

L'absentéisme au travail de longue durée
pour raisons de santé
Étude comparative entre la France et la Norvège
(2000-2013)

Øivind Skare



FRA4590 Mémoire de master

Études européennes et américaines, filière France

Institut de littérature, civilisation et langues européennes (ILOS)

Université d'Oslo

Automne 2013

Directeur du mémoire : Olivier Darrieulat, Maître de conférences en
civilisation française

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur du mémoire, Olivier Darrieulat, pour son encouragement, ses conseils, et sa patience tout au long de mon travail de mémoire.

Je suis reconnaissant à Statistisk Sentralbyrå pour m'avoir donné accès aux données sur les absences au travail pour raisons de santé. Surtout, je remercie Tom Kornstad, chercheur à Statistisk Sentralbyrå, pour son aide et ses conseils.

Merci également à Øyvind Bleka pour m'avoir donné son code pour créer de jolies cartes colorées sur la Norvège et la France. Je voudrais aussi remercier mes collègues à Statens arbeidsmiljøinstitutt pour leur aide.

Et dernièrement, un grand merci à Tone Line pour son soutien, son encouragement et ses conseils.

Table des matières

Introduction	7
Sujet d'étude	7
Thématique et principales questions de recherche	10
Méthode de travail	11
Les statistiques officielles	11
Les statistiques détaillées : « une denrée rare »	12
Sources	16
Sources sur les systèmes d'indemnisation et de suivi des salariés en congé de maladie	16
Documents de recherche sur des aspects statistiques de l'absentéisme	16
Statistiques et enquêtes sur l'absentéisme en Norvège	17
Statistiques et enquêtes sur l'absentéisme en France	20
Chapitre I Systèmes d'indemnisation et de suivi des salariés en congé de maladie	25
1 Norvège : législation universelle et généreuse	25
1.1 Une protection du salarié norvégien : indemnités journalières maladie à 100 % sans délai de carence	25
1.2 Le suivi de l'employé norvégien en congé de maladie	26
1.3 Réformes législatives en Norvège 2000-2013 : une coopération tripartite ancrée dans le programme pour une vie professionnelle inclusive	28
1.4 Législation norvégienne sur les maladies professionnelles et les acci- dents du travail	31
2 France : réglementation hétérogène	33
2.1 Une protection du salarié français par l'État, l'Assurance maladie, les employeurs et les conventions collectives	34
2.2 Le suivi de l'employé en congé maladie	36
2.3 Réformes législatives en France 2000-2013 : une meilleure maîtrise des dépenses et des contrôles renforcés	37

2.4	Législation française sur les maladies professionnelles et les accidents du travail	37
Chapitre II Statistiques sur les absences au travail pour raisons de santé en Norvège		40
1	Statistiques sur les absences au travail pour maladie en Norvège - toutes durées confondues	40
1.1	Taux d'absentéisme pour la population norvégienne : fluctuations autour d'un niveau élevé	41
1.2	Davantage d'absence chez les femmes	44
1.3	Tendance à une hausse du taux avec l'âge, mais différences hommes-femmes	47
1.4	Large domination des troubles musculo-squelettiques	48
1.5	Secteurs d'activité à dominante féminine davantage exposés	50
2	Statistiques sur les absences au travail pour maladie en Norvège - longue durée	51
2.1	La répartition des absences selon leur durée : la « part belle » des arrêts longue maladie	51
2.2	Taux d'absentéisme de longue durée pour hommes et femmes, et par tranches d'âge	54
2.3	Une baisse de l'absentéisme avec le nombre d'années d'études	56
2.4	Le travail à temps partiel	56
2.5	Moins d'absence pour les personnes à haut revenu	57
2.6	L'absentéisme et l'état matrimonial : Un niveau plus élevé pour les divorcés et les veufs	59
2.7	Un taux plus élevé pour les femmes avec des enfants en bas âge	61
3	Statistiques norvégiennes sur les maladies professionnelles et les accidents du travail	62
Chapitre III Statistiques sur les absences au travail pour raisons de santé en France		68
1	L'absentéisme pour maladie en France selon l'enquête emploi	69
1.1	Taux d'absentéisme pour la population française : stable - mais avec des fortes variations saisonnières	69
1.2	Large hétérogénéité géographique	70

1.3	Les femmes plus absentes que les hommes	71
1.4	L'absentéisme croît généralement avec l'âge et le niveau d'éducation .	71
1.5	Taux plus élevé pour les contrats à durée indéterminée	73
1.6	Catégories professionnelles	75
1.7	Situation familiale	75
2	Statistiques françaises sur les maladies professionnelles et les accidents du travail	77
Chapitre IV Rapprochement des évolutions dans les deux pays		83
1	Rapprochement des systèmes d'indemnisation et de suivi	84
1.1	Les systèmes d'indemnisation	84
1.2	Rapprochement des systèmes de suivi	87
1.3	Rapprochement des législations norvégienne et française sur les mala- dies professionnelles	88
2	Rapprochement des statistiques sur l'absentéisme au travail pour raisons de santé	89
2.1	Disponibilité des données et des séries statistiques	89
2.2	Comparaison du niveau global de l'absentéisme	89
2.3	Quelques pistes pour comprendre le niveau élevé d'absentéisme en Nor- vège	91
2.4	Rapprochement des caractéristiques observées	93
Conclusion		96
Termes spécifiques norvégiens traduits en français		99
Repères chronologiques sur la législation et les changements d'organisation		100
Bibliographie		101
Annexes		109
	Annexe 1 : Fiche norvégienne - congé maladie auto-déclarée	110
	Annexe 2 : Règlement norvégien sur les maladies professionnelles - § 1 Les maladies professionnelles ayant une égalité des droits avec les accidents du travail . . .	112
	Annexe 3 : Les maladies professionnelles dans la législation française. Tableau 98 du régime général : Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes	114

Annexe 4 : Exemple de l'utilisation du logiciel R pour créer des graphiques	115
Annexe 5 : Illustration de l'utilisation du site web de <i>Statistikkbanken</i> à SSB	117

Introduction

Sujet d'étude

Le mémoire a pour objet de réaliser une étude comparative de l'absentéisme au travail pour raisons de santé entre la France et la Norvège. Les absences au travail préoccupent l'État, les entreprises, les administrations publiques, les collectivités locales et territoriales, et les syndicats en France comme en Norvège; et si elles atteignent un niveau élevé, les conséquences peuvent être importantes sur l'économie des entreprises, le budget public, l'État-providence, et sur la santé et la vie des travailleurs. En France pour l'année 2011, plus de 200 millions de journées d'arrêt de travail ont été indemnisées par l'Assurance Maladie¹ pour les bénéficiaires du régime général².

En France et en Norvège, comme dans d'autres pays développés, où l'assurance maladie pèse sur leurs budgets, il existe toujours une volonté de chercher des solutions de façon à contribuer à faire reculer les coûts de l'absentéisme au travail pour raisons de santé. Si l'on prend le cas de la Norvège, les gouvernements³, en coopération avec les confédérations syndicales et les principales organisations patronales, ont proposé plusieurs mesures pour parvenir à diminuer les absences au travail en améliorant les conditions de travail et le suivi des travailleurs pendant leur congé maladie.

Mon expérience en tant que statisticien constitue la motivation pour le choix de sujet d'étude. Comme chercheur en biostatistique depuis 2005, j'ai développé des compétences pour les méthodes statistiques, et tout particulièrement sur des séries statistiques appliquées aux aspects de la santé. Je travaille à temps partiel à l'Institut National de la Santé au Travail (*Statens arbeidsmiljøinstitutt*)⁴ où le département auquel j'appartiens étudie entre autres le lien entre les conditions de travail et les absences au travail. Ensuite, par le biais

1. L'Assurance Maladie, qui gère les maladies, accidents du travail et maladies professionnelles, est constituée de trois principaux régimes : le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants (artisans, commerçants, industriels et professions libérales). Il existe aussi d'autres régimes spécifiques. Site internet : <http://www.ameli.fr/index.php>.

2. Le régime général, un des trois principaux régimes gérés par l'Assurance Maladie, assure quatre personnes sur cinq en France depuis sa création en 1945.

3. Les deux gouvernements de Kjell Magne Bondevik (1997-2000 et 2001-2005) et les deux gouvernements de Jens Stoltenberg (2000-2001, 2005-2013).

4. Stami est l'institut national de recherche au sein de l'environnement de travail et la santé. Site web : <http://www.stami.no/>

de mon affiliation à l'Institut National de Statistique (*Statistisk Sentralbyrå*; SSB)⁵, j'ai accès à des données brutes sur l'absentéisme, ainsi qu'à des compétences uniques dans les domaines de statistique et socio-économie du travail et d'emploi.

Définitions de l'absentéisme au travail pour raisons de santé

L'absentéisme au travail pour raisons de santé est normalement défini comme les absences au travail causées par sa propre maladie ou accident. Dans les différentes enquêtes et registres statistiques, la définition exacte peut néanmoins varier un peu. Premièrement, pour être enregistrées dans certaines statistiques, il faut que les absences au travail pour maladie donnent droit aux indemnités journalières. Quelques enquêtes sont basées sur des réponses aux questionnaires et peuvent aussi inclure les absences qui ne donnent pas lieu à une indemnisation. En Norvège, il n'y a néanmoins pas une grande distinction entre ces deux interprétations, comme généralement toutes les absences ont droit aux indemnités journalières. Néanmoins, quelques groupes, comme les travailleurs indépendants, sont pour cette raison exclus des statistiques. D'une manière générale, les groupes de personnes qui sont pris en compte peuvent varier d'une enquête à l'autre.

En France, les salariés privés n'ont pas droit aux indemnités les trois premiers jours de son absence au travail, et ne sont pas pris en compte dans les statistiques sur les indemnités journalières. Les statistiques utilisées pour la France dans ce mémoire sont néanmoins basées sur des questionnaires et elles incluent toutes les absences au travail pour raisons de santé. Quelques études peuvent aussi inclure des absences pour d'autres raisons que sa propre maladie. Les statistiques françaises, présentées dans ce mémoire, incluent aussi des absences pour garde des enfants malades.

Le terme d'arrêt au travail pour maladie⁶ est défini comme un arrêt de travail pour raisons de santé, qui donne droit à une indemnisation durant la période pendant laquelle le salarié est absent pour maladie.⁷

Dans le mémoire, quand j'utilise le terme d'absentéisme ou d'absence, sans préciser davantage, il est implicite qu'il s'agit des absences au travail pour raisons de santé. Pour plus de détails sur comment les statistiques sur l'absentéisme sont calculées, voir la description des sources.

5. Fondée en 1876, SSB est l'institution centrale qui collecte, traite et diffuse des statistiques officielles sur la société norvégienne. Elle fait aussi de la recherche sur les méthodes statistiques et sur différents aspects de l'économie et de la société.

6. Également appelé arrêt maladie ou congé de maladie.

7. <http://www.1-expert-comptable.com/lexique/arret-maladie.html>

Une étude comparative : France - Norvège

Une raison qui me conduit à m'intéresser à ce sujet est l'observation que le taux des absences pour maladie en Norvège semble être parmi les plus élevés en Europe. À partir de cette observation, il est intéressant de mettre en perspective la situation en Norvège avec celle en France. Quelles sont les différences, et les similitudes ? Et comment peut-on éventuellement les expliquer ? Dans le mémoire, j'utilise exclusivement les sources norvégiennes et françaises sur les différents aspects de l'absentéisme pour maladie étudiés, à l'exception de quelques comparaisons internationales où la Norvège et la France en font partie.

L'absentéisme pour maladie de longue durée

La nature et le coût des absences au travail pour raisons de santé sont très différents selon leur durée, si elles sont de courte, moyenne ou longue durée. Le sujet de l'absence pour maladie est étudié dans sa généralité, toute durée confondu. Pourtant, un objectif initial du mémoire était d'étudier particulièrement les absences de longue durée dans les deux pays.

Le mémoire n'utilise pas une définition rigoureuse de ce qu'on entend par « longue durée ». En effet, il n'existe pas une définition globale des absences de longue durée. Une étude norvégienne sur l'absentéisme et les conditions du travail définit longue durée comme des absences dépassant huit semaines⁸. Mais d'autres définitions sont bien possibles. Dans le mémoire, je vais utiliser les données sur les absences qui dépassent 16 jours et qui je considère comme étant longue durée.

Les absences courtes sont les plus fréquentes, en Norvège, en 2012, 68,5 % des cas durent moins de 8 jours ; cependant, si on compare les jours d'absence, les maladies de longue durée dominent largement celles de courte durée. En Norvège, seulement 18,7 % des jours absents viennent des congés maladies de moins de 8 jours, et 66,1 % pour les congés de 32 jours ou plus. Cette observation souligne l'importance des absences de longue durée, et pourquoi il est particulièrement intéressant d'étudier cette catégorie d'absence. Outre des conséquences économiques importantes, les absences de longue durée peuvent avoir des conséquences aggravantes sur la santé et la vie des travailleurs. Il existe également un très fort lien entre l'absentéisme de longue durée et l'invalidité de travail, à savoir l'incapacité permanente d'exercer son activité professionnelle⁹.

8. Line FOSS et Knut SKYBERG. *Sykefravær i ulike bransjer : Utvikling i sykefravær og uførhet i lys av individuelle faktorer og forhold ved arbeidsplassen*. STAMI-rapport 18. 2008, page 11.

9. Søren BRAGE, Inger Cathrine KANN et Ola THUNE. "Er det slik at få individer står for det meste av sykefraværet ?" *Arbeid og velferd* 3 (2013), p. 49–55.

La période étudiée : 2000-2013

Il est intéressant de suivre le développement historique de l'absentéisme. Bien qu'il soit aussi instructif d'examiner l'absence au travail selon une perspective à long terme, pour éviter un sujet trop vaste pour le cadre de ce mémoire, j'ai délimité l'étude à la période plus récente, de 2000 à 2013. La raison de ce choix est aussi le fait que les statistiques norvégiennes auparavant n'étaient pas de même qualité. Dès 2000, la Norvège utilise des enquêtes et des registres spécialement conçus pour mesurer les absences maladies. En ce qui concerne la France, j'ai accès aux données de l'Insee pour les années de 2003 à 2011. Enfin, la période retenue est aussi intéressante par le fait qu'elle coïncide en Norvège avec une série de réformes législatives, en 2001, 2004, 2005, 2009 et 2011, qui ont pour but de diminuer les absences au travail.

Thématique et principales questions de recherche

Les systèmes d'indemnisation et de suivi des salariés

Il me faudra d'abord étudier la législation en cours et l'évolution des droits en matière des arrêts maladie. Sur ce thème, la question principale de recherche que je me pose est :

- *Quelles sont les similarités et différences des systèmes d'indemnisation et de suivi entre la France et la Norvège ?*

Un hypothèse, ou supposition, de départ est que le système norvégien d'indemnisation est très généreux comparé à d'autres pays. Il est intéressant d'étudier dans quelle mesure c'est le cas lorsque le système norvégien est comparé avec celui de la France.

Comparaison du taux d'absentéisme entre la France et la Norvège

Le mémoire a pourtant pour objectif principal d'étudier les statistiques sur l'absentéisme maladie en Norvège et en France. Nous posons à cet égard un certain nombre de questions, mais la question fondamentale est celle-ci :

- *Dans quelle mesure une comparaison du taux d'absentéisme pour maladie est-elle possible entre la France et la Norvège, en général, et pour des longues durées en particulier ?*

Cette question est premièrement une question de trouver des sources qui peuvent nous éclairer sur ce sujet, d'abord sur les absences pour maladie en général, toutes durées confon-

dues, ensuite pour les absences de longue durée. Quelles sont les statistiques publiques sur l'absentéisme pour maladie dans les deux pays? Quelles d'autres sources existe-t-il pour connaître l'absentéisme?

Deuxièmement, c'est aussi une question de méthodologie et de qualités de données. Une comparaison entre différents pays pose des problèmes particuliers car les statistiques et les données ne sont pas facilement comparables. Il y a par exemple des différences dans la pratique d'enregistrement et entre les systèmes d'arrêt maladie. En fait, personne ne semble pleinement avoir une vue d'ensemble de ce qui est comptabilisé dans les statistiques des différents pays¹⁰.

À part une directe comparaison du taux d'absentéisme, il est également intéressant d'examiner les diverses caractéristiques des absences au travail dans les deux pays. En fait, si le taux des absences au travail s'avère difficilement comparable entre la France et la Norvège, il peut être plus accessible de caractériser ces absences à l'intérieur de chaque pays : comment elles varient en fonction du groupe socio-économique ou du sexe?

Méthode de travail

Pour mener à bien cette étude comparative sur l'absentéisme en Norvège et en France, évidemment, j'ai dû aussi étudier les deux systèmes de santé, l'étendue de l'État-providence et la législation dans les deux pays respectifs. Néanmoins, l'élément statistique est primordial et l'objectif principal a été de chercher des chiffres fiables sur les différents aspects de l'absentéisme qui nous intéressent. Pour parvenir à cette fin, je n'ai pas seulement cherché à collectionner des rapports et à les mettre en perspective, à tenter de les rapprocher. Au contraire, j'ai aussi mis en place une stratégie de recherche de données brutes, pour compiler des éléments inédits.

Les statistiques officielles et documents de recherche

Les statistiques officielles constituent un point de départ pour trouver des données fiables. Pour le cas de la Norvège, ces statistiques sont accessibles sur les sites de l'Institution Nationale de Statistique (SSB) et de l'agence nationale pour l'emploi et la protection sociale (*Arbeids- og velferdsforvaltningen*; NAV)¹¹. Il faut ensuite aussi s'appuyer sur des rapports

10. Solveig Osborg OSE. *Kunnskap om sykefravær : nye norske bidrag*. Rap. tech. A14516. Sintef, 2010.

11. Créé en 2006, NAV gère un tiers du budget de l'État à travers des programmes tels que les allocations de chômage, les prestations de maladie, les retraites et les allocations familiales. NAV compte environ 18,000

qui proviennent des institutions telles que SSB, NAV, l'Institut National de la Santé au Travail, le ministère du Travail, la Confédération des Entreprises Norvégiennes (*Næringslivets Hovedorganisasjon* ; NHO), et les organisations syndicales.

Pour le cas de la France, les statistiques sur l'absentéisme pour maladie ne sont publiquement accessibles comme en Norvège. J'ai dû chercher d'autres sources de statistiques et données brutes. En France, les institutions telles que l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)¹², Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares)¹³ ou l'Assurance maladie constituent de potentielles sources d'information.

Les organisations internationales, en particulier Eurostat¹⁴ et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)¹⁵, peuvent constituer de bonnes sources pour une comparaison internationale de l'absentéisme pour maladie. Finalement, la littérature scientifique doit également être exploitée.

Les statistiques détaillées : « une denrée rare »

C'est un problème majeur qu'il existe peu de statistiques détaillées sur l'absentéisme de longue durée en Norvège. En France, le problème est encore plus marquant comme les données sur l'absentéisme sont en général rares. Il était alors nécessaire de mener une recherche plus approfondie en utilisant différents registres de données. L'accès à des données individuelles pour les deux pays, me permet d'adapter les analyses statistiques selon les besoins. En particulier, cette flexibilité peut contribuer à obtenir des statistiques comparables pour la France et la Norvège.

employés. Site web : <https://www.nav.no/Forsiden>

12. Insee est une direction générale du ministère de l'Économie et des Finances. Il est responsable de la production, de l'analyse et de la publication des statistiques officielles en France sur plusieurs domaines comme la démographie ou l'emploi. Site web : <http://www.insee.fr>

13. Dares est un service statistique ministériel français, rattachée à l'Insee, qui construit et analyse des statistiques qui concernent le marché du travail en France. Site internet : <http://travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-de,76/>

14. Eurostat est chargé de produire les statistiques officielles de l'Union européenne. Les pays de l'AELE font aussi partie intégrante d'Eurostat. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

15. L'origine de l'OCDE est l'établissement de l'Organisation européenne de coopération économique (OECE) en 1948, L'OECE était une organisation chargée d'administrer le plan Marshall pour aider l'Europe à se reconstruire après la Seconde Guerre mondiale. En 1961, l'OECE a été reformée et a changé de nom pour l'OCDE qui aujourd'hui est une organisation internationale d'études économiques de 34 pays avec un but de stimuler le progrès économique et le commerce mondial. L'OCDE encourage le libre-échange et la concurrence ; elle publie de nombreux rapports, analyses économiques, et statistiques comparatives sur de nombreux sujets économiques et sociaux.

Des données norvégiennes de première main, inédites

Accès aux données et cadre légal

Par le biais d'un contact avec le chercheur Tom Kornstad à SSB, j'ai obtenu l'accès à une base de données sur les absences individuelles. Ce registre est connu sous le nom de *FD-trygd*^{16 17}. Un cadre légal a été créé pour avoir accès à ces informations de première main. Le projet a été réalisé en collaboration avec Tom Kornstad à SSB, qui était responsable du projet. Les données étaient uniquement accessibles sur place, à SSB, et tous les numéros d'identification étaient cryptés. Je n'ai donc pas pu avoir accès aux noms ou à d'autres informations qui permettent d'identifier des personnes. Je n'ai eu accès qu'aux données qui étaient pertinentes pour le projet.

Description des données et logiciel développé

FD-trygd inclut tous les congés de maladie indemnisés par NAV, c'est-à-dire, tous les congés de maladie qui dépassent seize jours. Ces données, qui sont des observations répétées pour chaque personne en Norvège, doivent être traitées pour en tirer des statistiques intéressantes sur l'absentéisme. À cette fin, j'ai développé des programmes codés en R¹⁸ et en C¹⁹. L'énorme quantité de données individuelles pose des exigences particulières sur le logiciel. Comme un code en C souvent est beaucoup plus rapide qu'un code en R, j'ai utilisé ce langage pour certaines opérations coûteuses en temps. Pour produire des statistiques à partir des données individuelles de *FD-trygd*, un package R, d'environ 2600 lignes codées en R et en C, est développé.

Les données de FD-trygd sont stockées dans de nombreux fichiers. Pour les années 2000 à 2008²⁰, nous avons eu accès à plusieurs de ces fichiers, qui nous informent respectivement sur le statut démographique, l'état matrimonial, le nombre d'enfants des parents, le salaire, l'éducation et finalement les congés maladie indemnisés par NAV.

Le fichier démographique décrit tous les changements démographiques de chaque individu : le changement de lieu de domicile, l'immigration ou l'émigration, la naissance ou la

16. Description de FD-trygd : http://www.ssb.no/a/english/mikrodata_en/datasamling/fdtrygd_en.html

17. Anders AKSELSEN, Sandra LIEN et Øyvind SIVERTSTØL. "FD - Trygd variabelliste". *SSB-notat* 17 (2007).

18. R est un environnement pour les calculs statistiques et la présentation graphique. Site web : <http://www.r-project.org/>.

19. C est un langage de programmation, voir : https://en.wikipedia.org/wiki/C_%28programming_language%29

20. Seulement pour la période 2000-2008 nous disposons de données complètes. Pourtant, pour quelques fichiers j'ai eu accès aux années antérieures et postérieures à cette période.

mort. Les fichiers démographiques nous informent aussi sur le sexe et l'âge. Le fichier sur l'état matrimonial contient les changements individuels de l'état matrimonial au cours de la vie. Au total, neuf états matrimoniaux sont possibles : célibataire, marié, veuf, divorcé, séparé, partenaire (du même sexe) enregistré, partenaire divorcé, partenaire séparé, partenaire veuf²¹. Chaque congé indemnisé par NAV, avec date et durée, est aussi stocké dans un fichier, où nous pouvons aussi savoir si le congé est partiel ou non, ou, plus exactement, le taux de partialité.

Ensuite, des fichiers additionnels nous renseignent sur le revenu, l'éducation (en nombre d'années) et le nombre d'enfants à la fin de chaque année. Toutes ces informations séparées sont fusionnées et préparées pour avoir facilement accès à toutes les variables pour chaque personne. Un numéro d'identification, unique pour chaque Norvégien, nous permet de faire ce rapprochement.

Pour calculer le taux d'absentéisme, il est également nécessaire de connaître la population active, c'est-à-dire déterminer quelles personnes sont employées ou non, et aussi, plus précisément, savoir combien d'heures elle travaille par semaine. Cependant, nous ne disposons pas des informations enregistrées sur ces points, et il a fallu les estimer selon la procédure suivante. D'abord, pour les femmes et les hommes séparément, et pour chaque année de 2000 à 2008, nous avons utilisé le modèle de sélection de Heckman²² qui exprime le salaire horaire en fonction de l'éducation et de l'expérience professionnelle. Les paramètres dans ce modèle sont estimés en utilisant les données de l'enquête sur les forces de travail. Nous avons finalement calibré nos estimations, des nombres d'heures travaillées par semaine, avec des données agrégées à *Statistikkbanken* de SSB.

Des données brutes françaises

Sur le site de l'Insee j'ai eu accès aux données de l'enquête emploi en continu (voir page 21) pour les années de 2003 à 2011. Ce sont des données individuelles, ou chaque individu est interrogé six fois. Au total, 2 884 486 observations sont analysées. De nombreuses variables sont accessibles, dont j'ai retenu les suivantes : le sexe, l'âge, le nombre d'enfants, vivre en couple ou non, la région de résidence, l'éducation, le type de contrat de travail²³ et la

21. En présentant les statistiques, nous avons groupé les états matrimoniaux en quatre groupes : célibataire, marié, veuf et divorcé.

22. JJ HECKMAN. "Sample selection bias as a specification error". *Econometrica* 47.1 (1979), p. 153–61.

23. Les différents types de contrat de travail sont : à durée indéterminée, à durée déterminée, saisonnier, d'intérim ou d'apprentissage

catégorie socioprofessionnelle²⁴.

Deux variables déterminent ensuite si un salarié a été absent pendant toute une semaine de référence, ou seulement partiellement. Enfin, un variable nous informe si une personne est actif ou non²⁵. Il est nécessaire de connaître la population active pour calculer le taux d'absentéisme. Pour estimer les statistiques à partir de ces données, j'ai développé du logiciel en R, d'environ 600 lignes. Les données sont stockées dans trois différents fichiers pour chaque année et j'ai initialement dû les rassembler. Pour plus de détails sur l'enquête emploi, voir page 21.

Des illustrations par des constructions de figures et tableaux

La présentation graphique des statistiques est importante pour une bonne compréhension et comparaison des chiffres. Pour ce faire, j'ai utilisé le logiciel R qui est un logiciel très flexible et performant en ce domaine. J'ai créé toutes les figures qui apparaissent dans le mémoire. Un grand soin est apporté dans le choix de fonts, de couleurs, de l'échelle des figures, pour que les statistiques soient faciles à lire et à comparer. Voir annexe 4 pour un exemple de l'utilisation du logiciel R pour créer mes propres figures.

Pour mieux incorporer toutes ses figures à haute qualité, je les ai sauvegardées dans le format PDF, à résolution infinie, et les ai insérées dans un document LaTeX²⁶. Pour obtenir une qualité acceptable des figures, l'utilisation d'autres logiciels de traitement comme Microsoft Word, OpenOffice ou LibreOffice, demande la création de très grands fichiers dans un format tel que JPEG ou TIFF.

24. Agriculteur, artisan, cadres, professions intermédiaires, employé et ouvrier.

25. Actif au sens du Bureau Internationale du Travail : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/population-active-occupee-bit.htm>

26. LaTeX est un logiciel de traitement de texte, très utilisé pour des documents techniques ou scientifiques.

Sources

D'une part, il nous a fallu trouver des chiffres fiables et détaillées pour le taux d'absentéisme dans les deux pays pour la période de 2000 à 2012. D'autre part, il est nécessaire de trouver des informations précises sur la législation, ainsi que sur le suivi des salariés au cours des congés maladies de longue durée.

Sources sur les systèmes d'indemnisation et de suivi des salariés en congé de maladie

En Norvège, les textes législatifs peuvent être consultés sur le site officiel *Lovdata*²⁷. Sur ce site, il est possible de consulter la loi sur l'Assurance maladie, qui contient le règlement sur l'indemnisation des arrêts maladie. Également, on peut consulter la loi sur les conditions de travail, ainsi que le règlement sur les maladies professionnelles.

Je me suis aussi appuyé sur l'information contenue sur le site de NAV, ainsi que sur des rapports gouvernementaux et d'autres publications en la matière. L'accord pour une vie professionnelle inclusive a été évalué à plusieurs reprises par différents acteurs, et ces publications donnent des informations importantes sur les différentes réformes législatives, ainsi que sur le système de suivi des salariés au cours de leurs arrêts maladie.

En ce qui concerne la France, le site officiel de l'administration française <http://www.service-public.fr/> donne des informations précises sur le règlement des arrêts maladies. Les démarches et formalités des arrêts maladies peuvent être examinées au site de l'Assurance maladie. Les textes législatifs sur les maladies professionnelles sont accessibles au site de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS)²⁸. Les conventions collectives sont aussi consultables sur internet.

Documents de recherche sur des aspects statistiques de l'absentéisme

Le mémoire se base sur des rapports qui proviennent des institutions telles que SSB, NAV et Sintef²⁹ en Norvège, ainsi que l'Insee, Dares et INRS en France. La littérature

27. <http://www.lovddata.no/>

28. <http://www.inrs-mp.fr>

29. Site de département de santé à Sintef : <http://www.sintef.no/SINTEF-Teknologi-og-samfunn/Om-oss/Helse/>

scientifique est exploitée. En Norvège, en particulier, il existe une littérature assez vaste sur différents aspects statistiques de l'absentéisme.

Les études françaises sont moins nombreuses, mais j'ai néanmoins effectué une vaste recherche pour trouver des documents français en la matière. Exclusivement des documents norvégiens ou français ont été exploités, sauf pour quelques comparaisons internationales.

Données statistiques et enquêtes sur l'absentéisme en Norvège

Statistiques publiques de SSB et NAV : information très fiable et assez riche sur l'absentéisme toute durée confondue

Depuis 2000, l'Institution Nationale de Statistique en Norvège (SSB) fournit, en collaboration avec NAV, des statistiques officielles sur les absences au travail. Les statistiques sont trimestrielles et agrégées pour les chiffres totaux ou stratifiées par âge, sexe, catégorie professionnelle ou région géographique. Ces données peuvent être téléchargées depuis le site web de SSB³⁰. Si les statistiques diverses sur les absences au travail, les catégories de courte et longue durée confondues, sont facilement accessibles – ce n'est pas le cas des statistiques sur les absences de longue durée. Sur les sites internet de NAV et SSB, pour les années de 2000 à 2012, on peut trouver des pourcentages pour différentes catégories de durée d'absence. Ces chiffres sont donnés par sexe et aussi par département (*fylke*). Cependant, il n'y a pas de statistiques sur comment par exemple les absences de longue durée varient dans différentes catégories professionnelles ou groupes socio-économiques.

Les statistiques de SSB sont basées, premièrement, sur un registre géré par NAV contenant tous les certificats médicaux complétés par des médecins (le Registre de congé de maladie). Deuxièmement, une enquête dans un échantillon de 10 000 entreprises donne l'information sur les absences auto-déclarées³¹. Ces deux types de statistiques ne comprennent cependant pas les travailleurs indépendants ou les conscrits. En outre, les statistiques n'incluent pas les congés parentaux ou les absences pour raisons de soin de l'enfant. Le registre de congé de maladie est lié au registre de salariés qui donne d'information sur les emplois de chaque salarié.

30. Site internet des séries statistiques de SSB : <http://statbank.ssb.no/statistikbanken/>

31. La fiche sur absences auto-déclarées est reproduite dans les annexes.

La base de données *FD-trygd* : un accès inédit aux données individuelles sur l'absentéisme de moyenne et longue durée

FD-trygd est une base de données gérée par SSB qui contient des informations sur les prestations de sécurité sociale et d'autres types de données statistiques. Les individus sont les unités statistiques ; et les informations contenues dans cette base de données sont des enregistrements des événements dans la vie de chaque personne, ci-inclus les congés de maladie qui dépassent les seize jours indemnisés par l'employeur³².

Les données ne peuvent alors pas être utilisées pour les arrêts maladie de courte durée, mais elles sont très utiles pour analyser toute durée dépassant seize jours, c'est-à-dire les arrêts maladie de moyenne ou longue durée. Les enregistrements de *FD-trygd* peuvent être réalisés pour des cas individuels (données longitudinales), et ensuite agrégés sur la population totale ou sur un groupe d'individus. *FD-trygd* contient des données à partir de 1992. Pour plus de détails sur l'utilisation de *FD-trygd* dans ce mémoire, voir page 13.

Enquêtes sur les forces de travail : très utiles pour les comparaisons internationales

Un autre type de données est fourni par les enquêtes sur les forces de travail qui sont l'unique source pour mesurer l'activité, le chômage, l'emploi et l'inactivité comme ils sont définis par le Bureau international du travail (BIT). Tous les pays de l'Union européenne et certains autres pays, comme la Norvège, réalisent ces enquêtes régulièrement. C'est par conséquent un moyen de comparer l'état du marché du travail entre différents pays. Ces enquêtes sont standardisées : un échantillon de personnes dans différents pays répond aux mêmes questions.

Les enquêtes sur les forces de travail contiennent aussi des informations sur les absences au travail. Dans le questionnaire, chaque personne est interrogée sur son activité au cours d'une semaine de référence donnée. Généralement, seules les absences pour maladie qui durent toute cette semaine sont enregistrées. La version norvégienne des enquêtes sur les forces de travail est une enquête par interview d'un échantillon aléatoire de la population norvégienne qui est âgée de 15 à 74 ans. En 2011, l'échantillon initial compte 24 000 personnes et le taux de réponse est de 87 %. Chaque personne s'engage à participer à cette enquête huit trimestres consécutifs. Comme en France, les échantillons sont répartis sur toute l'année.

32. Après les premiers seize jours indemnisés par l'employeur, c'est NAV qui prend en charge la responsabilité d'indemniser les salariés en congé maladie.

Quelques variations nationales du questionnaire peuvent néanmoins exister. Les questionnaires nationaux peuvent comprendre des questions additionnelles, par exemple la Norvège, la Suède et la Finlande ont questionné sur la longueur des absences pour maladie. L'enquête française ne donne cependant aucune information sur la longueur des absences. D'autres pays incluent des questions qui permettent de savoir si la personne enquêtée est seulement partiellement absente pendant la semaine de référence, ainsi que la Norvège et la France. Cependant, les statistiques norvégiennes ne contiennent que les absences qui couvrent toute cette semaine.

Enfin, il faut ajouter que les questions doivent naturellement être traduites dans le langage de chaque pays et elles peuvent être perçues différemment par les répondants. Or pour les questions d'absences au travail cela ne devrait pas être un majeur problème.

Les données pour la France et la Norvège sont ainsi accessibles et peuvent être utilisées pour des comparaisons. Ces données peuvent nous fournir des informations utiles, notamment sur les absences pour différentes catégories de durée d'absence. Néanmoins, la qualité de ces données semble être encore plus sujette à caution pour mesurer les absences au travail que pour chiffrer le nombre de travailleurs et de personnes au chômage^{33 34}.

Pour plus de détails sur le questionnaire, et d'autres éléments communs aux enquêtes sur les forces de travail, voir la description de l'Enquête emploi en continu de l'Insee (page 21).

En Norvège, les statistiques publiques de l'absentéisme, à partir de l'enquête sur les forces de travail, sont accessibles par année et par catégorie de sexe. C'est cette information qui est utilisée dans ce mémoire. Il est pourtant possible d'envoyer une demande à Eurostat pour l'accès aux microdonnées des enquêtes nationales sur les forces de travail, celles des 28 États membres de l'Union européenne, trois pays de l'AELE (l'Islande, la Norvège et la Suisse), ainsi que la Macédoine et la Turquie³⁵. Certaines conditions doivent être remplies pour avoir accès aux données. L'organisation dans laquelle vous travaillez doit d'abord être reconnue comme une unité de recherche, et ensuite une demande d'accès peut être envoyée à Eurostat. Au total, la procédure dure environ 12 semaines avant que vous n'obteniez éventuellement accès aux données³⁶.

