

■ Une stabilisation de l'absentéisme à 7,9 % en 2005

■ L'âge, le sexe et la filière : facteurs discriminants des niveaux d'absences

■ Une part croissante des TMS⁽¹⁾ et des troubles psychologiques dans les accidents de service

(1) Troubles musculo-squelettiques

Avec un taux d'absentéisme de 7,9 %, 2005 confirme la tendance observée au cours des quatre années précédentes. Depuis 2002, le taux d'absentéisme pour raison de santé semble se stabiliser. En 2005, toutes natures d'arrêts confondus, 7,9 % du temps de travail est perdu. Avec 3,3 %, soit plus de 40 % de l'absentéisme global, les absences en maladie ordinaire en sont les premières responsables.

L'âge, le sexe ou la filière professionnelle des agents déterminent dans une large mesure le niveau de ces absences pour raison de santé. Les agents les plus âgés et ceux employés dans les filières techniques connaissent le niveau d'absence le plus important. Dans un contexte de vieillissement de la population, de recul de l'âge de départ à la retraite et de transfert de compétences aux collectivités territoriales (Acte II de la Décentralisation), la santé durable au travail des agents des collectivités locales s'affirme comme un enjeu essentiel pour les années à venir.

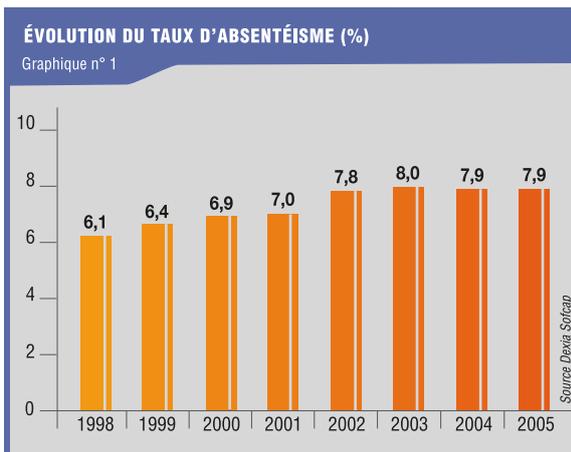
L'observation des principales pathologies recensées dans les accidents de service enseigne l'importance croissante des troubles musculo-squelettiques et des troubles psychologiques parmi les risques majeurs d'absences au travail.

Absentéisme : stabilisation à 7,9 %

Entre 1998 et 2005, le taux d'absentéisme dans les collectivités territoriales, qui exprime la part du temps perdu en raison des absences pour raison de santé, a progressé de près de 30 %.

Après une croissance continue entre 1998 et 2002, il se stabilise depuis 2003 à une valeur proche de 8 %. Les congés de longue maladie contribuent pour une large part à la croissance des arrêts les plus longs ces dernières années.

La reconnaissance croissante des maladies professionnelles accentue cette tendance.



Focus

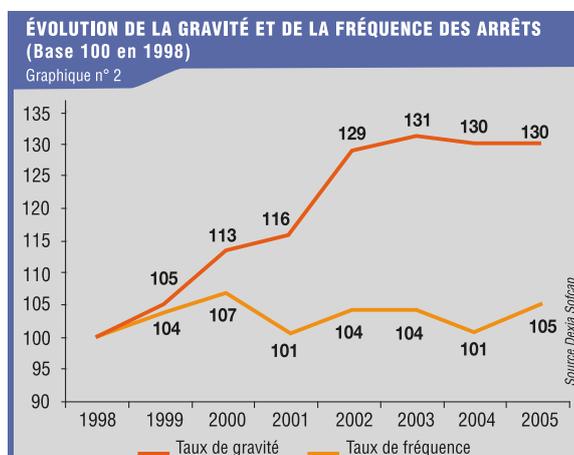
7,9 % d'absentéisme =
4 agents absents toute l'année pour une collectivité employant 50 agents CNRACL (par exemple, une commune de 5 000 habitants).

Stabilisation de la gravité et de la fréquence des arrêts depuis 2002

Décryptage

La progression de la valeur de référence de 100 en 1998 à 130 en 2005 traduit une augmentation de la gravité des arrêts de 30 % sur la période (le graphique en base 100 figure, par un indice unique, l'évolution comparée de plusieurs indicateurs).

L'augmentation de la gravité des arrêts (+ 30 % entre 1998 et 2005) explique majoritairement l'accroissement du taux d'absentéisme pour raison de santé sur la même période. Cependant, cette progression porte surtout sur 1998-2002 : depuis 2003, la gravité des arrêts n'a pas progressé. Malgré une légère hausse en 2005, la fréquence des arrêts reste globalement stable entre 1998 et 2005.



