Chapitre 15

Suède : L'assurance-maladie en Suède de 1990 à 2002

Résumé et principales conclusions

Tout au long des années 90 et au début des années 2000, les gouvernements suédois ont essayé de s'attaquer au problème de l'augmentation rapide des dépenses d'assurance-maladie, ainsi que de la progression concomitante du nombre de jours perdus pour cause de maladie. Les gouvernements successifs ont ajusté à de nombreuses reprises les taux de remplacement, les délais de carence, les procédures de contrôle et de suivi, ainsi que la répartition des coûts, mais ils n'ont guère accompli de progrès durable dans le règlement de ce problème, tout au moins jusqu'aux alentours de 2003. Nous examinons dans cette étude de cas les réformes des années 90 et les raisons pour lesquelles il s'est avéré si difficile de les mettre en œuvre et d'en préserver les acquis, malgré le consensus qui prévalait quant à la nécessité de réformer l'assurance-maladie. Les difficultés auxquelles se sont heurtés les pouvoirs publics à cet égard tenaient notamment aux facteurs suivants :

- *La hâte provoquée par les difficultés budgétaires*. Les premières modifications importantes ont été adoptées à la suite de la crise budgétaire aiguë du début des années 90. Ces difficultés budgétaires ont indéniablement rendu la réforme *possible*, mais en raison de l'accent mis sur la réalisation d'économies substantielles à court terme et de la hâte avec laquelle les premières réformes ont été adoptées, les initiatives prises ont été quelque peu maladroites et ont eu des effets d'incitation pervers. En conséquence, les pressions exercées en faveur d'une annulation de ces réformes se sont fortement accentuées dès que la situation des finances publiques s'est améliorée.

- *L'absence de communication sur les objectifs des réformes liés au marché du travail*. Compte tenu de l'accent mis sur les impératifs budgétaires, le gouvernement n'a guère communiqué sur les objectifs des réformes liés au marché du travail. Or, justifier le changement en termes structurels aurait soulevé des questions sur le compromis plus général qui sous-tendait nombre des réformes suédoises, selon lequel le maintien d'une protection sociale relativement généreuse constituait le « prix » acquitté par les pouvoirs publics pour l'acceptation de l'ouverture aux échanges et de la libéralisation des marchés de produits

- *Le manque d'adhésion aux réformes des partenaires sociaux*. Ni le patronat ni les syndicats n'ont fermement soutenu les réformes au cours des années 90. Les syndicats étaient déterminés à préserver des taux de remplacement élevés. Les coûts supplémentaires que les employeurs devaient prendre en charge lorsque des travailleurs tombaient malade étaient minimes, si bien qu'ils pouvaient utiliser le régime d'assurance-maladie pour ajuster leur niveau d'emploi. Les réductions des prestations publiques d'assurance-maladie étaient souvent

compensées par les dispositions des conventions collectives conclues entre les entreprises et les syndicats, sachant qu'une part significative du coût induit par ces dispositions devait être assumée par l'État.

- *La nature évolutive du problème*. La position des employeurs suédois a été affectée par l'évolution du profil des bénéficiaires de prestations d'assurance-maladie. Au début des années 90, le problème résidait essentiellement dans des absences de courte durée à caractère endémique, que les entreprises considéraient comme une source de perturbations. La situation a néanmoins changé au cours de la décennie (en partie grâce aux modifications apportées au cadre réglementaire), de sorte qu'en 2000, le principal problème résidait dans la forte augmentation des congés de maladie de très longue durée (plus d'un an). Le niveau des absences pour maladie de courte durée était alors relativement bas. Les congés de maladie de longue durée étaient moins problématiques pour les employeurs, dans la mesure où leurs effets perturbateurs étaient plus limités. Les travailleurs en congé de maladie de longue durée cessaient de fait de relever de la responsabilité des entreprises pour être pris en charge par l'État.
- *Des problèmes de mise en œuvre liés à des effets d'incitation pervers*. Des efforts répétés ont été déployés en vue de durcir les conditions d'accès aux prestations d'assurance-maladie. Néanmoins, les personnes chargées de l'administration du système avaient souvent intérêt à *ne pas* se montrer trop rigoureuses. Les médecins pratiquant les examens tendaient à accéder aux désirs de leurs clients, de crainte de se voir reprocher d'éventuels problèmes de santé ultérieurs s'ils se montraient trop stricts, et l'administration du régime reposait sur les élus locaux, qui risquaient de se rendre impopulaires en refusant des prestations et dont les budgets n'étaient pas directement affectés par l'augmentation des dépenses d'assurance-maladie. Nombre des dispositions prévues en matière de contrôle n'étaient donc pas appliquées correctement, voire pas du tout.

Dernièrement, les gouvernements successifs se sont de nouveau efforcés de mettre en œuvre une réforme durable de l'assurance-maladie. Après les élections de 2002, le gouvernement social-démocrate est revenu sur cette question en adoptant un train de mesures significatif destiné à réduire de moitié le nombre de personnes en congé de maladie à l'horizon 2008, et son successeur de centre-droit a introduit des mesures supplémentaires en 2008. Ces réformes, qui ont contribué jusqu'ici à un fort recul des absences pour maladie, doivent beaucoup à l'expérience de la décennie précédente, au cours de laquelle le consensus politique s'est déplacé progressivement de l'attachement à des mesures passives d'aide au revenu vers un système d'obligations mutuelles du même type que celui appliqué aux chômeurs.

Le contexte de la réforme

Les conditions pour le cadre des réformes

La Suède a été dirigée par des gouvernements minoritaires tout au long des années 90 : la coalition de centre-droit au pouvoir de 1991 à 1994 a été à la fois précédée et suivie par des gouvernements socio-démocrates minoritaires[1]. Cela signifie que les changements importants ont nécessité un certain degré d'entente entre partis. Tout en réduisant la liberté d'action du gouvernement, cette exigence impliquait que la responsabilité de réductions de prestations impopulaires était partagée avec certains

éléments de l'opposition, et cela atténuait le risque d'un retour en arrière immédiat en cas de changement de gouvernement.

La première tentative de réforme de l'assurance-maladie a été faite en raison, et au cœur, de la pire récession qu'eût connu la Suède depuis plus d'un demi-siècle. La forte contraction de l'activité de 1991-93 a été suivie d'une reprise vigoureuse en 1994-95, après laquelle la croissance a pris un rythme plus modéré tout en restant relativement régulière jusqu'au début des années 2000. Le solde financier des administrations publiques est devenu négatif en 1991, le déficit atteignant 12.3 % du produit intérieur brut (PIB) en 1993, tandis que la montée du chômage et la contraction de l'activité faisaient passer les dépenses publiques au-dessus de 60 % du PIB au milieu de la décennie. Néanmoins, le déficit a rapidement diminué par la suite et cédé la place à un excédent à partir de 1998. Un objectif d'excédent de 2 % du PIB a été instauré en 1997 pour les administrations publiques, reflétant une prise de conscience du fait que le vieillissement démographique allait entraîner dans l'avenir une dégradation progressive de la situation des finances publiques. Toutefois, si les gouvernements successifs ont tous reconnu l'importance que revêtait la réalisation de cet objectif, la politique budgétaire est devenue peu à peu davantage axée sur la gestion du cycle économique à court terme et l'annulation de certaines des mesures d'austérité prises au cours de la phase d'assainissement budgétaire des années 90[2].

Du début au milieu des années 90, la Suède a connu un certain nombre de réformes du système d'assurance sociale, malgré le fait que les gouvernements au pouvoir ne disposaient pas d'une majorité parlementaire[3]. Outre une série de révisions du régime d'assurance-maladie, la Suède a engagé une réforme structurelle de son système de retraite[4], tout en procédant à des modifications de l'assurance-chômage[5], de l'assurance-invalidité[6] et du système de soins de santé[7]. En 1996, les taux de remplacement de tous les régimes d'assurance sociale ont été harmonisés à 75 %, soit nettement en deçà des niveaux observés au cours de la décennie précédente[8]. La Suède est le seul pays nordique qui ait réduit ses dépenses par habitant en matière de transferts et de services sociaux en termes réels (mais pas en proportion du PIB) au cours de la période 1990-95[9]. Toutefois, les dernières années de la décennie ont été marquées par un retournement partiel de cette tendance, les pressions budgétaires qui en étaient à l'origine ayant commencé à s'atténuer. Il était, en tout état de cause, difficile d'aller trop loin dans la réforme des assurances sociales une fois la crise du début des années 90 terminée, compte tenu de l'existence d'un consensus fort sur la nécessité d'un État-providence relativement généreux permettant d'amortir l'impact de l'ouverture croissante sur l'extérieur et de la déréglementation sur les personnes négativement affectées par ces changements. La réforme de l'assurance-maladie représentait donc une remise en question du compromis implicite qui sous-tendait nombre d'autres réformes suédoises.