33. Christoffer BERGE. "Internasjonal sammenligning av sykefravær". *Økonomiske analyser* 2 (2012), p. 24–29.

34. OSE, cf. note 10.

35. Pour plus de détails sur l'accès aux données des enquêtes sur les forces de travail, voir le site <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/lfs>

36. La procédure a récemment changé, en juillet 2013. Avant cette date, la procédure d'accès aux données a pris environ six mois.

Données norvégiennes sur les maladies professionnelles et les accidents du travail

NAV tient un registre sur les maladies professionnelles et les accidents du travail. Les statistiques ne sont pas publiées par NAV, mais KJUUS et al.³⁷ incluent les statistiques sur le nombre de maladies déclarées et reconnues comme professionnelles pour les années de 2004 à 2007.

Les compagnies d'assurances ont aussi une obligation de tenir un registre sur les accidents du travail et maladies professionnelles, notamment sur les dossiers déclarés qui dépassent 500 NOK en indemnisation attendue, autant dire presque la totalité des dossiers. Les données viennent des principales compagnies d'assurances en Norvège, qui ensemble couvrent environ 90 % du marché norvégien. Les statistiques basées sur ces données sont accessibles à travers les publications de l'organisation *Finans Norge*³⁸.

Enquêtes sur la santé et les conditions au travail

D'autres enquêtes et données statistiques sur les absences au travail peuvent être accessibles, soit directement, soit par des analyses publiées dans des revues scientifiques.

Par exemple, c'est le cas de l'étude sur la santé à Oslo (HUBRO)³⁹. Elle englobe 40 888 habitants à Oslo, et est menée en 2000 et 2001 suite à une collaboration entre l'Institut norvégien de santé publique, l'Université d'Oslo, et la municipalité d'Oslo. Cette enquête inclut plusieurs questionnaires où les participants ont répondu à des questions sur leur vie, leur santé, et leurs conditions de travail. Dans plusieurs études⁴⁰, ses données ont été combinées avec les données individuelles sur l'absentéisme contenues dans FD-trygd.

Statistiques et enquêtes sur l'absentéisme en France

En Norvège, les données et les statistiques sur l'absentéisme sont généralement de bonne qualité. Toutes les absences individuelles avec certificat médical sont enregistrées, et régulièrement, chaque trimestre, des statistiques officielles sur l'absentéisme sont publiées sur les sites internet de SSB et NAV. Pour les absences de longue durée, les statistiques publiées

37. Helge KJUUS et al. *Yrkessykdommer*. 2008.

38. Voir le site : <http://www.fno.no/Hoved/Statistikk/skedeforsikring/Arlige-publikasjoner/Yrkesskader---DAYS-rapporter/>

39. Pour plus de détails sur HUBRO, voir ce site web : www.fhi.no/hubro

40. Line FOSS et al. "The impact of workplace risk factors on long-term musculoskeletal sickness absence : a registry-based 5-year follow-up from the Oslo health study." *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 53.12 (déc. 2011), p. 1478-82 ; FOSS et SKYBERG, cf. note 8.

sont néanmoins assez peu détaillées.

En France, la situation diffère notamment de la situation en Norvège. Il n'existe pas de registres nationaux sur l'absentéisme, et il n'y a pas non plus de publication régulière des statistiques de l'absentéisme. Néanmoins, des données sur l'absentéisme sont accessibles et nous avons effectué une recherche scrupuleuse sur les différentes sources de l'absentéisme chiffré en France.

L'enquête emploi en continu de l'Insee

L'enquête emploi en continu de l'Insee s'inscrit dans le cadre des enquêtes « Forces de travail » défini par l'Union européenne, voir page 18 pour des remarques plus générales sur ces enquêtes. Il a été tenue premièrement en 1950. Avant 2002, l'enquête emploi était organisée annuellement, les données étaient collectées au cours du mois de mars. Depuis, les enquêtes se déroulent en continu et on peut alors suivre les évolutions de l'état du marché du travail au cours de l'année. L'échantillon consiste à partir du deuxième trimestre 2010 d'environ 108 000 personnes dans 57 000 logements (unité d'échantillon). Chaque individu sélectionné est suivi pendant six trimestres consécutifs. Dans le questionnaire, il est interrogé sur son activité au cours d'une semaine de référence donnée. L'interview a lieu au plus tard seize jours après cette semaine pour minimiser les possibles erreurs dues aux problèmes de mémoire.

En 2003, une première et partielle harmonisation du questionnaire français avec le standard européen a été effectuée, et en 2007, l'Insee a complètement adopté le standard de l'union européenne, celle de l'office statistique (Eurostat). L'enquête emploi de l'Insee est plutôt organisée autour des questions de chômage et d'emploi. Néanmoins, deux ensembles de questions permettent d'identifier les salariés ayant connu une absence pour raisons de santé⁴¹ :

1. Questions qui permettent de déterminer si le salarié à été absent toute la semaine de référence

Durant la semaine du lundi au dimanche, avez-vous effectué ne serait-ce qu'une heure de travail rémunéré ?

Si non :

Pour quelle raison n'avez-vous pas travaillé dans le cadre de cet emploi ?

41. Ceren INAN. "Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail". *Dares Analyses* 009 (2013), page 2.

2. Questions qui permettent de déterminer si le salarié a été partiellement absent pendant la semaine de référence.

Avez-vous été absent [au cours de la semaine de référence] pour maladie ou accident du travail ?

On peut alors déterminer si un salarié a été absent pendant toute la semaine de référence, ou seulement partiellement. Les absences enregistrées incluent aussi les absences pour garde d'enfants malades⁴².

L'enquête emploi est ainsi une source fiable qui nous donne des statistiques régulières sur les absences au travail pour raison de maladie ou accident. Comme elle est effectuée en continu, il est en principe possible d'estimer la variation du taux d'absentéisme au cours de l'année et d'une année à une autre. L'enquête permet ensuite de voir comment ces absences varient à travers différentes sous-catégories déterminées par le niveau de l'éducation, de la rémunération, et d'autres facteurs encore. Néanmoins, il ne donne qu'une mesure très approximative des absences de longue durée. La durée peut seulement être catégorisée après que le salarié a été absent pendant toute, ou une partie de, la semaine de référence. Toutes les absences qui durent plus d'une semaine sont ainsi confondues.

Les données individuelles de l'enquête emploi peuvent être téléchargées⁴³ et analysées. Une analyse plus détaillée est ainsi possible. Ce sont ces données qui sont employées dans ce mémoire. Pour avoir accès aux données d'une période plus longue, ou pour avoir accès aux quelques données individuelles plus confidentielles, comme les numéros d'identification ou les municipalités de résidence, il faudra envoyer une demande à Eurostat, voir page 18.

Données françaises sur les maladies professionnelles et les accidents du travail

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)⁴⁴ produit régulièrement des statistiques sur les accidents du travail et aussi sur les maladies professionnelles. Ces statistiques sont ensuite publiées par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS)⁴⁵

42. Le nombre maximal de jours absents pour garde d'enfants malades sont 3 jours par an dans le secteur privé et 6 jours par an dans le secteur public.

43. Les données de l'enquête emploi pour les années de 2003 à 2011 se trouvent sur le site de l'Insee (<http://www.insee.fr>). Par exemple, pour l'année 2011, les fichiers détail peuvent être téléchargés au site http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=fd-eec11

44. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/l-assurance-maladie/presentation-de-la-cnamts.php?&page=1>

45. INRS travaille pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail, voir <http://www.inrs.fr/accueil/accidents-maladies/>

D'autres enquêtes qui contiennent des informations sur l'absentéisme pour maladie en France

Le Panel européen des ménages est une enquête annuelle, de 1994 à 2001, organisée sous la coordination d'Eurostat, est menée dans chaque pays dans l'Union européenne des quinze, à la seule exception de la Suède⁴⁶. Cette enquête est orientée sur le thème de l'emploi, et il inclut aussi des informations sur les absences au travail. Premièrement, les questionnaires nous renseignent si les salariés ont été absents ou non pendant les quatre dernières semaines, et pour combien des jours. Néanmoins, elles ne permettent pas de savoir si ces absences sont dues aux maladies ou à d'autres raisons. Deuxièmement, les individus enquêtés doivent aussi répondre sur le nombre d'épisodes de maladie ainsi que le nombre de jours de maladie pendant les douze derniers mois. Les chercheurs en sciences économiques à l'Université de Lorraine, Sabine Chaupain-Guillot et Olivier Guillot, ont analysé ses données dans trois publications^{47 48 49}, que je prendrai en compte pour affirmer mes travaux.

Les statistiques de l'enquête européenne sur les conditions de travail sont accessibles sur le site d'Eurofound⁵⁰. Cette enquête n'est pas non plus prioritairement utilisée pour mesurer l'absentéisme maladie. Néanmoins, elle peut donner des informations sur ce sujet. Par exemple une des questions de l'enquête est « Combien de jours avez-vous été absent du travail pour des raisons de santé au cours des derniers mois (Q72) » ? La France et la Norvège sont tous les deux inclus dans cette enquête. Utilisant ces données de 2000, GIMANO et al. ont fait une comparaison de l'absentéisme entre les 15 pays de l'UE⁵¹.

La base de données Hygie permet de croiser des informations sur les arrêts maladie des salariés (consommation médical, ...) et les établissements qui les emploient (secteur, taille de l'entreprise...).⁵² Elle est construite par l'Institut de recherche et documentation en

46. Dominique ANSIEAU, Pascale BREUIL-GENIER et Jean-Michel HOURRIEZ. "Préface : Le Panel européen : une source statistique longitudinale sur les revenus et les conditions de vie des ménages". *Économie et Statistique* (2002).

47. Sabine CHAUPAIN-GUILLOT et Olivier GUILLOT. "Les absences au travail : une analyse à partir des données françaises du Panel européen des ménages". *Économie et Statistique* 408-409 (2007), p. 45-80.

48. Sabine CHAUPAIN-GUILLOT et Olivier GUILLOT. "Les absences au travail en Europe. Quel impact du régime d'indemnisation maladie et de la législation de l'emploi sur les comportements des salariés." *Travail et Emploi* 120 (2009).

49. Sabine CHAUPAIN-GUILLOT et Olivier GUILLOT. "Les déterminants individuels des absences au travail : une comparaison européenne". *Documents de travail* 17 (2010).

50. Site internet : http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/results_fr.htm

51. D GIMENO et al. "Distribution of sickness absence in the European Union countries." *Occupational and environmental medicine* 61.10 (2004), p. 867-9.

52. Mohamed Ali Ben HALIMA, Thierry DEBRAND et Camille REGAERT. "Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? Premières exploitations de la base Hygie". *Questions d'économie de la santé* 177 (2012).

économie de la santé (Irdes) par une fusion des données de l'Assurance maladie et l'Assurance vieillesse sur les salariés du secteur privé.⁵³

53. L'Irdes est un institut français, fondé en 1984 (sous le nom de Credes, nom changé à Irdes en 2004), qui produit des données statistiques et analyses en économie de la santé. L'Irdes a pour objectif de contribuer à nourrir la réflexion de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir du système de santé. L'institut conçoit et réalise des enquêtes et recherches interdisciplinaires sur l'économie de la santé, la médecine et l'épidémiologie.

CHAPITRE I

Systemes d'indemnisation et de suivi des salariés en congé de maladie

La protection du salarié en congé maladie peut être réglementée par la législation nationale, mais aussi par des conventions collectives ou par des accords entre partenaires sociaux. Nous allons voir ici comment les systèmes d'indemnisation et le suivi du salarié sont codifiés en France et en Norvège. Les réformes législatives depuis 2000 sont aussi brièvement décrites.

1 Norvège : législation universelle et généreuse

En Norvège, les salariés sont généralement bien protégés économiquement en cas de maladie. Ils ont en général une garantie de bénéficier à 100 % d'une indemnité de maladie dès le premier jour. Les dernières années, l'attention portée à l'absentéisme maladie, dont le taux était considéré trop élevé, a été considérable. Entre autres dans le but de baisser l'absentéisme, différentes mesures ont été adoptées depuis 2000 : un meilleur suivi des salariés au cours de leur maladie, et des accords tripartites entre entreprises, syndicats et gouvernement.

1.1 Une protection du salarié norvégien : indemnités journalières maladie à 100 % sans délai de carence

Pour les salariés, un congé maladie est payé dès le premier jour d'absence pour raison de santé.⁵⁴ Pour les premiers 16 jours, l'employeur est obligé de couvrir les indemnités de maladie. Le montant est égal à ce que l'employé aurait perçu au cours de la même période. Au-delà du seizième jour, et jusqu'à 50 semaines après le début de la maladie, les indemnités sont couvertes par NAV⁵⁵, et les montants des prestations de maladie sont l'équivalent du salaire, mais limités à six fois le montant de base de l'Assurance maladie. À partir de mai 2012, ce montant de base est de 82 122 NOK sur une base annuelle (6843,50 par mois).

54. La loi sur l'assurance maladie (*folketrygdloven*) contient le règlement pour les congés maladies. Site internet : <http://www.lovdatab.no/all/t1-19970228-019-0.html>.

55. Information sur les indemnités maladies sur NAV : <http://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Sykmelding+og+sykepenger/Sykepenger+til+arbeidstakere>

L'indemnité maximale possible est alors de 492 732 NOK (66 227 €) par an, soit 41 061 NOK (5518 €) par mois. Cependant, la plupart des employeurs publics, ainsi que quelques grandes entreprises, versent l'intégralité du salaire à leurs employés, et sont ensuite remboursés les montants auxquels les salariés ont droit de la part de l'Assurance maladie. Pour avoir droit aux indemnités maladies, le salarié doit avoir travaillé pendant quatre semaines avant son congé maladie.

Les travailleurs indépendants ne sont indemnisés qu'au-delà du 17^{ième} jour, et cela selon un montant équivalent à 65% de leur revenu moyen.⁵⁶

Les trois premiers jours (calendaires) de la maladie, le salarié peut utiliser une auto-déclaration où il informe l'employeur de son invalidité, due à une maladie ou un accident, sans présenter un certificat médical⁵⁷. Si l'entreprise pour laquelle vous travaillez est une entreprise qui a fait un accord pour une vie professionnelle inclusive, vous pouvez utiliser une auto-déclaration pour un maximum de huit jours calendaires.

Le congé de maladie partiel peut être utilisé si la capacité de l'employé n'est que partiellement réduite. Souvent encouragée, cette mesure a été utilisée de plus en plus au cours de la période de 2000 à 2013. En effet, la proportion de cas de congés partiels a augmenté de 4 % en 2003 à près de 25 % en 2011⁵⁸. Le congé partiel est surtout utilisé pour les absences de longue durée. Il est considéré comme un outil visant à rester en contact avec le milieu de travail et à participer aux travaux liés à l'activité. Ainsi l'utilisation accrue du congé partiel peut contribuer à faire baisser le taux d'absentéisme.

1.2 Le suivi de l'employé norvégien en congé de maladie

La législation inclut certaines règles pour le suivi de l'employé au cours de son congé de maladie⁵⁹. Le premier juillet 2011, le Parlement de Norvège, le Storting, a adopté de nouvelles, et plus strictes, règles sur le contrôle des congés de maladie^{60 61}, ce qui a impliqué

56. Le revenu est calculé sur le revenu moyen des trois dernières années. Le travailleur indépendant peut payer une prime d'assurance qui dans sa version la plus complète couvre la maladie en totalité dès le premier jour de la maladie.

57. Le salarié doit avoir travaillé pour l'employeur pendant au moins deux mois pour obtenir le droit d'utiliser l'auto-déclaration. Néanmoins, si l'absence dépasse trois jours, l'employeur peut exiger un certificat médical.

58. Solveig Osborg OSE et al. *Sykefravær – gradering og tilrettelegging*. Rap. tech. A22397. Sintef, 2012.

59. Voir le site de NAV pour plus de détails : <http://www.nav.no/Arbeid/Oppf%C3%B8lgning+av+sykmeldte/Oppf%C3%B8lgingspunkter>

60. NAV. *Brosjyre : Lovendringer 1. juli 2011 : Tidligere oppfølging av sykmeldte*. 2012.

61. Site internet du Gouvernement norvégien sur les nouvelles règles pour le suivi des salariés au cours de leur congé maladie : http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitik/inkluderende_arbeidsliv/nye-sykefravarsregler-1-juli.html?id=650138

des changements tant pour les malades, que pour les employeurs, les médecins et NAV. Ces règles expriment une volonté d'adapter les conditions de travail pour éviter de longs congés de maladie. Il y a aussi le souhait que le salarié puisse garder un lien avec la vie professionnelle. Les congés de maladie partiels sont ainsi encouragés.

La loi sur l'assurance maladie et la loi sur les conditions de travail fixent quelques échéances précises avec sanctions si les obligations pour le suivi des salariés en congé de maladie ne sont pas remplies.

4 semaines Avant que quatre semaines ne se soient écoulées, l'employeur doit prendre l'initiative de créer un plan de suivi pour que l'employé puisse retourner au travail. Ce plan doit être élaboré en collaboration avec l'employé, peu importe s'il est en congé de maladie partiel ou total. La préparation du plan doit commencer le plus tôt possible.

7 semaines Quand l'employé est en congé de maladie depuis sept semaines, l'employeur doit convoquer à une première réunion de dialogue. La personne accordant le congé de maladie doit y assister⁶², à moins que l'employé ne le désire pas, ou quand l'employeur et l'employé estiment qu'une telle réunion n'est pas appropriée.

8 semaines Avant 8 semaines, un certificat médical élargi doit être rédigé. Il faut ici donner un rapport détaillé des raisons médicales pour lesquelles l'employé ne peut pas participer à des activités professionnelles.

9 semaines L'employeur doit envoyer un rapport et un plan de suivi à NAV.

26 semaines Si le congé de maladie est prolongé de 9 semaines, l'office NAV doit convoquer à une seconde réunion de dialogue après 26 semaines, au plus tard. L'employé et l'employeur sont tenus de participer, le médecin et d'autres professionnels de la santé seront présents si NAV estime que cela est approprié.

Avant 1 an Une nouvelle et troisième réunion de dialogue peut être convoquée.

62. La personne qui accorde le congé de maladie est indemnisée.

1.3 Réformes législatives en Norvège 2000-2013 : une coopération tripartite ancrée dans le programme pour une vie professionnelle inclusive

Entre 2000 et 2012, les gouvernements, en coopération avec les principaux partenaires socio-économiques, ont proposé plusieurs mesures pour parvenir à diminuer les absences au travail. Le rapport du comité Sandman⁶³ a constitué une base pour ces propositions. Le comité a été nommé pour enquêter sur la forte augmentation des congés de maladie et de pension d'invalidité à la fin des années 1990. « Pour une vie professionnelle inclusive »⁶⁴ est un programme d'intervention qui comprend les différentes mesures préconisées par le comité pour répondre à ces défis. Après des négociations entre les partenaires sociaux, le gouvernement, les organisations patronales⁶⁵ et les organisations syndicales⁶⁶, un premier accord d'intention a été conclu en octobre 2001 pour une vie professionnelle plus inclusive.

L'accord pour une vie professionnelle inclusive a été prolongé à deux reprises, en 2005 et en 2009, et le présent accord est valable pour la période 2010-2013. Un objectif concret est la réduction des absences au travail d'au moins vingt pour cent par rapport au niveau au deuxième trimestre 2001, ce qui implique que le taux d'absentéisme doit être au-dessous de 5,6 %. En plus de l'objectif de réduire l'absentéisme, l'accord pour vie professionnelle inclusive vise aussi une augmentation de l'âge moyen de la retraite, et plus d'emplois pour des personnes à capacité réduite.

L'accord comprend plusieurs mesures qui visent à atteindre ces objectifs. Un élément est la création des centres de travail de NAV dans chaque département. Ces centres signent des accords de coopération avec des entreprises intéressées, qui ainsi auront le statut d'entreprises IA. Toutes les entreprises norvégiennes sont légalement tenues d'avoir un programme de prévention et de contrôle des congés de maladie, selon la loi sur les conditions de travail § 3-1. NAV propose une aide aux entreprises IA pour établir un tel programme. D'abord un interlocuteur désigné, au centre d'emploi de NAV, peut aider l'entreprise dans l'implantation du programme. Cette personne peut aussi aider l'entreprise dans des cas individuels

63. Grete JOHANSEN, Gladys SANCHEZ et Liv HAUGEN. "Sykefravær og uførepensjonering". *NOU Norges offentlige utredninger* 27 (2000).

64. Ce terme « vie professionnelle inclusive » est repris de OBSERVATOIRE EUROPÉEN DE L'EMPLOI. "L'accord norvégien »Pour une vie professionnelle inclusive « (Inkluderende arbeidsliv, IA)". *Bilan : printemps 2005*. 2005

65. La Confédération nationale du commerce (NHO), l'Association norvégienne des autorités locales et régionales (KS), Spekter, la Confédération des sociétés norvégiennes de commerce et de service (HSH).

66. La Confédération norvégienne des syndicats (LO), Unio, la Confédération des syndicats techniques (YS) et la Fédération des associations professionnelles de Norvège (*Akademikerne*).

difficiles et à mieux utiliser les instruments économiques que NAV met à disposition pour les entreprises IA. Les entreprises IA peuvent en effet demander des subventions pour couvrir les dépenses des mesures préventives contre les congés de maladie ou pour faciliter le travail en cas de maladie. En plus, les entreprises IA peuvent recevoir un remboursement partiel des services de santé au travail. Enfin, elles auront accès à une gamme de cours gratuits des centres d'emploi de NAV. Il ne coûte rien de signer un accord de coopération.

Le nombre d'entreprises IA a progressivement augmenté depuis le début du programme pour une vie professionnelle inclusive. En 2013, 26% des entreprises ont obtenu un statut d'entreprise IA, et elles emploient 59 % des salariés en Norvège. Il faut néanmoins constater un grand écart entre les secteurs public et privé. Si presque la totalité des entreprises ont signé l'accord de coopération dans le secteur public, seulement 36,5 % des salariés dans le secteur privé travaillent dans une entreprise IA ⁶⁷.

En juillet 2004 une importante réforme des congés de maladie a été introduite, qui avait pour but de croître l'activité parmi les personnes en congé maladie. Le médecin devait alors porter plus d'attention sur les possibilités de travail et d'activité, le malade devant le plus tôt possible s'engager dans une activité liée au travail. Cette activité pouvait en outre comprendre les congés de maladie partiels et congés de maladie actifs (voir ci-dessous). Le médecin devait examiner si les raisons médicales pour le congé maladie étaient pressantes. Et dans le cas où un congé maladie était en effet jugé nécessaire, un congé partiel devait avoir la priorité. Après huit semaines, si le patient était toujours inactif, le médecin devait rédiger un certificat médical élargi dans lequel il expliquait pourquoi l'employé n'a pas pu commencer une activité professionnelle. Des sanctions pouvaient s'appliquer si les arguments avancés pour prolonger le congé maladie ne répondaient pas aux exigences légales, de même des sanctions contre les médecins étaient possibles.

En juillet 2011, le dispositif congé de maladie actif (*aktiv sykemelding*) a été stoppé. Il prévoyait que l'État payait l'indemnité de maladie à l'entreprise qui donnait une activité et formation professionnelle aux employés qui ne pouvaient plus travailler normalement. L'employeur devait ainsi chercher d'autres tâches que son employé ne faisait pas habituellement. Or ce dispositif n'a pas fonctionné comme prévu. Car beaucoup de personnes en congé de maladie actif ont en effet effectué toute, ou une partie de, leur travail ordinaire. Il y avait aussi une tendance à rester en congé plus longtemps que nécessaire. Comme le salaire était à

67. Chiffre de 1^{er} trimestre 2009, <http://www.nav.no/0m+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Statistikk/Antall+ansatte+i+IA-virksomheter+fordelt+etter+sektor+1+kvartal+2009.207977.cms>

100 % couvert par NAV, les employeurs avaient un intérêt économique à garder leurs salariés en congé de maladie actif. Au lieu de congé de maladie actif, le congé partiel de maladie doit maintenant être le principal moyen pour que la personne en congé maladie totalement ou partiellement reprenne le travail.

Comme nous l'avons déjà indiqué, en juillet 2011, de nouvelles, et plus strictes règles, ont été adoptées pour le suivi de l'employé pendant son congé maladie.

Le présent accord pour une vie professionnelle inclusive se termine le 31 décembre 2013 et devrait éventuellement être renouvelé pour une nouvelle période. Un comité constitué de représentants du gouvernement et des principales organisations patronales et syndicales, a été nommé pour créer une base pour des futures négociations. Dans son rapport du 26 juin 2013, le comité résume les expériences et les connaissances sur la réalisation de l'accord IA jusqu'ici⁶⁸, notamment les travaux de OSE et al.⁶⁹, MYKLETUN et BRINCHMANN⁷⁰ et le groupe d'experts pour l'accord IA^{71 72}. Par ailleurs, ce comité a examiné les prémisses et a présenté des recommandations sur différentes questions autour d'un nouvel accord IA.

D'une manière générale, la vie professionnelle en Norvège se caractérise par un haut taux de syndicalisation parmi les travailleurs⁷³, par une forte volonté de coopération et un niveau de conflit relativement faible⁷⁴. Dans ce climat, des solutions collectives dominent et les relations de pouvoir entre les partenaires sociaux sont relativement égalitaires. L'accord tripartite IA s'inscrit dans cette tradition, mais il n'a toutefois une dimension jamais mise en œuvre jusque-là.

68. *Grunnlag for videre IA-samarbeid – erfaringer og anbefalinger. Rapport fra en partssammensatt arbeidsgruppe 26. juni 2013.* 2013.

69. Solveig Osborg OSE et al. *Evaluering av IA-avtalen (2010-2013).* SINTEF Rapport A24444. 2013.

70. Arnstein MYKLETUN et Beate BRINCHMANN. *Effekter av tiltak under IA-avtalen. Rapport fra forskermøte på oppdrag fra Arbeidsdepartementet.* Rap. tech. 2013, p. 62.

71. *Målene om et mer inkluderende arbeidsliv - status og utviklingstrekk. Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen, 14. juni 2013.* 2013.

72. Le groupe d'experts a été établi en 2010 pour suivre et analyser la réalisation de l'accord IA.

73. En 2010, 52 % des salariés norvégiens sont membres d'une organisation syndicale. Voir <http://www.arbeidslivet.no/Lonn/Fagorganisering>

74. JE DØLVIK. *Grunnpilarene i de nordiske modellene. Et tilbakeblikk på arbeidslivs- og rehabiliteringstjenester.* Rap. tech. FAFO, 2013.

1.4 Législation norvégienne sur les maladies professionnelles et les accidents du travail

Définition des maladies professionnelles

L'objectif de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles par l'Assurance maladie est de donner des avantages particuliers au-delà des prestations ordinaires de l'Assurance maladie. En ce qui concerne les indemnités journalières maladie, il n'y a pas d'obligation d'une cotisation minimale, et la personne est garantie d'au moins son salaire pendant la période de son congé maladie.

Une maladie professionnelle est une maladie à caractère professionnel qui a droit aux avantages au même titre qu'un accident du travail. La maladie professionnelle est un terme juridique défini par le droit norvégien avec des critères spécifiques qui doivent être remplis. Le règlement sur les maladies professionnelles énumère neuf groupes de maladies professionnelles⁷⁵, voir l'annexe 2.4. Selon §13-4 de la loi sur l'assurance maladie, une maladie peut être reconnue comme une de ces maladies professionnelles figurant sur cette liste si⁷⁶ :

1. Les caractéristiques du tableau clinique de la maladie sont conformes à cette maladie professionnelle.
2. La personne concernée a été exposée dans une durée et avec une telle concentration qu'il existe un rapport raisonnable entre l'exposition et le tableau clinique.
3. Les symptômes sont apparus dans un délai raisonnable après l'exposition.
4. Il n'est pas plus probable qu'une autre maladie, ou exposition à un autre risque, est à l'origine des symptômes.

La liste norvégienne des maladies professionnelles apparaît sur certains points ouverte et large comme les maladies du groupe A (maladies causées par une intoxication ou une autre exposition chimique)⁷⁷. Sur d'autres points, elle peut être plus spécifique tel que les maladies du groupe H (maladies causées par l'infection où une liste détaillée des 11 types d'infections est donnée).

75. Le règlement sur les maladies professionnelles peut être consulté à *Forskrift om yrkessykdommer, klimasykdommer og epidemiske sykdommer som skal likestilles med yrkesskade*. Voir <http://www.lovdata.no/for/sf/ad/td-19970311-0220-0.html>

76. La loi sur l'assurance maladie (*folketrygdloven*), en particulier le chapitre 13, contient le règlement pour l'indemnisation des maladies professionnelles et des accidents du travail.

77. KJUUS et al., cf. note 37.

Limitations de la législation actuelle et tentative de révision

Contrairement à plusieurs d'autres pays européens, les troubles musculo-squelettiques ne font pas partie des maladies professionnelles reconnues. En France, par exemple, ces troubles sont reconnus, sous certaines conditions, comme maladies professionnelles, et elles représentent à elles seules plus de 85 % des maladies professionnelles reconnues. La liste norvégienne n'a guère été modifiée depuis 1957, et n'a pas pu incorporer les connaissances médicales qui ont émergé en cette matière ces dernières décennies. Il a ainsi été remis en question, à juste titre, si la législation actuelle inclut suffisamment les maladies qui sont clairement causées par des risques professionnels ou des conditions de travail. Pour procéder à une éventuelle révision de cette liste, un comité d'experts a été nommé par le gouvernement en novembre 2007. Dans leur rapport de juin 2008, il a été recommandé une profonde révision de la législation par une nouvelle liste de maladies professionnelles. Premièrement, les maladies énumérées sont plus détaillées et elles sont liées à des expositions spécifiques et avec des conditions particulières sur leur durée et intensité. Bien que le comité ait pris le système danois comme modèle, cette liste s'approche nettement de la version française. Deuxièmement, ils ont proposé d'inclure trois nouveaux groupes de maladies : des maladies musculo-squelettiques, des maladies psychiques et des malformations congénitales. Enfin, la loi sur l'assurance maladie (§ 13.4) ne confère aucun droit économique pour les maladies qui ne sont pas couvertes par la liste actuelle des maladies professionnelles. L'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (voir plus loin) permet cependant que d'autres maladies ne figurant pas sur la liste, puissent être reconnues. Cette possibilité semble pourtant avoir été très peu utilisée⁷⁸. Le comité a par conséquent proposé un système complémentaire de reconnaissance, un « filet de sécurité », qui va permettre d'évaluer aussi les maladies qui ne figurent pas sur la liste, mais où il existe des forts soupçons sur le caractère professionnel. Cependant, cinq ans après, ces mesures proposées tardent encore à être incluses dans la législation.

Les salariés sont aussi couverts par une assurance obligatoire, contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui est financée par les employeurs. L'indemnisation par cette assurance est réglée par la loi de l'Assurance des accidents du travail⁷⁹. Cette loi opère avec une définition plus étendue que celle que l'on trouve dans la loi sur l'assurance

78. KJUUS et al., cf. note 37, page 75.

79. La loi de l'Assurance des accidents du travail (*Yrkesskadeforsikringsloven*) peut être consultée à <http://www.lovdatab.no/all/n1-19890616-065.html>

maladie, pour les maladies ouvrant droit à une indemnisation. Il est ainsi possible d'obtenir une indemnité de l'assurance contre les accidents du travail sans être indemnisé par l'Assurance maladie.

Les personnes qui souhaitent que leur maladie soit reconnue comme maladie professionnelle doivent elles-mêmes faire une demande auprès de NAV pour les indemnités couvertes par l'Assurance maladie. Pour les années 2004 à 2007, en moyenne 1500 cas de maladies à caractère professionnel étaient déclarés chaque année : environ 60 % étaient reconnues comme maladies professionnelles. En cas de rejet, la décision peut être portée en appel devant la Cour d'assurance (*Trygderetten*). Enfin, si l'appel est rejeté par cette instance, il peut être soumis à des juridictions ordinaires.

Obligation de notification

Il existe une obligation de notification pour tous les accidents du travail et toutes les maladies à caractère professionnel comme il est prévu dans §5 de la loi sur les conditions de travail. Les accidents doivent être déclarés par l'employeur et les maladies par le médecin quand il est supposé que la maladie a un caractère professionnel. Selon l'inspection norvégienne du travail (*Arbeidstilsynet*), moins de 5 % des médecins norvégiens satisfont cette obligation de notification. Les statistiques sur les maladies à caractère professionnel sont donc censées représenter une sous-estimation significative de l'incidence réelle. C'est même le cas pour les accidents graves, qui nécessitent une attention médicale immédiate⁸⁰.

2 France : réglementation hétérogène

Si en Norvège, les salariés sont protégés par la même législation concernant les congés de maladie, la situation est autrement plus hétérogène en France. L'indemnisation des salariés varie selon la nature de l'employeur, le type d'emploi et la branche professionnelle. En général, les salariés ne sont pas garantis une couverture totale de leurs salaires lors du congé maladie. Les fonctionnaires de la fonction publique bénéficient d'une meilleure indemnisation que les salariés du secteur privé. Néanmoins, dans les différentes branches professionnelles du secteur privé, il existe plusieurs conventions collectives qui donnent droit aux indemnités complémentaires.

80. Hans Magne GRAVSETH, Ebba WERGELAND et Johan LUND. "Underrapportering av arbeidsskader til Arbeidstilsynet". *Tidsskrift for den norske legeförening* 15 (2003), p. 2057-9.

2.1 Une protection du salarié français par l'État, l'Assurance maladie, les employeurs et les conventions collectives

Pour avoir droit à un arrêt maladie, un salarié doit fournir dans les 48 heures, un avis d'arrêt maladie, rempli par son médecin, à son employeur et à son caisse d'Assurance Maladie. Contrairement à la situation en Norvège, une auto-déclaration n'est pas permise.

Fonction publique - maladie ordinaire

La fonction publique regroupe environ 5,2 millions de personnes, soit 19,5 % de l'emploi total en France⁸¹. Les deux principaux groupes des employés dans la fonction publique sont les fonctionnaires (3,8 millions) et les agents contractuels (0,9 million). Les fonctionnaires conservent l'intégralité de leur salaire pendant les trois premiers mois, et ensuite la moitié du salaire les neuf mois suivants⁸². Ils touchent aussi des primes dans la même proportion que le traitement indiciaire. Contrairement au secteur privé, les fonctionnaires ne doivent pas remplir des conditions sur leurs salaires ou le nombre d'heures ou jours travaillés. Le 1^{er} janvier 2012, un jour de carence a été installé pour les fonctionnaires, mais il est prévu qu'il soit supprimé en 2014⁸³. Ce sont les employeurs publics qui versent ces indemnités aux fonctionnaires.

Les agents contractuels⁸⁴ ne sont pas garantis les mêmes avantages que les fonctionnaires. La durée et le montant d'indemnisation dépendent de l'ancienneté de l'agent. Après quatre mois de service, il reçoit l'intégralité de son salaire pendant 30 jours, et la moitié du salaire pour les trente jours qui suivent. Après trois de service, il obtient 90 jours à plein traitement et 90 jours à demi-traitement. Comme le fonctionnaire, l'agent touche aussi des primes lors de son arrêt maladie.