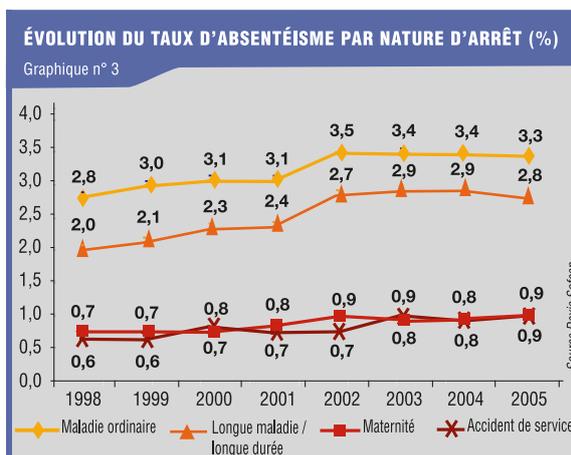
Aux premiers rangs des absences : maladie ordinaire et longue maladie/longue durée

La maladie ordinaire demeure le premier responsable des arrêts pour raison de santé : elle représente à elle seule en 2005, 42 % du taux d'absentéisme global. En progression de 40 % entre 1998 et 2005, les arrêts en longue maladie / longue durée représentent, en 2005, 35 % du taux d'absentéisme global.

L'absentéisme en accident de service et en maternité demeure stable sur la période considérée, avec une part respective de 11 % du taux global.

Selon les données de la CNAMTS pour le secteur privé, le nombre de journées d'arrêts de travail pour cause de maladie, et donc les dépenses d'indemnisation, ont augmenté de 40 % sur la période 1998-2003. La comparaison entre les deux régimes met en évidence une similitude dans l'évolution et l'importance des absences en maladie ordinaire.

(Source CNAMTS Chiffres & Repères 2005)



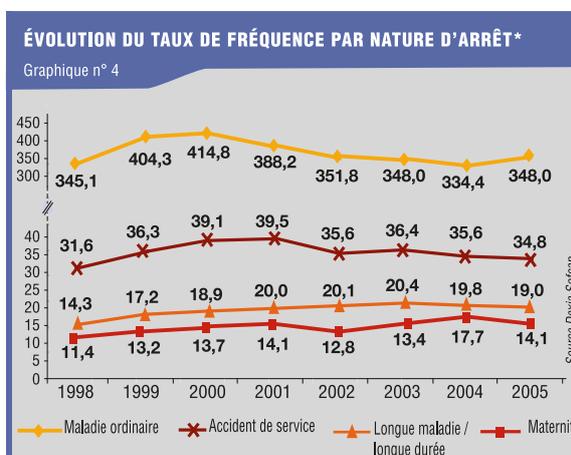
Décryptage

Les deux principaux pourvoyeurs d'absences sont la maladie ordinaire (à hauteur de 42 %) et la longue maladie/longue durée (35 %). L'écart entre ces deux typologies d'arrêts s'est réduit entre 1998 et 2005.

Des arrêts toujours nombreux en maladie ordinaire

La maladie ordinaire constitue de loin la nature d'absence la plus fréquente. En 2005, son taux de fréquence est dix fois supérieur à celui de l'accident de service.

Le taux de fréquence de l'accident de service, deuxième motif d'arrêt, reste stable sur la période d'observation. La longue maladie / longue durée se stabilise, après une hausse régulière entre 1998 et 2003. Après une légère hausse de la fréquence en 2004, la maternité retrouve le niveau des années précédentes.



* Nombre d'arrêts pour un million d'heures travaillées

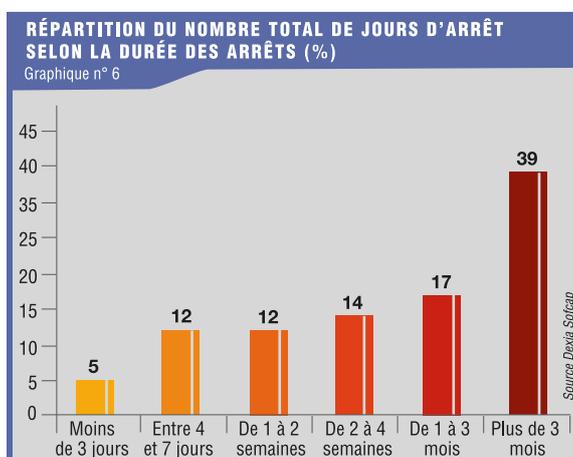
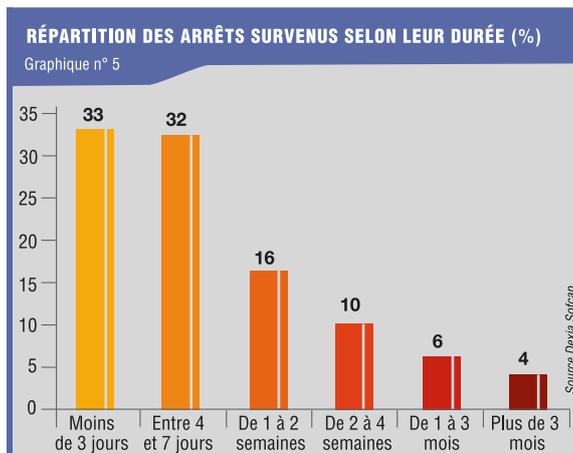
Focus

