

## Chapitre 3

# Comment lutter au mieux contre les absences pour cause de maladie et d'invalidité

*Le principal problème économique de la Suède est le taux élevé d'absentéisme pour cause de maladie ou d'invalidité. Ce chapitre expose le problème et examine les mesures prises par d'autres pays pour y remédier. Il souligne l'importance de fonder le système d'assurance-maladie sur le principe de l'obligation mutuelle. Ceci suppose de responsabiliser davantage le travailleur malade, l'employeur et le bureau d'assurance sociale pour que l'intéressé reprenne son activité le plus rapidement possible.*

Les personnes en congé de maladie ou qui perçoivent une pension d'invalidité représentent en moyenne chaque jour quelque 14 % de la population en âge de travailler, et exercent donc une forte ponction sur l'offre de main-d'œuvre, les revenus et l'activité économique. Conscient de ce problème, le gouvernement s'est donné pour objectif de réduire de moitié entre 2002 et 2008 le nombre de personnes en congé de maladie, ce qui non seulement aurait dès à présent un effet positif sur le bien-être des Suédois, mais contribuerait aussi largement à assurer la viabilité du système de protection sociale à long terme. Ce taux d'absentéisme si élevé s'explique aisément. Comparativement aux autres pays de l'OCDE, le système d'assurance-maladie de la Suède est à la fois généreux et facile d'accès. Ce sont là deux caractéristiques qu'il ne sera pas possible de conserver. Le présent chapitre examine la nature des réformes qui ont fait leurs preuves dans d'autres pays et en tire les enseignements quant aux mesures qui pourraient être prises. La principale d'entre elles serait de modifier l'esprit de l'assurance-maladie et invalidité, actuellement conçue comme un dispositif de remplacement passif du revenu, pour la fonder sur le principe de « l'obligation mutuelle », déjà appliqué aux chômeurs en Suède. Dans la pratique, il s'agit de responsabiliser davantage le travailleur malade, l'employeur et le bureau d'assurance sociale pour que l'intéressé reprenne son activité aussi rapidement que possible. Le gouvernement a pris quelques mesures dans ce sens, mais il est nécessaire qu'il aille plus loin. Si l'administration et le filtrage de l'accès au système pouvaient être plus étroitement alignés sur les meilleures pratiques internationales, le problème de l'absentéisme pourrait être réglé sans qu'il soit nécessaire de réduire le niveau des prestations.

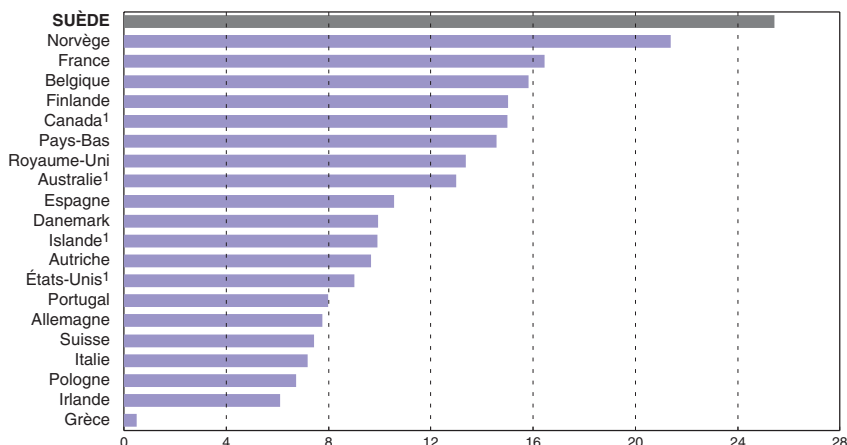
### Qui sont les malades et les invalides?

Les absences pour cause de maladie et d'invalidité sont le fait de deux catégories de personnes : celles qui ont un emploi mais sont en congé maladie, et celles qui n'appartiennent pas à la population active pour des raisons de santé (les inactifs). À ces deux égards, la Suède se place moins bien que les autres pays. *Premièrement*, le nombre moyen de journées de travail perdues chaque année pour cause de maladie est le plus élevé de la zone de l'OCDE (graphique 3.1)<sup>1</sup>. Ceci tient à la fois au *taux d'absence* élevé (c'est-à-dire le pourcentage de personnes qui sont absentes de leur emploi pendant une période donnée) et à la *durée moyenne* de chaque période d'absence (les prestations maladies pouvant être servies pendant plusieurs années). *Deuxièmement*, le pourcentage de la population active potentielle qui a quitté le marché du travail pour cause de maladie ou d'invalidité paraît relativement élevé par rapport aux autres pays, notamment dans le cas des personnes âgées (voir graphique 3.2 ; on notera cependant qu'il est parfois difficile de faire la distinction entre la retraite anticipée et l'inactivité pour cause de maladie).

Il existe plusieurs raisons « naturelles » pour lesquelles le taux de maladie pourrait être plus élevé en Suède que dans les autres pays. La plus évidente est l'âge relativement avancé de la population active, dans la mesure où l'on sait que les taux d'absence s'élèvent avec l'âge. Mais ce ne peut être là la seule explication parce que les absences pour cause de maladie sont élevées dans tous les groupes d'âge (tableau 3.1). Un deuxième facteur est le

### Graphique 3.1. Le nombre de journées de travail perdues pour cause de maladie est le plus élevé de la zone de l'OCDE

Journées de travail perdues par équivalent salarié à plein-temps et par an, 2004

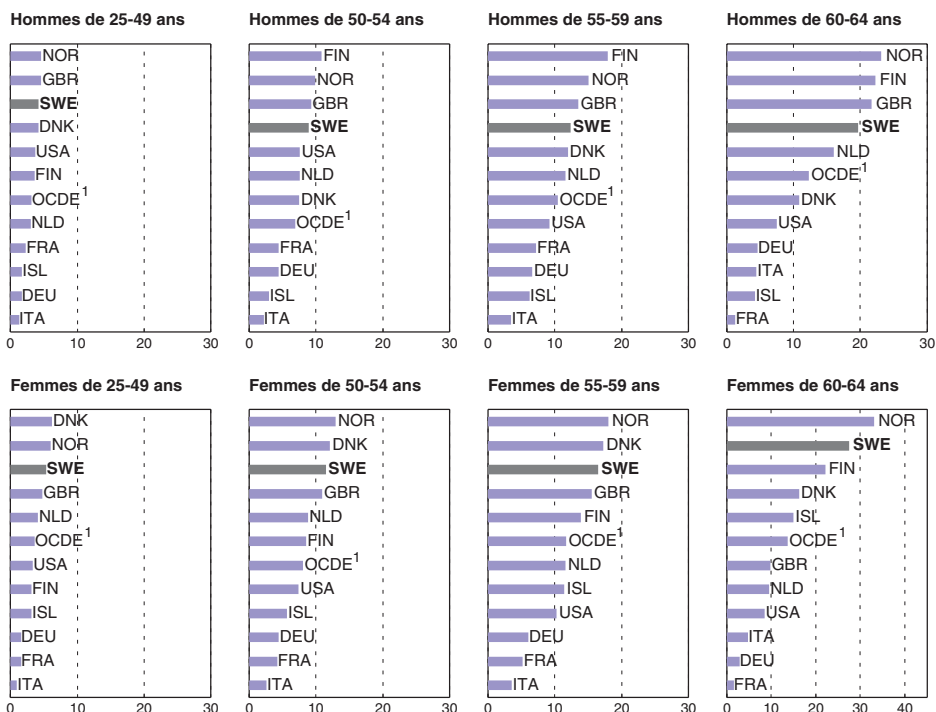


1. 2002.

Source : Estimations de l'OCDE fondées sur les résultats de l'Enquête européenne du printemps sur les forces de travail.

### Graphique 3.2. Inactivité pour cause de maladie ou d'invalidité

Pourcentage de la population pour chaque classe d'âge, 2003



1. Moyenne des 23 pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles. 2001 dans le cas des États Unis.

Source : Enquête européenne sur les forces de travail.

Tableau 3.1. **Taux d'absence pour cause de maladie**Pourcentage de personnes absentes de leur travail pendant la totalité de la semaine de l'enquête, 1983-2001<sup>1</sup>

	Âge					Total
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	
<b>Suède</b>	<b>2.5</b>	<b>3.1</b>	<b>3.9</b>	<b>4.4</b>	<b>9.1</b>	<b>4.2</b>
Pays-Bas	3.2	3.9	4.5	5.9	4.9	4.1
Norvège	2.4	2.7	3.1	4.3	7.2	3.2
France	1.8	2.1	2.5	3.9	4.0	2.4
Finlande	1.3	1.8	2.5	4.4	5.3	2.3
Royaume-Uni	1.8	2.1	2.5	3.9	4.0	2.0
Danemark	1.5	1.6	1.7	2.3	2.7	1.7
Allemagne	0.9	1.1	1.4	2.7	3.2	1.4
<b>Moyenne pondérée</b>	<b>1.5</b>	<b>1.8</b>	<b>2.2</b>	<b>3.3</b>	<b>4.1</b>	<b>2.1</b>

1. Moyennes sur la période 1983-2001, sauf dans le cas de la Suède (1987-2001) et de la Norvège (1989-2001).

Source : Bergendorff, Sisko (2003), « Sickness absence in Europe – A Comparative Study », Swedish National Social Insurance Board.

taux d'activité élevé des femmes, étant donné que dans la plupart des pays, les femmes sont plus souvent absentes de leur travail pour cause de maladie que les hommes. En revanche, les Suédois sont en meilleure santé que les citoyens de beaucoup d'autres pays et leur espérance de vie est longue (voir chapitre 5), et l'on pourrait donc penser qu'ils risquent moins de tomber malades. Sur la base de données économétriques, il apparaît que l'effet total des diverses caractéristiques liées à la démographie et au marché du travail est pratiquement nul, les différents facteurs s'annulant mutuellement (tableau 3.2).

Si l'on examine de plus près le cas particulier de la Suède, on observe d'importantes différences des taux d'absence pour cause de maladie selon les groupes examinés (graphique 3.3):

- **Par sexe** : les taux de maladie des femmes sont en moyenne deux fois plus élevés que ceux des hommes. L'écart s'est creusé au fil du temps et, comme on pouvait s'y attendre, ces taux sont plus élevés pour les femmes ayant des enfants en bas âge.

Tableau 3.2. **Le taux d'absence ne s'explique pas par des facteurs liés à la démographie et au marché du travail**

Taux d'absence pour cause de maladie (proportion de personnes absentes pour cause de maladie pendant au moins une heure pendant la semaine de référence de l'enquête, moyenne 1995-2003, en pourcentage).

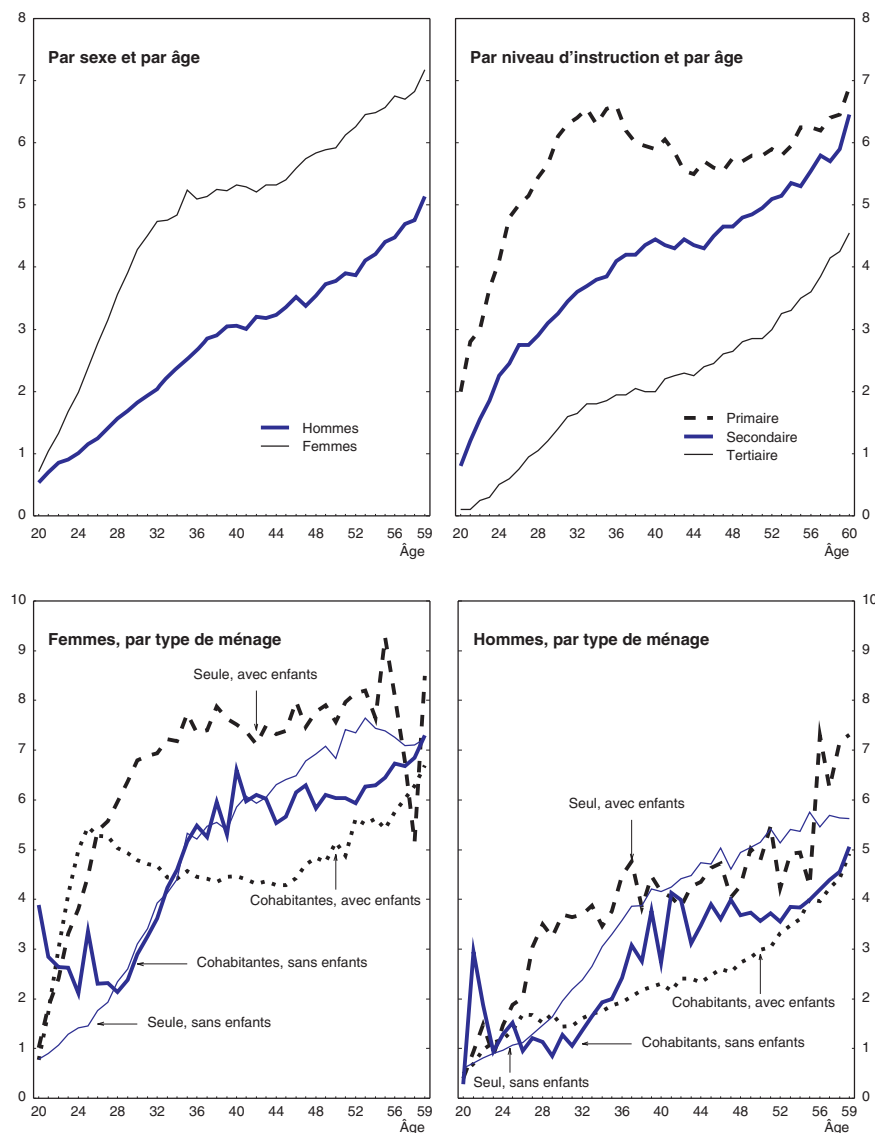
	Pourcentage
Taux d'absence pour cause de maladie en Suède	5.20
Taux moyen (non pondéré) d'absence pour cause de maladie dans l'UE	2.75
<b>Différence entre la Suède et l'UE</b>	<b>2.45</b>
Impact...	
... d'un taux d'activité plus élevé	0.56
... d'une moindre proportion d'emplois à temps partiel	0.32
... d'une durée moyenne du travail plus faible	-0.09
... d'une espérance de vie plus longue	-0.73
<b>Différence totale expliquée par des facteurs liés à la démographie et au marché du travail</b>	<b>0.06</b>

