



Luxembourg, le 23/10/2012

SITUATION DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MALADIE EN 2011

SALARIES DU SECTEUR PRIVE¹

T. MAZOYER

¹ Anciens ouvriers et anciens employés

SOMMAIRE

1.	NOTE METHODOLOGIQUE	4
1.1	Remarques préliminaires	4
1.1.1	Notions d'« anciens ouvriers » et d'« anciens employés »	4
1.1.2	Analyses sectorielles - Secteur Administration publique	4
1.2	Définitions	4
1.2.1	Champ étudié	4
1.2.2	Taux d'absentéisme brut	4
1.2.3	Taux d'absentéisme de courte et de longue durée	4
1.2.4	Structure d'une population et taux d'absentéisme normalisé	5
1.2.5	Episode de maladie	5
1.3	Sélection des périodes de maladie	5
1.3.1	Approche « comptable »	5
1.3.2	Approche « durée »	6
1.4	Mesures de l'absentéisme	6
1.4.1	Approche « occupation »	6
1.4.2	Approche «individu »	6
2.	QUANTIFICATION DU PHENOMENE – QUELQUES RESULTATS CLE	7
3.	ANALYSE DU TAUX D'ABSENTÉISME	9
3.1	Taux d'absentéisme selon le statut, le sexe et la résidence	9
3.1.1	Analyse descriptive	9
3.1.2	Effets de structure et taux d'absentéisme normalisé	9
3.2	Taux d'absentéisme selon le niveau de revenu	11
3.3	Taux d'absentéisme selon l'âge	12
3.4	Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité	13
3.5	Taux d'absentéisme selon la taille de l'entreprise	14
3.6	Quelques aspects chronologiques	16
3.6.1	Evolution du taux d'absentéisme selon le statut socioprofessionnel	16
3.6.2	Evolution du taux d'absentéisme selon le sexe	17
3.6.3	Evolution du taux d'absentéisme selon le lieu de résidence	17
3.6.4	Evolution mensuelle du taux d'absentéisme	18
3.6.5	Evolution du taux d'absentéisme de l'Allemagne et de la Belgique	18
3.6.6	Evolution du taux d'absentéisme des ouvriers en Belgique	19
3.6.7	Evolution des taux d'absentéisme de longue durée et de courte durée	20
4.	ANALYSE DE LA DUREE DES ABSENCES	21
4.1	Durée des absences selon le statut, le sexe et la résidence	21
4.2	Durée des absences selon l'âge	23
4.3	Durée des absences selon le secteur d'activité	23
4.4	Quelques aspects chronologiques	24
5.	ANALYSE DE L'OCCURENCE DES ABSENCES	25

5.1	Occurrence des absences selon le statut, le sexe et la résidence	25
5.2	Occurrence des absences selon l'âge	27
5.3	Occurrence des absences selon le secteur d'activité	27
5.4	Quelques aspects chronologiques	28
6.	ANALYSE DE LA RECURRENCE DES ABSENCES	30
6.1	Réurrence des absences selon le statut, le sexe et la résidence	30
6.2	Réurrence des absences selon l'âge	32
6.3	Réurrence des absences selon le secteur d'activité	32
6.4	Quelques aspects chronologiques	33
7.	COUT DE L'ABSENTÉISME MALADIE EN 2011	34
7.1	Source des données	34
7.2	Résultats	34
8.	LES JOURS D'ABSENCE MALADIE PRIVILEGIÉS	35
8.1	Les jours privilégiés pour les déclarations de maladie	35
8.2	Les jours privilégiés pour les absences d'une seule journée	37
8.3	Lien entre le jour de début et la durée des absences maladie	39
8.3.1	Lien entre le jour de début et la durée pour les anciens ouvriers	39
8.3.2	Lien entre le jour de début et la durée pour les anciens employés	39
9.	RAISONS MEDICALES DES ABSENCES DES RESIDENTS	40
9.1	Absences de courte durée (inférieures à 3 semaines)	40
9.2	Absences de longue durée	41
9.3	Absences pour cause de « Troubles mentaux et du comportement » (TMC) en 2011	42
9.3.1	L'ampleur du phénomène selon trois angles de vue	42
9.3.2	Caractéristiques des individus concernés	44
10.	ANNEXE 1 – PROCEDURE DE NORMALISATION	47
10.1	Taux d'absentéisme d'une population P_i	47
10.1.1	Développements théoriques	47
10.1.2	Application pratique	47
10.2	Taux d'absentéisme d'une sous-population issue de P_i	48
10.2.1	Développements théoriques	48
10.2.2	Application pratique	48
10.3	Relation entre les taux d'absentéisme de P_i et des sous-populations dérivées	49
10.3.1	Développements théoriques	49
10.3.2	Application pratique	50
10.4	Normalisation des taux	50
10.4.1	Définition de la référence	50
10.4.2	Calcul des taux standards	51
10.4.3	Calcul des taux normalisés	52
11.	ANNEXE 2 – DIAGNOSTICS	53

1. NOTE METHODOLOGIQUE

1.1 Remarques préliminaires

1.1.1 Notions d'« anciens ouvriers » et d'« anciens employés »

Avec l'introduction, le 1^{er} janvier 2009, d'un statut unique dans le secteur privé, la distinction entre les régimes "d'ouvriers" et d'employés" a disparu. Désormais, il n'existe plus qu'un régime unique pour le secteur privé, celui des "salariés". Toutefois, dans le cadre de l'analyse de l'absentéisme pour cause de maladie, la distinction entre ces deux statuts reste pertinente du fait d'un comportement et d'une exposition au risque différents. D'un point de vue pratique, la distinction en question est rendue possible dans les fichiers administratifs par le fait que la déclaration d'entrée pour un salarié du secteur privé, transmise au Centre commun de la sécurité sociale, renseigne sur le caractère manuel ou non de l'activité déclarée. Par la suite, nous ne parlerons plus d'ouvriers (respectivement d'employés) mais d'anciens ouvriers (respectivement d'anciens employés).

1.1.2 Analyses sectorielles - Secteur Administration publique

Les données du secteur Administration publique ne concernent ni les fonctionnaires ni les employés de l'Etat, qui bénéficient de la continuation de la rémunération en cas de maladie ou de maternité.

1.2 Définitions

1.2.1 Champ étudié

Sont retenues toutes les occupations de tous les salariés du secteur privé (anciens ouvriers et anciens employés), ayant eu au moins une occupation au cours de l'année. Seul l'absentéisme pour cause de maladie est traité. Les périodes relatives à la maternité et aux accidents sont écartées.

1.2.2 Taux d'absentéisme brut

Pour un individu donné et pour une période donnée, le taux d'absentéisme brut est défini par le rapport entre le nombre de jours civils de maladie et le nombre de jours civils correspondant à la durée pendant laquelle il a exercé une occupation. Sauf indication complémentaire, le terme « taux d'absentéisme » fera toujours référence au taux d'absentéisme brut.

1.2.3 Taux d'absentéisme de courte et de longue durée

Le taux d'absentéisme de courte durée est défini par le rapport entre le nombre de jours civils de maladie, au cours des 21 premiers jours de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la durée d'occupation.

Le taux d'absentéisme de longue durée est défini par le rapport entre le nombre de jours civils de maladie, dans la période allant du 22^{ème} au dernier jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la durée d'occupation.

1.2.4 Structure d'une population et taux d'absentéisme normalisé

La structure d'une population est caractérisée par la répartition des individus qui la composent selon certaines caractéristiques comme le sexe, l'âge, le statut socio-professionnel ou encore le secteur d'activité.

Comparer directement les taux d'absentéisme brut de deux sous-populations, présentant des structures différentes, peut conduire à des résultats biaisés. En effet et à titre d'exemple fictif, supposons que la sous-population des femmes soit composée à 90% d'anciens ouvriers et la sous-population des hommes à 90% d'anciens employés.

Un ouvrier ayant, de par la nature du travail (physique, en extérieur...), un risque majoré de tomber malade par rapport à un employé, la supériorité du taux d'absentéisme des femmes par rapport à celui des hommes ne s'expliquerait pas uniquement par une éventuelle différence de comportement ou de vulnérabilité entre les deux sexes en termes d'absentéisme mais aussi, et surtout, par la surreprésentation des ouvriers de sexe féminin.

Afin de connaître l'effet pur du genre sur le taux d'absentéisme, il est nécessaire de neutraliser les différences structurelles existantes entre les sous-populations comparées. De manière simplifiée, la neutralisation des différences en question se fait en appliquant à chacune des sous-populations la structure de la population totale.

Le taux d'absentéisme calculé sur les sous-populations, après neutralisation des effets de structure, s'appelle le taux d'absentéisme normalisé.

1.2.5 Episode de maladie

Un épisode de maladie est une période constituée de jours civils de maladie consécutifs. Une rechute précédée d'une reprise du travail est considérée comme un nouvel épisode.

1.3 Sélection des périodes de maladie

1.3.1 Approche « comptable »

L'optique comptable consiste à considérer uniquement les jours de maladie compris entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année étudiée. Cette approche est retenue pour le calcul des taux d'absentéisme et pour la représentation de la distribution des jours de maladie pris au cours de l'année. Cette approche ne permet pas d'analyser de façon optimale les durées des épisodes de maladie, étant donné que les épisodes commençant et/ou finissant en dehors de l'année sont tronqués.

1.3.2 Approche « durée »

L'optique durée consiste à considérer tous les épisodes se terminant au cours de l'année. De cette façon aucun épisode n'est tronqué.

1.4 Mesures de l'absentéisme

1.4.1 Approche « occupation »

Sous l'approche « occupation », les périodes de maladie d'une personne avec deux occupations simultanées sont intégralement rattachées à chacune des deux occupations. Ainsi, les jours de maladie d'une personne peuvent être comptabilisés autant de fois que le nombre d'occupations qui lui sont associées.

1.4.2 Approche « individu »

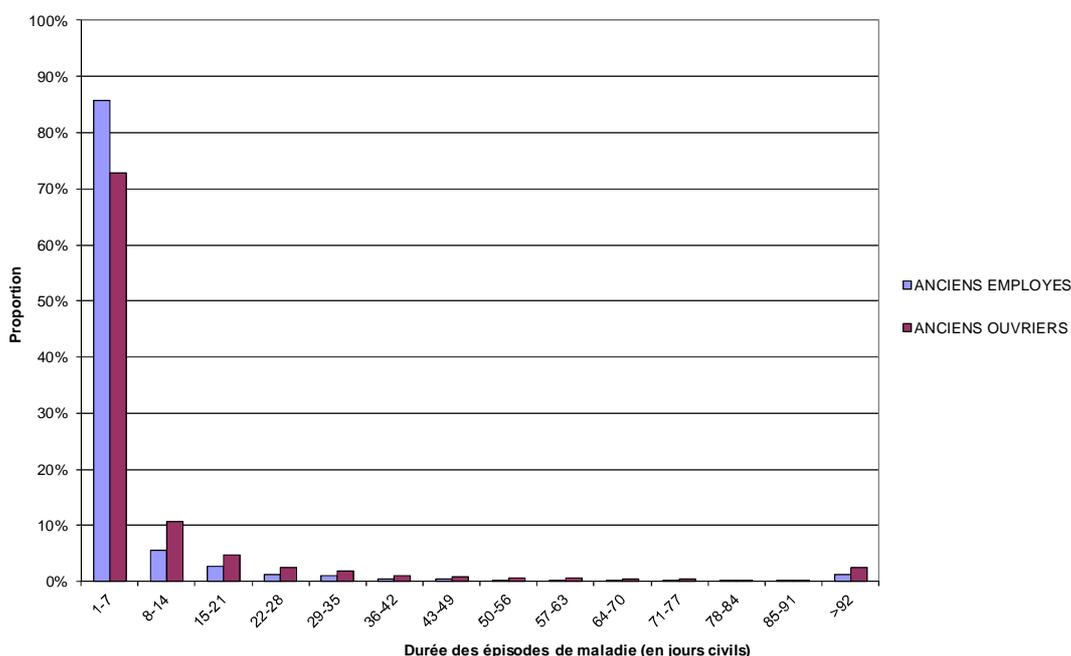
Sous l'approche « individu », les périodes de maladie d'une personne avec deux occupations sont regroupées puis rattachées à l'occupation principale. Ainsi, les jours de maladie d'une personne ne sont comptabilisés qu'une seule fois.

2. QUANTIFICATION DU PHENOMENE – QUELQUES RESULTATS CLE

Résultats 2011 pour les salariés du secteur privé	
Taux d'absentéisme maladie	3,5%
Proportion des personnes non concernées par un épisode ² de maladie	47,2%
Durée moyenne des épisodes de maladie (en jours civils)	9,4
Nombre moyen, par personne concernée par un épisode au moins, d'épisodes de maladie	2,5

La figure qui suit présente la distribution de la durée des épisodes de maladie ayant pris fin en 2011 selon le statut³.

Figure 1 Distribution de la durée des épisodes de maladie ayant pris fin en 2011 selon le statut



En observant la figure 1, on constate que la proportion des épisodes de moins de 7 jours civils est sensiblement plus importante pour les anciens employés que pour les anciens ouvriers. Néanmoins, pour les durées strictement supérieures à 1 semaine, la situation s'inverse.

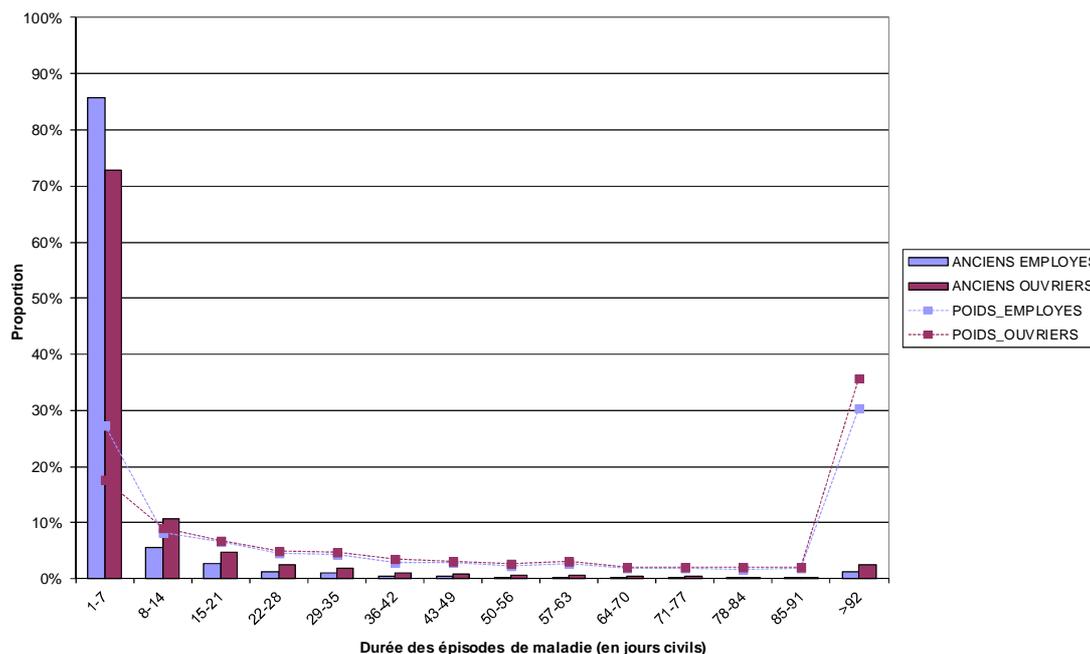
On peut ajouter que les épisodes de maladie de plus de 3 mois représentent 31% du total des épisodes pour les anciens employés et 36% pour les anciens ouvriers. Le tracé en pointillé, ajouté sur le graphique qui suit, illustre cette information.

² Il s'agit des épisodes ayant pris fin au cours de l'année.

³ De manière plus exacte, la classification est faite selon que le salarié bénéficie ou non de la continuation de la rémunération en cas de maladie. Ainsi, un ouvrier bénéficiant de la continuation de la rémunération est traité au même titre qu'un employé.

⁴ La distribution est établie selon l'approche « individu ».

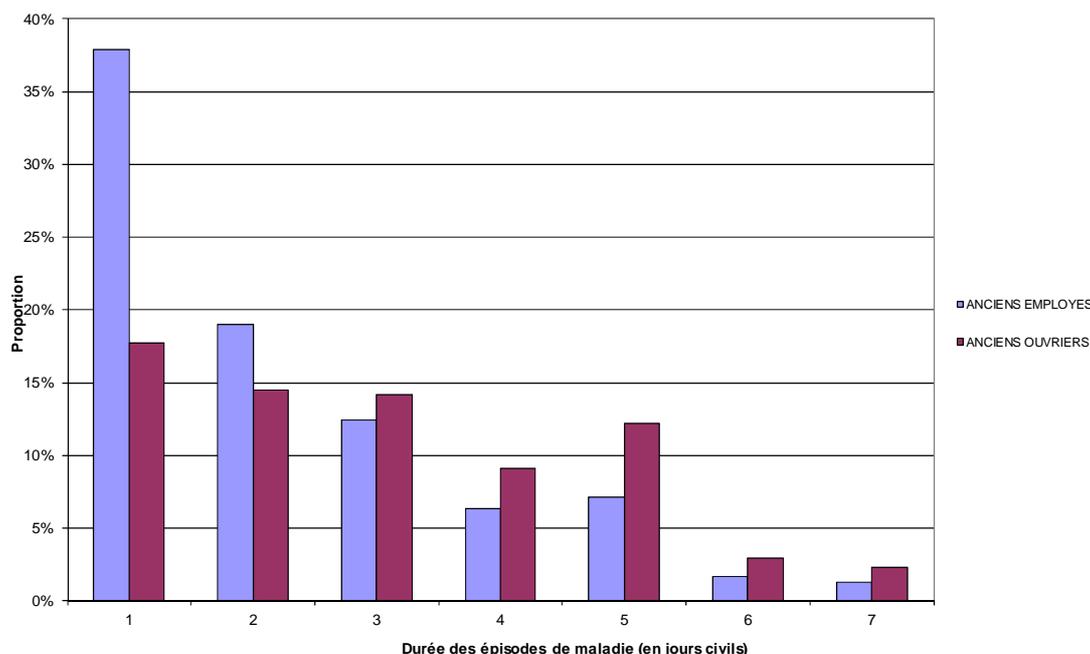
Figure 2 Distribution de la durée des épisodes de maladie ayant pris fin en 2011 selon le statut – Poids que représentent les épisodes par rapport à l'ensemble des jours de maladie



Note de lecture : Pour les anciens employés, les épisodes de moins d'une semaine représentent 86% de l'ensemble des épisodes. Toutefois, le nombre de jours de maladie correspondant à ces épisodes ne représentent que 27% de la totalité des jours de maladie correspondant aux épisodes ayant pris fin en 2011.

La figure 3 présente un zoom sur la distribution de la durée des épisodes de maladie ayant pris fin en 2011, pour les durées inférieures à 1 semaine. La différence entre anciens ouvriers et anciens employés est flagrante.

Figure 3 Zoom sur la distribution de la durée des épisodes de maladie ayant pris fin en 2011, selon le statut, pour les durées inférieures à 1 semaine.



3. ANALYSE DU TAUX D'ABSENTÉISME

3.1 Taux d'absentéisme selon le statut, le sexe et la résidence

3.1.1 Analyse descriptive

Le tableau 1 présente les taux d'absentéisme 2011 selon le statut, le sexe et la résidence⁵.

Table 1 Taux d'absentéisme 2011 selon la résidence, le sexe et le statut.

	Frontaliers			Résidents			Femmes	Hommes	TOTAL
	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL			
Anciens Ouvriers	6,2%	4,8%	5,1%	4,4%	4,2%	4,3%	4,9%	4,5%	4,6%
Anciens Employés	3,7%	2,1%	2,8%	3,0%	1,9%	2,5%	3,3%	2,0%	2,6%
TOTAL	4,3%	3,4%	3,7%	3,6%	3,1%	3,3%	3,9%	3,3%	3,5%

On constate les faits suivants :

- Quel que soit le statut, quelle que soit la résidence, les femmes ont un taux d'absentéisme supérieur à celui des hommes.
- Quel que soit le statut, quel que soit le sexe, les frontaliers ont un taux d'absentéisme supérieur à celui des résidents.
- Quel que soit le sexe, quelle que soit la résidence, les anciens ouvriers ont un taux d'absentéisme supérieur à celui des anciens employés.