12 % des agents se sont arrêtés au moins deux fois en maladie ordinaire en 2005.

Fréquence et gravité en maladie ordinaire : des effets contrastés

Si les arrêts de 3 jours ou moins représentent un tiers des arrêts, ils ne totalisent en réalité que 5 % du nombre total de jours d'arrêt. A l'inverse, les arrêts de plus de 3 mois représentent uniquement 4 % des arrêts en 2005, mais concentrent à eux seuls près de 40 % du nombre total de jours d'absence. Comme évoqué dans la précédente note de conjoncture (mars 2006)⁽¹⁾, les arrêts longs méritent une attention particulière puisque 15 % des arrêts de plus de 3 mois en maladie ordinaire sont requalifiés en longue maladie. Cette proportion passe à 21 % pour les arrêts de plus de 6 mois. Même si le volume des arrêts qu'ils représentent demeure faible, les arrêts courts et répétés se révèlent, de manière qualitative, les plus perturbateurs des services.

(1) Cette note (Analyse et Conjoncture, mars 2006) est consultable sur : www.sofcap.com/actualite/index.htm

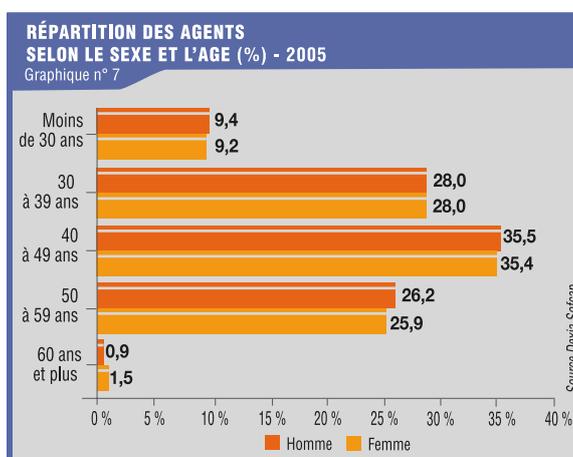


Âge, sexe et filière : trois facteurs discriminants des absences pour raison de santé

La répartition par tranche d'âge des agents titulaires de la Fonction Publique Territoriale est similaire pour les hommes et les femmes. Avec plus de 35 % de l'ensemble des agents, l'essentiel des effectifs se situe dans la tranche d'âge de 40 à 49 ans. Les agents de plus de 50 ans représentent plus d'un quart des effectifs, tandis que moins d'un agent sur dix est âgé de moins de 30 ans dans les collectivités territoriales.

Décryptage

Le recul de l'âge de départ à la retraite, conséquence de l'allongement du temps de travail (Loi Fillon sur les retraites n°2003-775 - 21/08/2003), devrait amplifier la proportion d'agents plus âgés parmi les effectifs des agents territoriaux.



En 2050, 22,3 millions de personnes seront âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. (Insee Première n°1089 - juillet 2006)

La proportion des personnes âgées de plus de 60 ans devrait approcher les 30 % à l'horizon 2020. Dans le même temps, la proportion d'actifs rapportée à la population en âge de travailler diminuera à 50 %. A cette période,

pour trois personnes en activité, deux seront inactives, selon le plan national d'action concerté pour l'emploi des "seniors".

25 % des agents des collectivités territoriales ont aujourd'hui plus de 50 ans, alors que moins de 10 % d'entre eux ont moins de 30 ans. La maîtrise de l'employabilité des "seniors" est aujourd'hui un enjeu majeur pour les responsables du personnel des collectivités territoriales.