Note : Dans le modèle sur lequel sont fondés ces calculs, l'impact de la pyramide des âges n'est pas statistiquement significatif si l'on tient compte des autres variables du marché du travail. Les auteurs concluent que l'effet de l'âge est intégré dans ces variables.

Source : Calculs de l'OCDE fondés sur les résultats économétriques de l'étude de données de panel de Bonato et Lusinyan (2004) sur les absences des travailleurs en Europe (FMI, Working Paper 04/193).

## Graphique 3.3. Taux de maladie

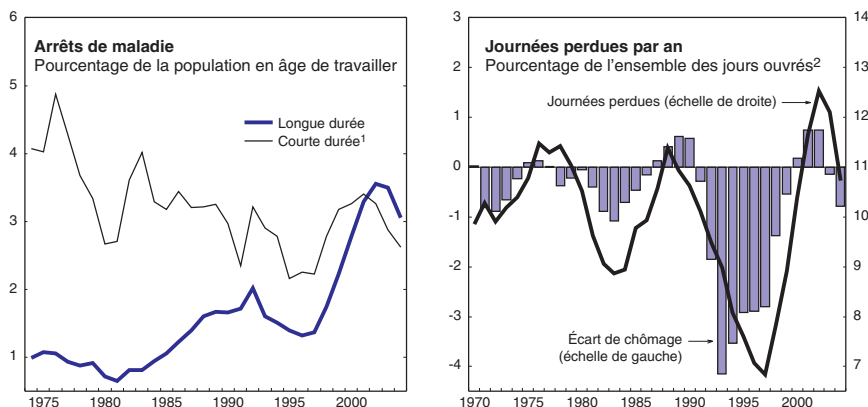
Pourcentage



Source : Statistics Sweden.

- **Par âge :** les taux d'absence s'élèvent régulièrement avec l'âge. Un homme qui approche de la soixantaine a un taux d'absence pratiquement aussi élevé que les femmes âgées d'une trentaine d'années.
- **Par niveau d'instruction :** le taux des individus n'ayant reçu qu'un enseignement primaire est particulièrement élevé pour les groupes d'âge les plus jeunes. Globalement, il est à peu près trois fois plus élevé que pour les individus ayant fait des études supérieures.
- **Par secteur :** les employés du secteur public ont un tiers de plus de chances de s'absenter de leur travail que leurs homologues du secteur privé. La situation est analogue dans d'autres pays où le taux d'absence pour cause de maladie est élevé, mais elle contraste

Graphique 3.4. Arrêts de maladie et journées perdues



1. Les séries ont été ajustées (à la hausse) après 1992 de manière à inclure le jour de carence et le nombre de jours rémunérés par l'employeur (afin de permettre des comparaisons avec la période antérieure). L'ajustement est opéré suivant la méthode décrite par Henrekson (2004) et NIER (2004).
2. Ces données proviennent d'une source administrative différente de celle des données figurant dans le graphique 3.1 et ne sont donc pas exactement comparables.

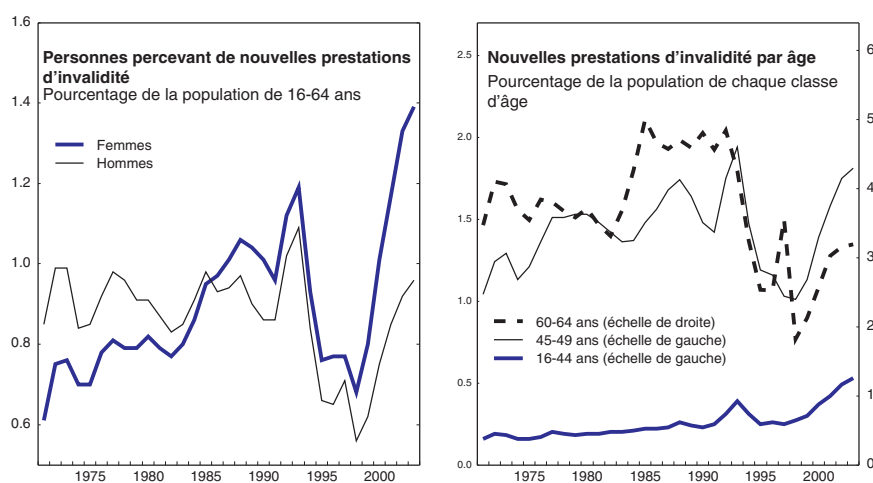
Source : Institut national de recherche économique, Statistics Sweden ; OCDE.

avec ce que l'on observe en France, en Allemagne et au Danemark où les taux d'absence sont pratiquement les mêmes dans les secteurs public et privé.

On retrouve les mêmes schémas pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité. La principale différence tient au fait qu'en moyenne leur âge est plus élevé, la moitié d'entre eux ayant plus de 55 ans.

Si l'on considère l'évolution au fil du temps, le nombre de cas de maladies de courte durée a suivi une tendance légèrement décroissante au cours des dernières décennies, mais c'est là une variable hautement conjoncturelle, qui s'élève lorsque le marché du travail est tendu<sup>2</sup> et qui baisse fortement lorsque le chômage est élevé (graphique 3.4). La durée des arrêts maladie s'est en revanche allongée. Le nombre d'arrêts de longue durée a fortement augmenté, progressant de plus de 150 % depuis 1998. Le vieillissement de la population ne peut expliquer qu'une petite fraction de cette hausse, qui tient surtout au redressement conjoncturel de l'activité, à la générosité accrue des prestations et à la substitution entre les prestations d'invalidité et les indemnités d'assurance-maladie de longue durée (l'accès aux prestations d'invalidité a été durci à la fin des années 90). Le résultat est que le nombre total de journées d'absence se situe à un niveau pratiquement sans précédent (graphique 3.4, partie de droite). Le nombre de journées de maladie a certes sensiblement reculé au cours des deux dernières années, mais l'essentiel de cette réduction tient à l'augmentation du nombre de personnes passées sous le régime de l'invalidité. De ce fait, le nombre total de jours de travail perdus pour raisons de santé (maladie et invalidité) n'a diminué que de 1.5 % entre 2003 et 2004 (NIER, 2005). Si l'on remonte un peu plus loin, le nombre de nouvelles pensions d'invalidité a fait un bond depuis la fin des années 90, notamment parmi les femmes (graphique 3.5). L'âge des bénéficiaires tend également à baisser (graphique 3.5, partie de droite), et le nombre de nouvelles inscriptions est actuellement à son niveau le plus élevé, ou peu s'en faut, pour tous les groupes d'âge à l'exception des personnes ayant entre 60 et 64 ans. Comme dans

Graphique 3.5. Fort gonflement du nombre de bénéficiaires du régime d'invalidité



Source : Agence suédoise d'assurance sociale et OCDE.

la plupart des pays, l'accroissement le plus rapide a été observé parmi les personnes souffrant de stress et de dépression.

Il y a lieu de noter que ces tendances n'ont pas de lien avec les indicateurs de l'état de santé. Comparativement à d'autres pays, le taux élevé de bénéficiaires de prestations cadre mal avec la relative bonne santé des Suédois (voir chapitre 5). De même, l'augmentation des arrêts de travail pour cause de maladie n'est liée à aucune dégradation de l'état de santé de la population : les indicateurs de l'état de santé ont en fait continué de s'améliorer au cours des vingt dernières années. De plus, le pourcentage de personnes âgées se déclarant en bonne santé a augmenté de manière relativement régulière au fil du temps (OCDE, 2003a).

## Vue générale du système

L'assurance-maladie est un programme obligatoire géré par le secteur public qui a pour but de compenser les pertes de revenus subies pendant les arrêts temporaires pour cause de maladie. Cette compensation peut être intégrale (100 %) ou partielle ( $\frac{3}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  ou  $\frac{1}{4}$ ), selon la capacité de gains perdue. On se préoccupe désormais plus nettement de la capacité générale à travailler de l'individu concerné, sans chercher nécessairement à déterminer s'il pourra reprendre son ancien emploi. Le niveau des prestations a été fréquemment modifié au cours des 20 dernières années, des réductions assez sensibles ayant été opérées pendant la récession des années 90, mais partiellement corrigées depuis lors (tableau 3.3). La prestation représente aujourd'hui 80 % des gains antérieurs (à concurrence d'un plafond égal à 115 % du salaire moyen, bien que les conventions collectives couvrent souvent des gains supérieurs au plafond). Les conventions collectives prévoient souvent un complément qui porte le taux de remplacement total à 100 % au cours des trois premiers mois. L'assurance-maladie est principalement financée sur le produit d'une taxe prélevée auprès des employeurs au titre des salaires versés (environ 12 % des salaires). Une prestation d'assurance-maladie peut être accordée pendant une durée illimitée, mais les récentes modifications ont visé à réduire le nombre de prestations versées pendant plus d'un an.

**Tableau 3.3. Évolution du taux de compensation**  
Indemnité de maladie en pourcentage du revenu (et part à la charge de l'employeur)<sup>1</sup>

	Décembre 1987 à février 1991	Mars à décembre 1991	Janvier 1992 à mars 1993	Avril à juin 1993	Juillet 1993 à décembre 1995
Premier jour	90	<b>65</b>	75 ( <b>75</b> )	<b>0 (0)*</b>	0 (0)*
2-3 <sup>e</sup> jour	90	<b>65</b>	75 ( <b>75</b> )	75 (75)	75 (75)
4-14 <sup>e</sup> jour	90	<b>80</b>	80 ( <b>80</b> )	80 (80)	80 (80)
Troisième semaine	90	<b>80</b>	80	80	80
Quatrième semaine	90	<b>80</b>	80	80	80
Jusqu'à 90 jours	90	<b>80</b>	80	80	80
Jusqu'à un an	90	90	90	80	80
Plus d'un an	90	90	90	80	70

	1996	1997	Janvier à mars 1998	Avril 1998 à juin 2003	Juillet 2003 à décembre 2004	Janvier 2005
Premier jour	0 (0)*	0 (0)*	0 (0)*	0 (0)*	0 (0)*	0 (0)*
2-3 <sup>e</sup> jour	75 (75)	75 (75)	<b>80 (80)</b>	80 (80)	<b>77.6 (77.6)</b>	<b>80 (80)</b>
4-14 <sup>e</sup> jour	<b>75 (75)</b>	75 (75)	<b>80 (80)</b>	80 (80)	<b>77.6 (77.6)</b>	<b>80 (80)</b>
Troisième semaine	<b>75</b>	75 (75)	<b>80 (80)</b>	80 (0)	<b>77.6 (77.6)</b>	<b>80 (12)</b>
Quatrième semaine	<b>75</b>	75 (75)	<b>80 (80)</b>	80 (0)	<b>77.6</b>	<b>80 (12)</b>
Jusqu'à 90 jours	<b>75</b>	75	<b>80</b>	80	<b>77.6</b>	<b>80 (12)</b>
Jusqu'à un an	<b>75</b>	75	<b>80</b>	80	<b>77.6</b>	<b>80 (12)</b>
Plus d'un an	<b>75</b>	75	<b>80</b>	80	<b>77.6</b>	<b>80 (12)</b>

\* Le jour de franchise peut être en partie évité depuis 1993 en déclarant l'arrêt de travail en cours de journée.