Acteurs et intérêts en présence

Toutes les principales parties concernées ont reconnu la nécessité de réformer l'État-providence après 1991, même si elles n'étaient pas d'accord sur les mesures spécifiques à prendre et n'affichaient pas la même adhésion au repli de l'État-providence[10]. Le Parti social-démocrate (SAP, *Sveriges Socialdemokratiska Arbetareparti*) a engagé les premiers changements importants au début de 1991, face à la crise financière qui avait éclaté à la fin de 1990[11]. Cependant, au cours des années qui ont suivi, la direction du SAP a été soumise aux pressions de ses députés, des syndicats et de la base du parti, qui réclamaient une annulation des coupes pratiquées dès lors que les circonstances le permettraient. Néanmoins, lors de son retour au pouvoir en 1994, le programme du parti

incluait une faible inflation et l'assainissement des finances publiques, ainsi que des objectifs classiques en matière d'emploi et de redistribution, ce qui limitait sa capacité à revenir sur les mesures de réduction antérieures. Si certains adhérents du SAP reconnaissaient qu'une réforme s'imposait pour des motifs d'ordre non budgétaire, de nombreux membres du parti n'adhéraient pas au programme de réformes structurelles. À l'inverse, les partis de centre-droit qui ont gouverné pendant la période 1991-94[12] considéraient qu'une réforme du régime d'assurance-maladie, ainsi que d'autres programmes, était souhaitable pour des raisons à la fois structurelles et budgétaires, dans la mesure où ils estimaient que les dispositifs d'assurance sociale en place avaient des effets d'incitation pervers, réduisaient l'offre de main-d'œuvre et soulevaient un problème d'aléa moral.

Au cours des années 90, les principales organisations patronales de Suède étaient la Confédération des employeurs suédois (SAF, *Svenska Arbetsgivareföreningen*) et la Fédération des industries suédoises (SI, *Sveriges Industriförbund*)[13]. Les grandes entreprises constituaient la clé de voûte de ces organisations et de l'économie : à la fin des années 80, plus de 60 % des travailleurs suédois étaient employés par des entreprises de plus de 500 salariés, soit une proportion extraordinairement élevée en termes de comparaison internationale[14]. Or, ce point était particulièrement important pour la réforme du régime d'assurance-maladie, dans la mesure où les modifications apportées à ce régime avaient des effets différents sur les employeurs suivant leur taille (voir ci-après). Les taux de syndicalisation étaient exceptionnellement élevés en Suède, puisqu'ils se sont établis aux alentours de 80-82 % de l'emploi salarié pendant toutes les années 90. L'influence des syndicats s'exerçait à travers leur double rôle de représentant des travailleurs et d'administrateur des caisses d'assurance-chômage financées par l'État. Ils entretenaient également des liens institutionnels étroits avec le SAP, même si les relations entre ce parti et les syndicats étaient tendues du fait de ce que les seconds considéraient comme le ralliement du SAP à des politiques excessivement libérales[15]. Les principales confédérations syndicales étaient la Confédération des syndicats suédois (LO, *Landsorganisationen i Sverige*), qui comptait presque 2 millions de membres, et l'Organisation centrale des employés (TCO, *Tjänstemännens Centralorganisation*), un syndicat de travailleurs non manuels qui regroupait environ 1.3 millions d'adhérents. Si ces deux confédérations s'exprimaient généralement d'une seule voix sur les questions liées à l'assurance-maladie, ce régime était plus important pour la LO, car les ouvriers tendaient à connaître des arrêts de maladie plus fréquents et plus longs que leurs homologues accomplissant un travail non manuel.

Sur la question de la réforme de l'assurance-maladie, les syndicats et les organisations patronales ont souvent fait cause commune au cours des années 90. Les syndicats souhaitaient naturellement préserver des taux de remplacement élevés dès le premier jour de tout arrêt de maladie, et les employeurs n'y voyaient aucune objection tant que la charge qu'il leur revenait d'assumer en conséquence restait limitée. En fait, on peut considérer que les employeurs n'étaient guère incités à réduire les absences pour maladie : même s'ils finançaient la quasi-totalité des prestations d'assurance-maladie de leurs salariés, les coûts supplémentaires qu'ils devaient prendre en charge lorsque des travailleurs tombaient malade étaient minimes, si bien que les employeurs utilisaient souvent le régime d'assurance-maladie pour ajuster leur niveau d'emploi aux fluctuations de la demande[16]. Il était plus intéressant pour les salariés d'être en arrêt de maladie que licencié, car le plafond des prestations d'assurance-maladie était plus élevé que celui des allocations de chômage. Étant donné que les recettes de cotisations d'assurance-maladie n'étaient pas préaffectées, les employeurs n'assumaient pas directement le coût de

l'utilisation du régime d'assurance-maladie pour comprimer leurs effectifs, tandis que les initiatives réduisant les absences pour maladie n'allégeaient pas nécessairement leurs cotisations (encadré 15.1). Tant les employeurs que les syndicats s'opposaient aux tentatives du gouvernement d'étendre le champ de responsabilité des employeurs quant au financement des prestations d'assurance-maladie. Les employeurs soulignaient systématiquement que les allègements de charges sociales accompagnant les propositions de réformes étaient insuffisants, et les syndicats craignaient qu'une responsabilité financière accrue des employeurs ne réduisît leur générosité dans le contexte des conventions collectives. Les syndicats redoutaient également que les employeurs ne tentent de se débarrasser des salariés ayant des problèmes de santé, et d'éviter d'embaucher les personnes qu'ils considéraient comme risquant d'être malades. Tant les syndicats que les organisations patronales étaient également favorables à un transfert du contrôle du régime d'assurance-maladie aux partenaires sociaux.

L'administration du système suédois d'assurance-maladie est supervisée par le ministère des Affaires sociales, mais nombre des modifications adoptées au début des années 90 étaient inspirées par le ministère des Finances**,** dans la poursuite de son objectif d'assainissement des finances publiques. Bien que l'assurance-maladie soit organisée comme une forme d'assurance sociale, les cotisations d'assurance-maladie ne sont pas préaffectées ; elles alimentent le budget général de l'État, et le ministère des Finances s'est toujours opposé aux propositions de séparer l'assurance-maladie de ce budget et de mettre en place un système d'assurance indépendant.

Aperçu historique

La Suède soutenait mal la comparaison avec les autres pays, à la fois sur le plan des absences pour maladie et des retraits de la population active pour cause de maladie au cours des années 90 (tableau 15.1). Seuls les Pays-Bas et la Norvège affichaient des niveaux comparables d'absence pour maladie. En outre, le taux d'absence pour maladie de la Suède tendait à être plus fluctuant que celui de tout autre pays[17]. Des niveaux d'absence aussi élevés tiennent en partie à la composition de la population active : les taux d'absence pour maladie tendent en effet à être plus élevés chez les travailleurs âgés et les femmes, or la Suède affiche de longue date des taux d'emploi exceptionnellement forts pour chacun de ces deux groupes[18]. Les travailleurs âgés représentent néanmoins une petite partie de la population active, et les taux élevés d'absence pour maladie de la Suède résultaient essentiellement d'un absentéisme exceptionnellement fort dans le groupe d'âge des 20-49 ans[19]. D'après des analyses économétriques, ce phénomène n'était pas imputable à des facteurs démographiques ou sanitaires : des données sur l'état de santé de la population (et non sur les prestations versées) indiquaient que la population active suédoise se portait exceptionnellement bien[20].

Les taux d'absence pour maladie anormalement élevés affichés par la Suède semblaient en grande partie attribuables au fonctionnement du système d'assurance-maladie. La Suède possède en effet depuis fort longtemps un des systèmes d'assurance-maladie les plus généreux du monde[21]. Une multitude de travaux empiriques laissent fortement à penser que les modifications concernant la générosité du système d'assurance-maladie ont des effets sensibles sur l'offre de main-d'œuvre, en particulier pour les femmes et les travailleurs âgés[22]. De plus, le taux d'arrêts de maladie de courte durée tend à être étroitement corrélé avec le cycle économique : l'absentéisme augmente au fur et à mesure que des tensions apparaissent sur le marché du travail (graphique 15.1)[23]. Cela reflète peut-être l'effet disciplinant d'un chômage plus élevé, ou les résultats de la sélection à laquelle procèdent les entreprises lorsqu'elles réduisent leurs

effectifs[24]. Le nombre de cas de maladies de longue durée était en revanche moins sensible au cycle économique, mais il a commencé à augmenter régulièrement à la fin des années 90, ce qui a sensiblement modifié les termes du débat sur la réforme de l'assurance-maladie.

