

## Chapitre 3

# DES INDICATEURS POUR UNE APPROCHE GLOBALE

---

*Les sources citées sont suivies d'un numéro entre crochets qui permet d'accéder à la fiche correspondante ; ce numéro suit l'ordre de la liste des sources classant et introduisant la compilation des fiches donnée en annexe 1.*

Les indicateurs globaux donnent des mesures globales de la qualité de vie des populations. La démographie en produit un certain nombre comme le taux de mortalité, l'espérance de vie, la pyramide des âges. D'autres sont donnés par les institutions chargées de la protection sociale ou de la prise en charge des soins. Nous aborderons successivement ici cinq domaines, trois sont des champs d'indicateurs éprouvés, deux autres sont de l'ordre de projets :

- L'espérance de vie en santé.
- La démographie au travail comme outil sectoriel ou dans l'entreprise.
- Les taux d'accidents avec arrêts et de maladies professionnelles reconnues.
- Des actes médicaux émanant des consultations de pathologies professionnelles.
- L'absentéisme.

Les différences d'espérance de vie dans une même génération condensent un ensemble de facteurs liés au mode de vie, dans ses multiples dimensions sociales et personnelles : nutrition, état sanitaire de l'environnement, éducation, accès aux soins, accidents, expositions à des pollutions, mais aussi des conditions délétères de vie au travail, tant du point de vue de l'ensemble des facteurs physiques que du point de vue des conditions psychosociales.

Les indicateurs démographiques, dès lors qu'ils sont rattachés à des critères sur la situation professionnelle, mettent en relief les différenciations en état (sexe, âge, niveau de formation, pays de naissance...), et en évolution, des populations au travail tant au niveau de populations générales que sectorielles ou locales, lorsqu'il est question de prévoir le devenir des populations occupées.

La morbidité dont l'origine professionnelle est reconnue, ainsi que les accidents du travail déclarés, par catégories professionnelles ou sectorielles, sont la troisième grande catégorie d'indicateurs qui intéressent la prévention au travail, au moins dans leur évolution. L'appréhension de certaines de ces catégories, encore entremêlée de questions de gestion de réparation et d'assurance, a été et pourrait être encore améliorée.

Des diagnostics de maladies effectués dans des services hospitaliers et des actes chirurgicaux, dont l'étiologie est souvent complexe, constituent des sources de prospection pour la prévention dans le champ du travail.

Enfin, « l'absentéisme », non appréhendé à un niveau global ou sectoriel, est un indicateur dont on dira pourquoi il est au niveau global si peu éloquent. Malgré ses ambiguïtés, il peut pourtant signaler les lieux où la question de conditions pathogènes vaudrait d'être posée, qu'il soit le premier signe avant-coureur du développement de pathologies d'origine professionnelle, ou déjà l'une de ses manifestations.

### I. L'ESPÉRANCE DE VIE

Les taux de mortalité et les espérances de vie calculés par catégorie sociale ont amplement mis en évidence les inégalités entre catégories socioprofessionnelles (CSP). Si l'espérance de vie augmente

globalement et pour toutes les catégories en France, les inégalités se perpétuent, laissant en l'état certains facteurs de différentiel de mortalité (Jougla *et al.*, 2000).

L'étude des disparités de mortalité a été centrée sur les catégories socioprofessionnelles, mettant en exergue un classement de longévité depuis les ouvriers non qualifiés et les personnels de service jusqu'aux cadres et professions libérales. Ces écarts observés parmi les hommes sont plus élevés aux âges jeunes et vont en diminuant avec l'âge, illustrant le mouvement d'une sévère sélection [39] (Desplanques, 2001). Ces évolutions sont atténuées chez les femmes ; mais les « non actives » se révèlent particulièrement défavorisées, avec un effet double, celui d'une sélection au regard de l'activité et de la formation, et celui du milieu social d'origine ou du mari (Mesrine, 2000).

### **1.1. Les trajectoires professionnelles discriminent les catégories sociales et le genre**

Pour les hommes comme pour les femmes, les risques de mortalité associés aux trajectoires professionnelles sont plus dispersés que les risques associés aux CSP (Cambois, novembre 2002, séminaire Ined, à publier). Pour les hommes, la tendance claire est une surmortalité associée aux trajectoires descendantes et une sous-mortalité associée aux trajectoires ascendantes. Autrement dit, les trajectoires sont plus prédictives de mortalité que ne le sont les CSP elles-mêmes.