81. Chiffres clés de la fonction publique : http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/chiffres_cles/pdf/chiffres-cles-2012.pdf

82. Sur l'arrêt de travail pour maladie dans la fonction publique : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N512.xhtml>

83. Sur l'abrogation de la journée de carence voir : <http://www.service-public.fr/actualites/002399.html>

84. Un agent contractuel est un non-fonctionnaire employé dans la fonction publique. Les conditions spécifiques de l'emploi sont réglées par un contrat. (<http://www.fonction-publique.gouv.fr/fonction-publique/statut-et-remunerations-2>)

Secteur privé - maladie ordinaire

Les salariés du secteur privé reçoivent par la Sécurité sociale des indemnités journalières⁸⁵. Pour avoir droit aux indemnités de la Sécurité sociale, le salarié doit avoir travaillé au moins 200 heures les trois derniers mois, ou avoir un salaire au cours des six derniers mois d'un montant au moins égal à 1015 fois le SMIC horaire (soit 9 571 euros au 1^{er} janvier 2013)⁸⁶.

Les indemnités journalières de la Sécurité sociale égalent 50 % du salaire de base (indemnité journalière maladie normale). Si le salarié a trois enfants ou plus, il touche 66,66 % à partir du 31^e jour d'arrêt (indemnité journalière maladie majorée). Au premier janvier 2013, le montant maximum de l'indemnité journalière égale 42,32€ pour ceux qui touchent une indemnité normale, et 56,43€ pour ceux qui ont une indemnité majorée. Les salariés du secteur privé perçoivent ces indemnités après un délai de carence de trois jours.

La durée maximale de versement pour les maladies ordinaires est 360 jours au cours de 3 années consécutives. Si la maladie est reconnue comme une affection de longue durée (ALD) cette durée est de trois ans. Une maladie est reconnue comme une ALD si sa gravité ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé.⁸⁷

Sous certaines conditions, les salariés du secteur privé sont aussi garantis des indemnités complémentaires de la part des employeurs⁸⁸. Ils doivent avoir au moins une année d'ancienneté dans l'entreprise. Les salariés saisonniers, intermittents ou temporaires n'ont pas droit aux indemnités complémentaires. Après un délai de carence de 7 jours, les personnes avec une ancienneté de 1 à 5 ans sont garanties une indemnisation de 90 % pendant 30 jours, et ensuite 66,66 % pendant les 30 jours suivants. La durée et le montant d'indemnisation complémentaire augmentent progressivement avec le nombre d'années d'ancienneté. Les personnes ayant travaillé 31 ans dans l'entreprise sont couverts à 90 % pendant 180 jours.

85. Voir le site de l'administration française <http://vosdroits.service-public.fr/N526.xhtml> et celui de l'Assurance maladie <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-etes-en-arret-de-travail-pour-maladie/vos-demarches-et-formalites.php>

86. Pour les arrêts de travail qui dépassent six mois, les conditions sont plus rigoureuses : travail d'au moins 800 heures pendant les douze derniers mois, ou un salaire au cours des douze derniers mois d'un montant au moins égal à 2030 fois le SMIC horaire (soit 19 143 euros au 1^{er} janvier 2013).

87. Le site <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/> donne plus de détails sur la réglementation des ALD, y inclus la liste des 30 maladies reconnues comme une ALD.

88. Voir le site officiel de l'administration française : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N526.xhtml>

Indemnisations complémentaires par les conventions collectives pour les salariés du secteur privé

Certaines conventions collectives offrent une indemnisation complémentaire aux salariés. Par exemple, la convention collective de Syntec⁸⁹ stipule que dans le cas d'un congé de maladie ordinaire, les salariés ayant plus d'un an d'ancienneté ont droit à un mois à 100 % d'appointements bruts et les deux mois suivants à 80 % de ses appointements bruts. Quand le salarié a plus de cinq ans d'ancienneté, le maintien du salaire à 100 % est prolongé à deux mois. Un autre exemple constitue la convention collective des établissements privés d'hospitalisation⁹⁰. Elle garantit, sous certaines conditions, le maintien du salaire entier pendant six mois.

2.2 Le suivi de l'employé en congé maladie

Pendant son congé de maladie, la personne est soumise à certaines contraintes⁹¹. Sauf autorisée par son médecin à des fins thérapeutiques, la personne en congé de maladie doit être présente à son domicile 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h. Elle n'est pas non plus autorisée à s'absenter de son département sans accord de sa caisse d'Assurance Maladie. L'employé doit se soumettre aux contrôles médicaux au cours de son congé de maladie. Ces contrôles sont organisés par sa Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). En 2009, l'Assurance Maladie en a effectué plus de deux millions.

Lorsque le salarié est en arrêt de travail depuis trois mois, une réunion peut être convoquée où le service social l'informe sur ses droits et démarches. Au terme d'un congé de maladie qui a duré plus de trente jours, une visite médicale de reprise de travail est obligatoire. Si le médecin le trouve souhaitable pour des motifs thérapeutiques, il peut alors prescrire un travail à temps partiel au salarié. Si l'état de santé rend difficile le retour au travail, le service social peut aussi l'aider à trouver des solutions adaptées sur son lieu de travail.

89. Syntec est une fédération de près de 1250 groupes et sociétés françaises dans les professions de l'ingénierie, des services informatiques, des études et du conseil et de la formation professionnelle (<http://www.syntec.fr/>). La convention collective de Syntec peut être consultée au site <http://www.syntec.fr/content/view/10/16>.

90. La convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation peut être consultée au site http://www.fehap.fr/jcms/cpe_5515/texte-de-la-ccn-51.

91. Voir le site de l'Assurance Maladie : <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-etes-en-arret-de-travail-pour-maladie/vos-demarches-et-formalites.php>

2.3 Réformes législatives en France 2000-2013 : une meilleure maîtrise des dépenses et des contrôles renforcés

D'une manière générale, les réformes de l'Assurance maladie ont eu comme objectif une meilleure maîtrise des dépenses de santé, comme celles-ci n'ont cessé de croître les dernières années⁹². En août 2004, une importante réforme est adoptée par le Parlement avec cet objectif en vue. En ce qui concerne les arrêts maladie, cette réforme instaure un contrôle renforcé des prescripteurs et bénéficiaires d'indemnités journalières⁹³. En particulier, la nouvelle législation renforce les obligations sur le respect des horaires de sorties autorisées et sur l'envoi des avis d'arrêts maladie dans les 48 heures.

Un jour de carence pour les fonctionnaires a été installé dès le premier janvier 2012. Cependant, le nouveau gouvernement français a pris l'initiative de le supprimer, c'est en effet qu'un projet de loi prévoit pour 2014. En novembre 2011, il y avait aussi un projet pour instaurer un quatrième jour de carence pour les arrêts maladie des salariés du secteur privé. Ce projet n'a pas abouti, mais une baisse du plafonnement des indemnités journalières, à 1,8 fois le salaire minimum de croissance (SMIC), a été installée le 1^{er} janvier 2012⁹⁴.

2.4 Législation française sur les maladies professionnelles et les accidents du travail

Une maladie est « professionnelle » si elle est la conséquence directe d'un risque au travail ou des conditions de travail. En France, l'indemnisation des maladies professionnelles et des accidents du travail est régie par la législation⁹⁵. Elle donne lieu à des prestations particulières, comme les indemnités journalières sans délai de carence. Les accidents du travail donnent droit à des indemnités ultérieures, comme la prise en charge à 100 % des frais médicaux. Pourtant, une maladie professionnelle ouvre droit aux prestations au même titre qu'un accident du travail si elle est perçue comme une conséquence d'un accident du travail.

Une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des

92. <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/reforme-assurance-maladie.html>

93. <http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>

94. http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0128.pdf

95. INRS. *Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole*. Rap. tech. 2012.

tableaux annexés au livre IV du Code de la sécurité sociale ou au livre VII du Code rural⁹⁶. Le système d'indemnisation est constitué de deux régimes : le régime général et le régime agricole et il existe actuellement 114 tableaux au régime général et 57 au régime agricole. Chaque tableau contient des conditions spécifiques qu'une maladie doit remplir pour être reconnue comme professionnelle⁹⁷ :

1. *Les symptômes* ou lésions pathologiques que doit présenter la maladie.
2. *Le délai maximal* entre la cessation d'exposition au risque et la première constatation de la maladie.
3. *Une durée minimale d'exposition au risque* (pour certaines maladies).
4. *Les travaux* susceptibles de provoquer l'affection en cause. Cette liste des travaux peut être limitative (seuls les travaux énumérés sont pris en considération) ou seulement indicative (d'autres travaux où le risque existe peuvent également être pris en considération).

Toute affection qui remplit ces conditions est présumée avoir une origine professionnelle, et il n'est pas nécessaire de fournir des preuves ultérieures. Il faut noter que la législation française est bien plus détaillée que la version norvégienne en cette matière (voir discussion à page 32).

Si la maladie ne figure pas sur la liste des maladies professionnelles, ou si elle ne remplit pas toutes les conditions précédentes, il existe un système complémentaire de reconnaissance. Dans ce cas, la « présomption d'origine » ne s'applique plus, et des preuves doivent être établies pour un lien direct entre le travail et la maladie.

La déclaration de la maladie professionnelle doit être fournie par la victime à la Caisse primaire d'assurance maladie, ou la Caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai de 15 jours après la cessation du travail ou la constatation de la maladie. La caisse ouvre une enquête et fait connaître sa décision. En cas de rejet, la victime peut faire appel par la voie du contentieux général. Si le système complémentaire est appliqué, le dossier est envoyé à un Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Les employeurs doivent remplir quelques obligations par rapport aux maladies professionnelles. D'abord la réglementation du travail leur impose certaines mesures préventives

96. Les tableaux sur les maladies professionnelles peuvent être consultés à <http://www.inrs-mp.fr/mp/cgi-bin/mppage.pl>.

97. INRS, *Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole*, cf. note 95, page 9.

comme l'organisation d'un service médical adéquat, et la responsabilité que les salariés bénéficient de visites médicales prévues par la réglementation. Ils doivent aussi informer leurs salariés des risques potentiels dus aux produits qu'ils manipulent.

Le médecin a une obligation de déclarer toute maladie qui, à son avis, a un caractère professionnel. Cette déclaration doit être transmise au médecin inspecteur régional du travail.

Conclusion du chapitre

En Norvège, les salariés jouissent d'un système d'indemnisation généreux et universel, entièrement réglé par la législation. Ils sont garantis une indemnisation à 100 % dès le premier jour de l'arrêt maladie. Depuis 2000, une série des réformes législatives norvégiennes ont comme objectif spécifique de baisser le taux d'absentéisme, principalement par un meilleur suivi des salariés au cours de leurs congés maladies. Ce système de suivi fixe des étapes spécifiques où l'employeur, NAV et le médecin traitant jouent tous des rôles importants.

En France, les salariés dans le secteur privé sont indemnisés par la Sécurité sociale, les employeurs et les conventions collectives. La Sécurité sociale indemnise les salariés à 50 % pendant une année. Après avoir travaillé au moins une année dans l'entreprise, le salarié touche des indemnités complémentaires de l'employeur, d'un montant de 66,66 % à 90 % du salaire, pour une période de 90 à 180 jours. Le montant et la durée exacts dépendent du nombre d'années travaillées dans l'entreprise. Enfin, les salariés français peuvent bénéficier d'indemnités complémentaires de la part de la convention collective. Les fonctionnaires conservent l'intégralité de leurs salaires pour une durée de trois mois, ensuite ils perçoivent 50 % pour les neuf mois suivants. Le suivi des salariés français lors de leurs congés de maladies met surtout l'accent sur l'aspect de contrôle à domicile pour vérifier que le congé reste justifié.

Les maladies professionnelles sont des maladies à caractère professionnel qui donnent droit à des indemnités particulières. Le système norvégien pour la reconnaissance des maladies professionnelles n'a pas guère été modifié depuis 1950 et il n'inclut pas suffisamment les maladies causées par le travail comme notamment les troubles musculo-squelettiques. Le système français semble fonctionner mieux, comme la liste des maladies professionnelles est fréquemment révisée.

CHAPITRE II

Statistiques sur les absences au travail pour raisons de santé en Norvège

Principalement, deux sources de données statistiques sont exploitées pour étudier le taux d'absentéisme pour maladie en Norvège pour les années 2000 à 2012. Premièrement, *Statistikkbanken*⁹⁸ de SSB contient des tableaux détaillés avec des séries statistiques chronologiques. Ces tableaux contiennent des informations sur l'absentéisme des deux sexes, selon les différentes tranches d'âge, et les secteurs professionnels. En plus, l'absentéisme selon le diagnostic médical, ainsi que des variations départementales, peuvent être consulté. Or, cet ensemble de tableaux ne contient que des informations très limitées sur les arrêts de longue durée, à l'exception d'une répartition des absences selon leur durée.

La seconde source, la base de données *FD-trygd* sur les arrêts maladies de longue durée, permet cependant de compléter les statistiques de *Statistikkbanken*. De ce fait, nous présenterons ensuite les résultats de nos analyses des données de *FD-trygd* car nous possédons les informations sur les variables suivantes : âge, sexe, éducation, revenus, travail partiel, état matrimonial et nombre d'enfants.

Enfin, nous allons présenter les statistiques publiques sur les maladies professionnelles, ainsi que sur les accidents du travail.

1 Statistiques sur les absences au travail pour maladie en Norvège - toutes durées confondues

Les statistiques officielles extraites de *Statistikkbanken* de SSB sont d'une bonne qualité comme elles sont basées, soit sur les registres comprenant tous les individus norvégiens (pour les congés avec certificat médical), soit sur un grand échantillon (pour les congés auto-déclarés). Nous allons d'abord présenter ces statistiques pour les arrêts maladie toutes durées confondues.

Sur le site de *Statistikkbanken*, les statistiques détaillées de l'enquête norvégienne sur

98. <https://www.ssb.no/statistikkbanken>

les forces de travail (*arbeidskraftundersøkelsen*) peuvent aussi être consultées. Comme ce type d'enquête suit le même standard en Norvège et en France, une comparaison directe est possible, voir la description aux pages 18 et 21. Ces données seront présentées dans le chapitre IV qui fait un rapprochement sur les évolutions en France et en Norvège.

1.1 Taux d'absentéisme pour la population norvégienne : fluctuations autour d'un niveau élevé

Le tableau 2.1 donne le taux d'absentéisme depuis 2000, les fluctuations de l'absentéisme au cours de la période de 2000 à 2012 sont aussi présentées dans la figure 2.2. Les chiffres sont assez stables : le taux varie autour de 7 %. Néanmoins, on note des fluctuations claires. Après avoir atteint son niveau le plus élevé en 2003 (8,5 %), le taux chute de façon très marquante en 2004, avant de ne monter lentement pour atteindre 7,6 % en 2009. Au-delà de 2009, la tendance est à la baisse. Les dernières statistiques, pour le deuxième trimestre de 2013, donnent un taux d'absentéisme de 6,0 %, le plus bas de ces douze dernières années. Le taux est de 7,8 % pour les femmes, et de 4,5 % pour les hommes. Si l'on fait un ajustement selon les variations saisonnières et celles dues aux épidémies de grippe, ces dernières chiffres sont légèrement plus élevés : 6,38 % (total), 8.20 % (femmes) et 4.92 % (hommes).

Il est discuté si les dernières tendances positives en matière d'absentéisme sont la conséquence des modifications législatives qui sont entrées en vigueur le premier juillet 2011, des changements visant à obtenir un suivi plus étroit du congé de maladie, et un effort de concertation favorisant une plus grande inclusion à la vie de travail⁹⁹, voir page 26.

Un plus grand usage du congé maladie partiel est un des moyens recommandés par un groupe d'experts¹⁰⁰ pour baisser l'absentéisme. Ainsi, KANN et al.¹⁰¹ ont étudié l'effet qu'une utilisation accrue du congé maladie *partiel* peut avoir sur l'absentéisme. Dans leur étude, les données individuelles des congés de maladie avec certificat médical sont agrégés sur chaque mois et chaque commune¹⁰². Les données montrent qu'il y a de grandes variations dans l'utilisation de congé maladie partiel entre les différentes communes norvégiennes au cours de la période 2002-2010. Aussi le taux d'absentéisme a évolué différemment.

Utilisant un modèle longitudinal à effets fixes, les relations entre le taux de partia-

99. Therese SUNDELL. *Utviklingen i sykefraværet, 2. kvartal 2012*. NAV notat. 2012.

100. *Tiltak for reduksjon i sykefravær : Aktiviserings og nærværsreform, 27.11 2009. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet*. 2010.

101. Inger Cathrine KANN et al. "Har gradert sykmelding effekt påsykefraværet?" *Arbeid og velferd 2* (2012), p. 60–70.

102. Au 1^{er} janvier 2013, la Norvège comptait 428 communes.

Tableau 2.1: L'absence au travail (en pourcentage) non ajustée ou ajustée selon des variations saisonnières et grippales, pour le dernier trimestre des années 2000-2013^a. Les chiffres totaux incluent les congés de maladie auto-certifiés (*egenmeldt sykefravær*) et les congés avec attestation médicale (*legemeldt sykefravær*).

Année	Chiffres non ajustés		Ajustement par des variations saisonnières et grippales	
	Total	Attestation médicale	Total	Attestation médicale
2000	7.1	6.3	7.07	6.30
2001	7.5	6.7	7.49	6.72
2002	8.0	7.1	8.03	7.11
2003	8.5	7.4	8.21	7.30
2004	6.4	5.5	6.46	5.54
2005	6.7	5.8	6.87	5.96
2006	6.8	5.8	6.89	5.95
2007	6.9	5.9	6.99	5.99
2008	7.1	6.0	7.12	6.10
2009	7.6	6.4	7.10	6.13
2010	7.0	6.0	7.10	6.09
2011	6.5	5.4	6.62	5.62
2012	6,7	5.6	6.67	5.62
2013 ^a	6.0	5.1	6.54	5.45

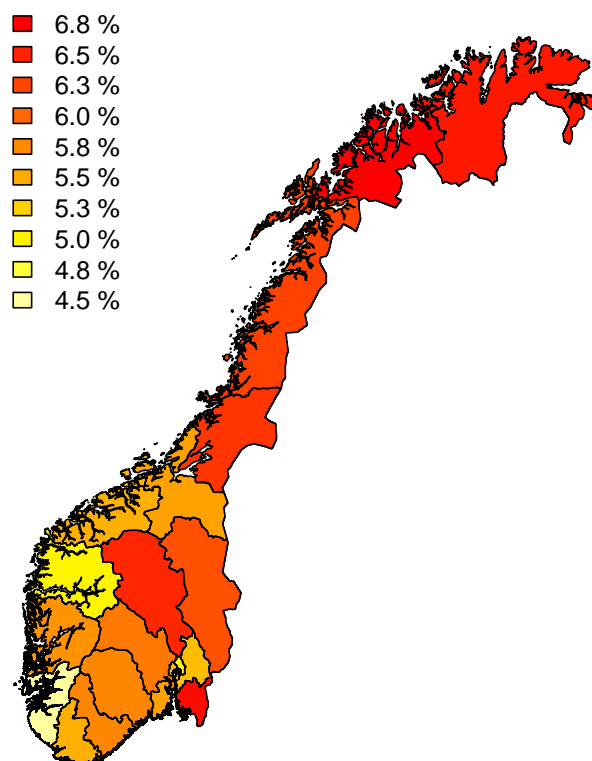
a) Les chiffres pour 2013 sont pour le deuxième trimestre.

Source : *Statistikkbanken* (SSB) (<https://www.ssb.no/statistikkbanken>).

lité et l'absence maladie pour les communes sont analysées. Les résultats de leurs analyses montrent un effet statistiquement significatif que l'utilisation accrue de congé partiel a sur la diminution du taux absentéisme maladie, ainsi que sur la réduction de la durée et le nombre de congés de maladie. Cet effet est néanmoins assez modéré, et il ne peut, par exemple, expliquer toute la baisse observée entre 2003 et 2004. Une possible explication de ce résultat serait que l'utilisation de congé maladie partiel a un effet positif sur la santé et la capacité de travailler. Néanmoins, il peut aussi s'expliquer par un changement des pratiques de médecins : ceux des médecins qui deviennent plus enclin à accorder les congés maladies partiels adopteraient une attitude plus restrictive envers ceux qui peut obtenir un congé maladie à temps complet, sans partialité.

Les statistiques de l'absentéisme ont toujours décelé des fluctuations saisonnières claires d'un trimestre à un autre, ce qui a rendu difficile l'interprétation des tendances de l'absentéisme, surtout pour les derniers trimestres. L'avantage de corriger par des variations saisonnières, c'est qu'en retirant l'effet saisonnier, une comparaison entre trimestres est ren-

FIGURE 2.1: L'absence au travail avec attestation médicale, variations départementales (*fylke*) pour le deuxième trimestre de 2012.



Source : *Statistikkbanken* (SSB) (<https://www.ssb.no/statistikkbanken>).

due plus facile. Le même raisonnement vaut pour l'impact de l'épidémie de la grippe. Ces impacts saisonniers et épidémiques nous intéressent moins que les tendances sous-jacentes, des tendances qui peuvent être dues aux changements de la législation ou aux changements structurels du marché du travail.¹⁰³

La répartition géographique pour l'année 2012 de l'absentéisme maladie, avec attestation médicale, est montrée dans la figure 2.1. Le taux est le plus bas dans les départements *Rogaland* (4,5 %), *Oslo* (4,9 %) et *Sogn og Fjordane* (5,0 %), quand il est au plus haut à *Troms* (6,8 %), à *Østfold* (6,7 %) et à *Finnmark* (6,6 %).

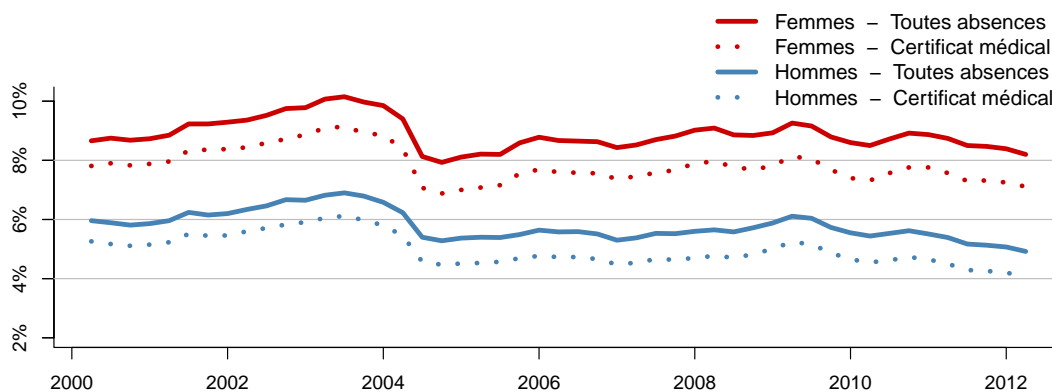
La baisse très marquée de 2004, coïncide avec l'importante réforme de juillet 2004 (voir

103. Pour plus d'informations sur les méthodes utilisées d'ajustement pour les variations saisonnières et pour les épidémies de grippe, voir <http://www.ssb.no/a/kortnavn/sykefratot/sesongjustering.html>

page 28). La réforme a conduit à une hausse des congés partiels, au lieu de congés maladies à 100 %; aussi, on constate moins de cas d'absence pour maladie, et leur durée en est réduite¹⁰⁴.

1.2 Davantage d'absence chez les femmes

FIGURE 2.2: L'absence au travail pour femmes et hommes ajustée pour des variations saisonnières et grippales.



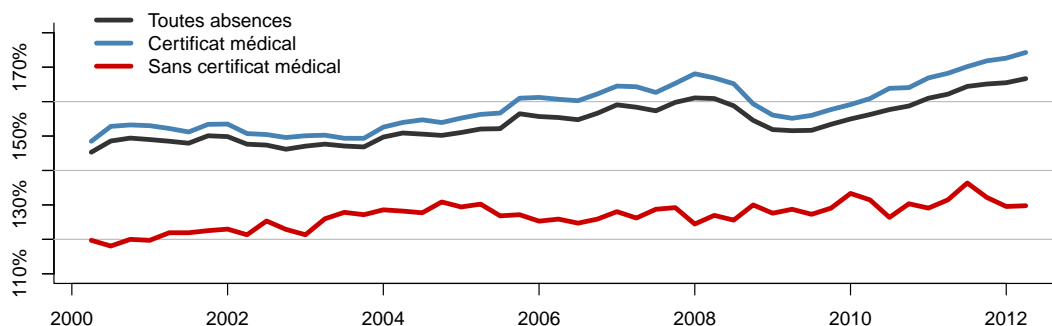
Source : *Statistikkbanken* à SSB (<https://www.ssb.no/statistikkbanken>).

Il est connu que le taux d'absentéisme pour maladie des femmes est plus élevé que celui des hommes. La figure 2.2 laisse voir le développement de l'absentéisme, ajusté pour des variations saisonnières et grippales, pour les deux sexes. Nous constatons la même tendance pour les hommes et les femmes : une augmentation de l'absentéisme de 2000 à 2003; ensuite une nette diminution autour de 2004, pour ensuite monter légèrement avant qu'elle ne baisse à nouveau les deux dernières années. L'écart entre hommes et femmes semble assez stable, mais légèrement en hausse : 2,70 % en 2000 et 3,28 % en 2012. Cette tendance vaut pour les absences sans ou avec certificat médical, voir Figure 2.3. Nous observons là que l'écart est relativement plus élevé pour les absences avec certificat médical, où les femmes ont des taux de 50-70 % plus que celles des hommes, que pour les absences sans certificat médical. Il sera intéressant de voir plus loin dans le mémoire selon quel degré les absences de longue durée sont plus prononcées pour les femmes que pour les hommes.

Les causes possibles de cette différence d'absentéisme entre hommes et femmes font

104. Søren BRAGE et Inger Cathrine KANN. *Fastlegers sykmeldingspraksis II : Regelendringer og legeprogrammet*. Rap. tech. Rapport 06. Rikstrygdeverket, 2006.

FIGURE 2.3: L'absence pour femmes en pourcentage des absences pour hommes. Ajustement est fait pour des variations saisonniers et grippales.



Source : *Statistikkbanken* à SSB (<https://www.ssb.no/statistikkbanken>).

l'objet d'une recherche constante^{105 106}. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer que les femmes soient plus souvent, et plus longtemps, absentes que les hommes : la grossesse, la situation familiale, le « double fardeau » du travail et la charge familiale. Néanmoins, des études statistiques soulignent que ces facteurs ne peuvent expliquer qu'en partie la différence entre hommes et femmes.

Sur le thème de la grossesse, MYKLEBØ et THUNE¹⁰⁷ ont analysé l'absentéisme chez les femmes enceintes, en utilisant les données de NAV pour les congés maladies avec certificat médical. Pour l'année 2008, le taux d'absence totale de femmes est de 7,8 %, tandis que l'absence de femmes non enceintes est de 6,1 %. En comparant ces chiffres avec celles des hommes (4,2 %), l'écart entre les sexes est réduit de 24 % si l'on ne regarde que les absences en dehors les grossesses. Pour la période principale de fertilité, la tranche de 20 à 39 ans, la grossesse peut expliquer 46 % de cet écart. Utilisant des données sur 2 918 femmes enceintes, enregistrés à Hôpital universitaire d'Akershus, DØRHEIM, BJØRVATN et EBERHARD-GRAN¹⁰⁸ ont analysé les possibles causes de l'absentéisme pour maladie. Les femmes ont répondu aux deux questionnaires au cours de leur grossesse. Les causes principales de leur absence sont : problèmes de fatigue et de sommeil (35 %), douleurs pelviennes

105. Andreas Ravndal KOSTØL et Kjetil TELLE. "Sykefraværet i Norge de siste tiårene. Det handler om kvinnene". *Samfunnsøkonomen* 1 (2011).

106. Arnstein MYKLETUN et al. *Rapport etter ekspertmøtet om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær*. Oppdrag fra Arbeidsdepartementet. 2012.

107. Sigrd MYKLEBØ et Ola THUNE. "Sykefravær blant gravide". *Arbeid og velferd* 2 (2010), p. 54–59.

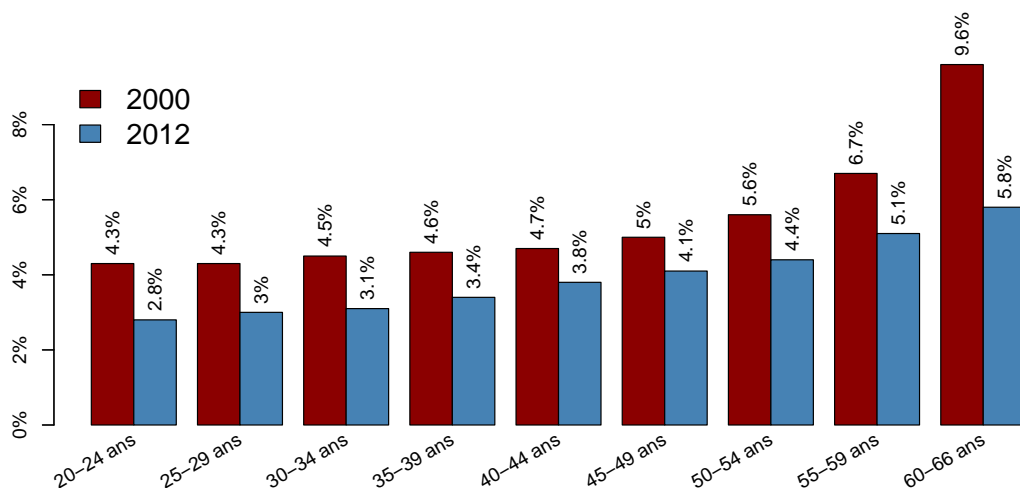
108. S DØRHEIM, B BJØRVATN et M EBERHARD-GRAN. "Sick leave during pregnancy : a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population". *BJOG* 120.5 (2013), p. 521–30.

(32 %) et nausées de la grossesse (23 %). L'étude indique aussi l'importance de faire des ajustements au travail pour les femmes enceintes. Parmi les femmes interrogées, au total 60 % ont profité de tels ajustements. Ces femmes étaient en moyenne absentes 1 à 2 semaines de moins par rapport aux femmes qui n'avaient pas eu d'ajustements au travail.

Un autre élément à prendre en considération est le possible lien entre le taux d'emploi et l'absentéisme chez les femmes. Si l'on regarde l'absentéisme dans une plus longue perspective, cette observation se présente plus clairement, surtout dans les années 1980 quand le taux d'emploi et l'absentéisme augmentaient fortement chez les femmes. Il peut s'agir d'un effet de sélection comme les nouvelles femmes sur le marché du travail pourraient se montrer plus disposées à être absentes au travail. Pour la période de 2001 à 2012, nous observons en effet que le taux d'emploi parmi les femmes a progressé de 0,3 % pour les femmes de 2001 à 2012 quand celui des hommes a baissé avec 2,7 %. La hausse des emplois féminins se fait surtout dans le secteur de la santé caractérisé par un taux d'absentéisme particulièrement élevé (9,9 % alors que la moyenne est de 8,4 %). Dans ce secteur, le pourcentage des femmes qui travaillent a progressé de 31,7 % à 36.1 % durant la période de 2000 à 2012.

La dimension hommes-femmes est importante dans les autres séries statistiques que nous présenterons dans ce chapitre. Nous allons étudier comment l'effet des variables telles que l'âge et l'éducation sur l'absentéisme varie avec le sexe.

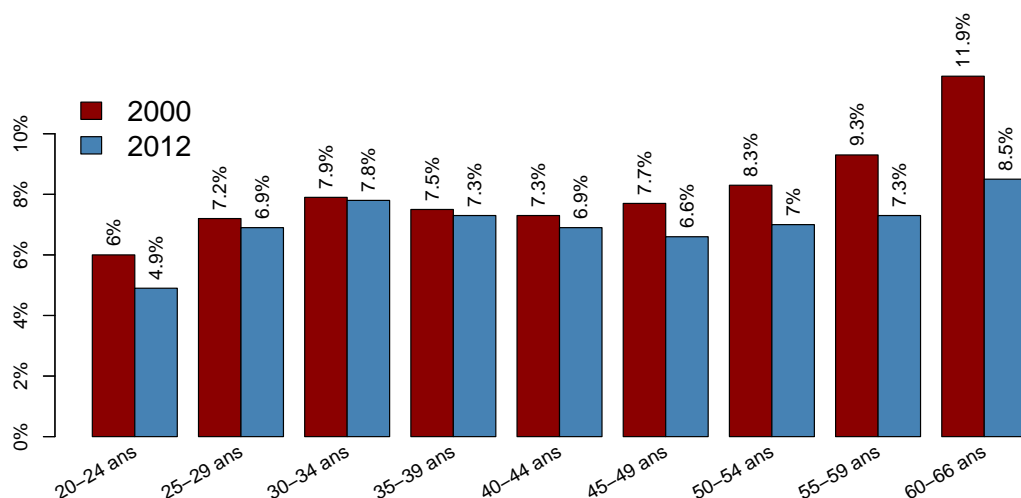
FIGURE 2.4: Absence pour maladie par tranches d'âge (hommes).



Source : *Statistikkbanken* (SSB)

1.3 Tendance à une hausse du taux avec l'âge, mais différences hommes-femmes

FIGURE 2.5: Absence pour maladie par tranches d'âge (femmes).

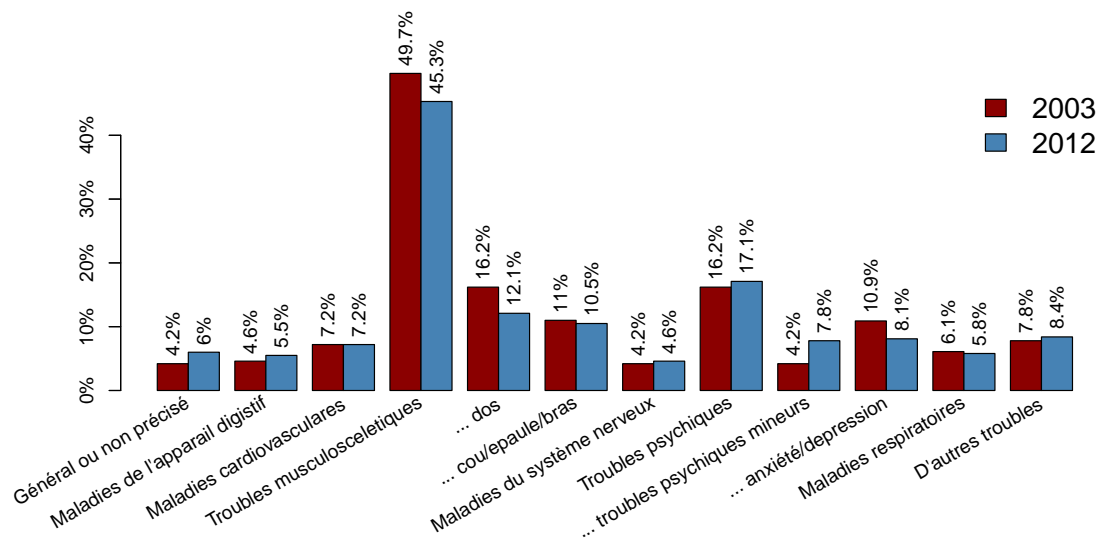


Source : *Statistikkbanken* (SSB)

Les figures 2.4 et 2.5 montrent les absences par tranches d'âge pour les deux sexes pour les années 2000 et 2012. Pour les hommes, l'absentéisme croît régulièrement avec l'âge. Les tranches d'âge les plus âgées ont les taux d'absentéisme les plus élevés. En 2012, l'absentéisme est généralement plus bas pour toutes les catégories d'âge, néanmoins, la baisse est plus large aux deux extrémités de notre histogramme, à savoir pour les jeunes de 20-24 ans et pour la catégorie plus âgée (60-66 ans).

Quant aux femmes, même si la tranche d'âge de 60 à 66 ans a le taux le plus élevé, on voit aussi un assez large taux d'absentéisme pour les femmes entre 30 et 40 ans ce qui peut être expliqué par des raisons familiales. Il y a généralement une baisse de l'absentéisme entre 2000 et 2012, légèrement inférieure à ce qu'elle est pour les hommes. Cette baisse est assez différemment répartie entre les tranches d'âge. L'absentéisme pour les femmes entre 25 et 45 ans baisse très peu, tandis que la tranche des 20 à 24 ans et les tranches d'âge au dessus de 55 ans ont une baisse importante.