Tableau 15.1. **Les absences des salariés pour maladie dans huit pays, par groupe d'âge**

Moyenne (en %), 1983-2001

Pays	Âge					
	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-64 ans	Total
Finlande	1.3	1.8	2.5	4.4	5.3	2.3
France	1.8	2.1	2.5	3.9	4.0	2.4
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
Pays-Bas	3.2	3.9	4.5	5.9	4.9	4.1
Norvège[1]	2.4	2.7	3.1	4.3	7.2	3.2
Suède[2]	2.5	3.1	3.9	4.4	9.1	4.2
Royaume-Uni	1.8	2.1	2.5	3.9	4.0	2.0

1. À partir de 1989.
2. À partir de 1987.

Source : Bergendorff (2003), « Sickness Absence in Europe – A Comparative Study », National Social Insurance Board, Stockholm, 3 mars, *www.issa.int/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf.*

Encadré 15.1. **L'assurance-maladie en Suède**

Le système d'assurance-maladie suédois est un programme obligatoire administré par l'État, financé par des charges sociales patronales. Au début des années 90, il était géré par 21 caisses régionales d'assurance sociale[1] et se caractérisait par des taux de remplacement très élevés, l'absence de financement direct des prestations de maladie par les employeurs, et la non-limitation de la durée de versement des prestations – qui faisait quasiment de la Suède une exception dans la zone OCDE[2]. Les prestations d'assurance-maladie pouvaient être versées pendant une période illimitée, tant que la personne concernée était dans l'incapacité de travailler pour cause de maladie, et qu'elle n'avait pas basculé dans le régime des prestations de réadaptation ou des pensions d'invalidité[3]. Si les prestations du régime public d'assurance-maladie étaient plafonnées aux alentours de 115 % du salaire de l'ouvrier moyen, ces prestations étaient « complétées » dans la plupart des cas par des assurances complémentaires fournies dans le cadre des conventions collectives négociées entre syndicats et employeurs. Cela signifiait que les taux de remplacement effectifs étaient souvent de 100 % pendant des périodes prolongées.

Les critères d'admission au bénéfice des prestations étaient relativement souples : le droit à une prestation n'avait guère de rapport avec les antécédents de l'individu considéré en termes de durée d'emploi ou de cotisation[4], et un certificat médical n'était exigé qu'au terme de la première semaine d'absence. Ce document était généralement fourni par le propre médecin généraliste de la personne concernée, si bien que c'est seulement au bout de deux semaines que la caisse d'assurance sociale intervenait pour déterminer si l'individu en question était en droit de continuer à bénéficier de prestations. Or, les médecins de l'assurance sociale fondaient généralement leur évaluation sur les diagnostics des généralistes, et réexaminaient rarement les patients. Ceux-ci exerçaient donc une influence considérable sur les décisions de placement en congé de maladie[5].

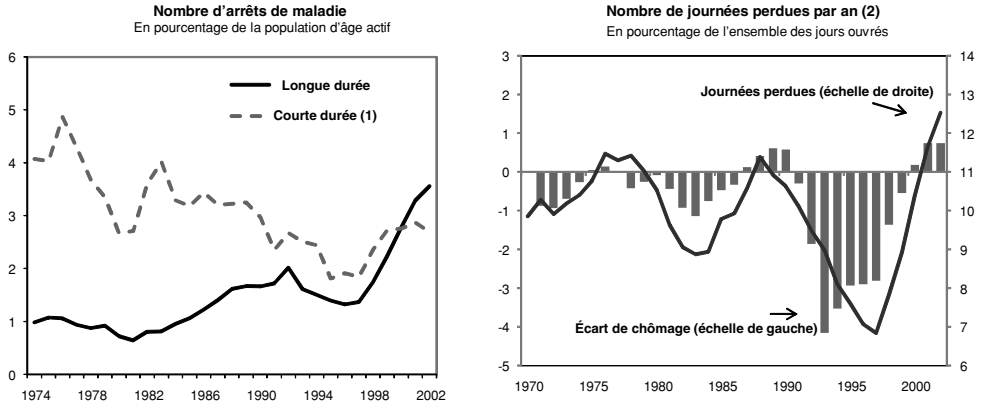
L'employeur était tenu d'élaborer un programme de réadaptation au bout de 1 à 2 mois, parfois en collaboration avec la caisse d'assurance. S'il semblait probable que le salarié présenterait une capacité de travail réduite pendant plus d'un an, il se verrait attribuer une prestation d'invalidité temporaire ou permanente. En principe, une réévaluation devait avoir lieu au bout d'un an, mais elle intervenait souvent plus tardivement, et, en tout état de cause, les

médecins de la caisse d'assurance sociale n'établissaient pas de diagnostic médical indépendant. Au terme de la première année, une réévaluation devait avoir lieu tous les deux ans, mais cette disposition tendait à être mise en œuvre de manière inégale.

Dans la mesure où les cotisations d'assurance-maladie n'étaient pas préaffectées, les dépenses de prestations d'assurance-maladie supérieures aux recettes de cotisations étaient financées sur le budget, auquel étaient versés par ailleurs les excédents enregistrés si les cotisations perçues étaient supérieures aux prestations versées. Ces modalités de fonctionnement soulevaient sans doute un problème d'aléa moral, étant donné que les partenaires sociaux n'assumaient pas directement les coûts supplémentaires résultant, pour le système public d'assurance-maladie, des conventions collectives relatives aux prestations « complémentaires » d'assurance-maladie.

1. Depuis 2005, il est administré par un seul organisme central, l'Agence d'assurance sociale.
2. L'Irlande ne limite pas non plus la durée de versement des prestations, mais son régime est beaucoup moins généreux à d'autres égards.
3. Depuis 2003, la pension d'invalidité a été rebaptisée « indemnité de maladie » et intégrée dans le système d'assurance-maladie – alors qu'elle relevait précédemment du système de retraite – mais ce point n'entre pas dans le champ de la présente étude de cas.
4. Esping-Andersen (1990) compare les systèmes d'assurance-maladie de 18 économies de l'OCDE sous l'angle du lien existant entre le droit d'un individu aux prestations d'assurance-maladie et ses antécédents en termes de durée d'emploi/de cotisation. Il parvient à la conclusion que la Suède et le Danemark se caractérisent par le lien le plus ténu entre les droits à prestations et les antécédents d'activité récents.
5. Selon deux études consacrées à cette question, les patients se voyaient rarement refuser un placement en congé de maladie lorsqu'ils le demandaient, et il était rare de voir des médecins généralistes proposer une telle mesure si leurs patients ne la sollicitaient pas. Voir OCDE (2003b, 2005) pour obtenir de plus amples informations.

Graphique 15.1. **Arrêts de maladie et journées perdues, 1970-2002**



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 à 1992). Cet ajustement repose sur Henrekson (2004) et NIER (2004).
2. Somme des jours de carence, des jours rémunérés par l'employeur et des jours donnant lieu au versement de prestations publiques d'assurance-maladie.

Source : OCDE (2005), *Études économiques de l'OCDE : Suède*, OCDE, Paris ; Institut national de recherche économique, *Statistiska centralbyrån* (Bureau central des statistiques) suédois.

Le repli de l'État-providence du début des années 90 a été précédé par une période d'expansion rapide des assurances sociales, durant laquelle la générosité des allocations familiales et des prestations d'assurance-chômage, ainsi que du système d'assurance-maladie, a été accrue[25]. L'économie suédoise enregistrait une croissance relativement vigoureuse, et l'expansion des assurances sociales offrait au gouvernement social-

démocrate de l'époque un moyen de conserver le soutien des organisations syndicales, tout en mettant en œuvre des réformes auxquelles elles étaient opposées concernant le secteur financier et les marchés de produits[26]. S'agissant de l'assurance-maladie, le gouvernement a d'abord tenu l'engagement qu'il avait pris avant les élections de ramener de deux journées à une le délai de carence applicable aux prestations d'assurance-maladie. En 1987, il a supprimé cette dernière journée de carence, ce que demandaient de longue date les syndicats. En conséquence, de nombreux travailleurs bénéficiaient d'un taux de remplacement effectif de 100 % dès le premier jour d'un congé de maladie, sans avoir à présenter de certificat médical la première semaine[27]. Ces modifications ont contribué à une augmentation rapide de l'incidence des congés de maladie de courte durée[28]. En 1988, la durée moyenne de congé de maladie par salarié assuré dépassait 25 jours par an, atteignant même 40 jours dans certains secteurs[29]. Cette évolution inquiétait à la fois les employeurs et le gouvernement, mais le SAP aurait payé au prix fort en termes politiques une volte-face sur la question de l'assurance-maladie à ce stade.