L'adaptation des conditions de travail, le renouvellement de la motivation des plus confirmés dans leur emploi, la formation continue doivent permettre d'anticiper les contraintes de pénibilité, de fatigue ou d'usure professionnelle. Les enjeux de l'organisation et du maintien dans l'emploi se trouvent aujourd'hui au cœur des actions de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences entreprises au sein des collectivités territoriales.

Accident de service : un effet "âge" significatif sur la gravité, plus contrasté sur la fréquence

Dans le cas de l'accident de service, l'âge des agents influe sur la nature des absences, chez les hommes comme chez les femmes. Le taux d'absentéisme des hommes âgés de 50 ans et plus, est 2 fois supérieur à celui des hommes de moins de 30 ans, et 4 fois supérieur chez les femmes.

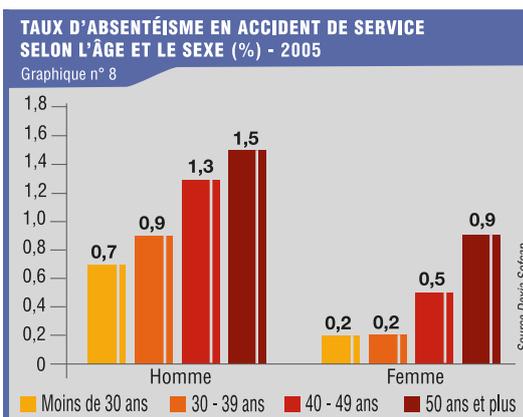
La durée moyenne d'arrêt est, chez les hommes comme chez les femmes, très liée à l'âge des agents, dans des proportions sensiblement équivalentes entre les deux sexes.

Pour une même pathologie, sous l'effet conjugué de la fatigue et de l'usure physique, les durées de consolidation⁽¹⁾ augmentent avec l'âge.

La fréquence se révèle en revanche diversement influencée par l'âge selon qu'il s'agit des hommes ou des femmes. Si parmi les hommes, la fréquence demeure stable à tous les âges de la vie professionnelle, à l'inverse, la fréquence d'accident parmi les femmes est influencée par l'âge : il y a 2 fois plus d'accidents chez les femmes de plus de 50 ans que chez celles de moins de 30 ans.

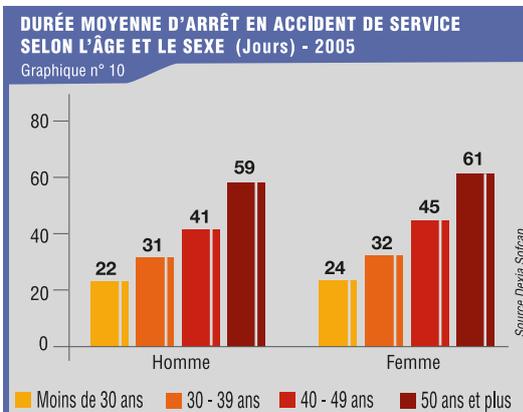
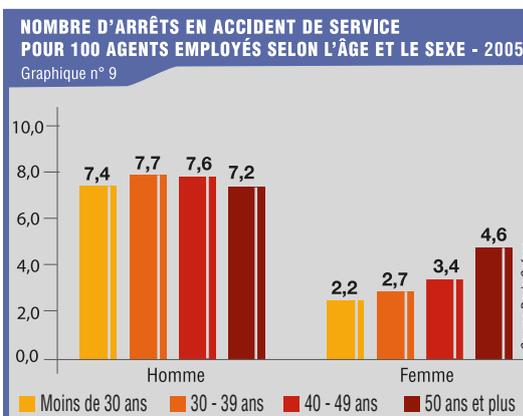
Toutes tranches d'âge confondues, la gravité comme la fréquence se révèlent plus élevées parmi la population masculine. Ce constat s'explique notamment par la nature différente des métiers exercés par les hommes et les femmes dans les collectivités territoriales, et donc par une exposition différente au risque d'accident.

(1) Etat stabilisé de l'individu lorsque sa pathologie n'est plus susceptible d'évoluer dans un sens ou un autre, avec ou sans traitement. La consolidation peut donner lieu à la constatation de séquelles physiques et fonctionnelles dont on peut évaluer l'importance sous forme de taux en fonction de barèmes de référence.



Focus

Le taux d'absentéisme global homme/femme de 50 ans et plus, en accident de service, est de 1,19 % contre 0,40 % pour les moins de 30 ans.

