1978). Ainsi, dans un contexte où le taux de chômage local est important, une entreprise de petite dimension enregistrera moins d'absences que si le taux de chômage est bas. Il en est de même pour les firmes de grandes dimensions.

3.5.8 Le salaire

Le salaire semble avoir un lien avec l'absentéisme au travail. Dans la littérature, certaines études soutiennent qu'un bon salaire favorise la régularité du travailleur, ou, au contraire, qu'une faible rémunération est liée directement à un fort absentéisme.

Dellve, Eriksson, et Vilhelmsson (2007) ont montré, à partir de travaux menés pendant trois années sur 3804 travailleurs dans différentes organisations d'une ville située en Suède, que la présence au travail était associée à un revenu élevé. Klaric (1982) apporte une clarification à cette affirmation en précisant qu'elle n'est exacte que dans des conditions où de hauts salaires sont associés à de hautes qualifications, et partant, à de plus grandes responsabilités. D'autres travaux présentent plutôt un lien négatif entre ces deux variables. C'est le cas notamment de ceux conduits dans la communauté canadienne par Munce, Stansfeld, Blackmore, et Stewart (2007), qui révèlent que les personnes qui ont un revenu élevé présentent presque deux fois plus de risque de s'absenter de leur travail, que ceux dont le revenu est faible. Le revenu élevé représente, selon cette même étude, un prédicateur important de l'absentéisme en milieu de travail. Ces auteurs suggèrent que les personnes qui ont plus d'éducation et des emplois mieux rémunérés, ont plus de latitude décisionnelle, donc des horaires flexibles de travail; ce qui explique ce comportement d'absence. Dans ce cas, il peut être difficile de déterminer si ces travailleurs sont effectivement absents du travail ou s'ils accomplissent leur travail en dehors du lieu de travail à des heures habituelles de bureau, ce qui laisserait croire qu'ils sont absents.

Dans les milieux de soins de santé, quelques études ont examiné la relation entre le niveau de salaire et l'absentéisme au travail du personnel. Ceria (1992) a testé chez 163 travailleurs en soins infirmiers, le modèle causal de l'absentéisme de Brooke (1986), qui

considère le salaire comme l'une des causes probables de l'absentéisme au travail. Les résultats de cette étude confirment qu'un salaire élevé a un effet négatif sur l'absentéisme chez le personnel infirmier. Une autre recherche (Isah, Omorogbe, Orji, & Oyovwe, 2008) menée en Afrique de l'ouest (Nigeria) sur 467 employés d'un centre hospitalier, montre par contre qu'il n'existe pas de lien significatif entre l'absentéisme et la satisfaction du personnel à l'égard de sa rémunération.

En outre, même si le salaire a un effet sur l'absentéisme au travail, dans le même contexte, l'inéquité de la paie serait un facteur d'importance. Gowler (1969) stipule que l'absentéisme sera influencé par l'inéquité de la paie au moment où l'individu compare son salaire à celui de ses collaborateurs de travail. Dans le même sens, Patchen (1960) a constaté que les travailleurs qui se percevaient comme inéquitablement payés optaient davantage pour un comportement d'absence que ceux qui se percevaient suffisamment payés. Le niveau de salaire perçu semble donc être une des préoccupations des travailleurs. Ce niveau est fonction des connaissances que celui peut avoir de ce qui se passe ailleurs dans des conditions semblables de qualifications. La satisfaction que le travailleur éprouve sera variable selon qu'il a le sentiment d'être bien ou mal payé, ce qui déterminera son assiduité au travail. S'il a le sentiment d'être mal ou insuffisamment payé comparativement aux autres, il pourra avoir tendance à s'absenter fréquemment du travail pour chercher des compensations ailleurs (Klaric, 1982). La satisfaction du travailleur pour son salaire peut également dépendre des objectifs visés par ce dernier.

Selon Behrend (1953), les travailleurs se fixent comme objectif un certain niveau de vie et s'estiment satisfaits dès que leur revenu leur permet de l'obtenir.

3.6 Résumé de la revue de littérature

D'après la littérature, l'absentéisme en milieu de travail est un phénomène complexe, qui peut être mesuré par l'intermédiaire de plusieurs indices. Deux indices restent cependant privilégiés par les chercheurs, la fréquence et la durée des absences. Les absences de courte durée traduisent généralement un problème de climat social, alors que celles de longue durée orientent vers les pathologies graves, mais peuvent également être le résultat d'un phénomène culturel. Il est possible d'estimer les coûts directs et certains coûts indirects associés à l'absentéisme du travailleur. L'évaluation des coûts indirects au niveau de l'organisation se limite le plus souvent à l'estimation des coûts liés à la perte de productivité qui découle de ce phénomène.

Les facteurs personnels susceptibles d'influencer l'absentéisme sont: l'âge, le sexe, le statut marital, la responsabilité familiale et le niveau d'éducation. Quant aux facteurs occupationnels, ils sont constitués par le type d'occupation, le type d'emploi, le régime d'emploi, l'horaire de travail, le temps supplémentaire, l'ancienneté dans l'organisation, le salaire, et la taille de l'organisation. Ces facteurs personnels et occupationnels agissent soit directement sur l'absentéisme, soit indirectement par l'intermédiaire d'autres facteurs tels que la satisfaction, l'engagement, l'état de santé, l'état psychologique, la sécurité d'emploi, l'inéquité de la paie, le niveau hiérarchique, le

degré de supervision et de communication entre la direction et les différentes unités de l'organisation.

Dans la littérature, les auteurs tentent d'établir des corrélations entre les facteurs personnels et occupationnels de manière à pouvoir déterminer les types de travailleurs qualifiés d'absentéistes. Cependant, les résultats souvent controversés des études créent des ambiguïtés qui compliquent l'établissement de relations exactes entre l'absentéisme et la majorité des variables. Ceci permet de se rendre compte que les gens vivent des expériences de travail distinctes en fonction des différents contextes (Gallois, 2005). Dès lors, on ne saurait généraliser les conclusions d'une étude sur l'absentéisme au travail, sans égard au contexte organisationnel et même environnemental.

Au Cameroun, l'absentéisme semble prendre de plus en plus d'ampleur parmi le personnel soignant des hôpitaux publics (Isah, Omorogbe, Orji, & Oyovwe, 2008; Ministre, 2005). Ce phénomène représente à l'heure actuelle l'une des causes importantes de dégradation de la qualité des soins dans ces institutions sanitaires. Le facteur souvent cité pour expliquer ce phénomène est le faible niveau de rémunération chez le personnel de la santé (Israr, Razum, Ndiforchu, & Martiny, 2000). Dans les écrits scientifiques, la plupart des facteurs liés à la satisfaction au travail servent aussi à prédire l'absentéisme (Larocque, 1996; Siu, 2002). Une étude menée au Cameroun (Ndiwane, 2000) démontre les effets significativement positifs des facteurs organisationnels (support de la communauté, des collègues de travail et de la hiérarchie)

sur la satisfaction au travail du personnel infirmier, et, par conséquent, sur l'assiduité au travail. Les autres facteurs susceptibles d'influencer le comportement d'absence parmi les professionnels de la santé restent mal connus; il en est de même pour le niveau d'absentéisme et les coûts qui y sont associés. Pour combler ces lacunes, la présente étude a pour but est de documenter le niveau d'absentéisme, les coûts y afférents, ainsi que les facteurs personnels et occupationnels qui expliquent ce phénomène parmi les prestataires de soins de santé dans la fonction publique hospitalière au Cameroun.

Chapitre 4 : Modèle théorique et hypothèse de la recherche

La recension de la littérature a mis en lumière les différentes façons de mesurer l'absentéisme en milieu de travail et d'estimer les coûts associés à ce phénomène. Elle a également permis d'identifier les facteurs personnels et occupationnels susceptibles d'influencer par différents mécanismes le comportement d'absence chez le travailleur. Le présent chapitre présente la conceptualisation pour chacun de ces facteurs, le modèle théorique retenu, ainsi que l'hypothèse de cette recherche.

4.1 Conceptualisation de l'absentéisme au travail

4.1.1 Les facteurs personnels

La littérature indique que les facteurs personnels susceptibles d'influencer l'absentéisme en milieu de travail sont : l'âge, le sexe, le statut civil, les responsabilités familiales, et le niveau d'éducation. L'influence de ces différents facteurs sur l'absentéisme démontre une grande complexité : premièrement, la majorité de ces facteurs sont reliés à l'absentéisme par l'intermédiaire de plusieurs autres facteurs; ensuite, l'effet de ces facteurs sur l'absentéisme diffère selon les niveaux d'autres variables. Ainsi, l'âge est étroitement relié à l'ancienneté au sein de l'organisation, à l'engagement au travail, au degré de responsabilités au travail et même à l'état de santé du travailleur; cependant l'effet de cette variable sur l'absentéisme diffère selon le sexe de l'employé et le type d'emploi effectué par ce dernier. L'on ne saurait interpréter la relation entre le sexe et

l'absentéisme sans prendre en compte le niveau de responsabilités familiales, l'état de santé, l'état physiologique, ainsi que le type de travail effectué par l'employé. L'influence du statut civil sur l'absentéisme en milieu de travail est attribuable aux responsabilités familiales et aux obligations financières, mais elle varie selon le sexe du travailleur. L'éducation reste associée au salaire et au niveau occupationnel du travailleur.

4.1.2 Les facteurs occupationnels

Les principaux facteurs liés au travail susceptibles d'influer sur le comportement d'absence sont constitués par le type d'occupation, le type d'emploi, le régime d'emploi, l'horaire de travail, le temps supplémentaire, l'ancienneté dans l'organisation, la taille de l'organisation, et le salaire.

Le type d'occupation est fortement relié aux difficultés psychologiques que rencontrent les prestataires de soins de santé dans certaines unités de soins. L'effet du type d'emploi sur l'absentéisme est médiatisé par la satisfaction au travail, le niveau hiérarchique, le niveau d'éducation et la santé physique du travailleur, elle-même dépendante des conditions de travail. Pour examiner la relation entre l'absentéisme et le régime d'emploi, il serait important de considérer la sécurité qu'offre cet emploi. L'horaire de travail a des liens avec la santé physique, la santé mentale, et certaines habitudes de vie telles que la consommation d'alcool. Le fait d'effectuer des heures supplémentaires de travail entraîne la fatigue, elle-même à l'origine de l'absentéisme au travail. L'ancienneté au sein d'une organisation est corrélée à l'engagement et la satisfaction au travail, au degré de responsabilités au travail, à l'âge et même à l'état de santé du

travailleur. L'effet de la taille de l'organisation sur les taux d'absentéisme en milieu de travail est attribuable au degré de communication et de contrôle de la part de l'administration; cependant, il diffère selon le taux de chômage local. Enfin, le salaire à lui seul est largement tributaire du niveau d'éducation et du niveau de responsabilités au travail. De plus, on ne saurait interpréter le lien entre l'absentéisme et le salaire sans prendre en considération certains facteurs intrinsèques de l'emploi tels que la satisfaction de l'employé pour son salaire et l'inégalité de la paie dans un contexte de travail semblable.

L'absentéisme au travail est donc un phénomène complexe, qui apparaît déterminé par une conjonction de plusieurs facteurs qui entrent en interaction entre eux, et qui l'influencent à des degrés divers.

4.2 Modèle théorique et hypothèses de recherche

Basé sur la littérature, le modèle théorique proposé aux fins de la présente étude pour tenter d'expliquer le phénomène d'absentéisme dans la fonction publique hospitalière au Cameroun et estimer les coûts y afférents est représenté à la figure 1. C'est un modèle qui comporte 30 facteurs pouvant influencer le comportement d'absence en milieu de travail. Dans ce modèle, on retrouve d'abord les variables dépendantes (VD), représentées par l'absentéisme et les coûts pour les organisations. Ensuite, on trouve les variables indépendantes (VI), composées par les facteurs personnels (sociodémographiques) et occupationnels. Les facteurs personnels comprennent l'âge du participant, le sexe, le statut civil, les responsabilités familiales et le niveau d'éducation. Quant aux facteurs occupationnels, ils sont composés des variables suivantes : le type

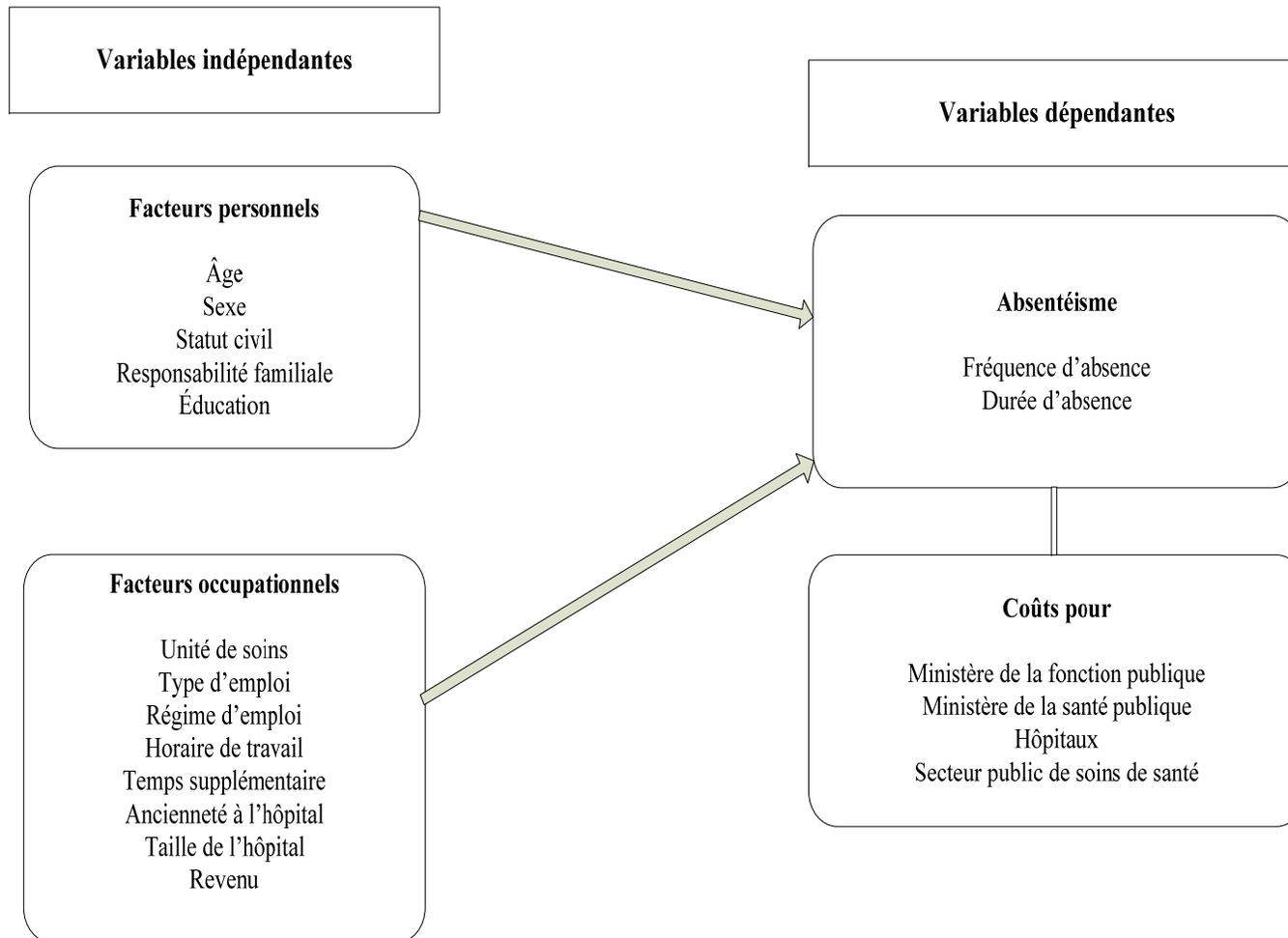
d'occupation, le type d'emploi, le régime d'emploi, l'horaire de travail, le temps supplémentaire, l'ancienneté à l'hôpital, la taille de l'hôpital et la rémunération. Le modèle théorique comprend également les variables indépendantes médiatrices (VIM) reliées à l'organisation, aux individus (voir figure 1), les facteurs intrinsèques (satisfaction, engagement) et les variables indépendantes modératrices (chômage local, âge des enfants, services sociaux). Pour ce mémoire, nous avons sélectionné les variables qui sont le plus souvent citées par les auteurs, et pour lesquelles il était possible d'obtenir l'information auprès des institutions de soins de santé, dans le cadre des objectifs poursuivis par la présente recherche, tout en respectant certaines considérations d'ordre éthique, notamment l'anonymat des participants. Une attention particulière a été portée au chevauchement de contenu entre les variables indépendantes. C'est ainsi que le niveau hiérarchique de l'employé, qui comporte un risque de chevauchement avec le type d'emploi, a été exclu du modèle d'analyse. Compte tenu de ces exclusions, la figure 2 présente le modèle opérationnel comprenant les variables retenues pour l'étude. Comme on a pu se rendre compte dans la revue de la littérature, certains facteurs du modèle opérationnel présentent entre eux le phénomène de colinéarité (ex: ancienneté dans l'organisation et âge). On entend par colinéarité, l'existence d'une corrélation forte entre deux variables indépendantes (Fox, 1999). Ce phénomène est souvent à l'origine des perturbations dans la précision de l'estimation des paramètres en régression multiple. Dans le cadre de la présente étude, les analyses de corrélation permettront de vérifier l'existence du phénomène de colinéarité entre les variables indépendantes, afin de juger lesquelles d'entre elles devront être retenues dans l'analyse de régression multiple.

Le modèle opérationnel comprend en plus de l'absentéisme et du coût, 13 variables indépendantes. Nous faisons l'hypothèse que toutes les 13 variables indépendantes influencent, mais à des degrés variables, l'absentéisme (première variable dépendante) chez le prestataire de soins de santé des hôpitaux publics du Cameroun. De plus, cet absentéisme (en tant que variable indépendante) entraîne un coût (deuxième variable dépendante) pour les employeurs (Ministère de la fonction publique, Ministère de la santé, et hôpitaux) qu'il est possible de mesurer.

Comme annoncé au début du texte, la présente étude poursuit les objectifs suivants :

1. mesurer le niveau d'absentéisme parmi le personnel prestataire de soins de santé dans la fonction publique hospitalière au Cameroun;
2. déterminer l'influence des caractéristiques personnelles et des facteurs occupationnels sur le comportement d'absence de ce personnel;
3. évaluer les répercussions économiques de l'absentéisme en termes de coûts associés à la perte de productivité au niveau de l'employeur.

Figure 2. Modèle opérationnel



Chapitre 5 : Méthodologie

Ce chapitre décrit la méthodologie utilisée pour la présente étude. Il s'articule autour des sept points suivants: le cadre de l'étude, la population cible, l'échantillonnage, les variables étudiées, la collecte de données, les considérations éthiques et l'analyse de données.

5.1 Cadre de l'étude

La présente recherche s'est déroulée dans 15 hôpitaux publics répartis dans six régions du Cameroun. Ces hôpitaux sont :

l'Hôpital Laquintinie de Douala et l'Hôpital de District de Nylon dans la région du Littoral;

l'Hôpital de District de la Cité Verte et l'Hôpital de District d'Ombessa dans la région du Centre;

l'Hôpital Régional de Buea, l'Hôpital de District de Limbe et l'Hôpital de District de Tiko dans la région du Sud-ouest;

l'Hôpital Régional d'Ebolawa et l'Hôpital de District de Ngoulemakong dans la région du Sud;

l'Hôpital Régional de Bamenda, l'Hôpital de District de Nkwen et l'Hôpital de District de Mbengwi dans la Région du Nord-ouest;

et enfin l'Hôpital Régional de Bafoussam, l'hôpital de district de la Mifi (HD de Famla) et l'Hôpital de District de Tonga dans la région de l'Ouest.

Les hôpitaux publics au Cameroun sont sous la tutelle du Ministère de la santé publique. A la tête de chacune de ces institutions, se trouve un directeur qui, en plus de son rôle de gestionnaire, pratique généralement la profession médicale dans la formation sanitaire qu'il dirige. Ces hôpitaux offrent aux populations, des services qui vont des soins de santé primaire (pour les hôpitaux de district) aux services spécialisés (pour les hôpitaux régionaux). Ils fonctionnent 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Les employés y travaillent selon un programme établi mensuellement et approuvé par la direction de l'hôpital. D'après les normes établies par le code de travail, la durée de travail pour un employé à temps plein ne peut dépasser 40 heures par semaine dans les établissements publics. Cependant, cette norme n'est que très peu respectée dans les établissements publics de soins de santé au Cameroun où bon nombre de prestataires de soins de santé sont programmés pour une durée de travail allant au-delà de 160 heures par mois.

La politique des formations sanitaires publiques à l'égard des absences est la suivante :

- a) tout travailleur à temps plein a droit à un congé administratif à la charge de l'employeur, d'une durée d'un mois de service effectif par année, soit l'équivalent de 30 jours;
- b) toute femme enceinte a droit à un congé de maternité de quatorze semaines qui commence quatre semaines avant la date présumée pour l'accouchement;

- c) dans la limite de dix jours ouvrables par an, des congés exceptionnels d'absences payées, non déductibles du congé annuel, sont accordés aux travailleurs, à l'occasion d'événements familiaux touchant leur propre foyer (décès, mariages).

5.2 Population cible

Cette recherche portait sur les prestataires de soins de santé, notamment les médecins, les infirmiers, et les aides-soignants, qui travaillaient dans les formations sanitaires publiques (hôpitaux) du Cameroun pendant la période allant du 1^{er} au 31 Octobre 2008. Étaient inclus dans cette étude les prestataires de soins qui travaillaient dans les services d'accueil et des urgences, de médecine interne, de pédiatrie, de chirurgie générale, de gynécologie et d'obstétrique.

Les seules restrictions imposées étaient de travailler habituellement à temps plein (minimum de 35 heures par semaine) et d'avoir une rémunération mensuelle régulière depuis au moins trois mois. De même, les personnes occupant des postes de niveau hiérarchique supérieur, à l'instar des directeurs d'hôpitaux, qui étaient pour la plupart des médecins, ont été exclus de cette étude; ceci est dû au fait qu'ils ne sont pas généralement soumis à un contrôle formel des absences. Les personnes affectées dans d'autres établissements de soins de santé pendant la période sur laquelle s'étendait la collecte de données, ainsi que celles ayant moins de trois mois d'ancienneté à l'emploi de l'hôpital, ont également été exclues de l'étude. C'est le cas aussi pour les personnes

qui étaient en congé annuel, en congé de maternité, en congé pour cause de maladie ou alors parties pour des études.

5.3 Échantillonnage

La technique d'échantillonnage stratifié a été utilisée pour choisir les hôpitaux. L'échantillon stratifié est un échantillon de type probabiliste, c'est-à-dire basé sur les lois du hasard (Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Boyle, 2005). Ce type d'échantillon permet l'utilisation de l'outil très puissant qu'est l'inférence statistique, qui donne lieu à la généralisation des résultats à la population cible. La stratification a été utilisée dans le but d'assurer la représentativité adéquate des différentes régions du Cameroun, des différentes catégories d'hôpitaux et des différentes catégories de professionnels de soins de santé dans l'échantillon final.

La sélection des participants s'était déroulée de la manière suivante. Étant donné que le Cameroun compte au total dix régions et que chaque région est dotée d'un hôpital provincial (encore appelé hôpital régional), il était souhaitable de sélectionner d'abord tous les dix hôpitaux régionaux du pays, et ce, à cause de leurs grands effectifs en ressources humaines. Cependant, en raison des problèmes d'insécurité et des difficultés d'accès, quatre régions, dont celles de l'Est, de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême Nord ont été exclues. Ceci a conduit à retenir seulement six hôpitaux régionaux, c'est-à-

dire ceux des provinces du Sud, du Centre, du Littoral, du Sud-ouest, de l'Ouest et du Nord-ouest.

Deux hôpitaux de district ont ensuite été sélectionnés dans chaque région. Cette sélection s'était déroulée de la manière suivante: à l'intérieur de chaque province, les hôpitaux de district ont été séparés en deux groupes selon qu'ils étaient localisés dans les chefs-lieux de région ou les chefs-lieux de département. Dans chaque groupe, un hôpital de district a été sélectionné au hasard.

Dix-huit hôpitaux au total, à raison d'un hôpital régional et de deux hôpitaux de district dans chacune des six régions ont ainsi été sélectionnés pour participer à l'étude. Cependant, pour des raisons inconnues, le Ministère de la santé publique a autorisé la recherche dans 17 hôpitaux seulement. Le tableau I présente les 17 hôpitaux, leur répartition par région, ainsi que le nombre de médecins, d'infirmiers et d'aides soignants qui y travaillaient (dans les unités de soins retenues pour cette étude), au moment de la cueillette des informations (octobre 2008).