FIGURE 2.6: Absences pour hommes (avec attestation médicale) pour maladies/troubles diagnostiqués en 2003 et 2012..



Source : *Statistikkbanken* (SSB) (<https://www.ssb.no/statistikkbanken>).

1.4 Large domination des troubles musculo-squelettiques

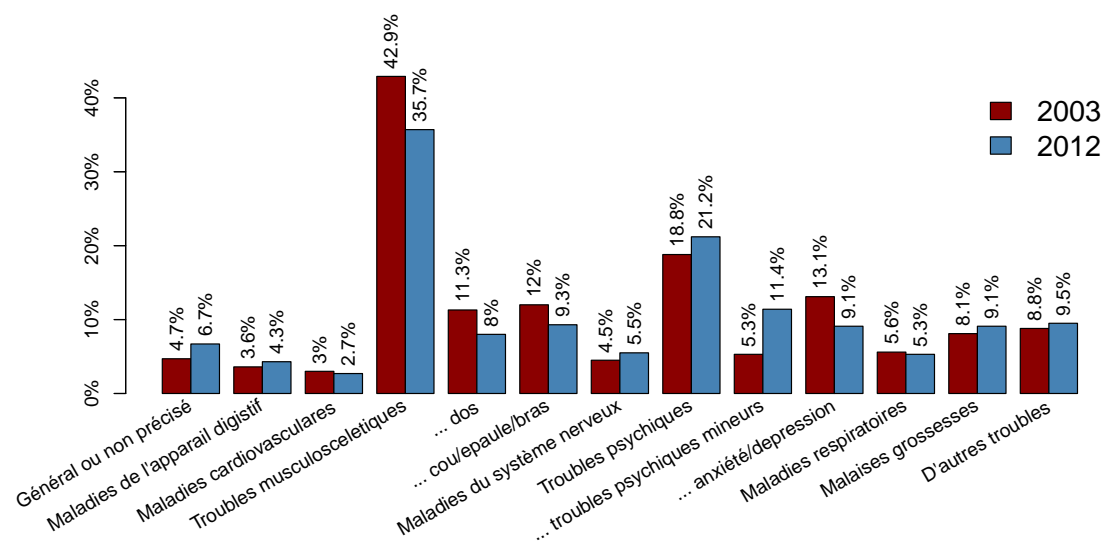
En Norvège, chaque cas d'absence avec attestation médicale est doté d'un diagnostic détaillé¹⁰⁹. Les figures 2.6 et 2.7 nous enseignent comment les absences se répartissent selon les principaux diagnostics des symptômes et maladies en 2003 et 2012. Cette répartition est assez similaire pour les hommes et pour les femmes. Les absences dues aux troubles musculo-squelettiques sont les plus fréquentes pour les hommes (45,3 % en 2012) ainsi que pour les femmes (39,7 % en 2012). Les troubles psychiques occupent le deuxième rang, avec 17,1% pour les hommes, et 21,2 % pour les femmes. Par contre, spécifiquement féminin, 5,4 % des absences pour les femmes sont dues aux complications des grossesses.

Pendant la période 2000-2012, les absences, avec attestation médicale, dues aux troubles musculo-squelettique diminue nettement avec 29 %¹¹⁰. C'est cette évolution qui peut expli-

109. Les diagnostics des médecins consultants sont codés selon le standard Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)-2. Ils sont d'abord classifiés selon 17 chapitres : général/non spécifié, sang/immunologie, système digestif, cardio-vasculaire, œil, oreille, ostéo-articulaire, psychologique, respiratoire, peau, métabolisme/endocrinien, système urinaire, grossesse/accouchement, système génital féminin, système génital masculin et problèmes sociaux. Chaque chapitre est ensuite détaillé en différents symptômes ou maladies. Voir <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-French.pdf>.

110. Søren BRAGE, Jon Petter NOSSEN et Ola THUNE. "Flere blir sykmeldt for symptomer og plager". *Arbeid og velferd* 2 (2013), p. 76–86.

FIGURE 2.7: Absences pour femmes (avec attestation médicale) par diagnose en 2003 et 2012..



Source : *Statistikkbanken* (SSB) (<https://www.ssb.no/statistikkbanken>).

quer la baisse générale de l'absentéisme^{111 112}. À contrario, deux catégories de diagnostic sont en nette augmentation : celui des absences dues aux troubles psychiques (+9%) et des absences avec complications des grossesses (+16%).

Une raison possible de la réduction des diagnostics musculo-squelettique peut être la grande attention qui a été portée sur ces troubles¹¹³. Car, ces dernières années, de nouvelles recommandations ont focalisé sur le maintien d'une certaine activité physique en général, et au travail en particulier, comme un moyen de guérir plus vite. C'est le cas même si la personne connaît des troubles considérables.

Le diagnostic fait une distinction entre la maladie (pathologie) et les symptômes ou plaintes. BRAGE, NOSSEN et THUNE¹¹⁴ montrent que pour les femmes, les symptômes sont plus souvent utilisés comme diagnostic que cela n'est le cas pour les hommes. Cette tendance est aussi devenue plus marquante durant la période 2000-2012. En 2012, 3% des absences féminines, mais seulement 1,3% des hommes, ont un diagnostic de symptôme ou plainte.

111. Le taux d'absentéisme avec attestation médicale baisse entre 2000 et 2012 avec 16 %, de 6,26 % à 5,24%.

112. BRAGE, NOSSEN et THUNE, cf. note 110, page 79.

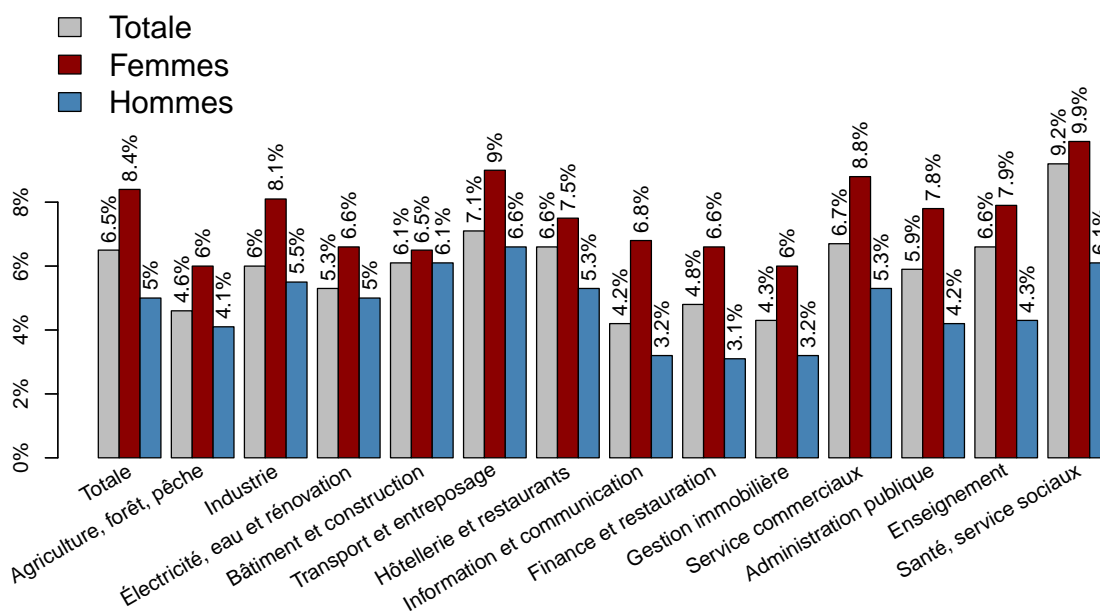
113. Søren BRAGE et al. "Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser". *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 130 (2010), p. 2369-70.

114. BRAGE, NOSSEN et THUNE, cf. note 110.

1.5 Secteurs d'activité à dominante féminine davantage exposés

La figure 2.8 présente les chiffres pour l'année 2012 pour les deux sexes séparés et confondus. Le secteur de la santé et des services sociaux est celui qui a le taux d'absentéisme le plus grand (9,2 % en 2012). De l'autre côté, l'information et communication, la gestion immobilière sont deux branches avec un taux inférieur à la moyenne. Or cette variation de l'absentéisme selon les branches professionnelles doit principalement être considérée par rapport à la répartition entre les deux sexes. Cette répartition diffère notamment d'un secteur à l'autre : les femmes sont fortement sur-représentées dans les services sociaux et la santé (81,7 %), et à un moindre degré dans l'enseignement (65,5 %) et dans l'hôtellerie et les restaurants (59,3 %) ¹¹⁵. Les sexes sont à peu près également représentés dans l'administration publique, la gestion immobilière, les services commerciaux et dans la finance et l'assurance. Dans les autres branches, les hommes sont surreprésentés ¹¹⁶.

FIGURE 2.8: Absences par secteur professionnel en 2012.



Source : *Statistikbanken* (SSB)

115. Chiffres de *Statistikbanken* (SSB) pour 2012.

116. SUNDELL, cf. note 99.

2 Statistiques sur les absences au travail pour maladie en Norvège - longue durée

Les statistiques de *Statistikkbanken* chez SSB nous informent sur la répartition des absences selon leur durée, une information sûrement utile - or elles ne contiennent aucune information sur la variation des absences de longue durée en fonction du sexe, de l'âge ou d'autres facteurs.

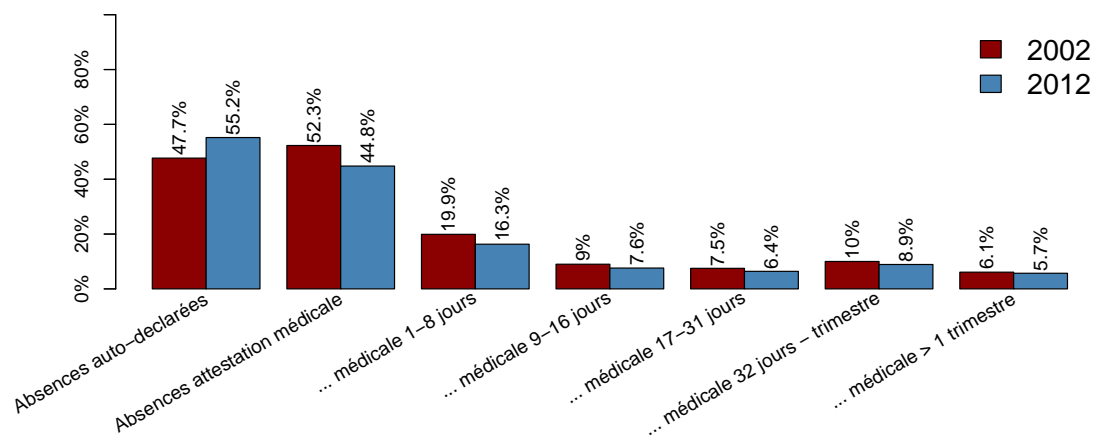
La base de données *FD-trygd* comprend toutes les indemnités journalières versées par NAV, c'est-à-dire les jours d'absence au-delà du 17^{ième} jour, voir page 18 pour une description de ces données. Outre l'âge et le sexe, nous avons aussi connaissance des variables suivantes : le degré d'éducation, l'état matrimonial, le revenu et le nombre d'enfants. Comme cette information ne figure pas dans les statistiques de *Statistikkbanken*, l'analyse des données *FD-trygd* va aussi d'une certaine mesure compléter les analyses menées dans la section précédente.

2.1 La répartition des absences selon leur durée : la « part belle » des arrêts longue maladie

Pour les années 2002 et 2012, les figures 2.9 et 2.10 montrent comment l'absentéisme se répartit dans les différentes catégories de congé maladie, auto-déclaré ou avec attestation médicale, où les absences avec attestation médicale sont classées dans différentes sous-catégories selon leur durée. Un premier constat est que les absences courtes sont les plus fréquentes : en 2012, 68,5 % des cas durent moins de 8 jours, quand ce chiffre est seulement de 14,3 % pour des cas de plus de 31 jours. Cependant, si l'on compare les jours d'absence, les maladies de longue durée dominent largement celles de courte durée : seulement 18,7 % des jours perdus viennent des absences de moins de 8 jours, et 66,1 % pour les absences de 32 jours ou plus. Une comparaison entre les années 2002 et 2012 montre une tendance à plus d'absences auto-déclarées, et moins d'absences avec attestation médicale. Cette tendance s'explique par l'accord pour une vie professionnelle inclusive qu'un grand nombre d'entreprises ont signé entre 2002 et 2012. Cet accord a prolongé la période d'auto-déclaration de 3 à 8 jours calendriers.

Comme les données de *FD-trygd* incluent l'ensemble des absences supérieures à 16 jours, elles correspondent à la somme des trois catégories de plus longues absences (17-31 jours,

FIGURE 2.9: Pourcentage des cas d'absences pour maladie selon leurs types (auto-déclarées ou attestation médicale) et leurs durées.

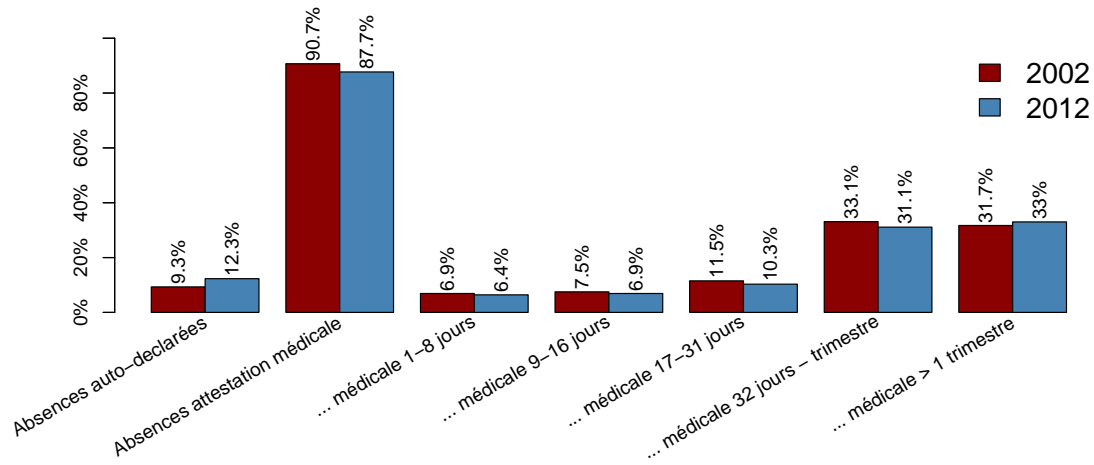


Source : *Statistikkbanken* (SSB) (<https://www.ssb.no/statistikkbanken>)

32 jours - trimestre, > 1 trimestre). En 2012, près de 75 % des jours d'absence proviennent de ces trois catégories d'absences. La répartition du nombre des jours absents des données *FD-trygd* est présentée dans la figure 2.11. Les trois catégories (0-60 jours, 60-119 jours et plus de 120 jours) ont à peu près la même répartition pour les deux sexes. Les individus avec plus de 120 jours d'absence au cours d'une année représentent à eux seuls environ 62 % de l'ensemble de jours absents dans *FD-trygd*. Cette observation, que quelques personnes sont responsables pour la majorité des jours absents, est confirmée par une étude de BRAGE, KANN et THUNE¹¹⁷. En utilisant des données pour la période de 2007 à 2012, ils constatent que, pour une année donnée, entre 11 et 12 % des salariés contribuent à 80 % de l'ensemble des absences avec attestation médicale. Cependant, les auteurs remarquent que, d'une année à l'autre, ce ne sont généralement pas les mêmes personnes qui ont un absentéisme élevé. Le groupe qui représentait 80 % des absences en 2007 n'est responsable que de 25 % des absences deux années après, en 2009.

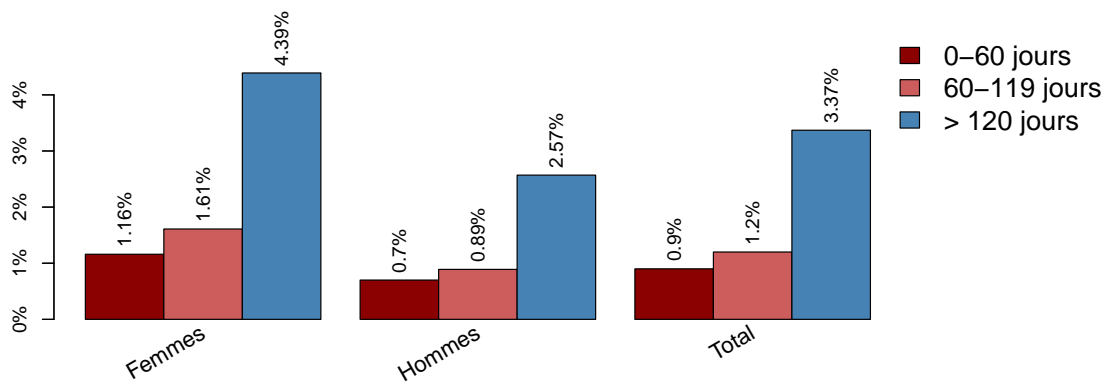
117. BRAGE, KANN et THUNE, cf. note 9.

FIGURE 2.10: Pourcentage des jours absents selon leur catégorie et leur durée.



Source : Statistikkbanken (SSB) (<https://www.ssb.no/statistikkbanken>)

FIGURE 2.11: Absence pour maladie selon le nombre de jours absents. Moyenne annuelle pour 2000-2008.



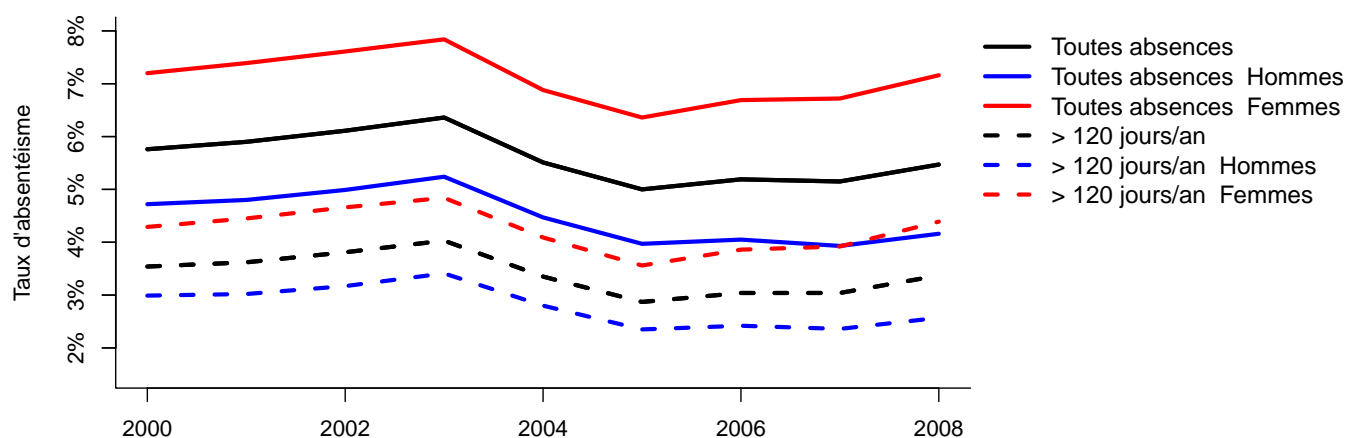
Source : *FD-trygd* (SSB, NAV)

2.2 Taux d'absentéisme de longue durée pour hommes et femmes, et par tranches d'âge

La figure 2.12 laisse voir l'évolution des absences de longue durée de 2000 à 2008. Nous voyons la même tendance que pour les absences de toutes durées confondues (figure 2.2 à page 44) : un écart assez constant entre les hommes et femmes pendant toute la période.

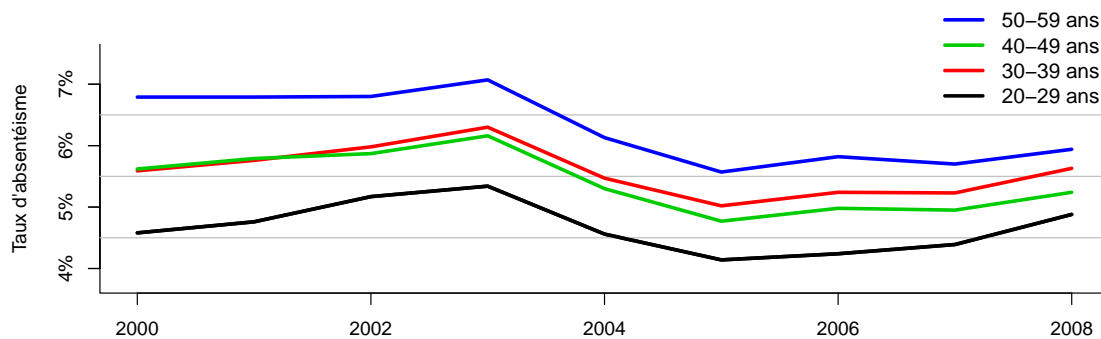
L'évolution entre 2000 et 2008 pour des différentes tranches d'âge entre 20 et 59 ans, présentée dans la figure 2.14, montre aussi les mêmes tendances comme observé dans la section précédente (figures 2.4 et 2.5). Nous constatons tout de même que l'écart entre la tranche de 50-59 ans et les tranches plus jeunes diminue au cours de la période. Et que les absences pour la tranche de 40 à 49 ans baisse par rapport aux deux tranches plus jeunes. Pour les hommes, les absences de longue durée, de 17 jours ou plus, suivent le même schéma que décrit précédemment : le taux d'absentéisme monte graduellement avec l'âge. Pour les femmes, néanmoins, la situation est un peu différente, l'absentéisme de longue durée est supérieur pour les tranches d'âges qui correspond à l'âge de fertilité. Surtout pour les tranches entre 25 et 34 ans, on constate un plus haut taux d'absentéisme, que pour les tranches entre 40 à 54 ans comparées avec les tranches entre 25 et 34 ans. Il est ainsi naturel de penser que cette hausse est surtout liée à la grossesse et aux soins d'enfants en bas âge.

FIGURE 2.12: Évolution du taux d'absentéisme par sexe et par nombre de jours absents.



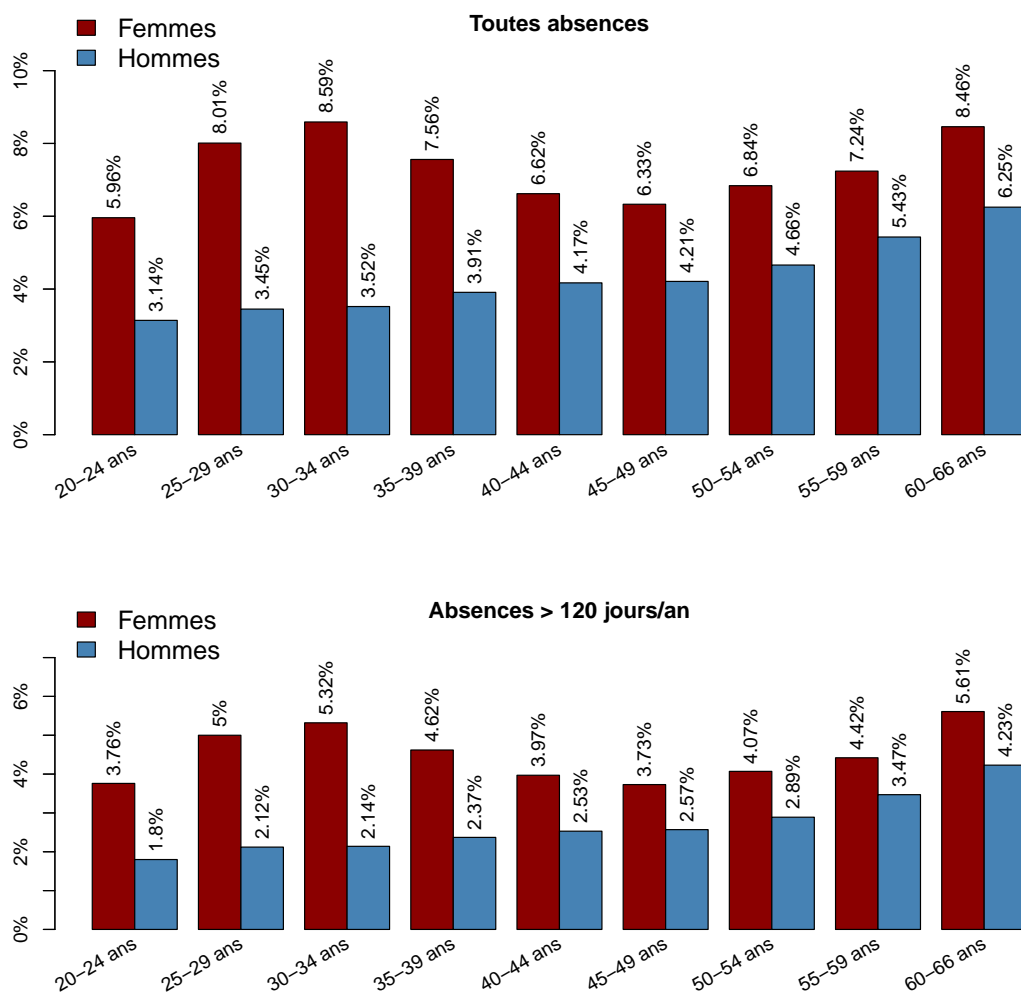
Source : *FD-trygd* (SSB, NAV)

FIGURE 2.13: Absence pour maladie par tranches d'âge.



Source : *FD-trygd* (SSB, NAV)

FIGURE 2.14: Absence en 2008 pour hommes et femmes par tranches d'âge, toutes absences enregistrées (> 16 jours) et absences > 120 jours/an.

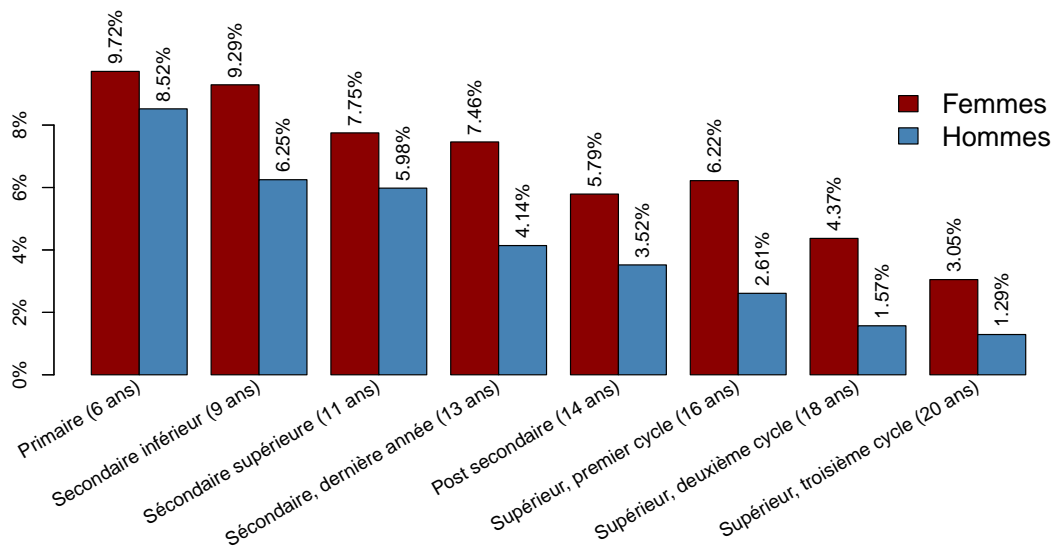


Source : *FD-trygd* (SSB, NAV)

2.3 Une baisse de l'absentéisme avec le nombre d'années d'études

La figure 2.15 souligne le fait bien connu que le taux d'absentéisme baisse très marquant avec le niveau d'éducation. L'écart est considérable entre les personnes les plus éduquées (1,81 %) et ceux qui n'ont fait que 11 ans ou moins de l'école (entre 6,91 % et 9,06 %). Il y a néanmoins une différence entre les sexes. Pour les hommes, l'absentéisme baisse nettement plus fort avec le nombre d'années d'études. En termes absolus, l'écart entre femmes et hommes est plus grand pour les personnes ayant 13 ans d'études (+3,32 %) et 16 ans d'études (+3,61 %). Mais, en termes relatifs, les écarts sont plus importants pour les trois niveaux d'éducation les plus élevés où les femmes sont 2 à 3 fois plus absentes que les hommes.

FIGURE 2.15: Absence pour maladie selon le nombre d'années d'études.



Source : *FD-trygd* (SSB, NAV)

Cette tendance peut être expliquée par le fait que de longues études offrent généralement de meilleures possibilités à un travail plus intéressant, plus flexible, moins répétitif, moins dur physiquement ou avec des meilleures conditions psychosociales. Il peut aussi avoir un effet de sélection comme les personnes qui font des études supérieures ont en moyenne une meilleure santé physique ou mentale.

2.4 Le travail à temps partiel

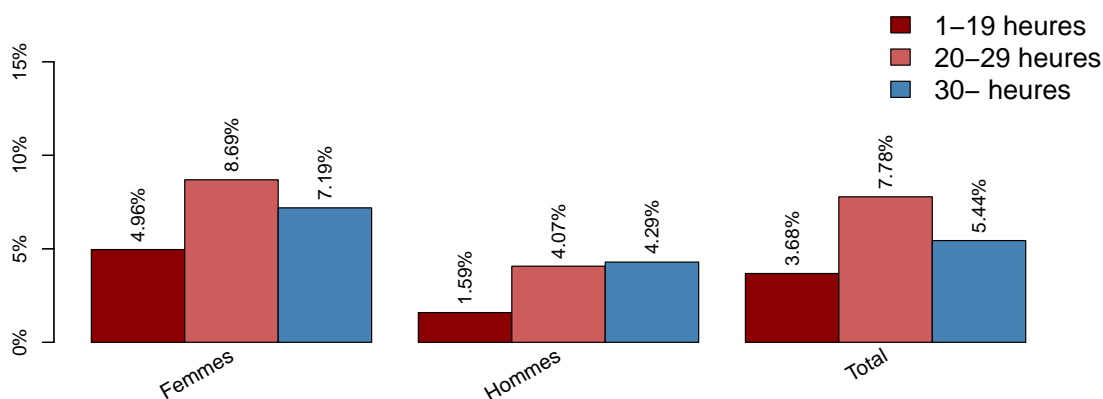
Nous ne disposons pas d'information enregistrée sur le nombre d'heures un individu travaille par semaine, en moyenne sur une année, et il a fallu l'estimer selon la procédure

décrite à page 14. Pour ensuite calculer le taux d'absentéisme, il a fallu faire une supposition sur comment le temps à travail se répartit pendant une année. Il nous paraît d'abord plus correct de supposer que la plupart des personnes travaillent les mêmes nombres d'heures par semaine durant toute l'année. C'est cette supposition qui est employée dans les autres analyses sur les absences de longue durée. La figure 2.16 présente les résultats de ces estimations. Elle montre en particulier que pour les hommes et les femmes, le taux d'absentéisme est plus bas pour la catégorie 1-19 heures.

Une hypothèse alternative est que les personnes, au lieu de travailler les mêmes nombres d'heures chaque semaine, travaillent à temps plein, mais seulement pour une partie de l'année. La figure 2.17 montre que les taux d'absentéisme pour les personnes répertoriées dans les deux catégories de temps partiel (1-19 heures et 20-29 heures) sont maintenant plus élevés. Il y a surtout un grand écart entre les deux estimations alternatives pour la catégorie 1-19 heures.

La réalité devrait être quelque part entre ces deux résultats. Pourtant, il est probable que les estimations de la figure 2.16 sont celles qui sont plus proches à la réalité. Dans tous les cas, en comparant les femmes et les hommes, dans les deux figures, il paraît que l'écart entre les deux sexes est plus grand pour ceux qui travaillent à temps partiel.

FIGURE 2.16: **Absence pour maladie par catégorie d'heures travaillées par semaine.**

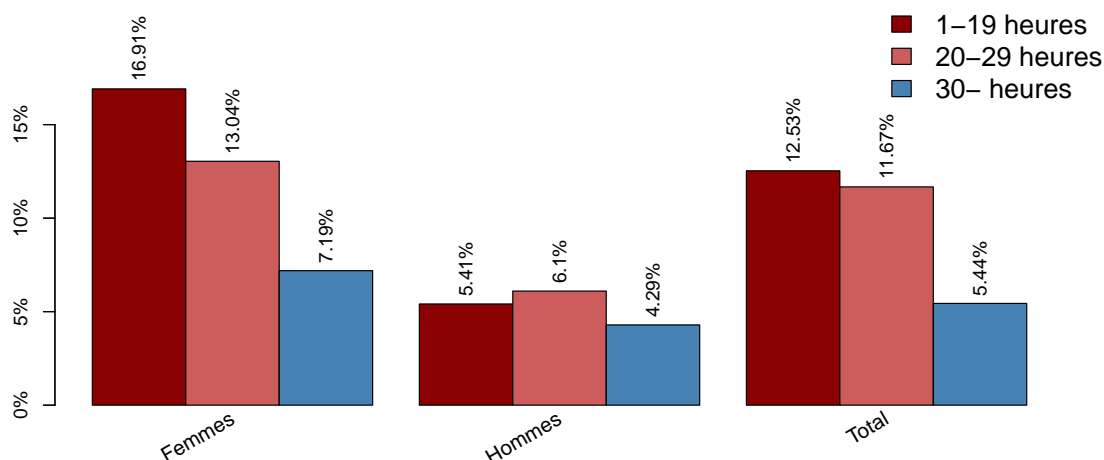


Source : *FD-trygd* (SSB, NAV)

2.5 Moins d'absence pour les personnes à haut revenu

Le revenu est classé dans cinq catégories, voir tableau 2.2. Si nous ignorons pour le moment, les estimations pour la catégorie la moins aisée, une tendance très nette entre le

FIGURE 2.17: Absence pour maladie par catégorie d'heures travaillées par semaine. Alternative calculation du taux d'absentéisme pour ceux qui travaillent à temps partiel.



Source : *FD-trygd* (SSB, NAV)

revenu et le taux d'absentéisme de longue durée se dégage dans la figure 2.18. Pour les deux sexes, l'absentéisme baisse clairement en fonction du niveau de revenu, en 2000 comme en 2008. Pour les hommes, en 2008, le taux n'est que 1,27 % pour la catégorie des revenus les plus élevés, quand il est 6,79 % pour la deuxième catégorie, c'est-à-dire pour ceux qui gagnent moins que le revenu médian¹¹⁸. Les résultats pour la première catégorie s'expliquent par le fait qu'elle se compose d'une large partie des personnes qui travail à temps partiel pour des raisons diverses. Ces personnes ne représentent pas nécessairement la catégorie socio-économique la plus faible. Il faut aussi prendre en compte une possible sous-estimation du taux d'absentéisme, cf. la discussion dans la section précédente sur l'estimation du taux d'absentéisme pour ceux qui travaillent à temps partiel.