Processus politique : la conception

La recherche de solutions

La montée en flèche des arrêts de maladie de courte durée après 1987 a suscité des débats considérables, mais la reconnaissance du problème d'aléa moral soulevé suscitait une forte résistance dans de nombreuses sphères – notamment chez les syndicats. Néanmoins, les éléments disponibles ne laissent guère de doute quant à l'érosion progressive des normes sociales qui avaient limité pendant longtemps l'utilisation abusive du système, un processus probablement accéléré par les chocs macroéconomiques du début des années 90[30]. Les défenseurs du système d'assurance-maladie soutenaient que la montée des taux d'absence pour maladie mettait en évidence la nécessité d'améliorer les conditions de travail sur le plan sanitaire. Certains fonctionnaires participant à l'administration du système d'assurance-maladie faisaient même valoir que la multiplication des congés de maladie de courte durée était en fait *souhaitable* : la plus grande propension des travailleurs à cesser de travailler en cas de maladie réduirait le risque qu'ils contractent une affection de plus longue durée et qu'ils contaminent leurs collègues. Dans certaines zones, des caisses locales d'assurance sociale ont même expérimenté la suppression de l'obligation de produire un certificat médical au terme de la première semaine[31].

Ceux qui s'inquiétaient des effets d'incitation pervers induits par le système d'assurance-maladie se focalisaient sur deux points : le contrôle et la structure des prestations. Un contrôle plus rigoureux était considéré comme essentiel pour remédier au problème d'aléa moral, étant donné qu'il existait un consensus relativement fort en faveur de l'application de taux de remplacement élevés et de conditions plutôt généreuses d'admission au bénéfice des prestations d'assurance-maladie. S'agissant de la restructuration des prestations elles-mêmes, un certain nombre d'arbitrages étaient mis en évidence :

- Le niveau global des taux de remplacement devait être déterminé en mettant en balance le bien-être des travailleurs et le fait que les incitations au travail des individus seraient réduites s'ils n'assumaient aucunement la charge financière des maladies.
- Les prestations versées au cours d'un congé de maladie devaient être structurées de manière à éviter que les individus soient incités à prendre des arrêts de maladie

plus longs ou plus fréquents. Le versement de prestations plus modestes (ou leur absence pure et simple) au début des congés de maladie pourrait tendre à entraîner une réduction de la fréquence de ces arrêts de travail, mais un allongement de leur durée. Le fait que les salariés s'abstiennent de prendre des congés de maladie de courte durée pourrait bien déboucher sur une multiplication des arrêts de longue durée, étant donné que les affections mineures non traitées s'aggraveraient, et qu'un travailleur indécis quant à l'opportunité de reprendre son activité professionnelle resterait en congé de maladie plutôt que de prendre le risque de retourner au travail et de retomber malade, ce qui l'amènerait à subir des pertes supplémentaires. Par contre, une baisse des taux de remplacement au fil du temps pourrait encourager les travailleurs à reprendre leur activité, mais au risque de pénaliser les malades de longue durée.

- Si la contribution financière directe des employeurs était modeste ou nulle, ils seraient moins incités à se soucier des conditions de travail ou de la santé de leurs salariés, mais si cette contribution était excessive, ils seraient incités à éviter de recruter des travailleurs paraissant « à risque » sur le plan sanitaire. Les petites et moyennes entreprises (PME), en particulier, pourraient pâtir de la seconde situation, dans la mesure où la charge représentée par un travailleur malade pèserait encore plus lourdement sur ces entreprises. Par ailleurs, les entreprises dans leur ensemble tenaient à ce que la mise en place de toute période de couverture assurée par l'employeur fût compensée par une réduction de charges sociales suffisante pour empêcher une augmentation du coût global du régime pour les employeurs.

Au-delà de ces considérations, les années 90 ont été marquées par une prise de conscience des interactions entre les différents régimes d'assurance sociale : dans la mesure où les critères d'admission, les taux de remplacement et le niveau maximum des prestations étaient variables, les modifications apportées à un régime donné avaient souvent des conséquences imprévues sur d'autres. Ainsi, un durcissement des critères d'accès à un régime particulier entraînerait l'absorption de certains travailleurs par d'autres régimes d'assurance, plus accessibles. En 1993, une commission nommée par le gouvernement sur l'avenir économique de la Suède (la « Commission Lindbeck ») a recommandé d'harmoniser les taux de remplacement des régimes d'assurance sociale, mais cela s'est révélé très difficile et n'a, en tout état de cause, pas permis d'éliminer les interactions inattendues entre régimes, car les critères d'admission, les plafonds de prestations et autres paramètres des différents systèmes ne pouvaient être entièrement harmonisés.

Bien que la question de l'assurance-maladie ait été abondamment débattue au cours des années 90, et que de nombreux travaux empiriques aient été réalisés sur ce sujet, il n'a jamais fait l'objet d'une entreprise globale de réforme multipartite comme celle qui a débouché sur la refonte du régime général de retraite. La question a été examinée par un certain nombre de commissions gouvernementales, mais ces travaux n'ont guère eu de prolongements concrets, en grande partie du fait de l'absence d'adhésion des partenaires sociaux à la réforme. Les fortes réductions de 1991-93 ont été adoptées rapidement, au cœur d'une grave récession, et les modifications ultérieures apportées aux taux de remplacement ainsi qu'aux responsabilités des employeurs l'ont été au coup par coup, souvent dans le contexte de la procédure budgétaire, et non dans le cadre d'une réforme complète. Cela s'est traduit par une multitude d'ajustements apportés au système (tableau 15.2), dont certains ont eu des conséquences inattendues.

Tableau 15.2. **Les évolution du taux de remplacement, de 1987 à 2003**

Prestation de maladie en pourcentage du revenu propre (et part à la charge de l'employeur)[1]

	Décembre 1987 à février 1991		Mars à décembre 1991		Janvier 1992 à mars 1993		Avril à juin 1993	
Le premier jour	90	*(10)*	**65**	*(10)*	**0**	***(75)***	**0**	***(0)****
Les 2e et 3e jours	90	*(10)*	**65**	*(10)*	**0**	***(75)***	0	*(75)*
Du 4e au 14e jour	90	*(10)*	**80**	*(10)*	**0**	***(90)***	0	*(90)*
Du 15e au 28e jour	90	*(10)*	**80**	*(10)*	80	*(10)*	80	*(10)*
Jusqu'à 90 jours	90	*(10)*	**80**	*(10)*	80	*(10)*	80	*(10)*
Jusqu'à 1 an	90	*(5)*	90		80		80	
Au-delà de 1 an	90	*(5)*	90		80		80	

	Juillet 1993 à décembre 1995		1996		1997		Janvier à mars 1998		Avril 1998 à juin 2003	
Le premier jour	0	*(0)**	0	*(0)**	0	*(0)**	0	*(0)**	0	*(0)**
Les 2e et 3e jours	0	*(75)*	0	*(75)*	0	*(75)*	0	***(80)***	0	*(80)*
Du 4e au 14e jour	0	*(90)*	**0**	***(75)***	0	*(75)*	**0**	***(80)***	0	*(80)*
Du 15e au 28e jour	80	*(10)*	**75**	*(10)*	**0**	***(75)***	**0**	***(80)***	80	***(10)***
Jusqu'à 90 jours	80	*(10)*	**75**	*(10)*	75	***(10)***	**80**	*(10)*	80	*(10)*
Jusqu'à 1 an	80		**75**		75		**80**	*(10)*	80	*(10)*
Au-delà de 1 an	**70**		**75**		75		**80**		80	

Note : Les **chiffres en gras** indiquent les changements intervenus par rapport au régime précédent. Les chiffres entre parenthèses indiquent la part prise en charge par les employeurs, qui englobe les prestations de maladie obligatoirement versées par les employeurs au début des périodes de congé de maladie, ainsi que les éventuels versements complémentaires prévus par les conventions collectives. Pendant toute la période couverte par ce tableau, les prestations du système public étaient plafonnées, mais moins de 10 % des salariés étaient systématiquement au-dessus du plafond, et les conventions collectives garantissaient généralement le remplacement des revenus d'activité au-delà de ce plafond.

* Depuis 1993, il est possible d'éviter en partie le jour de carence en déclarant son arrêt de maladie en cours de journée.

Source : OCDE (2005), *Études économiques de l'OCDE : Suède*, OCDE, Paris ; Henrekson et Persson (2004), « The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System », *Journal of Labour Economics* 22:1, janvier ; Conseil national d'assurance sociale, et OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité – Promouvoir le travail et la sécurité des revenus des personnes handicapées*, OCDE, Paris.