Tableau I. Répartition des médecins, des infirmiers et aides-soignants à travers les régions et les hôpitaux du Cameroun entre le 1^{er} et le 31 Octobre 2008

Régions	Hôpitaux	Médec ins	Infir- miers	Aides soignants	Total
Littoral	Hôpital Laquintinie de Douala	82	259	53	394
	Hôpital de District de Nylon	9	44	23	76
	Hôpital de District de Loum	1	18	6	25
Centre	Hôpital Central de Yaoundé*				
	Hôpital de District de la Cité Verte	8	17	22	47
	Hôpital de District d'Ombessa	1	1	11	13
Sud-ouest	Hôpital Régional de Buea	11	60	22	93
	Hôpital de District de Limbe	1	6	23	30
Sud	Hôpital de District de Tiko	2	11	8	21
	Hôpital Régional d'Ebolowa	14	45	48	107
	Hôpital de District de Ngoulemakong	0	4	2	6
Nord-ouest	Hôpital Régional de Bamenda	16	71	24	111
	Hôpital de District de Nkwen	1	19	8	28
	Hôpital de District de Mbengui	1	18	6	25
Ouest	Hôpital Régional de Bafoussam	17	55	90	162
	Hôpital de District de la Mifi	1	20	19	40
	Hôpital de District de Tonga	1	1	8	10
Total	17	166	649	373	1188

*autorisation du directeur d'hôpital non obtenue

(Source : rapports d'activités des hôpitaux)

L'Hôpital Central de Yaoundé, qui était initialement sélectionné pour participer à la présente étude a finalement été exclu; ceci dû au manque d'effet retour des formalités usuelles d'introduction de la chercheuse au près du responsable de cette formation sanitaire.

Cet hôpital n'a cependant pas été remplacé parce que c'était le seul hôpital régional et, pour maintenir la logique du choix des hôpitaux, il ne pouvait pas être remplacé par un hôpital de district. L'ensemble des hôpitaux sélectionnés, en dehors de l'Hôpital Central de Yaoundé, employaient 1188 prestataires de soins de santé, soit 166 médecins, 649 infirmiers et 373 aides soignants pendant la période de la cueillette des informations (octobre 2008). La participation effective de tous ces hôpitaux devait permettre d'obtenir un échantillon de taille considérable, afin de rendre utilisable la stratégie de recherche synthétique comparative choisie pour la présente étude, et lui donner une forte puissance explicative.

D'après Tabachnick et Fidell (2007), le nombre de cas nécessaires pour tester les prédicteurs d'une variable dépendante doit être supérieur ou égal à $104 + m$; et le nombre de cas requis pour tester une corrélation multiple doit être supérieur ou égal à $50 + 8m$ (m étant le nombre de variables indépendantes). Si l'on s'intéresse aux deux tests, ces auteurs recommandent de calculer les tailles de l'échantillon selon les deux formules, et de choisir le plus grand nombre de cas. Basé sur ces formules et sur cette recommandation, la taille de l'échantillon nécessaire pour tester les 13 prédicteurs de

l'absentéisme et les corrélations multiples dans la présente étude doit être supérieure ou égale à 154 participants [$50 + (8 \times 13)$].

5.4 Variables étudiées

Les variables étudiées comprenaient deux variables dépendantes et 13 variables indépendantes.

5.4.1 Variables dépendantes

La première variable dépendante étudiée était l'absentéisme. Celle-ci a été définie comme toute absence de l'hôpital, au moment où l'employé était programmé pour y travailler. Étaient considérées comme absences, les catégories suivantes : les absences pour cause de maladie et d'accident de travail non justifiées ; les retards de plus de dix minutes; les départs de plus de dix minutes de l'hôpital avant l'heure prévue pour la fin du travail ; les absences en raison des deuils, des funérailles ou du mariage d'un membre de la famille ou d'une connaissance ; les absences pour enfant, conjoint, parent ou membre de la famille malade; les absences pour affaire ou problème personnel (suivi ou signature de dossier) et toute autre absence non autorisée. Une marge de dix minutes était accordée à l'arrivée au travail et au départ du travail, pour tenir compte des erreurs éventuelles, qui pouvaient émaner de l'instrument de mesure (la montre) ou de l'observateur lors de la lecture de l'heure. Les départs pour les réunions ou les missions dans le cadre du travail, ainsi que les absences autorisées par l'administration, n'étaient pas considérés comme des absences.

L'absentéisme a été mesuré à l'aide de deux indicateurs: la fréquence des absences et le temps perdu en raison des absences (c.-à-d. la durée des absences). Ces deux indices sont considérés comme les plus fiables et les plus utilisés par les chercheurs (Chadwick-Jones et al., 1982). La fréquence des absences a été définie comme le nombre d'épisode d'absences, sans égard à la durée, notés pour un employé pendant la période allant du 1^{er} au 31 octobre 2008. La durée des absences était le nombre total d'heures d'absence encourues par l'employé pendant la même période. En ce qui a trait aux absences, cette étude concernait essentiellement les absences de courte durée c'est-à-dire celles de trois jours consécutifs et moins, qui sont considérées comme volontaires (Chadwick-Jones et al., 1982).

Pour répondre au premier objectif de cette étude, le taux d'absentéisme a été calculé pour chacun des participants. La formule exploitée a été celle recommandée par Gallois (2005), qui est l'une des formules les utilisées dans les hôpitaux (Taunton, Perkins, & Oetker-Black, 1995). Ce taux est basé sur le nombre total d'heures d'absences et le nombre total d'heures prévues pour le travail, et se calcule de la manière suivante :

Taux d'absentéisme = (Heures d'absence du 1^{er} au 31 octobre 2008 / Heures de travail programmées pendant la même période) x 100.

La deuxième variable dépendante étudiée était le coût de l'absentéisme. Le coût de l'absentéisme a été défini comme la valeur monétaire (en franc CFA) des heures perdues par les employés à cause de l'absentéisme au travail. Celui-ci a été estimé sur la base de

la rémunération, c'est-à-dire des salaires, des indemnités (voir Annexes 1 et 2) et des primes (voir Annexes 3 et 4) payés aux employés en octobre 2008. Le coût occasionné par l'absence d'un employé a été mesuré comme le produit de sa rémunération moyenne horaire par le nombre total de ses heures d'absence entre 1^{er} et le 31 octobre 2008. La rémunération horaire moyenne a été calculée en divisant la rémunération mensuelle de l'employé par le nombre d'heures de travail prévues. Les quotes-parts, correspondant à une rémunération additionnelle de performance, n'ont pas été prises en compte dans la rémunération mensuelle de l'employé qui servait de base de calcul au coût de l'absentéisme, puisque la méthode de calcul du montant des quotes-parts allouées aux employés prenait déjà en compte leur assiduité au travail.

5.4.2 Variables indépendantes

Les variables indépendantes dont le lien avec l'absentéisme a été examiné étaient : l'âge, le sexe, le statut civil, la responsabilité familiale, le niveau d'éducation, l'unité de soins, le type d'emploi, le régime d'emploi, l'horaire de travail, le temps supplémentaire, l'ancienneté, la taille de l'hôpital et le revenu.

- L'âge était défini comme la différence entre l'année de naissance et l'année de la collecte des données (2008).
- Le sexe faisait référence au genre masculin ou féminin.
- Le statut civil comprenait cinq catégories de personnes. Il s'agissait des mariées, des célibataires, des séparées, des divorcées et des veuves. Était considérée

comme mariée toute personne unie à son conjoint par le lien de mariage (état civil ou mariage coutumier). Le célibataire référerait à toute personne qui n'était pas mariée. Le divorcé était une personne qui avait rompu légalement le lien de mariage avec son conjoint. Le séparé était une personne chez qui était intervenu un jugement de séparation de corps avec le conjoint. Le veuf (ou la veuve) était une personne dont le mari (ou la femme) était décédé(e).

- La responsabilité familiale était mesurée par le nombre d'enfants de moins de 21 ans qui étaient à la charge de l'employé ; 21 ans est l'âge de la majorité civile au Cameroun.
- L'éducation était mesurée par le plus haut niveau d'études complétées ou non et comprenait quatre niveaux: le primaire, le secondaire 1^{er} cycle, le secondaire 2^e cycle et l'universitaire. Le niveau du primaire allait de la première à la 6^{ème} année d'études. Le niveau du secondaire 1^{er} cycle allait de la 7^{ème} année à la dixième année d'études. Le niveau du secondaire 2^e cycle allait de la 11^{ème} à la 13^{ème} année d'études. Le niveau universitaire enfin commençait à partir de la 14^{ème} année d'études, donc le début des études universitaires.
- L'unité de soins référerait au service dans lequel travaillait le prestataire de soins. Les principales unités de soins étaient le service d'accueil et des urgences, le service de médecine générale, le service de chirurgie, le service de pédiatrie et le service de gynécologie-obstétrique.

- Le type d'emploi faisait référence au titre de médecin, d'infirmier, ou d'aide-soignant.
- Le régime d'emploi référait au statut d'emploi de l'employé et comportait cinq catégories d'employés : les fonctionnaires, les contractuels d'administration, les personnels PPTE⁵, les temporaires, et les communautaires.
- L'horaire de travail comprenait deux dimensions: la durée de l'horaire et le type d'horaire de travail. La durée de l'horaire était le nombre d'heures de travail prévues pour l'employé en octobre 2008. Le type d'horaire faisait référence aux plages horaires de travail (fixes ou rotatives) prévues pendant le mois d'octobre 2008.
- Le temps supplémentaire était le nombre d'heures travaillées par l'employé, en dehors des heures prévues pendant la période allant du 1^{er} au 31 octobre 2008.
- L'ancienneté était le nombre d'années entières écoulées entre la date de la première prise de service à l'hôpital et le début de la période d'observation des absences (1^{er} octobre 2008).
- La taille de l'hôpital correspondait au nombre total de lits d'hospitalisation disponibles dans les différents services de l'hôpital.

⁵ Voir l'explication à la page 14

- Enfin, le revenu correspondait à la rémunération moyenne mensuelle de l'employé en francs CFA⁶. Celui-ci représentait la somme du salaire de base, de l'indemnité de logement (Voir Annexes 1 et 2), des primes de technicité, d'astreinte et de santé publique (voir Annexes 3 et 4), et des quotes-parts (c.-à-d. la rémunération additionnelle de performance octroyée par les hôpitaux) moyennes mensuelles de l'employé. La quote-part moyenne mensuelle était calculée sur la base du montant moyen des quotes-parts perçues par l'employé en août, septembre et octobre 2008.

Les variables qui ont été soumises aux analyses sont présentées de façon opérationnelle au tableau II.

⁶ Un dollar canadien = 408 FCFA

Tableau II. Opérationnalisation des variables à l'étude

Variables	Opérationnalisation
Fréquence des absences (absentéisme)	Nombre d'épisodes d'absences en octobre 2008
Durée des absences (absentéisme)	Nombre d'heures d'absences enregistrées en octobre 2008
Coût de l'absentéisme	Nombre d'heures d'absence x rémunération horaire moyenne de l'employé
Age*	Age des participants en année = différence entre l'année 2008 et l'année de naissance
Sexe	0 = Homme 1 = Femme
Statut civil*	1= Célibataire 2= Divorcé (e) 3=Séparé (e) 4= Veuf (ve) 5= Marié (e) Variables réduite à deux catégories 0 = Célibataire 1 = Marié ou ex- marié (marié, divorcé, séparé, veuf)

Tableau II. Opérationnalisation des variables à l'étude (suite)

Variables	Opérationnalisation
Responsabilité familiale	Nombre d'enfants de moins de 21 ans à la charge de l'employé
Niveau d'éducation	1 = primaire 2 = secondaire 1 ^e cycle 3 = secondaire 2 ^e cycle 4 = universitaire
Unité de soins	1 = Pédiatrie 2 = Médecine 3 = Chirurgie 4 = Gynécologie et obstétrique 5 = Accueil et urgences
Régime d'emploi*	1= Personnel communautaire 2=Contractuel d'administration 3=Personnel PPTE 4=Personnel fonctionnaire 5=Personnel temporaire

Tableau II. Opérationnalisation des variables à l'étude (suite)

Variables	Opérationnalisation
Régime d'emploi*	Variable réduite à 3 catégories 1=Personnel temporaire et communautaire 2=Personnel PPTE 3= Personnel de l'État (fonctionnaire et contractuel d'administration)
Type d'emploi*	1=Aide soignant 2=Infirmier 3=Médecin Variable réduite à deux catégories 0 = Paramédicaux (aides soignants, infirmiers) 1= Médecins
Horaire de travail	
Durée de l'horaire	Nombre d'heures de travail prévues pour l'employé en octobre 2008
Type d'horaire	0 = Rotatif 1 = Fixe : de 7h30 à 15h30 chaque jour ouvrable de la semaine

Tableau II. Opérationnalisation des variables à l'étude (suite)

Variables	Opérationnalisation
Temps supplémentaire*	Total d'heures travaillées par l'employé, en dehors des heures prévues pendant la période allant du 1 ^{er} au 31 octobre 2008. Variable réduite à deux catégories 0 = Non réalisation des heures supplémentaires 1 = Réalisation des heures supplémentaire
Ancienneté à l'hôpital*	Nombre d'années entières de service à l'hôpital = différence d'années entre le 1 ^{er} octobre 2008 et la date de prise de service à l'hôpital
Taille de l'hôpital	0 = hôpitaux de moins de 100lits (HD) 1 = hôpitaux de 100 lits et plus (HR)
Revenu	Rémunération moyenne mensuelle de l'employé en francs CFA = salaire de base + indemnité de logement + primes (de technicité, de santé publique, d'astreinte) + quotes-parts

*variables pour lesquelles les catégories ont été réduites : voir explications aux sections 6.1.2 et 6.1.3

5.5 Collecte de données

5.5.1 Démarche générale

Avant le début de la collecte de données, des démarches ont été effectuées d'abord au niveau du Ministère de la santé publique du Cameroun, et ensuite au niveau des Délégations provinciales de la santé des régions concernées par la recherche, afin d'obtenir la collaboration des hôpitaux choisis. Les démarches effectuées auprès de ces structures administratives ont suivi six étapes qui sont les suivantes :

1 : contact officiel du ministre en charge de la santé publique du Cameroun à travers une lettre demandant à effectuer la recherche dans les hôpitaux choisis, et comprenant les documents suivants : le protocole de recherche, le sommaire exécutif du projet, la lettre d'admission à l'Université de Montréal et l'attestation de mise en formation.

2 : transmission du dossier par le ministre, auprès de la Direction de la recherche opérationnelle en santé pour évaluation.

3 : évaluation du projet au niveau de la Direction de la recherche et transmission d'avis au ministre de la santé publique.

4 : obtention d'autorisation écrite du ministre de la santé publique du Cameroun, d'effectuer la recherche dans certains hôpitaux publics (voir annexe 8).

5 : transmission par le ministère, des copies de la lettre d'autorisation d'effectuer la recherche au niveau des structures administratives relevant de sa compétence. Ces structures sont les suivantes:

- a) Direction des ressources humaines : au Ministère de la santé publique
- b) Direction de la recherche opérationnelle en santé : au Ministère de la santé publique
- c) Délégations provinciales de la santé publique pour le Centre, le Sud, le littoral, le Nord-ouest le Sud-ouest et l'Ouest (dans les six régions du Cameroun concernées par la recherche).

6 : Information des directeurs d'hôpitaux par lettre officielle provenant des délégués provinciaux de la santé publique.

5.5.2 Période à l'étude

Les données ont été collectées sur le mois d'octobre 2008, à partir de documents officiels émanant du gouvernement et des hôpitaux. Le mois d'octobre a été choisi parce qu'il est un mois de travail relativement normal au Cameroun, pendant lequel il y a moins de perturbations de grande importance telles que les périodes de rentrée scolaire, les périodes de fêtes, ou les grandes pluies accompagnées d'inondations, pouvant occasionner de nombreuses absences.

5.5.3 Sources de données

La première source de données était constituée par les formulaires de présence (voir annexe 5) et le planning de travail des employés pour le mois d'octobre 2008. Ces documents fournissaient les informations sur la variable dépendante représentée par l'absentéisme. Ils fournissaient également les informations sur les horaires de travail et les heures supplémentaires de travail.

La seconde source de données était constituée par les dossiers professionnels, les fiches de paiement des quotes-parts, les fiches de paiement des salaires de chaque type d'employé, le barème des salaires des fonctionnaires (voir annexe 1), le barème des salaires des contractuels d'administration (voir annexe 2) et le décret présidentiel fixant les modalités d'attribution des primes (voir annexes 3 et 4). Ces documents fournissaient les données personnelles et professionnelles des employés.

Les données sur les hôpitaux étaient fournies par les rapports officiels d'activités de chaque établissement.

5.5.4 Procédure

De façon routinière, la majorité d'hôpitaux enregistrent quotidiennement sur des formulaires les informations concernant les présences et les absences des employés. Ces formulaires contiennent la date, les noms des employés, ainsi que les informations sur les heures de travail prévues, les heures d'arrivée et les heures de départ (voir annexe 5). Dans le cadre de la présente étude, les formulaires ont été rendus comparables dans tous les hôpitaux participants.

La chercheuse a attribué aux hôpitaux des numéros d'identification. Elle a ensuite donné une courte formation aux responsables en charge des ressources humaines des hôpitaux concernant l'attribution des numéros d'identification aux potentiels participants, et les données à transcrire sur les fiches individuelles de chaque participant (voir annexe 6). A la fin de la formation, les personnes formées ont été évaluées. Cette évaluation a consisté

à demander à chaque personne formée, de compléter les fiches de collecte de données de deux potentiels participants choisis au hasard; les fiches complétées ont été vérifiées par la chercheure pour s'assurer qu'elles ont été correctement remplies. Lorsqu'elles ne l'étaient pas, des éclaircissements étaient apportés sur les incompréhensions. Le reste du travail de collecte de données a entièrement été effectuée par les responsables des ressources humaines des hôpitaux. Une fois le travail de collecte terminé, les fiches ont été une fois de plus vérifiées par la chercheure, afin de s'assurer de la complétude des informations recueillies sur les individus, et de l'exactitude des transcriptions faites par les responsables des ressources humaines. L'exactitude (qualité) des transcriptions a été vérifiée en complétant les fiches de trois à cinq potentiels participants choisis au hasard dans chaque hôpital, et en les comparant avec celles complétées par les responsables des ressources humaines, pour s'assurer de la concordance des informations récoltées sur les mêmes participants. Une fois ce travail de vérification terminé, les fiches ont été collectées pour informatisation des données.

5.6 Considérations éthiques

Cette recherche a obtenu le Certificat d'approbation du comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (CERFM) (voir Annexe 7); elle a également obtenu l'autorisation écrite du ministre de la santé publique du Cameroun (Voir Annexe 8). Cette autorisation a été envoyée aux différents responsables régionaux en charge de la santé publique (délégués provinciaux) et à chaque directeur d'hôpital

concerné, pour les informer de l'étude. L'autorisation du ministre était suffisante pour obtenir la participation des hôpitaux sélectionnés.

En ce qui a trait à l'anonymat et la confidentialité, la présente étude s'appuyait sur des données administratives anonymes : les données recueillies à propos des employés et des hôpitaux étaient rendues anonymes avant toute informatisation. Chaque personne incluse dans l'étude était identifiée par un numéro, et les tables de correspondance entre les noms des participants et les numéros d'identification étaient conservés par les hôpitaux. Chaque hôpital était également identifié par un numéro et la table de correspondance entre les noms des établissements et les numéros était conservée par la chercheuse. Les résultats spécifiques à chaque hôpital ne devraient pas être rendus publics et ne devraient pas non plus être diffusés à d'autres hôpitaux. Toutefois, il était possible pour chaque directeur d'hôpital, d'obtenir, s'il le désirait, les résultats propres à son hôpital, ainsi que sa position comparativement à d'autres hôpitaux non identifiés.

5.7 Analyse de données

Les informations recueillies sur les participants ont été enregistrées dans une base de données du logiciel SPSS (version 16.0). Tous les calculs, les transformations et les analyses statistiques ont été réalisés essentiellement à l'aide de ce logiciel. Toutes les analyses effectuées ont été faites au seuil de signification de 5%. Puisque la taille de l'échantillon était considérable (516 individus) et les variables dépendantes de type continue (fréquence et durée des absences), les tests paramétriques c'est-à-dire qu'ils

présupposent que les données soient des échantillons d'une population ayant une distribution normale (Kinnear & Gray, 2005) ont été privilégiés pour cette recherche. Les analyses statistiques comprenaient des analyses descriptives, des analyses bivariées et des analyses multivariées.

5.7.1 Analyses descriptives

Les analyses descriptives ont permis de mesurer les tendances centrales (moyennes, médianes, modes), les dispersions (écarts types, valeurs maximales et minimales) et les distributions de fréquences des variables. Elles ont servi également à détecter les valeurs manquantes et aberrantes que contenait la base de données et à découvrir la forme de la distribution des variables.

Les valeurs aberrantes découvertes ont été corrigées puisqu'il s'agissait en général d'erreurs de saisie. Quant aux valeurs manquantes, elles ont été complétées lorsque les informations manquantes étaient disponibles sur les fiches de collecte de données. Dans le cas contraire, elles ont été déclarées comme valeurs manquantes. Au total, une valeur (soit 0,2% des valeurs) était manquante pour la variable ancienneté, cinq (1% des valeurs) pour la variable responsabilité familiale, et huit (1,5% des valeurs) pour la variable type d'occupation.

En ce qui a trait à la distribution des variables, la variable dépendante «Fréquence des absences» était relativement normalement distribuée (moyenne = 12; médiane = 12; mode = 8; coefficient d'asymétrie = +0,026; kurtosis = -1,19). Quant à la variable

dépendante «Durée des absences», elle présentait une distribution asymétrique positive (moyenne = 13,35; médiane = 8; mode = 0; coefficient d'asymétrie = +1,94; kurtosis = +4,60). Les variables indépendantes de type continu étaient pour la plupart relativement normalement distribuées (âge : coefficient d'asymétrie = -0,48; kurtosis = -0,70; responsabilité familiales : coefficient d'asymétrie = 0,74, kurtosis = 1,20; durée de l'horaire de travail (coefficient d'asymétrie = 0,42, kurtosis = -0,31; rémunération : coefficient d'asymétrie = 0,98, kurtosis = 1,78), à l'exception de la variable indépendante «ancienneté à l'hôpital», qui présentait une distribution légèrement asymétrique positive (coefficient d'asymétrie = +1, kurtosis = 0,05)).

5.7.2 Analyses bivariées

Les analyses bivariées consistaient à analyser les relations entre les variables deux à deux. Ces tests comprenaient les tests de t, les analyses de variance à un facteur, et les analyses de corrélations de Pearson.

Les tests de t et les analyses de variance à un facteur ont permis la comparaison des moyennes des taux d'absentéisme, des fréquences des absences et des durées des absences entre les sous-groupes de chaque variable, et de vérifier si les différences observées étaient statistiquement significatives ou non.

Le calcul des différents coefficients de corrélation a servi à l'observation des associations entre les variables dépendantes et les variables indépendantes, et des associations entre les variables indépendantes.

5.7.3 Analyses multivariées

Les analyses multivariées devaient permettre d'évaluer les effets simultanés des 13 variables indépendantes du modèle opérationnel sur chacune des variables dépendantes afin de répondre à la deuxième question posée par la présente recherche. Compte tenu de la taille suffisamment grande de l'échantillon et de la nature continue des variables dépendantes, les analyses de régression linéaire multiple ont été choisies. Elles consistaient à introduire simultanément toutes les variables explicatives dans l'analyse et retenir les variables qui avaient un effet significatif sur l'absentéisme. Il faut cependant noter que certaines variables indépendantes qualitatives ont été au préalable transformées en variables dichotomiques codés 0-1. Cette méthode, bien que présentant l'avantage de faciliter l'interprétation des coefficients, a le désavantage d'augmenter artificiellement le nombre de variables indépendantes contenues dans la régression.

Chapitre 6 : Résultats

Ce chapitre présente les résultats d'analyses. Il va s'articuler autour des sept points suivants : la présentation de l'échantillon, les niveaux d'absentéisme, les relations entre les caractéristiques personnelles et l'absentéisme, les relations entre les caractéristiques occupationnelles et l'absentéisme, les facteurs qui influencent l'absentéisme et les coûts associés à cet absentéisme.

6.1 Présentation de l'échantillon

6.1.1 Participation et distribution de l'échantillon à travers les différents hôpitaux

L'effectif de médecins et de personnels paramédicaux (infirmiers et aides soignants) qui travaillaient en octobre 2008 dans les hôpitaux participants à l'étude, après l'exclusion de l'Hôpital Central de Yaoundé étaient de 1188 (voir tableau I). L'Hôpital de District de Loum a été également exclu de l'étude parce que même après avoir accepté de participer, l'hôpital n'a pas suivi les instructions de la chercheuse et n'a collecté aucune donnée. Le nombre d'hôpitaux participants à l'étude étaient donc de 15 et le nombre d'employés éligibles pour l'étude de 1017. Parmi les employés éligibles, 676 ont été observés et 341 ne l'ont pas été. Les employés non observés étaient essentiellement ceux de l'Hôpital Laquintinie de Douala où, 38 personnes seulement sur les 379 qui étaient éligibles ont été observées. Les personnes observées dans cet hôpital étaient essentiellement des médecins, qui travaillaient dans le service d'accueil et des urgences;

l'administration, pour des raisons inconnues, n'ayant pas permis qu'on recueille les données sur les absences des employés dans d'autres départements.

Parmi les 676 personnes observées, 516 avaient des données complètes. Pour les 160 autres, les données qui étaient recueillies étaient incomplètes et non utilisables; c'était le cas pour certaines personnes malades, ou qui avaient cessé de venir au travail pour des raisons inconnues. Les personnes qui n'étaient pas observées, ainsi que celles chez qui les données étaient incomplètes, ont également été exclues de l'étude.

Après ces exclusions, l'échantillon utilisé comprenait 516 participants provenant de 15 hôpitaux. Le tableau III présente le taux de participation (proportion d'employés pour lesquels les absences ont été mesurées) et la distribution de l'échantillon à travers les différents hôpitaux.