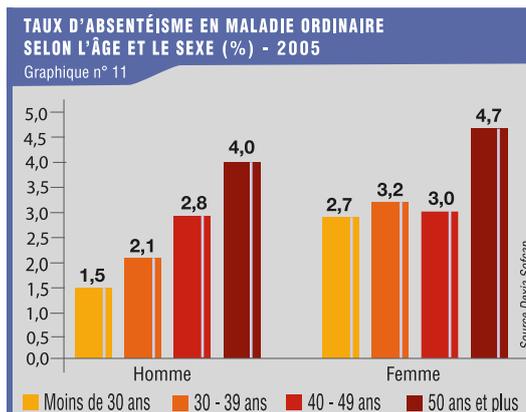


Une très forte progression du taux d'absentéisme en maladie ordinaire chez les femmes au-delà de 50 ans (+ 60 %)

Chez les hommes comme chez les femmes, l'influence de l'âge sur les absences en maladie ordinaire est particulièrement perceptible après 50 ans.

Parmi la population masculine, le taux d'absentéisme en maladie ordinaire progresse régulièrement avec l'âge des agents : il est multiplié par 2,5 entre 30 et 50 ans (il atteint 4 % chez les hommes de 50 ans et plus, contre 1,5 % chez les moins de 30 ans).

L'absentéisme des femmes en maladie ordinaire est stable jusqu'à 50 ans. Au-delà, il est multiplié par 1,5 par rapport aux autres tranches d'âge.

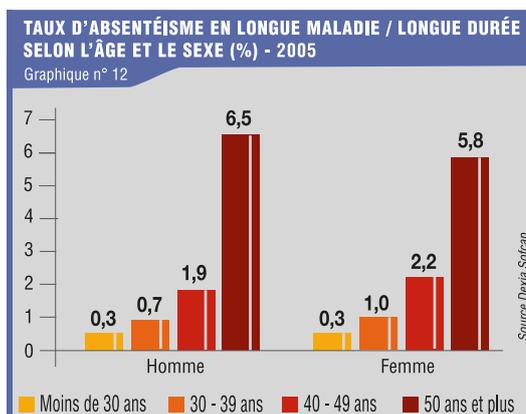


Longue maladie/longue durée : un risque décuplé après 50 ans

Les absences en longue maladie / longue durée sont clairement corrélées à l'âge des agents, quelle que soit la cause d'absence. Les pathologies les plus lourdes et invalidantes touchent indifféremment les agents des deux sexes.

Au-delà de 50 ans, l'absentéisme est 2 à 3 fois supérieur à la moyenne constatée, toutes tranches d'âge confondues.

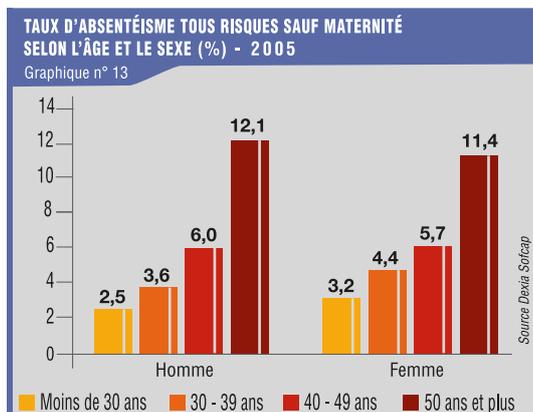
Dans cette perspective, une démarche d'anticipation en matière de qualité de vie et d'équilibre au travail auprès des agents d'âge moyen, constitue l'un des enjeux majeurs des prochaines années pour la gestion des ressources humaines, afin de favoriser le maintien durable dans l'emploi des seniors.



Focus

Le taux d'absentéisme global homme/femme en longue maladie/longue durée, toutes strates d'âge confondues, est de 2,8 % ; celui des 50 ans et plus est proche de 6 %.

Un effet "âge" visible sur l'ensemble des natures d'arrêt



Toutes natures d'arrêt confondues hors maternité, l'âge constitue un facteur d'accroissement de l'absentéisme pour raison de santé parmi les agents de la Fonction Publique Territoriale.

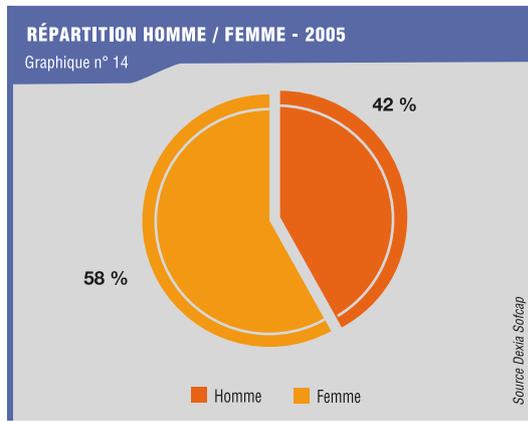
Si avant 40 ans, le taux d'absentéisme des femmes est supérieur à celui des hommes, notamment en raison des arrêts en maladie ordinaire liés aux congés de maternité, cette tendance s'inverse sensiblement au-delà de 40 ans.

