

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



NOVEMBRE  
2017  
NUMÉRO  
1038

## *Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions*

**En France, les établissements de santé sont l'un des secteurs d'activité où les salariés ont le plus recours aux arrêts maladie, avec 10 jours d'absence déclarés pour maladie par an en moyenne, contre 7,9 dans l'ensemble des secteurs.**

**Dans les établissements privés à but lucratif ou non lucratif, le nombre de jours d'absence pour maladie est équivalent à celui des hôpitaux publics, y compris à structure de main-d'œuvre et conditions de travail comparables.**

**Selon les professions, les écarts sont importants. Les médecins et les professions administratives se distinguent par un nombre d'arrêts nettement plus faible que les aides-soignant·e·s et les agent·e·s d'entretien et, dans une moindre mesure, les infirmier·e·s. Ces écarts s'expliquent par des différences de conditions de travail, notamment d'exposition aux contraintes physiques. Les contraintes psycho-sociales et les exigences émotionnelles en particulier constituent également des déterminants importants de recours aux arrêts maladie.**

**Si les femmes ont davantage d'arrêts maladie que les hommes (4,8 jours de plus en moyenne par an), ces différences ne sont plus observées en dehors de l'âge des grossesses.**

**L**es arrêts maladie touchent plus fortement les hôpitaux que la plupart des autres secteurs d'activité : les taux d'absence sont supérieurs dans la fonction publique hospitalière à ceux de la fonction publique d'État ou du secteur privé, principalement en raison d'arrêts de plus longue durée (DGAFP, 2014).

Mobilisant les données de l'enquête Conditions de travail de 2012-2013 qui permettent de rendre compte finement des contraintes auxquelles font face les personnels hospitaliers (*encadré 1*), cette étude analyse les disparités de recours aux arrêts de travail à l'hôpital entre les secteurs public et privé, entre les professions, et entre les femmes et les hommes et vise à identifier dans quelle mesure les conditions de travail contribuent à les expliquer.

Comprendre les raisons de l'absentéisme, et notamment savoir si celui-ci relève davantage des conditions de travail ou des conditions d'indemnisation, peut contribuer à identifier les marges de régulation possibles des arrêts de travail. Le secteur hospitalier est intéressant à cet égard. D'une part, les personnes exercent des activités similaires dans les secteurs public et privé (à but lucratif ou non lucratif), mais leurs conditions d'indemnisation en cas d'arrêt maladie sont différentes. D'autre part, l'absence

**Catherine Pollak et Layla Ricroch (DREES)**

•••

1. Convention collective nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002, article 84.1.

2. Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation du 31 octobre 1951, article 13.01.2.

temporaire du personnel hospitalier peut avoir des répercussions sur la continuité des soins, la charge et l'organisation du travail, surtout dans un contexte de recherche de gain de productivité. Si de nombreux travaux, y compris spécifiques à certaines professions hospitalières (les infirmier-e-s en particulier), ont établi que les conditions de travail sont un déterminant important du recours aux arrêts maladie, il reste difficile de savoir si elles suffisent à expliquer les importantes disparités d'absences au sein du personnel.

### Le rôle des conditions de travail et de l'indemnisation sur l'absentéisme dans les établissements de santé

De nombreuses études internationales ont mesuré l'effet de l'indemnisation (De Paola, Scoppa et Pupo, 2014) ou encore des conditions de travail (Afsa et Givord, 2014) sur l'absentéisme. Le secteur hospitalier est un des secteurs d'activité qui a le plus fait l'objet d'études. Les pénibilités auxquelles les personnels hospitaliers sont confrontés sembleraient jouer un rôle important dans leur recours aux arrêts de travail.

En France, peu de travaux ont établi un lien entre l'absentéisme et les conditions de travail du personnel hospitalier. Les études ont surtout mis en avant les conditions de travail difficiles dans les établissements de santé, en raison à la fois des contraintes physiques (exposition à des produits dangereux, charge de travail élevée, etc.), psycho-sociales (tensions avec le public, confrontation à la souffrance des patients, etc.), du travail de nuit et des horaires décalés (Loquet et Ricoch, 2014). Elles ont aussi montré que les conditions de travail diffèrent peu selon le statut public ou privé (à but lucratif ou non lucratif) des établissements.