Tableau III. Taux de participation et distribution de l'échantillon dans différents hôpitaux

Hôpitaux	Effectif éligible en octobre 2008	Échantillon	Taux de participation %	Pourcentage de l'échantillon
H.D. de Nylon	69	42	60,9	8,1
H. Laquintinie	379	36	9,5	7
H. D. de Tiko	19	18	94,7	3,5
H. R. de Buea	82	77	93,9	14,9
H. D. de Limbe	29	28	96,6	5,4
H. D. de la Cité Verte	40	38	95	7,4
H.D. d'Ombessa	8	8	100	1,6
H. R. d'Ebolawa	76	75	98,7	14,5
H. D. de Ngoulemakong	3	3	100	0,6
H. D. de Tonga	6	6	100	1,2
H. R. de Bafoussam	148	88	59,5	17,1
H. D. de la Mifi	38	37	97,4	7,2
H. D. de Mbengui	10	9	90	1,7
H. D. de Nkwen	22	11	50	2,1
H. R. de Bamenda	88	40	45,5	7,8
Total	1017	516	50,7	100

Le taux de participation global était de 50,7%. Ce taux variait de 9,5% à 100% entre les hôpitaux; le taux le plus faible était observé à l'Hôpital Laquintinie. Ce taux était de 49,6% pour les médecins et de 50,9% pour les personnels paramédicaux (voir tableau IV)

Tableau IV. Taux de participation des médecins et des paramédicaux à l'étude

Employés	Effectif éligible	Échantillon	Taux de participation %
Médecins	147	73	49,6
Paramédicaux	870	443	50,9
Total	1017	516	50,7

6.1.2 Distribution de l'échantillon selon les caractéristiques

sociodémographiques

Le tableau V présente la distribution de l'échantillon selon les caractéristiques sociodémographiques des participants.

Tableau V. Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude

Caractéristiques	N	%
Âge (moyen)	42	8*
15 ans à 24 ans	9	1,7
25 ans à 34 ans	103	20
35 à 44 ans	180	34,9
45 à 56 ans	224	43,4
Sexe		
Hommes	127	24,6
Femmes	389	75,4
Statut civil		
Célibataire	129	25
Marié ou ex- marié	387	75
Responsabilités familiales		
Nombre d'enfants (moyen)	3	2*
Éducation		
primaire	152	29,5
secondaire 1er cycle	164	31,8
secondaire 2 ^e cycle	119	23,1
universitaire	81	15,7

*écart-type

L'âge des participants allait de 21 ans à 56 ans. La moyenne d'âge se situait à 42 ans (écart-type : 8 ans). Afin de permettre la comparaison des taux d'absentéisme entre les différents groupes d'âge, cette variable a été réduite à quatre catégories telle que

présentée dans le tableau V. La majorité des participants (43,4%) avaient entre 45 et 56 ans.

Les participants étaient composés à 75,4% de femmes et à 24,6% d'hommes. Les catégories des divorcés, des séparés, et des veufs avaient respectivement 7, 4, et 26 personnes seulement. Afin de s'assurer que les groupes aient des effectifs suffisants pour les analyses, les participants ont été regroupés selon le statut civil en deux catégories : le groupe des mariés et ex-mariés, composé des mariés, des divorcés, des séparés et des veufs; et le groupe des célibataires. Les mariés et les ex - mariés composaient 75% de l'échantillon, et les célibataires 25%.

Les participants avaient entre 0 et 14 enfants de moins de 21 ans. Cependant, la moyenne était de trois enfants (écart-type : 2 enfants). La moitié des gens avaient moins de 3 enfants et l'autre moitié plus de 3 enfants. La majorité des participants (31,8%) avaient atteint le niveau du secondaire 1^{er} cycle et la minorité (15,7%) le niveau universitaire.

6.1.3 Distribution de l'échantillon selon les caractéristiques occupationnelles

Le tableau VI présente la distribution de l'échantillon selon les caractéristiques occupationnelles.

Tableau VI. Caractéristiques occupationnelles des participants à l'étude

Caractéristiques	N	%
Unité de soins		
Pédiatrie	94	18,5
Médecine	135	26,6
Chirurgie	95	18,7
Gynécologie et obstétrique	93	18,3
Accueil et urgences	91	17,9
Type d'emploi		
Paramédicaux	443	85,9
Médecins	73	14,1
Régime d'emploi		
Temporaires et communautaires	136	26,3
Personnel PPTE	50	9,7
Personnel de l'État	330	64
Horaire de travail		
Type d'horaire		
Rotatif	331	64,1
Fixe	185	35,9
Durée de l'horaire		
Heures prévues (moyenne)	186,47	47,42*

*écart-type

Tableau VI. Caractéristiques occupationnelles des participants à l'étude (suite)

Caractéristiques	N	%
Temps supplémentaire		
Heures supplémentaires (moyenne)	3	5,74*
Non réalisation	243	47,1
Réalisation	273	52,9
Ancienneté à l'hôpital		
Années d'ancienneté (moyenne)	8	8*
Moins d'un an	58	11,3
1 à 5 ans	119	38,6
6 à 9 ans	94	18,3
10 à 19 ans	96	18,6
20 ans et plus	68	13,2
Taille de l'hôpital		
Moins de 100 lits	200	38,8
100 lits et plus	316	61,2
Revenu		
Rémunération mensuelle (moyenne)	174 562	119 005*

*écart-type

L'échantillon était composé à 85,9% des personnels paramédicaux (infirmiers et aides soignants) et à 14,1% des médecins. En fait, sur le terrain, le grade d'aide soignant n'existait plus dans la législation du Ministère de la santé publique. Ce grade avait été fusionné avec celui d'infirmiers existant, pour former un grade unique qui est celui des infirmiers. Afin d'éviter les biais de sélection dus à certains aides soignants qui ont été

déclarés comme des infirmiers, la catégorie d'aides soignants a été fusionnée avec celle des infirmiers, pour former la catégorie des personnels paramédicaux. En plus, l'échantillon ne comprenait que 9 personnes dans la catégorie des contractuels d'administration, et 23 dans celle des personnels communautaires. Afin d'avoir des effectifs suffisants dans chaque catégorie pour les analyses, les participants ont été regroupés selon le régime d'emploi en trois catégories : les personnels de l'État, les personnels temporaires et communautaires, et les personnels PPTTE. Les personnels de l'État (fonctionnaires et contractuels d'administration) représentaient 64% de l'échantillon, les personnels temporaires et communautaires 26,3%, et les personnels PPTTE 9,7%. La plupart des gens (64,1%) travaillaient selon un horaire rotatif, dans des services de médecine (26,6%), et dans des hôpitaux régionaux c'est-à-dire les hôpitaux de 100 lits d'hospitalisation et plus (61,2%).

Pour le mois d'octobre 2008, le nombre d'heures de travail prévues pour les participants s'étalaient entre 78 heures 30 minutes et 336 heures; la moyenne était de 186 heures et 28 minutes (écart-type : 47 heures et 25 minutes). La moitié des personnes étaient programmées pour moins de 184 heures, et l'autre moitié pour plus de 184 heures. Le temps supplémentaire de travail effectué par les participants s'étalait entre 0 et 47 heures 30minutes. Chaque participant avait effectué en moyenne 3 heures supplémentaires de travail au courant de ce mois (écart-type : 5heures et 44 minutes). Puisque la distribution de l'échantillon en fonction du temps supplémentaire était très asymétrique (coefficient d'asymétrie : 3, 56), les participants ont été catégorisés en deux

groupes selon qu'ils avaient effectué ou non du temps supplémentaire de travail. Plus de la moitié d'employés (52,9%) avaient effectué du temps supplémentaire de travail.

L'ancienneté des participants à l'hôpital variait de moins d'un an à 30 ans de service. La durée moyenne de service se situait autour de 8 ans (écart-type : 8 ans). Afin de comparer le comportement d'absence entre les différents groupes d'ancienneté, les participants ont été classifiés selon le nombre d'années au service à l'hôpital en cinq groupes (voir tableau VI). Les personnes ayant entre 1 et 5 années de service à l'emploi de l'hôpital représentaient la majorité de l'échantillon (38,6%), et celles ayant moins d'un an la minorité (11,3%).

La rémunération mensuelle (revenu), constituée par le salaire de base, l'indemnité de logement, les primes et les quotes-parts, se distribuait entre 1 931 FCFA et 718 980 FCFA⁷ par personne. Le revenu moyen mensuel pour un participant se situait autour de 174 562 FCFA (écart-type : 119 005 FCFA), et la médiane était de 162 934 FCFA.

6.2 Niveaux d'absentéisme

6.2.1 Niveau global d'absentéisme

Le Tableau VII présente les niveaux d'absentéisme enregistrés en octobre 2008 parmi les prestataires de soins de santé des hôpitaux publics du Cameroun qui participaient à l'étude.

⁷ 1 dollar canadien = 408 FCFA

Tableau VII. Niveaux d'absentéisme parmi les prestataires de soins de santé dans les hôpitaux publics du Cameroun en octobre 2008

Nombre total de participants	516
Nombre de personnes ayant eu au moins une absence au travail en octobre 2008	482
Taux d'incidence = nombre de personnes ayant eu au moins une absence divisé par le nombre total de participants x 100	93,4%
Nombre total d'épisodes d'absences pour l'ensemble des participants	6029
Nombre d'épisodes d'absences par participant = nombre total d'épisodes d'absences divisé par le nombre de participants	12
Durée moyenne d'un épisode d'absence par participant = durée totale des absences, divisée par le nombre total d'épisodes d'absences	1h 08 mn
Durée totale des absences	6889 h 45mn
Durée moyenne des absences pour chaque participant	13 h 21 mn
Nombre d'heures totales de travail prévues pour l'ensemble des participants	96209 h 30 mn
Taux d'absentéisme = durée totale des absences divisée par le nombre d'heures totale de travail prévues pour l'ensemble des participants	7,2%

Pendant le mois d'octobre 2008, 482 (93,4%) personnes sur les 516 qui constituaient l'échantillon avaient eu au moins une absence au travail. Chaque personne avait en moyenne 12 épisodes d'absences (écart-type : 7 épisodes d'absences). Ces épisodes s'étalaient entre 0 et 25 pour l'ensemble des individus. La moitié des participants avaient moins de 12 épisodes d'absences, et l'autre moitié plus de 12 épisodes d'absences.

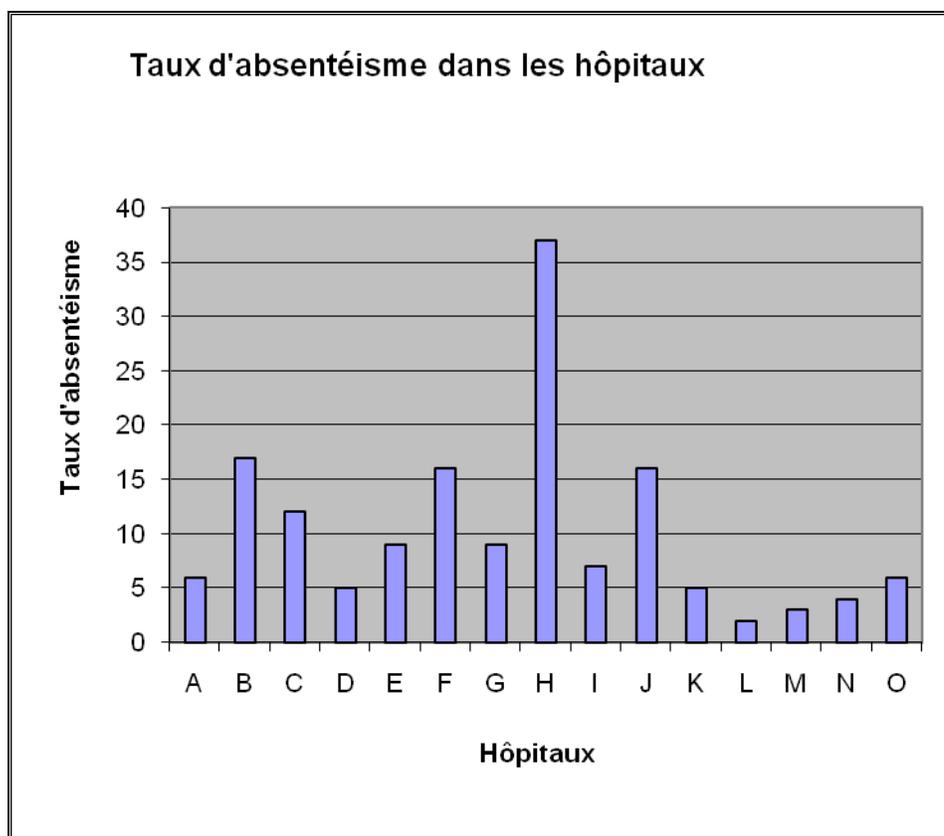
Le nombre d'heures de travail perdues en raison des absences s'étalaient entre 0 heure et 89 heures 39 minutes pour l'ensemble du groupe. La moyenne se situait au tour de 13 heures et 21 minutes (écart-type : 14 heures). La moitié des gens avaient accumulé moins de 8 heures et 49 minutes et l'autre moitié plus de 8 heures et 49 minutes.

Pour l'ensemble des participants, un total de 96209 heures et 30 minutes de travail étaient prévues. De ce temps, 6889 heures et 45 minutes avaient servi à l'absentéisme de courte durée; ce qui donnait un taux d'absentéisme global de 7,2%.

6.2.2 Taux d'absentéisme dans les hôpitaux

La figure 3 présente les taux d'absentéisme dans les hôpitaux participants.

Figure 3. Taux d'absentéisme dans les hôpitaux participants



Les taux d'absentéisme en novembre 2008 dans les hôpitaux participant à l'étude variaient entre 2% et 37%.

6.3 Absentéisme selon les caractéristiques sociodémographiques

6.3.1 Taux d'absentéisme selon les caractéristiques sociodémographiques

Le tableau VIII présente les taux d'absentéisme selon les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude.

Tableau VIII. Taux d'absentéisme selon les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude

Caractéristiques	Taux d'absentéisme %	p
Âge		n.s. ^a
15 ans à 24 ans	7,1	
25 ans à 34 ans	7	
35 à 44 ans	7,3	
45 à 56 ans	7,2	
Sexe		n. s. ^b
Hommes	7,3	
Femmes	7,2	
Statut civil		n. s. ^b
Célibataire	6,6	
Marié ou ex -marié	7,3	

n. s. : non significatif

a : valeur de p pour l'analyse de variance

b : valeur de p pour le test de t

Tableau VIII. Taux d'absentéisme selon les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude (suite)

Caractéristiques	Taux d'absentéisme %	p
Statut civil et sexe		
Femmes		n.s. ^b
Célibataire	7,1	
Mariée ou ex-mariée	7,2	
Hommes		0,002 ^b
Célibataire	4,5	
Marié ou ex-marié	7,9	
Responsabilités familiales		
Nombre d'enfants (corrélation)	-0,08*	n.s.
Éducation		
primaire	7,3	0,000 ^a
secondaire 1 ^{er} cycle	5,3	
secondaire 2 ^e cycle	6,9	
universitaire	11,2	

n.s: non significatif

a : valeur de p pour l'analyse de variance

b : valeur de p pour le test de t

*coefficient de corrélation de Pearson

Les taux d'absentéisme ne sont pas statistiquement différents entre les groupes d'âge, ni entre les hommes et les femmes.

En ce qui a trait au statut civil, le taux d'absentéisme était plus élevé parmi les mariés et les ex-mariés (7,4%), que chez les célibataires (6,6%). Le test de t indique cependant que cette différence n'est pas statistiquement significative. Chez les femmes, les taux d'absentéisme ne diffèrent pas de manière significative en fonction du statut civil. Chez les hommes par contre, les mariés et les ex-mariés ont un taux d'absentéisme significativement ($p=0,002$) plus élevé (7,9%) que celui de leurs confrères célibataires (4,5%). Il n'existe pas de d'association statistiquement significative entre le taux d'absentéisme et les responsabilités familiales.

Le taux d'absentéisme était de 11,2% parmi les personnes ayant le niveau universitaire, de 7,3% chez celles ayant le niveau du primaire, de 6,9% chez celles ayant le niveau du secondaire 2^e cycle, et de 5,3% chez celles ayant le niveau du secondaire 1^{er} cycle. Des analyses post hoc (T2 de Tamhane) comparant les niveaux d'éducation deux à deux (voir tableau IX) révèlent que les différences significatives se trouvent entre le groupe universitaire et chacun des trois groupes ($p = 0,000$ à $0,005$).

Tableau IX. Différences des taux d'absentéisme entre les niveaux d'éducation

Niveaux d'éducation (I)	Niveau d'éducation (J)	p
Secondaire 1 ^{er} cycle	Primaire	n.s.
Secondaire 2 ^e cycle	Primaire	n. s.
	Secondaire 1 ^{er} cycle	n. s.
Universitaire	Primaire	0,005
	Secondaire 1 ^{er} cycle	0,000
	Secondaire 2e cycle	0,003

n. s. : non significatif

6.3.2 Relations entre les facteurs personnels et la fréquence des absences

Le tableau X présente les relations entre la fréquence des absences et l'âge, le sexe, le statut civil, les responsabilités familiales, et le niveau d'éducation des participants à l'étude.

Tableau X. Relations entre facteurs personnels et fréquence des absences

Facteurs	Fréquences des absences	p
Âge (corrélation)	-0,01*	n. s.
Sexe		n. s. ^b
Hommes	11	
Femmes	12	
Statut civil		n. s. ^b
Célibataire	12	
Marié ou ex -marié	12	
Responsabilités familiales	0,01*	n. s.
Nombre d'enfants (corrélation)		
Éducation		n.s. ^a
Primaire	12	
Secondaire 1 ^{er} cycle	12	
Secondaire 2 ^e cycle	12	
Universitaire	10	

* coefficient de corrélation de Pearson

n. s. : non significatif

a : valeur de p pour l'analyse de variance

b : valeur de p pour le test de t

Il n'existe pas d'association statistiquement significative entre les caractéristiques personnelles des participants et la fréquence des absences.

6.3.3 Relations entre les facteurs personnels et la durée des absences

Le tableau XI présente les relations entre la durée des absences et les facteurs sociodémographiques des participants.

Il n'existe pas d'association statistiquement significative entre la durée des absences et l'âge, le sexe, le statut civil et les responsabilités familiales. Les durées moyennes d'absences étaient de 14 heures 42 minutes chez les personnes ayant le niveau du primaire, de 10 heures 36 minutes chez celles ayant le niveau du secondaire 1^{er} cycle, de 12 heures 18 minutes chez celles ayant le niveau du secondaire 2^e cycle, et de 17 heures 54 minutes chez les personnes ayant le niveau universitaire. L'analyse de variance indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes ($p = 0,001$). Des analyses post hoc (T2 de Tamhane) comparant les niveaux d'éducation deux à deux (voir tableau XII) révèlent que les différences significatives se trouvent entre le groupe universitaire et les groupes du secondaire 1^{er} et 2^e cycle ($p = 0,000$; $p = 0,025$ respectivement), et entre le groupe du primaire et le groupe du secondaire 1^{er} cycle ($p = 0,042$).

Tableau XI. Relations entre facteurs personnels et durée des absences

Facteurs	Durée des absences (heures)	p
Âge (corrélation)	-0,01*	n. s.
Sexe		n. s. ^b
Hommes	13,1	
Femmes	13,4	
Statut civil		
Célibataire	13,1	n. s. ^b
Marié ou ex- marié	13,4	
Responsabilités familiales	-0,05*	n. s.
Nombre d'enfants (corrélation)		
Éducation		0,001 ^a
Primaire	14,7	
Secondaire 1er cycle	10,6	
Secondaire 2 ^e cycle	12,3	
Universitaire	17,9	

*coefficient de corrélation de Pearson

n. s. : non significatif

a : valeur de p pour l'analyse de variance

b : valeur de p pour le test de t

Tableau XII. Différences des durées d'absences entre les niveaux d'éducation

Niveau d'éducation (I)	Niveau d'éducation (J)	p
Secondaire 1 ^{er} cycle	Primaire*	0,042
Secondaire 2 ^e cycle	primaire	n. s.
	Secondaire 1 ^{er} cycle	n. s.
Universitaire	Primaire	n. s.
	Secondaire 1 ^{er} cycle*	0,000
	Secondaire 2 ^e cycle*	0,025

n. s. non significatif

6.4 Absentéisme selon les caractéristiques occupationnelles

6.4.1 Taux d'absentéisme selon les caractéristiques occupationnelles

Le tableau XIII présente les taux d'absentéisme selon les caractéristiques occupationnelles des participants à l'étude.

Tableau XIII. Taux d'absentéisme selon les caractéristiques occupationnelles des participants à l'étude

Caractéristiques	Taux d'absentéisme %	p
Unité de soins		0,000 ^a
Pédiatrie	5,7	
Médecine	6,8	
Chirurgie	7,2	
Gynécologie et obstétrique	5,9	
Accueil et urgences	10,2	
Type d'emploi		0,000 ^b
Paramédicaux	6,2	
Médecins	13,4	
Régime d'emploi		n. s. ^a
Temporaires et communautaires	6,5	
Personnel PPTE	8,1	
Personnel de l'État	7,3	

n.s. : non significatif

a : valeur de p pour l'analyse de variance

b : valeur de p pour le test de t

Tableau XIII. Taux d'absentéisme selon les caractéristiques occupationnelles des participants à l'étude (suite)

Caractéristiques	Taux d'absentéisme %	p
Horaire de travail		
Type d'horaire		0,000 ^b
Rotatif	6,2	
Fixe	8,9	
Durée de l'horaire		
Heures prévues (corrélation)	-0,01*	n. s.
Temps supplémentaire		
Non réalisation	7,1	n. s. ^b
Réalisation	7,3	

n.s. : non significatif

b : valeur de p pour le test de t

* coefficient de corrélation de Pearson

Tableau XIII. Taux d'absentéisme selon les caractéristiques occupationnelles des participants à l'étude (suite)

Caractéristiques	Taux	
	d'absentéisme %	p
Ancienneté à l'hôpital		n.s. ^a
Années d'ancienneté (corrélation)	-0,06*	n.s.
Moins d'un an	8,8	
1 à 5 ans	7,5	
6 à 9 ans	6,8	
10 à 19 ans	6,5	
20 ans et plus	6,4	
Taille de l'hôpital		0,013 ^b
Moins de 100 lits	8,3	
100 lits et plus	6,4	
Revenu		
Rémunération mensuelle (corrélation)	0,20*	0,000

n. s. : non significatif

a : valeur de p pour l'analyse de variance

b : valeur de p pour le test de t

*coefficient de corrélation de Pearson

Les personnes qui travaillaient dans les services d'accueil et des urgences présentaient un taux d'absentéisme élevé (10,2%), comparativement à celles qui travaillaient dans les services de chirurgie (7,2%), de médecine (6,8%), de gynécologie-obstétrique (5,9%) et

de pédiatrie (5,7%). L'analyse de variance indique qu'il existe des différences significatives des taux d'absentéisme entre les unités de soins ($p = 0,000$). Des analyses post hoc (T2 de Tamhane) comparant les unités de soins deux à deux (voir tableau XIV) révèlent que les différences significatives se trouvent essentiellement entre les groupes du service d'accueil et des urgences, et les groupes de médecine, de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique ($p = 0,000$ à $p = 0,019$). En fait, les personnes qui travaillent dans le service d'accueil et des urgences ont des taux d'absentéisme significativement plus élevés que celles qui travaillent en médecine, en pédiatrie, et en gynécologie-obstétrique.

Les médecins présentent un taux d'absentéisme significativement ($p = 0,000$) plus élevé (13,3%) que celui des personnels paramédicaux (6,2)%. Il n'existe pas de différence significative des taux d'absentéisme entre les personnels temporaires et communautaires, les personnels PPTE, et les personnels de l'État. Les personnes qui travaillent selon un horaire fixe ont un taux d'absentéisme significativement ($p = 0,000$) plus élevé (8,9%) que celles qui travaillent selon un horaire rotatif (6,2%).

Les taux d'absentéisme sont significativement ($p = 0,013$) plus élevés (7,3%) parmi les personnes qui travaillent dans des hôpitaux de moins de 100 lits (hôpitaux de district), que chez celles qui travaillent dans des hôpitaux 100 lits et plus (6,4%). Ces taux augmentent significativement ($r = 0,2$; $p = 0,000$) avec le revenu de l'employé.

Les taux d'absentéisme ne diffèrent pas de manière significative en fonction du nombre d'heures de travail prévues pour l'employé, et du nombre d'années au service de

l'hôpital. Il n'existe pas de différence significative des taux d'absentéisme entre les personnes qui font du temps de travail supplémentaire et celles qui n'en font pas.

Tableau XIV. Différences des taux d'absentéisme entre les unités de soins

Unité de soins (I)	Unité de soins (J)	p
Médecine	Pédiatrie	n. s.
Chirurgie	Pédiatrie	n. s.
	Médecine	n. s.
Gynécologie-obstétrique	Pédiatrie	n. s.
	Médecine	n. s.
	Chirurgie	n. s.
Accueil et urgence	Pédiatrie	0,000
	Médecine	0,019
	Chirurgie	n. s.
	Gynéco-obstétrique	0,001

*n. s. non significatif

6.4.2 Relations entre facteurs les occupationnels et la fréquence des absences

Le tableau XV présente les relations entre les facteurs occupationnels et la fréquence des absences des participants à l'étude.