Il existe, selon les sous-groupes considérés, d'importantes différences entre les taux d'absentéisme. En effet, le taux d'absentéisme des anciens ouvriers est presque deux fois plus élevé que le taux des anciens employés. Dans une moindre mesure, le taux des femmes est de 18% plus élevé que le taux des hommes tandis que l'écart entre le taux des frontaliers et celui des résidents est de 12%. On peut également noter qu'avec 6,2%, les frontalières femmes ayant le statut d'anciens ouvriers possèdent le taux d'absentéisme le plus élevé.

3.1.2 Effets de structure et taux d'absentéisme normalisé

Le taux d'absentéisme des femmes est certes supérieur à celui des hommes et le taux d'absentéisme des frontaliers est supérieur à celui des résidents. Toutefois, cela ne signifie pas nécessairement que ces différences s'expliquent uniquement par le genre ou le lieu de résidence. En effet, les femmes peuvent être plus souvent absentes que les hommes, non pas parce que ce sont des femmes, mais par exemple, parce qu'elles exercent plus fréquemment leur activité dans des secteurs réputés difficiles et ayant un taux d'absentéisme supérieur à la moyenne.

⁵ Le tableau est établi selon l'approche « occupation ».

Ainsi, afin de vérifier si les différences observées ne sont pas uniquement structurelles, il est nécessaire de contrôler les effets d'un certain nombre de paramètres comme l'âge, le statut socio-professionnel ou le secteur d'activité. La procédure utilisée pour contrôler les effets en question sera décrite en annexe.

Le tableau 2 présente le taux brut (avant neutralisation des effets de structure : âge, statut, secteur d'activité et lieu de résidence) et le taux normalisé (après neutralisation des effets de structure) des principaux sous-groupes.

Table 2 Taux d'absentéisme brut (avant neutralisation des effets de structure) et taux d'absentéisme normalisé (après neutralisation des effets de structure)

	Taux brut	Taux normalisé	Interprétation
Anciens Employés	2,6%	2,9%	A structures d'âge, de sexe, de secteur d'activité et de résidence identiques, le taux d'absentéisme des anciens employés est inférieur à celui des anciens ouvriers.
Anciens Ouvriers	4,6%	4,2%	
Hommes	3,3%	3,2%	A structures d'âge, de statut, de secteur d'activité et de résidence identiques, le taux d'absentéisme des hommes est inférieur à celui des femmes.
Femmes	3,9%	4,1%	
Résidents	3,3%	3,2%	A structures d'âge, de sexe, de statut et de secteur d'activité identiques, le taux d'absentéisme des résidents est inférieur à celui des frontaliers.
Frontaliers	3,7%	3,9%	

Au final, il apparaît que les différences entre les taux présentés dans le tableau 1 sont spécifiquement liées au statut socioprofessionnel, au sexe ou au lieu de résidence et ne s'expliquent que partiellement par des effets de structures.

Des pistes de réflexion pour expliquer les trois faits présentés dans le tableau 2 pourraient être respectivement :

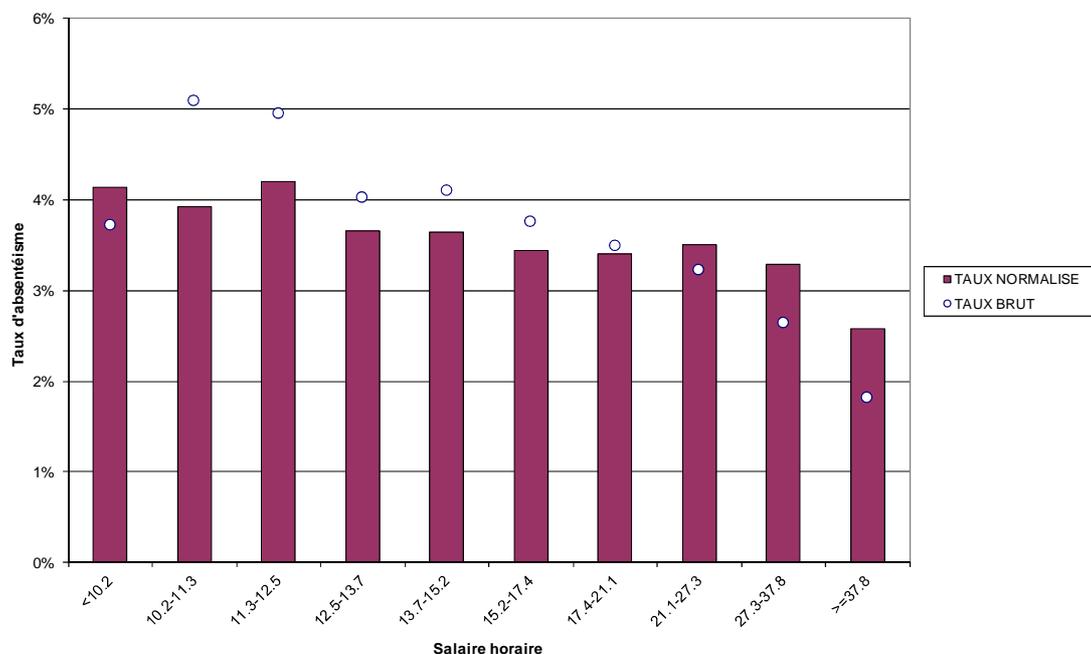
- Exposition au risque supérieure pour les anciens ouvriers, motivation moindre (rémunération).
- Robustesse par rapport au risque moindre pour les femmes que pour les hommes, exposition accrue au risque en périodes de grossesse, comportements liés à la présence d'enfants. Motivation moindre (rémunération)
- Intensité moindre des contrôles au-delà des frontières par rapport aux contrôles nationaux. Motivation moindre (rémunération).

Dans les trois pistes évoquées ci-dessus apparaît l'hypothèse selon laquelle la rémunération pourrait être un facteur explicatif de l'absentéisme. L'idée sous-jacente est que plus un salarié sera rémunéré, plus il sera motivé pour son travail et moins il sera porté à s'absenter pour cause de maladie (que la maladie soit réelle ou non).

3.2 Taux d'absentéisme selon le niveau de revenu

La figure 4 présente, selon le niveau de salaire, le taux d'absentéisme (avant neutralisation des effets de structure : âge, statut, secteur d'activité et lieu de résidence) et le taux normalisé (après neutralisation des effets de structure).

Figure 4 Taux d'absentéisme brut (avant neutralisation des effets de structure) et taux d'absentéisme normalisé (après neutralisation des effets de structure) en fonction du revenu horaire



On constate que si on regarde uniquement le taux brut, la relation entre niveau de revenu et absentéisme est très nette. Toutefois, si on normalise le taux d'absentéisme selon l'âge, le sexe, le statut socio-professionnel et le secteur d'activité, on se rend compte que la relation en question persiste mais de manière bien moins prononcée.

En effet et à titre d'exemple, pourquoi le taux d'absentéisme brut est-il inférieur au taux normalisé pour la plus haute classe de revenus? Tout simplement parce que la valeur du taux brut traduit le fait que la tranche de revenu en question est majoritairement composée d'employés et que ces derniers sont bien moins soumis au risque d'être malade que les ouvriers. Quant à la valeur du taux normalisé, elle traduit le fait qu'en gommant la particularité structurelle de la classe de revenu étudiée, le taux d'absentéisme s'en voit mécaniquement augmenté.

A noter que la différence entre le taux brut et le taux normalisé est d'autant plus grande que la structure de la sous population à laquelle on s'intéresse s'écarte de la structure de la population totale.

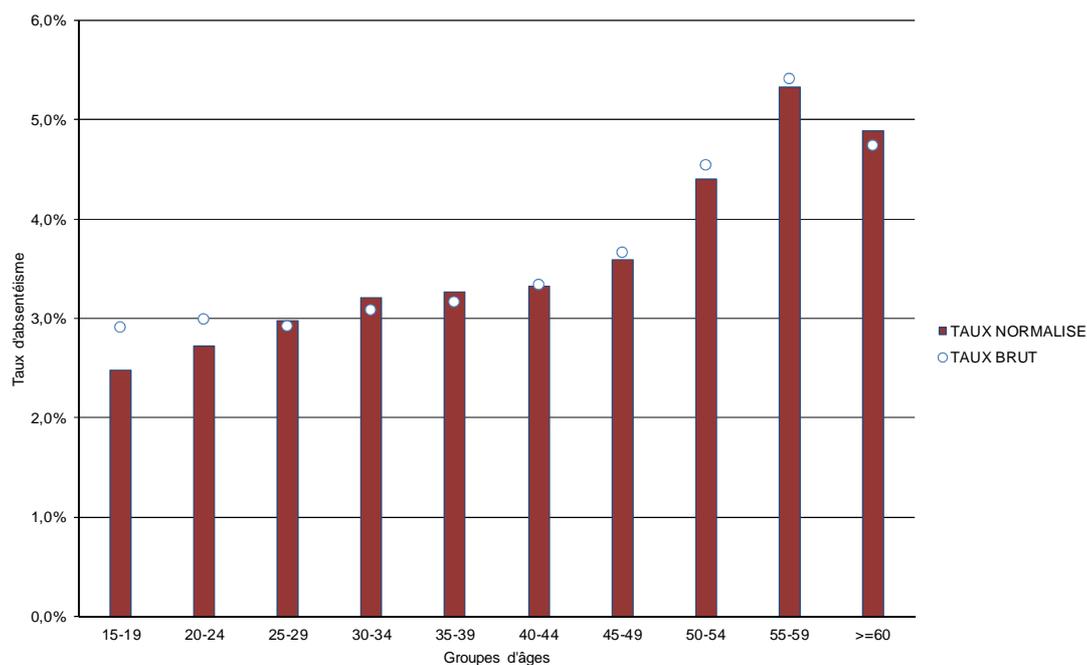
3.3 Taux d'absentéisme selon l'âge

Nous avons mis en évidence, dans les parties 3.1 et 3.2, que la neutralisation des effets de structure (normalisation) est une étape nécessaire si on souhaite s'assurer que les différences observées entre le taux d'absentéisme de deux groupes de personnes ne sont pas uniquement dues à une composition particulière des groupes en question (population plus âgée, proportion d'ouvriers plus importante...).

Le risque pour un individu de tomber malade étant plus important à 60 ans qu'à 20 ans, l'âge fait bien évidemment partie des effets de structure qui doivent être neutralisés. Nous allons, dans cette partie, illustrer la relation naturelle qui existe entre âge et taux d'absentéisme.

Par ailleurs, il est important de souligner le fait que chaque groupe d'âge possède une structure propre qui peut être susceptible d'impacter le taux d'absentéisme. A titre d'exemple, les frontaliers peuvent être plus représentés dans certains groupes d'âge que dans d'autres et, par conséquent, tirer le taux d'absentéisme vers le haut. Ainsi, il est important d'analyser le taux d'absentéisme en fonction de l'âge après avoir neutralisé les effets de structure habituels (sexe, lieu de résidence, statut et secteur d'activité).

Figure 5 Taux d'absentéisme brut (avant neutralisation des effets de structure) et taux d'absentéisme normalisé (après neutralisation des effets de structure) en fonction de l'âge



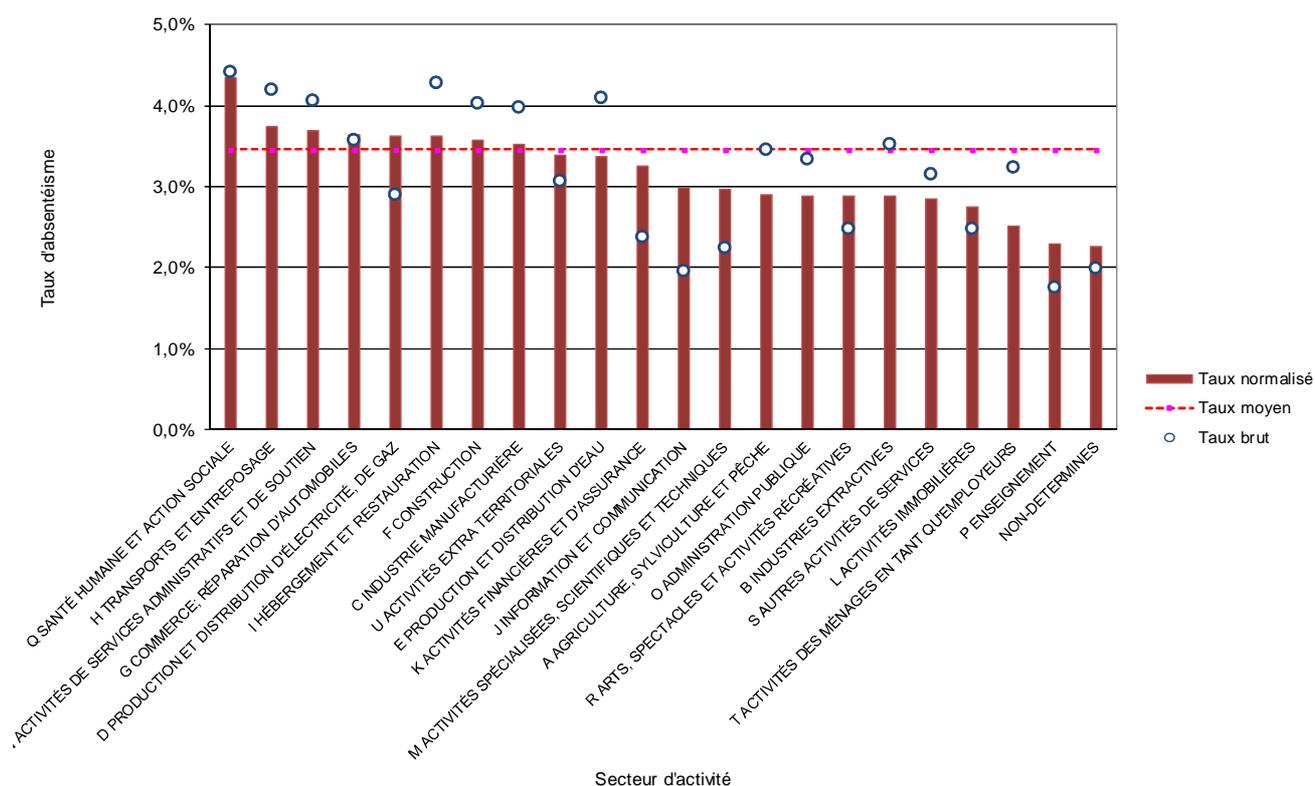
La diminution du taux d'absentéisme pour la dernière classe d'âge pourrait s'expliquer par une sortie du marché du travail, dès que celle-ci est possible, pour les assurés les plus concernés par les problèmes de santé.

3.4 Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité⁶

A l'instar de l'âge, du statut socioprofessionnel, du sexe et du lieu de résidence, le secteur d'activité est un déterminant clé du risque de tomber malade. En effet, on peut légitimement penser qu'un ouvrier travaillant en extérieur dans le domaine de la construction aura un risque de tomber malade majoré par rapport à un ouvrier du secteur bancaire. Le secteur d'activité fait donc partie des effets de structure qui doivent être neutralisés.

Par ailleurs, il est important de souligner le fait que chaque secteur d'activité possède une structure propre qui peut être susceptible d'impacter le taux d'absentéisme. A titre d'exemple, on s'attend à ce que le taux d'absentéisme du secteur de la construction soit supérieur à celui du secteur bancaire et ceci pour deux raisons. Tout d'abord, il y a évidemment plus de travailleurs manuels dans le secteur de la construction et ces derniers ont un risque de tomber malade majoré par rapport à celui des employés (effet structurel). En outre, les conditions de travail d'un ouvrier du secteur de la construction sont probablement plus difficiles que celles d'un ouvrier du secteur bancaire (exposition du secteur par rapport au risque de tomber malade). L'étape de normalisation nous permet de gommer l'effet structurel et de mettre en valeur l'influence pure du secteur sur le taux d'absentéisme, tant au niveau de son degré d'exposition face au risque, que du comportement des salariés qui y appartiennent.

Figure 6 Taux d'absentéisme brut (avant neutralisation des effets de structure) et taux d'absentéisme normalisé (après neutralisation des effets de structure) en fonction du secteur d'activité

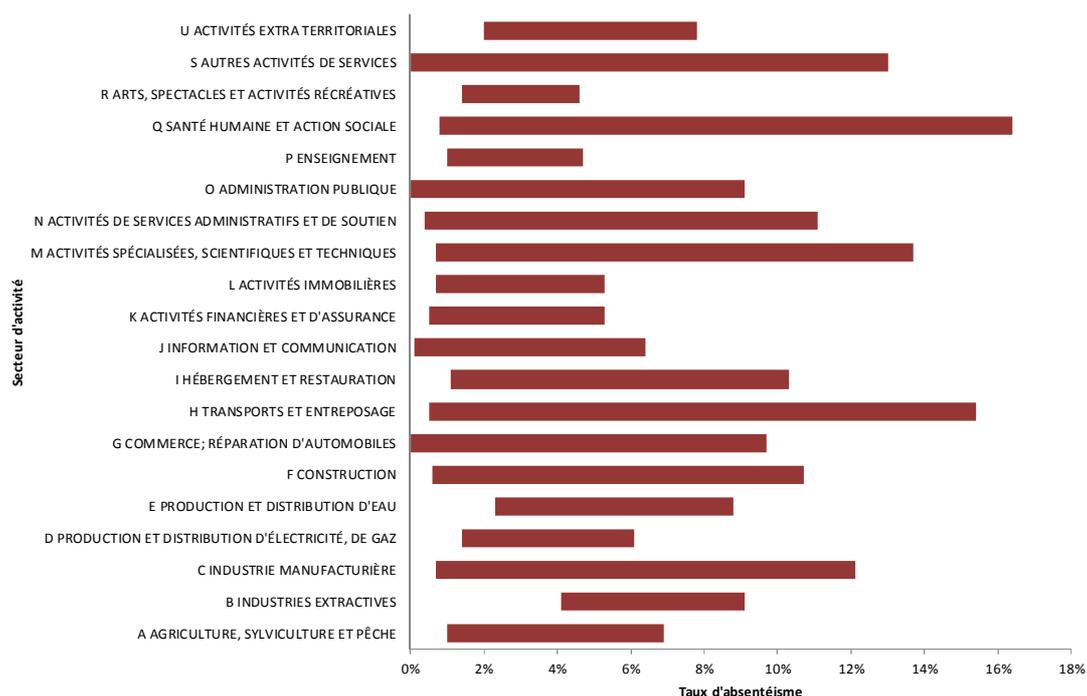


⁶ La comparaison des taux selon le secteur d'activité nécessite de retirer les salariés concernés par l'article 14 alinéa 3 du CSS (Maintien de l'indemnité pécuniaire en cas de cessation de l'affiliation, sous conditions). En effet, le matricule employeur, associé aux périodes au cours desquelles la caisse se substitue à l'employeur, est rattaché au secteur O (Administration publique). Les taux d'absentéisme pouvant théoriquement, pour ces cas, atteindre 100%, leur présence biaise fortement vers le haut le taux d'absentéisme du secteur O. Ce retrait n'a pas de conséquence sur le taux moyen qui reste à 3,5%.

3.5 Taux d'absentéisme selon la taille de l'entreprise

La partie 3.4 a révélé d'importantes différences entre les différents secteurs économiques. La comparaison ayant été réalisée sur les taux normalisés, ces différences ne sont pas dues aux caractéristiques individuelles, à savoir, l'âge, le sexe, la résidence ou le statut. Toutefois, si on analyse les écarts entre les taux d'absentéisme des entreprises d'un secteur donné, on se rend compte qu'il existe des caractéristiques propres à l'entreprise qui ont également un impact sur le taux d'absentéisme.