1. Les chiffres entre parenthèses représentent la part que les employeurs doivent légalement prendre en charge. Ils ne comprennent pas les indemnités complémentaires éventuelles (pendant la plus grande partie de cette période, une indemnité complémentaire de 10 % en moyenne a été versée par les employeurs, son montant variant suivant la branche et au fil des ans). Pendant toute la période indiquée dans le tableau, les indemnités du système public ont été plafonnées (mais moins de 10 % des salariés avaient des revenus réguliers supérieurs au plafond et les conventions collectives indemnisent en général la part de la perte de revenu située au delà du plafond). Les caractères gras dénotent un changement par rapport au dispositif antérieur. À compter de 2005, les employeurs prennent en charge 15 % des indemnités en cas d'arrêt total pour maladie, mais pas lorsque l'intéressé travaille une partie du temps ou suit un programme de réadaptation financé par l'employeur.

Source : Office national de la sécurité sociale; OCDE (2003), *Viellissement et politiques de l'emploi* : Suède, Paris.

Une *prestation d'invalidité* peut être servie aux personnes de 30 ans ou plus dont la capacité de travail est réduite de façon permanente. Depuis 2003, la pension d'invalidité est appelée « indemnité de maladie » et est intégrée au système d'assurance maladie (elle faisait auparavant partie du système de pensions). Néanmoins, on continuera dans le présent chapitre de la désigner sous le nom de prestation d'invalidité parce que cette dénomination est plus claire pour les lecteurs non suédois. Elle est également versée en cas d'incapacité partielle, et une indemnité temporaire peut être accordée lorsqu'on s'attend à ce que la capacité de travail soit réduite pendant 1 à 3 ans. Son taux de remplacement, d'environ 64 %, est moins élevé que celui de la prestation de maladie. Les personnes de 19 à 29 ans perçoivent une « indemnité d'activité » qui est pratiquement égale à la pension d'invalidité mais n'est accordée que pendant une durée limitée (trois ans au maximum) et les bureaux d'assurance sociale doivent rechercher des mesures de nature à améliorer la santé ou la capacité physique ou mentale de travail des intéressés.

Dans la pratique, les *accidents du travail* sont intégrés au système d'invalidité et de maladie. Sur le papier, les régimes sont différents, mais ils sont administrés par le même organisme et, comme les autres prestations de sécurité sociale, sont financés au moyen de cotisations patronales. La différence tient au fait que la victime d'un accident du travail



### Encadré 3.1. Procédures normales en cas d'arrêt maladie

Le premier jour d'un arrêt maladie est une journée dite « de carence » pendant laquelle l'intéressé ne reçoit en principe ni rémunération ni allocation maladie. Les employeurs financent la prestation de maladie du deuxième au quatorzième jour (puis 15 % de la prestation; voir plus loin). Au bout d'une semaine, un certificat médical doit être fourni. Celui-ci est habituellement délivré par le médecin traitant du travailleur concerné. Au bout de deux semaines, le bureau d'assurance sociale intervient. Il se prononce sur l'éventuelle prolongation des prestations de maladie et sur le degré de réduction de la capacité de travail, à partir du diagnostic médical initial. Une indemnité de maladie peut être versée pendant une période illimitée, aussi longtemps que l'intéressé est incapable de travailler pour cause de maladie et n'a pas été transféré sur le régime d'invalidité ou de réadaptation. L'employeur doit proposer un programme de réadaptation au bout d'un à deux mois (cette démarche peut être effectuée en liaison avec le bureau d'assurance). Intervient alors généralement une réunion entre le travailleur en congé maladie, l'employeur et le bureau d'assurance. Le gouvernement souhaite que ces réunions soient plus fréquentes. Le travailleur en congé maladie peut alors entreprendre une réadaptation (médicale, sociale ou professionnelle). S'il semble probable que sa capacité réduite à travailler durera pendant plus d'un an, l'intéressé se verra attribuer une prestation temporaire ou permanente d'invalidité. En principe, une réévaluation devrait être opérée au bout d'un an d'indemnisation, mais dans le passé, les délais ont été souvent plus longs, et, en tout état de cause, les médecins du bureau d'assurance sociale n'établissent pas un diagnostic médical indépendant. Pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité, une réévaluation doit être effectuée au maximum tous les trois ans. La mise en œuvre du dispositif est cependant inégale, bien que le gouvernement s'efforce d'améliorer le processus pour les congés maladie de longue durée.

bénéficie d'une indemnisation complète (100 %) sous la forme d'une rente qui complète sa prestation de maladie ou d'invalidité (à condition que sa capacité de travail soit durablement réduite).

Le système est géré par l'Agence suédoise d'assurance sociale. Ce nouvel organisme, créé en janvier de cette année, résulte de la fusion des 21 bureaux régionaux d'assurance sociale, le but étant d'améliorer la mise en œuvre du système et d'atténuer les disparités régionales dans la pratique. Les succursales locales sont désormais des bureaux publics, qui peuvent être contrôlés plus directement par les autorités nationales. Les procédures administratives ont été légèrement durcies, en particulier après l'ensemble des réformes qui a été promulgué en juillet 2003 (pour plus de détails, voir l'encadré 3.1 de l'Étude de 2004) mais sont encore moins strictes que dans la plupart des autres pays (voir encadré 3.1 et le reste du présent chapitre).

### Qu'est-ce qui se fait dans les autres pays?

Les paragraphes qui suivent passent en revue les expériences menées dans d'autres pays et comparent les méthodes utilisées par la Suède avec les meilleures pratiques internationales. Les principales caractéristiques des différents systèmes de prestations sont comparées dans le tableau 3.4. On notera que, dans l'analyse qui suit, il n'est pas

Tableau 3.4. **Résumé des principales caractéristiques des systèmes d'assurance-maladie**

	Délai de carence (jours)	Niveau des prestations (% de la rémunération antérieure) <sup>1</sup>			Durée maximum (années)	Période à la charge de l'employeur (semaines)	Indice de générosité des prestations <sup>2</sup> (OCDE = 100)
		Après environ une semaine	Après environ un mois	Après six mois			
<b>Pays à taux d'absence élevé<sup>3</sup></b>							
<b>Suède</b>	<b>1</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>Illimitée</b>	<b>2<sup>4</sup></b>	<b>130</b>
Norvège	0	100	100	100	1	2	130
Pays-Bas	0	70	70	70	2	104	111
Belgique	1	100	60	60	1	4	99
<b>Pays intermédiaires</b>							
Finlande <sup>5</sup>	0	70	70	70	1	0	..
France	3	50	50	51	3	0	95
Canada	..	55	55	0	0.3	..	50
Autriche	3	50	50	60	1	12	95
Royaume-Uni	3	forf. (24)	forf. (26)	0	1	28	80
Australie	..	forf. (22)	forf. (22)	forf. (22)	..	..	122
Danemark	0	50	50	50	1	0	103
Islande	14 <sup>6</sup>	forf. (23)	forf. (23)	forf. (23)	1	0	..
Suisse	3	80	80	80	2	3	126
Espagne	3	51	64	64	1.5	2	115
Portugal	3	65	65	65	3	0	118
États-Unis	7	100	60	60	1	..	80
<b>Pays à faible taux d'absence</b>							
Allemagne	0	90	90	70	1.5	6	115
Pologne	..	80	100	0	0.5	..	115
Italie	3	50	67	0	0.5	12	84
Irlande	3	forf. (53)	forf. (53)	forf. (53)	Illimitée	0	..
Grèce	3	forf. <sup>7</sup> (29)	forf. (54)	forf. (54)	1	0	..

1. Les règles sont complexes. Ces colonnes indiquent les taux de compensation approximatifs du régime public d'assurance sociale pour un travailleur à plein-temps « type ». Dans certains pays comme la Suède, les indemnités sont souvent complétées à hauteur de 100 % de la rémunération par les employeurs pendant une certaine période. S'agissant des indemnités forfaitaires, les chiffres concernent une famille comptant deux enfants et un seul apporteur de revenu touchant le salaire moyen. Voir les sources pour de plus amples détails sur les différents dispositifs.
2. Il s'agit d'un indice synthétique de la générosité des prestations prenant en compte dix aspects différents, dont la couverture, la facilité d'accès, le niveau des prestations, la durée d'indemnisation et la rigueur de l'évaluation médicale. Voir annexe 2 de OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité*, pour plus de détails.
3. Les pays sont classés par ordre décroissant du taux moyen d'absence pour maladie en 2002.
4. À compter de 2005, les employeurs prennent en charge 15 % de l'indemnité pendant toute la durée du congé de maladie (en cas d'arrêt total).
5. Les chiffres indiqués pour la Finlande tiennent compte de l'indemnité complémentaire versée par l'employeur, à savoir 100 % pendant 3 jours, ce qui élimine en fait le délai de carence. Cette disposition résulte de conventions centrales couvrant tous les salariés.
6. Le délai de carence commence à partir du moment où le médecin a certifié la maladie.
7. À strictement parler, la prestation n'est pas forfaitaire, mais son plafond est vite atteint, si bien que la plupart des personnes reçoivent le montant maximum, soit 29 % du salaire de l'ouvrier moyen, pendant les 15 premiers jours et 54 % ensuite.

Source : Base de données MISSOC-UE ([http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/missoc2004\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/missoc2004_en.pdf)); OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité*, Paris.

toujours fait de nette distinction entre les régimes de maladie à court terme et à long terme, d'invalidité et d'accidents du travail, parce que les pays utilisent des terminologies différentes et parce que les dispositifs se chevauchent très largement.

## **Améliorer l'administration et le filtrage de l'accès au système**

### **Le versement d'une prestation devrait s'accompagner de certaines obligations pour le malade**

Si l'on veut instaurer une culture de l'obligation mutuelle, il faudrait que l'octroi d'une prestation soit fonction de la participation de l'individu concerné à l'emploi, à une réadaptation professionnelle ou à d'autres mesures d'intégration. La participation active de l'intéressé devrait être la contrepartie de la prestation reçue pour que l'assurance-maladie ne puisse pas remplacer trop facilement l'assurance-chômage. Cette obligation devrait être imposée dès le départ. Après avoir passé en revue les différentes mesures à l'intention des personnes malades et handicapées, l'OCDE a conclu que « la mesure la plus efficace contre la dépendance à long terme à l'égard des prestations est l'intervention précoce. Dès que le handicap est constaté, [...] une intervention personnalisée devrait être déclenchée » (OCDE, 2003b, p. 175). Les mesures et le calendrier les mieux adaptés dépendront bien évidemment de la situation particulière de l'intéressé. L'adoption de cette approche implique que les bénéficiaires qui ne coopèrent pas aux efforts de réintégration soient sanctionnés sous une forme ou sous une autre; en Norvège par exemple, le versement des prestations de maladie peut être interrompu si le bénéficiaire refuse les mesures de réadaptation. Si la Suède figure dans le groupe de tête des pays de l'OCDE pour ce qui est d'offrir une réadaptation précoce, elle se place moins bien lorsqu'il s'agit de veiller à ce que les intéressés acceptent effectivement cette offre<sup>3</sup>. Les personnes âgées devraient également être concernées par les mesures d'activation, notamment si elles risquent de bénéficier de prestations de longue durée. Néanmoins, aucun pays de l'OCDE n'obtient de bons résultats à cet égard. L'administration des prestations destinées aux personnes âgées de plus de 45 ans est habituellement très passive, et vise davantage à assurer une garantie de ressources qu'à permettre au bénéficiaire de réintégrer la population active.

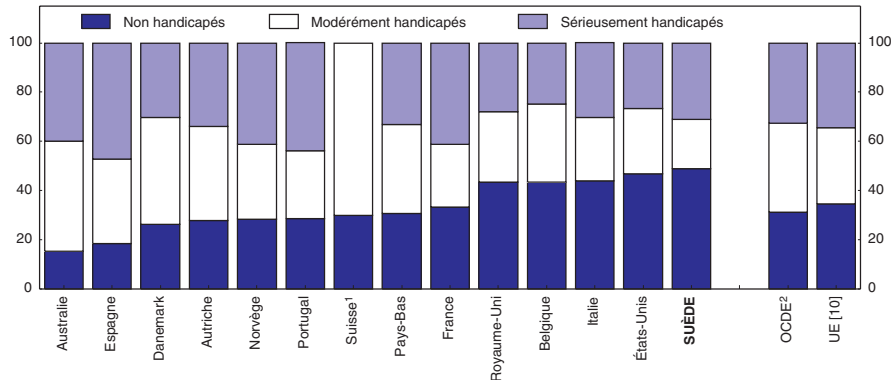
### **Améliorer les procédures initiales d'évaluation**

Une difficulté majeure est de réduire le plus possible aussi bien les erreurs d'exclusion (refus de prestations à ceux qui en ont besoin) que les erreurs d'inclusion (octroi de prestations à ceux qui n'en ont pas besoin). Un filtrage de l'accès aux prestations est donc nécessaire sous une forme ou une autre. Il semble cependant qu'il soit beaucoup plus facile d'obtenir une prestation maladie en Suède que dans la plupart des autres pays. La moitié des Suédois qui reçoivent une forme ou une autre de prestations maladie ou invalidité ne se considèrent pas en fait eux-mêmes comme invalides (graphique 3.6). Qui plus est, les taux d'absence pour maladie évoluent de manière plus cyclique que dans la plupart des pays, autre signe qui montre que l'accès est relativement facile, et peut être même dans certains cas volontaire (tableau 3.5).