La prise en charge des arrêts maladie varie également entre les établissements et selon le statut des personnels, et pourrait avoir un effet sur les absences. Ainsi, les conventions collectives de branche des hôpitaux et cliniques privés prévoient le versement d'indemnités complémentaires garantissant un taux de remplacement complet du salaire net en cas d'arrêt maladie. Les personnels de la fonction publique bénéficient également du main-

tien de salaire en cas de congé maladie ordinaire. Cependant, cette garantie s'applique après des délais de carence différents selon les personnels : une journée pour l'ensemble de la fonction publique – instaurée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 et supprimée par la loi de finances pour 2014 –, aucun délai de carence pour les salariés cadres du privé à but lucratif<sup>1</sup>, et le délai de carence de l'assurance maladie

(trois jours) pour les non-cadres du privé à but lucratif<sup>2</sup>, sauf disposition plus généreuse de l'établissement employeur. Selon plusieurs études internationales, l'existence d'un délai de carence ne réduit pas la durée totale des arrêts maladie, notamment du fait d'une augmentation des arrêts longs (De Paola, Scoppa et Pupo, 2014 ; Pettersson-Lidbom et Skogman

## ENCADRÉ 1

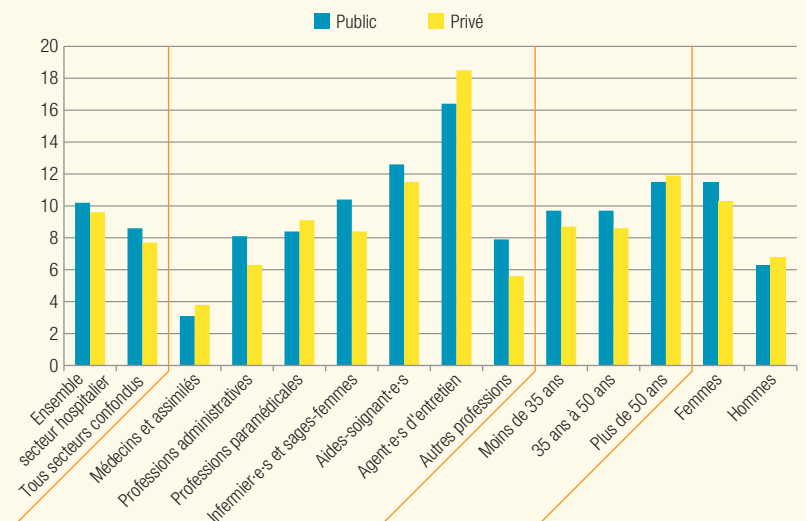
### L'enquête Conditions de travail 2012-2013

L'étude mobilise l'édition 2013 de l'enquête Conditions de travail. Réalisée tous les sept ans depuis 1978 par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), elle constitue une source privilégiée pour étudier les arrêts de travail dans les établissements de santé. Le questionnaire contient des items sur les absences en distinguant les arrêts maladie d'autres arrêts pour raison de santé (maternité et accidents du travail) et des congés (droits et recours). Les arrêts maladie sont renseignés par les salariés enquêtés à partir des questions « Au cours des douze derniers mois, combien avez-vous eu d'arrêts maladie (hors maternité) ? » puis, sauf en cas de réponse nulle, « À combien de jours d'absence ces arrêts maladie correspondent-ils ? ». Cette question permet de disposer de la durée totale en jours des arrêts maladie pris au cours des douze derniers mois. Ces données ne permettent pas, cependant, de distinguer la fréquence des arrêts et leur durée.

En outre, l'enquête recueille des informations très détaillées sur les conditions de travail et les risques psycho-sociaux auprès des salariés. L'édition 2013 intègre pour la première fois un échantillon spécifique pour les trois versants de la fonction publique et du secteur hospitalier (public et privé). L'échantillon comprend 4 189 salariés exerçant dans le secteur hospitalier, dont 2 779 dans des hôpitaux publics et 1 410 dans des établissements privés (à but lucratif ou non lucratif). Ce suréchantillon permet de comparer les conditions de travail du personnel hospitalier privé et public à celles des autres secteurs d'activité. Pour analyser les différences entre professionnels de santé, la décomposition par famille professionnelle élaborée par la Dares permet de former des sous-échantillons de taille assez importante.

## GRAPHIQUE 1

### Nombre moyen de jours d'absence déclarés pour maladie dans le secteur hospitalier



**Lecture** • Dans le secteur hospitalier, les hommes déclarent en moyenne 6,4 jours d'absence pour maladie par an (6,8 dans le secteur privé et 6,3 dans le secteur public).