Processus politique : l'adoption

La réponse à la crise de 1991

La première tentative majeure de réduction de la générosité des prestations d'assurance-maladie a eu lieu au début de 1991, dans le cadre des mesures adoptées par le gouvernement face à la grave crise qui avait éclaté sur le marché des changes à l'automne 1990. Soucieux de maîtriser l'évolution des dépenses publiques, le gouvernement social-démocrate n'a guère eu d'autre choix que de chercher à réaliser des économies au niveau des régimes d'assurance sociale, compte tenu de leur poids relatif dans les dépenses publiques totales ; ainsi, les prestations d'assurance-maladie représentaient à elles seules 2.5 % du PIB en 1990. En mars 1991, le taux de remplacement assuré par ces prestations a été révisé à la baisse : alors qu'il s'établissait précédemment à 90 % des revenus d'activité pendant toute la période de maladie, il a été fixé à 65 % pour les trois premiers jours (hors prestations complémentaires), 80 % pour la période allant du 4e au 90e jour, et

90 % ensuite. Compte tenu des tensions financières qui prévalaient, ces modifications ont été adoptées sans le long processus consultatif typique de l'élaboration des politiques publiques en Suède. Les autorités ne se sont donc guère efforcées d'expliquer la réforme en termes d'objectifs relatifs à l'offre de main-d'œuvre et à la croissance ; au contraire, le SAP a clairement indiqué que les augmentations d'impôts et les réductions des prestations sociales adoptées dans le cadre de son programme d'austérité ne devaient être que temporaires.

La baisse radicale du taux de remplacement au cours des premiers jours de congé de maladie était en grande partie nécessaire pour deux raisons. Premièrement, le SAP était déterminé à ne pas manquer à l'engagement qu'il avait pris avant les élections de 1988 en rétablissant un jour de carence. Étant donné le scrutin qui devait avoir lieu en fin d'année et les relations déjà tendues qu'entretenait le gouvernement avec la LO et les autres grands syndicats en raison de ses mesures d'austérité, un tel manquement aurait été très coûteux en termes politiques. Deuxièmement, le gouvernement tenait à conserver un taux de remplacement de 90 % s'appliquant pendant une durée indéterminée, afin d'éviter tout effet régressif sur la distribution des revenus, dans la mesure où les travailleurs faiblement rémunérés risquaient davantage que les autres salariés de connaître de longues périodes d'arrêt de maladie[32]. Afin de veiller à ce que les travailleurs en congé de maladie de longue durée soient néanmoins incités à reprendre leur activité professionnelle, il a été décidé qu'aucune indemnisation complémentaire provenant de mécanismes d'assurance collective ne serait autorisée au-delà du 90e jour de maladie. L'instauration d'un jour de carence comme la réduction du taux de remplacement assuré par le régime public d'assurance-maladie en cas d'affection de longue durée ayant été écartées, la seule possibilité de réaliser des économies importantes résidait dans une forte révision à la baisse des prestations au début des congés de maladie.

Ces modifications ont eu un effet spectaculaire : la durée moyenne de congé de maladie par travailleur, qui s'établissait juste en dessous de 25 jours en 1990, est tombée aux alentours de 15 jours en 1992, entraînant une augmentation de l'ordre de 5 % du nombre d'heures travaillées. D'après les conclusions d'une analyse réalisée ultérieurement, sur la base des estimations de l'élasticité de l'offre de main-d'œuvre les plus courantes en Suède à l'époque, cela équivalait à l'effet induit sur l'offre de main-d'œuvre par une augmentation de 40-50 % des salaires après impôts[33]. L'effet induit sur les absences de courte durée a été particulièrement prononcé, mais la durée moyenne des congés de maladie s'est allongée[34]. Dans la mesure où le taux de remplacement assuré par les prestations avait été sensiblement réduit pour les trois premiers jours d'arrêt de maladie, les personnes reprenant leur travail risquaient de subir des pertes de revenu supplémentaires si elles retombaient rapidement malades et devaient prendre un nouveau congé de maladie.

Les modifications adoptées sous le gouvernement de centre-droit

La coalition de centre-droit arrivée au pouvoir en octobre 1991 s'est rapidement engagée dans la voie du changement ouverte par le précédent gouvernement. À compter de janvier 1992, les employeurs ont été tenus de prendre en charge les prestations de maladie versées au cours des 14 premiers jours de congé de maladie. Les taux de remplacement effectifs[35] sont demeurés inchangés pour les deux premières semaines, mais le gouvernement prévoyait de réinstaurer un délai de carence de deux jours à partir de janvier 1993[36]. Ces modifications étaient destinées à inciter plus fortement les employeurs à contrôler la légitimité des congés de maladie, ainsi qu'à décourager les absences pour maladie injustifiées en imposant des pertes de revenus aux travailleurs en

début d'arrêt de maladie. Dans le même temps, le gouvernement a adopté une série de mesures visant à transférer aux employeurs la responsabilité des activités de contrôle ainsi que de réadaptation et de réinsertion, estimant que c'était sur le lieu de travail que l'absence pour maladie, et donc la nécessité d'une réadaptation, était la plus susceptible d'être observée précocement. Un rôle direct renforcé pour les employeurs était considéré comme le corollaire naturel d'une responsabilité financière accrue. Ces innovations déplaisaient à la fois aux syndicats et aux employeurs : les organisations patronales jugeaient que l'allègement de charges sociales accompagnant cette nouvelle obligation était insuffisant pour couvrir les coûts induits, tandis que les syndicats demeuraient vivement opposés au rétablissement d'un délai de carence. Les responsabilités accrues conférées aux employeurs en matière de contrôle déplaisaient également à nombre d'entre eux, car ils disposaient de ressources limitées et n'étaient guère en mesure de sanctionner les salariés ne contribuant pas activement aux efforts déployés pour les réadapter et les réinsérer. Néanmoins, les objections des partenaires sociaux n'avaient que peu de poids : la situation budgétaire demeurait critique, et les syndicats exerçaient en tout état de cause une influence nettement moindre avec un gouvernement de centre-droit que celle qu'ils avaient eue lorsque le SAP était au pouvoir.

Des concessions allaient néanmoins intervenir. Au bout du compte, le délai de carence a été limité à une journée, et il restait possible de l'éviter en partie en déclarant son arrêt de maladie en cours de journée[37]. En outre, le gouvernement a mis en réserve 10 milliards SEK dans un « Fonds pour la vie professionnelle », afin de financer des mesures destinées à améliorer l'hygiène du travail sur une période de trois ans. Cela visait à apaiser les inquiétudes de ceux qui estimaient que les niveaux élevés d'absence pour maladie étaient imputables aux conditions de travail, ainsi qu'à faciliter le financement par les employeurs de changements réduisant le coût que représentaient pour eux les prestations de maladie. Globalement, les employeurs privés se sont montrés plus déterminés à accéder à ces fonds et à les utiliser que les entités du secteur public, ce qui s'expliquait peut-être par le fait que les premières étaient davantage incitées à réduire les dépenses liées aux maladies. Dans la mesure où les taux d'absence pour maladie et les dépenses d'assurance-maladie continuaient à diminuer sensiblement – ce qui tenait à la fois à la situation dégradée du marché du travail et aux réformes de 1991 – le gouvernement pouvait se permettre de telles concessions.

Une dernière innovation instaurée par la coalition de centre-droit s'est révélée beaucoup plus impopulaire que les modifications relatives aux deux premières semaines de maladie : les taux de remplacement appliqués en cas de congé de maladie de longue durée, que le SAP avait laissés inchangés, ont été revus à la baisse[38]. En janvier 1992, les taux de remplacement appliqués à partir de 91 jours d'arrêt de maladie sont tombés de 90 % à 80 % et en juillet 1993, le taux de remplacement en vigueur au-delà d'une année de congé de maladie a été encore réduit, et ramené à 70 %. Dans la mesure où le gouvernement n'est pas revenu sur la décision du précédent gouvernement de limiter les prestations complémentaires aux 90 premiers jours de congé de maladie, cela signifiait que les personnes en arrêt de maladie pendant plus d'un an disposaient de revenus sensiblement réduits. Une baisse progressive des taux de remplacement assurés par les prestations d'assurance-maladie devait – comme dans bien d'autres systèmes d'assurance sociale – inciter davantage les personnes atteintes d'affections de longue durée à reprendre une activité professionnelle si possible. Cela pourrait avoir compensé dans une certaine mesure l'effet d'incitation à prendre des congés de maladie plus longs induit par le jour de carence ; après avoir augmenté régulièrement pendant plus d'une décennie, le nombre de congés de maladie de plus d'un an a en effet commencé à diminuer en 1993.

Néanmoins, le taux de remplacement de 70 % a fait l'objet de critiques nourries de la part des syndicats et des partis de gauche, qui lui reprochaient de rendre encore plus difficile la situation des personnes qui souffraient des problèmes de santé les plus graves.