Tableau 2.2: **Catégorisation du revenu annuel pour 2008.**

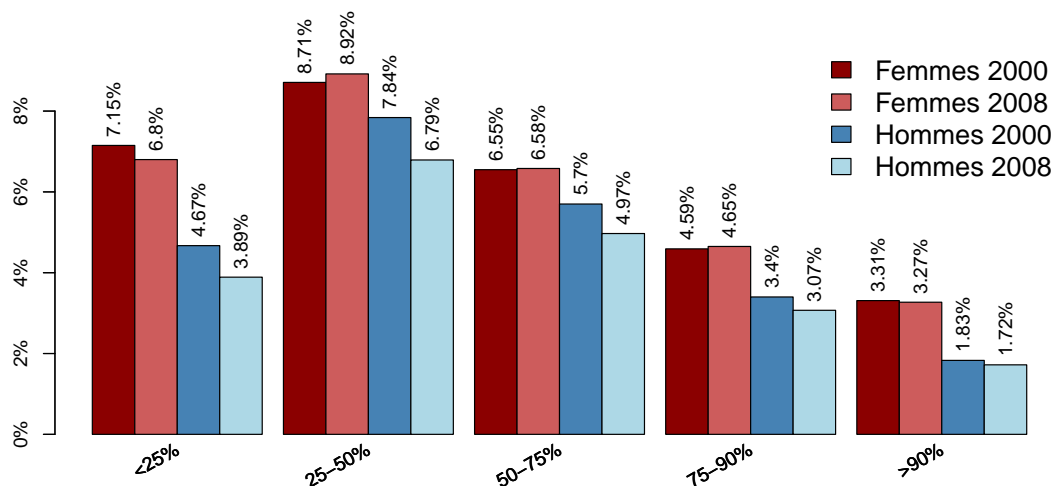
Catégorie	Centiles	Revenus en 1000 NOK
1	< 25 centile	moins de 210
2	entre 25 et 50 centile	entre 210 et 342
3	entre 50 et 75 centile	entre 342 et 455
4	entre 75 et 90 centile	entre 455 et 615
5	> 90 centile	plus de 615

Il est probable que les mêmes mécanismes, qui sont en jeu entre l'éducation et l'absen-

118. Le revenu médian est le revenu qui est supérieur à 50 % des revenus et inférieur à 50 % des revenus. Seuls ceux qui travaillent au moins 4 heures par semaine sont pris en compte.

téisme, peuvent également expliquer le lien entre le revenu et l'absentéisme. C'est-à-dire, la tendance observée peut soit être expliquée par de meilleures possibilités de trouver un travail plus intéressant, soit être expliquée par un effet de sélection des personnes en meilleure santé.

FIGURE 2.18: Absence pour maladie par catégories de revenus.



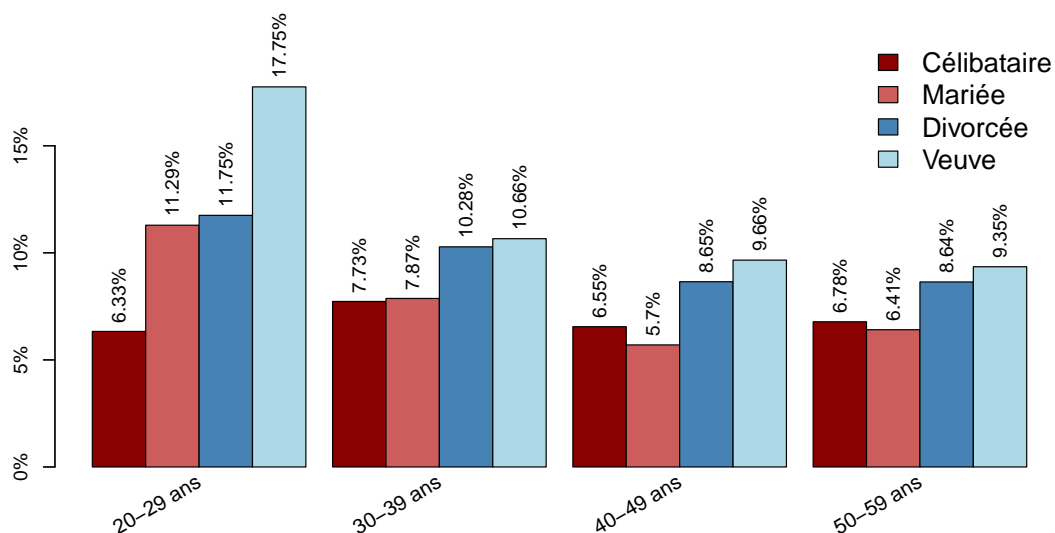
Source : *FD-trygd* (SSB, NAV)

2.6 L'absentéisme et l'état matrimonial : Un niveau plus élevé pour les divorcés et les veufs

L'absentéisme pour les différents états matrimoniaux est très confondu avec l'âge, et à un moindre degré selon le sexe. Les figures 2.19 et 2.20 présentent ainsi le taux par tranches d'âge séparément pour les deux sexes. Idéalement, il faut aussi prendre en compte d'autres facteurs de confusion comme le fait d'avoir des enfants.

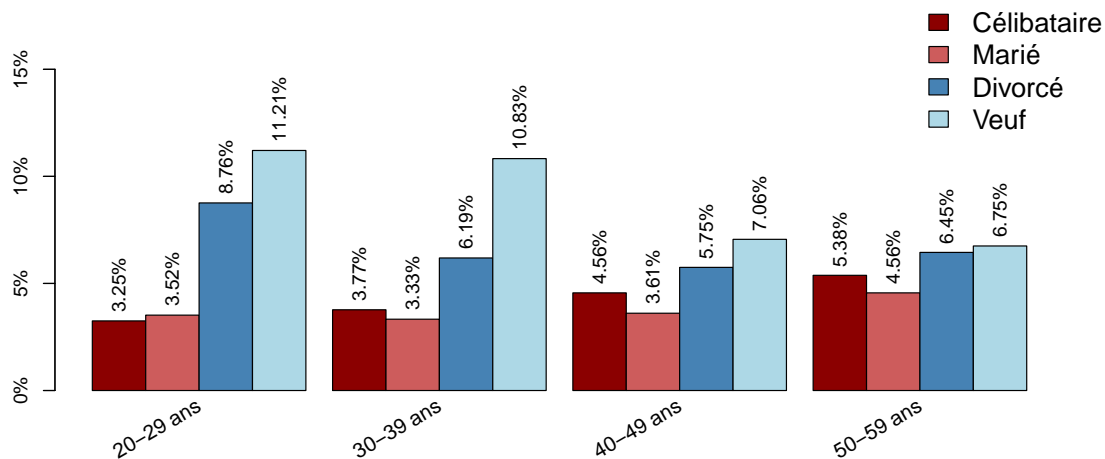
La figure indique globalement un taux plus élevé pour les divorcés et les veufs. Si l'on compare les femmes célibataires à celles mariées, on constate que pour la tranche d'âge de 20 à 29 ans le taux est très supérieur pour les mariées, tandis que le taux est similaire pour les autres tranches d'âge. La même comparaison pour les hommes donne un taux assez proche pour les jeunes de 20 à 29 ans, mais ensuite, on note un taux légèrement supérieur pour les célibataires, surtout après l'âge de 40 ans. Il peut s'agir d'un effet de sélection, que la santé est pire pour des célibataires, qui ne sont plus jeunes, comparés avec des mariés au même âge.

FIGURE 2.19: Femmes. Absence pour maladie de longue durée par état matrimonial et catégorie d'âge.



Source : *FD-trygd* (SSB, NAV)

FIGURE 2.20: Hommes. Absence pour maladie de longue durée par état matrimonial et catégorie d'âge.

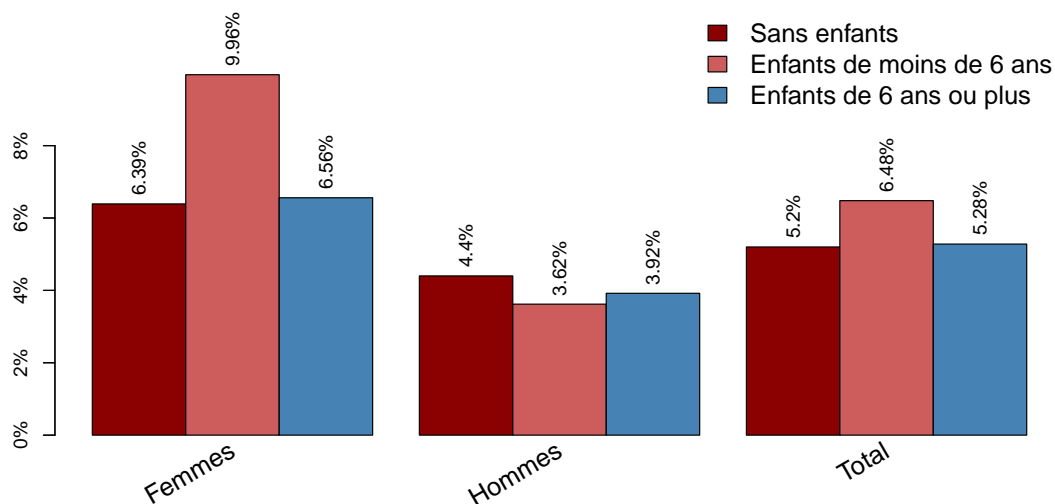


Source : *FD-trygd* (SSB, NAV)

2.7 Un taux plus élevé pour les femmes avec des enfants en bas âge

Ce mémoire étudie aussi comment le fait d'avoir des enfants influe l'absentéisme de longue durée des parents. La distinction est faite entre les enfants en bas âge, de moins de 6 ans, qui nécessitent une attention plus grande des parents, et les enfants qui ont plus de 6 ans.

FIGURE 2.21: Absentéisme pour maladie par nombre d'enfants.



Source : *FD-trygd* (SSB, NAV)

La figure 2.21 évoque une différence considérable entre femmes et hommes pour la catégorie qui ont des enfants de moins de 6 ans. Le taux d'absentéisme est là nettement supérieur pour ces femmes comparée avec les femmes qui n'ont pas de descendance. Les hommes connaissent au contraire le taux le plus bas pour cette catégorie. Les femmes qui combinent travail à plein temps aux soins des enfants en bas âge sont potentiellement plus vulnérables aux congé de maladie que les hommes.

3 Statistiques norvégiennes sur les maladies professionnelles et les accidents du travail

Le tableau 3.3 présente le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour les années 2004-2007¹¹⁹. En moyenne pour cette période, 1542 dossiers maladies ont été déclarées chaque année à NAV, dont 920 ont été reconnues comme maladie professionnelle après une enquête administrative et médicale¹²⁰. Une différence significative existe entre les sexes, d'abord en nombre de maladies déclarées où seulement 17 % des déclarations viennent des femmes. Cette différence est encore plus accentuée pour les maladies reconnues comme professionnelles (12 % de femmes) comme le taux d'approbation est plus faible chez les femmes (42 %) que pour les hommes (63 %). Cet écart entre les deux sexes est pour un large degré le reflet d'un accent traditionnellement industriel dans la sélection des maladies qui peuvent être reconnues comme professionnelles. De ce fait, celles-ci sont ainsi surtout liées à des professions à prédominance masculine. L'inclusion des troubles musculo-squelettiques, ainsi que des malformations congénitales, dans le nouveau règlement proposé (voir page 31), voudrait cependant élargir la liste des maladies reconnues à une plus large population de femmes¹²¹. Il faut souligner que la documentation scientifique est encore limitée dans plusieurs professions typiquement féminines pour prouver un lien de causalité entre le travail et une maladie spécifique.

Tableau 2.3: **Données de NAV. Nombre de maladies professionnelles pour les années 2004-2007, déclarées et acceptées (en nombre et pourcentage).**

Années	Déclarations de maladies			Maladies professionnelles reconnues		
	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes
2004	1784	313	1471	1043	136 (43 %)	907 (62 %)
2005	1581	291	1290	944	130 (45 %)	814 (64 %)
2006	1297	225	1072	778	92 (41 %)	686 (64 %)
2007	1504	246	1258	914	98 (40 %)	816 (65 %)

Source : KJUUS et al., *Yrkessykdommer*.

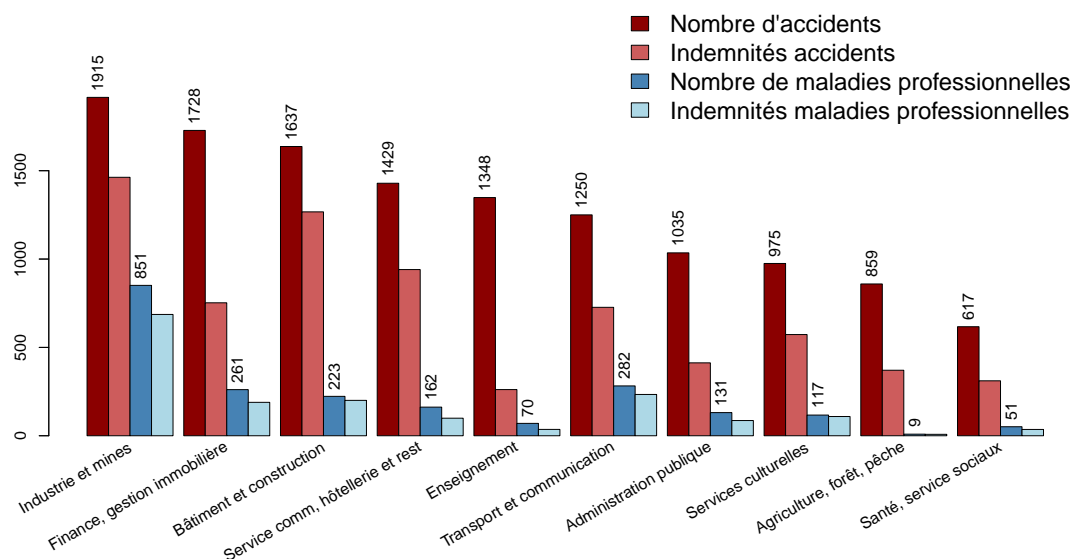
Les compagnies d'assurances ont une obligation de tenir un registre sur les accidents du travail et maladies professionnelles, notamment sur les dossiers déclarés qui dépassent 500

119. KJUUS et al., cf. note 37, pages 48-50.

120. Ibid., page 48.

121. Ibid.

FIGURE 2.22: Données enregistrées par les compagnies d'assurances (*Daysy*). Nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour 2002-2010 par secteurs d'activité. Indemnités totales par secteur en millions de NOK.



Source : FINANSNÆRINGS FELLEORGANISASJON. *DAYSY-rapport 2012. Årsaksstatistikk i yrkesskadeforsikring*. 2012.

NOK en indemnisation attendue, autant dire presque la totalité des dossiers. Les données viennent des principales compagnies d'assurances en Norvège, qui ensemble couvrent environ 90 % du marché norvégien.

La figure 2.22 présente le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour 2002-2010 par secteurs d'activité¹²². Le secteur de l'industrie connaît le plus grand nombre d'accidents du travail et constitue surtout le secteur avec la plupart des maladies professionnelles (39 %) ¹²³. Le secteur de santé semble être largement sous-représenté (2,4 %). En même temps, c'est précisément là où le taux d'absentéisme est le plus élevé (voir Figure 2.8 à page 50).

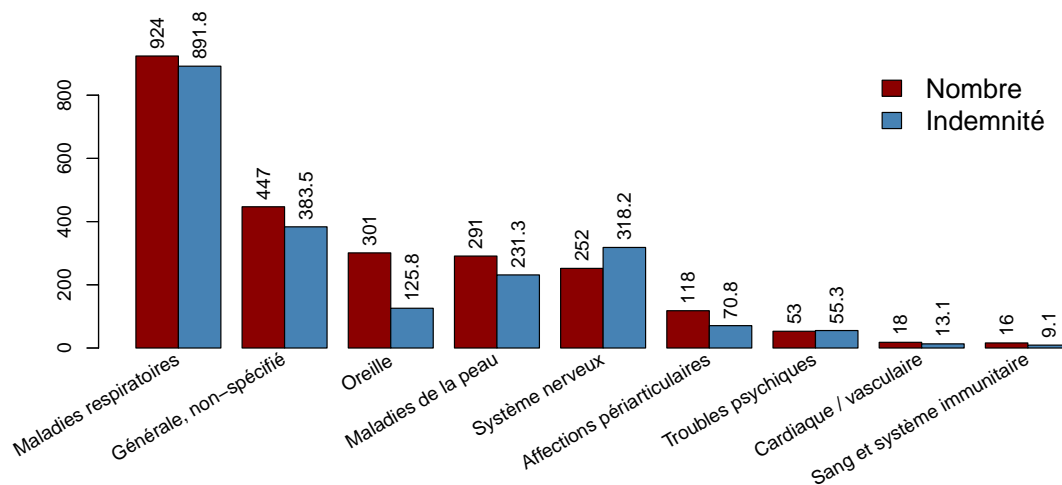
Dans le secteur de l'éducation, les accidents déclarés sont assez nombreux, mais l'indemnisation totale est faible. Il y a peu de cas graves avec incapacité permanente ou des congés maladie de longue durée. Ceci est conforme aux attentes, l'environnement de travail offre peu de risques sur ce registre.

Le nombre de maladies professionnelles, et le montant de l'indemnisation, est affiché

122. FINANSNÆRINGS FELLEORGANISASJON. *DAYSY-rapport 2012. Årsaksstatistikk i yrkesskadeforsikring*. 2012.

123. Pour 920 cas de maladies professionnelles déclarées (30 %), le secteur d'activité n'est pas spécifié. Les pourcentages sont calculés après l'exclusion de ces cas.

FIGURE 2.23: Données enregistrées par les compagnies d'assurances (*Daysy*). Nombre de maladies professionnelles pour 2002-2010 selon le diagnostic. Le groupe « *général, non spécifique* » comprend les maladies infectieuses, les intoxications, les allergies et les douleurs générales. Indemnités totales par secteur en millions de NOK.



Source : FINANSNÆRINGS FELLESGRANISASJON. *DAYSY-rapport 2012. Årsaksstatistikk i yrkesskadeforsikring*. 2012.

dans la figure 2.23. Les maladies professionnelles les plus déclarées sont les maladies respiratoires, qui incluent entre autre la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'asthme et la pleurésie. Les affections d'oreille donnent généralement une indemnisation inférieure comparées aux autres groupes de maladies. Notons que, sur un total de 3077 cas, 118 cas d'affections musculo-squelettiques (3,8 %) et 53 cas de troubles psychiques sont enregistrées pour la période 2002-2010. Ces affections ne figurent généralement pas parmi les maladies professionnelles couvertes par l'Assurance maladie, à l'exception des affections de la main ou du bras provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils. Il se peut que certaines des maladies catégorisées comme musculo-squelettiques aient pour cause un empoisonnement. Et quelques troubles psychiques peuvent avoir une cause organique. L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (*yrkesskadeforsikringen*) ouvre cependant pour une voie complémentaire. Quelques cas de troubles psychiques ou musculo-squelettiques peuvent ainsi être indemnisés en utilisant cette alternative.

La distribution des maladies professionnelles selon les diagnostics est aussi différente

pour les femmes et les hommes¹²⁴. Alors que le cancer représente 18 % des maladies professionnelles reconnues chez les hommes, ce diagnostic est pratiquement absent chez les femmes. Les maladies de l'oreille (surtout la perte d'audition due au bruit) sont également significativement plus fréquentes chez les hommes (42 % des maladies reconnues) que chez les femmes (9 %). Les maladies professionnelles les plus courantes chez les femmes sont les maladies de la peau (46 %) et les maladies respiratoires (23 %).

Sous-déclaration des maladies professionnelles et des accidents du travail

Plusieurs études indiquent une sous-déclaration des maladies professionnelles. Pour la BPCO, cette sous-représentation est très large, possiblement de l'ordre 97-98 %¹²⁵. Aussi pour les types de cancer du poumon qui sont des maladies professionnelles, seule une petite fraction est déclarée à NAV¹²⁶. Il est probable que cette situation est aussi valable pour les autres groupes de maladies professionnelles, même si la question n'est pas étudiée au même degré.

Quand il s'agit de prévention, il est important de ne focaliser que sur les maladies qui disposent d'une causalité claire avec les conditions au travail. Il faut aussi mettre l'accent sur les maladies qui trouvent seulement partiellement leur cause dans le travail ou qui sont aggravées par le travail. Selon HILT, KVENILD et STENERSEN¹²⁷, presque la moitié des patients entre 20 et 67 ans, en visite aux soins primaires, ont une souffrance qu'ils considèrent eux-mêmes liée au travail.

Les médecins ont le devoir de déclarer toutes les accidents et maladies liées au travail (voir page 33). Or, c'est seulement une petite minorité de médecins qui remplit son devoir de déclarer toutes les maladies à caractère professionnel. L'inspection norvégienne du travail (*Arbeidstilsynet*) publie régulièrement des statistiques sur les accidents du travail, ainsi que sur les maladies à caractère professionnel. En ce qui concerne les accidents ou blessures à caractère professionnel, la qualité des données est malheureusement assez mauvaise. De nombreux employeurs ne semblent pas connaître l'obligation de signaler directement les accidents graves à l'Inspection du travail. Le taux d'accidents déclarés pourrait être amélioré si les médecins informent régulièrement l'Inspection du travail des accidents graves, après

124. KJUUS et al., cf. note 37, page 50.

125. Ibid., page 47.

126. Ibid., pages 47-48.

127. B HILT, K KVENILD et S STENERSEN. "Arbeidsrelaterte sykdommer i allmennpraksis". *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 177 (2012).

avoir obtenu le consentement du patient ¹²⁸.

Pour les accidents, la qualité est considérée si médiocre que les statistiques sont temporairement retirées du site web de l'Inspection du travail. Les statistiques sur les maladies à caractère professionnel sont publiées, par secteurs d'activité et par diagnostics. Aussi les décès dus aux accidents du travail sont publiés.

Conclusion du chapitre

En Norvège, il existe des sources spécialement conçues pour produire des statistiques sur l'absentéisme au travail pour raisons de santé. Des statistiques sur le taux d'absentéisme sont régulièrement publiées sur les sites de SSB et de NAV. Cependant, les statistiques publiées ont certaines limites. Premièrement, quoiqu'il donne l'information sur comment l'absentéisme varie en fonction de l'âge, le sexe, le secteur d'activité et la géographie, d'autres variables comme éducation, revenu et situation familiale ne sont pas prise en compte. Deuxièmement, il ne donne qu'une information très partielle sur les absences de longue durée.

Pour compléter les séries statistiques officielles, j'ai eu accès à des données individuelles sur les absences qui dépassent 16 jours. En utilisant l'information de plusieurs fichiers, je pouvais déterminer comment l'absentéisme de moyenne et de longue durée varie en fonction des caractéristiques telles que l'éducation, le revenu et la situation familiale.

Les statistiques établissent que le taux d'absentéisme fluctue autour d'un niveau assez élevé au cours de la période étudiée. Il y a une différence marquante entre hommes et femmes, comme les femmes ont un taux d'absentéisme beaucoup plus élevé. Le taux augmente généralement avec l'âge, mais pour les femmes, l'âge fertile est caractérisé par un surcroît de l'absentéisme. Le secteur de la santé et services sociaux est celui qui présente le taux d'absentéisme le plus élevé. Ce fait est en large partie dû à une sur-représentation des femmes. Les absences dues aux troubles musculo-squelettiques sont les plus fréquentes pour les hommes (45,3 % des cas), ainsi que pour les femmes (39,7 % des cas).

Sur les absences de longue durée, le premier constat est qu'ils dominent largement les absences de courte durée. L'écart entre hommes et femmes semble être similaire aux estimations pour les absences de toutes durées confondues. Un absentéisme élevé est observé pour les femmes qui ont d'enfants de bas âge. Le taux d'absentéisme baisse généralement avec une hausse du revenu, ainsi qu'avec des niveaux d'éducation élevés.

128. GRAVSETH, WERGELAND et LUND, cf. note 80.

En ce qui concerne les maladies professionnelles, le secteur de l'industrie constitue surtout le secteur avec la plupart des cas, lorsque le secteur de la santé semble largement sous-représenté. Il y a une large sous-déclaration des maladies professionnelles et des accidents du travail. Surtout la qualité des données des accidents du travail est considérée d'être assez mauvaise.

CHAPITRE III

Statistiques sur les absences au travail pour raisons de santé en France

Les statistiques sur l'absentéisme pour maladie en Norvège sont généralement d'une bonne qualité et nous donnent une idée assez claire de la situation en Norvège pour les différentes catégories d'absences. L'accès, la compilation et le traitement des données brutes, par le biais de mon affiliation à SSB, expliquent en partie cette différence dans la masse et précision des données pour la Norvège.

Pour la France, les statistiques accessibles ne sont pas de la même qualité. Cependant, en exploitant les données individuelles de l'enquête emploi en continu de l'Insee, la version française des enquêtes sur les forces de travail, nous pouvons cependant avoir accès à des informations très utiles sur l'absentéisme pour cause de maladie. Ces enquêtes contiennent des informations sur le taux d'absentéisme pendant toute une semaine de référence (voir page 21). Les arrêts de courte durée, ceux de moins d'une semaine, ne sont alors pas comptabilisés. Les absences qui dépassent une semaine mais qui débutent ou se terminent au milieu de semaine ne sont pas prises en compte non plus. Les enquêtes sur les forces de travail ne contiennent alors pas d'information spécifique sur les arrêts de longue durée.

Comme nous l'avons détaillé auparavant, les enquêtes nationales sur les forces du travail suivent le même standard, à quelques exceptions près, et sont potentiellement très pratiques pour des comparaisons internationales sur l'absentéisme pour cause de maladie. Néanmoins, les statistiques publiées sur l'absentéisme sont rares, comme les publications de ces enquêtes sont surtout centrées autour des questions du chômage et du travail¹²⁹. Pour le cas de la Norvège, les statistiques de l'absentéisme, à partir de l'enquête sur les forces de travail, sont accessibles pour chaque année et par catégorie de sexe.

De plus, des statistiques pour les maladies professionnelles et les accidents du travail

129. Exemples de publications récentes, centrées sur le chômage et le travail, qui utilisent les données de l'enquête emploi de l'Insee :

DARES. "Conjuncture de l'emploi et du chômage au 2^e trimestre 2013". *Dares Analyses* 065 (oct. 2013)

Mathilde PAK. "Le travail à temps partiel". *Dares Synthèses* (juin 2013)

Claude MINNI. "Les disparités sur le marché du travail entre les femmes et les hommes : une analyse sur longue période". *Dares Analyses* 015 (mar. 2012)

sont aussi présentées.

1 L'absentéisme pour maladie en France selon l'enquête emploi

Les données de l'enquête emploi en continu pour la période de 2003 à 2011 sont accessibles au site web de l'Insee. Elles contiennent des informations importantes sur de nombreuses variables telles que l'éducation, l'âge, le statut d'emploi, la catégorie professionnelle, ainsi que la situation familiale.

1.1 Taux d'absentéisme pour la population française : stable - mais avec des fortes variations saisonnières

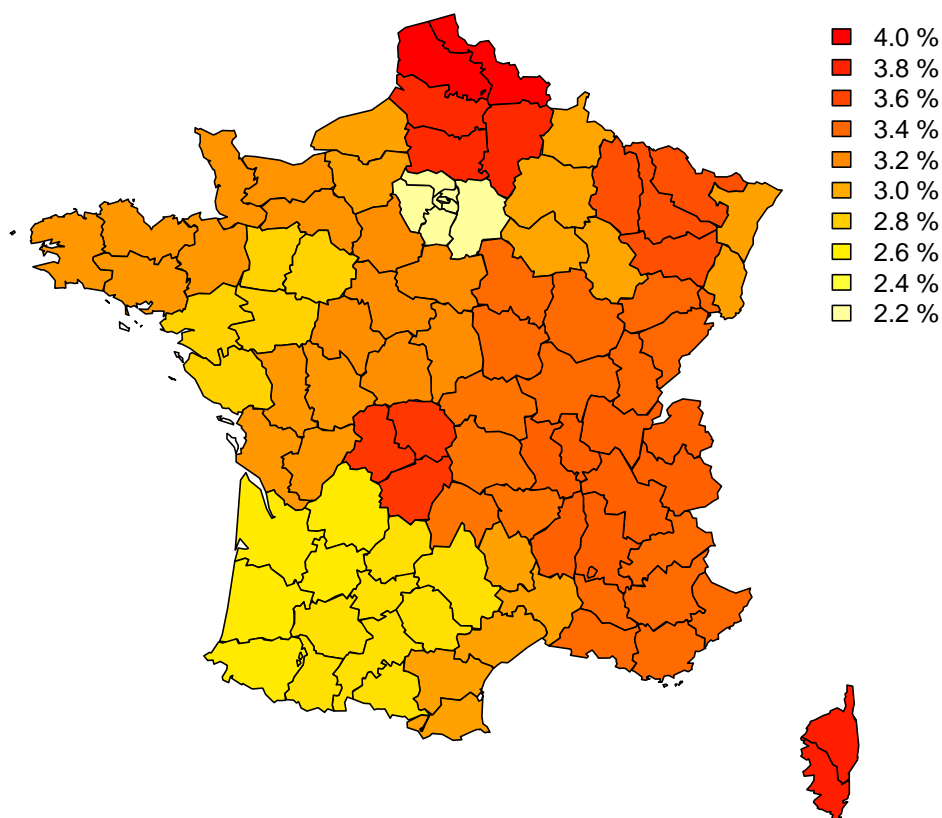
Selon les données de l'enquête emploi de l'Insee, le taux d'absentéisme reste relativement stable pour les années 2003 à 2011, en moyenne 2,94 % pour les salariés absents toute la semaine de référence, et 3,64 % si l'on inclut les absences partielles, voir Tableau 3.1. Il est légèrement plus bas dans les années 2006-2008 que dans les années précédentes et subséquentes. Le taux inclut les salariés qui ont été absents pendant toute la semaine de référence, et ceux qui ont seulement été partiellement absents. Il inclut alors les catégories de courte et de longue durée. Si l'absentéisme reste relativement stable d'une année à une autre, il varie considérablement d'un trimestre à un autre. En moyenne, les taux des quatre trimestres sont respectivement 3,15%, 2,97 %, 2,62 % et 3,00%. On constate alors que l'absentéisme baisse considérablement pendant l'été, tandis qu'il est au plus haut en hiver.

Tableau 3.1: **Taux d'absentéisme pour raisons de santé (pourcentage) pour les années 2003-2011.**

Période absente	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toute la semaine	3,06	2,97	2,87	2,74	2,79	2,79	3,01	3,04	3,05
Toute ou partie de la semaine	3,87	3,70	3,63	3,45	3,46	3,43	3,73	3,70	3,74

Source : Enquête emploi en continu (Insee).

FIGURE 3.1: L'absence au travail durant toute une semaine, variations régionales en 2011.



Source : Enquête emploi en continu (Insee).

1.2 Large hétérogénéité géographique

La variation régionale pour l'année 2011 est décelée dans la figure 3.1. L'absentéisme est au plus bas dans l'Île-de-France (2,19 %), l'Aquitaine (2,63 %) et Midi-Pyrénées (2,69 %). Il est au plus élevé dans le Nord-Pas-de-Calais (3,98 %), la Corse (3,79 %) et la Picardie (3,73 %). Nous ne disposons pas d'information sur l'appartenance départementale, mais INAN¹³⁰ a analysé les disparités départementales et a observé une forte hétérogénéité géographique comme le taux d'absentéisme varie de 1,62 % (Paris) à 5,31 % (les Hautes-Alpes). Or, si l'on fait un ajustement pour les caractéristiques de la main-d'œuvre de chaque départ-

130. INAN, cf. note 41.

tement¹³¹, ces variations inter-départementales se réduisent fortement. Paris, par exemple, se distingue notamment d'autres départements par une main-d'œuvre plus jeune et plus éduquée.

Utilisant la base de données Hygie (voir page 23) sur les indemnités journalières des salariés du secteur privé, HALIMA, DEBRAND et REGAERT¹³² estiment qu'environ 65,3% de la variance interdépartementale estimée s'explique par différentes caractéristiques de la main-d'œuvre, des établissements et du système de soins dans les départements. Les éléments les plus importants sont :

1. le nombre de contrôles effectués sur les arrêts de travail
2. la densité d'omnipraticiens
3. l'âge d'entrée sur le marché du travail

Ces facteurs expliquent respectivement 31,4 %, 28,7 % et 23 % de la variance¹³³. L'âge d'entrée est plus souvent repoussé par de longues études. Le taux moyen d'absentéisme dans les départements diminue avec l'âge d'entrée et par le nombre de contrôles, alors qu'une haute densité d'omnipraticiens est associée à un taux d'absentéisme élevé.

1.3 Les femmes plus absentes que les hommes

La figure 3.2 laisse voir que les femmes sont davantage absentes que les hommes. L'écart est assez stable, il varie de 0,59 % (en 2007) à 0,94 % (2010). On constate que l'écart est au plus bas entre 2004 et 2008 et au plus haut dans les deux dernières années.

1.4 L'absentéisme croît généralement avec l'âge et le niveau d'éducation

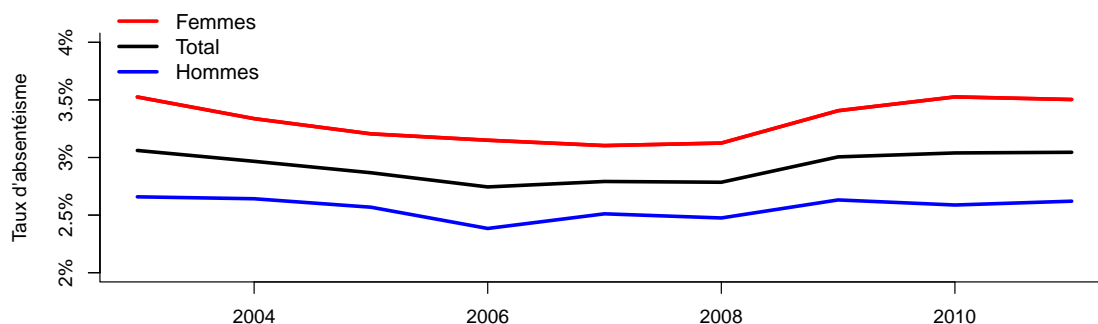
Généralement, le taux d'absentéisme augmente avec l'âge jusqu'à la tranche d'âge 55-59 (5,42 %). Le taux le plus bas est observé pour les jeunes de 20-24 ans (1,85 %). La figure 3.3 établit que le taux est plus élevé pour les femmes pour toutes les tranches d'âge. Pour les femmes, nous voyons un taux légèrement plus élevé pour les femmes de 25 à 34 ans que pour les tranches 20-24 ans et 35-39 ans, ce qui peut s'expliquer par des raisons familiales.

131. Parmi les caractéristiques prises en compte : âge, sexe, situation familiale, statut d'emploi, catégorie socioprofessionnelle, secteur d'activité.

132. HALIMA, DEBRAND et REGAERT, cf. note 52.

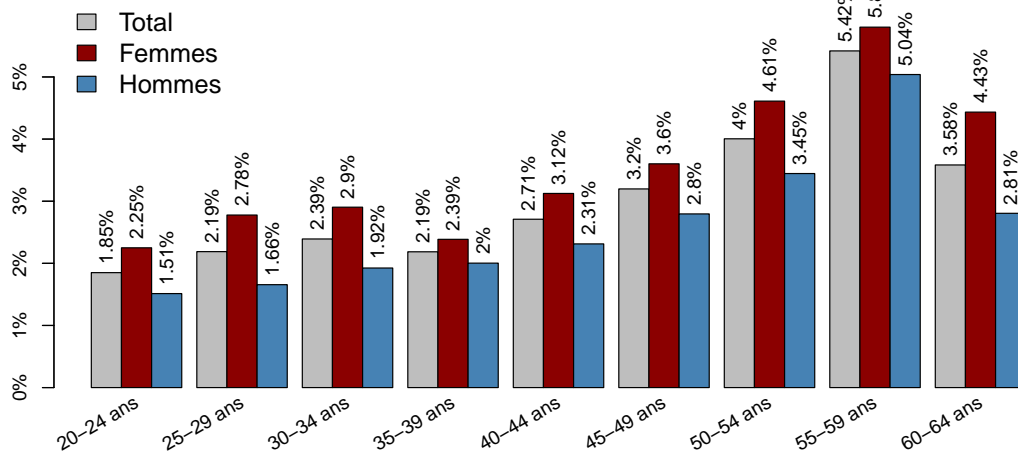
133. À souligner que ces trois facteurs ne sont pas indépendants. Alors, la variance expliquée par l'ensemble de ces facteurs n'est pas la somme des variances expliquées par chacune des composantes.