Pour certains groupes de femmes seulement, les cadres, les ouvrières et les employées, il y a comme pour les hommes un effet de sélection par la santé (*healthy worker effect*). Mais l'association n'est pas aussi systématique que pour les hommes, indiquant d'autres aspects que ceux liés à la position professionnelle face au risque de mortalité. Notamment les choix d'aller-retour entre activité et « inactivité » étaient et demeurent encore modelés par la situation familiale, le nombre et l'âge des enfants, créant un semblant d'« anomalie » au regard des observations sur la population masculine. L'évolution des comportements du point de vue de la parentalité pourrait faire que ces facteurs familiaux soient plus pesants à l'avenir pour les pères comme pour les mères dans la trajectoire professionnelle. Le niveau des diplômes, des qualifications et l'origine sociale, comme facteurs de trajectoires, déterminent bien évidemment aussi des différences de mortalité.

### **1.2. Des comparaisons européennes édifiantes**

Les fortes inégalités sociales d'espérance de vie sont connues et comparées au niveau international avec des méthodes affinées depuis les années 1960. Au regard des autres pays européens, l'écart entre les taux de mortalité dite « prématurée », entre 45 et 59 ans, des manuels et des non manuels est le plus élevé en France (Kunst *et al.*, 2000, p. 60), et ce, malgré la qualité reconnue de notre système sanitaire. La France est aussi au plus fort des inégalités de mortalité en Europe entre les moins et les plus diplômés, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

### **1.3. Des taux élevés de morts prématurées violentes**

Les écarts de mortalité par causes de décès entre pays européens ne se dessinent pas de la même façon. Les indicateurs français pour l'ensemble de la population sont proches de la moyenne européenne. Mais en allant voir les écarts entre manuels et non manuels par cause de décès, on constate une surmortalité en France due à deux maladies liées à l'alcoolisme : la cirrhose du foie et le cancer des voies aérodigestives supérieures (Kunst, 2000). Des inégalités de morbidité en France, équivalentes à la moyenne européenne, couvrent des inégalités de mortalité prématurée supérieures, en lien avec une morbidité dont le facteur mortel est l'alcoolisme [36].

Par ailleurs, entre 25 et 34 ans, les morts violentes expliquent 70 % de la surmortalité des ouvriers et employés par rapport aux cadres supérieurs. On est en droit de s'interroger sur les éléments du

cadre général de vie, mais aussi de travail, qui influencent un tel risque, essentiellement lié à la circulation automobile.

#### **1.4. Statut social et espérance de vie sans incapacité : des inégalités maintenues**

Hormis les cas où « la profession nuit directement à la santé, c'est davantage le statut social et la culture correspondant à la profession exercée que la profession elle-même qui déterminent l'état de santé, à travers les habitudes de vie et le comportement face à la santé » (Cambois, 1998). Cependant, un changement de statut social a des effets plus difficilement contrôlables sur la santé par ses « composantes psychiques et matérielles » que par ses « composantes stables liées à l'éducation ». Une dégradation peut avoir des effets plus évidents qu'une amélioration de ce statut, par la survenue d'habitudes néfastes, de type consommation d'alcool, de psychotropes (Cambois, 1998).

Le choix de l'incapacité comme indicateur des inégalités sociales comme de l'état de santé est d'autant plus opportun qu'il intègre une dimension sociale. « L'OMS définit l'incapacité dans un modèle décrivant les conséquences d'une maladie sur l'état fonctionnel des individus dans leur environnement quotidien : l'incapacité est un des niveaux de ce modèle correspondant aux difficultés à réaliser des activités de la vie de tous les jours ». Or, l'incapacité permet d'aborder l'état de santé de manière indirecte et d'éviter les biais encourus par les déclarations de symptômes ou par la santé perçue (Cambois, 1998).

L'indicateur d'inégalités de l'espérance de vie sans incapacité selon les catégories socioprofessionnelles pose de bonnes questions sur les facteurs d'avancée, comme le progrès de soins sanitaires et de modes de vie, qui semblent dans les derniers résultats se répartir assez bien entre catégories, et ce qui reste comme facteurs de disparité autour de la question du travail.