Tableau XV. Relations entre facteurs occupationnels et fréquence des absences

Facteurs	Fréquence des absences	p
Unité de soins		
Pédiatrie	12	n. s. ^a
Médecine	12	
Chirurgie	12	
Gynécologie et obstétrique	12	
Accueil et urgences	10	
Type d'emploi		0,004 ^b
Paramédicaux	12	
Médecins	10	
Régime d'emploi		0,045 ^a
Temporaires et communautaires	12	
Personnel PPTE	14	
Personnel de l'État	11	

n. s. : non significatif

a : valeur de p pour l'analyse de variance

b : valeur de pour le test de p

Tableau XV. Relations entre facteurs occupationnels et fréquence des absences (suite)

Facteurs	Fréquence des absences	p
Horaire de travail		
Type d'horaire		0,000 ^b
Rotatif	10	
Fixe	15	
Durée de l'horaire		
Heures prévues (corrélation)	0,32*	0,000
Temps supplémentaire		
Non réalisation	14	0,000 ^b
Réalisation	10	
Ancienneté à l'hôpital		
Années d'ancienneté (corrélation)	0,10*	0,029
Taille de l'hôpital		
Moins de 100 lits	11	0,024 ^b
100 lits et plus	12	
Revenu		
Rémunération mensuelle (corrélation)	-0,07*	n. s.

n. s. : non significatif

b : valeur de pour le test de t

* coefficient de corrélation de Pearson

La fréquence des absences était de 10 pour les personnes qui travaillaient dans le service d'accueil et des urgences et 12 pour celles qui travaillaient dans les quatre autres services. L'analyse de variance indique qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative de fréquences d'absences entre les différents groupes. Il n'existe donc pas d'association statistiquement significative entre l'unité de soins dans la quelle travaille le soignant et la fréquence des absences.

La fréquence des absences était plus élevée parmi les personnels paramédicaux que parmi les médecins (12 vs 10). Le test de t indique que cette différence est statistiquement significative ($p = 0,004$). Il existe une association statistiquement significative entre la fréquence des absences et le type d'emploi.

Les personnels PPTE avaient des fréquences d'absences élevées (14), comparativement aux personnels de l'État, et aux personnels temporaires et communautaires qui avaient respectivement 11 et 12 épisodes d'absences. L'analyse de variance indique que les différences des fréquences d'absences sont statistiquement significatives entre les groupes d'employés ($p = 0,045$). Des analyses post hoc (T2 de Tamhane) comparant les statuts d'emploi deux à deux (voir tableau XVI) révèlent que la seule différence significative se trouve entre les personnels PPTE et les personnels de l'État ($p = 0,026$). Il existe donc une association statistiquement significative entre le régime d'emploi et la fréquence des absences : le personnel PPTE s'absente plus fréquemment que le personnel de l'État.

Tableau XVI. Différences des fréquences d'absences selon le régime d'emploi

Régime d'emploi (I)	Régime d'emploi (J)	p
Personnel PPTE	Temporaire et communautaire	n. s.
Personnel de l'État	Temporaire et communautaire	n. s.
	Personnel PPTE*	0,026

*n. s. : non significatif

Les épisodes d'absences étaient plus élevés parmi les personnes qui travaillaient selon un horaire fixe (15), comparativement à celles qui travaillaient selon un horaire rotatif (10). Le test de t indique que cette différence est statistiquement significative ($p = 0,000$). Il existe donc une association statistiquement significative entre la fréquence des absences et le type d'horaire de travail. La fréquence des absences augmente significativement ($r = 0,32$; $p = 0,000$) avec le nombre d'heures prévues pour le travail; l'association linéaire entre la durée de l'horaire de travail et la fréquence des absences est cependant modérée. La fréquence des absences était plus élevée chez les personnes qui ne faisaient pas d'heures supplémentaires de travail (14), comparativement à celles

qui en faisaient (10). Le test de t indique que la différence observée entre les fréquences d'absences dans les deux groupes est statistiquement significative ($p = 0,000$). Il existe donc une association statistiquement significative entre la fréquence des absences et le temps supplémentaire de travail. La fréquence des absences augmente significativement avec l'ancienneté à l'emploi de l'hôpital ($r = 0,10$; $p = 0,029$). Ce lien entre l'ancienneté dans l'hôpital et la fréquence des absences est cependant faible.

Les personnes qui travaillaient dans des hôpitaux de 100 lits et plus (hôpitaux régionaux) étaient plus fréquemment absentes (12 épisodes d'absences) que celles qui travaillaient dans des hôpitaux de moins de 100 lits (11 épisodes d'absences). Le test de t indique que la différence observée quant à la fréquence des absences entre les deux groupes d'employés est statistiquement significative ($p = 0,024$). Il existe donc une association statistiquement significative entre la taille de l'hôpital et la fréquence des absences. En ce qui a trait à la rémunération des employés, il n'existe pas d'association statistiquement significative entre cette variable et la fréquence des absences.

6.4.3 Relations entre les facteurs occupationnels et la durée des absences

Le tableau XVII présente les relations entre les facteurs occupationnels et la durée des absences.

Tableau XVII. Relations entre facteurs occupationnels et durée des absences

Facteurs	Durée des absences (heures)	p
Unité de soins		0,012 ^a
Pédiatrie	11	
Médecine	13,1	
Chirurgie	13,9	
Gynécologie et obstétrique	11,1	
Accueil et urgences	17,3	
Type d'emploi		0,000 ^b
Paramédicaux	12	
Médecins	21,5	
Régime d'emploi		n. s. ^a
Temporaires et communautaires	13,3	
Personnel PPTE	15,3	
Personnel de l'État	13,1	

n. s. : non significatif

a : valeur de p pour l'analyse de variance

b : valeur de p pour le test de t

Tableau XVII. Relations entre facteurs occupationnels et durée des absences (suite)

Facteurs	Durée des absences (heures)	p
Horaire de travail		
Type d'horaire		0,006 ^b
Rotatif	12,1	
Fixe	15,6	
Durée de l'horaire		
Heures prévues (corrélation)	0,21*	0,000
Temps supplémentaire		
Non réalisation	13,8	n. s. ^b
Réalisation	13	
Ancienneté à l'hôpital		
Années d'ancienneté (corrélation)	-0,05*	n.s
Taille de l'hôpital		
		0,005 ^b
Moins de 100 lits	15,7	
100 lits et plus	11,9	
Revenu		
Rémunération mensuelle (corrélation)	0,10*	0,031

n. s. : non significatif

*coefficient de corrélation de Pearson

b : valeur de p pour le test de t

Les médecins présentaient une durée moyenne d'absences plus élevée que les personnels paramédicaux (21 heures 30 minutes vs 12 heures). Le test de t indique que cette différence est significative ($p=0,000$). Le type d'emploi est statistiquement et significativement associé avec durée des absences.

Pour ce qui est de la relation entre le régime d'emploi et la durée des absences, les personnels PPTTE présentaient une durée moyenne d'absences de 15 heures et 15 minutes, contre 13 heures et 15 minutes pour les personnels temporaires et communautaires, et 13 heures et 06 minutes pour les personnels de l'État. L'analyse de variance indique que les différences des durées d'absences observées entre les groupes d'employés ne sont pas statistiquement significatives. Il n'existe donc pas d'association statistiquement significative entre le régime d'emploi et la durée des absences.

Les personnes qui travaillaient dans les services d'accueil et des urgences avaient les durées d'absences les plus élevées (17 heures et 18 minutes). Elles étaient suivies par les personnes qui travaillaient dans les services de chirurgie (13 heures 54 minutes), de médecine (13 heures 6 minutes), de gynécologie obstétrique (11 heures 6 minutes) et de pédiatrie (11 heures). L'analyse de variance indique qu'il existe des différences significatives des durées d'absences entre les groupes d'employés ($p = 0,012$). Des analyses post hoc (T2 de Tamhane) comparant les unités de soins deux à deux (voir tableau XVIII), révèlent que les différences significatives se trouvent entre les groupes de personnes qui travaillent dans les services d'accueil et des urgences, et les groupes

qui travaillent dans les services de pédiatrie ($p = 0,005$) ou de gynécologie-obstétrique ($p = 0,011$). Il existe une association statistiquement significative entre l'unité de soins dans laquelle travaille le prestataire de soins de santé et la durée des absences.

Tableau XVIII. Différences des durées d'absences entre les unités de soins

Type d'occupation (I)	Type d'occupation (J)	p
Médecine	Pédiatrie	n. s.
Chirurgie	Pédiatrie	n. s.
	Médecine	n. s.
Gynéco-obstétrique	Pédiatrie	n. s.
	Médecine	n. s.
	Chirurgie	n. s.
Accueil et urgence	Pédiatrie	0,005
	Médecine	n. s.
	Chirurgie	n. s.
	Gynéco-obstétrique	0,011

n. s. : non Significatif

Les personnes qui travaillaient selon un horaire fixe avaient des durées d'absences élevées (15 heures et 36 minutes), comparativement à celles qui travaillaient selon un horaire rotatif (12heures et 06 minutes). Le test de t indique que la différence observée

entre les deux groupes quant à la durée des absences est statistiquement significative ($p = 0,006$).

La durée de l'horaire de travail est associée significativement ($p = 0,000$), positivement, mais faiblement ($r = 0,21$) avec la durée des absences. Les gens qui font du temps de travail supplémentaire avaient une durée moyenne d'absences à peu près semblable à celle des gens qui n'en faisaient pas (13 heures et 48 minutes vs 13 heures). Le test de t indique que la durée des absences ne diffère pas de manière significative ($p = 0,494$) entre les deux groupes. Il n'existe donc pas d'association statistiquement significative entre le temps supplémentaire et la durée des absences.

Les personnes qui travaillaient dans des hôpitaux de moins de 100 lits (hôpitaux de district), avaient une durée moyenne d'absences plus élevée (15 heures et 42 minutes) que celles qui travaillaient dans des hôpitaux de 100 lits d'hospitalisation et plus (11 heures et 54 minutes). Le test de t indique que la différence observée entre les deux groupes quant à la durée des absences est statistiquement significative ($p = 0,005$). Il existe une association statistiquement significative entre la taille de l'hôpital et la durée des absences. L'ancienneté à l'emploi de l'hôpital ne montre pas d'association avec la durée des absences. La rémunération de l'employé montre une corrélation significative et positive, mais faible ($r = 0,10$; $p = 0,031$) avec la durée des absences.

6.5 Facteurs influençant l'absentéisme

Cette section aborde les points relatifs aux transformations des variables indépendantes de type nominales, les corrélations entre les variables indépendantes, et les analyses de régression linéaire multiple.

6.5.1 Transformations des variables indépendantes

Avant de procéder aux analyses de régression linéaire multiple, certaines variables indépendantes nominales ont été au préalable transformées en variables de type binaire, c'est-à-dire codées 0 - 1. Cette codification se prête bien à l'analyse statistique linéaire. Les variables concernées par cette transformation étaient : le niveau d'éducation, le régime d'emploi, et l'unité de soins.

Le niveau d'éducation, qui comprenait quatre catégories de participants, a été transformé en trois variables factices binaires qui sont : le niveau du secondaire 1^{er} cycle, le niveau du secondaire 2^e cycle, et le niveau universitaire; avec comme catégorie de référence le niveau du primaire. La variable régime d'emploi (statut d'emploi), qui était composée de trois catégories de participants, a été transformée en deux variables factices binaires : les personnels temporaires et communautaires, et les personnels PPTE, avec comme catégorie de référence les personnels de l'État. La variable unité de soins, qui comprenait cinq catégories, a été transformée en quatre variables factices binaires qui sont : le service de médecine, le service de pédiatrie, le service de chirurgie, et le service

d'accueil et urgences, avec comme catégorie de référence le service de gynécologie et d'obstétrique.

6.5.2 Corrélations entre les variables indépendantes

L'analyse de régression avec plusieurs variables peut causer certaines difficultés méthodologiques dues aux intercorrélations entre les variables indépendantes. Au moment où de fortes corrélations apparaissent entre plusieurs variables, on parle de multicollinéarité. Le problème de multicollinéarité a été examiné dans la présente étude tout d'abord à l'aide des analyses de corrélations bivariées (corrélation de Pearson). Le tableau A en annexe 9, présente la matrice de corrélation des relations bivariées entre les variables indépendantes à l'étude. Les liens statistiquement significatifs entre les variables indépendantes étaient généralement faibles ou modérées ($r = 0,1$ à $r = 0,40$), à l'exception des relations relativement fortes entre l'ancienneté et l'âge ($r = 0,52$), le niveau universitaire et la rémunération ($r = 0,52$), la rémunération et le type d'emploi (médecin) ($r = 0,60$), le régime d'emploi (temporaire et communautaire) et rémunération ($r = -0,63$); et de la corrélation très forte entre le niveau universitaire et le type d'emploi (médecin) ($r = 0,83$). La variable « Niveau universitaire » a été exclue des analyses de régression à cause de la colinéarité avec le type d'emploi.

Par la suite, deux statistiques liées, la tolérance et le facteur d'inflation de la variance (VIF), ont été examinées. La tolérance et le facteur d'inflation de la variance (FIV) sont deux mesures bâties des régressions (artificielles) où une variable explicative du modèle

étudié est régressée sur les autres variables explicatives (Stafford & Bodson, 2007). Ces mesures permettent de saisir la relation multiple qui unit une variable explicative aux autres variables explicatives (plus la tolérance est élevée, plus faible est le chevauchement). Elles mettent également en garde contre les éventuels problèmes d'instabilité du modèle (Howell, 2008); les niveaux de tolérance assez réduits risquent de compromettre la stabilité du modèle. Les niveaux de tolérance observés lors des régressions préliminaires des deux variables dépendantes (la fréquence et la durée des absences) sur les variables indépendantes (la variable «Niveau universitaire» ayant été exclue des analyses) étaient relativement élevés, se situant entre 0,313 et 0,838 (voir tableau B et C en annexe 9); par contre, les variables rémunération et type d'emploi (médecin), présentaient des tolérances relativement faibles (0,203 et 0,280 respectivement), laissant ainsi soupçonner un problème de multicollinéarité. La variable «Rémunération» a donc été régressée sur les 18 autres variables indépendantes du modèle. Cette régression montrait que la variable «Rémunération» était linéairement associée aux variables suivantes : âge ($p = 0,000$); sexe ($p = 0,001$); personnel temporaire et communautaire ($p = 0,000$) et type d'emploi ($p = 0,000$). La variable «Rémunération» a également été exclue des analyses. Après ces exclusions, chacune des variables dépendantes a été régressée sur les variables indépendantes. Les niveaux de tolérance des variables explicatives s'évaluaient entre 0,467 et 0,880 (voir tableau D et E en annexe 9), ne laissant plus soupçonner de problème de colinéarité entre les variables explicatives.

6.5.3 Analyses de régression multiple

Les analyses de régression linéaire multiple ont été faites sur chacune des deux variables dépendantes (la fréquence des absences et la durée des absences) telle qu'indiqué au chapitre sur le modèle théorique (modèle opérationnel), et de 18 variables explicatives. Le taux d'absentéisme n'a pas été utilisé pour l'analyse de régression, puisqu'il est basé sur le nombre total d'heures d'absences. Ce nombre total d'heures d'absences provient de deux composantes qui sont la durée des absences et la fréquence des absences. La régression linéaire multiple été donc faite sur chacune des deux composantes. Elle a consisté à l'introduction simultanée de toutes les variables indépendantes du modèle dans l'analyse. Les variables indépendantes introduites dans le modèle étaient au nombre de 18, dont six variables sociodémographiques et 12 variables reliées à l'emploi (les variables « Niveau universitaire » et « Rémunération » ayant été exclues). Les variables sociodémographiques étaient les suivantes : l'âge, le sexe, le statut civil, le niveau du secondaire 1^{er} cycle, le niveau du secondaire 2^e cycle, et les responsabilités familiales. Les variables reliées à l'emploi étaient: le type d'emploi (médecin), le service de pédiatrie, le service d'accueil et des urgences, le service de médecine, le service de chirurgie, le personnel temporaire et communautaire, le personnel PPTE, le type d'horaire, la durée de l'horaire, le temps supplémentaire, la taille de l'hôpital et l'ancienneté à l'hôpital.

Avant de procéder aux analyses de régression qui ont généré les résultats finaux, des analyses de régression préliminaires ont été effectuées pour chacune des variables dépendantes. Ces analyses avaient pour but de rechercher les données extrêmes et d'examiner les postulats relatifs à l'analyse de régression linéaire c'est-à-dire la linéarité de la relation, la normalité des données et l'homogénéité des variances.

À la régression de la variable dépendante « Fréquence des absences » sur les 18 variables indépendantes retenues, les statistiques des résidus indiquaient qu'il n'y avait pas de données extrêmes puisqu'il n'y avait aucune valeur plus petite que -3 ou plus grande que + 3 sur la ligne des résidus standardisés (voir tableau F en annexe 10). Le graphique des résidus montrait également que les postulats de l'analyse de régression étaient relativement bien respectés (voir figure A en annexe 10). Le tableau XIX (Résumé du tableau D en annexe 9) présente les variables significatives de la régression de la relation entre la fréquence des absences et les variables indépendantes à l'étude. Ces variables sont les suivantes : le statut d'emploi (personnel PPTE), l'horaire de travail (le type d'horaire et la durée de l'horaire), le temps supplémentaire et la taille de l'hôpital.

Le fait d'être un personnel PPTE plutôt qu'un personnel de l'État augmente la fréquence des absences de 8,5% ($\beta = 0,085$). Le fait de travailler selon un horaire fixe plutôt que rotatif augmente la fréquence des absences de 45,7% ($\beta = 0,457$). Une augmentation d'un écart-type sur la durée du temps prévu pour le travail augmente de 38,8% la fréquence des absences ($\beta = 0,388$). Le fait d'effectuer du temps supplémentaire de

travail augmente la fréquence des absences de 12,5% ($\beta = -0,125$). Le fait de travailler dans un hôpital de 100 lits et plus (hôpital régional) plutôt que dans un hôpital de moins de 100 lits (hôpital de district), augmente de la fréquence des absences de 14,8% ($\beta = 0,148$). L'ensemble des facteurs personnels et occupationnels expliquent environ 36,7% ($R^2 = 0,367$) de la variation de la fréquence des absences.

Tableau XIX. Régression de la relation entre la fréquence des absences et les variables indépendantes

Variabiles	B	Erreur stand.	Bêta stand.	t	p	Tolérance	VIF
Personnel PPTE (réf : personnel de l'État)	2,088	1,053	0,085	1,983	0,048	0,721	1,387
Type d'horaire : Fixe (réf : Rotatif)	6,915	0,600	0,457	11,524	0,000	0,841	1,189
Durée de l'horaire : heures prévues	0,059	0,006	0,388	9,406	0,000	0,769	1,300
Temps supplém : Réalisation (réf : Non réalisation)	-1,804	0,555	-0,125	-3,247	0,001	0,880	1,136
Taille de l'hôpital : 100 lits et plus (réf : Moins de 100 lits)	2,197	0,585	0,148	3,757	0,000	0,841	1,189

À la régression de la variable dépendante « Durée des absences » sur les 18 variables indépendantes retenues, les statistiques des résidus montraient la présence de neuf données extrêmes et les valeurs sur la ligne des résidus standardisés se situaient entre -2 et 5,525 (voir tableau G en Annexe 10). Le graphique des résidus permettait de constater une relative linéarité de la relation, une hétérogénéité de la variance et une non normalité des données (voir figure B en annexe 10). Afin de remédier à cette situation, une transformation logarithmique (logarithme naturel) de la variable dépendante « Durée des absences » a été envisagée, puisque cette variable présentait une distribution asymétrique positive (Howell, 2008). La valeur 1 a été ajoutée aux valeurs de cette variable au cours de la transformation puisqu'elle avait des valeurs 0, qui sont incompatibles avec la transformation logarithmique (Howell, 2008). Suite à cette transformation, la variable « Logarithme de la durée des absences » montrait une distribution relativement normale (coefficient d'asymétrie = 0,388; kurtosis = 0,298). À la régression de cette variable sur les 18 variables explicatives retenues, le graphique de dispersion des résidus indiquait une relative normalité des données et homogénéité des variances (voir figure C en annexe 10). On constatait également que le pourcentage de variation de la variable dépendante expliquée par le modèle (le coefficient de détermination R^2) s'était légèrement amélioré, passant 23,3% avant la transformation à 26,6% après la transformation. Cependant, il persistait encore cinq observations avec des données extrêmes. Ces cinq observations ont été supprimées avant la régression finale de la variable « Logarithme de la durée des absences » sur les variables indépendantes.

Après la suppression des données extrêmes, la régression de la variable «Logarithme de la durée des absences » sur les 18 variables explicatives du modèle montre :

- qu'il n'y a pas de problème de multicollinéarité puisqu'il n'y a aucune tolérance qui est inférieure à 0,3 (voir tableau H en Annexe 10);
- la présence de trois nouvelles valeurs extrêmes avec la valeur des résidus standardisés se situant entre -3, 226 et 2, 643 (voir tableau I en Annexe 10);
- que les postulats de l'analyse de régression (distribution normale des résidus, homogénéité de la variance, linéarité de la relation) sont relativement bien respectés (voir Figure D en Annexe 10).

Le tableau XX (Résumé du tableau H en Annexe 10), présente les variables significatives de la régression de la relation entre la variable « Logarithme de la durée des absences » et les variables indépendantes analysées. Ces variables sont les suivantes : le sexe, l'unité de soins (le service d'accueil et des urgences), le type d'emploi (médecin) et l'horaire de travail (le type d'horaire et la durée de l'horaire).

Le fait d'être une femme plutôt qu'un homme, augmente la durée des absences de 10% ($\beta = 0,10$)⁸. Le fait de travailler dans un service d'accueil et des urgences plutôt que dans un service de gynécologie-obstétrique, augmente la durée des absences de 13,2% ($\beta = 0,132$). Le fait d'être médecin plutôt qu'infirmier ou aide soignant

⁸ Les bêtas standardisés associés à la durée des absences ont été calculés à partir de la formule suivante :

$$\text{Si } \ln(y+1) = a \text{ où } y \text{ est la durée des absences, alors } y = e^a - 1$$

augmente la durée des absences de 44% ($\beta = 0,44$). Une augmentation d'un écart-type sur la durée du temps prévu pour le travail augmente la durée des absences de 58,7% ($\beta = 0,587$). Le fait de travailler selon un horaire fixe, plutôt qu'un horaire rotatif augmente la durée des absences de 31% ($\beta = 0,31$). L'ensemble des facteurs personnels et occupationnels expliquent environ 32,7% ($R^2 = 0,327$) de la variation du logarithme de la durée des absences, soit environ 38,6% de la variation de la durée des absences.

Tableau XX. Régression de la relation entre le logarithme de la durée des absences et les variables indépendantes

Variabiles	B	Erreur standard	Bêta stand.	t	p	Tolérance	ViF
Sexe : Femme (réf : Homme)	0,229	0,1	0,096	2,298	0,022	0,806	1,24
Accueil et urgences (réf : Gynéco-obst)	0,328	0,141	0,124	2,322	0,021	0,494	2,025
Type d'emploi : Médecin (réf : paramédicaux)	1,086	0,151	0,365	7,191	0,000	0,547	1,829
Durée de l'horaire : Heures de travail prévues	0,01	0,001	0,462	10,785	0,000	0,768	1,303
Type d'horaire : Fixe (réf : Rotatif)	0,586	0,089	0,271	6,618	0,000	0,838	1,196

6.6 Coûts de l'absentéisme

Les coûts de l'absentéisme comprennent les sommes qui étaient versées (salaires de base, indemnités de logement, et primes) en octobre 2008 aux prestataires de soins de santé en paiement des heures perdues à cause de l'absentéisme de courte durée. Cette étude a indiqué précédemment que le taux d'absentéisme pour l'ensemble des participants était de 7,2%. Il s'agit maintenant d'estimer ce que représente ce pourcentage en termes monétaire pour les employeurs.

Selon le type d'employés, trois employeurs étaient en cause : le Ministère de la fonction publique, le Ministère de la santé publique et les hôpitaux. Le Ministère de la fonction publique engageait le personnel de l'État (fonctionnaires et contractuels d'administration), le Ministère de la santé le personnel PPTE, et les hôpitaux le personnel temporaire et communautaire.

Le tableau XXI présente le nombre d'employés engagés par chaque employeur, le taux d'absentéisme de chaque groupe d'employés, la masse salariale de l'ensemble de ces employés, le montant versé correspondant à l'absentéisme, le pourcentage des salaires versé en paiement des absences, et la répartition des coûts de l'absentéisme entre les employeurs.

Tableau XXI. Coût de total de l'absentéisme et pourcentage des salaires versés en paiement des absences en octobre 2008 par les employeurs

Employeurs	Nombre d'employés	Taux d'absentéisme	Masse salariale (FCFA)	Coût total de l'absentéisme (FCFA)	% des salaires versés pour l'absentéisme	% du coût total d'absentéisme
Ministère de la fonction publique	330	7,3%	63 931 362	4 967 691	7,8%	80%
Ministère de la santé publique	50	8,1%	8 642 089	728 322	8,4%	11,7%
Hôpitaux	136	6,5%	5 550 977	512 357	9,2%	8,3%
Total	516	7,2%	78 124 428	6 208 370	8%	100%

Sur un montant de 78 124 428 FCFA⁹ (174 460,7 dollars US courants) représentant les sommes qui étaient versés en octobre 2008 à 516 prestataires de soins de santé travaillant dans les hôpitaux publics du Cameroun, 6 208 369 FCFA (13 864 dollars US courants) étaient en paiement des absences de courte durée; ce qui représentait environ 8% de la masse salariale. Ces paiements variaient entre 7,8% de la masse salariale pour le Ministère de la fonction publique et 9,2% pour les hôpitaux. Le Ministère de la

⁹ Taux de change courant : 447,8053 (2008) FCFA (BEAC) = 1 dollar US. Source : Institut de la Statistique du Québec-Profil économique - Cameroun

fonction publique était responsable de 80% des sommes versées en paiement des absences, alors que le Ministère de la santé publique et les hôpitaux n'étaient respectivement responsables que des 11,7% et 8,3% de cette somme.