FIGURE 3.2: Absences pour maladie pour les années 2003-2011.



Source : Enquête emploi en continu (Insee)

FIGURE 3.3: Absences par sexe et tranche d'âge (2003-2011).



Source : Enquête emploi en continu (Insee)

Pour les hommes, le taux augmente graduellement avec l'âge jusqu'à 55-59 ans. La tranche d'âge la plus âgée, celle de 60 à 64 ans, connaît une baisse marquante comparée à la tranche 55-59 ans. INAN¹³⁴ explique ce phénomène par un effet de sélection, ceux qui prolongent leur activité professionnelle au-delà de 60 ans se caractérisent en moyenne par une meilleure santé que les personnes qui l'interrompent. Ce phénomène n'a pas la même ampleur en Norvège. En Norvège, un grand nombre de personnes continuent à travailler jusqu'au 66 ans et le taux d'absentéisme observé pour les personnes entre 60 et 66 ans est particulièrement élevé.

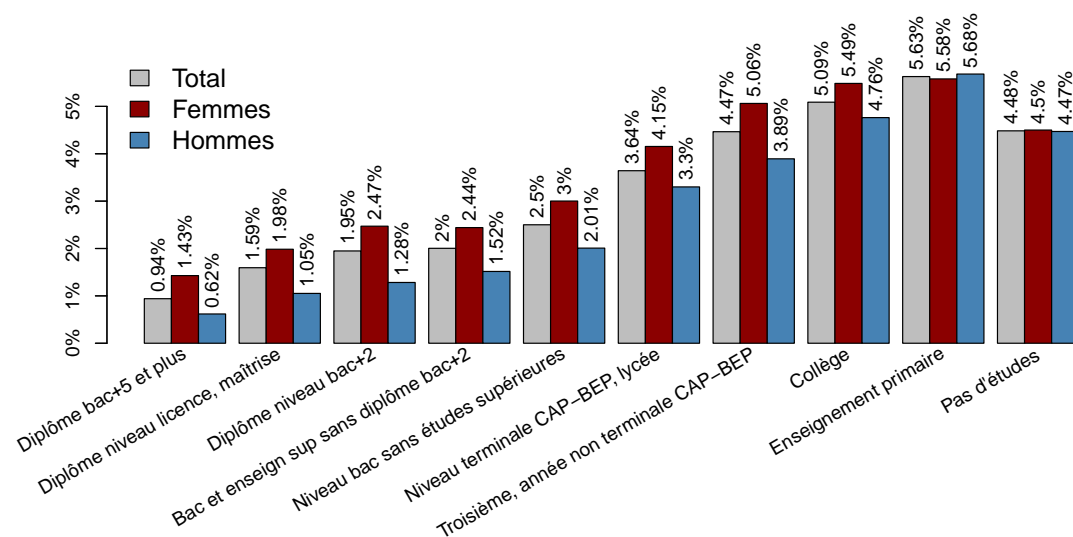
L'écart entre femmes et hommes est plus grand pour les tranches 25-29 et 30-34, c'est-à-dire pendant l'âge principal de fertilité. Ensuite, l'écart croît progressivement de 35-39 ans

134. INAN, cf. note 41.

à 50-54 ans, alors qu'il diminue de façon très marquante pour les 55-59 ans - et augmente à nouveau pour la tranche la plus âgée.

Généralement, les absences baissent très fortement en fonction de la longueur des études, voir figure 3.4. Les personnes avec un diplôme de bac+5 ou plus n'ont qu'un taux de 0,94 %, alors que les salariés qui finissent leurs études après l'enseignement primaire ou le collège ont un taux qui dépasse 5 %.

FIGURE 3.4: Absences par sexe et type d'éducation (2003-2011).



Source : Enquête emploi en continu (Insee)

1.5 Taux plus élevé pour les contrats à durée indéterminée

Une observation intéressante est que l'absentéisme pour maladie dépend fortement de la nature du contrat de travail. Les contrats à durée indéterminée (CDI) ont un taux nettement plus élevé que les contrats à durée déterminée (CDD), les contrats saisonniers, les contrats d'intérim ou les contrats d'apprentissage. Une possible explication pour cette observation, peut être que les autres contrats sont plus précaires, ils risquent plus la possibilité de perdre son travail. Ils ne sont pas généralement garantis le même niveau d'indemnisation lorsqu'ils sont en congés de maladie. Le tableau 3.2 présente le pourcentage des Français qui occupent des différents types de contrats. Les contrats à durée indéterminée dominent largement pour les femmes et les hommes, lorsqu'une petite minorité sont des intérimaires ou des apprentis. Les estimations du taux d'absentéisme pour les intérimaires ou les apprentis, et en particulier

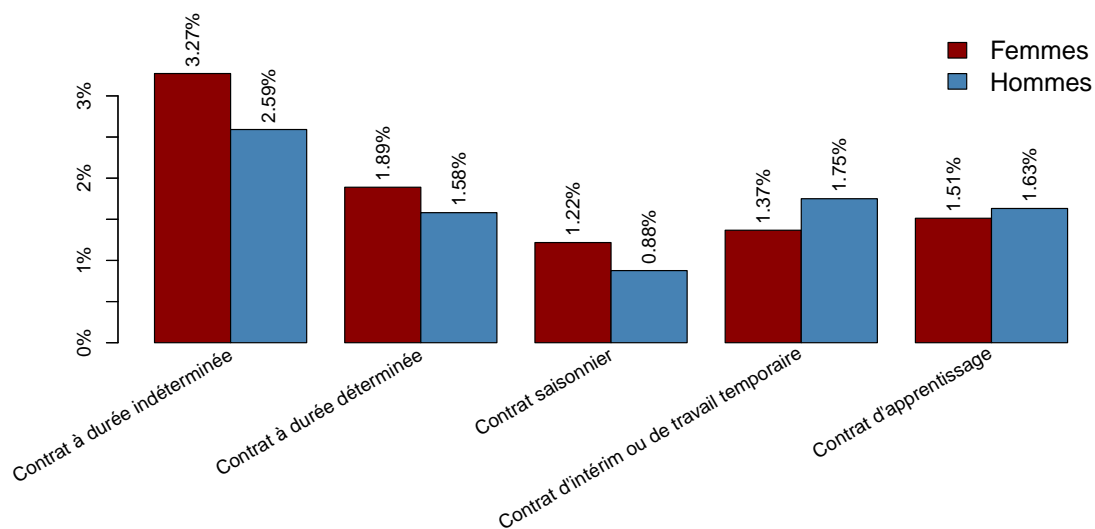
Tableau 3.2: Statut et type de contrat selon le sexe en 2011 (en %).

	Femmes	Hommes	Ensemble
Non salariés	7,8	15,1	11,6
Salariés	92,2	84,9	88,4
dont :			
Intérimaires	1,5	3,2	2,3
Apprentis	1,1	2,1	1,7
Contrats à durée déterminée	11,1	7,8	9,1
Contrats à durée indéterminée	86,0	86,9	86,5
Effectif (en milliers)	12 240	13 538	25 778

Source : Insee (<http://www.insee.fr/fr/ffc/figure/NATnon03240.xls>).

pour les femmes apprentis et en contrat d'intérim, semblent plus incertaines en raison de la petite taille de l'échantillon pour ces catégories.

FIGURE 3.5: Absences par sexe et statut d'emploi (2003-2011).

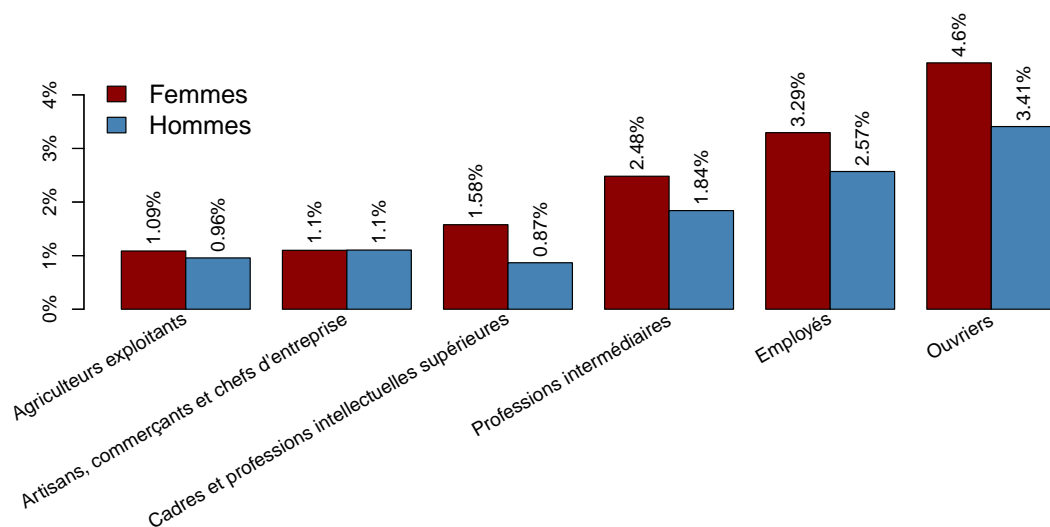


Source : Enquête emploi en continu (Insee)

1.6 Catégories professionnelles

La figure 3.6 regroupe les absences après la catégorie professionnelle. Les employés (3,13 %) et, surtout, les ouvriers (3,64 %) ont un taux largement supérieur aux cadres (1,14 %), ainsi qu'aux artisans et aux agriculteurs. Les professions intermédiaires, avec un taux de 2,16 %, détiennent une position médiane en matière d'absentéisme. À l'exception des agriculteurs et des artisans, les femmes sont plus absentes que les hommes à l'intérieur de chaque catégorie professionnelle. INAN¹³⁵ souligne l'importance des conditions du travail sur l'absentéisme élevé des ouvriers. Ceux qui sont exposés aux contraintes physiques et psychosociales ont un risque accru de s'absenter pour des raisons de santé.

FIGURE 3.6: Absences par sexe et catégorie professionnelle (2003-2011).



Source : Enquête emploi en continu (Insee)

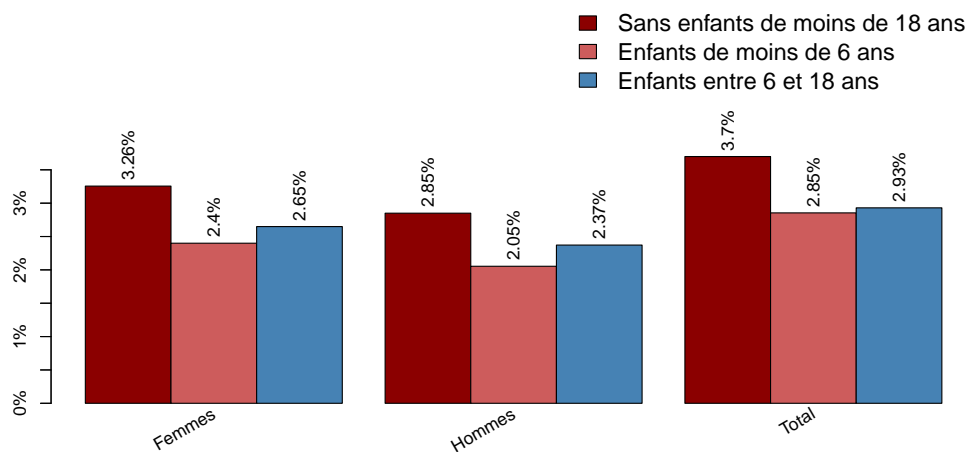
1.7 Situation familiale

L'impact de la situation familiale est analysé dans les figures 3.7 et 3.8. Les hommes et les femmes qui ont des enfants sous l'âge de 18 ans ont généralement moins d'absence que ceux sans enfants de moins de 18 ans. L'âge est néanmoins un facteur de confusion ici comme les jeunes généralement sont beaucoup moins absents. Si l'on par exemple ne regarde que les Français entre 30 et 39 ans, il n'y a pratiquement pas de différences entre les personnes qui ont des enfants en bas âge et celles sans enfants de moins de 18 ans. Les mères seules ont un

135. INAN, cf. note 41.

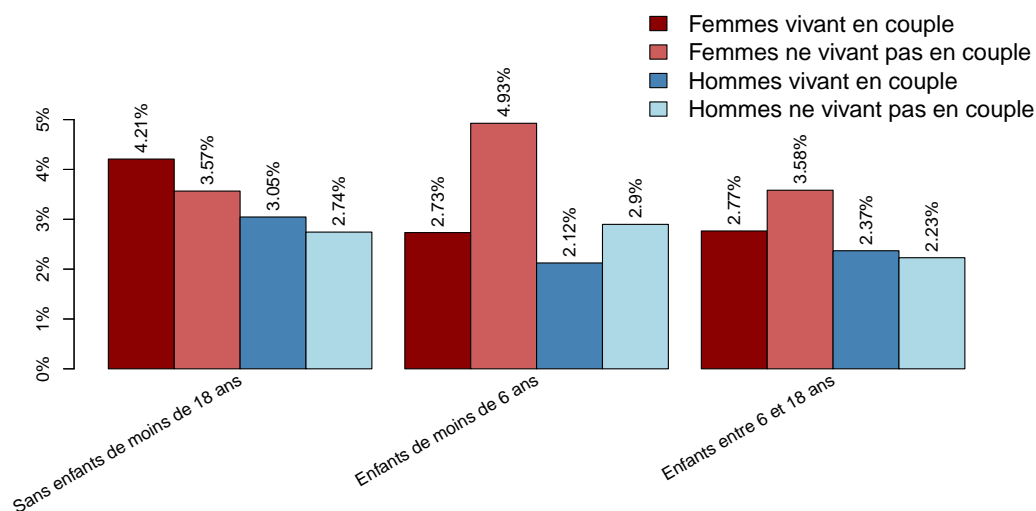
taux d'absentéisme plus élevé que les mères qui vivent en couple (figure 3.8). Cet écart est particulièrement large au sein de la catégorie des personnes qui ont des enfants de moins de 6 ans. Parmi les hommes qui ont un ou plusieurs enfants à bas âge, ceux qui vivent seuls ont un taux d'absentéisme supérieur aux hommes vivant en couple. Cependant, cet écart n'est pas si grand comme pour les femmes qui sont probablement plus vulnérables aux congé de maladie lorsqu'elles combinent travail à plein temps aux soins des enfants en bas âge.

FIGURE 3.7: Absences par nombre d'enfants (2003-2011).



Source : Enquête emploi en continu (Insee)

FIGURE 3.8: Absences par nombre d'enfants et par une vie en couple ou non (2003-2011).



Source : Enquête emploi en continu (Insee)

Tableau 3.3: Nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles avec arrêt.

	Hommes	Femmes	Ensemble
Accidents travail avec arrêt^a	459 495	210 419	669 914
avec incapacité permanente ^b			41 176
avec décès ^b			529
taux de fréquence ^{c,d}	29,7	16,3	24,3
Maladies professionnelles avec arrêt^a	27 676	27 381	550 557
avec incapacité permanente ^b			24 961
avec décès ^b			533
taux de fréquence ^{c,d}	13,5	16,4	14,7

Note : Les chiffres sont de l'année a) 2011, b) 2010, c) 2007.

d) Le taux de fréquence est le nombre de maladies professionnelles par dix millions d'heures de travail.

Source : INRS. *Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole*. Rap. tech. 2012

Damien EUZENAT. "L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007". *Dares Analyses* 056 (2010)

2 Statistiques françaises sur les maladies professionnelles et les accidents du travail

Les statistiques sur les maladies professionnelles et les accidents du travail sont intéressantes dans notre contexte comme ces cas sont souvent associés aux congés de longue durée. Les troubles musculo-squelettiques, qui constituent la large majorité des maladies professionnelles, sont à cet égard fortement intéressants.

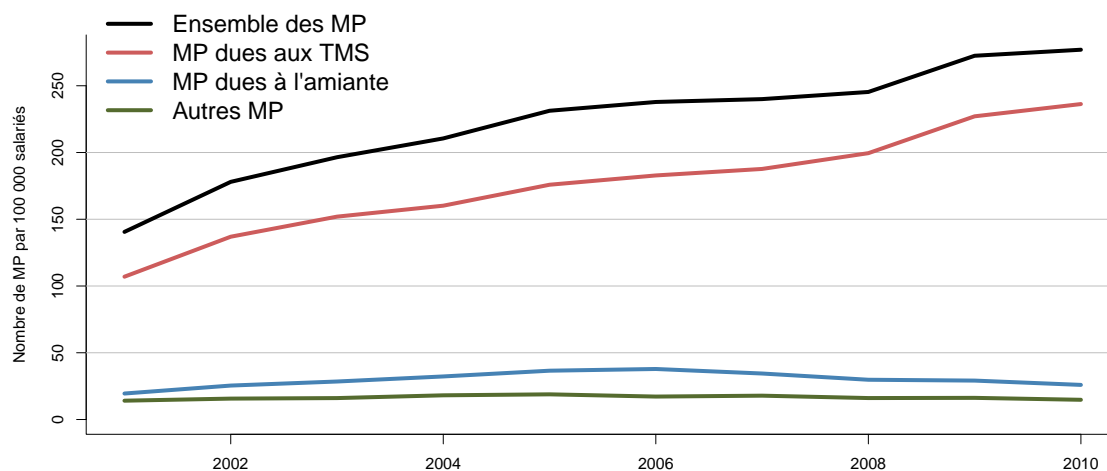
La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) produit régulièrement des statistiques sur les accidents du travail et aussi sur les maladies professionnelles. Les principaux chiffres sont présentés dans le tableau 3.3. En 2010, un total de 658 847 accidents du travail avec arrêt sont rapportés, ce qui représente 36 accidents par 1 000 salariés. Parmi ces accidents, 41 176 cas ont pour conséquence une incapacité permanente. Le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP) est celui qui enregistre le plus d'accidents du travail avec 73 cas pour 1 000 salariés. C'est aussi le secteur qui connaît le taux de séquelles permanentes le plus élevé¹³⁶.

136. Damien EUZENAT. "L'exposition des salariés aux accidents du travail en 2007". *Dares Premières Informations et Premières Synthèses* 50.2 (2010).

Les accidents du travail concernent davantage les hommes (68,6 % en 2011) que les femmes¹³⁷. Cet écart s'explique pour un large degré par le fait que les hommes occupent plus souvent des postes d'ouvriers. Pourtant, ce n'est pas la seule explication, comme, à l'exception des cadres et chefs d'entreprise, les accidents sont plus fréquents pour les hommes au sein d'une même catégorie socio-professionnelle¹³⁸. Une autre explication pourrait être le fait que les hommes travaillent plus souvent dans des travaux à haut risque d'accidents. Le secteur de la construction constitue un tel exemple.

Le nombre d'accidents du travail est globalement en baisse (-9,2 %) entre 2001 et 2011. Cependant, des tendances opposées peuvent être perçues pour les hommes et les femmes, comme le nombre d'accidents a chuté de 18,6 % pour les hommes et progressé de 21,8 % pour les femmes.

FIGURE 3.9: **Évolution des maladies professionnelles (MP). Nombre de maladies par 100 000 salariés.**



Source : CNAMTS et INRS (<http://www.inrs.fr/accueil/accidents-maladies/>)

Il y avait 50 688 maladies professionnelles enregistrées pour l'année 2010, ce qui fait 277 cas de maladies professionnelles par 100 000 salariés. Elles concernent aussi bien les femmes (49,7 % en 2011) que les hommes. Si l'on prend en compte que les femmes dans leur ensemble travaillent moins que les hommes, les maladies professionnelles sont plus fréquentes pour les femmes. En 2007, pour dix millions d'heures de travail, il y a 16,4 maladies reconnues pour

137. *Photographie statistique des accidents de travail, de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2011. Des tendances d'évolution différenciées pour les femmes et les hommes.* 2013.

138. EUZENAT, "L'exposition des salariés aux accidents du travail en 2007", cf. note 136, page 4.

les femmes contre 13,5 pour les hommes. En revanche les hommes développent des pathologies plus graves que les femmes. La fréquence des maladies professionnelles avec incapacité permanente est 8,6 maladies (pour dix millions d'heures de travail) pour les hommes contre 6,5 maladies pour les femmes¹³⁹.

La figure 3.9 retrace l'évolution au cours des années 2001-2010 pour l'ensemble des maladies professionnelles, ainsi que pour celles dues aux troubles musculo-squelettiques et à l'amiante. On constate une forte progression des maladies professionnelles depuis 2001, même quand l'on prend en compte l'augmentation de la masse salariale pendant cette période. Il y avait 141 cas de maladies professionnelles par tranche de 100 000 salariés en 2001¹⁴⁰. Neuf ans plus tard, ce chiffre est de 277 cas par 100 000 salariés. Cette croissance est due à un élargissement des maladies reconnues et le fait que les médecins et les salariés sont mieux informés sur les possibles liens entre le travail et les maladies professionnelles et sur les procédures à suivre pour obtenir indemnisation¹⁴¹. Une nouvelle consigne de considérer les maladies professionnelles par syndrome et non plus en multi-syndrome pourrait aussi expliquer une partie de cette dynamique.

Comme l'on peut voir sur la figure 3.9, la hausse est la conséquence de la forte augmentation des troubles musculo-squelettiques. En 2010, les troubles musculo-squelettiques représentent 85,3 % des maladies professionnelles reconnues. Cette situation contraste fortement avec celle de la Norvège où les troubles musculo-squelettiques ne figurent pas parmi les maladies professionnelles reconnues¹⁴². Les affections dues à l'amiante connaissent une petite hausse jusqu'à 2006 pour ensuite baisser légèrement en 2010 où 26 cas sur 100 000 salariés sont recensés. Elles représentent 9,4 % des maladies professionnelles en 2010. Les autres tableaux, dans leur ensemble, fluctuent autour de 17 cas pour 100 000 salariés et en 2010, ils ne constituent que 5,3 % des maladies professionnelles.

En France, les principales pathologies concernées par les troubles musculo-squelettiques sont considérées comme des maladies professionnelles, et ils sont représenté par les tableaux 57, 69, 79, 97 et 98 du régime général. Les affections dues à l'amiante figurent dans les tableaux 30 et 30 bis du régime général. Elles sont parmi les plus graves maladies professionnelles, neuf cancers professionnels sur dix sont dus à l'amiante.

139. Damien EUZENAT. "L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007". *Dares Analyses* 056 (2010), page 2.

140. INRS. *Statistiques 2010*. Rap. tech. 2010, p. 1-7.

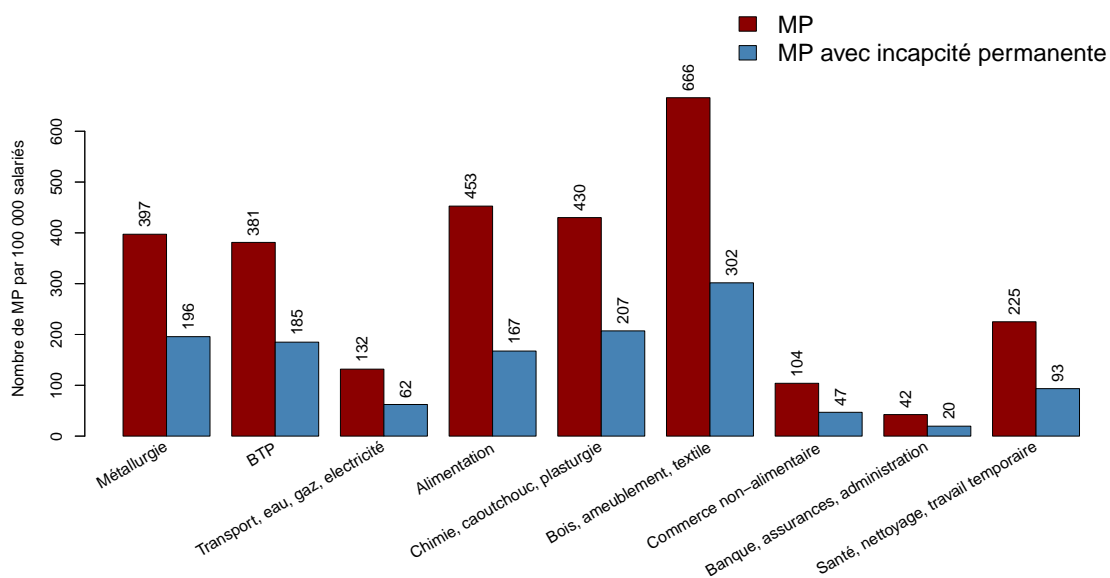
141. *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale (président Noël Diricq)*. 2011.

142. À la seule exception des affections de la main ou du bras provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, voir discussion à page 64.

Selon une analyse de Dares¹⁴³, les maladies professionnelles se distribuent très différemment selon les sexes. Les femmes ont plus de risques de troubles musculo-squelettiques, et les hommes sont surexposés aux cancers professionnels : 97 % des reconnaissances de cancers professionnels les concernent. La progression des maladies professionnelles a été plus forte pour les femmes (+179,5 %) que pour les hommes (+91,9 %) dans la période 2001-2011¹⁴⁴.

La répartition par secteur des activités (figure 3.10) souligne que les maladies professionnelles sont plus fréquentes dans les industries du bois, ameublement, papier carton, textile et vêtement avec 666 maladies pour 100 000 salariés. Ce secteur est aussi celui qui a la plus grande fréquence de maladies avec incapacité permanente. Deux autres secteurs qui ont un taux élevé de maladies professionnelles sont le secteur des services, commerces, industries de l'alimentation (453 maladies pour 100 000 salariés) et les industries de la chimie, caoutchouc et plasturgie.

FIGURE 3.10: Nombre de maladies professionnelles (MP) par 100 000 salariés selon les secteurs d'activité.



Source : CNAMTS et DARES

Le tableau 3.4 met en évidence que le risque de maladie professionnelle varie fortement selon la catégorie socioprofessionnelle¹⁴⁵. Les ouvriers ont un risque trois fois plus élevé de développer une maladie professionnelle que les employés. Quant aux cadres, chefs d'entreprise

143. EUZENAT, "L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007", cf. note 139.

144. *Photographie statistique des accidents de travail, de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2011. Des tendances d'évolution différenciées pour les femmes et les hommes.* Cf. note 137.

145. EUZENAT, "L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007", cf. note 139.

Tableau 3.4: **Le risque de maladie professionnelle et des troubles musculo-squelettiques (TMS) selon la catégorie socioprofessionnelle, en 2007.**

Catégorie socioprofessionnelle	Maladie professionnelle			TMS		
	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
Cadres, chefs d'entreprise	0,8	1,2	0,9	0,3	1,0	0,5
Professions intermédiaires	1,2	2,4	1,8	0,7	2,2	1,3
Employés	4,6	12,6	10,4	3,8	11,9	9,7
Ouvriers	26,1	68,1	33,2	16,5	65,6	24,8
Total	13,5	16,4	14,7	8,6	15,7	11,5
Indice de gravité ^a	164,7	66,2	124,5	42,2	57,7	48,6

Note : Le risque est mesuré par le taux de fréquence qui désigne le nombre de maladies professionnelles par dix millions d'heures de travail.

a) L'indice de gravité représente le taux moyen d'incapacité partielle permanente (IPP) par dix millions d'heures de travail. Un taux d'IPP entre 1 % et 100 % est attribué par un médecin à toute maladie avec des séquelles permanentes en fonction de leur gravité.

Source : Damien EUZENAT. "L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007". *Dares Analyses* 056 (2010), Tableaux 2 et 5.

et professions intermédiaires, leurs risques sont infimes comparés aux employés et ouvriers. Notons que les ouvrières ont un risque particulièrement élevé de développer un trouble musculo-squelettique. Ce fait s'explique d'une part que les ouvriers travaillent dans des secteurs à haut risque. Cependant, pour un même secteur donné les ouvriers courent toujours plus de risque de troubles musculo-squelettiques.

Le risque d'attraper une maladie professionnelle augmente fortement avec l'âge. Il est particulièrement vrai pour les cancers professionnels, comme il existe en général un important délai de latence entre l'exposition et l'apparition de la maladie¹⁴⁶. En 2007, 68 % des cancers professionnels sont reconnus à 60 ans ou après. De même, pour les troubles musculo-squelettiques, le taux de fréquence augmente régulièrement avec l'âge jusqu'à la tranche de 50 à 59 ans.

Dans un rapport remis au Parlement et au Gouvernement, une commission a évalué la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles¹⁴⁷. Ce rapport confirme que la sous-déclaration des maladies professionnelles est importante. Pour les cancers professionnels qui figurent parmi les tableaux du régime général ou du régime agricole,

146. EUZENAT, "L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007", cf. note 139, pages 6-7.

147. *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale (président Noël Diricq)*, cf. note 141.

la sous-déclaration est de l'ordre de 70-85 %¹⁴⁸. En ce qui concerne les troubles musculo-squelettiques (affections périarticulaires), les efforts de l'Assurance Maladie pour baisser la sous-déclaration semblent avoir porté ces fruits. D'une sous-déclaration au niveau de 46 % en 2002, elle est passée à 30 % en 2010 pour trois principales pathologies des troubles musculo-squelettiques¹⁴⁹.

Conclusion du chapitre

Les statistiques publiques en France sur l'absentéisme sont quasi inexistantes. Cependant, sur le site de l'Insee, j'ai pu télécharger des données brutes de l'enquête emploi, la version française des enquêtes sur les forces du travail. Cette enquête n'est pas spécialement conçue pour enquêter sur les absentéisme au travail pour raisons de santé. Néanmoins, deux questions dans le questionnaire, permettent au chercheur de déterminer si le salarié a été absent pendant toute une semaine spécifique. L'enquête emploi contient d'importante information sur de nombreuses variables telles que l'éducation, l'âge, le statut d'emploi, la catégorie professionnelle, ainsi que la situation familiale.

Les femmes sont davantage absentes que les hommes. Cet écart est assez constant dans le temps, mais il augmente légèrement à la fin de la période étudiée. Le taux d'absentéisme augmente généralement avec le niveau d'éducation, ainsi qu'avec l'âge, pour les femmes et hommes. Cependant, la tranche d'âge la plus âgée, celle de 60 à 64 ans, ont un taux d'absentéisme inférieur à la tranche 55-59 ans. Cette baisse doit être expliquée par un effet de sélection : ceux qui prolongent leur activité professionnelle au-delà de 60 ans se caractérisent en moyenne par une meilleure santé que les personnes qui l'interrompent. Enfin, les personnes qui ont des contrats à durée indéterminée ont un taux nettement plus élevé que les contrats à durée déterminée.

Les statistiques pour les maladies professionnelles laissent voir une forte progression des troubles musculo-squelettiques. Cette croissance est due à un élargissement des maladies reconnues comme professionnelles. Les ouvrières ont un risque particulièrement élevé pour attraper une maladie professionnelle.

148. *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale (président Noël Diricq)*, cf. note 141, pages 88-89.

149. *Ibid.*, page 90.

CHAPITRE IV

Rapprochement des évolutions dans les deux pays

En Norvège, les acteurs sociaux, ainsi que les médias, ont porté une grande attention sur le sujet des absences au travail pour raisons de santé. Il règne un assez large consensus que le taux d'absentéisme pour maladie est trop élevé et que des mesures doivent être trouvées pour le faire baisser. Depuis 2001, une coopération tripartite entre le gouvernement, les employeurs et les syndicats ont conduit à une série de réformes ancrées au programme pour une vie professionnelle inclusive. Par un meilleur et plus adapté suivi des salariés pendant leurs congés maladies, ces réformes ont comme objectif affirmé de baisser les absences au travail pour raisons de santé.

Il semblerait que l'attention sur ce sujet de l'absentéisme a été moindre en France. Le problème de l'absentéisme pour maladie est probablement éclipsé par le plus grand problème que constitue la préoccupante situation économique en France avec le chômage de masse (10,5 % au deuxième trimestre 2012)¹⁵⁰. En comparaison, la Norvège est dans une situation totalement différente comme elle connaît un presque plein-emploi (3,6 % de chômage en juillet 2013)¹⁵¹. En Norvège, les prestations de maladie et d'invalidité dominant largement les dépenses liées au chômage¹⁵², voir figure 4.1.

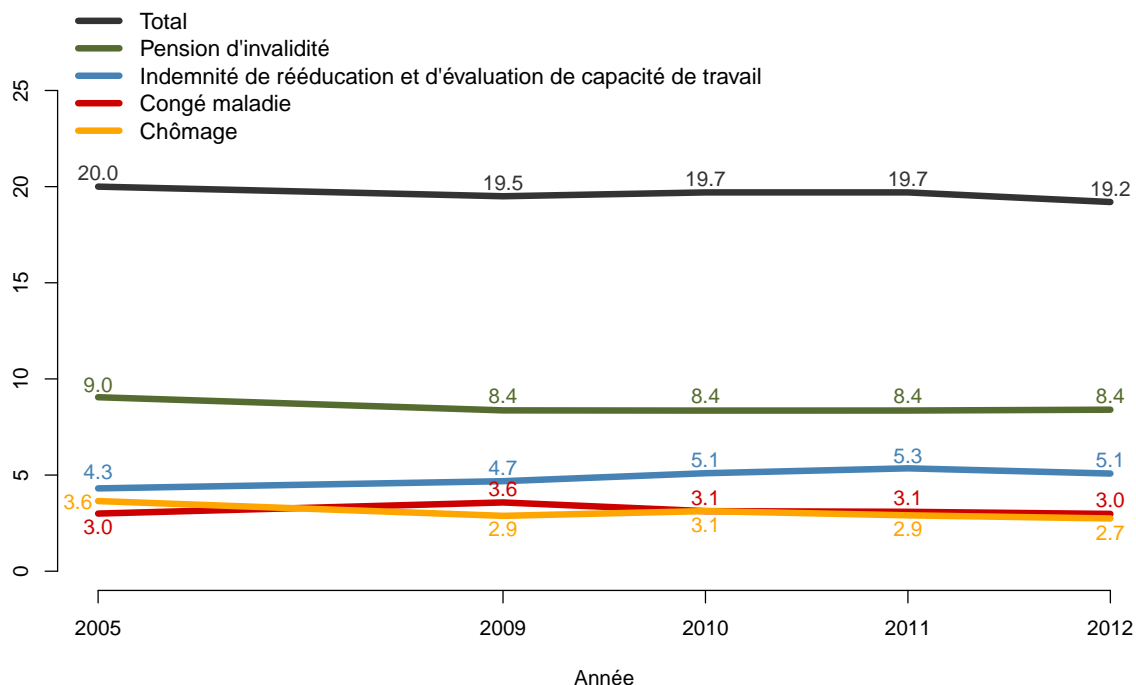
Nous allons ici rapprocher l'évolution et la situation actuelle en France et en Norvège sur les différents aspects étudiés dans ce mémoire : les systèmes d'indemnisation et de suivi et les statistiques sur l'absentéisme pour maladie dans les deux pays.

150. Voir site de l'Insee : <http://www.insee.fr/fr/themes/info-rapide.asp?id=14>

151. Voir le site de SSB : <http://ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/akumnd/maaned/2013-09-25>

152. Jorunn FURUBERG, Xu Cong QIU et Ola THUNE. "657 000 tapte årsverk i 2012". *Arbeid og velferd* 2 (2013), p. 60-68.

FIGURE 4.1: Le pourcentage de la population norvégienne en âge de travailler qui touche des prestations de maladie, d'incapacité de travail ou de chômage.



Note : L'indemnité de rééducation et d'évaluation de capacité de travail est introduite en mars 2010 remplaçant trois autres types d'indemnités : indemnité temporaire d'invalidité (*tidsbegrenset uførestønad*), rééducation professionnelle (*attføringspenger*) et salaire de réhabilitation (*rehabiliteringspenger*). Les chiffres pour les années avant 2010 sont la somme de ces trois indemnités.