## **2. LA DÉMOGRAPHIE DE L'EMPLOI ET DU TRAVAIL**

Les données détaillant la population active et non active selon l'âge prennent du relief et du sens lorsqu'on les superpose à la pyramide des âges de la population, que l'on en suit les évolutions, et les scénarios projetés sur le futur. Les transformations du rapport population active/non active sont spécifiées ou qualifiées, outre par le sexe et l'âge, par d'autres caractéristiques sociodémographiques : niveau d'études initiales, de qualification, statut d'emploi, ancienneté, formation continue, secteur d'activité, âge au premier emploi, retrait d'activité, invalidité, situation familiale, nombre et âges des enfants, etc. [49] et la région (recensement de la population). Ces références structurelles donnent du sens aux grandes évolutions ; mais surtout, la puissance et la fiabilité des sources permettent de situer et prévoir les enjeux en population de problèmes de non insertion ou désinsertion du monde du travail. Elles constituent une des bases fondamentales de la démographie de l'emploi.

Dans des secteurs, des entreprises ou des ateliers délimités, observer des pyramides d'âge des populations « occupées », en les caractérisant par des critères de qualifications professionnelles et de pénibilités spécifiques aux postes de travail et suivre leur évolution, donne une représentation du processus de vieillissement ou de sélection de ces populations. Les mouvements opérés sont plus ou moins délibérés, selon le degré de maîtrise des mobilités, des embauches et de la productivité. Mais, de façon générale, le repérage des situations de travail où il semble « difficile de vieillir » (ce que l'on peut inférer à partir du maintien d'une structure d'âge déséquilibrée, ou parfois d'une étude directe des mouvements) éclaire à la fois des enjeux de santé au travail et des enjeux démographiques à anticiper (Molinié, Volkoff, 2002).

Les outils quantitatifs en ce domaine peuvent se combiner utilement avec des enquêtes plus spécifiques, voire avec des approches quantitatives. Un bon exemple est l'analyse des relations entre âge et polyvalence, dans le cas du montage automobile (Gaudart, 1996). Dans le secteur automobile comme dans l'ensemble des industries, la polyvalence tend à diminuer avec l'âge. Pour vérifier s'il

ne s'agit pas d'effets de structure, liés à l'inégale répartition des âges entre ateliers par exemple, des comparaisons ont été réitérées en limitant l'analyse statistique à un atelier, puis à un tronçon de chaîne ; et le résultat s'est à chaque fois trouvé confirmé. Pour mieux le comprendre, il a été utile de le rapprocher d'un autre résultat microstatistique : la progression avec l'âge de gênes dans le maniement des petites pièces, progression qui ressortait de l'analyse *a posteriori* d'un ensemble d'entretiens avec quelques dizaines d'ouvriers. L'analyse ergonomique, en reliant l'un et l'autre résultat, a montré l'importance, pour les ouvriers vieillissants, des habiletés sensori-motrices fines, particulièrement précieuses pour leur permettre de tenir la cadence en préservant leur santé. Ces habiletés représentaient bien un enjeu important pour eux dès la période d'apprentissage, et l'incertitude sur la possibilité de les mettre en place sur un nouveau poste constituait un motif dissuasif vis-à-vis de la polyvalence.

### **3. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES**

#### **3.1. Un problème d'évaluation sectorielle**

Les statistiques d'accidents du travail (AT) et de maladies professionnelles (MP) sont les premiers et les plus anciens indicateurs sur les méfaits du travail sur la santé. Leur suivi sur longue période est leur première qualité. Ils montrent, sans erreur possible, le niveau de reconnaissance de ces déclarations par l'institution chargée de la réparation et de l'indemnisation. Cependant leur suivi par secteur d'activité a été handicapé par le regroupement de secteurs d'activités élémentaires propres au régime d'assurance, parce qu'établi en fonction des règles de fixation des taux de cotisation, eux-mêmes établis suivant les dépenses constatées. Le regroupement de ces secteurs élémentaires a été depuis 1998 remodelé de façon à affecter les entreprises sous-traitantes dans les secteurs dans lesquels elles interviennent. Seuls les intérimaires restent regroupés dans un des deux secteurs groupant l'ensemble des services autres que ceux de l'alimentaire. On peut cependant regretter que ces regroupements ne permettent pas, ou peu, des recoupements avec des données économiques ou sur l'emploi suivant le code européen NAF (nomenclature d'activités françaises) des branches et secteurs d'activité.