Parmi les populations les plus âgées, les causes d'arrêt les plus fréquentes sont

sans doute liées aux risques cardiovasculaires et aux troubles métaboliques, dus en grande partie au non respect des règles hygiéno-diététiques élémentaires. Le surpoids, le diabète gras et l'hypertension sont des caractéristiques pathologiques de plus en plus fréquentes.

Des disparités homme/femme

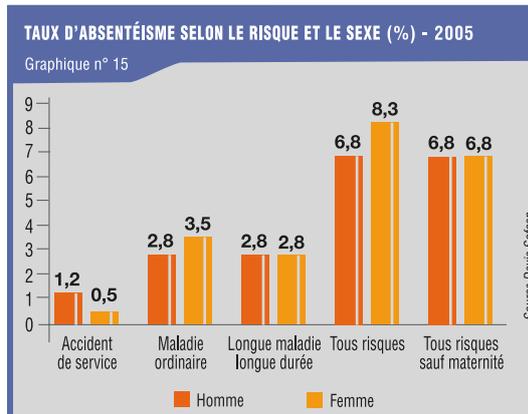
Dans la Fonction Publique Territoriale, la répartition homme / femme se caractérise par une proportion de femmes légèrement supérieure à celle des hommes : le taux de féminisation est en effet de 58 %.



Des caractéristiques d'absence différentes selon le sexe

Avec un taux d'absentéisme de 1,2 %, les absences liées aux accidents de service sont plus importantes parmi la population masculine. La nature des activités effectuées, par conséquent une exposition différente au risque, explique majoritairement cette tendance (80 % des hommes exercent une activité technique, contre moins de 30 % des femmes).

A l'inverse, les femmes présentent un taux d'absentéisme supérieur en maladie ordinaire, qui s'explique par les arrêts en maladie ordinaire liés aux congés maternité (le taux d'absentéisme en maladie ordinaire est plus important chez les femmes de moins de 30 ans que chez les hommes de la même tranche d'âge).



En revanche, les hommes sont aussi touchés que les femmes par les congés longue maladie / longue durée (avec un taux d'absentéisme de 2,8 %).

Au final, hors absences liées à la maternité, le taux d'absentéisme global est identique entre hommes et femmes.

Un effet "filière" variable selon les natures d'arrêt

La ventilation des effectifs selon le sexe et la filière montre que dans la Fonction Publique Territoriale, les effectifs masculins sont majoritairement employés dans la filière technique ; les femmes, dans les filières administrative, technique, sanitaire et sociale.

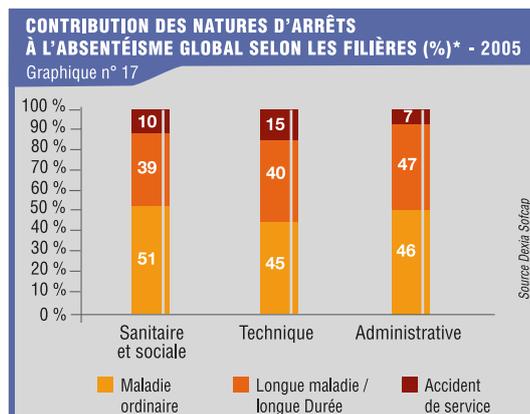
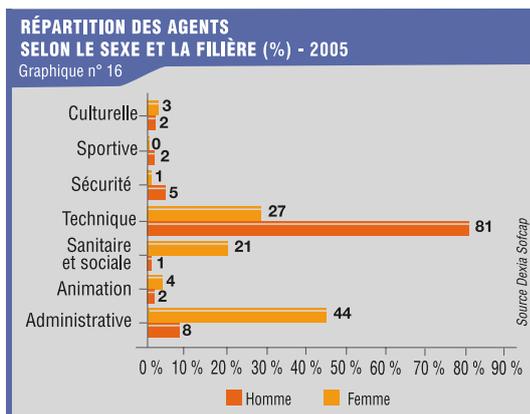
La filière technique est la plus impactée par les accidents de service. Ces derniers s'y trouvent

responsables de 15 % du taux d'absentéisme global, contre 7 % en filière administrative. En effet, les activités telles que l'entretien des espaces verts, les travaux sur voirie et la collecte des ordures ménagères présentent des risques d'accident élevés.