Source : Jorunn FURUBERG, Xu Cong QIU et Ola THUNE. "657 000 tapte årsverk i 2012". *Arbeid og velferd* 2 (2013), p. 60–68, cf page 62

1 Rapprochement des systèmes d'indemnisation et de suivi

1.1 Les systèmes d'indemnisation

En Norvège, les salariés jouissent d'un système d'indemnisation généreux et universel, entièrement réglé par la législation. Ils sont garantis une indemnisation à 100 % dès le premier jour de l'arrêt maladie. Le système d'indemnisation en France est plus hétérogène, et généralement moins généreux, que le système norvégien. Les fonctionnaires dans la fonction publique conservent l'intégralité de leurs salaires pour une durée de trois mois, ensuite ils

perçoivent 50 % pour les neuf mois suivants. Dans le secteur privé, les salariés sont indemnisés par la Sécurité sociale, les employeurs et les conventions collectives. La Sécurité sociale indemnise les salariés à 50 % pendant une année. Après avoir travaillé au moins une année dans l'entreprise, le salarié touche des indemnités complémentaires de l'employeur, d'un montant de 66,66 % à 90 % du salaire, pour une période de 90 à 180 jours. Le montant et la durée exacts dépendent du nombre d'années travaillées dans l'entreprise. Enfin, les salariés français peuvent bénéficier d'indemnités complémentaires selon la convention collective. Après un certain temps, 90 jours pour les fonctionnaires, les salariés français ne sont généralement indemnisés qu'à 50 % de leurs salaires. L'indemnisation d'un arrêt maladie de longue durée est alors largement inférieure en France qu'en Norvège.

Dans le tableau 4.1, les éléments les plus importants des systèmes d'indemnisation sont résumés et comparés dans une perspective européenne. La législation norvégienne est plus généreuse que celles des autres pays européens. Seule la Norvège et le Danemark garantissent une indemnisation totale du salaire pendant la période du congé maladie¹⁵³. Et, comme en France, la majorité des pays européens ont aussi instauré un ou plusieurs jours de carence.

153. Notons que pour le Danemark, le montant est limité à maximum 27 500 € par an, lorsque pour la Norvège le montant maximum est 66 700 €.

Tableau 4.1: Principales caractéristiques des systèmes d'indemnisation des absences pour maladie.

Pays	Certificat médical exigible au premier jour?	Jours de carence	Durée minimale d'affiliation	Maintien du salaire par l'employeur	Montant	Durée maximale d'indemnisation
Allemagne	Non	0	4 semaines	100% pendant 6 semaines	70 % du salaire	78 semaines (sur une période de 3 ans)
Autriche	Non	3	Non requise	100 % pendant 6-12 semaines	50 % du salaire	52 semaines
Belgique	Non (dans 2 jours)	1	Six mois dont 120 jours de travail et paiement de cotisation minimale	100% pendant 7 jours (ouvriers) ou 1 mois (employés)	60 % du salaire 60 % du salaire	52 semaines 52 semaines
France	Oui	3 (privé) 0 (publique)	200 heures pendant 3 mois ¹	Selon la convention collective	50% du salaire	360 jours
Danemark	Non	0	74 heures pendant 8 semaines	30 jours ou selon les conventions collectives (maximum 14€ par heure)	100 % du salaire maximum 27 500 € par an	52 semaines
Espagne	Non	3	180 jours au cours des 5 ans	L'employeur paie l'indemnité du 4 ^{ème} au 15 ^{ème} jour	60 % du salaire, 75 % du salaire dès le 21 ^{ème} jour	12 mois
Finlande	Non (dans 9 jours)	0	Non requise	100 % pendant 9 jours	Jusqu'à 70% du salaire	50 semaines
Irlande	Oui	3	Cotisations hebdomadaires suffisantes. 102 semaines au total dont 39 durant l'année précédente	Non	188 € par semaine	1 an, 2 an ou illimité dépendant du nombre de cotisations hebdomadaires
Italie	Oui	3	Non requise	Toutes les indemnités payées par l'employeur	50 % du salaire	180 jours
Norvège	Non (le salarié peut se faire porter malade sans avis médical pour 3 ou 8 jours)	0	4 semaines	100 % pendant 16 jours	100% du salaire, maximum 66 227 € par an	50 semaines
Pays-Bas	Oui	0	Non requise	Toutes les indemnités payées par l'employeur	70 % du salaire maximum 193,09 € par jour	104 semaines
Royaume-Uni	Non	3	Cotisations suffisantes	Les 28 premières semaines payées par l'employeur (107 € par semaine) (sous certaines conditions de revenus suffisants avant la maladie)	93 € les 28 premières semaines ensuite 110 €	52 semaines
Suède	Non	1	Non requise	L'employeur paie l'indemnité du 2 ^{ème} au 14 ^{ème} jour	80 % du salaire	Pas de limite

¹ ou 60 heures pendant 1 mois, ou 1 200 heures pendant 12 mois.

Source :

MISSOC (Mutual Information System on Social Protection), un système d'information mutuelle sur la protection sociale nationale mis en place par l'Union européenne. Site : <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=fr>.

Christoffer BERGE. "Internasjonal sammenligning av sykefravær". *Økonomiske analyser* 2 (2012), p. 24-29.

Sabine CHAUPAIN-GUILLOT et Olivier GUILLOT. "Les absences au travail en Europe. Quel impact du régime d'indemnisation maladie et de la législation de l'emploi sur les comportements des salariés." *Travail et Emploi* 120 (2009)

1.2 Rapprochement des systèmes de suivi

La Norvège a un suivi étroit du salarié au cours de son congé maladie, le résultat d'un effort concerté par les trois partenaires sociaux depuis 2001 ancré au programme pour une vie professionnelle inclusive (voir page 26). Un des objectifs de ce programme est de réduire les absences pour maladie. Le programme est une nouvelle approche de la prévention des absences pour maladie comme il focalise sur le lieu de travail comme un important domaine pour organiser les efforts pour réduire l'absentéisme¹⁵⁴.

Des ressources importantes ont été dépensées sur les différentes mesures mises en œuvre depuis le début du premier accord pour une vie professionnelle inclusive en 2001. Mandatés par le ministère du Travail, MYKLETUN et BRINCHMANN¹⁵⁵ ont évalué les effets de mesures qui ont été mises en œuvre tout au long du programme pour une vie professionnelle inclusive - de 2001 à 2012. Leur travail résume les connaissances fondées sur la recherche sur les coûts et avantages de ces mesures en Norvège. En ce qui concerne la réduction de l'absentéisme, seule l'introduction des congés partiels semble avoir une influence claire. En Norvège, les congés de maladie partiels sont souvent encouragés pour que le salarié puisse garder un lien avec la vie professionnelle. Cependant, il est difficile d'évaluer précisément les effets de ces mesures sur l'absentéisme. Pour cela, il faudrait surtout des études d'intervention randomisées sur une partie de la population norvégienne.

Le suivi des salariés est plus encadré en Norvège qu'en France, par des échéances précises qui sont fixées par la loi norvégienne. En Norvège, l'accent est mis sur une collaboration étroite entre le salarié, l'employeur, le médecin traitant, l'agence nationale pour l'emploi et la protection sociale, ainsi que les services de santé au travail. Un salarié français peut néanmoins obtenir une aide du service social à trouver des solutions adaptées sur son lieu de travail. Et son médecin peut aussi prescrire un travail à temps partiel pour des motifs thérapeutiques.

Le système norvégien semble plus caractérisé par la confiance envers les salariés, tandis que la législation et l'administration française mettent l'accent plutôt sur les contrôles des arrêts de travail pour éviter de possibles fraudes. Pendant son congé de maladie, un salarié doit se soumettre aux contrôles médicaux et aux contraintes sur les sorties de son domicile.

154. Line FOSS et al. "Inclusive working life in Norway" : a registry-based five-year follow-up study". *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 8.19 (2013).

155. MYKLETUN et BRINCHMANN, cf. note 70.

1.3 Rapprochement des législations norvégienne et française sur les maladies professionnelles

En ce qui concerne les maladies professionnelles et les accidents du travail, il est instructif de voir la législation norvégienne et française dans un contexte européen. Tous les pays européens, sauf la Grèce et les Pays-Bas, ont un système propre d'indemnisation pour les maladies professionnelles et les accidents du travail. Il existe deux types d'organisation et de financement, l'un géré et financé par les compagnies d'assurances (Allemagne), et l'autre géré par l'État où il fait partie de la Sécurité sociale (France). Plusieurs pays ont un mélange de ces deux types d'organisation, comme c'est le cas pour la Norvège.

Fondamentalement, deux différents principes opposés peuvent être imaginés pour un système d'indemnisation des maladies professionnelles¹⁵⁶. D'une part, un système ouvert, sans aucune liste spécifique des maladies professionnelles. Dans ce système, tous les cas possibles de maladie professionnelle sont traités individuellement, où il faut prouver une association entre l'exposition et la maladie. D'autre part, on peut avoir une liste détaillée et spécifique, qui initialement est destinée à couvrir toutes les maladies possibles couvertes par le régime d'indemnisation. La liste française des maladies professionnelles est proche de ce modèle. Elle énumère des maladies professionnelles en 114 tableaux avec des conditions spécifiques. La plupart des pays européens, cependant, dispose de ce qu'on peut appeler un système « mixte », qui se compose d'une liste de maladies spécifiques individuelles, mais qui inclut la possibilité d'avoir un examen individuel pour des maladies ne figurant pas sur la liste. Cette possibilité est également présente dans le système français, qui peut donc aussi être qualifié de mixte.

En France, la presque totalité des maladies professionnelles reconnues figurent sur la liste et satisfont les conditions spécifiques (page 38). Moins de 4 % des cas ont utilisé le système complémentaire de reconnaissance ; 3,6 % étaient sur la liste mais n'ont pas satisfait toutes les conditions et 0,1 % étaient des maladies qui ne figuraient pas sur la liste.

La liste norvégienne des maladies professionnelles a un caractère plutôt inconsistant. Elle est un mélange de maladies spécifiques, et parfois très rare, et des catégories de maladies très générales. Tandis que la liste française est régulièrement mise à jour, la législation norvégienne en la matière n'a guère été modifiée les 50 dernières années. Un manquement notable dans la législation norvégienne est que les troubles musculo-squelettiques ne sont

156. KJUUS et al., cf. note 37.

pas encore reconnus comme maladies professionnelles.

2 Rapprochement des statistiques sur l'absentéisme au travail pour raisons de santé

2.1 Disponibilité des données et des séries statistiques

En Norvège, NAV et SSB effectuent régulièrement des enquêtes, et collectionnent systématiquement des données dans les registres nationaux, qui visent spécifiquement à mesurer des absences pour maladie. Ces statistiques couvrent tous les congés de maladie et l'ensemble de l'économie. Il semble pourtant y avoir peu de pays, la France inclus, qui produit des statistiques de telle sorte. Les données qu'on peut trouver sur les absences au travail sont souvent recueillis dans le cadre d'une enquête thématique plus large qui porte typiquement sur la santé ou l'emploi.

En Norvège, les statistiques sur l'absentéisme pour maladie sont publiées régulièrement. Elles sont basées soit sur un registre (congé maladies avec certificat médical), soit sur un grand échantillon. L'utilisation de l'unique numéro d'identité permet de fusionner l'information de plusieurs registres et facilite une analyse en profondeur de l'absentéisme maladie. Chaque congé maladie, avec dates et durées, sont enregistrées.

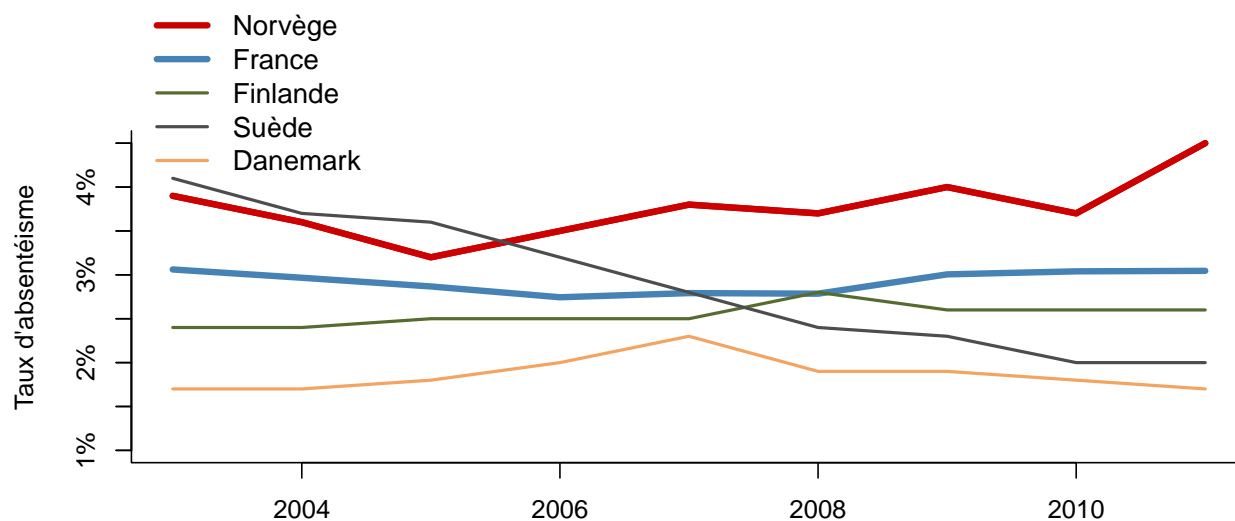
En France, les statistiques ne sont publiées que très irrégulièrement. Différentes enquêtes peuvent être utilisées, mais l'enquête emploi en continu, la version française des enquêtes sur les forces de travail, semble être celle qui garantit les meilleures estimations de l'absentéisme pour maladie. Ces enquêtes se déroulent en continu, et incluent un grand échantillon de la population française. Malheureusement, l'enquête de l'Insee ne permet pas de distinguer les absences selon leur durée¹⁵⁷

2.2 Comparaison du niveau global de l'absentéisme

Il existe aussi une version norvégienne des enquêtes sur les forces de travail, et les données de ces enquêtes rendent ainsi possible une comparaison directe entre le taux d'absentéisme en France et en Norvège. Les absences mesurées sont alors celles qui couvrent toute une semaine de référence.

157. À noter cependant qu'on peut séparer les absences partielles des absences complètes durant une semaine de référence (page 21).

FIGURE 4.2: Les absences pour maladie en France, en Norvège, en Suède, en Finlande et au Danemark selon les enquêtes sur les forces de travail.



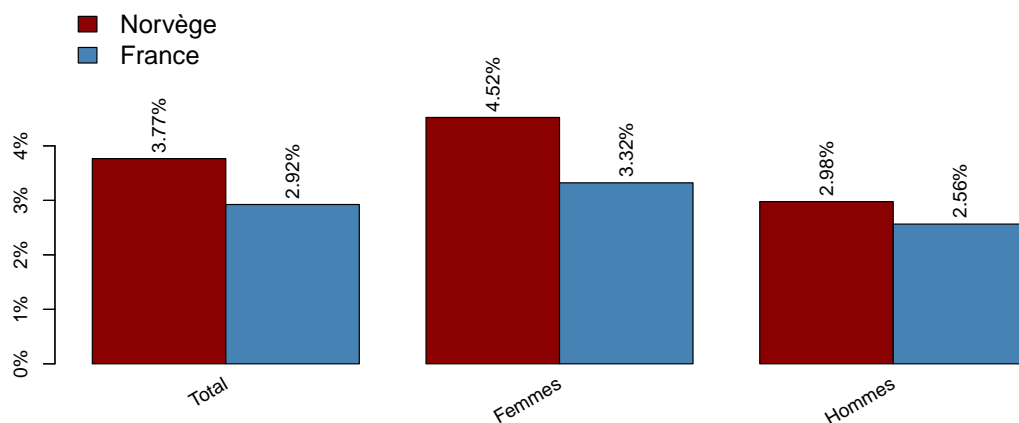
Source : Enquête emploi en continu (Insee) et *Statistikkbanken* (SSB)

La figure 4.2 compare l'évolution de l'absentéisme en France et en Norvège, ainsi que pour les autres pays nordiques, et met en évidence que le taux d'absentéisme est généralement plus élevé en Norvège. Pour l'année 2011, en Norvège le taux est de 3,4 % pour les hommes et 5,8 % pour les femmes. En France, ces chiffres sont de 2,62 % et 3,50 %. L'absentéisme en France n'est pourtant pas très bas par comparaison aux autres pays nordiques. Pour les trois dernières années de 2009 à 2011, un taux inférieur est observé pour tous ces pays. Le Danemark connaît un taux nettement inférieur à celui de la France, et cela pour toute la période de 2003 à 2011.

Des statistiques publiées par l'OCDE comparent le nombre de jours perdus pour cause de maladie pour l'année 2005¹⁵⁸. Parmi les 25 pays de l'OCDE comparés, dont 22 pays européens, la Norvège occupe la deuxième place après la Suède, mais la figure 4.2 montre que l'absentéisme en Suède a ensuite beaucoup baissé. Outre que la Suède et la Norvège, seule quatre pays, la Finlande, la République tchèque, l'Espagne et la Belgique, ont plus d'absence que la France. Le Danemark, qui est le pays nordique qui détient le plus bas taux d'absentéisme, se trouve au milieu de l'échelle.

158. OCDE. "Absentéisme pour maladie". *Panorama de la société 2006 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE*. Éditions OC. 2007, page 97.

FIGURE 4.3: Le taux d'absentéisme en France et Norvège par sexe selon les enquêtes sur les forces de travail. Moyenne pour les années 2003-2011.



Source : Enquête emploi en continu (Insee) et *Statistikkbanken* (SSB)

2.3 Quelques pistes pour comprendre le niveau élevé d'absentéisme en Norvège

Un régime d'indemnisation trop généreux en Norvège ?

Comme déjà remarqué, la Norvège dispose d'un système d'indemnisation généreux comparé avec la France ou bien d'autres pays. Les absences de longue durée ne sont généralement indemnisés qu'à 50 % du salaire en France. Les salariés norvégiens pourraient ainsi manquer des incitations économiques pour retourner rapidement au travail. En plus, comme ils sont indemnisés à 100 % par NAV après une période de 16 jours, les employeurs norvégiens n'ont pas non plus une incitation économique pour réduire les absences de longue durée de leurs salariés¹⁵⁹.

Il est difficile de mesurer l'impact réel des systèmes d'indemnisation sur l'absentéisme. Une comparaison entre différents pays pourrait difficilement séparer l'influence du système d'indemnisation et l'impact des autres facteurs spécifiquement nationaux. CHAUPAIN-GUILLOT et GUILLOT¹⁶⁰ ont utilisé les données du Panel européen des ménages afin de voir quel impact le régime d'indemnisation maladie et de la législation a sur les absences au travail pour maladie. Différentes mesures du régime ont été considérées : jour de carence, maintien intégral du salaire, etc. Un indice de générosité de ce régime a aussi été construite pour chaque pays de l'Europe des quinze. L'analyse des absences au travail ne montre cependant

159. OECD. *Mental Health and Work : Norway*. Paris, 2013.

160. CHAUPAIN-GUILLOT et GUILLOT, cf. note 48.

pas un effet dans le sens auquel on pouvait s'attendre. La Norvège n'est pas incluse dans ces données, néanmoins, d'autres pays avec une législation similaire, comme la Suède et le Danemark, sont inclus.

Cependant, FEVANG, MARKUSSEN et RØED¹⁶¹ indiquent que les incitations économiques destinées aux employeurs peuvent avoir un impact significatif sur l'absentéisme des salariés. En avril 2002, il est introduit une modification réglementaire afin que les employeurs puissent demander un remboursement des 16 premiers jours des arrêts maladie liés à la grossesse. En comparant les absences des salariées, enceintes ou non enceintes, avant et après cette réforme, les auteurs concluent que l'obligation par les employeurs de payer eux-mêmes les indemnités réduit les absences des femmes enceintes avec 3 %.

Une vie professionnelle plus inclusive en Norvège ?

Une hypothèse avancée pour expliquer le niveau élevé d'absentéisme pour maladie en Norvège est que la vie professionnelle est plus inclusive en Norvège comparée avec d'autres pays. En Norvège, environ 11-12 des salariés représentent 80 % jours absents¹⁶². Alors, il se peut qu'en Norvège les personnes dont l'incapacité de travail est réduite, comme les personnes âgées, moins souvent soient contraintes à quitter le marché de travail. C'est un fait que le taux d'emploi des travailleurs âgés de 55 à 64 ans est assez élevé en Norvège. En 2012, ce taux d'emploi est de 79 % pour les 55-59 ans et de 62 % pour les 60-64 ans. Une amélioration du taux des travailleurs âgés a eu lieu depuis 2000 en France¹⁶³. Pourtant, en France pour l'année 2010, le taux d'emploi des 55-59 ans est de 64 %, et celui des 60-64 ans est seulement de 18,9 %. Il est ainsi compréhensible, qu'en France l'absentéisme pour les 60-64 ans baisse par rapport aux 55-59 ans compte tenu un très fort effet de sélection. En Norvège, la tranche des 60-66 ans est celle qui présente le taux d'absentéisme le plus élevé.

En Norvège, le taux de chômage les dernières années a été très bas, contrairement à la situation en France. La figure 4.4 témoigne de l'association entre le chômage et l'absentéisme en Norvège pour la période 1979-2012. Lorsque le chômage augmente, souvent l'absentéisme baisse, comme la figure 4.4 laisse voir.

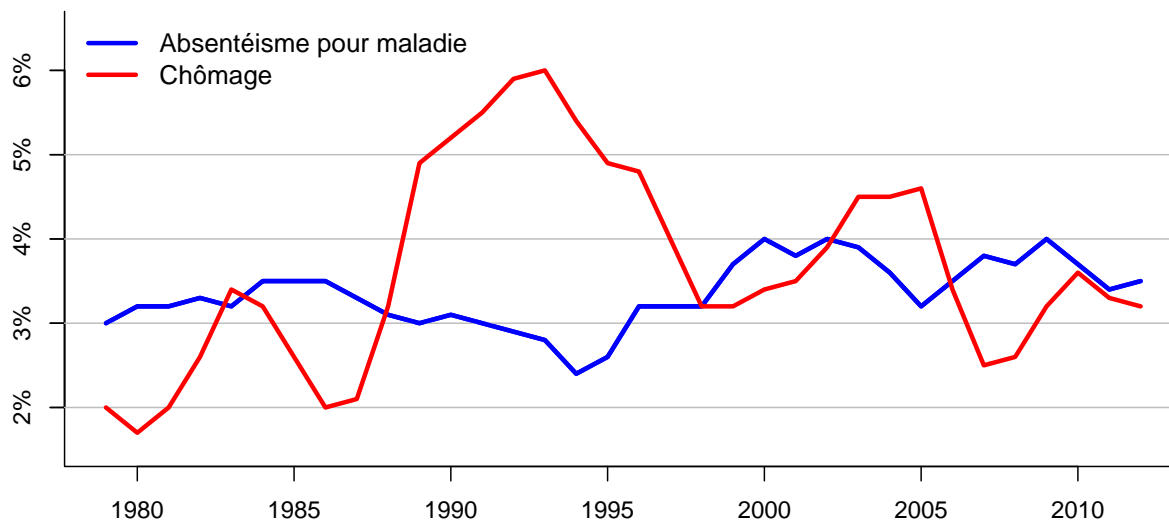
Le taux d'emploi pour les femmes est aussi largement supérieur à celui en France. Les Françaises, de 15 ans ou plus, ont un taux d'emploi de 46,7 % tandis que les Norvégiennes,

161. E FEVANG, S MARKUSSEN et K RØED. "The Sick Pay Trap". *Journal of Labour Economics* (2013).

162. BRAGE, KANN et THUNE, cf. note 9.

163. Sur le taux d'emploi des seniors : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/default.asp?page=dossiers_web/dev_durable/taux_emploi_seniors.htm

FIGURE 4.4: Le chômage et l'absentéisme pour maladie en Norvège pour la période 1979-2012.



Source : Enquête sur les forces de travail (Statistikkbanken, SSB)

de 16 ans ou plus, ont un taux de 66,7 %. Ce fait peut en partie expliquer que l'absentéisme est particulièrement élevé pour les femmes norvégiennes.

2.4 Rapprochement des caractéristiques observées

Variations géographiques et saisonnières

Une comparaison des départements norvégiens avec les régions en France laisse voir une hétérogénéité géographique légèrement plus grande en France. Mais, au niveau des départements français, INAN¹⁶⁴ observe une forte hétérogénéité géographique comme le taux d'absentéisme varie de 1,62 % (Paris) à 5,31 % (les Hautes-Alpes). Cette variation est d'un large degré due aux variations dans les caractéristiques de la main-d'œuvre de chaque département. Paris, par exemple, se distingue notamment d'autres départements par une main-d'œuvre plus jeune et plus éduquée.

Dans les deux pays, l'absentéisme pour maladie suit des variations saisonnières similaires où il est plus élevé pendant l'hiver. En France, il y a néanmoins une tendance à une plus forte réduction de l'absentéisme (-16,8 %) pendant été (juillet - septembre) par rapport au premier trimestre.

164. INAN, cf. note 41.

Différences femmes - hommes

La figure 4.3 indique que l'écart entre femmes et hommes est plus grand en Norvège. Des études internationales confirment cette image, la Norvège se distingue par un niveau élevé du taux d'absentéisme des femmes¹⁶⁵. Une possible explication pourrait être qu'en Norvège un plus grand nombre des femmes sont au travail, cf. la discussion à page 92. En regardant l'absentéisme des femmes norvégiennes dans une plus longue perspective, on observe effectivement un lien entre le taux d'emploi et l'absentéisme chez les femmes.

Âge

En Norvège et en France, les tendances observées entre l'âge et l'absentéisme pour maladie sont similaires à plusieurs égards : le taux d'absentéisme augmente avec l'âge pour les deux sexes, et pour les femmes il y a un surcroît d'absentéisme dans l'âge de fertilité. Cependant, on constate quelques différences apparentes. D'abord, si le taux augmente graduellement avec l'âge jusqu'aux 55-59 ans en France, comme en Norvège, il y a ensuite une baisse marquante du taux pour les Français de 60 à 64 ans relativement à la tranche des 55-59 ans. En Norvège, au contraire, la tranche des 60-66 ans est celle qui présente le taux le plus élevé. Ce phénomène peut être expliqué par un effet de sélection, de personnes en meilleure santé, comme un grand nombre de Français quittent leur travail après 60 ans. Ce phénomène n'a pas la même ampleur en Norvège. En Norvège, un grand nombre de personnes continuent à travailler jusqu'aux 66 ans, cf. la discussion à page 92.

Une autre observation est qu'en France le taux d'absentéisme semble augmenter plus fortement en fonction de l'âge. Les Français entre 55 et 59 ans sont au moins trois fois plus absents que les jeunes entre 20 et 29 ans. En Norvège, cet écart est beaucoup moins prononcé, le taux moyenne pour les années 2000-2012 est de 5,81 % pour les jeunes de 25 à 29 ans, et de 7,30 % pour les 55-59 ans.

Situation familiale

On constate un taux très élevé pour les femmes norvégiennes qui ont des enfants de moins de 6 ans (figure 2.21 à page 61). Une tendance inverse existe pour les femmes françaises (figure 3.7 à page 76). Si l'on observe les Françaises de même âge, il n'y a pratiquement pas de différence d'absence entre celles qui ont des enfants en bas âge et celles sans enfants de

165. OECD. *Panorama de la société 2006. Les indicateurs sociaux de l'OCDE*. Paris, 2007, page 97.

moins de 18 ans. En France, les mères seules ont un taux d'absentéisme plus élevé que les mères qui vivent en couple (figure 3.8 à page 76). Cet écart est particulièrement large au sein de la catégorie des personnes qui ont des enfants de moins de 6 ans. Parmi les hommes qui ont un ou plusieurs enfants à bas âge, ceux qui vivent seuls ont un taux d'absentéisme supérieur aux hommes vivant en couple. Les mêmes analyses, où l'on regarde le nombre d'enfants ensemble avec le statut de vivre en couple, ne sont pas présentés pour les données norvégiennes.

Éducation et d'autres facteurs

En France et en Norvège, l'absentéisme pour maladie baisse fortement en fonction du nombre d'années d'études. Les données françaises indiquent aussi que les ouvriers et employées sont beaucoup plus absents que les cadres. Nous ne disposons pas de telles données pour le cas de la Norvège, mais il est naturel de penser qu'une tendance similaire existe en Norvège comme en France. Une autre caractéristique observée pour la France est que le taux d'absentéisme est moins élevé pour ceux qui ont un contrat temporaire, saisonnier ou à durée déterminée. Il est intéressant de voir si cette observation est aussi valide pour la Norvège. Néanmoins, il est peu probable que cet effet d'avoir un travail plus précaire soit si prononcé en Norvège étant donné que la situation sur le marché du travail est très différente dans les deux pays.

Conclusion

Ce mémoire présente les résultats d'une étude comparative sur l'absentéisme pour raisons de santé entre la Norvège et la France. Dans l'introduction, deux questions principales de recherche ont été posées, dont la première était : « *Quelles sont les similarités et différences des systèmes d'indemnisation et de suivi entre la France et la Norvège ?* » Une hypothèse, ou supposition, de départ était que le système norvégien d'indemnisation est très généreux comparé aux autres pays, y compris la France. Les observations du mémoire affirment en effet que le système d'indemnisation norvégien est plus généreux que celui en France, comme tous les salariés sont indemnisés à 100 % du salaire pendant toute la durée du congé de maladie. Pour la France, le système d'indemnisation est assez hétérogène. Les fonctionnaires sont généralement mieux indemnisés que les salariés du secteur privé qui cependant sont souvent couverts par des conventions collectives qui leur garantissent des indemnités complémentaires. L'indemnisation est typiquement meilleure pour la première période du congé de maladie. Après un certain temps, 90 jours pour les fonctionnaires, les salariés français ne sont généralement indemnisés qu'à 50 % de leurs salaires de base. L'indemnisation d'un arrêt maladie de longue durée est alors largement inférieure en France qu'en Norvège.

En ce qui concerne le suivi des salariés au cours de leurs arrêts maladie, le système norvégien semble plus caractérisé par la confiance envers les salariés, tandis que la législation et l'administration française mettent plutôt l'accent sur les contrôles des arrêts de travail pour éviter de possibles fraudes. Le suivi des salariés est plus encadré en Norvège, par des échanges précis qui sont fixées par la loi sur l'assurance maladie et la loi sur les conditions de travail. L'accent est mis sur une collaboration étroite entre le salarié, l'employeur, le médecin traitant, l'agence nationale pour l'emploi et la protection sociale, ainsi que les services de santé au travail. En Norvège, les congés de maladie partiels sont souvent encouragés pour que le salarié puisse garder un lien avec la vie professionnelle.

La deuxième question posée dans l'introduction était : « *Dans quelle mesure une comparaison du taux d'absentéisme pour maladie est-elle possible entre la France et la Norvège, en général, et pour des longues durées en particulier ?* » Pour répondre à cette question, j'ai effectué une recherche de données statistiques en France comme en Norvège.

En ce qui concerne la Norvège, surtout deux sources ont été exploitées. Premièrement,

sur le site de *Statistikkbanken* à SSB, des tableaux statistiques peuvent être consultés, voir l'annexe 5. Ces statistiques publiques contiennent des informations sur des variables telles que l'âge, le sexe et le secteur d'activité, pour l'absentéisme total, toutes durées confondues. Deuxièmement, par mon affiliation à SSB, j'ai eu accès aux données brutes et confidentielles sur tous les arrêts maladies norvégiens qui dépassent 16 jours d'absence. Ces données de *FD-Trygd* peuvent ainsi nous renseigner sur les absences de longue durée. Par le rapprochement des données individuelles des différents registres statistiques, j'ai eu connaissance des variables qui ne figurent pas dans les statistiques publiques de *Statistikkbanken* : le degré d'éducation, l'état matrimonial, le revenu et le nombre d'enfants. Les données brutes de *FD-trygd* ne sont pas publiquement accessibles et elles nécessitent un effort informatique et statistique considérable pour faire des estimations sur le taux d'absentéisme pour différentes catégories de personnes. En plus de la complexité des données individuelles de *FD-trygd*, l'énorme quantité de données individuelles pose des exigences particulières sur le logiciel. Pour analyser ces données, j'ai développé un module en R, d'environ 2600 lignes codées. Toutes les figures qui apparaissent dans le mémoire sont créées en utilisant le logiciel R, voir l'annexe 4 pour une illustration du code employé pour créer de telles figures.

Pour le cas de la France, nous avons constaté que la France, ne possède pas de données, sur une échelle nationale, spécialement conçues pour mesurer l'absentéisme. L'enquête emploi en continu semble être la meilleure source pour connaître le taux d'absentéisme. J'ai téléchargé des données brutes du site web de l'Insee pour la période de 2003 à 2011. Cette enquête donne des informations importantes sur la situation des personnes sur le marché du travail, et elle inclut aussi des questions qui permettent de déterminer si une personne est absente pour maladie pendant toute une semaine de référence. L'enquête emploi constitue alors une source statistique pour les absences de moyenne et longue durée confondues. Pour estimer les statistiques à partir de ces données, j'ai développé du code en R.

Il existe aussi une version norvégienne de l'enquête emploi, et à *Statistikkbanken* des chiffres de cette enquête sont accessibles par année et par sexe. Il est ainsi possible de faire une comparaison directe du niveau global d'absentéisme au travail pour maladie entre les deux pays. En moyenne pour la période 2003-2011, le taux d'absentéisme, pour les personnes absentes toute une semaine de référence, est généralement plus élevé en Norvège (3,77 %) qu'en France (2,92 %). Ce constat vaut pour les deux sexes, mais il y a surtout un large écart de l'absentéisme entre les norvégiennes (4,52 %) et les françaises (3,32 %). En comparant l'absentéisme en France et en Norvège avec les autres pays nordiques, on constate que ce

n'est pas la France qui a un taux d'absentéisme très bas, mais c'est surtout la Norvège qui présente des taux élevés. Ce constat est confirmé par d'autres études.

Les maladies professionnelles et les accidents du travail sont souvent associées aux congés de longue durée, et sont à cet égard intéressantes. En ce qui concerne la législation des maladies professionnelles, il y a une dissemblance claire entre les deux pays. En France, une liste détaillée et très spécifique détermine la presque totalité des maladies professionnelles qui sont reconnues comme telles. La législation norvégienne des maladies professionnelles est, contrairement à la législation française, assez inconstant et très rarement mise à jour. Un manquement notable de la législation norvégienne est l'omission des troubles musculo-squelettiques, ainsi que des troubles psychiques. Ces troubles peuvent être reconnus comme maladies professionnelles par la législation française. Les statistiques françaises montrent en effet une forte progression des troubles musculo-squelettiques parmi les maladies reconnues comme professionnelles, une progression qui généralement est expliquée par une baisse de la sous-déclaration de ces troubles. Aussi bien en Norvège qu'en France, des études indiquent en effet qu'il y a une large sous-déclaration des maladies professionnelles et des accidents du travail.

Finalement, j'ajoute quelques remarques sur les limitations de ce mémoire. D'abord, il faut constater que les données statistiques françaises, ainsi que les études statistiques françaises, en matière d'absentéisme pour maladie ne sont pas très nombreuses. Pour cette raison, le mémoire présente davantage les statistiques norvégiennes. En particulier, le mémoire n'inclut pas de statistiques sur l'absentéisme de longue durée en France. En Norvège, il y a une large communauté scientifique qui contribue à la recherche sur différents aspects de l'absentéisme. Cette situation peut être expliquée par la plus grande attention au sujet d'absentéisme en Norvège.