Pour le Ministère de la fonction publique (voir tableau XXII), le Ministère de la santé publique (voir tableau XXIII), et les hôpitaux (voir tableau XXIV), les pourcentages des salaires versés en paiement des absences étaient plus élevés chez les médecins (12,3%; 10,8%; et 15,8% respectivement), comparativement aux personnels paramédicaux (6,1%; 8,1%; et 4,5% respectivement); cependant, ce pourcentage était plus faible parmi les personnels paramédicaux engagés par les hôpitaux (4,5%), que ceux engagés par le Ministère de la fonction publique (6,1%) et le Ministère de la santé publique (8,1%).

En 2008, les dépenses consacrées par le secteur public de soins de santé du Cameroun à l'absentéisme de courte durée parmi les 12681 prestataires de soins (personnels Étatiques et PPTE) qu'il comptait s'évaluaient à environ 1 830 882 780 FCFA (4 088 568,8 dollars US courants), ce qui représentait approximativement 2,1% des dépenses publiques de santé.

Tableau XXII. Pourcentages des salaires versés en paiement des absences en octobre 2008 par le Ministère de la fonction publique en fonction des catégories professionnelles

Catégories d'employés	Nombre d'employés	Taux d'absentéisme	Masse salariale (FCFA)	Montant versé pour l'absentéisme	% des salaires versés aux absents	% du coût total d'absentéisme
Médecins	53	12%	16 955 223	2 083 311	12,3%	41,9%
Para-médicaux	227	6%	46 976 139	2 884 380	6,1%	58,1%
Total	330	7,3%	63 931 362	4 967 691	7,8%	100%

Tableau XXIII. Pourcentages des salaires versés en paiement des absences en octobre 2008 par le Ministère de la santé publique en fonction des catégories professionnelles

Catégories d'employés	Nombre d'employés	Taux d'absentéisme	Masse salariale	Montant versé pour l'absentéisme	% des salaires versés aux absents	% du coût total d'absentéisme
Médecins	5	10%	1 229 664	132 752	10,8%	18,2%
Para-médicaux	45	8%	7 421 425	595 570	8,1%	81,7%
Total	50	8,1%	8 642 089	728 322	8,4%	100%

Tableau XXIV. Pourcentages des salaires versés en paiement des absences en octobre 2008 par les hôpitaux en fonction des catégories professionnelles

Catégories d'employés	Nombre d'employés	Taux d'absentéisme	Masse salariale	Montant versé pour l'absentéisme	% des salaires versés aux absents	% du coût total d'absentéisme
Médecins	15	18%	2 367 807	374 586	15,8%	73,1%
Para-médicaux	121	5%	3 183 170	137 771	4,3%	26,9%
Total	136	6,5%	5 550 977	512 357	9,2%	100%

Tableau XXV. Coût de l'absentéisme en 2008 pour le secteur public de soins de santé au Cameroun

Coûts	Montants en FCFA	Montants en dollars US courants ¹⁰ (2008)
Coût total de l'absentéisme pour 516 prestataires de soins de santé en octobre 2008	6 208 370	13 864
Coût moyen de l'absentéisme par employé par année = 6 208 370 x 12/516	144 380	332,42
Effectifs des prestataires de soins de santé du secteur public en 2008 ¹¹	12 681	
Coût total de l'absentéisme en 2008 pour le secteur public de soins de santé = 144 380 x 12 681	1 830 882 780	4 088 568, 8
Dépenses publiques de santé en 2008 ¹²	87 000 000 000	194 280 862,7
Pourcentage de dépenses publiques de santé	2,1%	

¹⁰ Taux de change courant : 447,8053 (2008) FCFA – BEAC = 1 dollar US. Source : Institut de la statistique du Québec- profil économique - Cameroun.

¹¹ Effectifs en 2008 des personnels de l'État (1364 médecins et 8017 infirmiers) et des personnels PPTE (n = 3300). Source : Ministère de la santé publique du Cameroun, cellule SIGIPES.

¹² Budget de fonctionnement (64 000 000 000 FCFA) et Budget de fonctionnement (23 000 000 000 FCFA). Source : Ministère de la santé publique du Cameroun, Sous-direction du Budget et du Financement.

Chapitre 7 : Discussion

Ce chapitre présente une discussion des résultats obtenus en fonction des trois objectifs de l'étude, les limites de l'étude, les implications de l'étude et des recommandations. Les objectifs de la présente étude étaient de mesurer le niveau d'absentéisme parmi le personnel prestataire de soins de santé dans la fonction publique hospitalière au Cameroun, de déterminer l'influence des caractéristiques personnelles et des facteurs occupationnels sur le comportement d'absence de ce personnel, et d'évaluer les répercussions économiques de l'absentéisme en termes de coûts associés à la perte de productivité pour l'employeur.

7.1 Niveau d'absentéisme

Le taux de participation moyen à cette recherche s'estime à 50,7%; ce taux variait en réalité entre 9,5% et 100% selon les hôpitaux. Les faibles taux de participation dans certaines formations sanitaires étaient principalement dus au manque de données sur l'absentéisme. En plus, certaines formations sanitaires n'ont pas du tout participé à l'étude; c'est le cas de l'Hôpital Central de Yaoundé et l'Hôpital de District de Loum. Le taux moyen de participation à cette étude est modeste lorsqu'on le compare au taux de 67% obtenus dans certaines études menées auprès des professionnels de la santé (Borda & Norman, 1997b). Néanmoins, il reste supérieur à 75% lorsqu'on exclut de l'étude l'Hôpital Laquintinie qui présente le taux de participation le plus faible, dû au manque de données sur l'absentéisme pour l'ensemble des personnels paramédicaux.

Ignorer cependant cet hôpital aurait conduit à une faible représentativité des médecins dans la présente étude, puisqu'il comprend à lui seul près de la moitié des médecins contenus dans l'échantillon. En fait, la charge substantielle de travail qu'occasionne l'enregistrement des absences et la transcription de données, le manque de motivation de la part des hôpitaux, ainsi que la peur d'être puni par l'administration centrale (Ministère de la santé publique), seraient sans doute des causes à l'origine du manque de données sur l'absentéisme dans les hôpitaux.

Sur les 516 personnes qui ont participé à l'étude, 93,4% avaient eu au moins une absence au travail durant un mois (octobre 2008). Cette incidence d'absence est très élevée lorsqu'on la compare avec les résultats obtenus dans d'autres institutions sanitaires, où seulement 53% (Isah, Omorogbe, Orji, & Oyovwe, 2008) et 74,29% (Becker & Oliveira, 2008) de la population étudiée avaient eu au moins une absence au travail dans toute une année. Le résultat obtenu ici serait attribuable en partie à la prise en compte des retards, plutôt que des journées entières exclusivement comme l'ont mesuré les autres études, dans le décompte des absences.

En un mois de travail, chaque participant a eu en moyenne 12 épisodes d'absences. Ceci est de loin plus élevé que les 10 épisodes d'absences par an considérés comme excessifs dans les hôpitaux (Taunton, Perkins, & Oetker-Black, 1995). De plus, 13 heures et 21 minutes représentaient le temps moyen perdu par chaque employé pendant la même période (octobre 2008), en raison des absences de courte durée. En extrapolant cette

durée sur l'année (Van Roijen, Essink-Bot, Koopmanschap, Bonsel, & Rutten, 1996), il en ressort qu'un prestataire de soins de santé qui exerce dans un hôpital public au Cameroun perdrait environ 160 heures de travail par an, soit près d'un mois de travail, en raison des absences de courte durée.

Le taux global d'absentéisme était de 7,2%. Si les hôpitaux qui n'ont pas fourni les statistiques l'ont fait parce que leur performance était mauvaise et qu'ils voulaient le cacher, on peut estimer que le taux réel d'absentéisme parmi les prestataires de soins du secteur public de santé au Cameroun est au moins aussi élevé, si non plus, que ce qu'on a trouvé ici. Néanmoins, ce taux est toujours plus élevé que le taux de 5% considéré comme excessif dans les institutions de soins de santé (Taunton, Perkins, & Oetker-Black, 1995). Il est encore de loin plus élevé que celui de 2,79% rapporté parmi le personnel infirmier au Brésil (Becker & Oliveira, 2008) et de 1,7% retrouvé parmi le personnel hospitalier au Nigéria (Isah, Omorogbe, Orji, & Oyovwe, 2008). Le taux d'absentéisme obtenu dans la présente étude serait probablement encore plus élevé si on avait mesuré les absences de plus de trois jours consécutifs, et si la période de collecte d'informations sur les absences s'était prolongée sur une année. En effet, une longue période d'enregistrement des absences aurait probablement donné lieu à plus d'absentéisme, causé par les difficultés de transport pendant les saisons de pluies, les rentrées scolaires, les fêtes de fin d'année et même les maladies associés aux changements de saisons (Eriksen, Bruusgaard, & Knardahi, 2003).

Dans les différents hôpitaux, les taux d'absentéisme étaient très variables, allant de 2% à 37%. Cette grande disparité entre les formations sanitaires quant aux taux d'absentéisme, serait attribuable à des caractéristiques propres à certains hôpitaux ou à certaines régions du Cameroun. On peut penser entre autres au style de gestion dans les hôpitaux, notamment le degré de contrôle et de supervision de la part de l'administration. On peut également penser à un facteur culturel, d'origine linguistique notamment, au niveau des régions, puisque six hôpitaux parmi les 15 qui ont participé à la présente étude appartiennent aux régions anglophones et les neuf autres aux régions francophones du Cameroun. Il faut souligner cependant que le calcul du taux d'absentéisme était relativement fiable dans la présente étude, puisqu'il était calculé sur un mois. En fait, lorsque le taux d'absentéisme est calculé sur un mois plutôt que sur une année, il est possible de maîtriser les effectifs inscrits (Gallois, 2005) et d'avoir moins de changements dans la situation de travail (Eriksen, Bruusgaard, & Knardahi, 2003).

On ne saurait terminer cette section sans aborder la question sur la fiabilité des informations documentées dans les dossiers administratifs. Cette question mérite une attention particulière lorsqu'on aborde la problématique d'absentéisme en milieu de travail dans un pays en développement. D'après Bourbonnais et Mondor (2001), la fiabilité et la complétude des données sur l'absentéisme dépendent de l'enregistrement systématique des absences en milieu de travail. En ce qui concerne la présente étude, compte tenu du fait que la rémunération additionnelle de performance (quote-part) octroyée mensuellement à chaque prestataire de soins de santé du secteur public au

Cameroun dépend entre autres des informations documentées dans les dossiers administratifs sur les absences de chaque employé, compte tenu du fait que ces informations servent de base de décision en ce qui concerne la politique sanitaire au Cameroun, et compte tenu du fait que la planification du travail dans les hôpitaux dépend des informations sur l'absentéisme des employés (Bourbonnais & Mondor, 2001), il est fort probable que l'enregistrement des absences ait été faite d'une manière rigoureuse et exhaustive dans la majorité des hôpitaux qui ont participé à la présente étude, puisque 10 hôpitaux sur 15 avaient des informations complètes sur les présences et les absences de l'ensemble des potentiels participants (voir tableau III).

7.2 Effets des facteurs personnels et occupationnels sur l'absentéisme

Dans la présente étude, les caractéristiques propres à l'individu, à l'exception du sexe, n'ont pas eu d'effet sur l'absentéisme; ce phénomène était essentiellement influencé par les facteurs occupationnels. Les facteurs occupationnels ayant eu un effet significatif sur l'absentéisme sont les suivants : l'unité de soins, le type d'emploi, le régime d'emploi, l'horaire de travail, le temps supplémentaire et la taille de l'hôpital.

7.2.1 Facteurs influençant l'absentéisme

7.2.1.1 L'unité de soins

L'unité de soins dans laquelle travaille le prestataire de soins n'était pas reliée à la fréquence d'absences. Cependant, les personnes qui travaillaient dans les services d'accueil et des urgences, et dans les services de chirurgie, avaient des durées moyennes d'absences significativement plus élevée (17 heures et 19 minutes, et 13 heures et 54 minutes respectivement), comparativement à celles qui travaillaient dans les services de gynécologie-obstétrique (11 heures 6 minutes) et pédiatrie (11 heures). Les deux services (accueil et urgences, et chirurgie) présentaient également les taux d'absentéisme les plus élevés (10,2% et 7,2% respectivement), comparativement à d'autres services. En analyse de régression multiple, le fait de travailler dans le service d'accueil et des urgences avait un effet positif sur la durée des absences. Ces résultats corroborent ceux de certains travaux antérieurs (Bourbonnais, Vinet, Vézina, & Gingras, 1992). Les problèmes d'ordre psychologique, en relation avec les types de patients qui entrent quotidiennement en contact avec les prestataires de soins, expliqueraient les taux d'absentéisme élevés dans les services d'accueil et des urgences.

7.2.1.2 Le type d'emploi

Le type d'emploi était associé à la fréquence des absences, puisque les personnels paramédicaux (infirmiers et aides soignants) présentaient une fréquence moyenne d'absences plus élevée (12 épisodes d'absences), que celle des médecins (10 épisodes

d'absences). Pourtant, dans l'analyse de régression multiple, cette variable n'avait pas un impact significatif sur la fréquence des absences.

En ce qui concerne la durée des absences, le type d'emploi, était associé à cette variable en analyse bivariée, car les médecins présentaient une durée moyenne d'absences significativement plus élevée (21 heures 30 minutes) que les personnels paramédicaux (12 heures). De la même façon, les médecins montraient un taux d'absentéisme significativement plus élevé (13,4%) que les personnels paramédicaux (6,2%). Lorsqu'on contrôlait pour les variables sociodémographiques et les autres variables occupationnels, l'effet du type d'emploi sur la durée des absences était non seulement significatif, mais cette variable était le deuxième contributeur le plus important ($\beta = 0,44$) de la durée des absences. Le fait d'être médecin plutôt qu'infirmier ou aide soignant a un effet positif sur la durée des absences. Ces résultats s'éloignent totalement de ceux rapportés par plusieurs chercheurs (Bamgboye & Adeleye, 1992; Lim, Chongsuvivatwong, Geater, Chayaphum, & Thammasuwan, 2002; Pines, Skulkeo, Pollak, & Steif, 1985) sur l'absentéisme en milieu hospitalier, qui démontrent qu'en général, les médecins présentent des taux d'absentéisme plus faibles que ceux d'autres travailleurs hospitaliers. La présente étude révèle que les médecins ne s'absentent pas aussi souvent que les autres employés, mais lorsqu'ils le font, c'est pour une durée plus longue. On ne saurait attribuer cet absentéisme élevé parmi les médecins aux maladies de courte durée, puisqu'ils ont l'habileté de reconnaître précocement une maladie imminente et de prendre le traitement approprié (Pines, Skulkeo, Pollak, & Steif, 1985)

sans avoir nécessairement besoin de prendre un congé de maladie. Ce taux d'absentéisme élevé parmi les médecins pourrait s'expliquer par l'insatisfaction de ces professionnels de la santé à l'égard de leur rémunération. En effet, depuis la double baisse des salaires survenue dans la fonction publique camerounaise en 1993, bon nombre de prestataires de soins de ce secteur, notamment les médecins, exercent également dans le secteur privé, même pendant les heures de travail dans les hôpitaux où ils sont affectés (Israr, Razum, Ndiforchu, & Martiny, 2000), afin d'accroître leurs gains financiers. Les occasions d'emploi qu'offre le secteur privé dans le domaine de soins de santé au Cameroun, associées à une insuffisance de contrôle et de supervision de la part de l'administration (Israr, Razum, Ndiforchu, & Martiny, 2000), sont autant d'éléments qui joueraient en faveur du taux d'absentéisme élevé parmi les médecins.

7.2.1.3 Le régime d'emploi

En ce qui a trait à l'effet du régime d'emploi, c'est-à-dire du statut d'emploi, sur le comportement d'absence des professionnels de la santé, les taux d'absentéisme ne différaient pas de manière significative entre les personnels de l'État (7,3%), qui ont des emplois mieux sécurisés, les personnels PPTE (8,1%), qui ont des emplois relativement sécurisés, et les personnels temporaires et communautaires qui ont des emplois précaires (6,5%). Il n'y avait pas d'association entre le régime d'emploi et la durée des absences en analyse bivariée, mais le personnel PPTE s'absentait plus fréquemment (14 épisodes d'absences) que le personnel de l'État (11 épisodes d'absences). À l'analyse de régression multiple, le fait d'être un personnel PPTE plutôt qu'un personnel de l'État

avait un effet significatif et positif sur la fréquence des absences. Ces résultats sont contraires à ceux des études antérieures (Becker & Oliveira, 2008; Lim, Chongsuvivatwong, Geater, Chayaphum, & Thammasuwan, 2002; Reis et al., 2003) qui soutiennent qu'un emploi peu sécurisé prédispose à moins d'absentéisme. En effet, le personnel PPTE travaille sous un régime de contractuel et la durée du contrat est de deux à trois ans. Au terme de ce contrat, il peut être recruté dans la fonction publique s'il est jugé performant. Comment donc expliquer un absentéisme élevé chez un tel personnel? Les résultats obtenus dans la présente étude pourraient être attribués d'une part au fait que les personnels PPTE au Cameroun accusent en général des irrégularités et des retards pouvant aller jusqu'à plusieurs mois dans le paiement de leur salaire. Ce facteur pourrait constituer une source de démotivation à l'origine de la fréquence d'absences élevée parmi ce personnel.

7.2.1.4 L'horaire de travail

Les personnes qui travaillaient selon un horaire fixe, c'est-à-dire de 7h30 à 15h30 du lundi au vendredi, comparativement à celles qui travaillaient selon un horaire rotatif, avaient des fréquences (15 épisodes d'absences vs 10 épisodes d'absences) et des durées d'absences (15 heures et 36 minutes vs 12 heures et 6 minutes) plus élevées; il en était de même pour les taux d'absentéisme (8,9% vs 6,2%). À l'analyse de régression multiple, le type d'horaire de travail avait un impact significatif et l'effet le plus important ($\beta = 0,457$) sur la fréquence des absences; cette variable avait également un effet significatif sur la durée des absences. En fait, le fait de travailler selon un horaire

fixe plutôt que rotatif a un effet positif sur la fréquence et la durée des absences. Ces résultats corroborent ceux des travaux menés par Lim et al. (2002) parmi le personnel de santé, qui rapportent que le quart de travail rotatif réduit l'absentéisme de courte durée. Des résultats semblables ont également été démontrés par d'autres auteurs (Bourbonnais, Vinet, Vézina, & Gingras, 1992; Nicholson, Jackson, & Howes, 1978), qui soutiennent que la fréquence des absences est plus élevée parmi les personnes qui commencent habituellement le travail dans la matinée. On peut attribuer en partie les résultats obtenus dans la présente étude au fait que les gens qui travaillent tous les jours ont peu de temps de récupération physique et psychologique (Bourbonnais, Vinet, Vézina, & Gingras, 1992). Ils ont également peu de temps ou presque pas le temps de résoudre leurs différents problèmes d'ordre administratif tels que le suivi des dossiers ou la signature (ou la légalisation) de documents dans d'autres administrations publiques, puisqu'au Cameroun, la grande majorité des administrations publiques fonctionnent selon les mêmes horaires de travail que les personnes qui travaillent selon les horaires fixes dans les formations sanitaires publiques.

La durée de l'horaire de travail, c'est-à-dire le nombre d'heures de travail prévues pour le professionnel de soins de santé en octobre 2008, était positivement associée à la fréquence et à la durée des absences en analyse bivariée. À l'analyse de régression multiple, la durée de l'horaire de travail avait un effet positif et considérable sur la fréquence ($\beta = 0,385$) et la durée ($\beta = 0,587$) des absences. De longues heures de

travail ont souvent été associées à une augmentation des absences en raison des maladies ou des accidents de travail (Curtis, Tompa, Zhoa, Pole, & al., 2008). Les résultats observés dans la présente étude seraient attribuables à la fatigue que peuvent accuser les personnes qui effectuent de longues heures de travail.

7.2.1.5 Le temps supplémentaire

Dans la population étudiée, il n'existait pas de lien entre le temps supplémentaire de travail et la durée des absences. Les taux d'absentéisme n'étaient pas significativement différents entre les personnes qui faisaient des heures supplémentaires de travail et celles qui n'en faisaient pas. Par contre, les personnes qui faisaient des heures de travail supplémentaires étaient moins fréquemment absentes que celles qui n'en faisaient pas (10 épisodes d'absences contre 14). À l'analyse de régression multiple, le temps supplémentaire avait un impact significatif sur la fréquence des absences : le fait de faire du temps supplémentaire de travail diminuait la fréquence des absences. Ces résultats sont contraires à ceux rapportés par la majorité des auteurs (Backer, Heiler, & Ferguson, 2001; Curtis, Tompa, Zhoa, Pole, & al., 2008), qui soutiennent que l'accumulation des heures supplémentaires contribue à augmenter le taux d'absentéisme. Étant donné que les heures supplémentaires de travail dans les hôpitaux publics du Cameroun sont en général volontaires, et non rémunérées, il est tout à fait surprenant de constater que les gens qui font des heures supplémentaires de travail volontaires et non payées, soient plus assidus au travail, alors qu'ils devraient avoir tendance à s'absenter pour se reposer, en

raison de la fatigue. La conscience professionnelle pourrait être une explication possible du faible taux d'absentéisme observé chez les personnes qui font les heures supplémentaires. On peut également penser que les heures supplémentaires de travail permettraient aux prestataires de soins d'accroître leurs ressources financières dès lors que les formations sanitaires publiques au Cameroun constituent dans la grande majorité des cas des lieux de source de revenu supplémentaire pour les prestataires de soins de santé, en raison en particulier des rançonnements des malades (Israr, Razum, Ndiforchu, & Martiny, 2000).

7.2.1.6 La taille de l'hôpital

Les personnes qui travaillaient dans des hôpitaux régionaux (hôpitaux de 100 lits et plus) étaient absentes significativement plus souvent (12 épisodes d'absences) que celles qui travaillaient dans des hôpitaux de district (11 épisodes d'absences). À l'analyse de régression multiple, le fait de travailler dans un hôpital régional plutôt que dans un hôpital de district avait un effet positif sur la fréquence des absences. Des résultats semblables avaient déjà été rapportés par d'autres auteurs (Taunton, Perkins, & Oetker-Black, 1995). La fréquence élevée des absences dans les hôpitaux régionaux dans la présente étude pourrait s'expliquer par une insuffisance de contrôle et de supervision des employés de la part de l'administration, compte tenu du nombre important de personnes qui travaillent dans ces établissements. Cette situation est probablement favorisée par des lacunes en gestion des ressources humaines qu'ont la plupart des administrateurs des

hôpitaux publics au Cameroun, puisqu'ils sont des médecins sans formation en administration dans la majorité des cas.

7.2.2 Facteurs n'influençant pas l'absentéisme

7.2.2.1 L'ancienneté

Dans la présente étude, il n'y avait pas de lien significatif entre l'ancienneté dans la formation sanitaire et le taux d'absentéisme. L'ancienneté à l'hôpital n'était pas non plus associée à la durée des absences. Ces résultats corroborent parfaitement ceux des recherches antérieures (Pocock, 1973). La fréquence des absences par contre augmentait significativement avec le nombre d'années en service à l'hôpital. Ceci est en parfaite harmonie avec d'autres études menées chez le personnel de la santé (Pines, Skulkeo, Pollak, & Steif, 1985). Cependant, l'analyse de régression multiple a révélé que cette variable n'était pas un facteur explicatif de la fréquence des absences. En conclusion, on ne saurait expliquer l'absentéisme de courte durée parmi les prestataires de soins de santé des hôpitaux publics du Cameroun par l'ancienneté dans la formation sanitaire. De tels résultats ont été retrouvés dans d'autres études menées en Thaïlande (Lim, Chongsuvivatwong, Geater, Chayaphum, & Thammasuwan, 2002), qui rapportent que l'ancienneté dans la formation sanitaire ne constitue pas un prédicteur significatif de l'absentéisme de courte durée. Ce qui est surprenant, c'est que les gens qui avaient moins d'un an d'ancienneté à l'hôpital avaient des taux d'absentéisme qui ne différaient pas significativement de ceux des gens qui avaient plus d'ancienneté. Pourtant, certains

auteurs (Pines, Skulkeo, Pollak, & Steif, 1985; Pocock, 1973) rapportent que les nouveaux employés sont les plus assidus. Ces résultats auraient été influencés par la forte représentativité, dans ce sous groupe, des personnels de l'État (fonctionnaires et contractuels d'administration) nouvellement affectés dans les hôpitaux. Cette catégorie d'employés a le privilège d'avoir un emploi relativement stable et mieux sécurisé, alors que les administrateurs locaux ont un pouvoir très limité sur eux; ceci motiverait cette catégorie de professionnels à adopter un comportement d'absence dès les premiers mois de service dans la formation sanitaire.