La maladie ordinaire est, pour sa part, responsable de plus de la moitié du taux d'absentéisme global de la filière sanitaire

et sociale, dont le taux de féminisation est de 98 %. Le poids des contraintes physiques et mentales inhérentes à ces activités en est l'une des principales explications possibles.

La filière administrative est dans une moindre mesure impactée par les accidents de service et se caractérise par un absentéisme partagé entre la maladie ordinaire et la longue maladie / longue durée.



* hors maternité

Paroles d'expert

Une part croissante des TMS⁽¹⁾ et des troubles psychologiques dans les accidents de service

Les pathologies les plus fréquentes en matière d'accidents de service sont d'origine traumatique, causées par des chutes, glissades et lésions cutanées touchant les zones les plus naturellement exposées, à savoir les membres inférieurs et les mains. Le plus souvent, il s'agit de lésions soudaines, bénignes ou modérées, qui, dans la majorité des cas, ne provoquent pas d'arrêt de travail. Cette constatation se trouve confirmée par le classement des pathologies selon leur gravité : les lésions les plus graves sont aussi, fort heureusement, les plus rares.

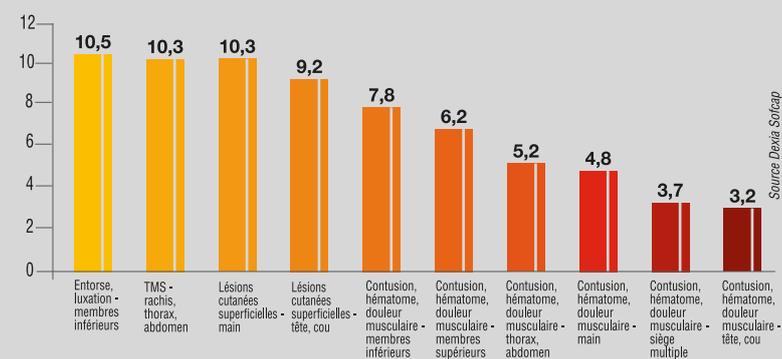
Parmi les pathologies les plus lourdes, les troubles musculo-squelettiques (TMS) les plus fréquents touchent le rachis, avec en premier lieu les lombagos et lombalgies. Les atteintes rachidiennes sont le plus souvent d'origine accidentelle, alors que le syndrome du canal carpien et les lésions de la coiffe des rotateurs relèvent généralement davantage d'une maladie professionnelle, sous réserve de satisfaire les critères des tableaux et sous réserve d'imputabilité au service. La gravité des troubles musculo-squelettiques du membre supérieur inclut des lésions variées, parmi lesquelles figurent les MP57c⁽²⁾, dont la durée moyenne dépasse 200 jours, supérieure à celle constatée dans le Régime Général (150 jours). Si la majorité des TMS n'est pas encore reconnue automatiquement en maladie professionnelle, les chiffres montrent qu'il faut encore s'attendre à une forte croissance de ce risque.

Les troubles psychologiques occupent la cinquième position en terme de gravité. Cette catégorie regroupe les états anxieux réactionnels, les états dépressifs ou des situations atypiques de malaise sans cause exogène identifiée. Il s'agit d'une catégorie en nette croissance puisque son incidence a plus que doublé entre 2002 et 2005, passant de 1,3 à 3,4 cas pour 10 000 agents. Ce phénomène relativement nouveau est sans doute lié à une meilleure communication sur le sujet du stress au travail et de ses conséquences.

Les troubles psychologiques en lien avec une affection imputable au service peuvent avoir des causes différentes : ils peuvent résulter d'affections initialement physiques, comme la lombalgie hyper algique, souvent à l'origine d'états dépressifs réactionnels secondaires, ou

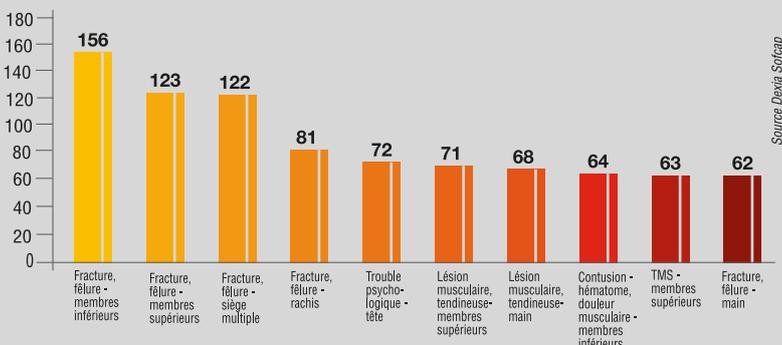
LES 10 PRINCIPALES PATHOLOGIES (En % du nombre d'arrêts)