Au lieu d'essayer de prendre en compte toute la recherche en matière d'absentéisme pour maladie, j'ai choisi une approche plus pragmatique centrée sur mes propres analyses statistiques, celles qui sont présentées dans les chapitres II et III. Je me suis appuyé exclusivement sur la recherche norvégienne et française pour commenter ou discuter mes propres analyses. J'ai exploré les interactions entre variables telles que l'âge, le sexe et l'éducation. Cette exploration, je l'ai faite au moyen de tableaux et figures, au lieu de présenter des estimations d'une méthode de régression. J'ai pris soin que la présentation soit ouverte à une audience plus large que des personnes qui sont habituées aux analyses quantitatives.

Termes spécifiques norvégiens traduits en français

Sykefravær - *Absence au travail pour raisons de santé, absentéisme au travail pour maladie, arrêt maladie, congé de maladie*

Egenmeldt sykefravær - *Congé maladie auto-déclarée (sans avis médical)*

En Norvège, sans présenter un certificat médical, l'employé informe son employeur qu'il ne peut pas travailler à cause d'une maladie ou d'un accident.

Legemeldt sykefravær - *Congé maladie avec attestation médical*

Langtids sykefravær - *Absence au travail de longue durée pour raisons de santé*

Uføretrygd - *Pension d'invalidité*

Inkluderende arbeidsliv (IA) - *Vie professionnelle inclusive*

Avtalen for et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) - *L'accord pour une vie professionnelle inclusive*

Sykepenger - *Indemnités journalières maladie*

Dagpenger - *Allocation chômage*

Ventelønn - *Compensation de salaire*

Attføring - *Rééducation professionnelle*

Arbeidsforhold - *Conditions de travail*

Gradert sykemelding - *Congé maladie de temps partiel*

Arbeidskraftundersøkelse (AKU) - *Enquête sur les forces de travail*

Muskel- og skjelettlidelser - *Troubles musculo-squelettiques*

Aktiv sykemelding - *Congé de maladie actif*

Arbeidsavklaringspenger - *Indemnité de rééducation et d'évaluation de capacité de travail*

Repères chronologiques sur la législation et les changements d'organisations

2001	octobre	Accord pour une vie professionnelle inclusive (<i>IA-avtalen</i>) signé entre les partenaires sociaux norvégiens.
2004	1 ^{er} juillet	Resserrement de la réglementation norvégienne sur les congés maladie. Au lieu des congés dits actifs, qui sont désormais limités, des congés maladies partiels sont encouragés.
2004	août	Importante réforme de l'Assurance maladie en France. Instaure un contrôle renforcé des prescripteurs et bénéficiaires d'indemnités journalières
2005		Renouvellement de l'accord norvégien pour une vie professionnelle inclusive pour la période 2006-2009.
2006	1 ^{er} juillet	Création de NAV en Norvège.
2006-2011		Création de bureaux de NAV (<i>NAV kontor</i>) dans chaque municipalité en Norvège.
2009		Renouvellement de l'accord pour une vie professionnelle inclusive (2010-2013).
2011	1 ^{er} juillet	Changement dans la législation norvégienne pour un meilleur suivi de la personne en congé de maladie.
2012	1 ^{er} janvier	Un jour de carence pour les fonctionnaires français a été installé dès le premier janvier 2012, ainsi qu'une baisse du plafonnement des indemnités journalières, à 1,8 fois le salaire minimum de croissance (SMIC)

Bibliographie

La législation, la prévention et le suivi des arrêts maladies

France

BUISSON, Jean-René, Jean-François NATON, Henri FOREST, Denis MONNEUSE, Anne-Marie WASER, Thierry DEBRAND, Thierry RIBAUT, Pauline GIVORD et Marie-Hélène ROYFE. “Absentéisme : le débat est ouvert”. *Travail & changement* (2010).

INRS. *Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole*. Rap. tech. 2012 (cf. p. 37, 38, 77).

JAUNEAU, Yves. “Portrait statistique des principales conventions collectives de branche en 2009”. *Dares Analyses* 17 (mar. 2012).

Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale (président Noël Diricq). 2011 (cf. p. 79, 81, 82).

SECUREX. *Livre blanc : Agir face à l'absentéisme en France*. 2011.

ZANARDELLI, Mireille, Anne-Sophie GENEVOIS et Thierry MAZOYER. “L'absentéisme au travail : un phénomène multidimensionnel ?” *Les cahiers du CEPS / INSTEAD : Population & Emploi* (2011).

Norvège

BRAGE, Søren et Inger Cathrine KANN. *Fastlegers sykmeldingspraksis II : Regelendringer og legeprogrammet*. Rap. tech. Rapport 06. Rikstrygdeverket, 2006 (cf. p. 44).

DØLVIK, JE. *Grunnpilarene i de nordiske modellene. Et tilbakeblikk på arbeidslivs- og rehabiliteringstjenester*. Rap. tech. FAFO, 2013 (cf. p. 30).

FINANSNÆRINGS FELLESORGANISASJON. *DAYSYS-rapport 2012. Årsaksstatistikk i yrkeskadeforsikring*. 2012 (cf. p. 63, 64).

Grunnlag for videre IA-samarbeid – erfaringer og anbefalinger. Rapport fra en partssammensatt arbeidsgruppe 26. juni 2013. 2013 (cf. p. 30).

- JOHANSEN, Grete, Gladys SANCHEZ et Liv HAUGEN. “Sykefravær og uførepensjonering”. *NOU Norges offentlige utredninger* 27 (2000) (cf. p. 28).
- KJUUS, Helge, E. FALKUM, B.E. MOEN, H.P. WAAGE, H.L. LEIRA, B. ULVESTAD, J.V. HAANES, E. VIKARI-JUNTURA et I.S MEHLUM. *Yrkessykdommer*. 2008 (cf. p. 20, 31, 32, 62, 65, 88).
- MYKLETUN, Arnstein et Beate BRINCHMANN. *Effekter av tiltak under IA-avtalen. Rapport fra forskermøte på oppdrag fra Arbeidsdepartementet*. Rap. tech. 2013, p. 62 (cf. p. 30, 87).
- NAV. *Brosjyre : Lovendringer 1. juli 2011 : Tidligere oppfølging av sykmeldte*. 2012 (cf. p. 26).
- OBSERVATOIRE EUROPÉEN DE L’EMPLOI. “L’accord norvégien »Pour une vie professionnelle inclusive « (Inkluderende arbeidsliv, IA)”. *Bilan : printemps 2005*. 2005 (cf. p. 28).
- OSE, Solveig Osborg. *Kunnskap om sykefravær : nye norske bidrag*. Rap. tech. A14516. Sintef, 2010 (cf. p. 11, 19).
- OSE, Solveig Osborg, Anne Mette BJERKAN, Ivar PETTERSEN, Karl-Gerhard HEM, Arild JOHNSEN, Jan LIPPESTAD, Bård PAULSEN, Tone O MO et per Øystein SAKSVIK. *Evaluering av IA-avtalen (2001-2009)*. Rap. tech. A11947. Sintef, 2009.
- OSE, Solveig Osborg, Karin DYRSTAD, Rune SLETTEBAK, Roland MANDAL, Jan LIPPESTAD, Ingunn BRATTLID et Heidi JENSEBERG. *Evaluering av IA-avtalen (2010-2013)*. SINTEF Rapport A24444. 2013 (cf. p. 30).
- OSE, Solveig Osborg, Silje L KASPERSEN, Silje Haus REVE, Roland MANDAL, Heidi JENSEBERG et Jan LIPPESTAD. *Sykefravær – gradering og tilrettelegging*. Rap. tech. A22397. Sintef, 2012 (cf. p. 26).
- Tiltak for reduksjon i sykefravær : Aktiviserings og nærværsreform, 27.11 2009. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet*. 2010 (cf. p. 41).

Données et registres statistiques

France

- ANSIEAU, Dominique, Pascale BREUIL-GENIER et Jean-Michel HOURRIEZ. “Préface : Le Panel européen : une source statistique longitudinale sur les revenus et les conditions de vie des ménages”. *Économie et Statistique* (2002) (cf. p. 23).

Sources et méthodes : Enquête Emploi en continu. Rap. tech. Insee, 2011.

Norvège

AKSELSEN, Anders, Sandra LIEN et Øyvind SIVERTSTØL. “FD - Trygd variabelliste”. *SSB-notat* 17 (2007) (cf. p. 13).

Statistiques sur l’absentéisme

France

ALI, Mohamed, Ben HALIMA et Thierry Debrand IRDES. “Arrêts maladie : comprendre les disparités départementales”. *IRDES, Document de travail* 39 (2011).

CHAUPAIN-GUILLOT, Sabine et Olivier GUILLOT. “Les absences au travail : une analyse à partir des données françaises du Panel européen des ménages”. *Économie et Statistique* 408-409 (2007), p. 45–80 (cf. p. 23).

EUZENAT, Damien. “L’exposition des salariés aux accidents du travail en 2007”. *Dares Premières Informations et Premières Synthèses* 50.2 (2010) (cf. p. 77, 78).

— “L’exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007”. *Dares Analyses* 056 (2010) (cf. p. 77, 79–81).

EXPERT, AUDE. “Les disparités géographiques de consommation d’indemnités journalières maladie”. *Points de repère* 11 (2007).

GISSLER, Eric, Thérèse ROQUEL, Daniel LEJEUNE et François MERCERUEA. *Les dépenses d’indemnités journalières.* Rap. tech. IGF et IGAS, 2003.

HALIMA, Mohamed Ali Ben, Thierry DEBRAND et Camille REGAERT. “Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? Premières exploitations de la base Hygie”. *Questions d’économie de la santé* 177 (2012) (cf. p. 23, 71).

INAN, Ceren. “Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail”. *Dares Analyses* 009 (2013) (cf. p. 21, 70, 72, 75, 93).

INRS. *Statistiques 2010.* Rap. tech. 2010, p. 1–7 (cf. p. 79).

— *Statistiques accidents du travail et maladies professionnelles du BTP.* Rap. tech. 2011. *Le Journal du Net : Les chiffres de l’absentéisme.* Téléchargé le 19 février 2013. 2007.

PAÏTA, Michel et Alain WEILL. “Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007”. *Points de repère de l’Assurance Maladie* 20 (2009).

Photographie statistique des accidents de travail, de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2011. Des tendances d'évolution différenciées pour les femmes et les hommes. 2013 (cf. p. 78, 80).

VALLIER, Nathalie, Benoît SALANAVE et Alain WEILL. “Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée”. *Points de repère de l'Assurance Maladie* 1 (2006).

Norvège

AMUNDRUD, Øystein et Irene TUVENG. *SSB notat : Utredning av utvalgsplan for sentral sykefraværstatistikk.* Rap. tech. 1997.

BRAGE, Søren, Camilla IHLEBÆK, Bård NATVIG et Dag BRUUSGAARD. “Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser”. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 130 (2010), p. 2369–70 (cf. p. 49).

BRAGE, Søren, Inger Cathrine KANN et Ola THUNE. “Er det slik at få individer står for det meste av sykefraværet?” *Arbeid og velferd* 3 (2013), p. 49–55 (cf. p. 9, 52, 92).

BRAGE, Søren, Jon Petter NOSSEN, Inger Cathrine KANN et Ola THUNE. “Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000-2011”. *Arbeid og velferd* 3 (2012), p. 24–37.

BRAGE, Søren, Jon Petter NOSSEN et Ola THUNE. “Flere blir sykmeldt for symptomer og plager”. *Arbeid og velferd* 2 (2013), p. 76–86 (cf. p. 48, 49).

FLITTIG, Else Helena. *SSB notat : Notat om sykefraværstatistikk.* Rap. tech. 1993.

FURUBERG, Jorunn, Xu Cong QIU et Ola THUNE. “657 000 tapte årsverk i 2012”. *Arbeid og velferd* 2 (2013), p. 60–68 (cf. p. 83, 84).

GRAVSETH, Hans Magne, Ebba WERGELAND et Johan LUND. “Underrapportering av arbeidsskader til Arbeidstilsynet”. *Tidsskrift for den norske legeforening* 15 (2003), p. 2057–9 (cf. p. 33, 66).

HILT, B, K KVENILD et S STENERSEN. “Arbeidsrelaterte sykdommer i allmennpraksis”. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 177 (2012) (cf. p. 65).

OYEFLATEN, Irene, Stein Atle LIE, Camilla M IHLEBAEK et Hege R ERIKSEN. “Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. - A 4-year follow-up of patients participating in a work-related rehabilitation program.” *BMC public health* 12.1 (sept. 2012).

SUNDELL, Therese. *Utviklingen i sykefraværet, 2. kvartal 2012.* NAV notat. 2012 (cf. p. 41, 50).

- WESTIN, Steinar (NTNU). “Mer meningsfull sykefraværstatistikk. En utfordring til Statistisk sentralbyrå og NAV”. *Samfunnsøkonomen* 3 (2010), p. 24–28.
- WINDE, Lee D, Kristina ALEXANDERSON, Benedicte CARLSEN, Linnea KJELDGAARD, Anna Löfgren WILTEUS et Sturla GJESDAL. “General practitioners’ experiences with sickness certification : a comparison of survey data from Sweden and Norway.” *BMC family practice* 13 (2012).
- WINDE, Lee, Inger HAUKENES, Øystein HETLEVIK et Sturla GJESDAL. “Fastlegetilhørighet og sykefravær – en registerbasert studie”. *Tidsskrift for den norske legeforening* 1.133 (2013), p. 28–32.

L’absentéisme chez les femmes

- DØRHEIM, S, B BJORVATN et M EBERHARD-GRAN. “Sick leave during pregnancy : a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population”. *BJOG* 120.5 (2013), p. 521–30 (cf. p. 45).
- KOSTØL, Andreas Ravndal et Kjetil TELLE. “Sykefraværet i Norge de siste tiårene. Det handler om kvinnene”. *Samfunnsøkonomen* 1 (2011) (cf. p. 45).
- MYKLEBØ, Sigrid et Ola THUNE. “Sykefravær blant gravide”. *Arbeid og velferd* 2 (2010), p. 54–59 (cf. p. 45).
- MYKLETUN, Arnstein, Kjell VAAGE, Miriam EVENSEN et Katrin HAGEN. *Rapport etter ekspertmøtet om årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær*. Oppdrag fra Arbeidsdepartementet. 2012 (cf. p. 45).

Recherche sur les possibles causes de l’absentéisme

- BERNSTRØM, Vilde Hoff et Lars Erik KJEKSHUS. “Leading during change : the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust”. *BMC public health* 12 (2012).
- BJØRNSTAD, Roger. “Økt sykefravær kan forklares med økt sysselsetting”. *Samfunnsøkonomen* 3 (2010), p. 4–12.
- BYE, Torstein, Christoffer BERGE et Helge NÆSHEIM. “Det komplekse sykefraværet”. *Samfunnsøkonomen* 3 (2010), p. 29–34.

- FEVANG, E, S MARKUSSEN et K RØED. “The Sick Pay Trap”. *Journal of Labour Economics* (2013) (cf. p. 92).
- HARUNG, Silvia Tatjana. *Årsaker til sykefravær*. Masteroppgave i samfunnsøkonomi. 2010.
- KANN, Inger Cathrine, Søren BRAGE, Arne KOLSTAD, Jon Petter NOSSEN et Ola THUNE. “Har gradert sykmelding effekt på sykefraværet?” *Arbeid og velferd* 2 (2012), p. 60–70 (cf. p. 41).
- MARKUSSEN, Simen. “2004 : Da sykefraværet falt som en stein”. *Samfunnsøkonomen* 3 (2010), p. 18–23.
- MARKUSSEN, Simen, Knut RØED, Ole J RØGEBERG et Simen GAURE. “The anatomy of absenteeism.” *Journal of health economics* 30.2 (2011), p. 277–92.

L’absentéisme et les conditions de travail

- AFSA, Cédric et Pauline GIVORD. *Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie*. Rap. tech. Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 2006.
- FOSS, Line, Hans Magne GRAVSETH, Petter KRISTENSEN, Bjørgulf CLAUSSEN, Ingrid Siveind MEHLUM, Stein KNARDAHL et Knut SKYBERG. “Inclusive working life in Norway” : a registry-based five-year follow-up study”. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 8.19 (2013) (cf. p. 87).
- “The impact of workplace risk factors on long-term musculoskeletal sickness absence : a registry-based 5-year follow-up from the Oslo health study.” *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 53.12 (déc. 2011), p. 1478–82 (cf. p. 20).
- FOSS, Line, Hans Magne GRAVSETH, Petter KRISTENSEN, Bjørgulf CLAUSSEN, Ingrid Siveind MEHLUM et Knut SKYBERG. “Risk factors for long-term absence due to psychiatric sickness : a register-based 5-year follow-up from the Oslo health study.” *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 52.7 (2010), p. 698–705.
- FOSS, Line et Knut SKYBERG. *Sykefravær i ulike bransjer : Utvikling i sykefravær og uførhet i lys av individuelle faktorer og forhold ved arbeidsplassen*. STAMI-rapport 18. 2008 (cf. p. 9, 20).

KRISTENSEN, Petter, Karina CORBETT, Ingrid Sivesind MEHLUM et Tor BJERKEDAL. “Impact of aerobic fitness on musculoskeletal sickness absence 5-15 years later : a cohort study of 227,201 male Norwegian employees.” *Occupational and environmental medicine* 69.4 (2012), p. 250–5.

MEHLUM, IS. “Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert?” *Tidsskrift for den norske legeforening* 6 (2011).

Comparaisons internationales

BERGE, Christoffer. “Internasjonal sammenligning av sykefravær”. *Økonomiske analyser* 2 (2012), p. 24–29 (cf. p. 19, 86).

BERGE, Christoffer, Jørgen Holck JOHANNESEN et Helge NÆSHEIM. *Internasjonal sammenligning av sykefravær. Er Arbeidskraftundersøkelsene egnet som datakilde ?* 2012.

CHAUPAIN-GUILLOT, Sabine et Olivier GUILLOT. “Les absences au travail en Europe. Quel impact du régime d’indemnisation maladie et de la législation de l’emploi sur les comportements des salariés.” *Travail et Emploi* 120 (2009) (cf. p. 23, 86, 91).

CHAUPAIN-GUILLOT, Sabine et Olivier GUILLOT. “Les déterminants individuels des absences au travail : une comparaison européenne”. *Documents de travail* 17 (2010) (cf. p. 23).

EIDE, Arne H., Karl-Gerhard HEM et Nora GIBB. *Sykelønnsordninger i Europa*. Rap. tech. Sintef Unimed, 1999.

GIMENO, D, F G BENAVIDES, J BENACH et B C AMICK. “Distribution of sickness absence in the European Union countries.” *Occupational and environmental medicine* 61.10 (2004), p. 867–9 (cf. p. 23).

HEYMANN, Jody, Hye Jin RHO, John SCHMITT et Alison EARLE. *Contagion Nation : A Comparison of Paid Sick Day Policies in 22 Countries*. Rap. tech. May. Center for economics et policy research, 2009.

OCDE. “Absentéisme pour maladie”. *Panorama de la société 2006 : Les indicateurs sociaux de l’OCDE*. Éditions OC. 2007 (cf. p. 90).

OECD. *Mental Health and Work : Norway*. Paris, 2013 (cf. p. 91).

— *Panorama de la société 2006. Les indicateurs sociaux de l’OCDE*. Paris, 2007 (cf. p. 94).

— *Sickness , Disability and Work : Keeping on track in the economic downturn*. Rap. tech. May. Stockholm, 2009.

PERACCHI, Franco. "The European Community Household Panel : A review". *Empirical Economics* 27.1 (2002), p. 63–90.

Sites internet

France

ASSURANCE MALADIE. *Données statistiques de l'Assurance maladie*. URL : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/index.php>.

Convention collective de Syntec. URL : <http://www.syntec.fr/content/view/10/16>.

Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif. URL : http://www.fehap.fr/jcms/cpe_5515/texte-de-la-ccn-51.

INSÉE. *Enquête emploi : description de l'enquête et téléchargement des fichiers détails*. URL : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=fd-ee11.

SITE OFFICIEL DE L'ADMINISTRATION FRANÇAISE. *Arrêt de travail pour maladie dans le secteur privé*. URL : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N526.xhtml>.

— *Arrêt de travail pour maladie dans le secteur public*. URL : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N512.xhtml>.

Norvège

Lov om behandling av personopplysninger (Loi norvégienne sur les données personnelles). URL : <http://www.lovdato.no/all/h1-20000414-031.html>.

SSB. *About the historical event database FD-Trygd*. URL : http://www.ssb.no/a/english/mikrodata_en/datasamling/fdtrygd_en.html.

SSB, Statistikkbanken. *Tableaux statistiques détaillés sur plusieurs domaines : démographie, santé, emploi, ...* URL : <https://www.ssb.no/statistikkbanken>.

International

EUROFOND. *Enquête européenne sur les conditions de travail – les résultats cartographiés*. URL : http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/results_fr.htm.

Annexes

Annexe 1

Fiche norvégienne - congé maladie auto-déclarée

- Egenmelding om sykefravær
 Egenmelding om fravær pga. barns/barnepassers sykdom

Skal fylles ut for 1-3 dagers fravær*)

Navn	
Fødselsdato	Stilling
Arbeidssted	Fravær fra og med til og med
<input type="checkbox"/> Jeg erklærer at fraværet skyldes egen sykdom **).	
<input type="checkbox"/> Jeg erklærer at fraværet skyldes sykdom hos barn/barnepasser.	
Dato	Underskrift

Forevist nærmeste overordnede	Dato	Underskrift
----------------------------------	------	-------------

*) Reglene om beregning av fravær finnes i Fellesbestemmelsene som står i Statens personalhåndbok.

***) Mener du fraværet har forbindelse med arbeidssituasjonen, skal du levere en melding i lukket konvolutt til verne- og helsepersonalet eller - hvis det ikke finnes - til den i virksomheten som har ansvaret for å følge opp sykefraværet.

Fiche norvégienne, traduction des termes norvégiens en français

- *Egenmelding om sykefravær* : Auto-déclaration d'absence maladie
- *Egenmelding om fravær pga. barns/barnepassers sykdom* : Auto-déclaration d'absence à cause de maladie de son enfant ou de la bonne d'enfant.
- *Skal fylles ut for 1-3 dagers fravær* : À remplir pour 1-3 jours d'absence
- *Navn* : Nom
- *Fødselsdato* : Date de naissance
- *Stilling* : Emploi/profession
- *Arbeidssted* : Lieu de travail
- *Jeg erklærer at fraværet skyldes egen sykdom* : Je déclare que l'absence est due à une maladie personnelle **).
- *Jeg erklærer at fraværet skyldes sykdom hos barn/barnepasser* : Je déclare que l'absence est due à la maladie de mes enfants ou de la bonne d'enfants.
- *Underskrift* : Signature

Annexe 2

Règlement norvégien sur les maladies professionnelles - § 1 Les maladies professionnelles ayant un égalité des droits avec les accidents du travail¹⁶⁶

- A. Les maladies causées par une intoxication ou d'autres influences chimiques.
- B. Pathologies dermatologiques et maladies pulmonaires causées par des réactions allergiques ou idiosyncrasiques.
- C. Les maladies causées par l'énergie du rayonnement.
- D. La perte d'audition due au bruit des machines, des outils, des processus, ou d'autre chose.
- E. Les maladies pulmonaires causées par l'influence de substances finement divisées.
- F. Les maladies des bras et des mains, y compris le syndrome vasospastique dans les mains et les neuropathies, lorsque la maladie est déclenchée par les vibrations transmises par les machines vibrantes, des outils à air comprimé, marteaux, etc.
- G. Maladies causées par les changements de pression barométrique sous certaines conditions de travail parmi les plongeurs, pilotes ou d'autres professions. Il est également inclus des dommages au système nerveux central, et des maladies causées par des conditions pendant un séjour dans une chambre de pression.
- H. Les maladies causées par l'infection
 - 1. tout en travaillant dans un laboratoire travaillant avec des agents infectieux.
 - 2. lors de travaux sur le médecin ou le bureau de dentiste, des services sociaux, dans les établissements médicaux, des institutions sociales et de sensibilisation, orphelinat, personnes âgées, etc ou d'autres professions où l'activité se passe dans les environnements ayant une maladie ou une infection particulière. Les maladies suivantes sont couvertes :
 - (a) la tuberculose,
 - (b) la poliomyélite avec paralysie,
 - (c) la diphtérie,

¹⁶⁶. *Forskrift om yrkessykdommer, klimasykdommer og epidemiske sykdommer som skal likestilles med yrkesskade.*

- (d) la fièvre typhoïde,
- (e) paratyphoïde A,
- (f) la jaunisse infectieuse,
- (g) mononucléose infectieuse,
- (h) d'autres maladies infectieuses, lorsque la victime ont une complication du cerveau ou de la moelle épinière, du cœur, des reins ou des articulations,
- (i) l'hépatite sérique et les maladies infectieuses, obtenu par la même manière, y compris le sida et l'infection à VIH,
- (j) para typhoïde B, d'autres affections de salmonellose et la dysenterie lorsque la maladie est suivie par un état prolongé de porteur,
- (k) l'infection par le staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM).

3. lorsque vous travaillez avec des animaux ou des plantes souffrant d'une infection causée par ce pathogène, ou lorsque vous travaillez avec des produits d'origine animale ou végétale qui sont infectés par l'agent infectieux.

I. Les maladies de la vaccination dans le cadre d'une profession.

Annexe 3

Les maladies professionnelles dans la législation française.

Tableau 98 du régime général : Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes

Désignation de la maladie Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.

Délai de prise en charge et durée minimale d'exposition au risque 6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans).

Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués :

- dans le fret routier, maritime, ferroviaire, aérien ;
- dans le bâtiment, le gros œuvre, les travaux publics ;
- dans les mines et carrières ;
- dans le ramassage d'ordures ménagères et de déchets industriels ;
- dans le déménagement, les garde-meubles ;
- dans les abattoirs et les entreprises d'équarrissage ;
- dans le chargement et le déchargement en cours de fabrication, dans la livraison, y compris pour le compte d'autrui, le stockage et la répartition des produits industriels et alimentaires, agricoles et forestiers ;
- dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux incluant la manutention de personnes ;
- dans le cadre du brancardage et du transport des malades ;
- dans les travaux funéraires.

Annexe 4

Exemple de l'utilisation du logiciel R pour créer des graphiques

```
## Définition d'une fonction pour créer la figure 2.3 :
##      L'absence pour femmes en pourcentage des absences pour hommes
##      avec ajustement pour des variations saisonniers et grippales.
PlotRatioFemmesHommes <- function(sexe=c("Menn", "Kvinner"),
                                   types=c("Egenmeldt og legemeldt", "Legemeldt")) {

  ## Lire les données de Statistikkbanken,
  ##      et les garder dans un format de "data.frame"
  filename <- "../Data/ssb_sykefravSesongInfluenzaJustert.csv"
  dat <- read.table(filename, sep="\t", header=TRUE)
  dat[,1] <- factor(FillStringVector(dat[,1]))
  dat[,2] <- factor(FillStringVector(dat[,2]))

  ## Déterminer quelle lignes dans les données qui sont des femmes ou des hommes
  ind.hommes <- dat$Sexe == "Menn"
  ind.femmes <- dat$Sexe == "Kvinner"

  ## Représenter année + trimestre comme une variable numerique
  ##      (2000.25, 2000.50, 2000.75, ...)
  ans <- as.integer(substring(as.character(dat$An), first=1, last=4))
  trimestre <- as.integer(substring(dat$An,first=6))
  dat$AnNum <- ans + (trimestre-1)/4

  ## Sauvegarder toutes les variables nécessaires dans un format de data.frame
  mat <- data.frame(Type=dat$Type[ind.femmes],
                    AnNum=dat$AnNum[ind.femmes],
                    An=dat$An[ind.femmes],
                    Diff=dat$Absence[ind.femmes] - dat$Absence[ind.hommes],
                    Ratio=100*dat$Absence[ind.femmes]/dat$Absence[ind.hommes])
}
```

```

## Les couleurs pour les trois lignes
couleurs <- c("grey20", "steelblue", "red3")

## Créer l'axe X, et déterminer les valeurs minimales et maximales
## pour les deux axes
plot(1,1, xlim=c(2000.25,2012.25), ylim=c(110,180), type="n", xlab="",
     ylab="", bty="l", yaxt="n")

## Créer l'axe Y
posy <- axis(2,labels=FALSE)
axis(2, at=posy, labels=paste(posy, "%", sep=""))
print(paste(posy, "%", sep=""))

## Ajouter des lignes horizontales en gris
for (h in c(120,140,160))
  abline(h=h,col="grey")

## Ajouter trois lignes pour les trois types de congé de maladie
types.all <- c("Egenmeldt og legemeldt", "Legemeldt", "Egenmeldt")
for (i.type in 1:3) {
  ind.type <- mat$Type == types.all[i.type]
  lines(mat$AnNum[ind.type], mat[ind.type,"Ratio"], type="l",
        col=couleurs[i.type], cex=3, lwd=4)
}

## Ajouter une légende à la figure
legend.txt <- c("Toutes absences","Certificat médical",
              "Sans certificat médical")
legend("topleft", legend.txt, lty=1, lwd=4, col=couleurs, bty="n", xpd=TRUE,
      inset=c(0.025,-0.1))
}

```

Annexe 5

Illustration de l'utilisation du site web de *Statistikkbanken* à SSB pour extraire des statistiques norvégiennes sur l'absentéisme au travail pour maladie

1. Sur le site de *Statistikkbanken* à SSB, <https://www.ssb.no/statistikkbanken>, il faut d'abord choisir le thème « Absentéisme au travail pour maladie » (*Sykefravær*), parmi les différents thèmes proposés. La page web dédiée à ce thème se voit à la page 118, et consiste de nombreux tableaux statistiques sur l'absentéisme au travail pour maladie.
2. Un de ces tableaux peut ensuite être sélectionné. À page 119, le tableau « Absentéisme au travail pour maladie selon le sexe et type d'absentéisme, ajusté ou non pour des variations saisonnières » (*Sykefravær, etter kjønn og type sykefravær. Sesongjustert*), est présenté tel qu'il se voit sur le site de *Statistikkbanken*.
3. Sur cette page web, il est ensuite possible de créer sa propre sélection des variables, des sous-groupes ou des catégories. Dans le tableau à page 119, on pourrait par exemple choisir « taux d'absentéisme, ajusté pour des variations saisonnières » (*Sykefraværsprosent, sesongjustert*), « deux sexes ensemble » (*Begge kjønn*), « absences auto-déclarées et avec attestation médicale » (*Egenmeldt og legemeldt*) et « deuxième trimestre de 2013 » (*2013K2*).

Forsiden > [Arbeid og lønn](#) > Sykefravær

STATISTIKKBANKEN

[Les artikkel som beskriver tallene](#) | [Velg andre tabeller](#)

Sykefravær

Lag egne tabeller og figurer

- 1 Velg tabell som inneholder de variablene du ønsker
- 2 Velg verdier fra ulike variabler
- 3 Se din skreddersydde tabell, eksporter eller lagre

[Logg inn](#)

Velg tabell		
07905:	Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter kjønn og næring (SN2007) (prosent) (K)	(2008K1-2013K2)
03218:	Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter kjønn og alder (prosent) (K)	(2000K2-2013K2)
08320:	Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter bostedsfylke, kjønn og alder (F)	(2000K2-2013K2)
08321:	Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter bostedsfylke, kjønn og næring (SN2007) (F)	(2008K1-2013K2)
08322:	Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter kjønn og fingeruppert næring (SN2007)	(2008K1-2013K2)
08323:	Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter bostedskommune og kjønn (K)	(2000K2-2013K2)
07869:	Sykefravær for arbeidstakere, etter kjønn, næring (SN2007) og type sykefravær (prosent)	(2001-2012)
08720:	Sykefravær for arbeidstakere, etter kjønn, næring (SN2007) og type sykefravær (prosent)	(2000K2-2013K2)
09040:	Sykefravær for arbeidstakere, etter kjønn, næring (SN2007) og sektor (prosent)	(2008K1-2013K2)
09665:	Sykefravær, etter kjønn og type sykefravær. Sesongjustert og ikke-sesongjustert (prosent)	(2000K2-2013K2)
09041:	Sykefravær for arbeidstakere, etter arbeidsstedsfylke og kjønn (prosent) (F)	(2008K1-2013K2)
08821:	Sykefravær for arbeidstakere, etter varighet i kvartalet og type sykefravær	(2001K4-2013K2)
08679:	Sykefravær ifølge Arbeidskraftundersøkelsen (AKU), etter kjønn (prosent)	(1972-2012)

Avslutta tidsserier

06509:	Legemeldt sykefravær, etter kjønn og næring (SN2002) (avslutta serie)	(2002K4-2008K4)
06798:	Legemeldt sykefravær, etter kjønn og næring (SN2002) (avslutta serie)	(2000K2-2002K3)
03217:	Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter kjønn og næring (SN2002) (prosent) (K) (avslutta serie)	(2000K2-2008K4)
08752:	Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter kjønn og fingeruppert næring (SN2002) (avslutta serie)	(2000K2-2008K4)
08724:	Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter bostedsfylke, kjønn og næring (SN2002) (F) (avslutta serie)	(2000K2-2008K4)
03386:	Legemeldt sykefravær for arbeidstakere, etter næring (SN2002) og bedriftsstørrelse (avslutta serie)	(2001-2008)
06433:	Legemeldte sykefraværstilfeller som er aktive i kvartalet, etter kjønn, varighet og alder (avslutta serie)	(2000K2-2008K4)
06432:	Legemeldte sykefraværstilfeller som er aktive i kvartalet, etter kjønn, varighet og næring (SN2002) (avslutta serie)	(2000K2-2008K4)
04716:	Sykefravær for arbeidstakere, etter kjønn, næring (SN2002) og type sykefravær (prosent) (avslutta serie)	(2000K2-2008K4)
04717:	Sykefravær for arbeidstakere, etter kjønn, næring (SN2002) og type sykefravær (prosent) (avslutta serie)	(2001-2008)

Noen tabeller har en bokstav i parentes. Denne bokstaven viser laveste regionsnivå tall er gitt på.

(F)=fylke, (K)=kommune, (G)=grunnkrets, (B)=bydel, (T)=Tettsted

I noen tilfeller finnes det eldre tall i statistikkens arkiv [Gå til alle publiseringer av statistikken](#)

[Forsiden](#) > [Arbeid og lønn](#) > Sykefravær

STATISTIKKBANKEN

[Les artikkel som beskriver tallene](#) | [Velg andre tabeller](#)

Sykefravær

Lag egne tabeller og figurer

- 1 Velg tabell som inneholder de variablene du ønsker
- 2 Velg verdier fra ulike variabler
- 3 Se din skreddersydde tabell, eksporter eller lagre

Tabell: 09665: Sykefravær, etter kjønn og type sykefravær. Sesongjustert og ikke-sesongjustert (prosent)

[Min tabell](#) | [Velg via søk](#) | [Velg via grupper](#) | [Informasjon](#)
[Hvordan velge variabler og verdier?](#) | [Logg inn](#)

Statistikkvariabel 1 av 7

- Sykefraværprosent ikke-sesongjustert - Enhet prosent
- Sykefraværprosent sesongjustert - Enhet prosent
- Sykefraværprosent sesong- og influensajustert - Enhet prosent
- Sykefraværprosent ikke-sesongjustert Prosentvis endring fra året før - Enhet prosent
- Sykefraværprosent ikke-sesongjustert Prosentpoeng endring fra året før - Enhet prosentpoeng
- Sykefraværprosent sesongjustert Prosentvis endring fra kvartalet før - Enhet prosent

Kjønn 0 av 3 | Type sykefravær 0 av 3 | Kvartal 1 av 53

Børne kjønn
 Menn
 Kvinner

Fønmeldt og lejemeldt
 Fønmeldt
 Lejemeldt

2013K2
 2013K1
 2012K4
 2012K3
 2012K2
 2012K1

Du har inntil videre valgt maks 3 celler. Klikk på 'Vis tabell' for å se tabellen.

I noen tilfeller finnes det eldre tall i statistikkens arkiv [Gå til alle publiseringer av statistikken](#)