Générosité accrue et conflit avec les employeurs

Bien que le SAP se fût opposé à la réduction des taux de remplacement applicables en cas de maladie de longue durée, il n'a rien fait pour revenir sur cette mesure lors de son retour au pouvoir à la fin de 1994. Malgré les pressions des syndicats et de l'aile gauche du SAP, le nouveau gouvernement est resté attaché à l'assainissement des finances publiques et, en 1996, il a harmonisé à 75 % les taux de remplacement de différents régimes d'assurance sociale. Cela s'est traduit par une réduction des taux de remplacement assurés par le régime d'assurance maladie pendant la plus grande partie de la première année d'arrêt de travail, mais par une augmentation de ce taux pour les malades de longue durée, ce que le gouvernement présentait comme un compromis plus équitable que le système dont il avait hérité. Néanmoins, il devenait plus difficile de résister aux pressions qui s'exerçaient en faveur d'une annulation au moins partielle des mesures de repli prises au début des années 90, étant donné que la situation continuait à s'améliorer tant sur le plan budgétaire que sur le plan de l'absentéisme pour maladie. En 1995, les dépenses d'assurance-maladie représentaient moins de 1.5 % du PIB, contre 2.5 % quatre ans auparavant. En 1996, le gouvernement a cédé à ces pressions, relevant à 80 % les taux de remplacement à la fois pour l'assurance-chômage et pour l'assurance-maladie à compter du mois de janvier de l'année suivante. Le SAP est allé plus loin au cours de son congrès de 1997, s'engageant à renforcer la générosité des prestations d'assurance-maladie, ainsi qu'à accroître d'autres transferts. Même si l'on restait loin d'un retour aux politiques des années 80, cela constituait une nette rupture avec l'austérité du passé récent. La loi sur l'emploi de 1996 visait à atténuer les effets de cette hausse des taux de remplacement en durcissant les critères d'admission au bénéfice de l'assurance-maladie, et en limitant à trois ans la durée de versement des prestations, mais elle a été abrogée avant même d'entrer en vigueur. Les dispositions législatives qui l'ont remplacée ont supprimé cette limite de trois ans et maintenu les taux de remplacement plus élevés. Elles ont certes allongé la durée de cotisation minimale ouvrant droit aux prestations d'assurance-maladie, mais en la portant simplement de cinq à six mois, et non de cinq à neuf mois, comme cela avait été initialement proposé[39].

Le gouvernement a pris une initiative beaucoup plus controversée que l'augmentation des taux de remplacement en tentant de faire assumer aux employeurs une part beaucoup plus importante du coût des congés de maladie de courte durée. À compter de janvier 1997, la charge financière des quatre premières semaines de congé de maladie a été transférée aux employeurs. Cette période restait relativement courte en termes de comparaison internationale, mais cette mesure a suscité une vive opposition de la part des employeurs[40]. Elle a également eu des conséquences totalement imprévues sur les relations professionnelles. En application des conventions collectives, les employeurs versaient depuis longtemps 10 % de leur salaire aux travailleurs en congé de maladie à partir de leur 15e jour d'absence. Lorsque la loi sur les prestations de maladie a fait obligation aux employeurs de verser 75 % de leur salaire aux travailleurs en congé de maladie pendant leurs troisième et quatrième semaines d'absence, ils ont intégré le versement de 10 % susmentionné dans ces 75 %. Les syndicats ont contesté cette initiative devant le Conseil d'arbitrage et le Tribunal du travail, mais ces deux instances ont donné raison aux employeurs. Or, le gouvernement avait pensé que les entreprises verseraient 75 % du salaire en y ajoutant le montant prévu par les conventions collectives,

comme cela s'était passé par le passé lors de l'extension du champ de responsabilité des employeurs. Néanmoins, il a été jugé que la formulation des nouvelles dispositions législatives correspondait davantage à l'interprétation des employeurs, ce qui s'est traduit par une baisse des taux de remplacement effectifs que le gouvernement n'avait pas anticipée.

Celui-ci a alors proposé d'adapter la loi afin d'obtenir le résultat qu'il avait toujours souhaité. La SAF a rejeté cette proposition, en soutenant que les employeurs n'avaient pas les moyens de verser 75 % des salaires durant 28 jours. Les syndicats ont apporté leur soutien à la SAF. Ils n'avaient en effet jamais été favorables au financement de longues périodes de congé de maladie par les employeurs, car ils craignaient une discrimination à l'embauche et faisaient valoir que l'accès d'un travailleur aux dispositifs de réadaptation et de reconversion ne devait pas dépendre de son employeur. Les syndicats craignaient que l'imposition d'une telle charge aux employeurs ne complique les négociations collectives sur d'autres points. Sous la pression des syndicats et des organisations patronales, le gouvernement a renoncé à son projet de modification et annulé à la fois l'allègement de charges sociales et la révision à la hausse des versements des employeurs. Cela s'est traduit concrètement par un retour à la situation qui prévalait avant 1997, abstraction faite du relèvement des taux de remplacement à 80 % qui avait eu lieu dans l'intervalle.

Le régime d'assurance-maladie est devenu encore plus généreux en janvier 1998, lorsque le gouvernement a changé d'orientation en autorisant le versement des prestations complémentaires prévues par les conventions collectives au-delà du 90e jour d'absence pour maladie, ce qui n'était plus permis depuis le début de 1991. Le gouvernement a estimé que la règle antérieure avait constitué une forme de discrimination contre les mécanismes d'assurance instauré par convention collective par rapport aux dispositifs individuels d'assurance. À la suite de ce changement, tant les travailleurs manuels du secteur privé que les travailleurs non manuels municipaux ont négocié des prestations complémentaires représentant 10 % de leur salaire avant maladie pour la période allant du 91e au 360e jour de congé de maladie[41]. Selon une évaluation récente, ce changement a entraîné une augmentation de 4.7 jours de la durée moyenne des congés de maladie de plus de 90 jours[42].

Si l'ajustement des taux de remplacement et de la durée de versement des prestations a été relativement simple, et la mise en œuvre de ces mesures plus ou moins automatique, elles ont aussi été extrêmement impopulaires. Il existait un fort consensus quant au fait que les taux de remplacement devaient être généreux, et que le problème d'aléa moral pouvait être résolu grâce à un contrôle plus strict – ce qui limiterait l'accès aux prestations aux personnes en ayant véritablement besoin – et à des mesures plus efficaces de réadaptation et d'aide au retour à l'emploi. En 1995, le gouvernement a adopté un ensemble de règles beaucoup plus strict relatif aux certificats médicaux. Néanmoins, des examens ultérieurs ont établi que leur mise en œuvre était très inégale.

Cela tenait en partie aux contraintes de délai auxquelles étaient soumis les médecins et les agents de l'État, mais d'autres facteurs étaient également à l'œuvre. Premièrement, de nombreux docteurs jugeaient ces règles trop strictes et rigides, si bien qu'ils les ignoraient largement. Un grand nombre de médecins généralistes, sinon la plupart, étaient en tout état de cause réticents à refuser des certificats de maladie à leurs patients, en partie parce qu'ils craignaient d'être tenus pour responsables si une affection jugée bénigne se révélait finalement grave, et en partie parce qu'ils avaient tout intérêt à donner satisfaction à des patients dont ils assuraient parfois le suivi depuis des années.

Deuxièmement, les élus locaux étaient directement impliqués dans l'administration du système *via* les caisses locales d'assurance sociale, et ils étaient peu enclins à se rendre impopulaires en refusant des prestations. Les effets d'incitation quelque peu pervers qui s'exerçaient en l'occurrence tenaient au fait que le système d'assurance-maladie était financé par l'administration centrale mais géré au niveau local, et que les collectivités locales n'avaient guère de raisons de se préoccuper des conséquences financières de leurs décisions[43].

D'après un autre examen réalisé par les pouvoirs publics, les réformes de 1992 renforçant les responsabilités des employeurs en matière de contrôle et de réadaptation n'étaient pas appliquées. En général, les employeurs n'étaient pas conscients de leurs responsabilités et s'attachaient rarement à cerner les besoins de leurs employés en matière de réadaptation. D'après les conclusions de la commission chargée de cet examen, les caisses d'assurance sociale ne rappelaient pas aux employeurs leurs obligations[44]. En résumé, les résultats des efforts déployés en vue d'améliorer les mesures de contrôle et d'activation s'avéraient des plus limités.