**Champ** • Secteur hospitalier (sauf tous secteurs confondus).

**Source** • Dares ; DGAFP ; DREES ; Insee, enquête Conditions de travail 2012-2013.

Thoursie, 2013). Ceci a également été observé en France, dans le secteur privé, où les salariés exposés à un délai de carence ont des durées totales d'arrêts plus longues que les salariés couverts (Pollak, 2015), et dans la fonction publique d'État, où l'instauration d'une journée de carence en 2012 a réduit la prévalence des arrêts courts mais augmenté celle des arrêts longs (Cazenave-Lacrouz et Godzinski, 2017).

### Un recours identique aux arrêts maladie dans les secteurs hospitaliers public ou privé

Au sein des établissements de santé, le recours aux arrêts maladie est similaire dans les secteurs public et privé (à but lucratif ou non lucratif) : en moyenne, les salariés du public déclarent 10,2 jours d'arrêts maladie par an et ceux du privé 9,6 jours (graphique 1). Si ces écarts ne sont pas statistiquement significatifs compte tenu de la taille des échantillons, la comparaison des arrêts maladie entre ces deux secteurs à partir de sources administratives aboutit à des conclusions concordantes. Au sein du secteur privé, le niveau d'absence est légèrement plus élevé dans les établissements à but non lucratif (11 jours en moyenne).

La prise en compte des différences entre ces secteurs ne modifie pas ce constat. À structure de main-d'œuvre, conditions de travail et santé du personnel comparables, l'hôpital public ne se démarque pas des établissements privés à but lucratif ou non lucratif : la probabilité pour ses agents d'avoir des arrêts maladie ou leur durée totale au cours de l'année sont quasi identiques.

L'enjeu de régulation des arrêts maladie dans les établissements de santé n'est donc pas spécifique au secteur public, et ce résultat peut s'expliquer par des conditions de travail relativement semblables dans les établissements de santé publics et privés. Les secteurs privé (à but lucratif ou non) et public se distinguent toutefois par leurs régimes d'indemnisation des arrêts maladie. Ce constat a pu être établi durant une année au cours de laquelle les agents de l'hôpital public étaient exposés à une journée de carence, et les salariés du privé soumis à des régimes différents

selon leur secteur d'appartenance (lucratif ou non lucratif) et leur statut (cadre et non-cadre). Les différences d'indemnisation entre secteurs, les différences de protection de l'emploi, les motivations intrinsèques, les valeurs ou les normes spécifiques à chaque secteur n'ont pas d'effet ou des effets qui se compensent sur le recours aux arrêts maladie.

### Les conditions de travail expliquent les écarts entre professions

Le recours aux arrêts maladie est, en revanche, très hétérogène selon les professions exercées à l'hôpital. Les médecins et les professions administratives se distinguent par un nombre d'arrêts significativement plus faible que les infirmier-e-s,