#### **3.2. Les accidents du travail « reconnus et indemnisés »**

En amont de cette reconnaissance, des biais sont à rappeler. La non déclaration des accidents bénins tend à s'amplifier là où la crainte d'être licencié est présente, ou encore lorsque le salarié est embauché sous un statut précaire et souhaite vivement être intégré sur un statut stable. En outre, les campagnes de prévention peuvent s'accompagner de pressions avec affichage des résultats et objectifs (« zéro accident ») et/ou d'incitations financières qui dissuadent la hiérarchie intermédiaire, voire les victimes elles-mêmes, de déclarer la totalité des accidents (Cour des comptes, 2002, p. 35 et suiv.).

Une deuxième limite est le fait que le régime général des salariés (RG) ne couvre *grosso modo* que 80 % des salariés. Les 20 % restants relèvent soit du régime agricole (la CCMSA), soit du secteur public, incluant notamment les ministères de l'Équipement, de l'Intérieur, et de la Défense, le CEA, les hôpitaux publics, les collectivités territoriales, soit encore de certains régimes spéciaux comme les Mines, la SNCF, la RATP, etc. Il reste enfin les non salariés, notamment ceux du bâtiment, dont les risques sont des plus fréquents et des plus graves.

Une troisième limite, et non la moins anodine, est liée là encore au système de gestion de l'indemnisation : la qualification du siège des lésions et « l'élément matériel » sont établis au moment de la prime déclaration, généralement sans vérification ultérieure. Aussi ne sera-t-on pas étonné que ces informations soient peu prises en compte. Les ingénieurs de prévention des caisses régionales d'assurance-maladie (Cram) préfèrent s'appuyer sur leurs propres enquêtes. Sur la base de ces der

nières l'Institut national de recherche scientifique (INRS) a conçu un fichier de références mis à la disposition de ces professionnels, privilégiant essentiellement l'analyse des processus techniques et de leurs failles.

Les indicateurs, publiés chaque année pour l'année N-2, sont au nombre de trois :

- Le taux de fréquence : nombre d'accidents avec arrêt de travail, par millier d'heures travaillées.
- Le taux de gravité des incapacités temporaires : rapport du nombre de journées perdues pour 1 000 heures travaillées.
- Le taux d'incapacité permanente : total des taux d'incapacité permanente par millier d'heures travaillées.

### **3.3. Les accidents du travail déclarés par les enquêtés**

L'ensemble des actifs occupés ont été interrogés dans le cadre de l'enquête nationale sur les conditions de travail (ECT) en 1998 sur la survenue d'un accident (hors trajet) au cours des douze derniers mois, puis sur le dernier accident. Plus de deux accidents sur dix n'avaient pas été signalés. Parmi les accidents avec arrêt, 94 % ont été déclarés (Hamon-Cholet, 2001). Une enquête de ce type permet par ailleurs de faire ressortir par exemple un risque accru parmi les jeunes, ainsi que dans les situations où les durées de travail sont longues, où il n'y pas 48 heures de repos hebdomadaires ; en particulier le risque d'accidents (sans arrêt de travail) s'avère plus élevé là où sont instituées des normes de qualité et, de façon liée, là où existent de fortes charges mentales.

L'accidentabilité plus élevée des jeunes ouvriers récemment embauchés, y inclus des intérimaires, a aussi été mise en évidence par une enquête de l'Inspection du travail en 1990, confirmée par l'enquête auprès des salariés en 1998 [56] dont on vient de parler et par une étude économétrique en 2001. La fonction comportant le plus de risques, la maintenance, est marquée par une mobilité vers tous les lieux où se situent ces besoins de maintenance (machines, dispositifs divers). Des entretiens qualitatifs auprès de jeunes accidentés du travail ont confirmé leur fréquente difficulté face à des situations de sécurité décalées par rapport à ce qui leur a été enseigné (Thébaud-Mony *et al.*, 1995).

### **3.4. Les accidents du travail mortels**

En 1992, l'Inspection du travail et la Dares ont réalisé deux enquêtes sur les seuls accidents mortels qui ont montré des taux d'accidents mortels, au travail et sur le trajet domicile-travail, du même ordre de grandeur. Ces enquêtes, qui ont mis en évidence un surcroît de risques mortels chez les intérimaires, les non qualifiés, le plus souvent jeunes et précaires, n'ont pu être reconduites. Or, les morts par accidents sont imparfaitement connus par les régimes d'assurance : si la reconnaissance de l'accident est faite avant la mort (qui peut survenir après un délai parfois long), celle-ci n'est jamais comptabilisée comme suite de cet accident.