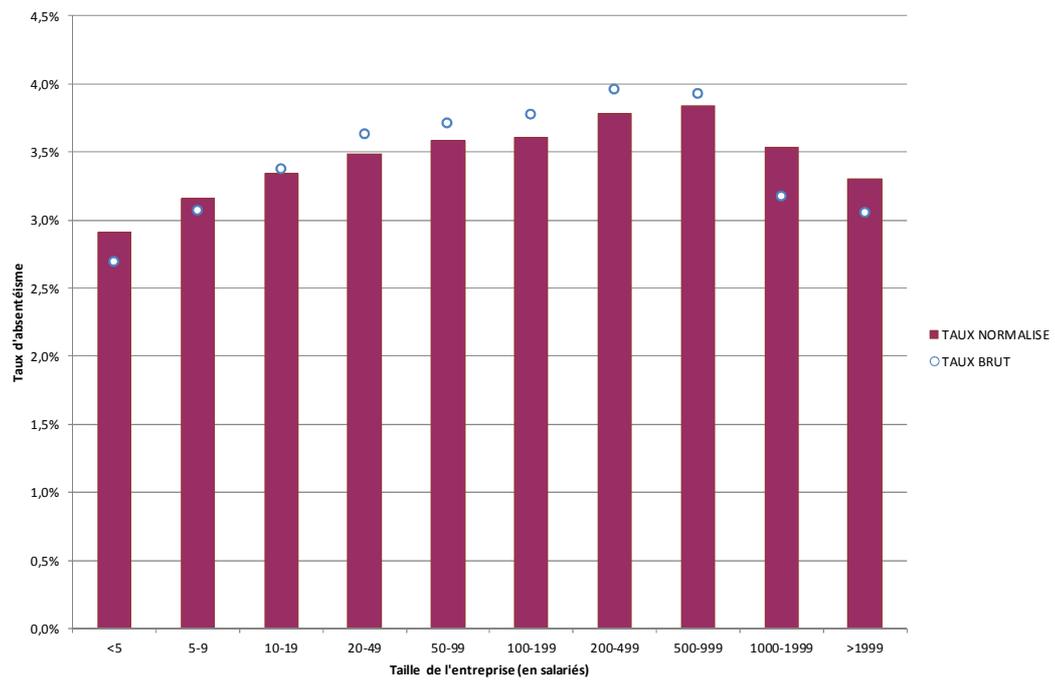
Figure 7 Valeurs minimales et maximales, selon le secteur d'activité, du taux d'absentéisme brut (sans neutralisation des effets de structure) des entreprises de plus de 50 salariés.



Du fait du grand nombre d'entreprises composant les différents secteurs d'activité, l'analyse de l'absentéisme au niveau de l'entreprise nécessite un regroupement de ces dernières. Le regroupement le plus pertinent est vraisemblablement la taille de l'entreprise.

Il apparaît sur la figure 8 que pour les entreprises de moins de 1000 salariés, le taux d'absentéisme augmente en fonction de la taille. Au-delà de 1000 salariés, le taux chute fortement.

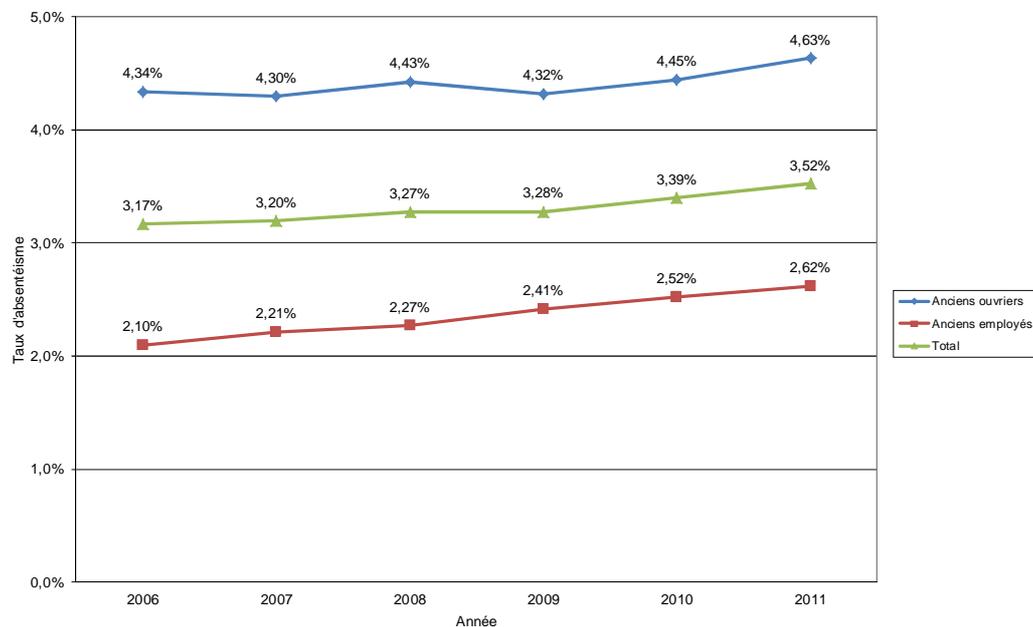
Figure 8 Taux d'absentéisme brut (avant neutralisation des effets de structure) et taux d'absentéisme normalisé (après neutralisation des effets de structure) en fonction de la taille de l'entreprise



3.6 Quelques aspects chronologiques⁷

3.6.1 Evolution du taux d'absentéisme selon le statut socioprofessionnel

Figure 9 Evolution annuelle du taux d'absentéisme selon le statut socioprofessionnel



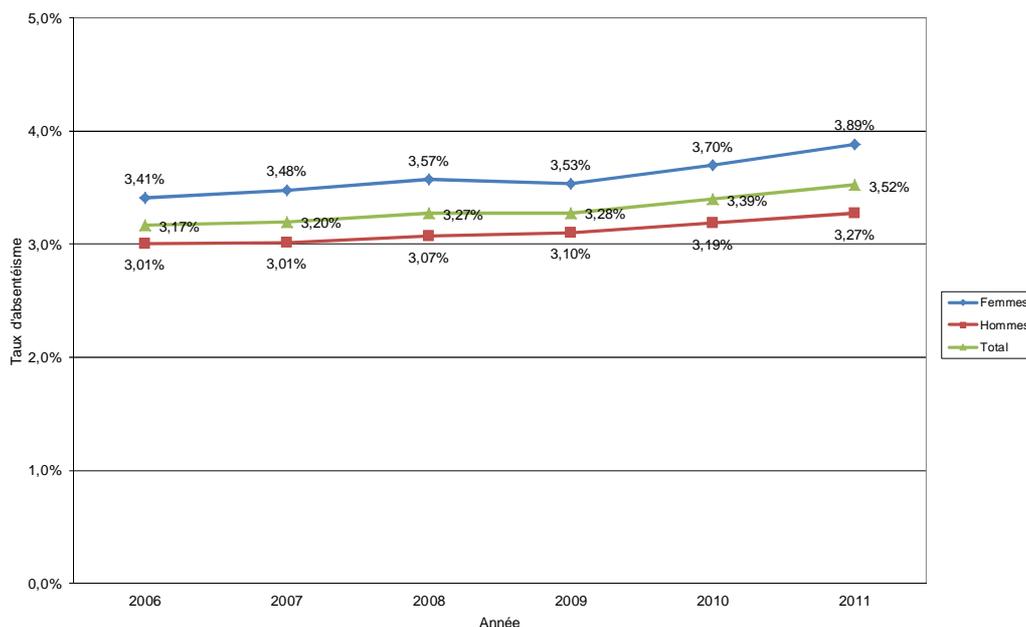
On constate que le taux d'absentéisme total augmente régulièrement depuis 2006. Toutefois, il est à noter que le taux d'absentéisme des anciens ouvriers a connu une légère diminution en 2009, année de la généralisation de la continuation de la rémunération⁸.

⁷ Dans cette partie, les taux d'absentéisme n'ont pas été normalisés

⁸ Avant 2009, l'intégralité des indemnités pécuniaires de maladie des ouvriers était à charge de la caisse tandis que pour les employés, le patron avait à sa charge les 15 premières semaines de maladie. A partir de 2009, il n'existe plus de distinction officielle entre ouvriers et employés et la charge des 13 premières semaines revient au patron.

3.6.2 Evolution du taux d'absentéisme selon le sexe

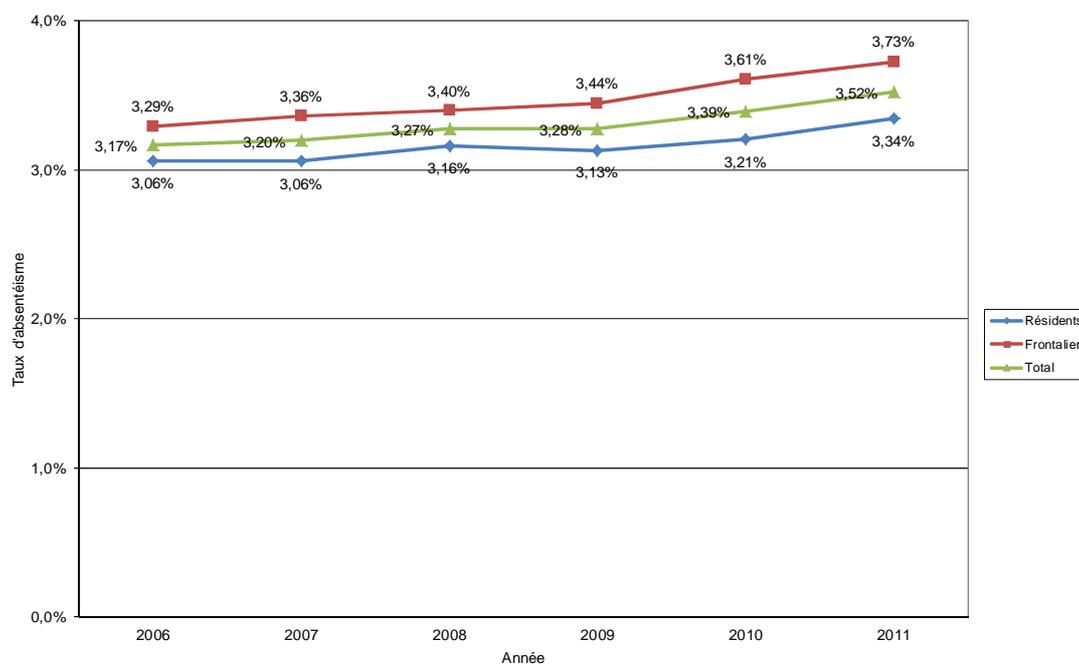
Figure 10 Evolution annuelle du taux d'absentéisme selon le sexe



Quel que soit le sexe, le taux d'absentéisme a connu une hausse en 2011 par rapport à 2010.

3.6.3 Evolution du taux d'absentéisme selon le lieu de résidence

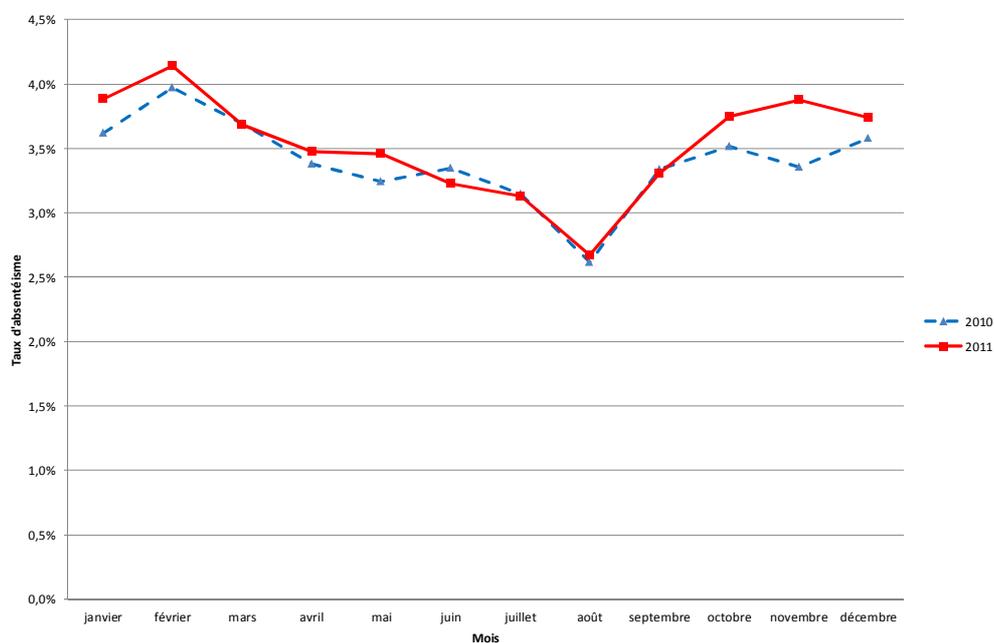
Figure 11 Evolution annuelle du taux d'absentéisme selon le lieu de résidence



Quel que soit le lieu de résidence, le taux d'absentéisme a connu une hausse en 2011 par rapport à 2010.

3.6.4 Evolution mensuelle du taux d'absentéisme

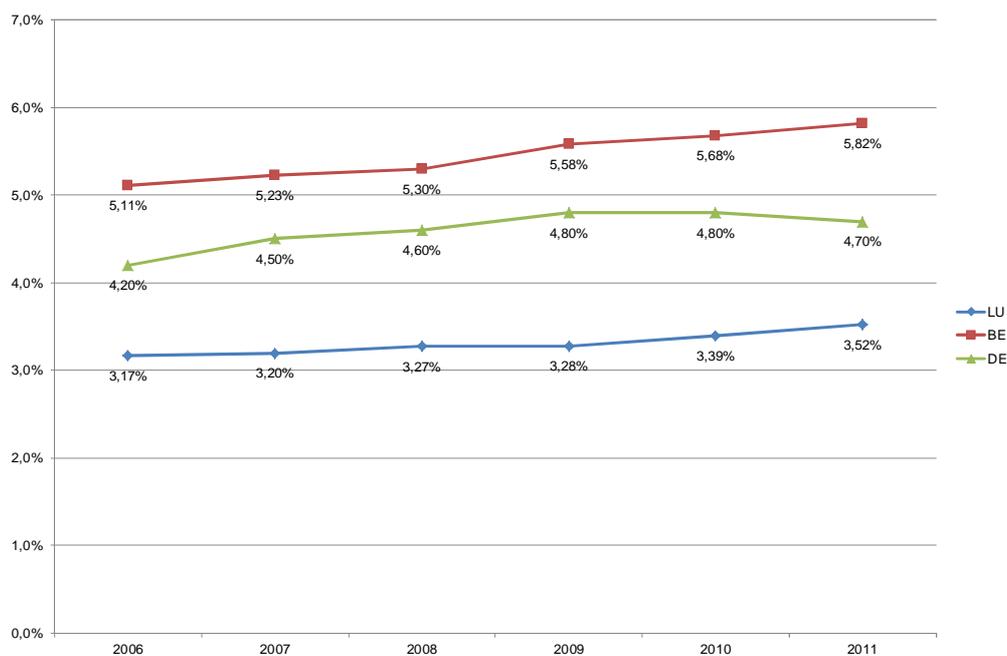
Figure 12 Comparaison entre les évolutions mensuelles des taux d'absentéisme des salariés du secteur privé pour les années 2010 et 2011



La présentation graphique de l'évolution mensuelle du taux d'absentéisme met en valeur d'importantes variations saisonnières.

3.6.5 Evolution du taux d'absentéisme de l'Allemagne et de la Belgique

Figure 13 Evolution annuelle du taux d'absentéisme selon le pays



Sources : Luxembourg : IGSS ; Belgique : SECUREX ; Allemagne : AOK

On constate que les taux d'absentéisme de la Belgique, de l'Allemagne et du Luxembourg ont suivi une tendance relativement croissante entre 2006 et 2010. En 2011, alors que les taux d'absentéisme de la Belgique et du Luxembourg continuent d'augmenter, celui de l'Allemagne passe de 4,8% à 4,7%.

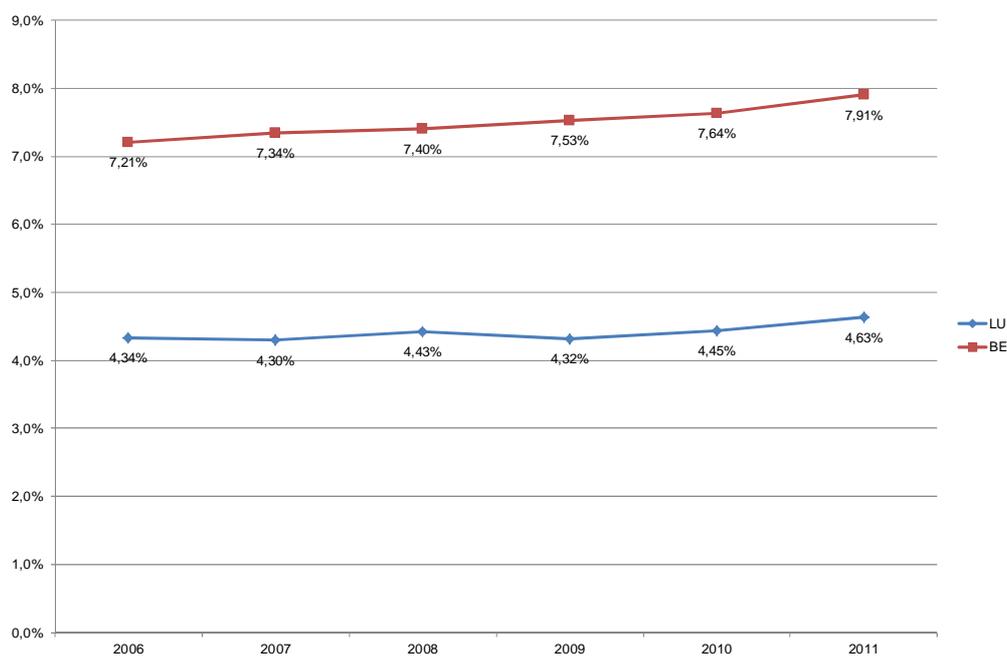
Attention toutefois aux écarts que laisse suggérer le graphique mais qui sont à relativiser à cause des méthodologies qui sont différentes selon les pays. En effet, le taux allemand tient compte des absences pour cause de maladie et pour cause d'accident. Cependant, même en considérant les absences pour accident, le taux du Luxembourg ne serait que 3,6% environ en 2010 et resterait donc le plus performant des pays comparés.

Par ailleurs, même si le taux d'absentéisme de la Belgique ne se base que sur la maladie, il est calculé à partir des jours ouvrés et non civils comme au Luxembourg. Toutefois, même si le taux du Luxembourg était calculé à partir des jours ouvrés, il atteindrait 3,7% en 2010. Cette fois encore, il resterait de loin le plus performant.

3.6.6 Evolution du taux d'absentéisme des ouvriers en Belgique

Si on s'intéresse uniquement aux ouvriers, on constate que la diminution du taux observée au Luxembourg ne se reproduit pas en Belgique. A noter que du côté allemand, l'AOK ne publie pas de taux d'absentéisme par statut mais par secteur d'activité.

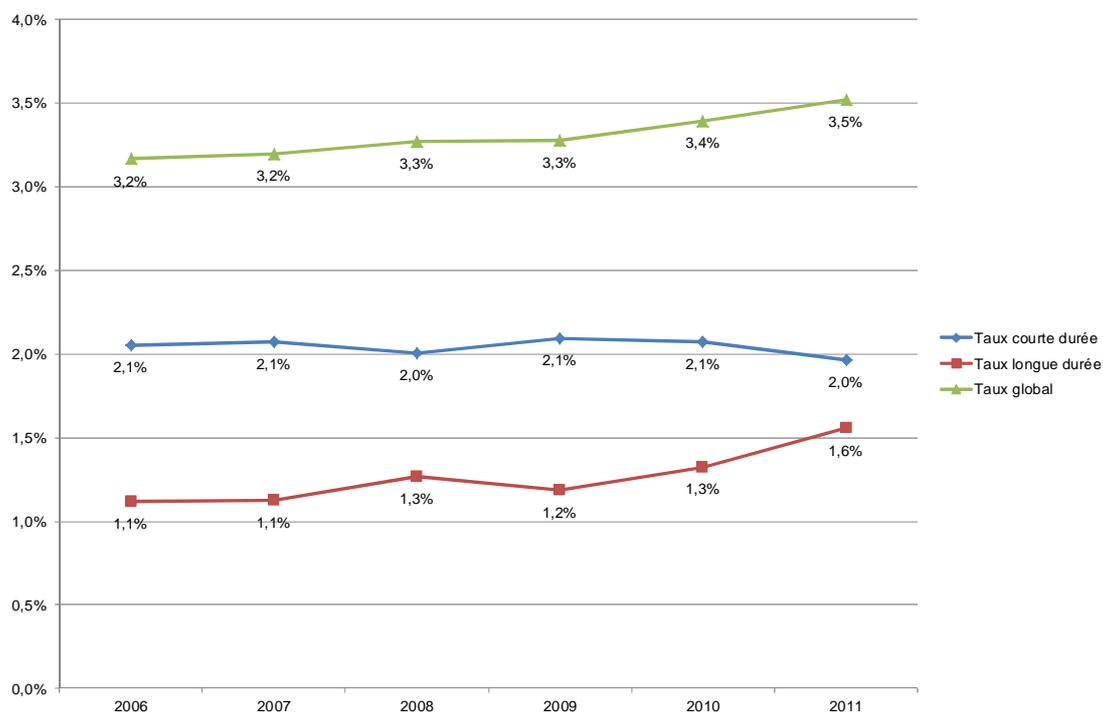
Figure 14 Evolution annuelle du taux d'absentéisme des ouvriers selon le pays



Sources : Luxembourg : IGSS ; Belgique : SECUREX

3.6.7 Evolution des taux d'absentéisme de longue durée et de courte durée

Figure 15 Evolution annuelle des taux d'absentéisme de courte et de longue durée



On constate que l'augmentation récente du taux d'absentéisme a pour origine une évolution défavorable des absences de longue durée. L'évolution en question n'est pas spécifique à un genre, un statut socioprofessionnel, un lieu de résidence, un secteur d'activité ni même à un groupe d'âge particulier.