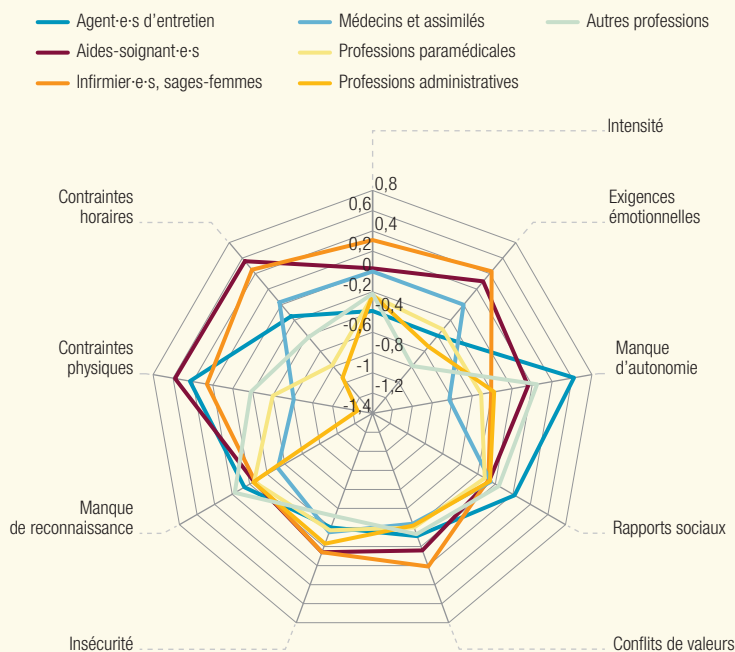
#### ENCADRÉ 2

##### Construction d'indices de conditions de travail

L'enquête Conditions de travail est extrêmement riche en questions permettant de décrire les conditions de travail et les risques psycho-sociaux. Par exemple, une trentaine de questions permettent d'appréhender les rapports sociaux (avoir l'impression de faire partie d'une équipe, avoir un supérieur qui aide à mener ses tâches à bien, être ridiculisé en public, etc.). La multitude des variables disponibles a conduit à créer des indices synthétiques. Les experts de l'enquête Conditions de travail ont défini neuf dimensions de conditions de travail : intensité, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, rapports sociaux, conflits de valeurs, insécurité, manque de reconnaissance, contraintes physiques, contraintes horaires (Davie, 2015). Une analyse en correspondances multiples a été réalisée à partir de l'ensemble des variables de chacune de ces dimensions et le premier axe a été conservé comme indicateur de la dimension étudiée. Le personnel hospitalier présentant des caractéristiques moyennes sur toutes ces dimensions étant au centre du repère, la moyenne de ces indicateurs pour chaque dimension de travail est nulle. Plus la valeur de l'indicateur est élevée, plus les conditions de travail sont dégradées. Lorsque la moyenne d'un regroupement de personnel hospitalier prend une valeur négative, alors ce sous-ensemble présente des conditions de travail moins dégradées que l'ensemble des personnels hospitaliers.

#### GRAPHIQUE 2

##### Conditions de travail par profession dans le secteur hospitalier



**Lecture** • Les indicateurs synthétisent la position sur le premier axe de l'analyse en correspondances multiples de chaque famille de conditions de travail. Plus ils sont élevés, plus les conditions de travail sont dégradées. L'indicateur d'intensité varie dans l'intervalle [-0,39; 0,31] ; l'intensité est moyenne (à 0) pour les médecins et les aides-soignant-e-s, forte pour les infirmier-e-s et sages-femmes, et plus faible pour les autres professions, notamment paramédicales, administratives, et les agent-e-s d'entretien.

**Source** • Dares ; DGAFP ; DREES ; Insee, enquête Conditions de travail 2012-2013.

alors que les agent-e-s d'entretien et, dans une moindre mesure, les aides-soignant-e-s ont davantage d'arrêts maladie. Ces différences restent significatives à âge, secteur et état de santé donnés, mais ici encore les écarts sont faibles entre secteurs privé et public.

Des indices de conditions de travail sont construits (*encadré 2*) afin d'analyser leur rôle dans ces écarts. Parmi les conditions de travail, les exigences émotionnelles (qui opposent les métiers du soin aux autres métiers), les contraintes physiques (peu développées chez les professions administratives) et les contraintes horaires (qui opposent les professions soumises à la continuité des soins aux autres professions) sont celles qui distinguent le plus les familles professionnelles entre elles (*graphique 2*). Les infirmier-e-s et sages-femmes puis les aides-soignant-e-s sont les plus exposés dans l'ensemble à des conditions de travail dégradées, tandis que les professions administratives le sont moins.

Une fois les conditions de travail intégrées au modèle d'estimation des facteurs du recours aux arrêts maladie (*encadré 3*), les écarts entre familles professionnelles deviennent non significatifs, signe que les différences de conditions de travail entre ces métiers suffisent à expliquer ces différences de recours aux arrêts maladie (*tableau 1*). Parmi l'ensemble des conditions de travail, ce sont les contraintes physiques qui expliquent le plus l'hétérogénéité des arrêts de travail. Dans le détail, les modalités « rester longtemps debout » et « effectuer des mouvements douloureux ou fatigants » sont celles pour lesquelles les différences entre familles professionnelles sont les plus élevées. Viennent ensuite les exigences émotionnelles, qui traduisent les contraintes liées au contact avec des personnes en situation de détresse, la nécessité de calmer des gens, les rapports sociaux tendus, voire les risques d'agression. Le salaire n'a, lui, pas d'effet sur les arrêts maladie.