La première étape du processus d'évaluation est l'obligation de fournir un certificat médical. En Suède, ce certificat doit être présenté après le septième jour d'absence. En Finlande et en Islande en revanche, un certificat est nécessaire dès le premier jour, et en Allemagne, après le troisième jour. La façon dont les évaluations médicales sont effectivement faites est cependant plus importante. Dans la plupart des pays, l'évaluation – au moins pour les bénéficiaires de prestations de longue durée – est effectuée par des médecins spécialisés des organismes d'assurance et non par le médecin traitant de l'intéressé. Ce n'est pas véritablement le cas en Suède. Les médecins de l'assurance sociale fondent leur avis sur le diagnostic du médecin traitant (OCDE, 2003) et ne réexaminent pas

### Graphique 3.6. La moitié des bénéficiaires suédois de prestations maladie ou invalidité ne se considèrent pas comme invalides

Taux d'invalidité des bénéficiaires de prestations d'invalidité, fin des années 90, en pourcentage



1. Personnes sérieusement et modérément handicapées.
2. La Suisse n'est pas prise en compte dans la moyenne.

Source : OCDE, *Transformer le handicap en capacité*, 2003.

### Tableau 3.5. Les absences pour cause de maladie sont étroitement liées à la conjoncture en Suède

Corrélation entre les taux d'absence pour maladie et l'écart de chômage

Belgique	-0.82*	Irlande	0.04
<b>Suède</b>	<b>-0.51*</b>	Finlande	0.06
Pays-Bas	-0.47*	Danemark	0.08
Grèce	-0.36	Norvège	0.17
Islande	-0.24	Luxembourg	0.28
Allemagne	-0.23	Autriche	0.28
Suisse	-0.09	Espagne	0.30
Royaume-Uni	-0.03	Italie	0.30
France	0.03	Portugal	0.43

\* significatif au seuil de 5 %.

Source : Bonato, Leo et Lusine Lusinyan (2004), « Work Absence in Europe », FMI, Working Paper 04/193.

le patient. Celui-ci peut donc largement peser sur la décision concernant son arrêt de maladie. Selon une étude, dans près de 90 % des cas en Suède, le médecin n'avait proposé de prescrire un arrêt maladie qu'après que le patient l'ait expressément demandé, alors qu'une autre étude constatait que les patients se voyaient rarement refuser un certificat médical s'ils le demandaient<sup>4</sup>. Dans la plupart des pays, les généralistes sont mal placés pour prendre des décisions totalement impartiales parce qu'ils sont fortement tentés de satisfaire un patient qu'ils suivent depuis des années.

Depuis 2003, la Suède a cherché à améliorer les procédures d'évaluation, mais avec un succès jusqu'à présent limité. Une mesure importante a été la décision de supprimer, au début de 2005, le « modèle de Gand », dans le cadre duquel le système était administré par des entités juridiques autonomes et de transformer les bureaux locaux en organismes publics confiés à des fonctionnaires. Ce passage sous la tutelle du gouvernement devrait, avec le temps, permettre un meilleur contrôle et une mise en œuvre plus efficace et uniforme

du système. De fait, les bureaux locaux sont devenus plus stricts au cours des deux dernières années, mais ils doivent encore faire de substantiels progrès dans ce sens. Le taux de refus de prestations de maladie reste très faible, de l'ordre de 1 %<sup>5</sup>. Et même cette amélioration marginale a été difficile à obtenir. Au début de cette année par exemple, le tribunal civil d'Uppsala a condamné le bureau local d'assurance qui avait refusé une indemnité maladie à une personne qui se déclarait incapable de travailler après avoir fait l'objet « d'insultes, de mesures d'intimidation et de harcèlement » de la part de son employeur. Il semble que les esprits aient encore à évoluer pour que l'on juge de l'aptitude d'une personne à travailler en général, et non pas de son aptitude à occuper son emploi antérieur.

S'il est nécessaire de prendre des décisions plus rigoureuses concernant la déclaration initiale de maladie, il est beaucoup plus important de veiller à ce que les courts arrêts de travail ne soient pas prolongés. En Suède, il est facile de faire prolonger un certificat médical et cela peut même se faire dans certains cas par téléphone (bien que, techniquement, cette démarche soit contraire aux règles). Contrairement à la plupart des pays, les généralistes interviennent de façon déterminante dans l'octroi des prestations maladie et invalidité de longue durée. Or ils ne sont pas toujours les meilleurs juges pour déterminer si un malade peut réintégrer la population active. Les arrêts de longue durée sont en majorité liés à des problèmes de dos, de genou ou de maladie mentale qui sont difficiles à diagnostiquer et qui exigent habituellement l'intervention d'un spécialiste pour déterminer le degré de travail que l'intéressé est capable de fournir. C'est la raison pour laquelle la plupart des pays ont renforcé le rôle des inspecteurs médicaux indépendants pour les maladies de longue durée. On a tendance à faire de plus en plus appel à des équipes interdisciplinaires d'experts – y compris des spécialistes professionnels – pour prendre la décision finale concernant l'octroi d'une prestation. Les taux de refus peuvent être élevés, puisqu'ils vont de 17 à 25 % en Norvège et au Danemark jusqu'aux alentours de 50 % en Autriche et au Portugal. Les seuls autres pays où les généralistes jouent un rôle aussi important qu'en Suède sont la Norvège et les États-Unis. Ces deux cas sont révélateurs. La Norvège vient au second rang des pays de l'OCDE pour ce qui est des taux d'absence pour cause de maladie, et l'absentéisme aux États-Unis est plus élevé qu'on pourrait le penser, compte tenu de ce que les prestations sont relativement faibles. L'Australie et la Suisse ont tourné le problème du filtrage de l'accès en exigeant de plus en plus fréquemment un avis médical indépendant supplémentaire. Cette obligation s'applique maintenant aux deux tiers des dossiers, ce qui souligne l'importance d'un deuxième avis. Aucune règle n'interdit de solliciter un avis médical indépendant supplémentaire, mais c'est une pratique extrêmement rare.

***La décision d'accorder des prestations d'invalidité de longue durée devrait être prise par un bureau régional ou central, et par des experts plutôt que par des responsables politiques***

Un problème supplémentaire tient au fait que les bureaux locaux d'assurance peuvent avoir du mal à porter un jugement impartial, notamment dans les petites collectivités où le demandeur a toutes les chances de connaître le fonctionnaire qui s'occupe de son cas. Certains pays s'efforcent de régler ce problème en préparant localement les décisions concernant les invalidités permanentes, la décision finale étant prise à un niveau plus central par un médecin de l'assurance sociale extérieur à la collectivité considérée. C'est ce qui se passe en Finlande, en Espagne, en Norvège et aux États-Unis par exemple. En Suède, la décision officielle d'accorder des prestations de longue durée est prise par le conseil local

des assurances sociales, qui est composé de responsables politiques locaux. Il ne comprend pas de représentant de l'assurance ni de médecin, mais sa décision se fonde sur les recherches faites par le bureau d'assurance sociale. La Suède est le seul pays de l'OCDE qui utilise ce genre de système. Certains autres pays font également appel à des groupes indépendants pour prendre la décision finale (Italie, Suisse et Portugal par exemple), mais dans tous les cas ce groupe comprend des médecins ou des experts de la réadaptation professionnelle.

### ***Il est nécessaire de suivre et de réexaminer régulièrement les dossiers***

Une fois la prestation accordée, il faudrait réexaminer régulièrement le dossier pour déterminer si la condition physique ou la capacité de travail de l'intéressé se sont modifiées. En d'autres termes, les prestations d'assurance-maladie ne devraient normalement être accordées que pour une durée déterminée. Une certaine flexibilité est manifestement nécessaire à cet égard, dans la mesure où il est inutile de réexaminer un dossier si l'invalidité de l'intéressé est véritablement permanente. Dans certains pays, et notamment dans les pays scandinaves, les prestations sont plus ou moins permanentes parce que les réexamens sont rares, même s'ils sont théoriquement possibles à n'importe quel moment. Comme cela est indiqué dans l'encadré 3.1, un examen de contrôle doit avoir lieu au bout d'un an de congé de maladie, mais ce délai a rarement été respecté jusqu'ici. Les prestations d'invalidité doivent être réévaluées au maximum tous les trois ans, mais là encore, cette règle n'a guère été respectée. En outre, aucune de ces réévaluations ne s'appuie sur un avis médical indépendant. Le réexamen des droits à prestations intervient de manière plus régulière et plus systématique dans certains autres pays : tous les deux ou trois ans en Autriche, en Allemagne et en Italie par exemple, et dans un délai de moins de cinq ans en Australie et aux Pays-Bas. Dans la plupart des pays cependant, la différence est importante entre la règle inscrite sur le papier et son respect dans la pratique. Néanmoins, l'expérience néerlandaise montre que les évaluations de suivi peuvent être utiles. Au milieu des années 90, tous les bénéficiaires de moins de 45 ans (y compris ceux qui s'étaient vu précédemment accorder une indemnisation permanente) ont fait l'objet d'un réexamen, et cet exercice a entraîné des reclassifications ou des suppressions de prestations dans un tiers des cas (OCDE, 2003b). Les autorités s'emploient manifestement à améliorer le processus de réévaluation, et l'expérience internationale révèle qu'il serait utile d'intensifier les efforts dans ce domaine.

Des vérifications aléatoires occasionnelles auprès des bénéficiaires de l'assurance-maladie peuvent être un moyen efficace de déterminer si la santé de l'individu s'est améliorée et de lutter contre les abus. Cette pratique peut paraître sévère, mais elle est courante dans d'autres pays européens (par exemple, l'Autriche, la Belgique, la France et l'Italie), et dans certains pays, des contrôles peuvent être effectués à la demande de l'employeur. De tels contrôles ont fait partie de la stratégie suédoise jusque pendant les années 80, mais depuis lors, les bénéficiaires de prestations n'ont pratiquement plus fait l'objet de suivi. Chaque pays doit prendre ses propres décisions sur la conduite à tenir, mais l'absence totale de contrôle est sûrement trop permissive – et va manifestement à l'encontre de la culture de l'obligation mutuelle qu'appliquent les autorités suédoises à l'égard des chômeurs.

### ***Le recours au congé maladie partiel doit être attentivement surveillé***

Le gouvernement privilégie de plus en plus les prestations partielles ou à temps partiel. Théoriquement, la décision d'accorder une prestation partielle devrait dépendre du volume de travail que l'individu malade est en mesure de fournir. Dans la pratique, elle est fondée sur le volume de travail qu'il effectue réellement (pratiquement toutes les personnes recevant une prestation partielle travaillent à temps partiel). Il est difficile de dire si les prestations partielles sont ou non une bonne idée. Elles risquent d'attirer un nombre croissant de travailleurs vers le régime de l'assurance-maladie, notamment des travailleurs âgés qui peuvent souhaiter réduire leurs horaires de travail pour améliorer leur qualité de vie. Une prestation partielle devient alors un complément de revenu pendant le passage progressif à la retraite anticipée. S'ils ne pouvaient pas bénéficier d'une prestation partielle, certains de ces individus continueraient de travailler à temps plein, mais d'autres se retireraient totalement de la population active et recevraient à la place une prestation à taux plein. Il est difficile de savoir lequel de ces deux effets serait le plus important. Néanmoins, si l'on en juge d'après l'expérience internationale, les pays qui mettent davantage l'accent sur les prestations partielles se caractérisent généralement par des taux particulièrement élevés de bénéficiaires de prestations (encore que la relation de cause à effet pourrait jouer en sens inverse : les pays où les taux d'inscription au régime d'assurance-maladie sont élevés peuvent tenter d'y remédier en encourageant des prestations partielles). Ceci explique en partie pourquoi le Danemark a suivi une stratégie inverse de la Suède, en remplaçant les prestations partielles par des subventions salariales (« flexjobs »). La Suède doit donc surveiller attentivement la façon dont les prestations partielles sont utilisées, compte tenu notamment du fait que le nombre de ces prestations est monté en flèche depuis 1999, mais sans guère de réduction apparente du nombre de nouveaux titulaires de prestations à taux plein.