4. ANALYSE DE LA DUREE DES ABSENCES

4.1 Durée des absences selon le statut, le sexe et la résidence

Le tableau 3 présente la durée des épisodes qui se sont terminés en 2011 selon le statut, le sexe et la résidence⁹.

Table 3 Durée moyenne (en jours civils) des épisodes qui se sont terminés en 2011 selon la résidence, le sexe et le statut

	Frontaliers			Résidents			Femmes	Hommes	TOTAL
	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL			
Anciens Ouvriers	15,2	13,8	14,1	11,5	11,0	11,2	12,7	12,4	12,5
Anciens Employés	7,8	7,0	7,4	6,8	6,7	6,8	7,3	6,9	7,1
TOTAL	9,3	10,6	10,0	8,4	9,1	8,8	8,8	9,9	9,4

On constate les faits suivants :

- Quel que soit le statut, quelle que soit la résidence, la durée moyenne des épisodes de maladie des femmes est supérieure à celle des hommes. Néanmoins, la durée moyenne des épisodes de l'ensemble des femmes est inférieure à celle des hommes. Cette relation d'ordre est toutefois biaisée par le fait que les anciens ouvriers sont plus représentés chez les hommes que chez les femmes. Si on neutralise cet effet de structure, il ressort que les femmes sont bel et bien malades plus longtemps que les hommes.
- Quel que soit le statut, quel que soit le sexe, la durée moyenne des épisodes de maladie des frontaliers est supérieure à celle des résidents.
- Quel que soit le sexe, quelle que soit la résidence, la durée moyenne des épisodes de maladie des ouvriers est supérieure à celle des employés.

Le tableau 4 présente la durée observée (sans neutralisation des effets de structure) et la durée normalisée (après neutralisation des effets de structure) des principaux sous-groupes.

⁹ Le tableau est établi selon l'approche « individu »

Table 4 Durée observée (sans neutralisation des effets de structure) et durée normalisée (après neutralisation des effets de structure)

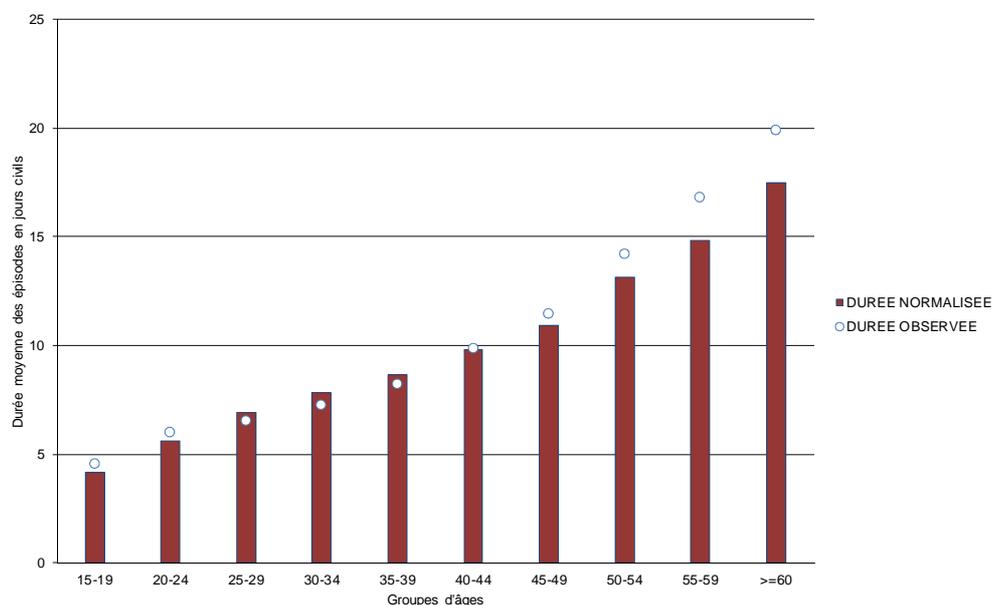
	Durée observée	Durée normalisée	Interprétation
Anciens Employés	7,1	8,5	A structures d'âge, de sexe, de secteur d'activité et de résidence identiques, la durée moyenne des épisodes de maladie des anciens employés est inférieure à celle des anciens ouvriers.
Anciens Ouvriers	12,5	10,2	
Hommes	9,9	9,0	A structures d'âge, de statut, de secteur d'activité et de résidence identiques, la durée moyenne des épisodes de maladie des hommes est inférieure à celle des femmes. La relation d'ordre existant entre les durées observées est inverse de celle existant entre les durées normalisées.
Femmes	8,8	9,9	
Résidents	8,8	8,7	A structures d'âge, de sexe, de secteur d'activité et de statut identiques, la durée moyenne des épisodes de maladie des résidents est inférieure à celle des frontaliers.
Frontaliers	10,0	10,1	

Au final, il apparaît que la différence entre la durée moyenne des épisodes de l'ensemble des hommes et celle de l'ensemble des femmes (indépendamment du lieu de résidence et du statut socioprofessionnel), présentée dans le tableau 3, s'explique exclusivement par un effet de structure. L'effet en question est la surreprésentation des anciens ouvriers chez les hommes qui tire la durée moyenne de maladie vers le haut. En contrôlant cet effet, on se rend compte que ce sont les femmes qui ont les durées de maladie les plus longues.

Les autres différences mises en valeur dans le tableau 3 sont spécifiquement liées au statut socioprofessionnel, au sexe ou au lieu de résidence et ne s'expliquent que partiellement par des effets de structures.

4.2 Durée des absences selon l'âge

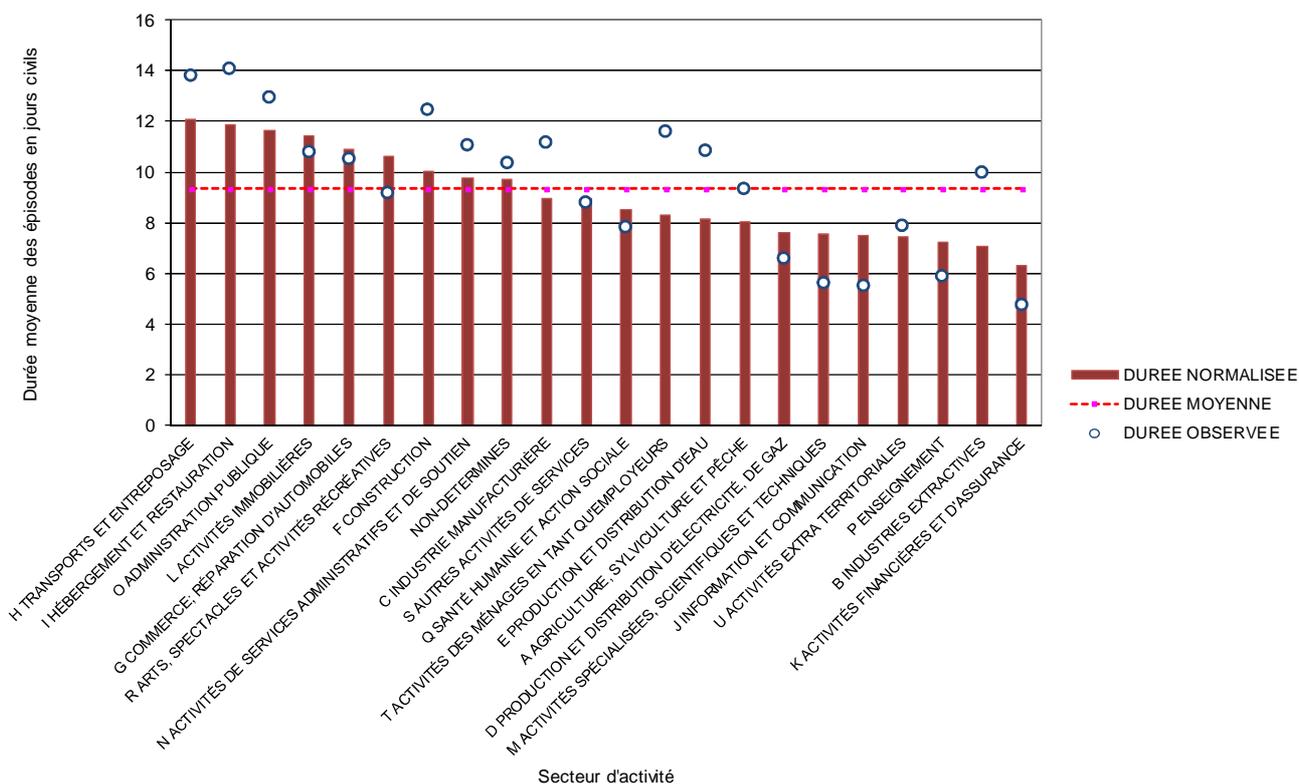
Figure 16 Durée moyenne observée (en jours civils, avant neutralisation des effets de structure), des épisodes ayant pris fin en 2011 et durée moyenne normalisée (en jours civils, après neutralisation des effets de structure) en fonction de l'âge



La figure 16 indique clairement que la durée des épisodes augmente en fonction de l'âge.

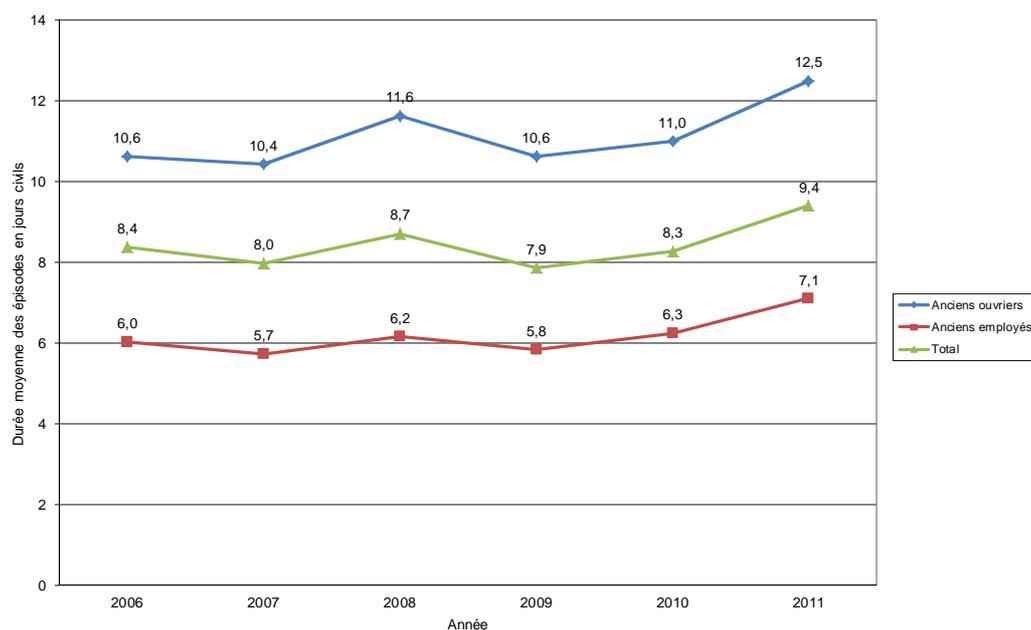
4.3 Durée des absences selon le secteur d'activité

Figure 17 Durée moyenne observée (en jours civils, avant neutralisation des effets de structure), des épisodes ayant pris fin en 2011 et durée moyenne normalisée (en jours civils, après neutralisation des effets de structure) en fonction du secteur d'activité



4.4 Quelques aspects chronologiques¹⁰

Figure 18 Evolution annuelle de la durée moyenne (en jours civils) des épisodes ayant pris fin au cours de l'année considérée selon le statut socioprofessionnel



Quel que soit le statut socioprofessionnel, la durée moyenne des épisodes de maladie a connu une hausse en 2011 par rapport à 2010.

¹⁰ Dans cette partie, les durées n'ont pas été normalisées

5. ANALYSE DE L'OCCURENCE DES ABSENCES

5.1 Occurrence des absences selon le statut, le sexe et la résidence

Le tableau 5 présente la proportion de personnes qui n'ont pas connu d'épisodes de maladie ayant pris fin en 2011¹¹.

Table 5 Proportion de personnes qui n'ont pas connu d'épisodes de maladie ayant pris fin en 2011 selon la résidence, le sexe et le statut

	Frontaliers			Résidents			Femmes	Hommes	TOTAL
	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL			
Anciens Ouvriers	49,5%	48,8%	48,9%	45,7%	48,8%	47,7%	47,0%	48,8%	48,3%
Anciens Employés	37,9%	51,3%	45,4%	40,5%	54,0%	47,2%	39,3%	52,6%	46,3%
TOTAL	41,1%	50,0%	47,0%	42,5%	51,2%	47,4%	41,9%	50,6%	47,2%

On constate les faits suivants :

- Excepté pour les anciens ouvriers frontaliers, quel que soit le statut, quelle que soit la résidence, la proportion de femmes qui n'ont pas connu d'épisode de maladie ayant pris fin en 2011 est inférieure à celle des hommes.
- Pour les anciens ouvriers, la proportion de frontaliers qui n'ont pas connu d'épisode de maladie ayant pris fin en 2011 est supérieure à celle des résidents. Pour les anciens employés, c'est le contraire.
- Pour les femmes, la proportion d'anciens ouvriers qui n'ont pas connu d'épisode de maladie ayant pris fin en 2011 est supérieure à celle des anciens employés. Pour les hommes, c'est le contraire.

Le tableau 6 présente la proportion observée (sans neutralisation des effets de structure) et la proportion normalisée (après neutralisation des effets de structure) des principaux sous-groupes.

¹¹ Le tableau est établi selon l'approche « individu »

Table 6 Proportion observée de personnes qui n'ont pas connu d'épisodes de maladie ayant pris fin en 2011 (sans neutralisation des effets de structure) et proportion normalisée (après neutralisation des effets de structure)

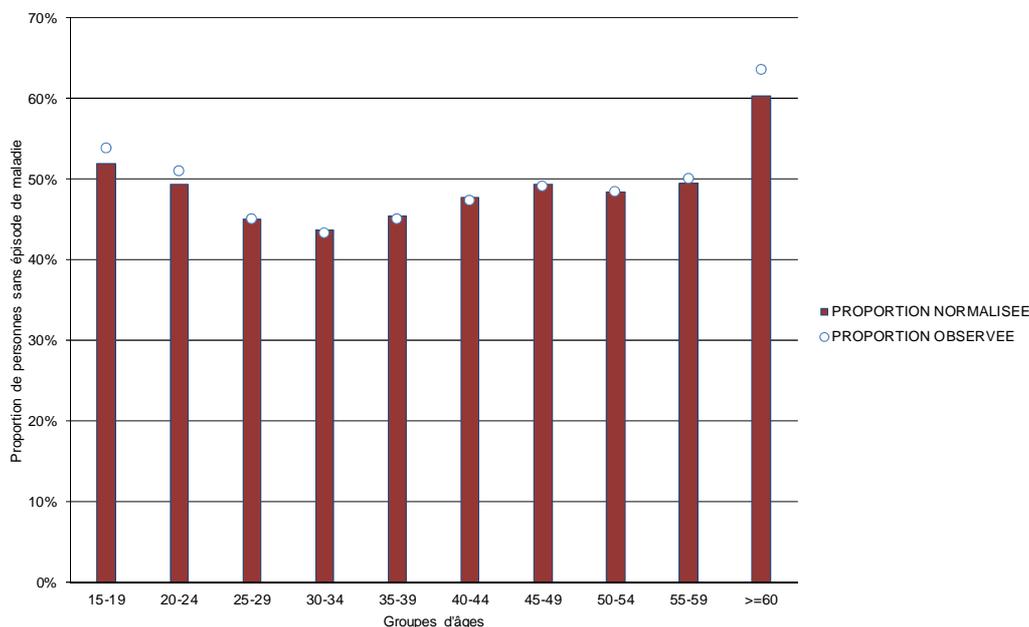
	Prop. observée	Prop. normalisée	Interprétation
Anciens Employés	46,3%	48,8%	A structures d'âge, de sexe, de secteur d'activité et de résidence identiques, la proportion d'anciens employés qui n'ont pas connu d'épisode de maladie ayant pris fin en 2011 est supérieure à celle des anciens ouvriers. La relation d'ordre existant entre les proportions observées est inverse de celle existant entre les proportions normalisées.
Anciens Ouvriers	48,3%	45,5%	
Hommes	50,6%	49,9%	A structures d'âge, de statut, de secteur d'activité et de résidence identiques, la proportion d'hommes qui n'ont pas connu d'épisode de maladie ayant pris fin en 2011 est supérieure à celle des femmes.
Femmes	41,9%	42,8%	
Résidents	47,4%	48,2%	A structures d'âge, de sexe, de secteur d'activité et de statut identiques, la proportion de résidents qui n'ont pas connu d'épisode de maladie ayant pris fin en 2011 est supérieure à celle des frontaliers.
Frontaliers	47,0%	46,2%	

Au final, il apparaît que la différence entre la proportion correspondant à l'ensemble des anciens employés et celle correspondant à l'ensemble des anciens ouvriers (indépendamment du lieu de résidence et du sexe), présentée dans le tableau 5, s'explique exclusivement par un effet de structure. L'effet en question est la surreprésentation, chez les anciens employés de sexe féminin, de classes d'âge où la proportion de personnes qui n'ont pas connu d'épisodes de maladie est particulièrement basse.

Les autres différences mises en valeur dans le tableau 5 sont spécifiquement liées au statut socioprofessionnel, au sexe ou au lieu de résidence et ne s'expliquent que partiellement par des effets de structures.

5.2 Occurrence des absences selon l'âge

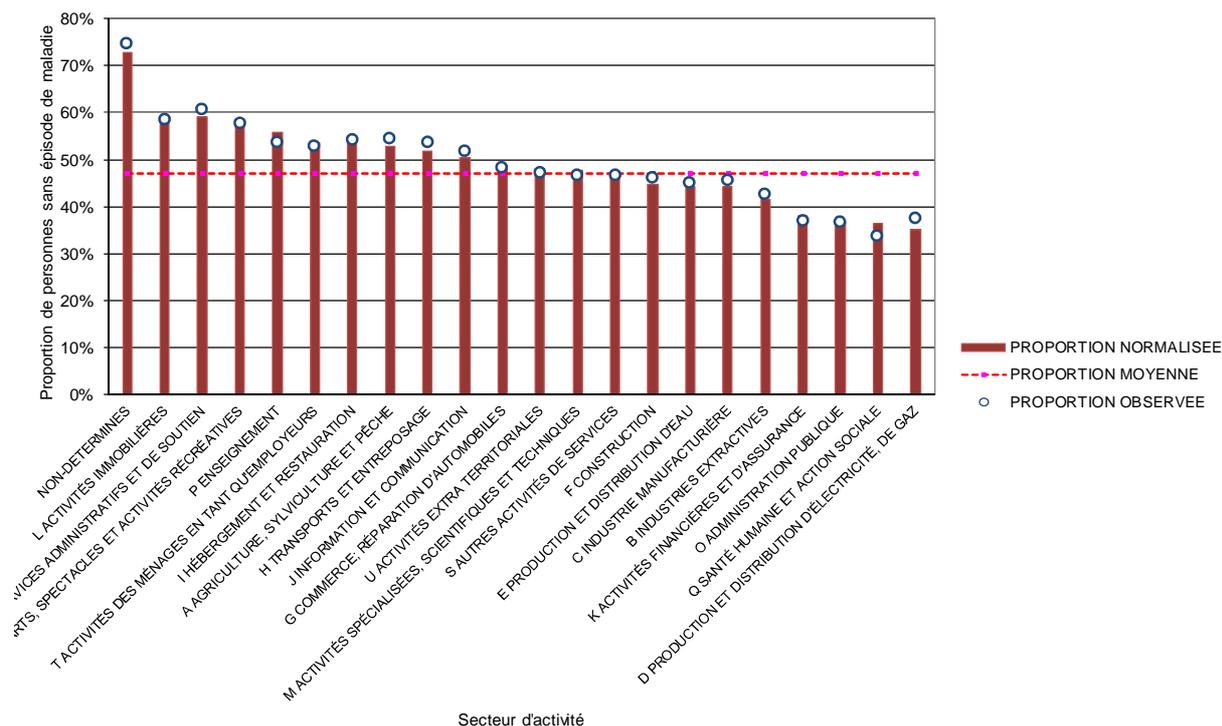
Figure 19 Proportion observée de personnes qui n'ont pas connu d'épisodes de maladie ayant pris fin en 2011 (sans neutralisation des effets de structure) et proportion normalisée (après neutralisation des effets de structure) en fonction de l'âge



La figure 19 indique que la proportion de personnes qui n'ont pas connu d'épisodes de maladie atteint son minimum pour la classe d'âges 30-34.