Des progrès remis en cause

Une des raisons pour lesquelles il s'est révélé si difficile de résister à l'assouplissement progressif des précédentes mesures de réforme de l'assurance-maladie à la fin des années 90 résidait dans le fait que ces modifications avaient été essentiellement présentées comme des mesures budgétaires temporaires. Bien que de nombreux économistes aient justifié les réformes en mettant en avant leurs effets sur le fonctionnement du marché de l'emploi et sur les incitations au travail, les autorités ne se sont guère efforcées de vendre la réforme à l'électorat dans ces termes, et les syndicats ont continué à contester ces arguments. En outre, le problème des absences pour maladie a semblé pendant un certain temps avoir beaucoup perdu de son urgence antérieure. Lorsque les taux d'absentéisme ont commencé à se redresser vers la fin de la décennie, cette hausse a d'abord été considérée comme une simple réaction à l'apparition de tensions sur le marché du travail, et peut-être comme un retour partiel à la tendance. C'est seulement au début des années 2000 que l'inquiétude suscitée par cette évolution a véritablement commencé à s'exacerber, lorsqu'il est devenu manifeste que l'absentéisme augmentait nettement plus que les autorités ne s'y attendaient. De surcroît, cette augmentation était essentiellement alimentée par une hausse marquée du nombre de malades de longue durée. En 2002, environ 6.8 % de la population active percevaient à tout moment des prestations de maladie, sans compter les individus qui touchaient des prestations de réadaptation ou des indemnités d'assurance contre les accidents du travail, et plus de la moitié des personnes absentes pour maladie avaient cessé de travailler depuis plus d'un an. Le nombre d'individus absents pendant au moins 30 jours pour cause de blessure ou de maladie avait doublé en cinq ans, tandis que les versements de prestations d'assurance-maladie avaient augmenté de 170 % en termes réels[45].

Ces évolutions ont donné lieu à d'amples débats. Initialement, le gouvernement soutenait que les conditions de travail étaient responsables au premier chef de l'augmentation des congés de maladie de longue durée. Néanmoins, cette affirmation était contredite par les indicateurs relatifs à l'état de santé des salariés, et cette croissance était due en grande partie à des cas de stress, de dépression et d'autres affections difficiles à diagnostiquer[46]. De nombreux éléments soulignaient l'importance des changements apportés à l'action publique dans le cadre du système d'assurance-maladie et à sa périphérie. Tant l'augmentation des taux de remplacement que la réduction des responsabilités conférées aux employeurs ont sensiblement renforcé la propension des

salariés à prendre des congés de maladie, tendance qui semble avoir été accentuée par la générosité accrue des dispositifs conventionnels de garantie de revenu en cas de congé de maladie de longue durée[47]. Les interactions avec les autres mécanismes d'assurance sociale semblent également avoir pesé dans la balance :

- Le nouveau système de pensions a réduit sur une base actuarielle le taux de remplacement en cas de départ précoce en retraite, mais cela n'a pas affecté les personnes qui se retiraient de la population active en étant couvertes par le régime d'assurance-maladie ou d'invalidité ; l'incitation à sortir de la population active en empruntant cette voie a été encore renforcée par la décision d'ajouter à toutes les prestations versées des cotisations de pension de vieillesse à partir de 1999[48].
- Il était préférable pour de nombreux travailleurs d'être indemnisé par l'assurance-maladie plutôt que par l'assurance-chômage. Le plafond appliqué aux prestations s'établissait en effet à 115 % du salaire de l'ouvrier moyen dans le premier cas, contre 90 % dans le second[49], et les prestations complémentaires prévues par les conventions collectives permettaient à de nombreux travailleurs de bénéficier de taux de remplacement plus avantageux au titre de l'assurance-maladie que de l'assurance-chômage[50]. En outre, contrairement aux prestations d'assurance-maladie, les allocations de chômage faisaient toujours l'objet d'un délai de carence (de cinq jours) et leur versement était limité dans le temps. Les demandes de prestations d'assurance-maladie avaient par conséquent tendance à augmenter à l'approche de l'expiration des droits aux allocations de chômage[51].
- Jusqu'en 1997, les travailleurs de plus de 60 ans pouvaient se voir accorder des prestations d'assurance-invalidité pour des motifs liés au marché du travail conjugués à des raisons de santé[52]. Les conditions à satisfaire sur le plan médical et les obligations prévues en termes de changement de résidence ou de profession n'étaient pas très strictes, et les bénéficiaires de pensions d'invalidité n'étaient pas tenus de participer à des programmes de réadaptation ou de reconversion. À partir de 1997, cette voie d'accès à aux prestations d'assurance-invalidité a été fermée, ce qui s'est traduit par le basculement d'un nombre significatif de travailleurs âgés dans le régime d'assurance-chômage et, surtout, dans le régime d'assurance-maladie. Les passages de l'emploi à l'assurance-maladie augmentaient pour tous les groupes d'âge, mais l'afflux de travailleurs âgés s'est nettement accéléré au moment de la réforme du système d'assurance-invalidité[53].

Au début des années 2000, la réforme de l'assurance-maladie figurait de nouveau parmi les priorités du gouvernement, mais les partenaires sociaux continuaient à s'opposer à toute modification de fond. En août 2000, une commission gouvernementale a proposé de porter la période de prise en charge des prestations par les employeurs de 14 à 60 jours, et d'exiger une participation financière des employeurs pendant toute la durée des congés de maladie, en vue de renforcer leurs incitations à améliorer l'état de santé des salariés. En contrepartie, la commission proposait de réduire les cotisations patronales d'assurance-maladie, ainsi que de limiter à un an la période de versement des prestations d'assurance-maladie. Ces propositions se sont heurtées à une vive opposition, tant de la part des employeurs que des syndicats, et la plupart d'entre elles ont été bloquées[54]. Tant les syndicats que les employeurs ont maintenu leurs objections usuelles à l'extension de la prise en charge des prestations de maladie par les employeurs, et les syndicats étaient farouchement opposés à la limitation de la durée de versement des prestations à un an. En outre, certains adversaires de ces propositions faisaient observer que l'augmentation des cas de maladie de longue durée était concentrée dans les

communes et dans certains pans du secteur public, où une extension du champ de responsabilité des employeurs dans le financement des prestations de maladie n'aurait pas eu les mêmes effets d'incitation que dans le secteur privé.

Quoi qu'il en soit, le contexte politique dans lequel s'inscrivait le régime d'assurance-maladie avait changé en l'espace de dix ans. Premièrement, les malades de longue durée semblaient bénéficier d'un capital de sympathie nettement plus important auprès du public ; il était largement admis que nombre d'absences de courte durée avaient été injustifiées par le passé, mais peu nombreux étaient les partisans d'une réduction des prestations versées aux personnes atteintes d'affections de longue durée. Deuxièmement, les malades de longue durée posaient aux employeurs des problèmes différents : alors que les absences de courte durée fréquentes avaient un effet perturbateur, cet effet était moindre pour les absences plus longues, notamment dans les grandes entreprises, car les personnes en congé de maladie de longue durée relevaient dans une large mesure des caisses d'assurance sociale, presque comme si elles avaient été licenciées. Au terme des deux premières semaines d'arrêt de maladie, le coût assumé par l'employeur diminuait fortement, passant de 106 % du salaire brut[55] à seulement 13.3 % environ[56] – ce pourcentage étant même inférieur pour les salariés dont les prestations complémentaires n'étaient versées que pendant une durée limitée.

Conclusion

Un certain nombre de facteurs expliquent pourquoi les progrès accomplis en matière de réforme n'ont pas été plus réguliers ni plus durables après 1991. Premièrement, bien que de nombreux spécialistes aient été conscients des effets d'incitation pervers créés par le système d'assurance-maladie, les premières réformes ont été essentiellement justifiées en raison de leurs retombées budgétaires. Le monde politique n'a jamais adhéré dans son ensemble à la justification des réformes par leurs effets sur le marché de l'emploi. Aussi, parallèlement à l'amélioration de la situation des finances publiques, il était difficile de résister aux pressions exercées en faveur de l'annulation de certaines mesures de repli antérieures. Or, le fait de justifier le changement en termes structurels aurait soulevé des questions sur le compromis plus général qui sous-tendait nombre des réformes suédoises, selon lequel le maintien d'une protection sociale relativement généreuse constituait le « prix » acquitté par les pouvoirs publics pour l'acceptation de l'ouverture aux échanges et de la libéralisation des marchés de produits. Deuxièmement, la réforme de l'assurance-maladie n'a fait aucun gagnant manifeste, car les avantages d'un renforcement de l'offre de main-d'œuvre étaient mal compris par le public. Les travailleurs amenés à reprendre une activité professionnelle du fait des modifications apportées à l'assurance-maladie étaient certes susceptibles de voir leur situation financière s'améliorer au bout du compte, mais ils n'appréciaient pas nécessairement d'être soumis à des pressions accrues pour retourner au travail. Les syndicats, quant à eux, étaient naturellement attachés au versement de prestations généreuses et à l'application de critères d'admission relativement souples. Enfin, des mécanismes d'assurance sociale généreux offraient aux employeurs un moyen utile d'accroître la flexibilité interne de leurs activités. De plus, la générosité du système, conjuguée au mécanisme des prestations complémentaires et au fait que le régime d'assurance-maladie n'était pas séparé du budget de l'État, permettait aux partenaires sociaux de transférer à l'État une partie du coût de leurs propres conventions collectives. Troisièmement, dans la mesure où les congés de maladie de longue durée sont devenus la préoccupation essentielle liée à l'assurance-maladie, il est devenu plus difficile de remédier au problème d'aléa moral sans pénaliser les personnes gravement malades ; les médecins et les agents de l'État se sont notamment révélés

réticents à appliquer les règles de contrôle strictes conçues comme le corollaire du maintien de taux de remplacement très élevés. Enfin, étant donné l'absence de coordination des réformes des différents régimes d'assurance sociale, les modifications apportées à d'autres programmes ont eu des conséquences imprévues sur l'assurance-maladie.