### ***Des règles flexibles peuvent aider à surmonter les pièges de l'indemnisation***

Il importe que les règles régissant les prestations soient suffisamment flexibles pour que les personnes qui en bénéficient puissent tenter de retrouver une activité sans devoir s'inquiéter de recommencer toute la procédure administrative si leur tentative échoue et si elles ont besoin de demander à nouveau une indemnisation. La Suède est un précurseur à cet égard. Une pension d'invalidité peut être maintenue pendant deux ans au plus, et elle continue d'être versée pendant les trois premiers mois qui suivent la reprise d'une activité. Le problème est que peu d'individus utilisent cette possibilité. Au cours des deux années qui ont suivi la mise en place de ce dispositif (en 2000), moins de 0.5 % des bénéficiaires ont cherché à reprendre une activité. Ce manque d'intérêt pourrait tenir à ce que les taux de compensation de la perte de revenu sont suffisamment élevés pour que la plupart des individus percevant des pensions d'invalidité ne soient guère tentés de réintégrer durablement la population active. Il va de soi qu'il en serait également ainsi s'ils sont en fait trop malades pour travailler.

### ***Le durcissement de l'administration des prestations aux Pays-Bas***

Confrontés à des problèmes comparables à ceux de la Suède, les Pays-Bas ont profondément remanié leurs systèmes d'assurance-maladie et d'invalidité. L'amélioration du filtrage de l'accès et de l'administration du système a été la principale mesure prise, ainsi que la modulation des cotisations patronales. Aussi bien les employeurs que les salariés doivent respecter des obligations plus strictes dès le tout début de la période de

maladie, notamment en ce qui concerne la réadaptation. Lorsque le travailleur demande ultérieurement à sortir de l'assurance-maladie pour passer au régime d'invalidité, le bureau d'assurance sociale peut refuser sa requête s'il pense que les efforts de réadaptation n'ont pas été suffisamment sérieux. Les médecins de l'assurance sociale disposent également de moins de latitude pour autoriser l'octroi de prestations d'invalidité partielle, le filtrage de l'accès étant désormais davantage fondé sur des règles. Le régime d'assurance-maladie a été privatisé, les employeurs étant désormais chargés de financer les deux premières années d'indemnisation, et à partir de l'an prochain, le régime de l'invalidité partielle fera lui aussi l'objet d'une certaine privatisation (les employeurs ayant la possibilité de choisir entre une assurance publique, une assurance privée ou pas d'assurance). Ces mesures ont toutes contribué à faire fortement reculer les congés de maladie, qui sont désormais moins nombreux qu'en Suède pour la première fois depuis longtemps (OCDE, 2004). Les entreprises sont en mesure de réassurer les risques auxquels elles sont exposées dans le cadre du régime d'assurance-maladie, mais il est intéressant de noter que leurs incitations ne semblent pas pour autant s'être affaiblies : une fois tenu compte de facteurs tels que la dimension de l'entreprise, le taux d'absentéisme a été pratiquement le même pour les entreprises réassurées et les autres (de Jong et Lindeboom, 2004). Ceci donne à penser que l'antisélection – les « mauvaises » entreprises seraient les seules à choisir de se réassurer – n'a pas été un problème significatif sur le marché de l'assurance privée<sup>6</sup>.

### **Renforcer les incitations des employeurs**

#### ***Pendant combien de temps les employeurs devraient-ils être responsables?***

Ces dernières années, la plupart des pays ont renforcé les obligations imposées aux employeurs pour les encourager à investir dans des mesures de prévention et de maintien des effectifs. En fait, les employeurs ont dû prendre à leur charge les deux ou trois premières semaines d'assurance-maladie depuis 1992 (sauf pendant une brève période en 1997 où ils ont couvert tout le premier mois). Les pratiques varient largement, mais essentiellement lorsque la période à la charge de l'employeur est courte (tableau 3.4), raison pour laquelle cette diversité ne paraît guère avoir eu d'incidence jusqu'à présent<sup>7</sup>. Ainsi, les employeurs des pays germaniques financent de 1 à 3 mois d'assurance-maladie, tandis que les obligations de leurs homologues étrangers peuvent durer jusqu'à six mois (comme au Royaume-Uni) ou deux ans (comme aux Pays-Bas).

La responsabilité des employeurs concernant la prise en charge des prestations de maladie a été profondément modifiée cette année. Outre le paiement des deux premières semaines (alors qu'ils étaient jusque là responsables du versement des trois premières semaines d'indemnisation), les employeurs doivent désormais acquitter 15 % du coût des prestations pendant tout le reste du congé de maladie. En échange, l'impôt sur la masse salariale a été abaissé de telle sorte que les coûts de main-d'œuvre pour les employeurs devraient globalement être pratiquement inchangés. Cette participation au financement des prestations de maladie ne s'applique pas si le travailleur malade est en réadaptation ou travaille à temps partiel, et la responsabilité des employeurs cesse si le salarié se voit reconnaître une invalidité permanente. Le but est d'inciter plus fortement les entreprises à éviter les accidents du travail et à prendre plus rapidement des mesures de réadaptation. Néanmoins, il est difficile de savoir si c'est là la meilleure marche à suivre. Le problème essentiel est le profil temporel optimal des obligations financières des employeurs, et notamment de savoir s'ils devraient être totalement déchargés de leurs responsabilités à un moment ou à un autre. Il est difficile de dire s'il serait préférable que les entreprises



prennent à leur charge l'intégralité de la prestation pendant une période plus longue mais limitée (par exemple 3 mois) ou qu'elles versent indéfiniment 15 % de son montant. La première formule serait peut-être un meilleur moyen d'atteindre le principal objectif du gouvernement, qui est de régler le plus rapidement possible les problèmes du travailleur malade, parce que les entreprises pourraient sensiblement réduire leurs coûts en encourageant le salarié à participer sans tarder à un programme de réadaptation professionnelle. Avec l'autre formule, l'urgence est moindre car l'économie nette réalisée par les entreprises peut être très faible (elles évitent la participation de 15 % à la prestation de maladie mais doivent financer le programme de réadaptation)<sup>8</sup>. La deuxième question – savoir si l'entreprise devrait être progressivement déchargée de toute responsabilité – dépend dans une large mesure du nombre de malades de longue durée qui reprennent une activité. Si la longue maladie est essentiellement un marche-pied vers le régime d'invalidité permanente ou vers une retraite anticipée, les obligations de l'employeur alourdissent simplement les coûts moyens de main-d'œuvre au lieu d'améliorer les incitations à la marge. Pour ces différentes raisons, il aurait peut-être été préférable que le gouvernement étende au-delà de 21 jours la période incombant pleinement à la responsabilité des employeurs, mais qu'il fixe une durée limite précise à la fin de laquelle le système public d'assurance-maladie prendrait la relève. Une commission gouvernementale a recommandé en 2000 des modifications dans ce sens (allongement à 60 jours de la période à la charge de l'employeur et abaissement de la taxe sur la masse salariale), mais la proposition a été rejetée par les partenaires sociaux.

### ***Faire participer les employeurs à la réadaptation professionnelle***

La participation active des employeurs peut être un moyen efficace d'assurer le succès de la réintégration. Il existe à cet égard différentes méthodes, depuis la simple persuasion et des actions relatives à la santé en milieu professionnel jusqu'à des quotas d'emploi obligatoires. Les employeurs suédois sont tenus de préparer des programmes de réadaptation, et à cet égard la Suède offre un exemple de bonne pratique que l'on ne retrouve pas dans beaucoup d'autres pays. Néanmoins, nombre d'employeurs négligent leurs obligations. Pour que celles-ci soient mieux respectées, il est nécessaire de donner aux employeurs des moyens d'établir des programmes raisonnables (par exemple, en leur apportant une aide mieux ciblée), de suivre la mise en œuvre de ces programmes et leur incidence et de prévoir des sanctions en cas de non-respect. Dans le même temps, le bureau d'assurance sociale devrait être doté de pouvoirs élargis pour intervenir lorsqu'un travailleur refuse une réadaptation. De plus, le simple fait d'insister davantage sur le suivi et l'encadrement des salariés peut avoir des résultats étonnants. Chez Svenska Statoil par exemple, tous les salariés en congé maladie de longue durée et ceux qui ont eu plus de cinq congés maladie au cours d'une année devaient rencontrer un administrateur et un membre de la division des ressources humaines. Le taux d'absentéisme a diminué de moitié entre 2001 et 2004 (Personnel Today, 2004).

### ***Évaluer les risques au niveau des secteurs ou des employeurs***

Dans la plupart des pays, il existe une forme ou une autre d'évaluation des risques dans les différents secteurs, au moins pour les accidents du travail, même si les taux de cotisation à l'assurance-maladie diffèrent également dans certains cas. La Suède est l'un des rares pays qui appliquent la même prime à tous les secteurs, bien que les taux d'absentéisme soient assez variables suivant les branches (tableau 3.6). Cela réduit

**Tableau 3.6. Les taux d'absence pour cause de maladie varient sensiblement entre les secteurs**

Nombre moyen de jours de maladie par travailleur de 30 à 64 ans dans les établissements comptant au moins 30 salariés en 1991

Électricité et gaz	13
Construction	15
Commerce	18
Industries extractives	18
Administration publique	20
Industries manufacturières	22
Secteur bancaire et financier	27
Santé et accueil des enfants	28
Transports	30
<b>Total</b>	<b>25</b>

Source : Arai, Mahmood et Peter Skogman Thoursie (2004), « Sickness Absence: Worker and Establishment Effects », *Swedish Economic Policy Review*, 11, 9 28.

l'incitation à chercher à faire baisser les accidents de travail et subventionne implicitement l'emploi dans les secteurs à haut risque. Il pourrait être bon d'introduire une évaluation des secteurs en fonction des risques, même si dans un premier temps on pourrait la limiter aux accidents et maladies clairement liés à l'activité professionnelle.

Il est moins fréquent de fixer les primes d'assurance en fonction du comportement passé de l'entreprise, même si cela se fait dans une demi-douzaine de pays de l'OCDE. La modulation des primes en fonction de l'expérience individuelle incite fortement les entreprises à tenter de réduire les accidents du travail et à réintégrer leurs salariés. Les entreprises néerlandaises se voient appliquer des primes différentes selon qu'elles sont plus ou moins bien parvenues à réduire l'absentéisme, et les primes dans ce pays se sont différenciées au fil des ans (OCDE, 2004). Dans le cadre du programme néo-zélandais relatif aux accidents du travail, les entreprises dans lesquelles la sécurité est satisfaisante et qui peuvent prouver qu'elles ont pris d'importantes mesures pour réduire les risques auxquels sont soumis leurs salariés, ou qui ont activement participé à la réadaptation de leurs employés, peuvent négocier de fortes réductions de leurs primes. Bon nombre d'entreprises ont de ce fait activement cherché à améliorer les conditions de travail.

La Suède pourrait envisager une approche comparable. La participation de 15 % au paiement des indemnités de maladie introduit une certaine différenciation entre les entreprises dans la mesure où celles où le nombre de congés maladie est particulièrement élevé paient davantage, mais ceci équivaut à une franchise en termes d'assurance, plus qu'à une prime modulée en fonction de l'expérience passée. Dans un premier temps, la Suède pourrait envisager de fixer des taux différents de cotisations à l'assurance-maladie pour les employeurs publics et privés. L'absence pour cause de maladie est plus fréquente d'un tiers dans le secteur public. Il semble que cette situation ne puisse qu'en partie s'expliquer par le fait que le secteur public emploie davantage de femmes relativement âgées<sup>9</sup> – mais il faut bien admettre qu'il est difficile de dire précisément comment varie le taux d'absentéisme suivant les branches, si l'on tient compte de caractéristiques individuelles comme le sexe et l'âge; des recherches plus poussées seraient nécessaires pour permettre aux décideurs de déterminer si une modulation des primes serait utile.

Le principal inconvénient potentiel des primes modulées en fonction de l'expérience passée est qu'elles incitent les employeurs à éviter d'embaucher des individus susceptibles d'être malades à l'avenir (antisélection). Cette incitation existe cependant déjà depuis l'institution de la participation de 15 % aux prestations de maladie et elle peut de toute façon être atténuée ou évitée. On pourrait à cet effet exclure les groupes à risques particulièrement élevés, tels que les anciens bénéficiaires de pensions d'invalidité et les personnes ayant eu de nombreux arrêts pour cause de maladie (comme aux Pays-Bas). De fait, la Suède applique déjà cette méthode, dans la mesure où les employeurs peuvent éviter de payer la prestation de maladie si le travailleur a bénéficié préalablement d'une protection spéciale pour risque élevé. Une possibilité supplémentaire est d'interdire l'examen détaillé du passé médical d'un candidat à un travail, comme cela a été fait aux Pays-Bas et dans une certaine mesure au Royaume-Uni.