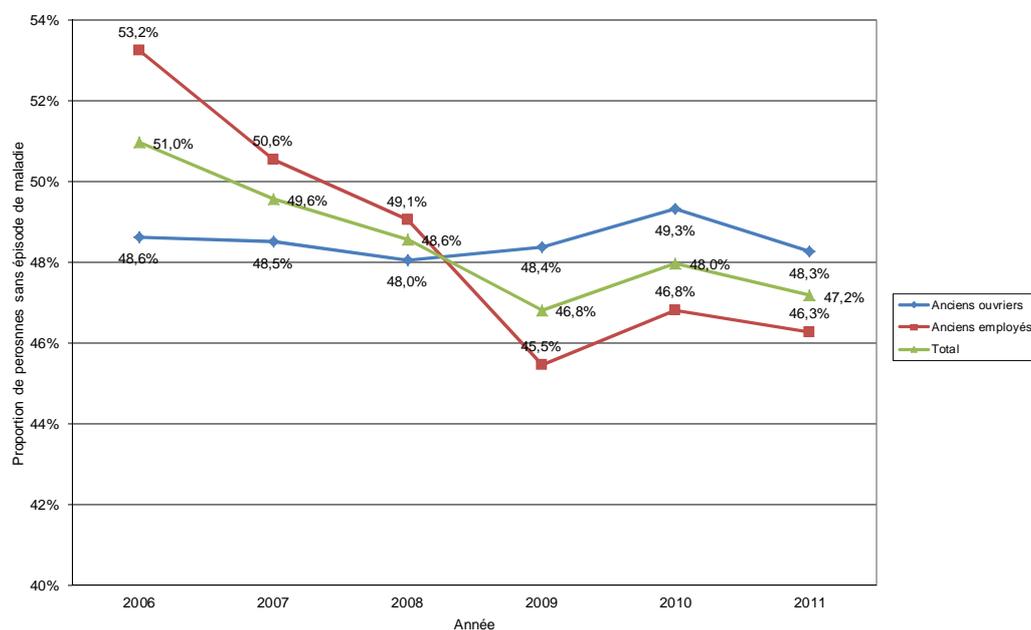
5.3 Occurrence des absences selon le secteur d'activité

Figure 20 Proportion observée de personnes qui n'ont pas connu d'épisodes de maladie ayant pris fin en 2011 (sans neutralisation des effets de structure) et proportion normalisée (après neutralisation des effets de structure) en fonction du secteur d'activité



5.4 Quelques aspects chronologiques¹²

Figure 21 Evolution annuelle de la proportion de personnes qui n'ont pas connu d'épisodes de maladie ayant pris fin au cours de l'année considérée, selon le statut socioprofessionnel



Quel que soit le statut socioprofessionnel, la proportion de personnes qui n'ont pas connu d'épisodes de maladie a diminué en 2011 par rapport à 2010. L'allure particulière de ce graphique appelle quelques commentaires.

Avant l'introduction du Statut unique (2009), la caisse de maladie des ouvriers (CMO) avait à sa charge le versement de l'indemnité pécuniaire de maladie dès le premier jour de l'absence. Ainsi, afin de se faire indemniser, le salarié informait la caisse de la totalité de ses périodes de maladie. A cette époque, l'information, en termes d'absentéisme des ouvriers, était donc déjà exhaustive.

Pour les employés, la situation était toute autre. La caisse de maladie (CMEP) intervenait, en moyenne, à partir de la 15^e semaine d'incapacité sans qu'il y ait cumul des périodes discontinues de maladie (hors cas de rechute pour une même maladie). De ce fait, la transmission, par l'assuré ou par l'employeur, des périodes d'incapacité de courte durée n'était pas demandée par la CMEP. A cette époque, l'information, en termes d'absentéisme des employés, se résumait donc à l'absentéisme de très longue durée (> 15 semaines).

La loi du 21 décembre 2004 modifiant, entre autres, le code des assurances sociales, a permis de remédier à ce défaut d'informations sur l'absentéisme de courte durée des employés. D'une part, elle a rendu obligatoire¹³, sous peine de sanctions¹⁴, la transmission de la part des salariés, de toutes leurs périodes d'incapacité par le biais du formulaire délivré par le médecin¹⁵. D'autre part, elle a rendu obligatoire la transmission de la part des patrons, des périodes d'incapacité de leurs salariés, indépendamment du fait qu'il y a continuation ou non

¹² Dans cette partie, les proportions n'ont pas été normalisées

¹³ Article 11 alinéa 4 du code de la sécurité sociale

¹⁴ Article 172 des Statuts de la Caisse nationale de santé

¹⁵ Les absences de moins de deux jours ne sont pas concernées par cette mesure. Cf. Statuts CNS articles 170-172

de la rémunération¹⁶ et indépendamment du fait que l'incapacité soit justifiée ou non par un certificat médical¹⁷.

Malgré tous ces efforts pour lever le voile sur l'absentéisme de courte durée des employés, une zone d'ombre persistait sur les absences de très courtes durées ne nécessitant pas de certificat médical (absences de moins de 2 jours). La déclaration de ces dernières étant conférée aux seuls employeurs, on peut imaginer que l'absence d'incitant, avant 2009, quant à la déclaration des périodes en question, a fait que ces périodes n'ont pas été transmises à la CNS de manière exhaustive. Ce comportement des employeurs a cependant été progressivement redressé grâce à une sensibilisation effectuée par les diverses organisations patronales auprès des employeurs. Toutefois, ce redressement n'a pu être que partiel.

Sur le graphique, la non-exhaustivité des déclarations sans certificat des employés se traduit par une proportion de personnes non absentes bien supérieure à celle des ouvriers. Le redressement progressif du comportement des employeurs, en termes de déclaration de ces périodes, se traduit par une diminution de la proportion en question entre 2006 et 2008.

Le véritable redressement est, selon toute vraisemblance, apparu en 2009 avec l'introduction du statut unique et l'apparition d'un élément incitatif pour la déclaration des absences sans certificat. L'élément en question étant la prise en compte des périodes discontinues de maladie dans la détermination du début d'indemnisation par la CNS. Sur le graphique, le redressement se traduit par une chute brutale de la proportion de personnes non absentes. Celle-ci passant même en dessous de celle des ouvriers.

¹⁶ Article 426 alinéa 4 du code de la sécurité sociale (anciennement article 330 du code des assurances sociales)

¹⁷ A noter que la connaissance de l'absentéisme de courte durée des employés, rendue possible par la loi de 2004, n'était bien entendu pas une fin en soi. La mesure dont il est question a été rendue nécessaire pour la détermination de différentes échéances comme celles liées au rapport médical circonstancié R4, ou encore pour la détermination du début d'indemnisation par la caisse de maladie (l'obligation patronale de demander expressément l'intervention de la caisse ayant été abolie).

6. ANALYSE DE LA RECURRENCE DES ABSENCES

6.1 Récurrence des absences selon le statut, le sexe et la résidence

Le tableau 7 présente le nombre moyen, par personne concernée par un épisode au moins, d'épisodes de maladie ayant pris fin en 2011¹⁸.

Table 7 Nombre moyen, par personne concernée par un épisode au moins, d'épisodes qui se sont terminés en 2011 selon la résidence, le sexe et le statut

	Frontaliers			Résidents			Femmes	Hommes	TOTAL
	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL			
Anciens Ouvriers	2,32	2,17	2,20	2,53	2,45	2,48	2,46	2,30	2,35
Anciens Employés	2,74	2,32	2,53	2,74	2,40	2,59	2,74	2,36	2,56
TOTAL	2,64	2,24	2,39	2,66	2,43	2,54	2,65	2,33	2,47

On constate les faits suivants :

- Quel que soit le statut, quelle que soit la résidence, les femmes ayant connu au moins un épisode de maladie, sont plus souvent malades que les hommes ayant connu au moins un épisode de maladie.
- Quel que soit le statut, quel que soit le sexe, les résidents ayant connu au moins un épisode de maladie, sont plus souvent malades que les frontaliers ayant connu au moins un épisode de maladie.
- Excepté pour les résidents hommes, quel que soit le sexe, quelle que soit la résidence, les anciens employés ayant connu au moins un épisode de maladie, sont plus souvent malades que les anciens ouvriers ayant connu au moins un épisode de maladie. Cette relation d'ordre est toutefois biaisée par le fait que les frontaliers hommes sont plus représentés chez les anciens ouvriers que chez les anciens employés. Si on neutralise cet effet de structure, il ressort que ce sont les anciens ouvriers ayant connu au moins un épisode de maladie qui sont plus souvent malades que les anciens employés ayant connu au moins un épisode de maladie.

Le tableau 8 présente le nombre moyen d'épisodes observé (sans neutralisation des effets de structure) et le nombre moyen d'épisodes normalisé (après neutralisation des effets de structure) des principaux sous-groupes.

¹⁸ Le tableau est établi selon l'approche « individu »

Table 8 Observation du nombre moyen d'épisodes par personne (sans neutralisation des effets de structure) et normalisation du nombre moyen d'épisodes par personne (après neutralisation des effets de structure)

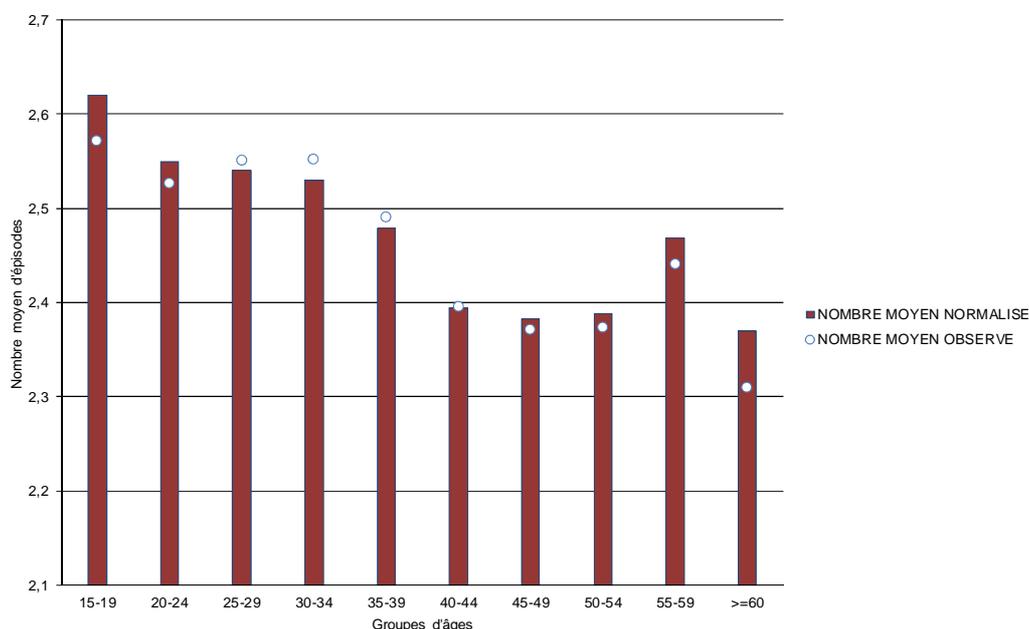
	Nombre observé	Nombre normalisé	Interprétation
Anciens Employés	2,56	2,44	A structures d'âge, de sexe, de secteur d'activité et de résidence identiques, les anciens ouvriers ayant connu au moins un épisode de maladie, sont plus souvent malades que les anciens employés ayant connu au moins un épisode de maladie. La relation d'ordre existant entre les nombres observés est inverse de celle existant entre les nombres normalisés.
Anciens Ouvriers	2,35	2,50	
Hommes	2,33	2,38	A structures d'âge, de statut, de secteur d'activité et de résidence identiques, les femmes ayant connu au moins un épisode de maladie, sont plus souvent malades que les hommes ayant connu au moins un épisode de maladie.
Femmes	2,65	2,58	
Résidents	2,54	2,50	A structures d'âge, de sexe, de secteur d'activité et de statut identiques, les résidents ayant connu au moins un épisode de maladie, sont plus souvent malades que les frontaliers ayant connu au moins un épisode de maladie.
Frontaliers	2,39	2,43	

Au final, il apparaît que la différence entre le nombre moyen d'épisodes de maladie de l'ensemble des anciens employés et de l'ensemble des anciens ouvriers (indépendamment du lieu de résidence et du sexe), présentée dans le tableau 5, s'explique exclusivement par un effet de structure. L'effet en question est la surreprésentation des frontaliers hommes chez les anciens ouvriers qui tire le nombre moyen d'épisodes de maladie vers le bas. En contrôlant cet effet, on se rend compte que ce sont les anciens ouvriers ayant connu au moins un épisode de maladie qui sont plus souvent malades que les anciens employés ayant connu au moins un épisode de maladie.

Les autres différences mises en valeur dans le tableau 5 sont spécifiquement liées au statut socioprofessionnel, au sexe ou au lieu de résidence et ne s'expliquent que partiellement par des effets de structures.

6.2 Récurrence des absences selon l'âge

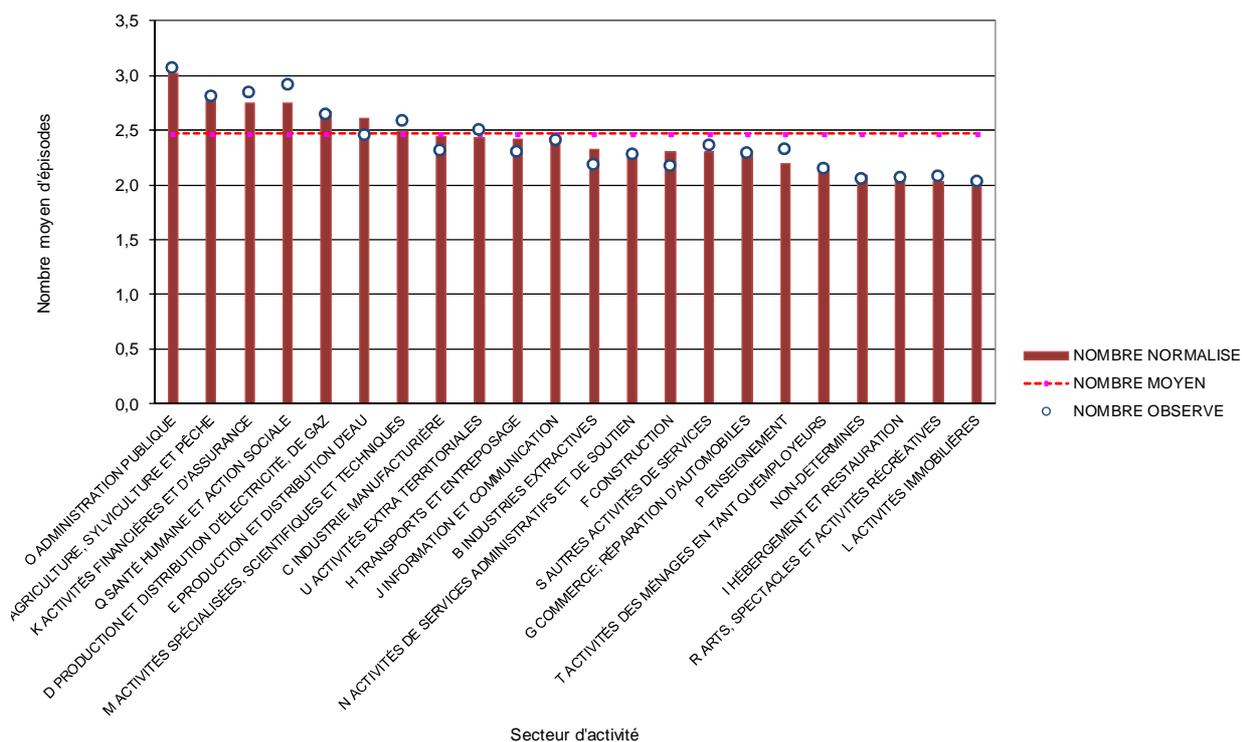
Figure 22 Observation du nombre moyen d'épisodes de maladie par personne (sans neutralisation des effets de structure) et normalisation du nombre moyen d'épisodes de maladie par personne (après neutralisation des effets de structure) en fonction de l'âge



La figure 22 indique que le nombre moyen d'épisodes de maladie tend à diminuer en fonction de l'âge.

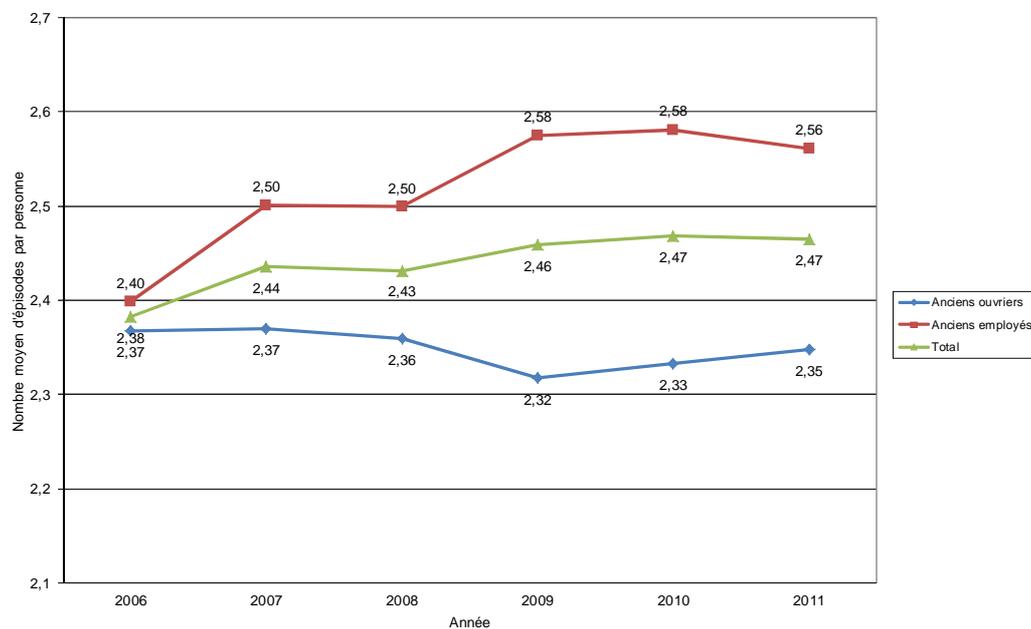
6.3 Récurrence des absences selon le secteur d'activité

Figure 23 Observation du nombre moyen d'épisodes de maladie par personne (sans neutralisation des effets de structure) et normalisation du nombre moyen d'épisodes de maladie par personne (après neutralisation des effets de structure) en fonction du secteur d'activité



6.4 Quelques aspects chronologiques¹⁹

Figure 24 Evolution annuelle du nombre moyen, par personne concernée par un épisode de maladie au moins, d'épisodes qui se sont terminés au cours de l'année considérée, selon le statut socioprofessionnel



Entre 2010 et 2011, le nombre moyen d'épisodes de maladie par personne a augmenté pour les anciens ouvriers, tandis qu'il a diminué pour les anciens employés.