7.2.2.2 La rémunération

Il n'y avait pas de lien significatif entre la rémunération des employés et la fréquence des absences. À l'inverse, les durées d'absences et les taux d'absentéisme étaient significativement plus élevés parmi les personnes qui étaient les mieux rémunérées. Des résultats similaires avaient été rapportés par d'autres auteurs (Munce, Stansfeld, Blackmore, & Stewart, 2007) dans la communauté canadienne. À l'analyse de Corrélations, cette variable était fortement corrélée à plusieurs autres variables explicatives du modèle, créant ainsi des problèmes de multicollinéarité; ce qui a motivé l'exclusion de cette variable des analyses de régression multiple. Néanmoins, il serait important d'examiner la relation entre le revenu et cet absentéisme, en considérant la catégorie professionnelle, c'est-à-dire le type d'emploi. En effet des taux d'absentéisme élevés ont été observés dans la présente étude parmi les personnes les mieux rémunérées. On pourrait expliquer cela par le fait que les personnes les mieux

rémunérées sont en général les personnes les mieux gradées, donc les médecins. Une corrélation forte ($r = 0,60$) a d'ailleurs été observée dans la présente étude entre la rémunération et le type d'emploi (médecin).

7.2.2.3 L'âge

L'âge n'était associé ni à la fréquence des absences, ni à la durée des absences. Les taux d'absentéisme étaient semblables dans toutes les tranches d'âge. Des études antérieures (Eriksen, Bruusgaard, & Knardahi, 2003; Siu, 2002) avaient démontré qu'il n'existait pas de relation entre l'âge et l'absentéisme parmi les professionnels de la santé, mais il est généralement admis que les personnes plus âgées ont dans l'ensemble peu d'absences de courte durée (Al Sanie & Haxhe, 1987; Bamgboye & Adeleye, 1992; Chadwick-Jones, Nicholson, & Brown, 1982), comparativement à celles qui sont plus jeunes. Ceci serait dû en partie aux plus grandes responsabilités que les employés plus âgés assument dans l'organisation. Les personnes les plus âgées (plus de 44 ans) représentaient près de la moitié (43,4%) de l'échantillon utilisé dans la présente étude. Cependant, bon nombre de ces personnes n'occupent pas toujours de grandes responsabilités dans les hôpitaux où elles travaillent. Ceci expliquerait en partie l'absence de lien entre l'âge et l'absentéisme dans la population étudiée.

Une corrélation modérée et positive ($r = 0,52$) a été démontrée entre l'âge et l'ancienneté à l'hôpital dans la présente étude. Une telle corrélation avait déjà été rapportée par d'autres auteurs (Chadwick-Jones, Nicholson, & Brown, 1982). Ceci suggère que les

effets de l'âge sur l'absentéisme sont vraisemblablement ceux de l'ancienneté dans l'organisation.

7.2.2.4 Le statut civil

Le statut civil de l'individu ne présentait pas de lien avec la fréquence et la durée des absences. Les taux d'absentéisme ne différaient pas significativement selon le statut civil chez la femme. Par contre, les hommes encore ou précédemment mariés présentaient des taux d'absentéisme significativement plus élevés (7,9%) que leurs collègues qui étaient encore célibataires (4,5%). Certains auteurs (Kivimäki et al., 2001) avaient déjà rapporté l'absence d'association entre le statut civil et l'absentéisme parmi les professionnels de la santé de sexe féminin. Le taux d'absentéisme élevé observé parmi les hommes encore ou précédemment mariés dans la présente étude pourrait encore s'expliquer par les charges de famille que supportent ce groupe de personnes comparativement à leurs homologues qui ne sont pas mariés.

7.2.2.5 Les responsabilités familiales

Dans la population étudiée, la responsabilité de famille, mesuré par le nombre d'enfants à charge, ne présentait aucun lien avec la fréquence et la durée des absences. Ces résultats sont en accord avec les conclusions de certains travaux (Johns, 1978).

7.2.2.6 Le niveau d'éducation

En ce qui a trait à l'effet du niveau d'éducation sur l'absentéisme, il n'y avait pas d'association entre la fréquence des absences et le niveau d'éducation atteint par les

individus. Cependant, le taux d'absentéisme était significativement plus élevé parmi les personnes qui avaient atteint le niveau universitaire (11,2%), comparativement à celles qui avaient atteint le niveau du primaire (7,3%) et du secondaire de 1^{er} ou de 2^e cycle (5,3% et 6,9% respectivement). En ce qui concerne la durée des absences, elle était significativement plus élevée parmi les personnes qui avaient atteint le niveau universitaire (17 heures 54 minutes) et le niveau du primaire (14 heures 12 minutes), comparativement à celles qui avaient atteint le niveau du secondaire de 1^{er} cycle ou de 2^e cycle (10 heures 36 minutes, et 12 heures et 18 minutes respectivement). Lorsqu'on contrôlait pour les variables sociodémographiques et les autres facteurs occupationnels, le niveau d'éducation n'avait pas d'impact significatif sur la durée des absences. Ces résultats concordent avec ceux retrouvés dans d'autres études (Lim, Chongsuvivatwong, Geater, Chayaphum, & Thammasuwan, 2002), qui démontrent que le niveau d'éducation n'explique pas l'absentéisme de courte durée dans les institutions de soins de santé.

7.3 Coûts de l'absentéisme

Sur un montant de 78 124 428 FCFA (174 460,7 dollars US courants en 2008) représentant la rémunération de 516 prestataires de soins de santé qui travaillaient en octobre 2008 dans les hôpitaux publics du Cameroun, 6 208 370 FCFA (13 864 dollars US courants en 2008), soit environ 8% de la masse salariale était destiné au paiement des retards et des absences de 3 jours consécutifs et moins. En extrapolant le coût mensuel de ces absences sur les 12 mois de l'année, on estime à environ 74 500 440

FCFA (166 367,9 dollars US courants en 2008) par an, le coût total de l'absentéisme de courte durée pour 516 professionnels de soins de santé du secteur public au Cameroun, soit l'équivalent d'à peu près un mois de salaire pour l'ensemble des employés. Les absences de courte durée parmi les prestataires de soins de santé dans la fonction publique hospitalière au Cameroun coûtent ainsi à chaque employeur 144 380 FCFA (322,4 dollars US courants en 2008) en moyenne par an et par employé.

Le Ministère de la fonction publique était responsable de 80% des sommes versées en paiement de ces absences, alors que le taux d'absentéisme des employés relevant de ce département ministériel se situait autour de la moyenne générale, soit 7,3%. Ces résultats pourraient s'expliquer par la forte représentativité du personnel étatique dans l'échantillon utilisé pour cette recherche.

Le pourcentage de salaire versé en paiement des absences était plus élevé parmi les médecins, comparativement aux personnels paramédicaux, allant de 15,8% pour les médecins engagés par les hôpitaux (temporaires et communautaires) à 10,8% pour les médecins engagés par le Ministère de la santé publique (personnel PPTE), en passant par 12,3% pour les médecins engagés par le Ministère de la fonction publique (personnel de l'État). Le taux d'absentéisme élevé dans cette catégorie de professionnels expliquerait ces résultats.

Les pourcentages des salaires affectés aux personnels paramédicaux en paiement de l'absentéisme étaient plus faibles pour les hôpitaux, soit 4,3%, comparativement à 6,1% et 8,1% pour le Ministère de la fonction publique et le Ministère de la santé publique

respectivement. Le plus grand pouvoir qu'ont les administrateurs des hôpitaux sur les personnels paramédicaux recrutés localement expliquerait en partie ces résultats. En effet, de par leur éloignement des établissements de santé, les deux ministères mentionnés exercent une moins grande surveillance sur leurs employés que les administrations hospitalières locales elles-mêmes.

En 2008, le secteur public des soins de santé au Cameroun a dépensé environ 1 830 882 780 FCFA (4 088 568,8 dollars US courants) pour l'absentéisme de courte durée parmi les prestataires de soins de santé, ce qui représentaient approximativement 2,1% des dépenses publiques consacrées à la santé. La réduction de cet absentéisme (7,2%) à un taux raisonnable de 5% environ (Taunton, Perkins, & Oetker-Black, 1995) aurait pour résultat non seulement un effet substantiel sur les vies humaines, mais la réalisation d'économies de l'ordre de 559 436 405 FCFA par année pour 12 681 prestataires de soins de santé, soit l'équivalent de 1 249 285 dollars US courants (2008).

7.4 Limites de l'étude

L'objet de la présente recherche était de dresser un portrait de l'absentéisme dans la fonction publique hospitalière au Cameroun et d'estimer le coût de cet absentéisme pour les employeurs.

Cette première étude exploratoire n'avait pas pour but de considérer tous les aspects du phénomène, notamment les aspects psychologiques, les aspects organisationnels, et les aspects environnementaux. En effet, ceci aurait été très difficile, compte tenu de la

grande abondance des données qu'il aurait fallu recueillir et des analyses statistiques qu'elle aurait requises. Néanmoins, le modèle étudié permet d'expliquer une part importante de la variation de la fréquence et de la durée des absences (36,7% et respectivement 38,6%); ce résultat aurait peut-être pu être plus important si on avait pris en compte plus de variables explicatives.

La présente étude fournit un bon estimé de l'ampleur du problème de l'absentéisme dans les hôpitaux publics camerounais. Elle souligne la nécessité de s'y attaquer pour améliorer la performance du système de soins de santé et réduire les coûts. Cependant, les résultats de la présente étude ne valent que pour les prestataires de soins de santé du secteur public des régions du Cameroun où s'est déroulée l'étude.

Le taux de participation général a été modeste; ceci est dû particulièrement au manque de données dans certains hôpitaux. Il est cependant très difficile d'établir l'influence des non-participants sur les résultats obtenus, puisque leurs caractéristiques ne sont pas connues, et par conséquent, n'ont pas été comparées à celles des participants. Il n'y a donc aucune raison valable de penser que cette situation aurait créé ou non des biais dans les résultats.

Mais le risque de potentiels biais de sélection qui seraient occasionnés par la rétention d'informations sur de mauvais dossiers (c'est-à-dire des rapports sur les personnes ayant un absentéisme excessif) par les hôpitaux qui ont eu un faible taux de participation demeure non négligeable. En fait, en raison du fait que la présente étude était supervisée par le Ministère de la santé publique, malgré l'assurance de l'anonymat et de la

confidentialité des informations recueillies sur les employés et les institutions sanitaires, il y a de fortes possibilités que les hôpitaux ayant participé faiblement aient caché les rapports provenant des départements ou des services dans lesquelles se trouvaient un absentéisme excessif, afin que ne soit pas ternie l'image de l'hôpital.

Le taux de participation se serait peut être amélioré s'il y avait eu des incitatifs à transcrire les informations sur les fiches de collecte de données, étant donné la charge de travail supplémentaire qu'occasionnait cette transcription; mais aucune prime n'a été donnée aux employés qui avaient effectué ce travail, étant donné les ressources très limitées de la présente recherche.

La présente étude révèle des écarts importants des niveaux d'absentéisme inter-institutionnels. De telles disparités suscitent un intérêt autour de la question des effets du contexte organisationnel et même régional sur le comportement d'absence des employés dans les différents hôpitaux du Cameroun. Cet aspect constitue une lacune à cette étude qui se limite à un modèle au niveau individuel, ne prenant pas en compte l'influence de la dimension contextuelle sur les individus.

La question de la sous-estimation des taux d'absentéisme demeure puisque les absences de plus de trois jours consécutifs n'ont pas été calculées.

Les coûts administratifs de gestion et de reprogrammation des services, en vue de résoudre les problèmes créés par les employés absents, n'ont pas été pris en compte dans l'estimation du coût de l'absentéisme présenté dans la présente étude. Ceci était dû d'une part, à la grande variabilité de la politique des hôpitaux en matière d'absentéisme,

et d'autre part, à la difficulté à mesurer ces coûts au niveau des hôpitaux, puisque les activités y afférents étaient rarement documentées. L'estimation des dépenses consacrées à l'absentéisme des prestataires de soins de santé en 2008 par le secteur public de soins de santé au Cameroun ne prend pas en compte les dépenses engendrées par les personnels temporaires et communautaires; les informations concernant les effectifs de ces personnels n'étant pas disponibles au niveau national. Cependant, une question demeure, ce à quoi correspond l'impact de cet absentéisme sur les patients.

7.5 Implications pour la recherche et la gestion

7.5.1 Quelques considérations concernant la recherche

La présente étude dévoile la complexité d'étudier la question sur l'absentéisme en milieu de travail dans la fonction publique au Cameroun. Le problème d'absentéisme est chronique dans la fonction publique hospitalière au Cameroun. La collecte de données est problématique parce qu'il y a des hôpitaux où on n'a pas obtenu les données dans tous les départements, à l'exemple de l'Hôpital Laquintinie de Douala, et des hôpitaux où on n'a pas du tout obtenu de données, à l'exemple de l'Hôpital de district de Loum. Parfois, les données ne sont pas accessibles, puisque les hôpitaux ne veulent pas les fournir. Il y a aussi une culture où on cesse de recueillir les informations quand les gens cessent de venir au travail.

7.5.2 Quelques considérations concernant la gestion

Les administrations locales n'ont pas le moyen de contrôler les employés. Il y a un décalage entre le terrain et l'administration centrale; la gestion des ressources humaines est insuffisante et peu rationalisée car il n'existe pas de profil de carrière pour les employés.

Les professionnels de santé sont insatisfaits à l'égard de la rémunération et sont complètement démotivés. Ceci a pour conséquence la conduite inappropriée des professionnels de la santé à l'égard des devoirs professionnels, à l'exemple des médecins qui abandonnent des malades du secteur public pour la recherche de revenu additionnel dans le secteur privé, ou des personnels PPTE qui échappent au contexte de travail démotivant en s'absentant régulièrement. Les heures de travail sont longues (près de 47 heures par semaine par employé) et peu flexibles pour les personnes qui travaillent selon les horaires fixes. Les professionnels rencontrent également des problèmes d'ordre psychologiques, notamment dans les services d'accueil et des urgences, et les services de chirurgie.

7.6 Recommandations

Suite aux résultats de la présente étude, les recommandations proposées afin de réduire l'absentéisme de courte durée parmi les prestataires de soins de santé dans la fonction publique camerounaise concernent essentiellement la gestion et la recherche.

En ce qui a trait à la gestion, il est important à court terme, de mettre en place des horaires de travail plus flexibles, c'est-à-dire favoriser les horaires rotatifs et ramener le temps de travail à la durée légale de travail, soit 40 heures par semaine. La diminution du temps de travail oblige certainement l'embauche. Comme le nombre de salariés va augmenter après cette diminution de la durée du temps de travail, la masse salariale va également augmenter (Blum, 1995), étant donné que la rémunération est mensuelle. La rémunération en fonction du temps effectivement travaillé pourrait permettre de réduire l'absentéisme et de favoriser l'emploi efficient des ressources financières disponibles. Cependant, ce mode de rémunération implique un contrôle administratif assez lourd (Contandriopoulos, Champagne, & Barris, 1993). Mais avant tout, l'amélioration du niveau de rémunération des professionnels de la santé s'avère nécessaire. Il serait également important de mettre en place un programme de lutte contre le stress en milieu hospitalier, ayant pour cibles essentielles les services d'accueil et des urgences (Bourbonnais, Vinet, Vézina, & Gingras, 1992).

À moyen terme, il serait important de définir un profil de carrière pour les employés, de mettre plus d'accent sur l'éthique médicale dans les écoles de formations, et de décentraliser au niveau des hôpitaux les pouvoirs décisionnels, notamment en matière d'administration des ressources humaines. Dans un contexte de décentralisation, il est important de renforcer les capacités de gestion à tous les niveaux du système (Ministère de la santé, 2002), en particulier au niveau des administrateurs d'hôpitaux.

En ce qui a trait à la recherche, l'approfondissement des recherches sur le comportement d'absence du professionnel de la santé d'avère nécessaire. Des études ultérieures pourraient s'orienter vers l'identification des causes réelles de cette pratique d'absentéisme, en particulier parmi les médecins, afin de mettre sur pied une politique réellement adéquate de réduction de l'absentéisme parmi les professionnels de la santé dans la fonction publique camerounaise. Pour ce faire, la collecte d'informations sur les présences et les absences des employés dans les formations sanitaires publiques devra être systématique et faite de façon routinière. Les données y afférents devront être documentées. Ces données devront être traitées de manière permanente et analysées par les responsables de chaque niveau pour l'exploitation rapide, avec un feed-back régulier au niveau de chaque structure, vers les groupes cibles (Ministère de la santé, 2002). La disponibilité des données sur l'absentéisme au travail pourrait permettre de poursuivre les recherches sur ce phénomène afin d'améliorer les politiques sanitaires, mais aussi, elle pourrait permettre d'apprécier l'amélioration ou la dégradation de la situation dans le temps (Gallois, 2005).

L'élaboration de recherches disposant de données portant sur davantage de facteurs, et surtout d'échantillons plus larges dans différents hôpitaux, pourrait permettre de saisir les effets du contexte organisationnel et régional sur le comportement d'absence des prestataires de soins de santé, et faire ressortir de façon plus marquante les facteurs qui expliquent les variations importantes de ce comportement à travers les institutions sanitaires publiques du Cameroun.

Chapitre 8 : Conclusion

De façon générale, on peut dire que les objectifs de cette étude ont été atteints. Le premier objectif consistait à mesurer le niveau d'absentéisme parmi le personnel prestataire de soins de santé dans la fonction publique au Cameroun. Les résultats montrent que sur les 516 personnes qui composaient l'échantillon, 482, soit 93,4% avaient eu au moins une absence au travail au mois d'octobre 2008. Le taux d'absentéisme global était de 7,2%, et variait entre 2% et 37% dans les hôpitaux. Chaque participant avait eu en moyenne 12 épisodes d'absences pendant cette période, et la durée moyenne d'absences par participant était d'environ 13 heures et 21 minutes.

Le deuxième objectif poursuivi par la présente étude était de déterminer l'influence des caractéristiques personnelles et des facteurs occupationnels sur le comportement d'absence parmi ces prestataires de soins de santé. Les résultats montrent que la durée de l'horaire de travail, le fait de travailler dans un hôpital régional, le fait de travailler selon un horaire de fixe, d'être un personnel PPTE et de ne pas effectuer du temps supplémentaire, sont associés significativement à une plus grande fréquence des absences. La durée de l'horaire de travail, le fait d'être médecin, de travailler dans un service d'accueil et des urgences, de travailler selon un horaire fixe et d'être une femme, ont un lien significativement positif avec la durée des absences. L'âge, le statut civil, les

responsabilités familiales (nombre d'enfants), le niveau d'éducation et l'ancienneté dans l'hôpital, ne sont pas reliés à l'absentéisme.

Le troisième objectif était d'évaluer les répercussions économiques de l'absentéisme en termes de coûts associés à la perte de productivité pour l'employeur. L'absentéisme de courte durée parmi les prestataires de soins de santé des hôpitaux publics du Cameroun a absorbé environ 8% de la masse salariale au mois d'octobre 2008. Le Ministère de la fonction publique était responsable de 80% des sommes versées en paiement des absences, alors que le Ministère de la santé publique et les hôpitaux n'étaient responsables respectivement que de 11,7% et 8,3% de cette somme. On estime à environ 4 088 568 dollars US courants les dépenses consacrées par le secteur public de soins de santé à cet absentéisme en 2008, ce qui représentait approximativement 2,1% des dépenses publiques de santé.

La présente étude révèle l'importance des facteurs occupationnels, en particulier de l'horaire de travail et du type d'emploi, dans la survenue des absences de courte durée parmi les prestataires de soins de santé dans la fonction publique hospitalière au Cameroun. Elle fait également émerger quelques problèmes importants qui entourent le système public de soins de santé, notamment ceux relatifs à l'administration des ressources humaines, au financement du système de santé et à la recherche dans le domaine de l'administration des services de santé.

La réduction de l'absentéisme de courte durée parmi ces professionnels de santé passe par l'amélioration du style de gestion des hôpitaux et l'approfondissement des recherches sur le comportement d'absence parmi ces professionnels.

Références

- Adams, A., & Bond, S. (2003). Staffing in acute hospital wards: Part 2. Relationships between grade mix, staff stability and features of ward organizational environment. *Journal of Nursing Management*, 11 (5), 287-292.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. M. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Akerstedt, T., Keeklund, G., Alfredsson, L., & Selen, J. (2007). Predicting long-absence from sleep and fatigue. *Journal of Sleep Research*, 16(4), 341 - 345.
- Al-Shammari, S. A., Bamgboye, E. A., & Olubuyide, I. O. (1994). Sickness absenteeism among employees of a teaching hospital in Saudi Arabia. *Journal of the Royal Society of Health*, 114 (1), 6 - 10.
- Al Sanie, S., & Haxhe, J. J. (1987). A study on absenteeism among hospital personnel. *Acta Hosp.*, 27(3), 31-39.
- Alexanderson, K., Sydsjö, A., Hensing, G., Sydsjö, G., & Carstensen, J. (1996). Impact of pregnancy on gender differences in sickness absence. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24(3), 169-176.
- Backer, A., Heiler, K., & Ferguson, S. A. (2001). The effects of roster schedule change from 8- to 12-hour shifts on health and safety in a mining operation. *Journal of Human Ergology*, 30 (1-2), 65-70.
- Bamgboye, E. A., & Adeleye, A. I. (1992). Sickness absenteeism in a Nigerian teaching hospital. *East African Medical Journal* 69(8), 450-455.
- Bamgboye, E. A., Olubuyide, I. O., & Al-Shammari, S. (1993). The rate of sickness absenteeism among employees at King Khalid university hospital, Riyadh, Saudi Arabia. *East African Medical Journal*, 70(8), 515-518.
- Banque mondiale. (2008a). *Banque mondiale au Cameroun: fiche pays*. Récupéré le 12/12/2008 de <<http://go.worldbank.org/P4A5SXXB40>>
- Banque mondiale. (2008b). *Pays et régions - Cameroun - Données statistiques: Cameroon at a glance*. Récupéré le 14/12/2008 de http://devdata.worldbank.org/AAG/cmr_aag.pdf
- Barton, J. (1994). Choosing to work at night: A moderating influence on individual tolerance to shift work. *Journal of Applied Psychology*, 79(3), 449-454.

- Becker, S. G., & Oliveira, M. L. C. (2008). Study on absenteeism of nursing professionals in a psychiatric center in Manaus. *Brazil. Rev. Latino-am*, 16(1), 109 - 114.
- Behrend, H. (1953). Absence and labour turnover in a changing economic climate. *Occupational Psychology*, 27(2), 69-75.
- Berger, M. C., Murray, J. F., Xu, J., Pauly, M., & al. (2001). Alternative valuations of work loss and productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(1), 18-24.
- Blum, R. (1995). *Le partage du temps de travail*. Paris: Harmattan.
- Bodart, C., Servais, G., Mohamed, Y., & Schmidt-Ehry, B. (2001). The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 16(1), 74 - 86.
- Borda, C. B., & Norman, I. J. (1997a). Factors influencing turnover and absence of nurses: A research review. *International Journal of Nursing Studies*, 34(6), 385-394.
- Borda, C. B., & Norman, I. J. (1997b). Testing a model of absence and intent to stay in employment : A study of registered nurses in Malta. *International Journal of Nursing Studies*, 34(5), 375-384.
- Bourbonnais, R., & Mondor, M. (2001). Job strain and sickness absence among nurses in the province of Quebec. *American Journal of Industrial Medicine*, 39, 194-202.
- Bourbonnais, R., Vinet, A., Vézina, M., & Gingras, S. (1992). Certified sick leave as non – specific morbidity indicator : A case-referent study among nurses. *British Journal of Industrial Medicine*, 49, 673-678.
- Brooke, P. P. (1986). Beyond the Steers and Rhodes model of employee attendance. *Academy of Management Review*, 11(2), 345-361.
- Ceria, C. D. (1992). *Testing Brooke's causal model of absenteeism on nurses*. Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University.
- Chadwick-Jones, J. K., Brown, C. A., & Nicholson, N. (1973). Absence from work: Its meaning, measurement, and control. *International Review of Applied Psychology*, 22(2), 137-154.
- Chadwick-Jones, J. K., Brown, C. A., Nicholson, N., & Sheppard, C. (1971). Absence measures: Their reliability and stability in an industrial setting. *Personnel Psychology*, 24, 463-470.

- Chadwick-Jones, J. K., Nicholson, N., & Brown, C. A. (1982). *Social Psychology Absenteeism*. New York: Praeger.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., & Barris, E. (1993). La rémunération des professionnels de santé. *Journal d'Économie Médicale*, 11(1), 405-421.
- Cristal-Peter, J., Crown, W. H., GoetzeL, R. Z., & Schutt, D. C. (2008). The cost of productivity losses associated with allergic rhinitis. *The American Journal of Managed Care*, 6(3), 373-378.
- Curtis, B. F., Tompa, E., Zhoa, R., Pole, J. D., & al. (2008). The relationship between job tenure and work disability absence among adults: A prospective study. *Accident Analysis and Prevention*, 40, 368-375.
- Dellve, L., Eriksson, J., & Vilhelmsson, R. (2007). Assessment of long-term work attendance within human service organizations. *Work*, 29, 71-80.
- Dion, H. (1986). *Dictionnaire canadien des relations de travail*. Quebec: Presses de l'Université Laval.
- Eriksen, W., Bruusgaard, D., & Knardahi, S. (2003). Work factors as predictors of sickness absence: A three month prospective study of nurses 'aides. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 271-278.
- Eriksen, W., Bruusgaard, D., & Knardalh, S. (2004). Work factors as predictors of intense or disabling low back pain: A prospective study of nurses'aides. *Occupational and Environmental Medicine* 61(5), 398-404.
- Eshøj, P., Jepsen, J. R., & Nielsen, V. C. (2001). Long-term sickness absence – risk indicators among occupationally active residents of a Danish country. *Occupational Medicine*, 51(5), 347-353.
- Estryng-Behar, M., & Kaminski, M. (1985). Rates of sickness absenteeism among employees of a modern hospital: The role of demographic and occupational factors. *British Journal of Industrial Medicine*, 42, 787-788.
- Fitzgibbons, D., & Moch, M. (1980). Employee absenteeism: A multivariate analysis with replication. *Organizational Behaviour and Human Performance*, 26, 349-372.
- Fox, W. (1999). *Statistiques sociales*. (3e éd.). Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Gallois, P. (2005). *L'absentéisme: comprendre et agir*. Paris: Liaisons Paris.