### ***Prévoir un dispositif distinct pour les accidents du travail***

Les obligations financières des employeurs diffèrent selon qu'il s'agit de programmes visant les accidents du travail ou de programmes généraux de maladie/invalidité. C'est la raison pour laquelle les deux catégories de risques sont dissociées dans la plupart des pays. La structure de financement est distincte (le coût des accidents du travail devrait être intégralement supporté par l'employeur) et le niveau minimum d'invalidité est différent (des réductions même mineures de la capacité à travailler du fait d'un accident du travail devraient être intégralement compensées). La méthode utilisée en Suède, qui combine dans une large mesure les deux systèmes, est inhabituelle et a pour résultat qu'à la marge les employeurs paient peut-être trop peu pour les accidents du travail, et trop pour les congés de maladie dont ils ne sont pas responsables. Le fait que les employeurs n'aient pas pris de réassurance privée pour couvrir les coûts qu'ils étaient susceptibles de devoir supporter dans le cadre des règles antérieures tend à confirmer cette impression. Il serait préférable de séparer les systèmes, en fondant le programme relatif aux accidents du travail sur la liste internationalement acceptée de l'OIT des maladies professionnelles. Le dispositif relatif aux accidents du travail devrait être géré selon des règles différentes et avoir un financement différent, mais le maintien d'une certaine coordination avec l'assurance-maladie ne serait peut-être pas inutile parce qu'un malade aura besoin du même type d'aide et de réadaptation, que l'atteinte à sa santé soit ou non d'origine professionnelle.

### ***L'imposition de coûts supplémentaires aux employeurs risque d'avoir des effets pervers à moins que l'on ne réforme d'autres éléments du système***

Toute mesure ayant pour résultat d'imposer des coûts aux employeurs appelle une sérieuse mise en garde. Pour que les mesures soient efficaces, il faut que les entreprises soient à même d'agir pour réduire les absences pour cause de maladie. Faute de quoi, la responsabilité financière qu'on leur impose a simplement pour effet d'alourdir les coûts de main-d'œuvre et peut avoir une incidence négative sur l'emploi. Les incitations seront particulièrement fortes lorsque l'employeur peut escompter un bénéfice marginal accru s'il réduit l'absentéisme et s'il dispose de certains moyens pour agir. Cela signifie que parallèlement à l'imposition de responsabilités supplémentaires aux employeurs, il faut procéder à d'autres réformes améliorant l'administration des prestations et réduisant la tentation des salariés de détourner le système de son objectif. L'imposition aux entreprises de responsabilités de réadaptation professionnelle et d'une participation de 15 % au financement des prestations de maladie aura d'autant plus de chances d'être efficace que

le gouvernement se rapprochera davantage des modes de filtrage de l'accès et d'amélioration de la gestion examinés dans le présent chapitre.

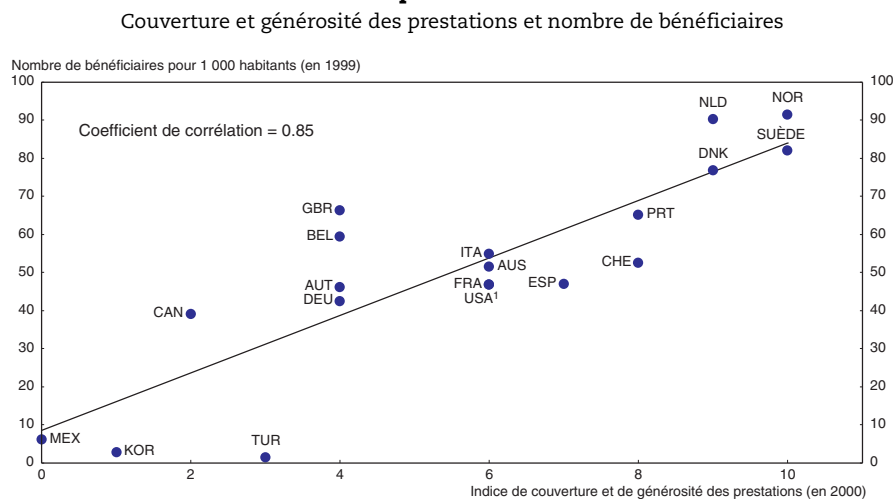
Par ailleurs, les réformes seraient plus efficaces si les règles relatives à la protection de l'emploi étaient dans le même temps assouplies. L'expérience d'autres pays montre qu'une stricte protection de l'emploi entraîne une augmentation des absences<sup>10</sup>. L'expérience de la Suède conduit à la même conclusion : la probabilité pour les travailleurs recrutés sur contrat temporaire d'être absents pour cause de maladie est moitié moindre que pour les salariés permanents (Meyer et Wallette, 2005). Qui plus est, le congé de maladie est dans une certaine mesure utilisé comme moyen de tourner les règles qui rendent plus difficile le licenciement des travailleurs âgés. En renforçant les obligations des employeurs en cas d'absences pour cause de maladie, on alourdira le coût effectif de ces règles de protection de l'emploi, de sorte que les entreprises seront moins désireuses d'embaucher. C'est pour des raisons analogues que l'Autriche et l'Allemagne ont récemment assoupli les règles spéciales concernant le licenciement des travailleurs invalides, réalisant qu'elles étaient plus préjudiciables qu'autre chose aux travailleurs âgés.

### **Restructurer les systèmes de prestations pour réduire le plus possible les contre-incitations au travail**

#### **Veiller à ce que le système d'assurance-maladie et invalidité ne soit pas trop généreux**

Il ne fait pas de doute que des niveaux élevés de prestations réduisent l'incitation au travail. Comparant la situation de différents pays, l'OCDE (2003b) a constaté que les niveaux et la couverture des prestations sont les deux variables qui permettent le mieux de prévoir les taux de maladie et d'invalidité (graphique 3.7). À partir d'une étude économétrique plus rigoureuse de l'absentéisme dans les pays européens, Bonato et Lusinyan (2004) montrent que le niveau des prestations a une nette incidence sur le taux d'absence et que l'élasticité est particulièrement forte en Suède. Selon ces auteurs, une réduction de 10 points de pourcentage du taux de compensation assuré par

Graphique 3.7. **La couverture et la générosité déterminent le taux de bénéficiaires de prestations**



1. Même valeur pour les États-Unis et la France.

Source : OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité*, Paris.

l'indemnisation ferait reculer les absences d'environ 11 % en Suède. Un simple coup d'œil permet de constater le lien existant dans ce pays entre les niveaux de prestation et le taux d'absence. À la fin des années 80 et au début des années 90, les taux de compensation assurés par les prestations étaient de l'ordre de 100 %. Les niveaux de prestations ont été réduits tout au long de la première moitié des années 90, et un délai de carence d'une journée a été introduit en 1993. Le nombre d'absences pour cause de maladie a fortement reculé, notamment après 1993. En 1998, les taux de compensation des prestations ont à nouveau augmenté, notamment pour les absences de longue durée pour lesquelles le taux est passé de 75 à 90 %. Vers la même époque, la fréquence des maladies de longue durée a commencé à s'accroître de manière spectaculaire. Ceci ne veut pas dire que le niveau des prestations ait été le seul facteur responsable. Néanmoins, diverses études prenant en compte d'autres facteurs confirment également que les modifications de la générosité des prestations ont eu de puissants effets sur le comportement passé en matière de congés de maladie. Henrekson et Persson (2004), par exemple, concluent que « lorsque l'on accroît la générosité du système d'assurance, le nombre global de jours d'absence pour cause de maladie augmente, et lorsque le système est rendu plus rigoureux, ce nombre recule »<sup>11</sup>.

Plus le système est généreux, plus le risque d'aléa moral est élevé. De nombreuses études suédoises démontrent que l'aléa moral et le recours abusif au système d'assurance-maladie sont des problèmes non négligeables (par exemple, les taux d'absence des hommes sont plus élevés le jour de leur anniversaire ou à l'occasion d'importants événements sportifs – voir Skogman Thoursie, 2002 et 2005). C'est l'une des raisons pour lesquelles les pays ayant les régimes d'assurance-maladie et d'invalidité les plus généreux doivent veiller à ce que les prestations ne soient versées qu'aux individus qui en ont véritablement besoin. La Finlande et l'Allemagne par exemple ont l'une et l'autre des niveaux de prestations relativement généreux mais leurs procédures de filtrage sont plus strictes et les interventions sont plus précoces qu'en Suède. En conséquence, leurs taux d'absence sont nettement plus faibles.

### ***Prévoir un délai de carence supérieur à une journée***

Afin de réduire l'aléa moral, les polices d'assurance optimales prévoient généralement une « franchise » à la charge de l'assuré. Dans le cas de l'assurance-maladie, ceci correspond au délai de carence avant le début du versement des prestations. En Suède, ce délai est d'une journée, ce qui est peu par rapport à la norme européenne qui est de trois jours (tableau 3.4), et qui peut même atteindre 9 ou 14 jours (en Finlande et en Islande respectivement). L'expérience de la Suède montre que le jour de carence a une forte incidence sur le taux d'absence. Lorsque cette journée a été supprimée entre 1987 et 1991, ce qui permettait à la plupart des travailleurs de se déclarer malades sans perte de salaire, le nombre d'absences d'une ou deux journées est monté en flèche<sup>12</sup>. En 1992, la journée de carence a été rétablie; cette mesure, parallèlement à une baisse du taux de compensation, a entraîné une forte chute des congés de courte durée.

### ***Faire en sorte que les prestations de maladie et d'invalidité soient coordonnées avec les autres éléments du système de sécurité sociale***

Les prestations de maladie et d'invalidité sont souvent utilisées comme moyen d'accéder à la retraite anticipée. La Suède a veillé à concevoir un système de pension flexible dans lequel le taux de la prestation comporte une décote actuarielle en cas de retraite anticipée. Bien que cette mesure soit théoriquement attrayante, elle n'a guère

d'effet parce qu'il est facile de quitter la population active en bénéficiant d'une pension de maladie ou d'invalidité. Le nombre de personnes faisant valoir leurs droits à une retraite publique avant 65 ans est relativement faible. Les travailleurs âgés bénéficient fréquemment d'une assurance-chômage ou maladie pendant un an ou deux avant de prendre leur retraite (lorsqu'ils atteignent 65 ans) ou demandent à passer sous le régime de l'invalidité : un tiers des personnes âgées de 65 ans percevaient avant cet âge une pension d'invalidité. Pour la plupart des travailleurs, il est financièrement très tentant d'accéder à la retraite anticipée par le biais de l'assurance-maladie. Pour un travailleur de 55 ans bénéficiant de revenus moyens, la valeur actualisée nette de son revenu futur s'il prend sa retraite par le biais des assurances prévues sur le marché du travail est plus de deux fois supérieure à celle du revenu qu'il percevrait en utilisant la voie classique des systèmes publics et professionnels de retraite (Palme et Svensson, 2003)<sup>13</sup>. L'une des raisons en est qu'à la différence des retraites, les prestations ne sont pas actuariellement réduites avant 65 ans. Un autre facteur, peut-être plus important encore, est que les prestations de maladie et d'invalidité sont comptabilisées comme revenu ouvrant droit à pension. Un travailleur a donc tout intérêt à prendre sa retraite en bénéficiant d'une prestation, ce qui permet de continuer à accumuler des droits à pension, laquelle sera versée à partir de 65 ans.

Certains pays ont commencé à s'attaquer à ce type de problèmes dans leurs propres systèmes d'invalidité et de retraite. Ainsi, en Autriche et en Allemagne, les prestations font l'objet d'une décote actuarielle pour les bénéficiaires âgés afin de tenter de préserver la coordination des différents systèmes de garantie de ressources. Au Portugal, en Pologne et en Espagne, le revenu du travail compte plus que le revenu des prestations pour le calcul des pensions à cotisations définies<sup>14</sup>. Sur la base de l'expérience observée à l'étranger, il n'est probablement pas réaliste d'espérer une forte hausse de l'offre de main-d'œuvre – même si l'accession à la retraite anticipée par le biais de l'invalidité était partiellement supprimée – dans la mesure où la plupart des personnes âgées souhaitent cesser leur activité et choisiront la meilleure passerelle possible à cet effet. La différence est cependant que si elles choisissent de prendre une retraite anticipée dans le cadre du régime de pensions, elles devront assumer le coût de ce choix et ne le feront pas supporter par le contribuable.