¹⁹ Dans cette partie, les nombres n'ont pas été normalisés

7. COUT DE L'ABSENTÉISME MALADIE EN 2011

7.1 Source des données

Les données proviennent du Datawarehouse de l'IGSS²⁰ ainsi que des bases de données du CISS²¹ relatives aux incapacités de travail. Les données du Datawarehouse qui sont utilisées pour l'établissement de ces chiffres sont extraites des fichiers du CCSS²² (Salaire, Affiliation et Employeur) puis traitées par l'IGSS avec un recul de 3 mois.

7.2 Résultats

Le revenu total brut²³, en millions d'euros, perçu par les salariés lors de périodes d'absence pour cause de maladie au cours de l'année 2011, peut se répartir de la façon suivante :

Table 9 Revenu brut perçu par les salariés en arrêt de maladie selon l'organisme payeur, en millions d'euros

	COÛT CNS ²⁴	COÛT PATRON + MUTUALITE	TOTAL
ANCIENS OUVRIERS	57,1	128,3	185,4
ANCIENS EMPLOYES	41,0	170,2	211,2
TOTAL	98,1	298,4 ²⁵	396,6

En proportion de la masse cotisable, les résultats sont les suivants :

Table 10 Revenu brut perçu par les salariés en arrêt de maladie selon l'organisme payeur, en proportion de la masse cotisable

	CHARGE CNS	CHARGE PATRON + MUTUALITE	TOTAL
ANCIENS OUVRIERS	1,6%	3,5%	5,1%
ANCIENS EMPLOYES	0,5%	2,0%	2,5%
TOTAL	0,8%	2,5%	3,3%

²⁰ Inspection générale de la sécurité sociale

²¹ Centre informatique de la sécurité sociale

²² Centre commun de la sécurité sociale

²³ Hors cotisations patronales

²⁴ Ce montant englobe les indemnités pécuniaires en rapport avec l'article 14.3 CSS (Fin de contrat au cours d'une ITT. La CNS se substitue à l'employeur) ainsi que les indemnités versées dans le cadre de la procédure simplifiée.

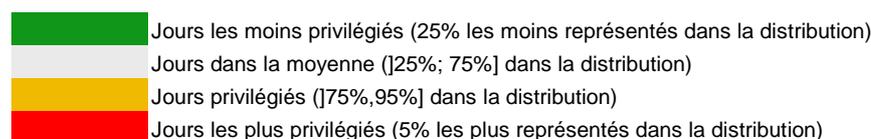
²⁵ Le Bilan 2011 sur les incidences de la généralisation de la continuation de la rémunération, établi par l'IGSS, fait état d'un coût de la maladie à charge de l'entité « Patrons + Mutualité » de 287,1 millions d'euros pour l'année 2011 (page 7 du Bilan). Ce montant se déduit des 298,4 millions issus du tableau en y ajoutant les cotisations patronales, les cotisations AM-PE sur la masse cotisable (hors indemnités pécuniaires et continuation de la rémunération) et en retranchant ce que nous appelons « surprime ». Cette surprime correspond à 2,1% de la masse cotisable des anciens ouvriers.

8. LES JOURS D'ABSENCE MALADIE PRIVILEGIÉS

8.1 Les jours privilégiés pour les déclarations de maladie

En observant la figure 25, on remarque que les déclarations de maladie ont le plus souvent lieu le lundi. On remarque également que les mois les plus concernés par les déclarations de maladie sont les mois d'hiver. Enfin, étant donné que moins de personnes travaillent les week-ends, les samedis et les dimanches sont les jours où il y a le moins de déclarations de maladie.

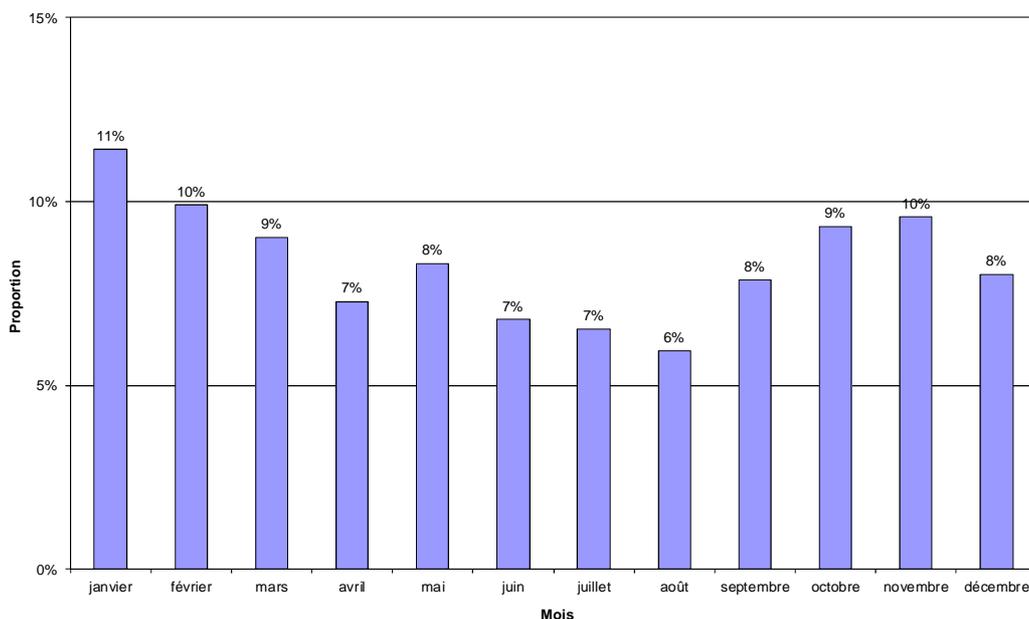
Figure 25: Jours les plus et les moins privilégiés pour les déclarations de maladie en 2011



En gras: vacances scolaires
 En gras souligné: jours fériés

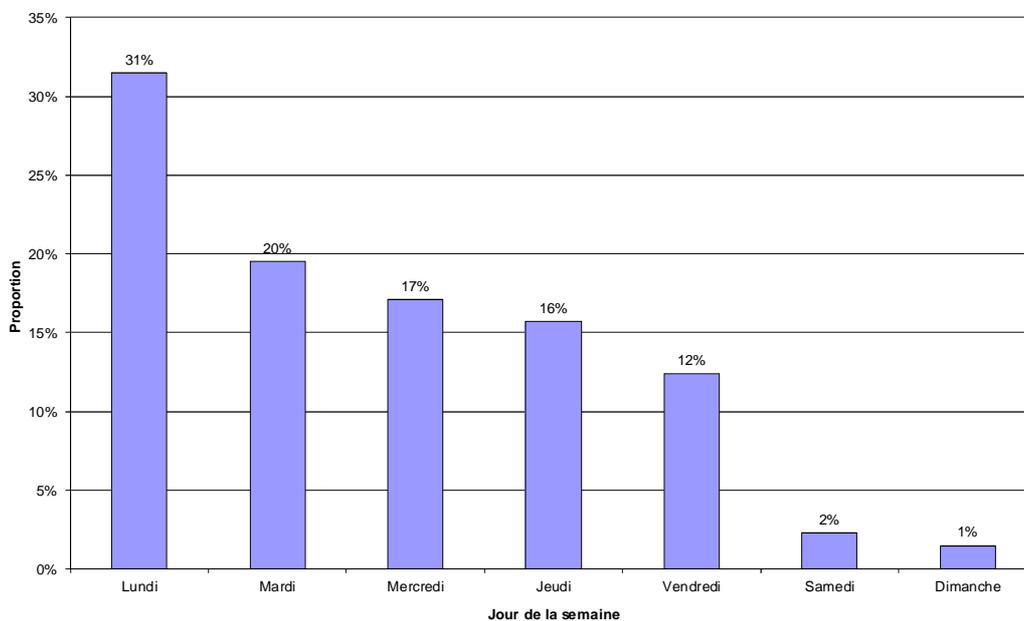
Les figures qui suivent synthétisent de façon quantitative les observations précédentes :

Figure 26: Distribution du mois de déclaration de l'arrêt de maladie



En 2011, 11% des déclarations d'arrêt pour maladie ont eu lieu en janvier tandis que 6% ont eu lieu en août.

Figure 27: Distribution du jour de déclaration de l'arrêt de maladie

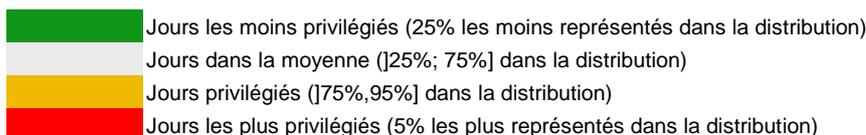


En 2011, 31% des déclarations d'arrêt pour maladie ont eu lieu un lundi. A noter que cette surreprésentation du lundi n'a rien de surprenante. En effet, le samedi et le dimanche n'étant pas des jours ouvrés, les éventuelles consultations médicales associées à ces jours sont reportées au lundi.

8.2 Les jours privilégiés pour les absences d'une seule journée

En observant la figure 28, on remarque que pour les déclarations de maladie d'une seule journée, le lundi reste un jour privilégié. C'est néanmoins le vendredi qui est le plus populaire mais dans une proportion moindre par rapport à la situation observée en 2008.

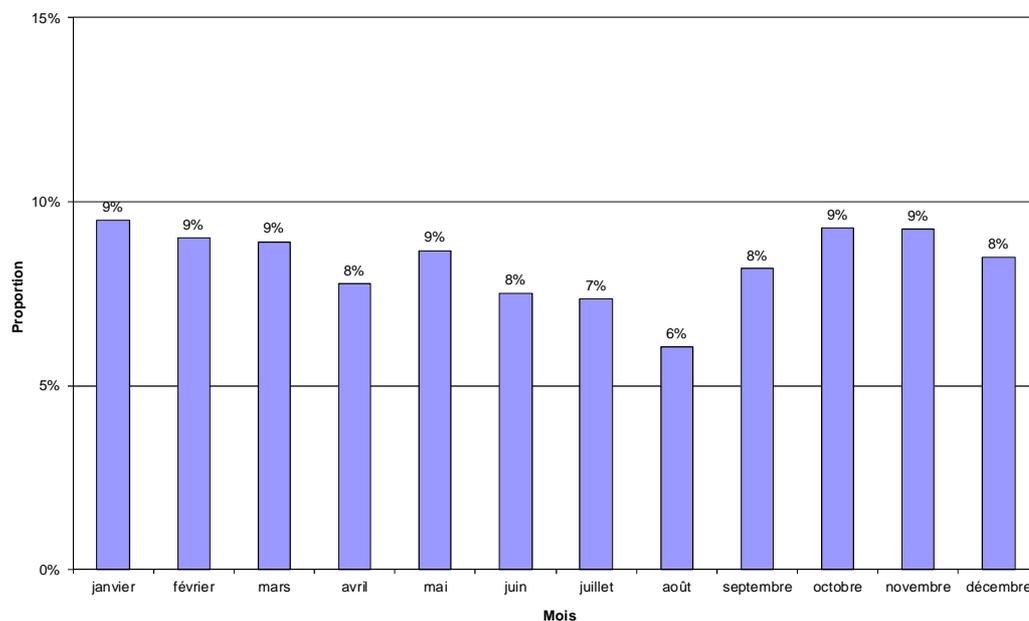
Figure 28: Jours les plus et les moins privilégiés pour une absence maladie d'un jour en 2011



En gras: vacances scolaires
 En gras souligné: jours fériés

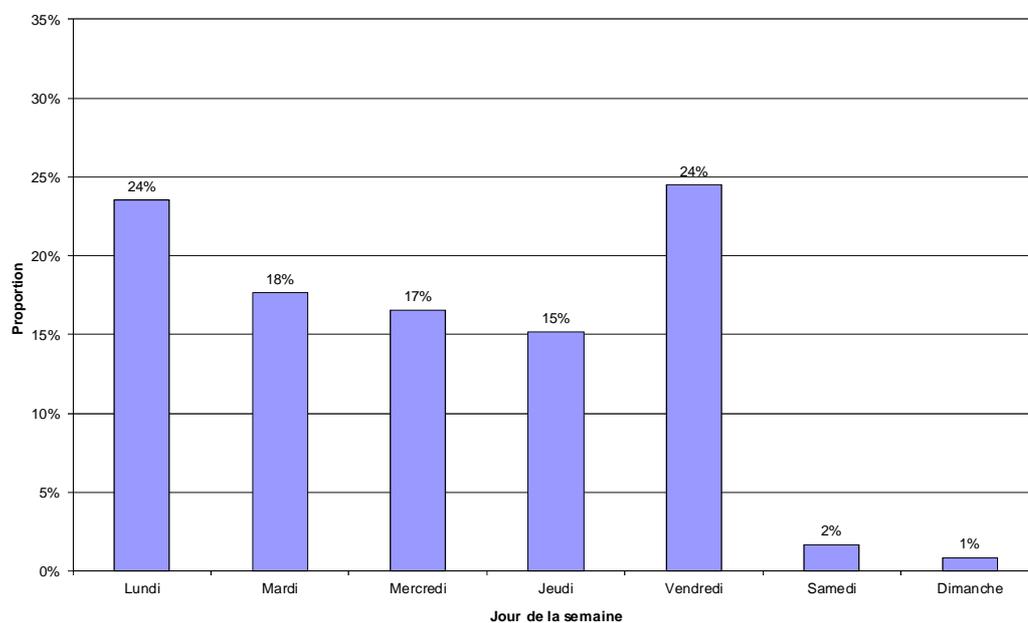
Les figures qui suivent synthétisent de façon quantitative les observations précédentes :

Figure 29: Distribution du mois de déclaration de l'arrêt de maladie d'une journée



En 2011, 9% des déclarations d'arrêt pour maladie de 1 jour ont eu lieu en janvier tandis que 6% ont eu lieu en août.

Figure 30: Distribution du jour de déclaration de l'arrêt de maladie d'une journée



En 2011, 24% des déclarations d'arrêt pour maladie de 1 jour ont eu lieu un vendredi et également 24% ont eu lieu un lundi.

8.3 Lien entre le jour de début et la durée des absences maladie

8.3.1 Lien entre le jour de début et la durée pour les anciens ouvriers

Table 11 Répartition des absences maladie selon le jour de début et la durée – Anciens Ouvriers

JOUR DEBUT	Nombre de jours d'absence maladie								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	>7	
LUNDI	3,7%	3,0%	4,8%	0,9%	9,1%	1,0%	1,1%	8,3%	32,0%
MARDI	3,0%	2,7%	1,5%	5,8%	1,0%	0,7%	0,2%	4,6%	19,6%
MERCREDI	2,9%	1,7%	6,1%	0,9%	0,8%	0,3%	0,2%	4,0%	17,0%
JEUDI	2,5%	5,9%	0,9%	0,7%	0,5%	0,3%	0,4%	3,6%	14,9%
VENDREDI	5,2%	0,9%	0,6%	0,6%	0,6%	0,4%	0,1%	3,4%	11,8%
SAMEDI	0,5%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	1,2%	2,9%
DIMANCHE	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,8%	1,9%
TOTAL	18,0%	14,7%	14,4%	9,3%	12,3%	3,0%	2,3%	26,0%	100,0%

- 32,0% des absences pour maladie commencent un lundi
- 18,0% des absences pour maladie ne durent qu'une seule journée
- Quel que soit le jour de début de l'absence, la configuration la plus probable est que cette absence se prolonge jusqu'à la fin de la semaine. Cette configuration concerne 32,1% des absences.

8.3.2 Lien entre le jour de début et la durée pour les anciens employés

Table 12 Répartition des absences maladie selon le jour de début et la durée – Anciens Employés

JOUR DEBUT	Nombre de jours d'absence maladie								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	>7	
LUNDI	9,4%	5,2%	5,0%	0,9%	5,4%	0,5%	0,5%	4,3%	31,1%
MARDI	6,9%	3,8%	1,6%	4,0%	0,4%	0,3%	0,1%	2,3%	19,5%
MERCREDI	6,4%	2,6%	4,9%	0,4%	0,4%	0,2%	0,2%	2,1%	17,2%
JEUDI	6,0%	6,6%	0,5%	0,4%	0,3%	0,2%	0,3%	2,0%	16,3%
VENDREDI	8,8%	0,5%	0,3%	0,5%	0,4%	0,3%	0,1%	1,9%	12,9%
SAMEDI	0,5%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,5%	1,8%
DIMANCHE	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%	1,2%
TOTAL	38,3%	19,1%	12,6%	6,4%	7,1%	1,7%	1,3%	13,5%	100,0%

- 31,1% des absences pour maladie commencent un lundi
- 38,3% des absences pour maladie ne durent qu'une seule journée
- Quel que soit le jour de début de l'absence, la configuration la plus probable est que cette absence ne dure qu'une journée.

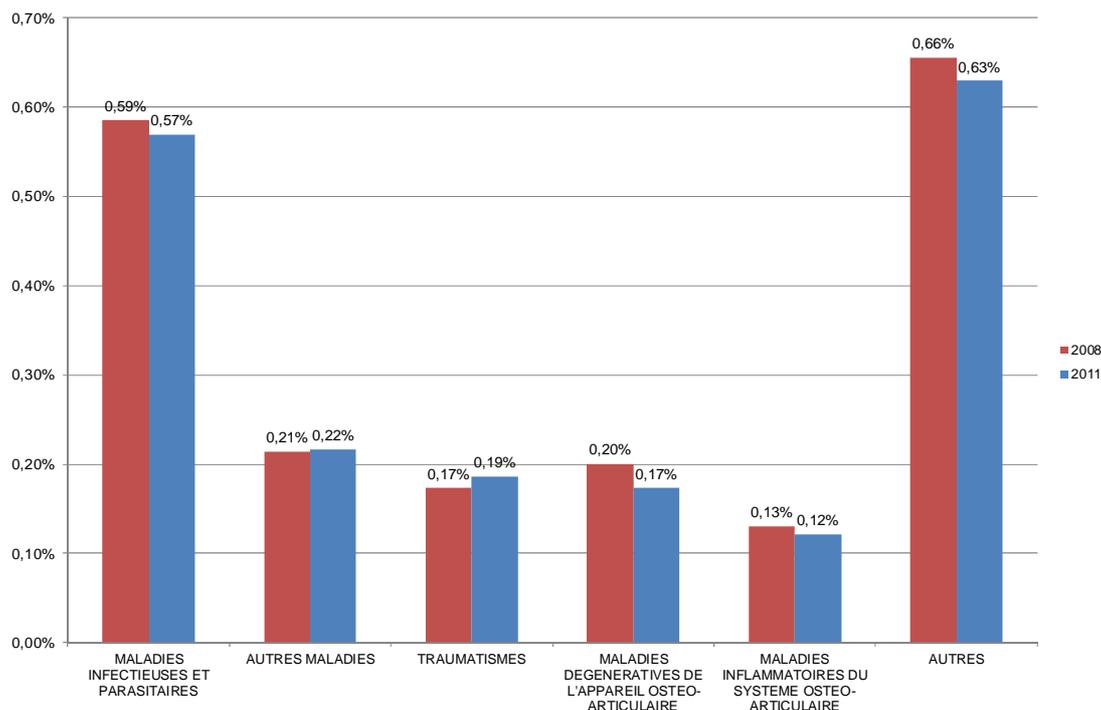
On ne peut évidemment pas, à partir de ces informations, conclure à un comportement fautif de la part des anciens ouvriers ou des prescripteurs. L'analyse nécessite d'être approfondie. En effet, on peut très bien imaginer que les pathologies des ouvriers sont différentes de celles des employés et qu'elles nécessitent plus de temps de récupération. On peut également imaginer que même si les pathologies sont les mêmes, les conditions de travail des anciens ouvriers (en extérieur par exemple) nécessitent, cette fois encore, un temps de récupération plus long.

9. RAISONS²⁶ MEDICALES DES ABSENCES DES RESIDENTS²⁷

9.1 Absences de courte durée (inférieures à 3 semaines)

La figure 31 présente, pour 2008 et 2011, la contribution au taux d'absentéisme de longue durée, selon la raison de l'absence.

Figure 31: Contribution des différentes raisons médicales au taux d'absentéisme de courte durée des résidents



On constate que, quelle que soit la raison de l'absence de courte durée, la contribution au taux d'absentéisme est restée relativement stable entre 2008 et 2011.