Graphique n° 18



LES 10 PATHOLOGIES LES PLUS GRAVES (En nombre de jours d'arrêt)

Graphique n° 19



d'une exposition à un risque essentiellement psychologique. Dans ce dernier cas, le risque peut être aigu, suite à une agression par exemple, ou plus évolutif en lien avec un conflit au travail ou une activité continue particulièrement stressante. Dans tous les cas, la recherche de l'imputabilité au service n'est pas toujours facile à démontrer, car il s'agit de s'intéresser non pas à des lésions "concrètes", mais à un vécu individuel fortement impacté par la sphère privée et les antécédents personnels.

Au-delà des chiffres, la gravité d'une pathologie ne peut se comprendre que si elle est resituée dans le contexte de l'individu, de son activité, de ses compétences et de son environnement de travail. Pour une pathologie donnée, à handicap équivalent, les conséquences et l'avenir professionnel sont différents selon que l'agent

concerné est administratif ou technique, avec des compétences qui l'orienteront soit vers un reclassement, soit vers une retraite pour invalidité. Les programmes de réinsertion professionnelle ou de soutien psychologique sont précisément là pour agir en relais du médical, qui laisse la place aux acteurs qui sont le responsable du personnel, le médecin du travail, le médecin agréé et le conseiller en hygiène et sécurité ou l'ACMO.

Docteur Jean-Michel MAUREL,
Médecin Conseil Dexia Sofcap

(1) Troubles Musculo-Squelettiques
(2) Maladie professionnelle 57 : troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs et inférieurs (a : épaule - b : coude - c : poignet - d : genou - e : cheville)

Méthodologie

Cette note de conjoncture statistique dresse un état des lieux des absences pour raison de santé dans les collectivités territoriales. La population concernée par l'étude regroupe en moyenne, par année, un échantillon de 90 000 agents affiliés à la CNRACL répartis dans 7 000 collectivités assurées pour toutes les natures d'arrêt (maladie ordinaire, maternité, longue maladie / longue durée, accident de service). Un agent sur deux exerce une profession à dominante technique et la majorité des agents employés ont entre 40 et 49 ans. Le champ d'étude est constitué par l'ensemble des arrêts de travail déclarés entre 1998 et 2005.

Lexique

- **Taux d'absentéisme** : part du temps de travail perdu en raison des absences (exprimé en %). Il permet de visualiser directement le poids de l'absentéisme sur l'effectif étudié.
- **Taux de gravité** : nombre de journées perdues pour mille heures travaillées.
- **Taux de fréquence** : nombre d'arrêts pour un million d'heures travaillées.
- **Proportion d'agents absents** : rapport du nombre d'agents absents à l'effectif total (exprimé en %).
- **Fréquence d'arrêt** : nombre d'arrêts moyen par agent absent.
- **Durée moyenne d'arrêt** : nombre moyen de jours d'absence par arrêt.
- **Maladie ordinaire** : congé accordé en cas de maladie dûment constatée et mettant l'agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions (durée maximale de prise en charge : un an).
- **Accident de service** : congé accordé en cas d'accident survenu dans l'exercice des fonctions de l'agent (pas de durée maximale de prise en charge).
- **Longue maladie** : congé accordé en cas de maladie rendant nécessaire un traitement et des soins prolongés, présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée et comprise dans les groupes de pathologies reconnus dans les listes officielles (durée maximale de prise en charge : trois ans).
- **Longue durée** : congé accordé en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite, déficit immunitaire grave et acquis (durée maximale de prise en charge : cinq ans/huit ans si la maladie est contractée en service).

Publication réalisée et diffusée par Dexia Sofcap

Directrice de la publication : Sylvie BUREAU-NECH

Contact collectivités :

Tél. : 02 48 48 10 30 – fax : 02 48 48 10 31
service.clients@sofcap.com

Contact presse :

Tél. : 02 48 48 14 95 – fax : 02 48 48 12 28
relationspresse@sofaxis.com

Toutes les notes de conjoncture de Dexia Sofcap sont consultables sur www.sofcap.com

Dexia Sofcap
18020 Bourges cedex

18020 Bourges cedex
www.sofcap.com

SNC au capital de 37 500 euros
RCS Bourges B 335 171 096
N° ORIAS 07 000 814 - www.orias.fr

DEXIA



Qualité totale - Certifié ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001, SA 8000 / 1^{er} Prix français de la qualité 1999 / EFQM Prize Winner 2002 / Label Égalité