Enfin, il y a lieu de noter que bon nombre d'individus ont avantage à demander à bénéficier d'une assurance-maladie plutôt que d'une assurance-chômage parce que l'assurance-maladie a un plafond plus élevé (115 % du salaire moyen, contre environ 90 % pour l'assurance-chômage). Il serait bon d'aligner les deux systèmes, comme l'a recommandé la Commission Lindbeck il y a plus de dix ans<sup>15</sup>.

### Encadré 3.2. Résumé des recommandations

Compte tenu de l'ampleur du problème en Suède, de vastes réformes sont nécessaires dans plusieurs domaines. Rares sont les recommandations qui, mises en œuvre isolément, pourraient atténuer sensiblement le problème de l'absentéisme. Globalement, en revanche, il en irait autrement. L'essentiel est d'instaurer une culture de l'obligation mutuelle, avec des responsabilités précises pour le malade, l'employeur et le bureau d'assurance sociale.

#### Responsabilités du bureau d'assurance sociale

Améliorer le processus d'évaluation. Exiger plus rapidement un certificat médical. Reconsidérer plus fréquemment l'éligibilité, et pratiquer à nouveau des contrôles aléatoires occasionnels. Les médecins de l'assurance sociale devraient procéder à une évaluation médicale indépendante, éventuellement après quelques semaines, mais sûrement avant d'accorder une indemnisation permanente pour invalidité. La décision d'accorder une telle indemnisation devrait être prise par un groupe d'experts de l'assurance sociale et de la réadaptation, et non par les responsables politiques locaux.

Suivre attentivement la façon dont les prestations partielles sont utilisées pour veiller à ce qu'elles ne constituent pas simplement un complément de revenu pour les personnes qui veulent réduire leurs horaires de travail. Permettre aux personnes bénéficiant de prestations partielles de changer plus facilement d'employeur.

#### Responsabilités de l'employeur

Accroître les responsabilités financières des employeurs, mais seulement si d'autres aspects du système sont également durcis. Suivre leur comportement à la suite de l'instauration de la participation de 15 % au financement des prestations. Si cette mesure n'a pas l'effet prévu, la remplacer par une participation plus élevée mais de durée limitée (par exemple, le financement intégral des deux ou trois premiers mois de maladie). Faire participer les employeurs à la réadaptation professionnelle et veiller à ce que celle-ci commence plus rapidement. Peser les risques au niveau de l'employeur ou du secteur. Dans un premier temps, la prime pourrait être différenciée selon qu'il s'agit du secteur public ou du secteur privé.

Isoler le régime des accidents du travail et le faire intégralement financer par les employeurs. Voir s'il est possible de confier la gestion de ce système au secteur privé. En négociant les accords relatifs au marché du travail, veiller à ce que ces accords n'aillent pas au-delà des objectifs des autorités (en accordant par exemple des compléments de prestations).

Les réformes seraient plus efficaces et auraient moins d'effets secondaires si les règles relatives à la protection de l'emploi étaient également assouplies.

#### Responsabilités du malade

Mettre davantage l'accent sur les mesures actives – dans la plupart des cas, le versement d'une prestation devrait être liée à la participation de l'intéressé à l'emploi, à un programme de réadaptation professionnelle ou à d'autres mesures d'intégration.

Ne pas limiter à une seule journée le délai de carence. Les prestations de maladie et d'invalidité ne devraient pas être comptabilisées comme revenu ouvrant droit à pension (au moins au-delà d'un certain âge) afin de réduire l'incitation à utiliser ces prestations comme passerelle vers la retraite anticipée. Aligner les plafonds de l'assurance-maladie et de l'assurance-chômage.

Si toutes les autres réformes ne parviennent pas à faire sensiblement reculer l'absentéisme, peut-être faudra-t-il en dernier ressort réduire la générosité des prestations.

## Notes

1. Les estimations présentées dans le graphique 3.1 sont tirées de l'Enquête européenne sur les forces de travail réalisée au printemps. Les absences ont continué de baisser en Suède pendant la fin de 2004, si bien que les chiffres annuels seront sans doute moins élevés.
2. Deux explications sont couramment avancées pour expliquer le caractère proconjuncturel de ces absences. Premièrement, un fort chômage tend à discipliner le comportement des travailleurs, qui hésitent davantage à demander des congés de maladie pour des problèmes de santé mineurs. Deuxièmement, un marché du travail tendu peut attirer des travailleurs marginaux dont les taux d'absentéisme risquent d'être plus élevés. Rien ne permet d'affirmer que l'état de santé proprement dit varie au cours du cycle, du fait par exemple de la charge de travail en période de forte expansion.
3. En 2003, moins d'un bénéficiaire sur cinq de prestations maladie de longue durée (plus de 60 jours) suivait un programme de réadaptation. Et lorsque c'était le cas, ces programmes duraient en moyenne 100 jours.
4. Voir Englund et Svärdsudd (2000) et Granvik (1998).
5. De mars à septembre 2003, 2 741 demandes de nouvelles prestations ou de prolongement d'une prestation existante ont été refusées. En taux annuel, ceci correspond à quelque 2 % du nombre total de bénéficiaires de prestations maladie et donc à 1 % des nouvelles inscriptions au système, étant donné que la durée moyenne est de l'ordre de six mois. Voir Dagens Nyheter (2005).
6. Le marché de l'assurance privée a évolué au fil du temps, l'éventail des taux de prime entre les entreprises s'élargissant au cours des deux dernières années. Lorsque les prestations de maladie ont été privatisées pour la première fois en 1996, à peu près la moitié des entreprises ont opté pour une assurance privée. Les compagnies d'assurance se sont livrées à une féroce concurrence pour attirer des clients les premières années, de sorte que les primes étaient nettement inférieures au niveau qui aurait été nécessaire pour couvrir les coûts. Il est difficile de savoir quel impact la privatisation a eu au tout début parce qu'elle a coïncidé avec une phase d'expansion conjoncturelle et parce que l'absentéisme tend à s'élever lorsque le marché du travail est tendu (voir tableau 3.5). Les assureurs ont commencé à ajuster les primes en 2000 et 2001 après avoir subi de lourdes pertes, et les taux de prime sont devenus nettement plus diversifiés selon les entreprises.
7. Voir Statens Folkhälsoinstitut (2003) et Hytti (2003).
8. On pourrait faire valoir que la réadaptation ne devrait pas commencer trop rapidement étant donné la lourde perte d'efficacité qui résulterait du financement d'un programme qui sera inutile à bon nombre de travailleurs parce que ces derniers reprendront leur activité suffisamment tôt. Cet argument est peut être valable, mais il conduit à s'interroger sur l'objectif fondamental qui est de viser à encourager une intervention rapide; il ne répond pas à la question de savoir si, pour atteindre l'objectif, un coût élevé au départ serait préférable à une participation uniforme de 15 %.
9. L'une des raisons pourrait en être les différences de sexe et d'âge : le secteur public emploie plus de femmes et de personnes âgées, deux groupes qui tendent à élever les taux de maladie (Olsson, 2003). Ce facteur est compensé dans une certaine mesure par la différence des niveaux moyens d'instruction. Selon Arai et Skogman Thoursie (2004), d'importantes différences subsistent entre les entreprises et entre les secteurs même après avoir tenu compte des caractéristiques individuelles.
10. Selon une étude italienne par exemple, l'absentéisme fait plus que doubler dès qu'un travailleur n'est plus menacé de licenciement (Ichino et Riphahn, 2003). On trouvera d'autres exemples dans les études citées dans Ichino et Riphahn (2004).
11. Dans une autre étude, Johansson et Palme (2004) ont constaté que la réforme des prestations en 1991 avait eu une incidence particulièrement forte sur les absences de courte durée, mais la réforme ayant été mal conçue, il était moins probable que les intéressés reprennent leur travail s'ils avaient perçu la prestation pendant plus de 90 jours. La raison en est que le taux de prestation n'a été abaissé que pendant les trois premiers mois de chaque période de maladie, de sorte que les travailleurs reprenant leur activité pendant cette période risquaient de percevoir ultérieurement une pension plus faible s'ils étaient à nouveau malades.
12. Voir Andren (2004) et Henrekson et Persson (2004). Selon cette dernière étude, la suppression de la journée de carence en 1987 s'est traduite par une augmentation de 10 % du nombre moyen de journées de maladie. L'impact a été modéré mais statistiquement non significatif pour les hommes mais très significatif pour les femmes.
13. Selon Palme et Svensson (2003), la valeur actualisée nette pour ce travailleur de 55 ans est presque exactement deux fois plus importante s'il accède à la retraite par le biais de l'assurance sur le marché du travail que par le biais du régime de pension. Le modèle qu'utilisent ces auteurs est



cependant fondé sur l'ancien système de retraite. Le nouveau système à cotisations notionnelles définies rend encore plus attrayante l'option assurance-maladie et invalidité.

14. Au Portugal, seul le revenu du travail est pris en compte pour le calcul d'une pension de prestations d'invalidité. En Pologne, le revenu des prestations ouvre moitié moins de droits que le revenu du travail. En Italie, le total d'une prestation d'invalidité est pris en compte pour le calcul de la pension, mais une prestation d'invalidité partielle n'ouvre aucun droit à pension.
15. Les systèmes ont été partiellement alignés en juillet 2003; depuis cette date, les personnes passant de l'assurance-chômage à l'assurance-maladie verraient appliquer à leurs prestations les plafonds de l'assurance-chômage qui sont plus faibles.

## Bibliographie

- Andrén, D. (2004), « Never on a Sunday: Economic Incentives and Sick Leave in Sweden », Document de travail du département d'économie de l'Université de Göteborg, n° 136.
- Arai, J. et P. Skogman Thoursie (2004), « Sickness Absence: Worker and Establishment Effects », *Swedish Economic Policy Review* 11.
- Bergendorff, S. (2003), « Sickness Absence in Europe – A Comparative Study », Conseil national de l'assurance sociale, Stockholm.
- Bonato, L. et L. Lusinyan (2004), « Work Absence in Europe », Documents de travail du FMI, n° 04/193, Washington.
- Dagens, N. (2005), « Underkända sjukintygoroar läkare », 7 février.
- De Jong, P. et M. Lindeboom (2004), « Privatisation of Sickness Insurance: Evidence from the Netherlands », *Swedish Economic Policy Review* 11, p. 121-143.
- Englund, L. et K. Svärdsudd (2000), « Changes in Sick-Listing Habits Among General Practitioners in a Swedish County », *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2.
- Granvik, M. (1998), *Folkhälsorapport 103*, Landstinget Dalarna.
- Henrekson, M. et M. Persson (2004), « The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System », *Journal of Labor Economics*, vol. 22, n° 1.
- Hytti, H. (2003), « Why are Swedes Sick but Finns Unemployed? », communication présentée à la conférence de l'European Sociological Association, Murcie, Espagne, 23-26 septembre.
- Ichino, A. et R.T. Riphahn (2003), « The Effect of Employment Protection on Worker Effort. A Comparison of Absenteeism During and After Probation », CEPR Discussion Paper 3847, Centre for Economic Policy Research, Royaume-Uni
- Ichino, A. et R.T. Riphahn (2004), « Absenteeism and Employment Protection: Three Case Studies », *Swedish Economic Policy Review* 11, 95-114.
- Johansson, P. et M. Palme (2004), « Moral Hazard and Sickness Insurance: Empirical Evidence from a Sickness Insurance Reform in Sweden », IFAU Working Paper 2004:10, Institut pour l'évaluation de la politique du marché du travail, Stockholm.
- Meyer, A. et M. Wallethe (2005), « Absence of Absenteeism and Overtime Work – Signalling Factors for Temporary Workers? », Document de travail du département d'économie, n° 2005:15, Université de Lund.
- NIER (2005), *The Swedish Economy: March 2005*, Institut national de recherche économique ([www.konj.se](http://www.konj.se)), Stockholm.
- OCDE (2003a), *Veillissement et politiques de l'emploi, Suède*, Paris.
- OCDE (2003b), *Transformer le handicap en capacité*, Paris.
- OCDE (2004), *Études économiques, Pays-Bas*, Paris.
- Olsson, H. (2003), *Hög kommunal sjukfrånvaro – en statistisk synvilla?*, Svenska Kommunförbundet, Stockholm.
- Palme, M. et I. Svensson (2003), « Pathways to Retirement and Retirement Incentives in Sweden », chapitre 9 de Andersen, M. Torben. et P. Molander (dir. pub.) (2003), *Alternatives for Welfare Policy: Coping with Internationalisation and Demographic Change*, Cambridge University Press.