### **3.5. Les maladies professionnelles indemnisées**

Trois maladies récemment reconnues ont eu des effectifs qui ont bondi ces dernières années, confirmant, s'il le fallait, le conditionnement institutionnel de ces relevés : les maladies péri-articulaires, les affections causées par les poussières d'amiante et les affections chroniques du rachis lombaire dues aux charges lourdes.

On retrouve pourtant, et depuis toujours, les mêmes problèmes de déclarations pour des maladies que pour des accidents du travail. Ainsi, les affections causées par le bruit sont, au mieux, déclarées tardivement, lors de la prise de retraite. D'autres ne peuvent l'être si l'exposition qui en est l'origine n'est pas décelée. Deux rapports, en 1997 et en 1999, ont permis d'établir « les répercussions négati

ves de la déclaration de maladie professionnelle sur la situation financière et l'emploi de victimes », (Cour de comptes, 2002, p. 36-37).

L'expérience de l'amiante, et la législation (dans la loi de modernisation sociale et de santé au travail) obligeant chaque entreprise à faire chaque année le relevé exhaustif de ces expositions, inciteront-elles à une plus grande transparence ?

À la Cramif, comme vraisemblablement dans l'ensemble des Cram, une base informatique « TAPR » est interrogeable à la demande sur les maladies professionnelles reconnues, triant suivant un code des nuisances, un code des syndromes, inspirés des tableaux de MP et du code CITP des professions. En revanche, les services des caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM) instruisant les demandes ne font remonter pour être codés que les dossiers qui ont été conclus sur une reconnaissance. Les autres, refusés ou laissés en instance, sont stockés sous forme de documents-papier. Ils constituent un champ d'investigation possible.

#### **4. DES ACTES MÉDICAUX SUR LA MORBIDITÉ PAR PROFESSION**

Aucun outil n'est institué en population générale sur cette question, mais des explorations existent. Les consultations de pathologies professionnelles, sans prétendre à l'exhaustivité du champ, rassemblent des diagnostics sur des maladies supposées ou reconnues comme étant d'origine professionnelle, pour lesquelles est nécessairement instruit un historique professionnel.

Pour les maladies dues à l'amiante, l'Institut de veille sanitaire (InVS) avec les centres d'examen de santé de la caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) et le Centre technique d'appui et formation (Cetaf), qui les coordonne, a entrepris une enquête sur les personnes devenues retraitées de 1994 à 1996 et assurées dans six CPAM.

Le Programme de médicalisation du système d'information, le PMSI, est une source possible d'identification d'actes chirurgicaux ou de diagnostics en séjours hospitaliers, qui pourrait servir à surveiller l'incidence de maladies dont il s'agirait de comprendre les origines, quelles qu'elles soient, et, entre autres, celles liées au milieu de travail (pour savoir, par exemple, dans quel secteur sont opérés le plus de canaux carpiens).

#### **5. L'ABSENTÉISME**

L'absence au travail est le signal implicite d'une nécessité advenue pour quelqu'un d'interrompre son travail, et ce pour différents motifs possibles : maladie, accident, maternité, congés prévus ou exceptionnels, autres (notamment dus à des événements familiaux, ou encore en rupture avec le contrat de travail).

Le décompte des causes, des caractéristiques et de leur évolution intéresse la recherche épidémiologique (Chevalier, Goldberg, 1992) et, d'une autre façon, les employeurs et gestionnaires d'entreprises. Or, il est un indicateur encore peu utilisé par l'ensemble des intervenants dans le domaine de la santé au travail. Les chercheurs s'intéressent aux motifs médicaux qui sous-tendent ces absences, à la durée et à la fréquence par individu en fonction du sexe, de l'âge, de caractéristiques professionnelles et de vie disponibles. Pour les gestionnaires, ce décompte est un indicateur qui permet un contrôle de la disponibilité du travail engagé, avec un transfert des charges aux régimes d'assurance adéquats, et au mieux, en guise de prévention, il permet l'observation des différentes causes en lien avec le contenu du travail et la qualité de personnes.

Or, l'existence de ces décomptes est peu connue, et lorsqu'elle l'est, l'accès n'en est pas aisé. Comme tout indicateur, son utilisation est soumise à des limites, parce qu'il reflète des pratiques et des conceptions médicales, sociales et institutionnelles.