A noter que la catégorie « AUTRES » regroupe un ensemble de raisons médicales de poids inférieur à 5% (maladies du système nerveux, maladies de l'appareil circulatoire...). Quant à la catégorie « AUTRES MALADIES », elle regroupe les maladies n'ayant pas d'intitulé propre.

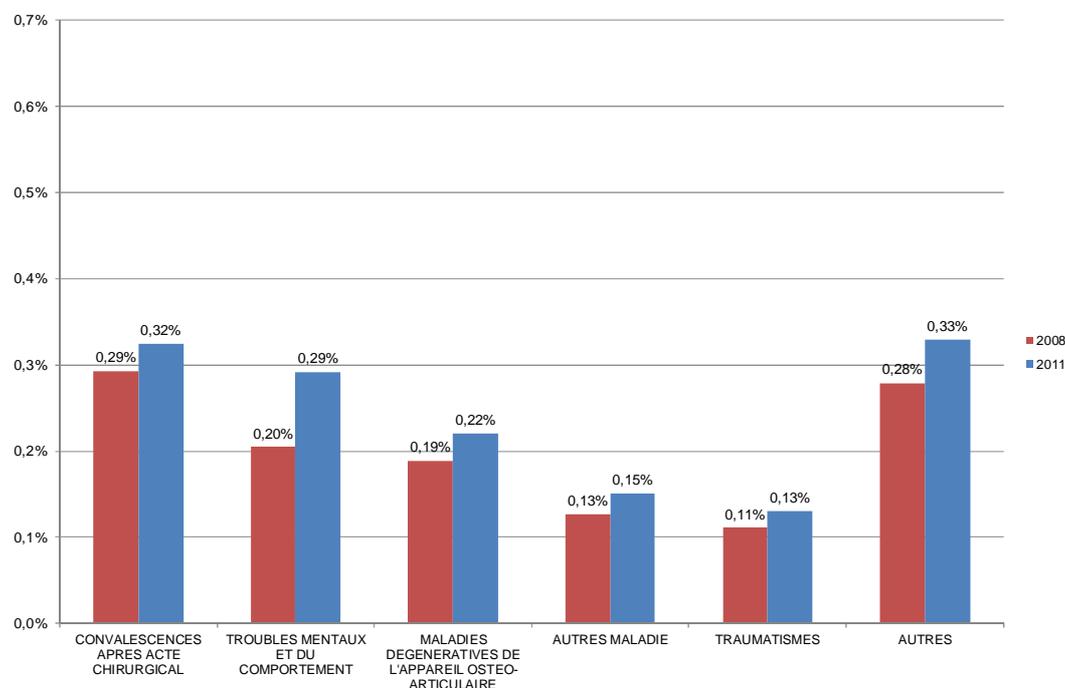
²⁶ Les raisons médicales des absences proviennent des codes indiqués sur la feuille de maladie remplie par le médecin. Il existe plus d'une soixantaine de ces codes. Pour ce rapport, 19 classes se basant sur la classification ICD-10 ont été créées. Les classes en question ont été proposées par le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale. Le regroupement détaillé se trouve en annexe.

²⁷ Les raisons médicales des absences des frontaliers ne sont pas étudiées pour le moment. En effet, pour cette population, le diagnostic est indiqué sous forme d'un code dans seulement 23% des cas (contre 75% pour les résidents) et sous forme d'un libellé non codifié, par conséquent difficilement exploitable, dans 36% des cas.

9.2 Absences de longue durée

La figure 32 présente, pour 2008 et 2011, la contribution au taux d'absentéisme de longue durée, selon la raison de l'absence.

Figure 32: Contribution des différentes raisons médicales au taux d'absentéisme de longue durée des résidents



On constate cette fois que, quelle que soit la raison de l'absence de longue durée, la contribution au taux d'absentéisme a augmenté entre 2008 et 2011.

En particulier, on peut souligner le fait que la contribution, au taux d'absentéisme de longue durée, des absences pour cause de troubles mentaux et du comportement, est passée de 0,2% à 0,3% entre 2008 et 2011. Cette augmentation, qui est la plus significative, explique à elle seule plus d'un tiers de l'augmentation du taux d'absentéisme de longue durée.

Ce phénomène va être étudié plus en détails dans la partie suivante mais avant cela, il est important de préciser la notion de TMC : « Troubles mentaux et du comportement ». Pour rappel, les raisons médicales des absences, que nous exploitons statistiquement, proviennent des codes indiqués sur la feuille de maladie remplie par le médecin. Il existe plus d'une soixantaine de ces codes. A des fins pratiques, ces derniers ont été regroupés en 19 classes se basant sur la classification ICD-10²⁸. En particulier, la classe « Troubles mentaux et du comportement » regroupe les diagnostics suivants :

- INTOXICATION ETHYLIQUE (Y COMPRIS LES COMPLICATIONS)
- AUTRE TOXICOMANIE
- CURE DE DESINTOXICATION
- DEPRESSION
- PSYCHOSE

²⁸ 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)

Parmi ces diagnostics, c'est le diagnostic « DEPRESSION » que l'on retrouve dans la quasi-totalité des certificats d'absence. Ainsi, le terme « Troubles mentaux et du comportement » pourrait très bien être remplacé par le terme « Dépression ».

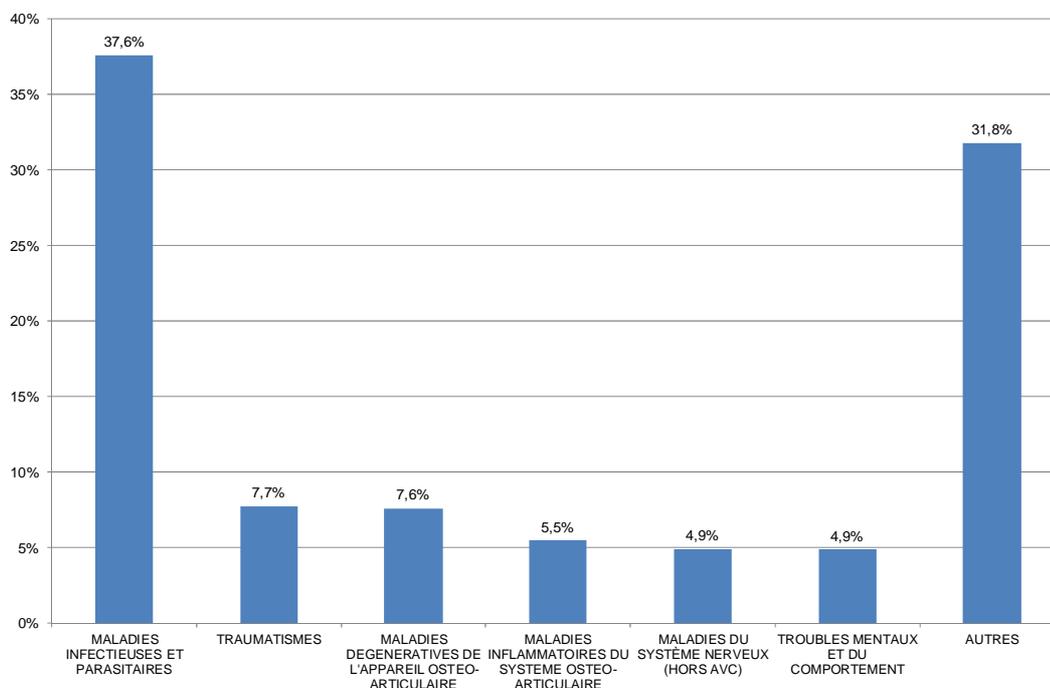
Là encore une nuance est de rigueur. Au vu des différentes raisons médicales que peuvent renseigner les médecins et qui sont présentées en annexe, il se pourrait tout à fait que de simples états de stress ou de fatigue soient repris sous le code « DEPRESSION » sans que celle-ci soit avérée. Ainsi, ce terme doit être pris au sens large.

9.3 Absences pour cause de « Troubles mentaux et du comportement » (TMC)²⁹ en 2011

9.3.1 L'ampleur du phénomène selon trois angles de vue

En termes de fréquence, les épisodes de maladie liés aux TMC sont, avec un poids de 5%, relativement marginaux. C'est ce qu'illustre la figure 30 :

Figure 33: Distribution des épisodes de maladie selon la raison médicale - 2011

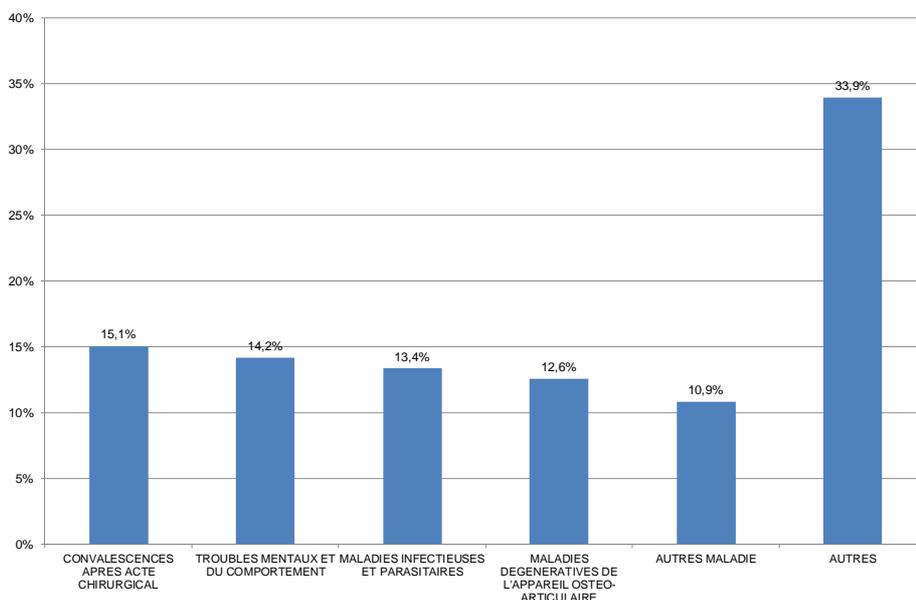


A noter que cette fois, la catégorie « AUTRES » regroupe un ensemble de raisons médicales de poids inférieur à 5% (maladies du système nerveux, maladies de l'appareil circulatoire...) ainsi que les maladies n'ayant pas d'intitulé propre et que l'on regroupe sous l'appellation « AUTRES MALADIES ».

²⁹ Indépendamment du fait qu'il s'agisse d'un épisode de courte ou de longue durée.

En termes de jours de maladie, on saisit mieux l'importance des épisodes de maladie liés aux TMC.

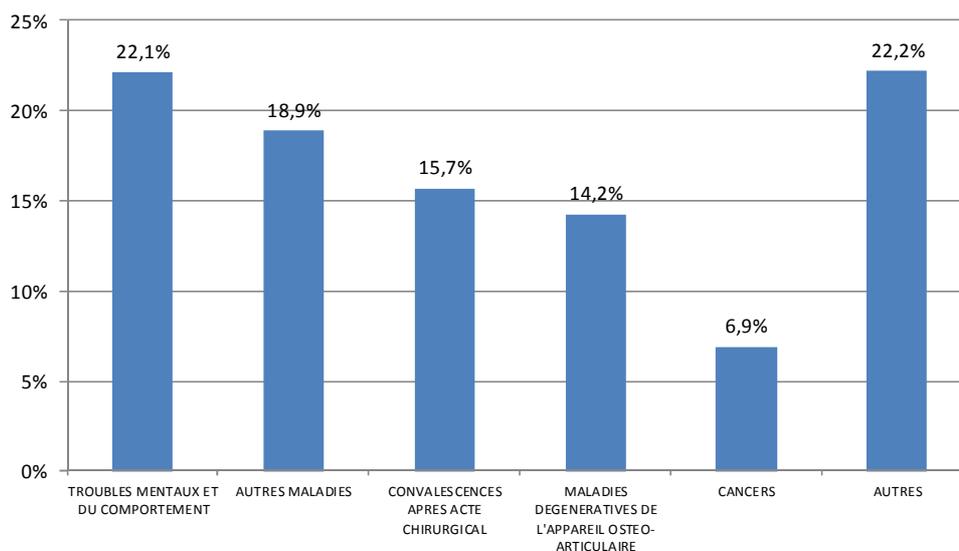
Figure 34: Distribution des jours de maladie selon la raison médicale - 2011



Alors que les épisodes de maladie liés aux TMC ne représentent que 5% de l'ensemble des épisodes de maladie, les jours de maladie qui les composent représentent près de 15% de l'ensemble des jours de maladie pris en 2011.

En termes de coût des prestations en espèces à charge de la CNS, le constat est encore plus frappant puisque les épisodes de maladie en question sont majoritaires parmi les épisodes de plus de 13 semaines.

Figure 35: Distribution du coût de la maladie, à charge de la CNS et relatif aux résidents, selon la raison médicale – 2011



Les épisodes de maladie liés aux TMC représentent 22% du coût de la maladie, relatif aux résidents, à charge de la CNS.

A noter que ce coût a progressé de 25% entre 2010 et 2011 et que cette augmentation représente 1/3 de l'augmentation du coût total des absences à charge de la CNS pour les résidents. Le tableau 13 illustre ce fait :

Table 13: Evolution du coût³⁰ des prestations en espèces, à charge de la CNS, relatives aux épisodes de maladie liés aux TMC pour la population résidente.

	COÛT CNS – TOUS DIAGNOSTICS (en millions d'euros)	COÛT CNS – TMC (en millions d'euros)
2010	38,4	7,9
2011	43,8	9,7

9.3.2 Caractéristiques des individus concernés

Au cours de l'année 2011, 7 000 salariés résidents ont été absents pour cause de TMC. Ceci représente 2% de l'ensemble des salariés résidents ayant exercé au moins une occupation au cours de l'année.

Les salariés résidents de sexe féminin, ayant connu au moins un épisode de TMC en 2011, sont surreprésentés par rapport à l'ensemble des salariés résidents de sexe féminin.

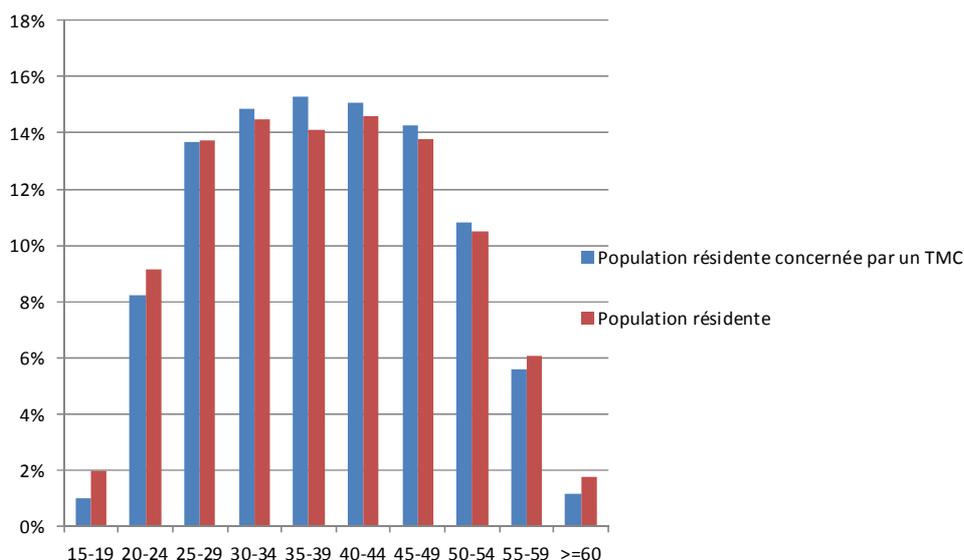
Table 14: Répartition, selon le genre, de la population résidente concernée par un épisode de maladie lié aux TMC.

	POPULATION RESIDENTE CONCERNEE PAR UN TMC	POPULATION RESIDENTE
HOMMES	40% (2 778 personnes)	47% (182 557 personnes)
FEMMES	60% (4 187 personnes)	53% (165 062 personnes)

Sur la figure 32, on constate que dans la tranche d'âges [30-54], les salariés résidents concernés par un TMC sont légèrement surreprésentés par rapport à l'ensemble des salariés résidents.

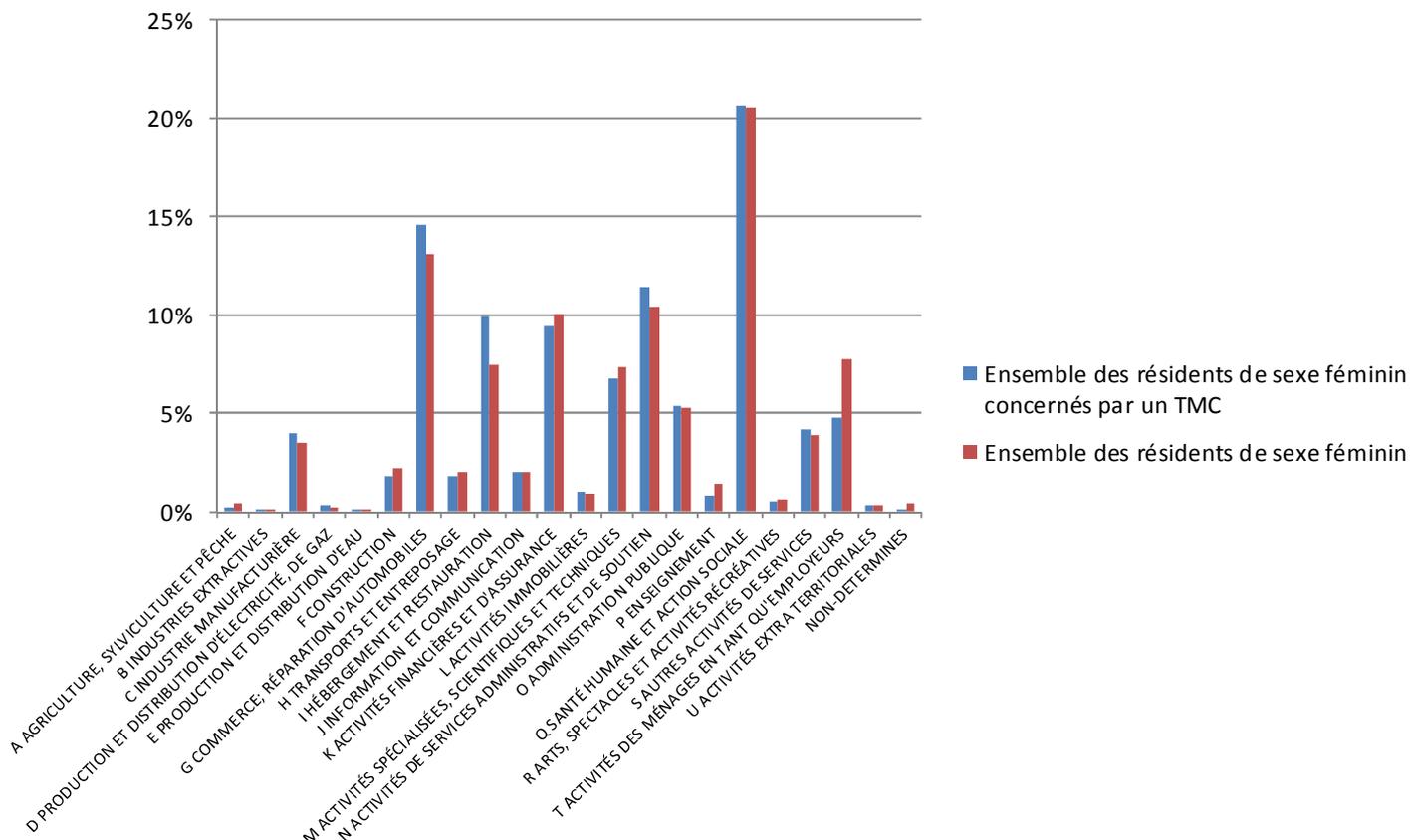
³⁰ Hors articles 15 CSS (Concours indemnité pécuniaire de maladie et pension d'invalidité), hors périodes d'essai – Chiffres issus des fichiers administratifs. Par définition, ces derniers peuvent différer des chiffres comptables de la CNS.