Ces résultats confirment le rôle important des conditions de travail sur le nombre d'arrêts maladie. Toutefois, le recours à des indices synthétiques, privilégiés ici pour couvrir un éventail très large des conditions de travail, ne vise pas à quantifier l'ampleur des arrêts maladie attribuables à chaque critère de pénibilité pris isolément. En outre,



TABLEAU 1

Déterminants du recours aux arrêts maladie dans le secteur hospitalier

|  | Nombre de jours d'absence déclarés pour maladie au cours des 12 derniers mois |          |          |          |
|--|---|----------|----------|----------|
| <b>Sexe (réf : homme)</b>  |   |          |          |          |
| Femme  | 1,540***  | 1,451*** | 1,635*** | 1,543*** |
| <b>Âge (réf : 30-50 ans)</b>   |   |          |          |          |
| Moins de 30 ans  | 0,887   | 1,321    | 1,145    | 1,16     |
| Plus de 50 ans   | 1,347**   | 0,787**  | 0,815*   | 0,838    |
| <b>Secteur (réf : public)</b>  |   |          |          |          |
| Privé non lucratif   | 1,152   | 1,137    | 1,235    | 1,193    |
| Privé lucratif   | 0,889   | 0,809    | 0,858    | 0,835    |
| <b>Famille professionnelle (réf : infirmier-e-s et sages-femmes)</b> |   |          |          |          |
| Agent-e-s d'entretien  | 1,909***  | 1,415*   | 1,272    | 1,171    |
| Aides-soignant-e-s   | 1,436**   | 1,289*   | 1,113    | 1,082    |
| Médecins et assimilés  | 0,409***  | 0,429*** | 0,673    | 0,625*   |
| Professions paramédicales  | 0,911   | 0,901    | 1,106    | 1,12     |
| Professions administratives  | 0,885   | 0,699**  | 1,318    | 1,321    |
| Autres professions   | 1,044   | 0,919    | 0,989    | 0,99     |
| <b>État de santé</b>   |   |          |          |          |
| État de santé perçu  |   | 1,736*** | 1,737*** | 1,751*** |
| Limitations  |   | 3,130*** | 3,264*** | 3,202*** |
| Maladie chronique  |   | 1,558*** | 1,491*** | 1,450*** |
| Handicap   |   | 1,413    | 1,309    | 1,367    |
| Santé mentale  |   | 0,991    | 1,009    | 1,01     |
| <b>Conditions de travail</b>   |   |          |          |          |
| Intensité  |   |          | 0,982    | 0,986    |
| Exigences émotionnelles  |   |          | 1,121*   | 1,118*   |
| Manque d'autonomie   |   |          | 1,085    | 1,079    |
| Rapports sociaux   |   |          | 0,974    | 0,982    |
| Conflits de valeurs  |   |          | 0,983    | 1,011    |
| Insécurité   |   |          | 1,052    | 1,055    |
| Manque de reconnaissance   |   |          | 1,092    | 1,056    |
| Contraintes physiques  |   |          | 1,455*** | 1,465*** |
| Contraintes horaires   |   |          | 1,008    | 1,015    |
| <b>Salaire (réf : 3<sup>e</sup> quintile)</b>                        |   |          |          |          |
| Salaire inconnu  |   |          |          | 0,637*   |
| 1 <sup>er</sup> quintile   |   |          |          | 1,311    |
| 2 <sup>e</sup> quintile  |   |          |          | 1,252    |
| 4 <sup>e</sup> quintile  |   |          |          | 1,057    |
| 5 <sup>e</sup> quintile  |   |          |          | 1,204    |
| <b>Nombre d'observations</b>   | 4 179   | 3 953    | 3 953    | 3 953    |

**Note** • Coefficients exprimés en incidence rate ratios. \*p < 0.10, \*\*p < 0.05, \*\*\*p < 0.01. Les quatre colonnes du tableau 1 correspondent aux quatre estimations de l'effet des caractéristiques des individus (sexe, âge, secteur, profession) sur le recours aux arrêts maladie (colonne 1), en contrôlant en plus l'effet de l'état de santé (colonne 2), puis celui des conditions de travail (colonne 3) et enfin celui du salaire (colonne 4).

**Lecture** • Les femmes travaillant dans les établissements de santé prennent 54 % d'arrêt maladie de plus que les hommes, à classe d'âge, secteur hospitalier et famille professionnelle fixés (col. 1 : 1,540\*\*\*), et 54,3 % de plus à classe d'âge, secteur hospitalier, famille professionnelle, état de santé, conditions de travail et salaire fixés (col. 4 : 1,543\*\*\*).