- L'instauration du congé pour enfants malades a été précédée de pratiques de protection de la parentalité et de l'enfance en transférant ce motif sur un besoin de repos du parent, cautionné par des médecins. De même en est-il aujourd'hui du congé post-natal prescrit par des médecins, contesté par le contrôle médical de la Cnam.

- Sur les maladies, la prescription du repos ressort d'une pratique médicale non homogène du point de vue de la durée prescrite, comme des médicaments.

- Enfin, le salarié lui-même, dans son rapport avec l'institution médicale, argumente et apprécie en fonction de son contexte de vie, et notamment de l'incidence de ce repos sur sa situation professionnelle, au regard de sa hiérarchie, de son insertion, de ses marges de manœuvre du point de vue de son contrat, de son collectif de travail.

La Cnam décompte le nombre d'indemnités journalières (IJ), par région, sans autre distinction qu'entre les ayants droit et les assurés, et les motifs : maternité, accident du travail, maladie professionnelle, autre maladie. L'individu n'étant pas identifié, la notion de fréquence individuelle d'absence par motif n'existe pas. Seul est publié le rapport de la somme des IJ pour les accidents du travail au nombre d'heures travaillées, appelé « taux de gravité » des accidents du travail indemnisés. Comme il a été dit plus haut, la présentation par grand secteur, refondue en neuf groupes depuis 1998, et ses subdivisions ne permettent que des correspondances très imparfaites avec les secteurs type Insee, communément utilisés sur des données sociales et économiques.

Les résultats des études réalisées dans la cohorte Gazel (salariés de EDF-GDF) [16] démontrent l'intérêt de suivre la survenance, la durée et la fréquence des absences prescrites par un acte médical. A. Chevalier et M. Goldberg soulignent l'intérêt de suivre ces arrêts sur longue période pour surveiller les pathologies lourdes, la durée éliminant de fait les autres causes, moins bien contrôlées du point de vue du niveau de morbidité. Les indicateurs préconisés sont ceux qui détaillent les trois caractéristiques de survenue, durée et fréquence de l'absence. Les survenues d'absence sont comptées en distinguant les motifs.

On peut également rapporter le nombre de jours (ou d'heures) d'arrêt au nombre total de jours travaillés (ou d'heures travaillées). C'est le taux d'absentéisme - rapport des durées d'absences (d'un groupe) au total des durées normalement travaillées (d'un groupe) - qui est l'indicateur le plus approximatif, puisqu'il n'individualise pas la mesure de l'absence, ni le nombre de jours d'arrêt par travailleur arrêté.

Or, à l'heure actuelle, les statistiques de la Cnam et des Cram ne permettraient de faire que le seul décompte du taux d'absentéisme global, puisque les arrêts ne sont comptabilisés que globalement en nombre d'indemnités journalières (IJ) versées, sans identifier les durées individuelles.

Une classification sommaire et anonyme des arrêts de travail par maladie, âge, sexe et secteur d'activité ou/et profession donnerait un indicateur d'alerte du même type que peut l'être le décompte des jours de grève.

La dernière enquête Sumer [65] réalisée en 2003 auprès de 50 000 salariés a posé pour la première fois la question du nombre d'arrêts pour maladie, hors accidents du travail ou maternité, les douze derniers mois et du nombre de jours total de ces arrêts. La même question sur le nombre de jours d'arrêt est posée en lien avec des accidents du travail survenus pendant les douze derniers mois.

Par ailleurs, l'enquête annuelle de l'Insee, EPCV (enquête permanente sur les conditions de vie des ménages), en mai, comporte, dans sa partie fixe, [41], [5], une question sur les « congés-maladie » des douze derniers mois, en distinguant, dans la réponse, les durées de trois mois et plus, un à moins de trois mois, plus d'une semaine à moins d'un mois, une semaine ou moins. Cependant la petite taille de l'échantillon (moins de 5 000 actifs) limite le croisement par profession et grand secteur. Elle pourrait informer sur le sens des évolutions.

L'utilisation de l'ensemble des indicateurs globaux n'est certainement pas aussi répandue qu'elle le pourrait. Leur diffusion sur un support unique, avec des commentaires actualisés, est sans doute une opération à concevoir avec une périodicité au moins annuelle.