Figure 36: Distribution de l'âge de la population des salariés résidents concernés par un TMC



D'un point de vue sectoriel, les résidents de sexe féminin, concernés par un TMC, sont particulièrement surreprésentés dans les secteurs G « Commerce, réparation d'automobiles » et I « Hébergement et restauration » par rapport à l'ensemble des résidents de sexe féminin. C'est ce qu'illustre la figure suivante :

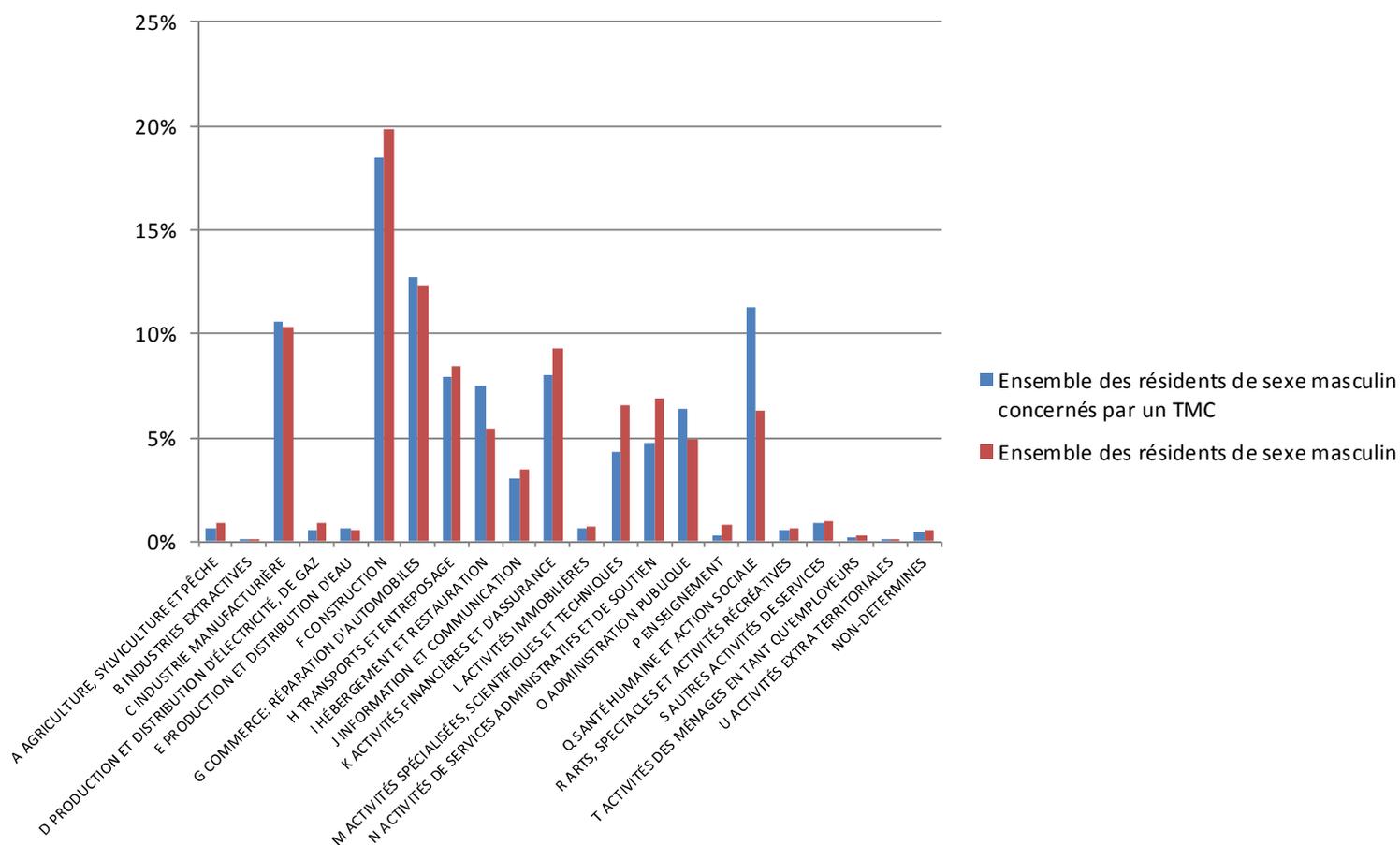
Figure 37: Répartition, selon le secteur d'activité, des résidents de sexe féminin concernés par un TMC



Guide de lecture : Le secteur G (commerce, réparation d'automobiles) regroupe 15% des résidents de sexe féminin concernés par un TMC mais seulement 13% de l'ensemble des résidents de sexe féminin. Il y a donc surreprésentation des individus concernés par un TMC dans ce secteur.

Quant aux résidents de sexe masculin, concernés par un TMC, ils sont surreprésentés dans les secteurs I « Hébergement et restauration » et Q « Santé humaine et action sociale » par rapport à l'ensemble des résidents de sexe masculin.

Figure 38: Répartition, selon le secteur d'activité, des résidents de sexe masculin concernés par un TMC



Guide de lecture : Le secteur Q (Santé humaine et action sociale) regroupe 11% des résidents de sexe masculin concernés par un TMC mais seulement 6% de l'ensemble des résidents de sexe masculin. Il y a donc surreprésentation des individus concernés par un TMC dans ce secteur.

10. ANNEXE 1 – PROCEDURE DE NORMALISATION

10.1 Taux d'absentéisme d'une population P_i

10.1.1 Développements théoriques

La comparaison entre les taux d'absentéisme de deux populations nécessite la neutralisation préalable des éventuelles différences structurelles existantes. Celles-ci peuvent provenir, entre autres, de l'âge, du sexe ou du statut socioprofessionnel des individus constituant les populations en question.

Considérons deux populations P_1 et P_2 . Notons v_1, \dots, v_n les n critères que l'on souhaite contrôler (sexe, résidence, etc...). Définissons les grandeurs suivantes :

$J_{M,i}(v_1, \dots, v_n)$: Nombre de jours de maladie de la population P_i

$J_{C,i}(v_1, \dots, v_n)$: Nombre de jours de cotisation de la population P_i

Le taux d'absentéisme de la population P_i s'écrit :

$$T_{0,i} = \frac{\sum_{v_1, \dots, v_n} J_{M,i}(v_1, \dots, v_n)}{\sum_{v_1, \dots, v_n} J_{C,i}(v_1, \dots, v_n)}$$

10.1.2 Application pratique

Soient,

P_1 la population constituée par l'ensemble des salariés du secteur F (construction)

P_2 la population constituée par l'ensemble des salariés du secteur M (éducation)

Soient v_1 et v_2 les 2 critères que l'on souhaite contrôler,

Le critère v_1 correspond au sexe des individus observés.

Le critère v_2 correspond au statut socioprofessionnel des individus observés.

v_1 prendra la valeur 0 pour les femmes et la valeur 1 pour les hommes.

v_2 prendra la valeur 1 pour les ouvriers et la valeur 2 pour les employés.

Le taux d'absentéisme du secteur F est alors :

$$T_{0,1} = \frac{\sum_{v_1=0}^1 \sum_{v_2=1}^2 J_{M,1}(v_1, v_2)}{\sum_{v_1=0}^1 \sum_{v_2=1}^2 J_{C,1}(v_1, v_2)}$$

10.2 Taux d'absentéisme d'une sous-population issue de P_i

10.2.1 Développements théoriques

A partir de la population P_i , il est possible de calculer les taux d'absentéisme des différentes sous-populations obtenues à partir des critères v_1, \dots, v_n .

Soient k et m deux entiers strictement positifs, notons $S_{k,i}(v_m, \dots, v_{m+k-1})$, la sous-population issue de P_i , obtenue à partir de la combinaison de k critères $(v_m, \dots, v_{m+k-1}) \in (v_1, \dots, v_n)$. Le taux d'absentéisme de $S_{k,i}(v_m, \dots, v_{m+k-1})$ s'écrit alors :

$$T_{k,i}(v_m, \dots, v_{m+k-1}) = \frac{\sum J_{M,i}(v_p, \dots, v_{n-k+p-1}, v_m, \dots, v_{m+k-1})}{\sum J_{C,i}(v_p, \dots, v_{n-k+p-1}, v_m, \dots, v_{m+k-1})} \cdot \frac{v_p, \dots, v_{n-k+p-1}}{v_p, \dots, v_{n-k+p-1}}$$

p étant un entier strictement positif vérifiant

$$(v_p, \dots, v_{n-k+p-1}) = (v_1, \dots, v_n) \setminus (v_m, \dots, v_{m+k-1})$$

10.2.2 Application pratique

Posons $k = 1$. Choisissons v_2 le critère à partir duquel sera dérivée la sous-population $S_{1,i}(v_2)$ issue P_i .

Ainsi, le taux d'absentéisme de $S_{1,1}(2)$, qui correspond au taux d'absentéisme des employés du secteur F (construction), s'écrit :

$$T_{1,1}(2) = \frac{\sum_{v_1=0}^1 J_{M,1}(v_1, 2)}{\sum_{v_1=0}^1 J_{C,1}(v_1, 2)}$$

10.3 Relation entre les taux d'absentéisme de P_i et des sous-populations dérivées

10.3.1 Développements théoriques

L'expression de $T_{0,i}$ en fonction des $T_{k,i}(v_m, \dots, v_{m+k-1})$ s'obtient à l'issue des développements qui suivent :

$$T_{0,i} = \frac{\sum_{v_1, \dots, v_n} J_{M,i}(v_1, \dots, v_n)}{\sum_{v_1, \dots, v_n} J_{C,i}(v_1, \dots, v_n)}$$

$$T_{0,i} = \sum_{v_m, \dots, v_{m+k-1}} \frac{\sum_{v_p, \dots, v_{n-k+p-1}} J_{M,i}(v_p, \dots, v_{n-k+p-1}, v_m, \dots, v_{m+k-1})}{\sum_{v_1, \dots, v_n} J_{C,i}(v_1, \dots, v_n)}$$

$$T_{0,i} = \sum_{v_m, \dots, v_{m+k-1}} \frac{\sum_{v_p, \dots, v_{n-k+p-1}} J_{M,i}(v_p, \dots, v_{n-k+p-1}, v_m, \dots, v_{m+k-1})}{\sum_{v_p, \dots, v_{n-k+p-1}} J_{C,i}(v_p, \dots, v_{n-k+p-1}, v_m, \dots, v_{m+k-1})}$$

$$\times \frac{\sum_{v_p, \dots, v_{n-k+p-1}} J_{C,i}(v_p, \dots, v_{n-k+p-1}, v_m, \dots, v_{m+k-1})}{\sum_{v_1, \dots, v_n} J_{C,i}(v_1, \dots, v_n)}$$

Par conséquent,

$$T_{0,i} = \sum_{v_m, \dots, v_{m+k-1}} T_{k,i}(v_m, \dots, v_{m+k-1}) \times p_{k,i}(v_m, \dots, v_{m+k-1})$$

Avec

$$p_{k,i}(v_m, \dots, v_{m+k-1}) = \frac{\sum_{v_p, \dots, v_{n-k+p-1}} J_{C,i}(v_p, \dots, v_{n-k+p-1}, v_m, \dots, v_{m+k-1})}{\sum_{v_1, \dots, v_n} J_{C,i}(v_1, \dots, v_n)}$$

10.3.2 Application pratique

L'expression du taux d'absentéisme du secteur F, en fonction des taux d'absentéisme par statut socioprofessionnel, est la suivante :

$$T_{0,1} = \sum_{v_2=1}^2 T_{1,1}(v_2) \times p_{1,1}(v_2)$$

Avec

$$p_{1,1}(v_2) = \frac{\sum_{v_1=0}^1 J_{C,1}(v_1, v_2)}{\sum_{v_1=0}^1 \sum_{v_2=1}^2 J_{C,1}(v_1, v_2)}$$

10.4 Normalisation des taux

10.4.1 Définition de la référence

Comme évoqué dans la partie 7.1, les taux d'absentéisme brut $T_{0,1}$ et $T_{0,2}$ des populations P_1 et P_2 ne sont pas directement comparables du fait de probables différences structurelles.

Afin de neutraliser ces différences nous allons considérer une population de référence et simuler les taux d'absentéisme de P_1 et P_2 dans l'hypothèse où leur structure serait identique à celle de la population de référence.

Dans le cadre d'une comparaison entre deux populations, la population de référence peut être définie de la façon suivante :

$$P = P_1 \cup P_2$$

Le taux d'absentéisme de la population de référence s'écrit :

$$T_0 = \frac{\sum_{v_1, \dots, v_n} J_M(v_1, \dots, v_n)}{\sum_{v_1, \dots, v_n} J_C(v_1, \dots, v_n)}$$

Avec,

$$J_M(v_1, \dots, v_n) = J_{M,1}(v_1, \dots, v_n) + J_{M,2}(v_1, \dots, v_n)$$

$$J_C(v_1, \dots, v_n) = J_{C,1}(v_1, \dots, v_n) + J_{C,2}(v_1, \dots, v_n)$$

Le taux d'absentéisme de la sous population $S_k(v_m, \dots, v_{m+k-1})$ de P obtenue à partir de la combinaison de k critères $(v_m, \dots, v_{m+k-1}) \in (v_1, \dots, v_n)$ s'écrit

$$T_k(v_m, \dots, v_{m+k-1}) = \frac{\sum_{v_p, \dots, v_{n-k+p-1}} J_M(v_p, \dots, v_{n-k+p-1}, v_m, \dots, v_{m+k-1})}{\sum_{v_p, \dots, v_{n-k+p-1}} J_C(v_p, \dots, v_{n-k+p-1}, v_m, \dots, v_{m+k-1})}$$

p étant un entier strictement positif vérifiant

$$(v_p, \dots, v_{n-k+p-1}) = (v_1, \dots, v_n) \setminus (v_m, \dots, v_{m+k-1})$$

L'expression de T_0 en fonction des $T_k(v_m, \dots, v_{m+k-1})$ est alors :

$$T_0 = \sum_{v_m, \dots, v_{m+k-1}} T_k(v_m, \dots, v_{m+k-1}) \times p_k(v_m, \dots, v_{m+k-1})$$

Avec,

$$p_k(v_m, \dots, v_{m+k-1}) = \frac{\sum_{v_p, \dots, v_{n-k+p-1}} J_C(v_p, \dots, v_{n-k+p-1}, v_m, \dots, v_{m+k-1})}{\sum_{v_1, \dots, v_n} J_C(v_1, \dots, v_n)}$$

10.4.2 Calcul des taux standards

On rappelle que les taux bruts sont :

$$T_{0,i} = \sum_{v_m, \dots, v_{m+k-1}} T_{k,i}(v_m, \dots, v_{m+k-1}) \times p_{k,i}(v_m, \dots, v_{m+k-1})$$

$$T_0 = \sum_{v_m, \dots, v_{m+k-1}} T_k(v_m, \dots, v_{m+k-1}) \times p_k(v_m, \dots, v_{m+k-1})$$

Afin de mesurer ce que serait le taux d'absentéisme de chaque population P_i , avec leur structure propre, si les individus associés se comportaient de la même façon que la moyenne, autrement si $T_{k,i}(v_m, \dots, v_{m+k-1}) = T_k(v_m, \dots, v_{m+k-1})$, des taux standards $T_{0,i}^s$ vont être construits.

Ces derniers sont définis à partir des taux $T_k(v_m, \dots, v_{m+k-1})$ associés aux sous-populations de référence et de la pondération propre à chaque population $p_{k,i}(v_m, \dots, v_{m+k-1})$.

$$T_{0,i}^s = \sum_{v_m, \dots, v_{m+k-1}} T_k(v_m, \dots, v_{m+k-1}) \times p_{k,i}(v_m, \dots, v_{m+k-1})$$

10.4.3 Calcul des taux normalisés

L'écart entre les taux bruts $T_{0,i}$ et les taux standards $T_{0,i}^s$ mesure la différence de comportement entre les individus de la population P_i et les individus de la population de référence P , autrement dit, l'ensemble des individus.

Néanmoins, ce taux ne nous permet de comparer qu'une population P_i avec la population de référence. Pour comparer les populations P_i entre elles, il suffit d'appliquer l'écart relatif entre les taux bruts $T_{0,i}$ et les taux standards $T_{0,i}^s$ sur le taux de la population de référence T_0 . Les particularités structurelles des populations P_i sont alors gommées. Le taux obtenu est le taux normalisé $T_{0,i}^n$. Il s'écrit :

$$T_{0,i}^n = \frac{T_{0,i} - T_{0,i}^s}{T_{0,i}^s} \times T_0$$

11. ANNEXE 2 – DIAGNOSTICS

LIBELLE INITIAL	LIBELLE ICD-10	
CONVALESCENCE APRES INTERVENTION CHIRURGICALE JUSQU'A LA 1ERE REPRISE DE TRAVAIL	Convalescences après actes chirurgicales	
CANCER	Cancers	
FRACTURE	Traumatismes	
CONTUSION, ELONGATION, FOULURE, COMMOTION		
PLAIE, BRULURE		
VERTIGES	Maladies du systèmes nerveux (AVC exclus)	
CEPHALEES		
MALADIE DEGENERATRICE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL		
CANAL CARPIEN		
AUTRE AFFECTION NEUROLOGIQUE OU MUSCULAIRE		
SYNDROME GRIPPAL	Maladies infectieuses et parasitaires	
INFLUENZA		
OTITE		
SINUSITE		
GASTRO-ENTERITE AIGUE		
HEPATITE VIRAL		
INFECTION DE LA SPHERE UROGENITALE		
TUBERCULOSE		
BRONCHO-PNEUMOPATHIE BACTERIENNE		
AUTRE MALADIE INFECTIEUSE OU PARASITAIRE		
ULCERE GASTRO-DUODENAL, GASTRITE, OESOPHAGITE		Maladies de l'appareil digestif non infectieuses
COLON IRRITABLE		
AFFECTION NON CANCEREUSE DU PANCREAS		
LITHIASE BILIAIRE		
AUTRE AFFECTION NON CANCEREUSE DU FOIE		
COLITE INFLAMMATOIRE SPECIFIQUE		
AUTRE AFFECTION NON CANCEREUSE DU TUBE DIGESTIF		
ECZEMA, URTICAIRE, PSORIASIS	Maladies de la peau	
AUTRE AFFECTION NON CANCEREUSE DE LA PEAU	Maladies inflammatoires du système ostéo-articulaire	
RHUMATISME INFLAMMATOIRE		
AFFECTION INFLAMMATOIRE DES GAINES, DES TENDONS ET DES BOURSES	Maladies dégénératives de l'appareil ostéo-articulaire	
MALADIE DEGENERATRICE D'UNE ARTICULATION DU MEMBRE SUPERIEUR		
MALADIE DEGENERATRICE D'UNE ARTICULATION DU MEMBRE INFERIEUR		
ARTHROSE DU RACHIS		
HERNIE DISCALE	Maladies de l'appareil génito-urinaire	
INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE		
LITHIASE URINAIRE		
AUTRE AFFECTION NON CANCEREUSE DE L'APPAREIL URO-GENITAL	Maladies de la sphère ORL et dentaires	
AFFECTION DENTAIRE		
AUTRE AFFECTION NON CANCEREUSE DE LA SPHERE ORL	Maladies de l'oeil et des ses annexes	
AFFECTION DE LA RETINE		
AUTRE ATTEINTE OPHTALMOLOGIQUE	Maladie de l'appareil circulatoire	
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL		
INSUFFISANCE CORONARIENNE		
TROUBLE DU RYTHME CARDIAQUE		
ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS		
AFFECTION VEINEUSE DES MEMBRES INFERIEURS		
AUTRE AFFECTION CARDIO-VASCULAIRE	Maladies de l'appareil respiratoire non infectieuses	
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE		
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGUE		
AUTRE AFFECTION BRONCHO-PULMONAIRE NON CANCEREUSE	Troubles mentaux et du comportement	
INTOXICATION ETHYLIQUE (Y COMPRIS LES COMPLICATIONS)		
AUTRE TOXICOMANIE		
CURE DE DESINTOXICATION		
DEPRESSION		
PSYCHOSE	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	
AFFECTION NON CANCEREUSE DE LA THYROIDE		
DIABETE		
AUTRE MALADIE ENDOCRINIENNE OU METABOLIQUE		
COMPLICATION AU COURS DE LA GROSSESSE	Complications de la grossesse	
CURE THERMALE	Cures thermales	
ACTE MEDICAL AVEC SUITE IATROGENIQUE	Autres maladies	
AFFECTION HEMATOLOGIQUE NON CANCEREUSE		
AFFECTION NON CANCEREUSE DU SEIN		
AUTRE PATHOLOGIES		