**Champ** • Secteur hospitalier.

**Source** • Dares ; DGAFP ; DREES ; Insee, enquête Conditions de travail 2012-2013.

les conditions de travail auraient probablement un effet encore plus important si les effets de sélection étaient pris en compte : les salariés pour lesquels les conditions de travail ont eu les conséquences les plus

délétères peuvent être sortis de l'emploi ou avoir changé de poste (effet de «travailler sain») et les salariés peuvent se diriger vers des postes dont les conditions de travail leur sont plus supportables.



## ENCADRÉ 3

### Méthode d'estimation

Les travaux économiques sur les déterminants de l'absentéisme conduisent à distinguer les absences liées à l'état de santé des absences dues à l'aléa moral. Cette étude s'inscrit dans cette lignée et vise à distinguer ces deux effets dans le recours aux arrêts maladie à l'hôpital. Elle s'intéresse plus particulièrement à l'effet des conditions de travail qui peuvent avoir un impact sur les arrêts maladie par le biais du manque de compensation salariale, de leur conséquence sur l'état de santé (celui-ci étant lui-même déterminé par un ensemble de facteurs tels que le sexe, le niveau d'éducation ou les comportements d'investissement en capital santé) [Afsa et Givord, 2014]. L'hypothèse suivante est retenue : en dehors des différences de conditions de travail et de structure de la main-d'œuvre, les différences de recours aux arrêts maladie entre les secteurs public et privé relèveraient de comportements d'aléa moral (du fait de différences d'indemnisation, de normes ou de motivations), qu'il s'agisse d'aléa moral *ex ante* (décision ou non de recourir à des arrêts maladie) ou *ex post* (durée des arrêts).

On estime les déterminants des durées d'absence dans un modèle où la variable expliquée  $Y_i$  est une variable de comptage reflétant la durée totale en nombre de jours des arrêts pour maladie (hors maternité) des salariés au cours des douze derniers mois [0-365]. Cette durée est modélisée par une fonction négative binomiale qui permet de proposer des estimations plus robustes que le modèle de Poisson étant donné la surdispersion de la variable expliquée (variance supérieure à la moyenne). Elle tient compte aussi de l'excès de zéros dans la distribution de la variable expliquée. Le modèle binomial négatif estime l'effet des variables explicatives sur la durée totale des arrêts au cours des douze derniers mois, et conduit à faire l'hypothèse que les valeurs nulles et positives ne résultent pas d'un processus différent. En d'autres termes, les déterminants retenus, comme « n'avoir aucun arrêt » ou « un arrêt d'un jour » sont les mêmes que ceux qui conduisent à avoir un ou deux jours d'arrêt (cette durée dépendant par exemple principalement du niveau de gravité de la pathologie).

Dans un premier temps, l'effet de travailler dans le secteur public ou privé (lucratif et non lucratif) est mesuré, en contrôlant par des variables capturant les différences de composition de la main-d'œuvre : âge, sexe, et famille professionnelle ; et des variables d'état de santé :

– état de santé perçue (= 1 lorsque l'état de santé général est perçu comme assez bon, mauvais ou très mauvais) ;

– limitations (= 1 lorsque le salarié est limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que font les gens habituellement) ;

– maladie chronique (= 1 lorsque le salarié a actuellement une maladie ou un problème de santé qui est chronique ou de caractère durable) ;

– reconnaissance d'un handicap (= 1 lorsque le salarié a une reconnaissance administrative d'un handicap ou de perte d'autonomie [ou reconnaissance en cours]) ;

– score de bien-être de l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui augmente avec le bien-être psychologique (à partir de questions mesurant la fréquence à laquelle le salarié s'est senti bien et de bonne humeur, calme et tranquille, plein d'énergie et vigoureux, s'est réveillé en se sentant frais et dispos et a trouvé que sa vie quotidienne était remplie de choses intéressantes).