- Gardulf, A., Södertröm, I. L., Eriksson, L. E., Arnetz, B., & Nordström, G. (2005). Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management*, 13(4), 329-337.
- Gellatly, R. I. (1995). Individual and group determinants of employee absenteeism: test of causal model. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 469-485.
- Goetzel, R. Z., Guindon, A. M., Turshen, I. J., & Ozminkowski, R. J. (2001). Health and Productivity Management: establishing key performance measures, Benchmarks, and best practices. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(1), 10-17.
- Goetzel, R. Z., Ozminkowski, R. J., & Long, S. R. (2003). Development and reliability analysis of work productivity short inventory (WPSI) instrument measuring employee health and productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(7), 743-758.
- Goodman, S. P., & Atkin, R. S. (1984). *Absenteeism*. (1^e éd.). San Francisco, Washington, London: Jossey-Bass.
- Goodrich, D. P., & Weaver, K. A. (1998). Differences in depressive symptoms between traditional workers and shift workers. *Psychological reports*, 83, 571-576.
- Gowler, D. (1969). Determinant of the supply of labour to the firm. *The Journal of Management Studies*, 6, 73-95.
- Hammer, T. H., & Landau, J. C. (1981). Methodological issues in the use of absence data. *Journal of Applied Psychology*, 66(5), 574-581.
- Hensing, G. (2004). Methodological aspects in sickness-absence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(63), 46-48.
- Hensing, G., Alexanderson, K., Akerlind, I., & Bjurulf, P. (1995). Sick-leave due to minor psychiatric morbidity: Role of sex integration. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 30(1), 39-43.
- Hill, J. J., Slade, M. D., Canty, L., Vegso, S., Fiellin, M., & al. (2008). The relationships between lost work time and duration of absence spells: Proposal for a payroll driven measure of absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(7), 840-852.
- Hope, K. L. (1995). *The test of a causal model of hospital nurse absenteeism*. Doctoral dissertation, University of Kansas.
- Howell, D. C. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. (2^e éd.). Paris, Bruxelles: De Boeck.

- Huczynski, A. A., & Fitzpatrick, M. J. (1989). *Managing Employee Absence for a Competitive Edge*. London: Pitman.
- Isah, E. C., Omorogbe, V. E., Orji, O., & Oyovwe, L. (2008). Self-reported absenteeism among hospital workers in Benin City, Nigeria. *Ghana Medical Journal*, 42(1), 2-7.
- Isambert-Jamati, V. (1962). Absenteeism among women workers in industry. *International Labour Review*, 248-261.
- Israr, S. M., Razum, O., Ndiforchu, V., & Martiny, P. (2000). Coping strategies of health personnel during economic crisis: A case study from Cameroon. *Tropical Medicine and International Health*, 4(5), 288-292.
- Johns, G. (1978). Attitudinal and non attitudinal predictors of two forms of absence from work. *Organizational Behaviour and Human Performance*, 22, 431-444.
- Jones, S., Casswell, S., & Zhang, J. F. (1995). The economic cost of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand. *Addiction*, 90, 1455-1461.
- Kinnear, P., & Gray, C. (2005). *Spss facile appliqué à la psychologie et aux sciences sociales*. (1^e éd.). Bruxelles: De Boeck.
- Kivimäki, M., Sutinen, R., Elovainio, M., Vahatera, J., Räsänen, K., & al. (2001). Sickness absence in hospital physicians: 2 Years follow up study on determinants. *Occupational and Environmental Medicine* 58, 361-366.
- Klaric, D. (1982). *Les raisons de l'absence ou l'absence de raisons*. Bruxelles: Université de Bruxelles.
- Kleiven, M., Baggild, H., & Jeppesen, H. J. (1998). Shift work and sick leave. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 24(3), 128-133.
- Knauth, P. (2007). Extended periods. *Industrial Health*, 45(2), 125-136.
- Laaksonen, M., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Lahelma, E. (2008). Explanations for gender differences in sickness absence: Evidence from middle-aged municipal employees from Finland. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(5), 325-330.
- Lamb, C. E., Ratner, P. H., Johnson, C. E., Ambegaonkar, A. J., oshi, A. V., & al. (2006). Economic impact of workplace productivity losses due to allergic rhinitis compared with select medical conditions in the United States from an employer perspective. *Current Medical Research and Opinion*, 22(6), 1203-1210.

- Landon, B. E., Normand, S. L., Lessler, A., O'Malley, A. J., Schmaltz, S., & al. (2006). Quality of care for the treatment of acute medical conditions in US hospitals. *Archives of Internal Medicine*, 166(22), 2511-2517.
- Larocque, D. (1996). Absenteeism. *Canadian Nurse*, 92(9), 42-46.
- Leppänen, R. A., & Olkinuora, M. A. (1987). Psychological stress experienced by health care personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 13(1), 1-8.
- Lim, A., Chongsuvivatwong, V., Geater, A., Chayaphum, N., & Thammasuwan, U. (2002). Influence of work type on sickness absence among personnel in a teaching hospital. *Journal of Occupational Health*, 44, 254-263.
- Markham, S. E., & McKee, G. H. (1991). Declining organizational size and increasing unemployment rates: Predicting employee absenteeism from within - and between - plant perspectives. *Academy of Management Journal*, 34(4), 952-965.
- Matthewman, J. (1983). *Controlling absenteeism*. London: Junction Books Ltd.
- Ministère de la santé publique. (2002). *Stratégie sectorielle de la santé: Analyse situationnelle du secteur santé au Cameroun*: Ministère de la santé publique - Cameroun.
- Ministre de la santé santé, publique. (2005). *Lettre Circulaire: Prescriptions relatives à l'accueil et au suivi des malades par les médecins des hopitaux spécialisés de Iere, Iie, et IIIe catégorie au Cameroun*. Récupéré le 13/01/2008 de http://www.cm.refer.org/jbt_sante/Textes/Circulaires_?accueil1.html.
- Munce, S. E. P., Stansfeld, S. A., Blackmore, E. R., & Stewart, D. E. (2007). The Role of depression and chronic pain conditions in absenteeism: Results from a national epidemiologic survey. *The American College of Occupational and Environmental Medicine*, 49(11), 1206-1211.
- Ndiwane, A. (2000). The effects of community, coworkers and organizational support to job satisfaction of nurses in Cameroon. *Association of Black Nursing Faculty Journal*, 11(6), 145-149.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nicholson, N., Brown, C. A., & Chadwick-Jones, J. K. (1977). Absence from work and personal characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 62(3), 319-327.

- Nicholson, N., Jackson, P., & Howes, G. (1978). Shiftwork and absence. An analysis of temporal trends. *Journal of Occupational Psychology*, 51, 127-137.
- Nicholson, S., Pauly, M. V., Polsky, D., Sharda, C., Szek, H., & al. (2006). Measuring the effects of work loss on productivity with team production. *Health Economics*, 15, 111-123.
- Nyathi, M., & Jooste, K. (2007). Personal factors contributing to absenteeism of nursing personnel in South Africa. *Asian Journal of Nursing*, 10(2), 97-106.
- Nyathi, M., & Jooste, K. (2008). Working conditions that contribute to absenteeism among nurses in a provincial hospital in Limpopo Province. *Cutationis*, 31(1), 28-37.
- Okalla, R., & Le Vigouroux, R. (2001). *De la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire - Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun*. Récupéré le 17/12/2008 de <http://apad.revues.org/document181.html>
- OMS. (2006). *Rapport sur la santé dans le monde - Annexe statistique - Tableau 2: selection d'indicateurs des ratios des dépenses de santé, 1999 - 2003*. Récupéré le 13/01/2008 de <http://www.who.int/whr/fr/index.html>
- Ondoua, J. P. B. (2002). Le système de santé camerounais. *Rubriques Internationales*(39), 61-65.
- Parkes, K. (2003). Shiftwork and environment as Interactive predictors of work perceptions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(4), 266-281.
- Patchen, M. (1960). Absence and employee feeling fair treatment. *Personnel Psychology*, 13, 349-360.
- Pines, A., Skulkeo, K., Pollak, E., & Steif, J. (1985). Rates of sickness absenteeism among employees of a modern hospital: The role of demographic and occupational factors. *British Journal of Industrial Medicine*, 42, 326-335.
- PNUD. (2006). *Rapport 2006 sur l'indice de developpement humain*.
- Pocock, S. J. (1973). Relationship between sickness absence and length of service. *British Journal of Industrial Medicine*, 30, 64-70.
- Reis, R. J., Rocca, F., Silvera, A. M., Bonilla, I. M. L., Gine, B. A. N., & al. (2003). Factors related to sickness absenteeism among nursing personnel. *Rev. Saúde Pública*, 37(5).

- Rhodes, S. R., & Steers, R. M. (1990). *Managing employee absenteeism* (2^e éd.). USA: Addison-Wesley.
- Rogers, J. E., Hutchins, S. G., & Johson, B. J. (1990). Nonpunitive discipline. A method of reducing absenteeism. *Journal of Nursing Administration*, 20(7-8), 41- 43.
- Stafford, J., & Bodson, P. (2007). *L'analyse multivariée avec SPSS*. Québec: Presses de l'Université du Québec
- Severens, J. L., Mulder, J., Laheij, R. J. F., & Verbeck, A. L. M. (2000). Precision and accuracy in measuring absence from work as a basis for calculating productivity costs in the Netherlands. *Social Science and Medicine*, 51, 243-249.
- Shamian, J. (2001). Nursing News from Health Canada. *Alberta R.N.*, 57(1), 24.
- Shields, M. (2002). *Travail par quart et santé: rapport sur la santé* Statistiques Canada.
- Siu, O. (2002). Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 218-229.
- Smedley, J., Egger, P., Cooper, C., & Coggon, D. (1995). Manual handling activities and risk of low back pain in nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 52(3), 160-163.
- Smith, L., Folkard, S., Tucker, P., & Macdonald, I. (1998). Work shift duration: A review comparing eight hour and 12 hour shift systems. *Occupational and Environmental Medicine*, 55(4), 217-229.
- Statistiques mondiales. (2007). *Cameroun: statistiques*. Récupéré le 10/01/2008 de <http://www.statistiques-mondiales.com/cameroun.html>
- Steers, R. M., & Rhodes, S. R. (1978). Major influences on employee attendance: A process model. *Journal of Applied Psychology* 63(4), 391-407.
- Szubert, Z., & Sobala. (2007). Certain sickness absence among workers older than 45 years. *Med. Pr.*, 58(5), 375-392.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. (5^e éd.). Boston: Allyn and Bacon.
- Taunton, R. L., Perkins, S., & Oetker-Black, S. (1995). Absenteeism in Acute Care Hospitals. *Nursing Management*, 26(9), 80-82.
- Tumulty, G., Jernigan, I. E., & Kohut, G. F. (1994). The impact of perceived work environment on job satisfaction of hospital nurses. *Applied Nursing Research*, 7(2), 84-90.

- Tzeng, H. M. (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: An empirical investigation in Taiwan. *The International Journal of Nursing Studies*, 39(8), 867-878.
- UNICEF. (2007). *Cameroun-Statistiques*. Récupéré le 13/01/2008 de <http://www.unicef.org/french/infobycountry/cameroon-statistics.html>
- Unruh, L., Joseph, L., & Strickland, M. (2007). Nurse absenteeism and workload: Negative effect on restraint use, incident reports and mortality. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 673-681.
- Van Amelsvoort, L., Jansen, N., Swaen, G., Van Den Breaend, P. A., & Kant, I. (2004). Direction of shift rotation among three-shift workers in relation to psychological health and work-family conflict. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 30(2), 149-156.
- Van Roijen, L., Essink-Bot, M. L., Koopmanschap, M. A., Bonsel, G., & Rutten, E. F. (1996). Labor and health status in economic evaluation of health care. The health and labor questionnaire. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 12(3), 405-415.
- Vidick, S., & Mariaux, P. (2008). Les absences pour lombalgie au sein du personnel soignant dans le secteur hospitalier. *Santé Publique*, 20(3), 529-537.
- Waldron, H. A. (1996). Sickness in the medical profession. *Annals of Occupational Hygiene*, 40(4), 391-396.
- Wright, M. E. (1997). Long-term sickness absence in an NHS teaching hospital. *Occupational Medicine*, 47(7), 401-406.
- Yassin, A. S. (2007). Cost of lost of work and bed days for US workers in private industry - National health interview survey, 2003. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(7), 736-747.

Annexes

Annexe 1

Barème des salaires des fonctionnaires civils au Cameroun pour compter du 1^{er} avril 2008

Catégorie 7				Catégorie 8			
1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e
Salde de base	Logement 20%	Total	Salde de base	Logement 20%	Total	Salde de base	Logement 20%
73.799,78	14.744,15	88.543,93	80.291	16.064,50	96.355,50	73.799,78	14.744,15
77.671	15.534,20	93.205,20	84.295,50	16.854,16	101.149,66	77.671	15.534,20
81.828,25	16.365,65	98.193,50	89.842,50	17.768,50	107.611,00	81.828,25	16.365,65
85.942,95	17.188,59	103.131,54	103.324,16	20.675,63	124.000,79	85.942,95	17.188,59
89.966,80	17.993,36	107.960,16	108.101,15	21.620,23	129.721,38	89.966,80	17.993,36
94.466,75	18.893,55	113.360,30	113.074,00	22.624,28	135.698,28	94.466,75	18.893,55
98.867,80	19.773,56	118.641,36	118.331,45	23.624,25	141.955,70	98.867,80	19.773,56
103.188,35	20.637,67	123.826,02	123.253,80	24.620,96	147.874,76	103.188,35	20.637,67
107.883,80	21.576,76	129.460,56	129.365,80	25.673,16	155.038,96	107.883,80	21.576,76
112.773,60	22.554,72	135.328,32	134.946,75	26.989,53	161.936,28	112.773,60	22.554,72
118.029,90	23.603,98	141.633,88	141.732,40	28.146,48	169.878,88	118.029,90	23.603,98
123.316,80	24.665,36	147.982,16	146.949,50	29.389,86	176.339,36	123.316,80	24.665,36

Catégorie 9				Catégorie 10			
1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e
Salde de base	Logement 20%	Total	Salde de base	Logement 20%	Total	Salde de base	Logement 20%
197.790	39.558	237.348	107.053,50	21.410,70	128.464,20	197.790	39.558
204.483,38	40.896,68	245.380,06	111.962,85	22.392,57	134.355,42	204.483,38	40.896,68
211.755,85	42.351,17	254.107,02	117.411,53	23.482,57	140.894,10	211.755,85	42.351,17
219.50	43.900,00	263.400,00	123.668,20	24.733,64	148.401,84	219.50	43.900,00
228.493,80	45.698,76	274.192,56	130.507,50	26.101,58	156.609,08	228.493,80	45.698,76
238.445,80	47.689,16	286.134,96	138.036,80	27.607,36	165.644,16	238.445,80	47.689,16
249.179,70	49.835,94	299.015,64	146.381,20	29.276,24	175.657,44	249.179,70	49.835,94
260.393,80	52.078,76	312.472,56	155.887,90	31.177,58	187.065,48	260.393,80	52.078,76
272.525,45	54.505,09	327.030,54	166.013,30	33.402,66	199.415,96	272.525,45	54.505,09
285.431,40	57.086,28	342.517,68	177.386	34.877,20	212.263,20	285.431,40	57.086,28

Catégorie 11				Catégorie 12			
1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e	1 ^{er}	2 ^e	3 ^e	4 ^e
Salde de base	Logement 20%	Total	Salde de base	Logement 20%	Total	Salde de base	Logement 20%
119.376,90	23.875,36	143.252,26	140.820,95	28.164,19	168.985,14	119.376,90	23.875,36
117.462,15	23.492,43	140.954,58	146.719,30	29.543,89	176.263,19	117.462,15	23.492,43
122.953,40	24.590,68	147.544,08	152.327,20	31.693,64	184.020,84	122.953,40	24.590,68
128.877,05	25.773,41	154.650,46	160.319,20	33.063,64	193.382,84	128.877,05	25.773,41
135.064,05	27.012,81	162.076,86	167.871,20	33.574,25	201.445,45	135.064,05	27.012,81
140.994,60	28.198,92	169.193,52	175.025,40	36.005,08	211.030,48	140.994,60	28.198,92
147.258,65	29.451,73	176.710,38	182.900,60	36.580,12	219.480,72	147.258,65	29.451,73
154.137,95	30.827,59	184.965,50	193.923	38.184,60	232.110,10	154.137,95	30.827,59
160.751	32.150,20	192.901,20	199.423,80	39.888,76	239.312,56	160.751	32.150,20
167.414,20	33.482,84	200.897,04	208.249,25	41.669,83	249.917,08	167.414,20	33.482,84
174.273,80	34.854,76	209.128,56	218.607,20	43.729,64	262.336,84	174.273,80	34.854,76
183.360,60	36.672,12	220.032,72	228.616,80	45.723,36	274.340,16	183.360,60	36.672,12

Indice	Salde de base 2	Complément forfaitaire 3	Logement 20% 4	Total
100	45.470	2000	8.094	54.164
105	45.643,5	2000	9.128,7	56.772
110	47.817	2000	9.640	59.457
115	49.990,5	2000	10.998,10	61.988,6
120	52.164	2000	11.432,80	64.596,8
140	60.858	2000	12.171,60	73.029,6
150	65.205	2000	13.041	80.246
165	71.725,5	2000	14.345,10	88.070,6
185	80.419,5	2000	16.083,9	98.503,4
200	86.940	2000	17.388	106.328
205	89.113,5	2000	17.822,7	108.936,2
210	91.287	2000	18.257,40	111.544,4

Catégorie C			
180	185	200	210
Salde de base	Logement 20%	Total	Salde de base
78.246	15.645,5	93.891,5	78.246
80.195	16.039,0	96.234,0	80.195
86.340	17.268	103.608	86.340
91.287	18.257,4	111.544,4	91.287
97.807,5	19.561,50	117.369,0	97.807,5
102.324,5	20.464,90	122.789,4	102.324,5
108.675	21.733	130.408	108.675
121.969	24.395,80	146.364,8	121.969
135.168	25.033,20	160.201,2	135.168
128.236,5	25.647,30	153.883,8	128.236,5
132.192,5	26.438,50	160.631	132.192,5
135.757,5	27.151,5	162.909	135.757,5

Catégorie D1			
210	300	315	370
Salde de base	Logement 20%	Total	Salde de base
117.060	23.412,8	140.472,8	117.060
130.410	26.082	156.492	130.410
136.073,75	27.214,75	163.288,5	136.073,75
142.887,5	28.577,50	171.465	142.887,5
149.126,25	29.825,25	178.951,5	149.126,25
156.239,25	31.251,25	187.490,5	156.239,25
162.495	32.499	194.994	162.495
165.168,75	33.033,75	198.202,5	165.168,75
166.951,25	33.390,25	200.341,5	166.951,25
171.407,50	34.281,5	205.689	171.407,50
176.755	35.351	212.106	176.755
179.438,75	35.883,75	215.322,5	179.438,75

Annexe 2

**Barème des salaires des agents de l'État et contractuels
relevant du code de travail pour compter du 1^{er} avril 2008**

BAREME DES SALAIRES AGENTS DE L'ETAT ET CONTRACTUELS
RILEVANT DU CODE DE TRAVAIL POUR COMPTER DU 1^{er} AVRIL 2008

Indice	Solde de Base 2	Complément forfaitaire 3	Logement 20%	Total
Catégorie BII				
290	126.063	2000	25.212	153.275,6
335	136.648,75	900	27.329,75	164.878,5
375	143.776,75	900	28.755,75	173.434
420	151.800	900	30.360	183.660
445	156.2562,5	900	31.251,25	188.407,5
485	163.382,5	900	32.677,25	196.963,5
540	173.190	550	34.638	208.376
560	176.735	550	35.351	212.656
575	179.428,75	550	35.885,75	215.864,5
610	185.665	550	37.133,5	223.351
650	192.798,5	550	38.559,5	231.907,5
685	199.036,25	550	39.807,25	239.392,5
Catégorie AI				
375	143.778,75	900	28.755,75	173.434,5
430	153.582,5	900	30.716,50	183.199
480	162.495	900	32.489	195.884
530	171.407,5	550	34.281,5	206.235
580	180.320	550	36.064	216.934
530	189.232,5	550	37.846,50	227.625
650	198.145	550	39.629	238.324
740	208.840	550	41.768	251.158
785	216.880,25	550	43.372,25	260.783,5
835	225.773,75	550	45.154,75	271.478,5
900	237.360	550	47.472	285.382
945	245.381,25	550	49.076,25	295.007,5
Catégorie AII				
430	153.582,5	900	30.716,5	183.195
465	159.821,25	900	31.964	192.683,5
530	171.407,5	550	34.281,5	206.235
605	184.776,25	550	36.955,25	222.281,5
645	199.937,5	550	39.987,5	240.475
715	204.383,75	550	40.876,75	245.810,5
785	216.861,25	550	43.372,25	260.783,5
870	232.012,5	550	46.602,5	278.995
940	244.490	550	48.898	293.938
1005	256.076,25	550	51.215,25	307.951,5
1050	264.097,5	550	52.819,5	317.467
1115	275.683,75	550	55.136,75	331.370,5
1140	280.140		56.038	336.718

Indice	Solde de base	Logement 20%	Total	Solde de base	Logement 20%	Total
Catégorie 1						
1 ^{er}	21.882,25	4676,45	28.558,70	29.304,83	5850,33	35.164,98
2 ^e	26.287,85	5.257,57	31.545,42	31.905,60	6.381,12	38.286,72
3 ^e	28.913,3	5.782,66	34.695,96	35.121,10	7024,20	42.145,20
4 ^e	31.803,35	6.366,65	38.163,75	38.603,20	7720,64	46.323,84
5 ^e	33.396	6.679,2	40.075,2	41.377	8.275,40	49.552,40
6 ^e	35.154,8	7026,96	42.161,76	42.547,75	8.529,55	51.177,30
7 ^e	38.645,75	7.725,15	46.374,90	47.521,45	9.504,23	57.025,74
8 ^e	42.506,3	8.501,26	51.007,56	51.601,65	10.520,33	61.921,98
9 ^e	44.200,25	8.846,05	53.046,30	53.659	10.731,80	64.390,8
10 ^e	49.042,48	9.808,09	58.850,57	59.019,15	11.805,83	70.822,98
11 ^e	53.477,30	10.693,46	64.172,76	64.308	12.861,60	77.165,60
12 ^e	58.824,80	11.764,96	70.589,76	69.839,50	13.967,90	83.807,40
Catégorie 3						
1 ^{er}	36.082,4	7.216,48	38.592,48	47.993,8	10.426,59	58.420,39
2 ^e	39.067,65	7.937,53	47.625,18	51.152,95	11.470,10	62.623,05
3 ^e	43.655,15	8.731,03	52.386,18	57.350,50	12.484,86	69.835,36
4 ^e	45.494	9.098,80	54.592,80	61.242,30	12.833,08	74.909,68
5 ^e	49.682,30	9.936,46	59.618,76	64.165,40	12.853,08	76.998,48
6 ^e	53.035,25	10.611,05	63.666,05	68.235,25	13.647,05	81.882,30
7 ^e	58.354,45	11.670,89	70.025,34	74.063,45	14.812,69	88.876,14
8 ^e	63.789,35	12.757,87	76.547,22	82.615,10	16.137,26	96.823,56
9 ^e	65.974,35	13.194,87	79.169,22	82.615,10	16.531,02	99.186,12
10 ^e	71.799,10	14.359,82	86.158,92	88.915,40	17.762,68	106.696,88
11 ^e	78.128,70	15.625,74	93.754,34	95.316,60	19.063,32	114.382,92
12 ^e	84.207,6	16.841,52	101.049,12	102.992,50	20.458,50	123.451,00
Catégorie 5						
1 ^{er}	48.643,85	9.728,77	58.372,62	59.675,90	11.973,18	71.649,08
2 ^e	52.540,5	10.508,01	63.048,6	61.925,65	12.785,93	74.711,58
3 ^e	56.741	11.348,20	68.089,26	68.324,91	13.663,98	81.988,89
4 ^e	61.078,80	12.215,76	73.294,56	73.088,50	14.119	87.178,90
5 ^e	65.287,80	13.057,56	78.345,36	78.205,75	15.641,15	93.846,90
6 ^e	69.773,09	13.954,61	83.727,98	83.205,80	16.645,88	99.847,38
7 ^e	74.774,15	14.954,83	89.728,98	88.216,50	17.647,90	105.867,40
8 ^e	80.316,20	16.042,04	96.258,24	93.817,70	18.767,54	112.585,24
9 ^e	84.519,20	16.903,84	101.423,04	99.765,95	19.953,15	119.719,16
10 ^e	92.074,75	18.414,95	108.489,70	106.042,65	21.208,53	127.251,18
11 ^e	97.705,15	19.547,03	117.246,18	112.653,05	22.537	135.222,95
12 ^e	103.643,80	20.728,75	124.372,58	119.705,80	23.831,16	143.536,96
Catégorie 6						
1 ^{er}	48.643,85	9.728,77	58.372,62	59.675,90	11.973,18	71.649,08
2 ^e	52.540,5	10.508,01	63.048,6	61.925,65	12.785,93	74.711,58
3 ^e	56.741	11.348,20	68.089,26	68.324,91	13.663,98	81.988,89
4 ^e	61.078,80	12.215,76	73.294,56	73.088,50	14.119	87.178,90
5 ^e	65.287,80	13.057,56	78.345,36	78.205,75	15.641,15	93.846,90
6 ^e	69.773,09	13.954,61	83.727,98	83.205,80	16.645,88	99.847,38
7 ^e	74.774,15	14.954,83	89.728,98	88.216,50	17.647,90	105.867,40
8 ^e	80.316,20	16.042,04	96.258,24	93.817,70	18.767,54	112.585,24
9 ^e	84.519,20	16.903,84	101.423,04	99.765,95	19.953,15	119.719,16
10 ^e	92.074,75	18.414,95	108.489,70	106.042,65	21.208,53	127.251,18
11 ^e	97.705,15	19.547,03	117.246,18	112.653,05	22.537	135.222,95
12 ^e	103.643,80	20.728,75	124.372,58	119.705,80	23.831,16	143.536,96