- Personnel Today (2004), « Healthy Approach to Absenteeism », article consultable à l'adresse [www.personneltoday.com](http://www.personneltoday.com), 28 septembre.
- Skogman Thoursie, P. (2002), « Reporting Sick: Are Sporting Events Contagious? », Étude du département d'économie de l'Université de Stockholm, 2002:4.
- Skogman Thoursie, P. (2005), « Happy Birthday! You are Insured: Differences in Work Ethics Between Female and Male Workers », Document de travail du FIEF, n° 203, Stockholm.
- Statens Folkhälsoinstitut (2003), *High Sickness Absence: Evidence and Consequences*, Institut national de santé publique, Stockholm.

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	8
<b>Évaluation et recommandations</b> .....	11
<b>Chapitre 1. Principaux défis</b> .....	23
Performance économique au cours de la décennie écoulée .....	26
Le défi du vieillissement : préserver l'essentiel du système de protection sociale malgré la hausse du taux de dépendance .....	31
Il faut accroître l'offre de travail pour maintenir le système de protection sociale .....	37
Atteindre les objectifs environnementaux au moindre coût .....	40
Le dilemme équité-efficacité .....	41
Conclusions .....	42
Notes .....	43
Bibliographie .....	43
Annexe 1.A1. Bilan des réformes structurelles .....	45
<b>Chapitre 2. Renforcer les finances publiques</b> .....	51
Un renforcement des finances publiques s'impose pour assurer la pérennité de l'État providence .....	52
L'assouplissement de la politique budgétaire a nui à la viabilité des finances publiques .....	56
Quels sont les instruments disponibles pour améliorer la situation des finances publiques? .....	62
Notes .....	71
Bibliographie .....	72
<b>Chapitre 3. Comment lutter au mieux contre les absences pour cause de maladie et d'invalidité</b> .....	73
Qui sont les malades et les invalides? .....	74
Vue générale du système .....	79
Qu'est-ce qui se fait dans les autres pays? .....	81
Notes .....	96
Bibliographie .....	97
<b>Chapitre 4. Accroître le nombre d'heures travaillées</b> .....	99
La Suède conjugue des taux d'emploi élevés et un faible nombre moyen d'heures travaillées .....	100
Il existe encore des poches dans lesquelles le taux d'activité peut être relevé ...	108
Les dispositions relatives au chômage devraient appliquées de manière plus stricte .....	115
Notes .....	121
Bibliographie .....	122

Chapitre 5. <b>Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé</b> .....	125
Contexte et description générale du système .....	126
Les points forts .....	131
Principaux défis .....	134
Résumé et recommandations en matière de réforme .....	154
Notes .....	156
Bibliographie .....	158
Annexe 5.A1. Indicateurs sanitaires .....	161
Annexe 5.A2. Aspects du mode de vie qui influent sur la santé .....	163



### Liste des encadrés

1.1. Les comparaisons internationales sont-elles faussées par les différences de taille du secteur public? .....	28
1.2. Évolution récente .....	32
2.1. Impôts sur le revenu et temps de travail .....	64
2.2. Résumé des recommandations .....	70
3.1. Procédures normales en cas d'arrêt maladie .....	81
3.2. Résumé des recommandations .....	95
4.1. Résumé des recommandations .....	120
5.1. Les registres nationaux de la qualité : exemples .....	133
5.2. La garantie de délai d'attente maximum .....	137
5.3. La privatisation de l'hôpital Saint-Göran .....	145
5.4. Recommandations en matière de réforme .....	155

### Liste des tableaux

1.1. Croissance de la production et de la productivité .....	27
1.2. Contribution à la croissance de la productivité du travail dans le secteur manufacturier .....	29
1.3. Les secteurs producteurs de TIC dans plusieurs économies européennes ..	30
1.4. Résumé des prévisions à moyen terme .....	33
1.5. Scénarios pour la durée totale du travail .....	34
1.6. Hausse des normes des services publics (valorisation) .....	36
2.1. L'écart budgétaire est considérable .....	54
2.2. Des mesures budgétaires discrétionnaires ont contribué à la dégradation du solde budgétaire .....	56
2.3. Les marges budgétaires entre le plafond et le niveau des dépenses n'ont cessé de se réduire et les dépenses fiscales ont augmenté .....	58
2.4. La situation financière des administrations publiques n'est pas conforme à l'objectif d'excédent .....	60
2.5. Le coût marginal des fonds publics est probablement significatif .....	66
3.1. Taux d'absence pour cause de maladie .....	76
3.2. Le taux d'absence ne s'explique pas par des facteurs liés à la démographie et au marché du travail .....	76
3.3. Évolution du taux de compensation .....	80
3.4. Résumé des principales caractéristiques des systèmes d'assurance-maladie ..	82
3.5. Les absences pour cause de maladie sont étroitement liées à la conjoncture en Suède .....	84

3.6. Les taux d'absence pour cause de maladie varient sensiblement entre les secteurs . . . . .	90
4.1. Anatomie d'une année de travail type . . . . .	101
4.2. Les salariés à temps plein ont réduit leur temps de travail . . . . .	102
4.3. L'incidence de nouvelles mesures sur le taux de rendement privé de l'enseignement universitaire . . . . .	110
4.4. Principales sources de revenus dont disposent les personnes nées entre 1927 et 1932 une fois sorties de la population active . . . . .	115
4.5. Le nombre de places disponibles dans le cadre des programmes actifs du marché du travail (PAMT) a été réduit . . . . .	118
5.1. Dépenses en soins de longue durée . . . . .	140
5.2. Le financement des soins médicaux au niveau des comtés . . . . .	149
5.3. Consommation et fiscalité sur le long terme . . . . .	151
5.4. Les collectivités locales bénéficient souvent de crédits supplémentaires . . . . .	152

### Liste des graphiques

1.1. Sources des écarts de revenu . . . . .	24
1.2. PIB et consommation privée par habitant . . . . .	25
1.3. La croissance de la productivité du travail a repris . . . . .	29
1.4. Le marché du travail a été long à rebondir . . . . .	32
1.5. Le solde budgétaire des administrations publiques doit s'accroître . . . . .	35
1.6. L'offre totale de travail est proche de la moyenne . . . . .	37
1.7. L'emploi effectif est beaucoup plus faible que l'emploi mesuré . . . . .	38
1.8. Taux d'emploi selon l'âge . . . . .	39
1.9. La distribution des revenus est relativement équitable . . . . .	42
2.1. Le vieillissement démographique pèsera sur les finances publiques . . . . .	53
2.2. La hausse des dotations de l'administration centrale pourrait freiner les augmentations d'impôts des collectivités locales cette année et la suivante . . . . .	59
2.3. La réalisation de l'objectif d'excédent de 2 % exigera une amélioration sensible de la situation financière de l'administration centrale . . . . .	61
2.4. Des impôts élevés entraînent une réduction du temps de travail . . . . .	64
3.1. Le nombre de journées de travail perdues pour cause de maladie est le plus élevé de la zone de l'OCDE . . . . .	75
3.2. Inactivité pour cause de maladie ou d'invalidité . . . . .	75
3.3. Taux de maladie . . . . .	77
3.4. Arrêts de maladie et journées perdues . . . . .	78
3.5. Fort gonflement du nombre de bénéficiaires du régime d'invalidité . . . . .	79
3.6. La moitié des bénéficiaires suédois de prestations maladie ou invalidité ne se considèrent pas comme invalides . . . . .	84
3.7. La couverture et la générosité déterminent le taux de bénéficiaires de prestations . . . . .	92
4.1. Le coin fiscal marginal est important . . . . .	103
4.2. Le salaire net est faible par rapport au revenu avant impôts . . . . .	105
4.3. Les études supérieures débutent tardivement . . . . .	108
4.4. Les aides relatives à l'enseignement sont généreuses, mais elles se composent essentiellement de prêts . . . . .	110
4.5. Les écarts de taux d'emploi entre autochtones et immigrants sont importants . . . . .	111
4.6. Les réfugiés représentent une proportion relativement forte de l'immigration . . . . .	112
4.7. Le taux d'activité baisse sensiblement dans la tranche d'âge 60-64 ans . . . . .	114

---

4.8. Les dépenses consacrées aux politiques actives du marché du travail sont élevées. . . . .	116
4.9. La protection de l'emploi est relativement stricte en Suède . . . . .	119
5.1. La population est relativement âgée. . . . .	127
5.2. Les dépenses totales de santé correspondent au revenu national . . . . .	129
5.3. Utilisation des ressources dans le secteur de la santé . . . . .	130
5.4. Pression des dépenses sur le long terme . . . . .	131
5.5. Les Suédois ne vont pas souvent chez le médecin . . . . .	134
5.6. L'accès aux consultations de médecins est relativement inéquitable . . . . .	136
5.7. Les dépenses pharmaceutiques se situent autour de la moyenne . . . . .	147
5.8. Les dépenses de santé sont très sensibles à la conjoncture . . . . .	152
5.A1.1. Indicateurs sanitaires. . . . .	162
5.A2.1. Les Suédois sont relativement peu touchés par l'obésité . . . . .	163
5.A2.2. L'apport calorique est peu élevé. . . . .	164
5.A2.3. La consommation d'alcool est faible. . . . .	164
5.A2.4. Les Suédois ne sont pas de gros fumeurs. . . . .	165
5.A2.5. Les Suédois font beaucoup d'exercice. . . . .	165

## STATISTIQUES DE BASE DE LA SUÈDE

### LE PAYS

Superficie terrestre (en milliers de km <sup>2</sup> )	411	Population des principales villes, banlieue	
Lacs (en milliers de km <sup>2</sup> )	39	comprise (31 décembre 2003), en milliers :	
Terres arables (en milliers de km <sup>2</sup> ) (2003)	27	Stockholm	1 694
Bois (en milliers de km <sup>2</sup> ) (1998-2002)	227	Göteborg	817
		Malmö	536

### LA POPULATION

Population (31 décembre 2003), milliers	8 976	Accroissement naturel net pour	
Densité au km <sup>2</sup>	22	1 000 habitants (moyenne 1999-2003)	-0.4
Accroissement naturel net		Solde net des migrations	
(moyenne 1999-2003), en milliers	-1.0	(moyenne 1999-2003), milliers	24.5

### LA PRODUCTION

Produit intérieur brut, 2004		Formation brute de capital fixe en 2004 :	
(en milliards de couronnes)	2 542.9	Pourcentage du PIB	15.9
PIB par habitant (en dollars des États-Unis)	38 609	Par habitant (en dollar des États-Unis)	6 155
		Emploi	
		Civil, total, en milliers, 2004	4 214
		Pourcentage du total, 2003 :	
		Agriculture, sylviculture, pêche	2.1
		Industrie	22.7
		Autres activités	75.2

### L'ÉTAT

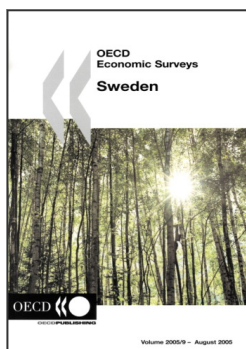
Pourcentage du PIB en 2004 :		Composition du Parlement	Nombre de sièges
Consommation publique	27.8	Sociaux démocrates	144
Recettes courantes des administrations publiques	58.2	Modérés	55
Formation brute de capital fixe des administrations publiques	2.8	Libéraux	48
		Démocrates chrétiens	33
		Gauche	30
		Centre	22
		Verts	17
		Total	349
		Dernières élections générales : septembre 2002	
		Prochaines élections générales : septembre 2006	

### LE COMMERCE EXTÉRIEUR

Exportation de biens et services, 2004		Importation de biens et services, 2004	
(en pourcentage du PIB)	46.2	(en pourcentage du PIB)	38.2
Principales exportations de marchandises		Principales importations de marchandises	
(en pourcentage du total), 2003		(en pourcentage du total), 2003	
Bois, pâtes à papier, papiers	13.3	Bois, pâtes à papier, papiers	3.4
Minéraux	9.4	Minéraux	8.4
Produits chimiques	12.0	Produits chimiques	11.0
Énergie	3.2	Énergie	9.4
Construction mécanique	51.6	Construction mécanique	43.9
Autres produits	10.5	Autres produits	23.9

### LA MONNAIE

Unité monétaire : la couronne		Unités monétaires par dollar :	
		Année 2004	7.35
		Avril 2005	7.08



Extrait de :  
**OECD Economic Surveys: Sweden 2005**

Accéder à cette publication :

[https://doi.org/10.1787/eco\\_surveys-swe-2005-en](https://doi.org/10.1787/eco_surveys-swe-2005-en)

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2006), « Comment lutter au mieux contre les absences pour cause de maladie et d'invalidité », dans *OECD Economic Surveys: Sweden 2005*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/eco\\_surveys-swe-2005-5-fr](https://doi.org/10.1787/eco_surveys-swe-2005-5-fr)

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).