Dans un second temps, le modèle est enrichi par l'introduction progressive des neuf dimensions de conditions de travail (contraintes physiques et risques psychosociaux) [encadré 2]. Le type de contrat de travail (contrat à durée déterminée [CDD], contrat à durée indéterminée [CDI]) n'est pas intégré aux variables de contrôle, car il ne constitue pas un bon indicateur de l'insécurité de l'emploi dans le secteur hospitalier (dans le secteur public, plus de 40 % des médecins – les internes en particulier – sont en contrat court). On lui préfère donc les indicateurs subjectifs synthétisés par l'indice d'« insécurité ». Le salaire, en quintiles, est ajouté pour prendre en compte le fait que les conditions de travail peuvent être plus ou moins compensées par le salaire. Les différences d'indemnisation à l'hôpital sont, elles, approchées par les variables de secteur d'activité et de catégorie professionnelle. Les coefficients associés aux professions et au sexe permettent par la même occasion d'observer dans quelle mesure les différences de comportements d'arrêt entre professions et entre hommes et femmes s'expliquent par les conditions de travail. De la même façon qu'entre les secteurs public et privé, les différences d'absentéisme subsistant entre familles professionnelles relèveraient alors de différences d'indemnisation, de normes, ou de motivations. Les différences subsistant entre femmes et hommes pourraient relever, elles, de différences inobservées de leur état de santé (grossesses notamment), de préférences pour la santé, de double charge ou de réactions face aux pénibilités (Bekker, C. Rutte, et van Rijswijk, 2009).

### Absence d'écarts entre femmes et hommes, sauf à l'âge des grossesses

Sur l'ensemble de l'échantillon, les écarts entre femmes et hommes se réduisent une fois les différences d'état de santé prises en compte, mais elles restent significatives. Plusieurs études suggèrent que cinq hypothèses pourraient expliquer l'absentéisme plus élevé des femmes : les différences d'état de santé (grossesses en premier lieu), de double charge (professionnelle et domestique), de préférence pour la santé, de conditions de travail, de réactions face aux pénibilités.

Des travaux récents ont montré que les grossesses expliquent près de 40 % des écarts de recours aux arrêts maladie entre les femmes et les hommes âgés de 21 à 45 ans (Marbot et Pollak, 2015). Comme les données ne permettent pas d'identifier les grossesses, et que les différences de

morbidity ne peuvent pas être totalement neutralisées par les variables d'état de santé, les mêmes régressions sont menées sur les personnes de moins de 45 ans, pour lesquelles on s'attend à ce que les femmes aient un nombre de jours d'arrêts maladie supérieur aux hommes du fait des grossesses, et sur les plus de 45 ans, pour lesquels ce facteur n'a plus d'incidence (tableau 2). Les résultats sont conformes aux attentes sur l'échantillon des personnes de moins de 45 ans, parmi lesquelles les femmes ont un recours significativement plus élevé aux arrêts maladie. En revanche, parmi les plus de 45 ans, le fait d'être une femme n'augmente pas le recours aux arrêts maladie. Avoir des enfants en bas âge a peu d'effet avant 45 ans sur le recours aux arrêts maladie, et ne semble pas peser davantage sur l'absentéisme des femmes.

Ceci semble confirmer que les grossesses jouent un rôle important sur le recours aux

arrêts maladie et que l'absentéisme féminin ne serait pas dû à la double charge ni à des comportements de santé plus préventifs ; sinon il continuerait d'être significativement plus élevé après 45 ans. La prise en compte des conditions de travail accroît légèrement l'ampleur des écarts : cela pourrait s'expliquer par des différences de réactions face à des contraintes similaires, mais aussi par le fait que certaines pénibilités, notamment physiques, peuvent avoir un effet différencié sur la santé des femmes. Restent les conditions de travail, dont les résultats confirment qu'elles constituent un facteur central de recours aux arrêts de travail. Ici, l'absence de différences significatives après 45 ans, qui se distingue des écarts observés en population générale, s'explique probablement par le fait que pour un métier donné, les conditions de travail sont relativement homogènes entre femmes et hommes dans le secteur hospitalier. ■

TABLEAU 2

Effet du sexe sur la durée totale des arrêts maladie dans le secteur hospitalier, selon l'âge