Annexe 3

**Décret No 2002 / 042 du 04 février 2002 fixant les modalités
d'attribution et le montant des primes allouées aux
fonctionnaires des corps de la santé publique : prime de
technicité - le Président de la République : Paul Biya**

ANNEXE I AU DÉCRET N° 20 62 11
DU 3 FÉV 2007

PRIME DE TECHNICITE

GRADE	CATEGORIE	MONTANT MENSUEL EN FCFA	
		1 ^{re} classe	Classe exceptionnelle et classe hors échelle
Médecins, Personnels, Dentistes, Aides-Dentistes, Principaux de la Santé, Infirmiers Supérieurs, Principaux, Supérieurs du Génie Sanitaire, des Techniques Médicales et des Techniques Médico-Sanitaires.	A2	12.500	15.000 30.000
Infirmiers Supérieurs, Ingénieurs des Travaux du Génie Sanitaire, des Techniques Médicales, des Techniques Médico-Sanitaires, Aides-Dentistes de la Santé Publique.	A1	10.000	12.500 25.000
Infirmiers Principaux, Techniciens Principaux du Génie Sanitaire, des Techniques Médicales, des Techniques Médico-Sanitaires, Secrétaires d'Administration Principaux de la Santé Publique.	B2	6.000	10.000 18.000
Infirmiers, Techniciens du Génie Sanitaire, des Techniques Médicales, des Techniques Médico-Sanitaires, Secrétaires d'Administration de la Santé Publique.	B1	5.000	6.000 16.000
Aides-volontaires, Agents Techniques de Génie Sanitaire, des Techniques Médicales des Techniques Médico-Sanitaires.	C et D	3.000	5.500 10.000

Annexe 4

**Décret No 2002 / 042 du 04 février 2002 fixant les modalités
d'attribution et le montant des primes allouées aux
fonctionnaires des corps de la santé publique : Prime de santé
publique et prime d'astreinte - le Président de la République :**
Paul Biya

ANNEXE II AU DECRET N° 2002/042 DU 24 JUIN 2002
PRIME DE SANTE PUBLIQUE

INDICE	MONTANT MENSUEL
Indice inférieur à 196	10.000
Indice égal ou supérieur à 196 et inférieur à 530	15.000
Indice égal ou supérieur à 530 et inférieur à 870	21.000
Indice égal ou supérieur à 870	30.000

ANNEXE III AU DECRET N° 2002/042 DU 24 JUIN 2002
PRIME D'ASTREINTE

GROUPE	MONTANT MENSUEL
I	12.500
II	10.000
III	8.000
IV	6.000

Annexe 5

Formulaire de présence des employés

Annexe 6

Fiche individuelle de collecte de données

Fiche Individuelle de collecte de données.

No Hôpital							
No d'identification:							
Date	Nb. Heures prévues	Nb. Heures travaillées	Nb. Heures d'absence	Fréquence absences	Nb. Jours d'absence	Nb. Heures supplémentaires	
1er. Oct. 2008							xxxii
2							
3							
4							
5							
6							
7							S1
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							S2
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							S3
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							S4
29							
30							
31. Oct.2008							
Total							

entières de service
à l'hôpital

12 Horaire de travail 1. Fixe 2. Rotative

13 Nombre de lits à
l'hôpital

14 Revenu mensuel = a + b + c :

a. Salaire brut et indemnité de logement

Catégorie

A2; A1; B2; B1; C; D.

1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10;

11; 12.

Échelon

1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11;
12.

Indice :

b. Prime moyenne mensuelle

Technicité :

Santé publique :

Astreinte :

Autre :

c. Quote-part moyenne mensuelle

Août 2008 :

Septembre 2008 :

Octobre 2008 :

Annexe 7

**Certificat d'approbation du Comité d'Éthique de la
Recherche de la Faculté de Médecine (CERFM)**



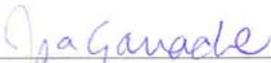
**CERTIFICAT D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CERFM)**

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :

**Ampleur, coûts, facteurs personnels et occupationnels de l'absentéisme dans la
fonction publique hospitalière**

présenté par : Gisèle Tchuinguem et Régis Blais

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.


Isabelle Ganache, présidente

Date d'étude : 5 février 2009

Date d'approbation : **Approuvé le 10 février 2009**

Numéro de référence : CERFM (09) #344

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

OBLIGATIONS DU CHERCHEUR :

SE CONFORMER À L'ARTICLE 19 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ DES DOSSIERS DE RECHERCHE ET LA TRANSMISSION DE DONNÉES CONFIDENTIELLES EN LIEN AVEC LA RECHERCHE.

SOLLICITER LE CERFM POUR TOUTES MODIFICATIONS ULTÉRIEURES AU PROTOCOLE OU AU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.

TRANSMETTRE IMMÉDIATEMENT AU CERFM TOUT ÉVÉNEMENT INATTENDU OU EFFET INDÉSIRABLE RENCONTRÉS EN COURS DE PROJET.

COMPLÉTER ANNUELLEMENT UN FORMULAIRE DE SUIVI.

Annexe 8
Lettre du Ministre de la santé publique
autorisant la recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

INSPECTION GENERALE DES SERVICES
ADMINISTRATIFS

N° D30-438 /L/MINSANTE/IGSA.-

Réf. : Votre lettre du 22 / 07 / 08



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

INSPECTORATE GENERAL FOR
ADMINISTRATIVE SERVICES

Yaoundé, le **31 JUL 2008**

Le Ministre de la Santé Publique
The Minister of Public Health

Au Dr. Gisèle TCHUINGUEM

Après examen de votre projet de recherche intitulé : « l'Absentéisme du Personnel de la Santé dans la Fonction Publique Hospitalière au Cameroun »,

J'ai l'honneur de vous notifier l'autorisation administrative à effectuer cette recherche. Vous voudrez bien noter que la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé est chargée du suivi et devra être tenue informée des conclusions de cette étude, qui se déroulera sur la période allant du 1^{er} août 2008 au 30 juin 2008 dans les Hôpitaux et CMA Publics ci-après :

- | | | |
|-------------------|----------------------|-----------------|
| - D/ HCY | - D/ HD CITE VERTE | - D/ HD TIKO |
| - D/ HP EBOLOWA | - D/ HD OMBESSA | - D/ HD TONGA |
| - D/ HLD | - D/ HD NGOULEMAKONG | - D/ HD FAMLA |
| - D/ HP BUEA | - D/ HD DE NYLON | - D/ HD MBENGWI |
| - D/ HP BAFOUSSAM | - D/ HD LOUM | - CMA/ NKWEN |
| - D/ HP BAMENDA | | |
| - D/ HD BUEA | | |

Copie à :

- DROS
- DOSTS
- DRH
- DPSP / CENTRE
- DPSP / LITTORAL
- DPSP / NORD-OUEST
- DPSP / OUEST
- DPSP / SUD
- DPSP / SUD-OUEST



Annexe 9

Corrélations entre les variables indépendantes

Age : Age

Civ : Statut civil

Sec2 : Secondaire 2^e cycle

Emp: Type d'emploi

Med : Médecine

Aur : Accueil et urgences

Pte : Personnel PPTE

Dho : Durée de l'horaire

Tail : Taille de l'hôpital

Rem : Rémunération

Sex : Sexe

Sec1 : Secondaire 1^{er} cycle

Rfa : Responsabilités familiales

Ped : Pédiatrie

Chir : Chirurgie

TCO: Temporaires et communautaires

Tho : Type d'horaire

Tsu : Temps supplémentaire

Anc : Ancienneté

Tableau B : Tolérance et ViF des variables indépendantes à la régression préliminaire de la variable dépendante « Fréquence des absences » sur les variables indépendantes (19)

Coefficients

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
Constante	-4,809	2,713		-1,772	,077		
âge	,002	,048	,002	,034	,973	0,442	2,263
Nombre d'enfants	-,096	,135	-,030	-,715	,475	0,769	1,301
Ancienneté à l'hôpital	,063	,043	,068	1,447	,148	0,595	1,682
Durée de l'horaire	,059	,006	,389	9,411	,000	0,768	1,302
Rémunération	2,314E-6	,000	,039	,479	,632	0,203	4,937
Type d'horaire de travail	6,900	,601	,457	11,477	,000	0,829	1,206
Taille de l'hôpital	2,179	,586	,147	3,717	,000	0,838	1,194
Sexe	1,029	,685	,062	1,502	,134	0,773	1,294
Statut marital	1,176	,702	,071	1,677	,094	0,737	1,356
Temporaires et communautaires	1,256	1,048	,078	1,198	,231	0,313	3,195
Personnel PPTE	2,112	1,055	,086	2,002	,046	0,719	1,391
Temps supplémentaire	-1,828	,558	-,127	-3,275	,001	0,873	1,145
Pédiatrie	-,112	,876	-,006	-,127	,899	0,586	1,706
Médecine	,219	,822	,013	,266	,790	0,518	1,931
Chirurgie	-,828	,889	-,045	-,931	,352	0,559	1,788
Accueil et urgence	-,122	,961	-,007	-,127	,899	0,495	2,019
Type d'emploi	-1,233	1,396	-,060	-,883	,378	0,280	3,571
Secondaire 2 ^e cycle	,035	,784	,002	,045	,964	0,645	1,550
Secondaire 1 ^{er} cycle	,347	,687	,023	,504	,614	0,655	1,526

Tableau C : Tolérance et ViF des variables indépendantes à la régression préliminaire de la variable dépendante «Durée des absences » sur les variables indépendantes (19)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
Constant)	-14,363	5,785		-2,483	,013		
Age	,155	,102	,092	1,528	,127	0,442	2,263
Nombre d'enfants	-,216	,287	-,034	-,752	,452	0,769	1,301
Ancienneté à l'hôpital	,024	,092	,014	,265	,791	0,595	1,682
Durée de l'horaire	,098	,013	,332	7,309	,000	0,768	1,302
Type d'horaire de travail	4,773	1,282	,163	3,724	,000	0,829	1,206
Taille de l'hôpital	-5,381	1,250	-,187	-4,305	,000	0,838	1,194
sexe	3,843	1,461	,119	2,630	,009	0,773	1,294
Statut marital	,717	1,496	,022	,479	,632	0,737	1,356
Temporaires et communautaires	-1,328	2,234	-,042	-,595	,552	0,313	3,195
personnel PPTE	3,006	2,248	,063	1,337	,182	0,719	1,391
Temps supplémentaire	-,286	1,190	-,010	-,240	,811	0,873	1,145
Pédiatrie	,816	1,867	,023	,437	,662	0,586	1,706
Médecine	2,529	1,753	,080	1,443	,150	0,518	1,931
Chirurgie	3,785	1,896	,106	1,996	,046	0,559	1,788
Accueil et urgence	5,184	2,048	,143	2,531	,012	0,495	2,019
Type d'emploi	14,827	2,977	,375	4,980	,000	0,280	3,571
Secondaire 2° cycle	-1,564	1,672	-,046	-,935	,350	0,645	1,550
Secondaire 1er cycle	-1,881	1,465	-,063	-1,284	,200	0,655	1,526
Rémunération	-1,008E-5	,000	-,087	-,978	,329	0,203	4,937

Tableau D : Tolérance et ViF des variables indépendantes à la régression de la variable dépendante « Fréquence des absences » sur les 18 variables indépendantes retenues (régression finale)

Modél	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
Constant)	-4,614	2,680		-1,721	0,086		
Age	0,007	0,046	0,008	0,150	0,881	0,467	2,140
Nombre d'enfants	-0,100	0,134	-0,031	-0,742	0,459	0,771	1,297
Ancienneté à l'hôpital	0,063	0,043	0,068	1,454	0,147	0,595	1,682
Durée de l'horaire	0,059	0,006	0,388	9,406	0,000	0,769	1,300
Type d'horaire de travail	6,915	0,600	0,457	11,524	0,000	0,831	1,203
Taille de l'hôpital	2,197	0,585	0,148	3,757	0,000	0,841	1,189
Sexe	,981	0,677	0,059	1,448	0,148	0,790	1,266
Statut marital	1,175	0,701	0,071	1,677	0,094	0,737	1,356
Temporaires et communautaires	0,917	0,772	0,057	1,188	0,236	0,575	1,739
Personnel PPTE	2,088	1,053	0,085	1,983	0,048	0,721	1,387
Temps supplémentaire	-1,804	0,555	-0,125	-3,247	0,001	0,880	1,136
Pédiatrie	-0,125	0,875	-0,007	-0,143	0,886	0,587	1,704
Médecine	0,215	0,822	0,013	0,261	0,794	0,518	1,931
Chirurgie	-0,814	0,888	-0,044	-0,916	0,360	0,560	1,786
Accueil et urgence	-0,096	0,959	-0,005	-0,100	0,920	0,497	2,013
Type d'emploi	-0,767	1,001	-0,038	-0,766	0,444	0,544	1,838
Secondaire 2 ^e cycle	0,132	0,757	0,008	0,174	0,862	0,691	1,448
Secondaire 1 ^{er} cycle	0,430	0,664	0,028	0,647	0,518	0,700	1,428

Tableau E : Tolérance et ViF des variables indépendantes à la régression de la variable dépendante « Durée des absences » sur les variables indépendantes retenues (18)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolérances	VIF
Constant	-15,216	5,718		-2,661	,008		
Age	,132	,099	,078	1,337	,182	0,467	2,140
Nombre d'enfants	-,201	,287	-,032	-,702	,483	0,771	1,297
Ancienneté à l'hôpital	,023	,092	,013	,254	,800	0,595	1,682
Durée de l'horaire	,098	,013	,334	7,357	,000	0,769	1,300
Type d'horaire de travail	4,711	1,280	,161	3,680	,000	0,831	1,203
Taille de l'hôpital	-5,458	1,247	-,190	-4,376	,000	0,841	1,189
sexe	4,053	1,445	,126	2,805	,005	0,790	1,266
Statut marital	,720	1,496	,022	,482	,630	0,737	1,356
Temporaires et communautaires	,146	1,648	,005	,089	,929	0,575	1,739
Personnel PPTE	3,111	2,246	,065	1,385	,167	0,721	1,387
Temps supplémentaire	-,392	1,185	-,014	-,331	,741	0,880	1,136
Pédiatrie	,876	1,866	,024	,470	,639	0,587	1,704
Médecine	2,548	1,753	,080	1,454	,147	0,518	1,931
Chirurgie	3,723	1,895	,105	1,965	,050	0,560	1,786
Accueil et urgence	5,073	2,045	,140	2,480	,013	0,497	2,013
Type d'emploi	12,799	2,136	,324	5,993	,000	0,544	1,838
Secondaire 2 ^e cycle	-1,983	1,616	-,059	-1,228	,220	0,691	1,448
Secondaire 1 ^{er} cycle	-2,244	1,417	-,075	-1,583	,114	0,700	1,428

Annexe 10
Diagnostic des résidus

Tableau F : Statistiques de résidus de la régression de la variable « Fréquence des absences » sur les 18 variables explicatives retenues dans le modèle (régression finale)

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,18	23,48	11,67	4,364	502
Residual	-15,965	14,331	0,000	5,727	502
Std. Predicted Value	-2,403	2,708	0,000	1,000	502
Std. Residual	-2,737	2,457	0,000	0,982	502

a. Dependent Variable: Fréquence des absences

Figure A : Graphique des résidus de la régression de la variable « Fréquence des absences » sur les 18 variables explicatives retenues dans le modèle (régression finale)

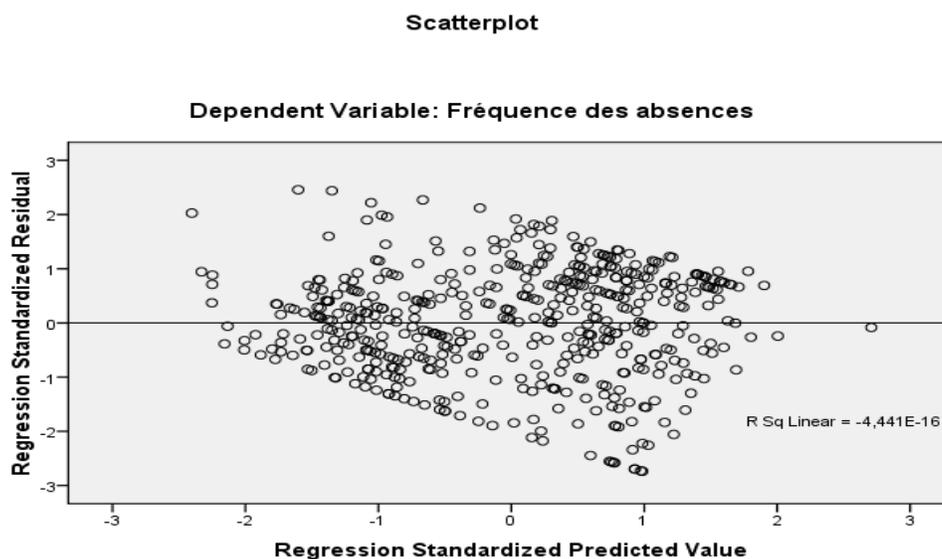


Tableau G : Statistiques des résidus de la régression de la variable « Durée des absences » sur les 18 variables explicatives retenues dans le modèle

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	-2,5343	38,2207	13,3097	6,76429	502
Residual	-24,88407	68,74801	,00000	12,20582	502
Std. Predicted Value	-2,342	3,683	0,000	1,000	502
Std. Residual	-2,000	5,525	0,000	0,981	502

a. Dependent Variable: nombre d'heures d'absence

Figure B : Graphique des résidus de la régression de la variable « Durée des absences » sur les variables explicatives retenues (18)

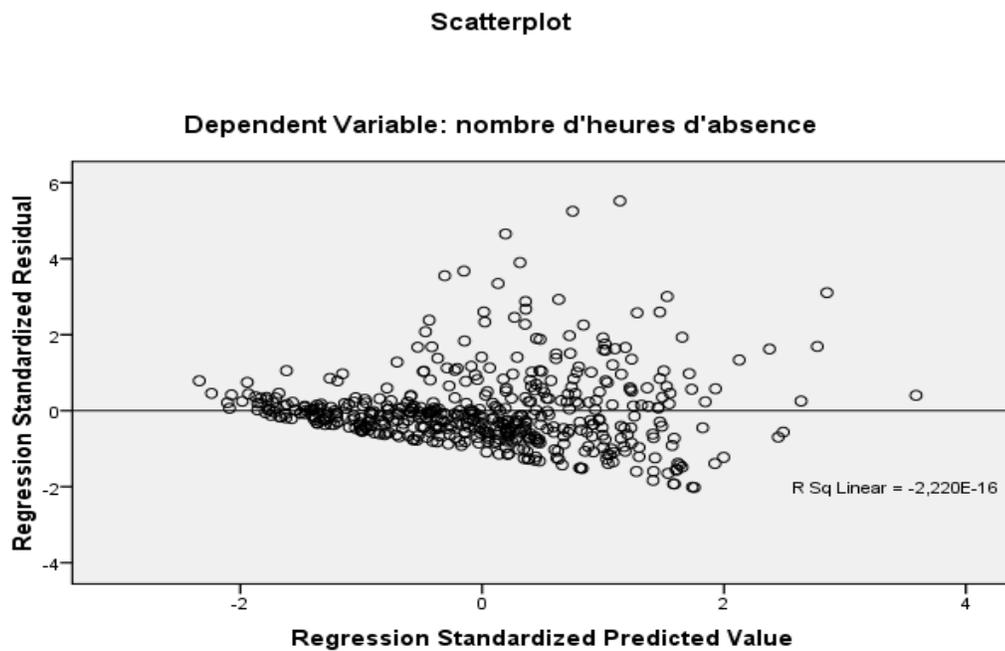


Figure C : Graphique des résidus de la régression de la variable « Logarithme de la durée des absences » sur les 18 variables explicatives retenues dans le modèle (valeurs extrêmes non supprimées)

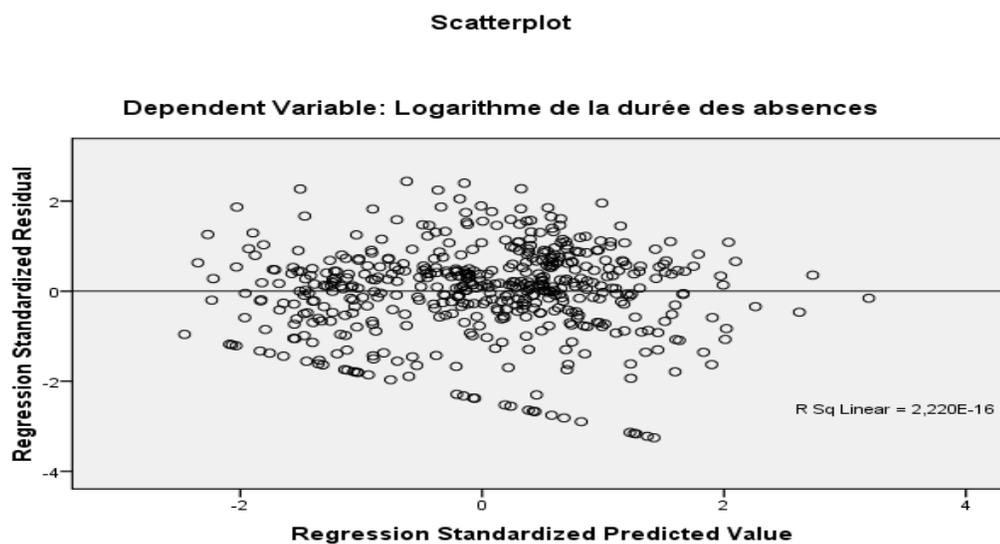


Tableau H : Régression de la variable «Logarithme de la durée des absences » sur les 18 variables indépendantes du modèle (valeurs extrêmes supprimées – régression finale)

Model	Coefficients ^a						
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
Constant	-0,597	0,394		-1,514	0,131		
Age	0,009	0,007	0,075	1,357	0,175	0,466	2,144
Nombre d'enfants	-0,014	0,020	-0,029	-,686	0,493	0,770	1,299
Ancienneté à l'hôpital	0,004	0,006	0,031	,640	0,522	0,593	1,686
Durée de l'horaire	0,010	0,001	0,462	10,785	0,000	0,768	1,303
Type d'horaire	0,586	0,089	0,271	6,618	0,000	0,836	1,196
Taille de l'hôpital	-0,134	0,086	-0,064	-1,562	0,119	0,846	1,182
sexe	0,229	0,100	0,096	2,298	0,022	0,806	1,240
Statut marital	0,093	0,103	0,039	,903	0,367	0,739	1,353
Temporaires et communautaires	0,095	0,114	0,041	,830	,407	0,570	1,755
Personnel PPTE	0,232	0,155	0,066	1,500	,134	0,719	1,392
Temps supplémentaire	-0,070	0,082	-0,034	-,851	,395	0,883	1,133
Pédiatrie	0,059	0,128	0,022	,458	,647	0,588	1,701
Médecine	0,083	0,121	0,036	,685	,494	0,521	1,918
Chirurgie	0,203	0,131	0,077	1,547	,123	0,570	1,754
Accueil et urgence	0,328	0,141	0,124	2,322	0,021	0,494	2,025
Type d'emploi	1,086	0,151	0,365	7,191	0,000	0,547	1,829
Secondaire 2 ^e cycle	-0,094	0,111	-0,038	-,847	,397	0,692	1,445
Secondaire 1 ^{er} cycle	-0,128	0,097	-0,059	-1,310	,191	0,703	1,422

a. Dépendent Variable: Logarithme de la durée des absences

Tableau I : Statistiques des résidus de la régression de la variable «Logarithme de la durée des absences» sur les 18 variables explicatives retenues dans le modèle (valeurs extrêmes supprimées- régression finale)

Residuals Statistics ^a					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	,7987	4,0409	2,2179	,58569	497
Residual	-2,76034	2,26140	0,00000	,83986	497
Std. Predicted Value	-2,423	3,113	0,000	1,000	497
Std. Residual	-3,226	2,643	0,000	0,982	497

a. Dependent Variable: Logarithme de la durée des absences

Figure D : Graphique des résidus de la régression de la variable «Logarithme de la durée des absences» sur les 18 variables explicatives retenues dans le modèle (valeurs extrêmes supprimées – régression finale)