|   | Nombre de jours d'absence déclarés pour maladie au cours des 12 derniers mois |          |          |          |          |                |       |       |       |
|---|---|----------|----------|----------|----------|----------------|-------|-------|-------|
|   | Moins de 45 ans   |          |          |          |          | Plus de 45 ans |       |       |       |
| <b>Sexe (réf : homme)</b>   |   |          |          |          |          |                |       |       |       |
| Femme   | 2,136***  | 1,880*** | 2,029*** | 2,044*** | 1,935*** | 1,232          | 1,248 | 1,284 | 1,261 |
| <b>Enfant(s)</b>  |   |          |          |          |          |                |       |       |       |
| de moins de 3 ans   |   |          |          | 1,363*   | 1,093    |                |       |       | 0,354 |
| de 3 à 17 ans   |   |          |          | 1,169    | 1,161    |                |       |       | 0,985 |
| <b>Effet d'interaction (femme et enfant(s) de moins de 3 ans)</b> |   |          |          |          | 1,304    |                |       |       |       |
| <b>Variables de contrôle</b>                                      |   |          |          |          |          |                |       |       |       |
| Secteur   | Oui   | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui            | Oui   | Oui   | Oui   |
| Âge   | Oui   | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui            | Oui   | Oui   | Oui   |
| Famille professionnelle   | Oui   | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui            | Oui   | Oui   | Oui   |
| État de santé   | Non   | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Non            | Oui   | Oui   | Oui   |
| Conditions de travail   | Non   | Non      | Oui      | Oui      | Oui      | Non            | Non   | Oui   | Oui   |
| Salaire   | Non   | Non      | Oui      | Oui      | Oui      | Non            | Non   | Oui   | Oui   |
| <b>Nombre d'observations</b>                                      | 2 222   | 2 136    | 2 136    | 2 136    | 2 136    | 1 957          | 1 817 | 1 817 | 1 817 |

Note • Coefficients exprimés en incidence rate ratios. \*p < 0.10, \*\*p < 0.05, \*\*\*p < 0.01.

Lecture • Parmi les personnes de moins de 45 ans travaillant dans les établissements de santé, les femmes prennent 88 % de jours d'arrêt maladie de plus que les hommes, à secteur, âge, famille professionnelle et état de santé fixés (2<sup>e</sup> colonne). Avoir un enfant en bas âge n'a pas d'effet significatif sur les absences et n'a pas d'effet propre pour les femmes (effet d'interaction entre le sexe et le fait d'avoir un enfant de moins de 3 ans).

Champ • Secteur hospitalier.

Source • Dares ; DGAFP ; DREES ; Insee, enquête Conditions de travail 2012-2013.

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Afsa, C. et Givord, P.** (2014). "The Impact of Working Conditions on Sickness Absence: A Theoretical Model and an Empirical Application to Work Schedules", *Empirical Economics*, vol 46, pp 285-305.
- **Bekker, MH., Rutte, CG. et van Rijswijk K.** (2009). Sickness Absence: A Gender-Focused Review. *Psychology, Health & Medicine*, 14(4), 405-18.
- **Cazenave-Lacroust A., Godzinski A.** (2017) « Les effets d'un jour de carence pour arrêt maladie sur les absences pour raison de santé dans la fonction publique de l'État française », *Document de travail de l'Insee*, G 2017/06.
- **Davie, E.** (2015). Méthode de construction d'indicateurs synthétiques de conditions de travail et de risques psycho-sociaux, DGAFP, Note DES/15-076.
- **DGAFP,** (2014) (2015). *Rapports annuels sur l'état de la fonction publique : politiques et pratiques de ressources humaines*, Faits et chiffres.
- **Loquet, J., L. Ricroch, L.** (2014). « Les conditions de travail dans les établissements de santé ». Dans B. Boisguérin, G. Brillhault (dir.) *Le panorama des établissements de santé*. Paris, France : DREES, coll. Études et statistiques.
- **Marbot, M. et Pollak, C.** (2015). Les grossesses expliquent 37 % des différences d'arrêt maladie entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans. Dans Beffy, M., et al. (dir.) *Les dépenses de santé 2014 : Résultats des Comptes de la santé*, édition 2015, Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.
- **De Paola, M., Scoppa, V. et Pupo, V.** (2014). Absenteeism in the Italian public sector: The effects of changes in sick leave policy. *Journal of Labor Economics*, 32(2), 337-60.
- **Pettersson-Lidbom, P. et Skogman Thoursie, P.** (2013). Temporary Disability Insurance and Labor Supply: Evidence from a Natural Experiment, *The Scandinavian Journal of Economics*, 115(2), 485-507.
- **Pollak, C.** (2015). L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé, *Dossiers solidarité santé*, n° 58, DREES.
- **Pollak, C. et Ricroch, L.** (2017). Les différences d'absentéisme à l'hôpital sont-elles associées à des différences de conditions de travail ?, *Revue française d'économie*, vol XXXI, 181-220.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

[drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur

[www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution

[drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaires de rédaction : Fabienne Brifault et Laura Dherbecourt

Composition et mise en pages : Stéphane Jeandet

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Pour toute information : [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384