Néanmoins, le problème des absences pour maladie restait trop vaste pour être ignoré, et les débats sur les réformes qui ont repris au début des années 2000 ont fini par se révéler fructueux. Après les élections de 2002, le gouvernement social-démocrate est revenu sur cette question en adoptant un train de mesures significatif destiné à réduire de moitié le nombre de personnes en congé de maladie à l'horizon 2008[57]. Les données disponibles à ce jour laissent à penser que ces réformes ont eu un effet remarquable : l'incidence des absences pour maladie a diminué de 40 % environ entre 2002 et 2007, malgré l'amélioration de la situation du marché du travail. Cela semblait dû en grande partie aux modifications apportées au système d'assurance-maladie[58]. Par ailleurs, la nouvelle coalition de centre-droit a introduit des mesures supplémentaires en 2008. Les réformes récentes doivent beaucoup à l'expérience de la décennie précédente : malgré la nature zigzagante de la politique menée en matière d'assurance-maladie au cours des années 90, le consensus politique s'est déplacé progressivement de l'attachement à des mesures passives d'aide au revenu vers un système d'obligations mutuelles du même type que celui appliqué aux chômeurs. En outre, l'élaboration des politiques publiques récentes a été étayée par les abondants travaux de recherche consacrés à l'évolution de l'assurance-maladie pendant les années 90.

Notes

1. Entre 1981 et 2006, aucun gouvernement suédois n'a pu s'appuyer sur une majorité au Parlement (*Riksdag*).
2. Voir OCDE (2005) pour obtenir de plus amples informations.
3. Voir Olsen (1999) et Kuhnle (2000) pour en avoir une vue d'ensemble.
4. La réforme des retraites adoptée en 1998 a remplacé le système à prestations définies qui était en place jusqu'alors par un régime à cotisations définies. La Suède a ainsi joué un rôle précurseur dans la mise en place des systèmes de retraite à capitalisation virtuelle.
5. Les conditions d'admission au bénéfice des prestations ont été durcies, les taux de remplacement ont été réduits et un délai de carence a été rétabli.
6. Les modifications adoptées en 1991 et 1997 ont rendu plus difficile l'utilisation du régime d'invalidité comme mécanisme d'ajustement du marché du travail, en l'absence de véritables motifs médicaux.
7. Une prise en charge des frais par les patients a été mise en place pour certains services de santé.
8. Voir OCDE (1999, pp. 172-174) ou Kuhnle (2000) pour avoir un aperçu de la question.

9. Voir Kuhnle (2000). Néanmoins, même à ce moment-là, le poids relatif de ces postes de dépenses était à son plus haut niveau, atteignant 35.8 % du PIB.

10. Voir Kuhnle (2000, p. 221).

11. Pour de plus amples informations voir OCDE (1992).

12. À savoir le Parti modéré, le Parti populaire libéral, le Parti du Centre et les Démocrates chrétiens.

13. Ces deux organisations ont fusionné en 2001 pour former la Confédération des entreprises suédoises (SN, *Svenskt Näringsliv*).

14. La moyenne de la Communauté européenne (CE) s'établissait à l'époque à 30.4 % ; dans la plupart des économies européennes, les entreprises de moins de 100 salariés représentaient près de la moitié de l'emploi total. Voir Olsen (1996).

15. Voir Olsen (1996) et Kuhnle (2000).

16. Voir Esping Andersen (1990) et Hytta (2006).

17. Voir Bergendorff (2003). La Norvège et les Pays-Bas étaient les deux autres économies dont les taux d'absence pour maladie se caractérisaient par une volatilité relativement forte.

18. Seul le Royaume-Uni, avec un taux d'emploi de 47 % pour les hommes âgés de 60 à 64 ans, était proche de la Suède (49 %) et de la Norvège (58 %).

19. Voir Bergendorff (2003) et Rae (2005).

20. Voir Rae (2005).

21. À l'aune de l'indice synthétique de générosité des prestations élaboré par l'OCDE, la Suède affichait en 2003 un résultat correspondant environ à 130 % de la moyenne de l'Organisation, ce qui la plaçait au même niveau que la Norvège et nettement au-dessus de tous les autres membres de l'OCDE. Cet indice n'est pas disponible pour les années précédentes, mais la Suède se singularise de longue date par la générosité de son régime d'assurance-maladie ; voir OCDE (1994).

22. Voir, entre autres, Barmby *et al*. (1991, 1995), Drago et Wooden (1992), Johansson et Palme (1996, 2002, 2005), Gilleskie (1998), Johansson et Brännäs (1998), Larsson (2002), Andrèn (2004, 2007), Bonato et Lusinyan (2004), Henrekson et Persson (2004), Skogman Thoursie (2004, 2005), Rae (2005), et Karlström *et al.* (2008).

23. Bergendorff (2003) met en évidence une relation similaire aux Pays-Bas, mais uniquement dans ce pays.

24. Les salariés en moins bonne santé risquent davantage de se retrouver sans emploi dans les périodes difficiles, et les entreprises sont plus susceptibles de se séparer de leurs travailleurs âgés en cas de récession, en particulier s'il existe une voie d'accès anticipé à la retraite pour ces derniers. En comparant les dispositifs de garantie de revenu de la Suède et de la Finlande, Hytti (2006) parvient à la conclusion que la récession et la reprise des années 90 n'ont guère eu d'influence sur le taux d'utilisation des prestations d'assurance-maladie et d'invalidité en Finlande. En Suède, la proportion de personnes en arrêt de maladie de courte durée a fortement diminué pendant la phase de contraction de l'activité, mais le pourcentage de travailleurs percevant des prestations d'assurance-maladie pendant plus de 12 mois ou une pension d'invalidité a sensiblement augmenté.

25. Les allocations pour enfants à charge ont été révisées à la hausse à partir du troisième enfant, ainsi que pour les naissances successives rapprochées. Les conditions

d'admission au bénéfice de l'assurance-chômage ont été assouplies, le délai de carence a été supprimé, et les taux de remplacement ont été relevés.

26. Notamment la libéralisation du secteur financier et l'ouverture à la concurrence de certaines industries de réseau. Voir Olsen (1996) et Kuhnle (2000) pour en savoir plus sur les tensions entre le SAP et la LO.

27. Les dispositions législatives de 1987 ont également modifié la formule de calcul des prestations dans un sens favorable aux personnes ayant des horaires de travail irréguliers, qui étaient désavantagées par les dispositions antérieures.

28. Pour prendre connaissance d'estimations économétriques ultérieures de l'impact des modifications de 1987, voir Henrekson et Persson (2004), qui estiment que la suppression de la journée de carence a débouché sur une hausse de 10 % du nombre moyen de jours de congé de maladie. Voir également Andrén (2004), qui fait observer que le nombre d'absences pour maladie d'un ou deux jours, en particulier, a bondi après l'élimination de la journée de carence. Les taux d'absence des hommes ont sensiblement augmenté aux alentours des anniversaires ou des grandes manifestations sportives, ce qui met en évidence le problème d'aléa moral ; voir Skogman Thoursie (2004, 2005).

29. Voir Henrekson et Persson (2004).

30. Voir Skogman Thoursie (2004, 2005) et Lindbeck *et al*. (2008). Sur la question des normes et coutumes endogènes, voir Lindbeck (1995), qui montre comment un choc macroéconomique peut accélérer l'érosion de normes qui tendent à limiter l'influence exercée sur le comportement des individus par les contre-incitations inhérentes à l'État-providence.

31. La justification de ce type d'expérimentation résidait dans l'idée que les médecins étaient susceptibles d'être excessivement prudents, et de prescrire aux travailleurs des congés de maladie plus longs que ceux qu'auraient pris les intéressés de leur propre initiative. En fait, les absences pour maladie étaient encore plus longues pour les personnes qui n'étaient soumises à aucun contrôle médical. Voir Hesselius *et al.* (2005).

32. Voir Johansson et Palme (2002).

33. Voir Henrekson et Persson (2004).

34. Voir Johansson et Palme (2002).

35. C'est-à-dire calculés en tenant compte des prestations complémentaires.

36. Voir OCDE (1992).

37. Suivant l'heure à laquelle un travailleur déclarait son arrêt de maladie, il pouvait limiter la perte de revenu subie en début de congé de maladie à un quart de sa rémunération journalière.

38. Il s'agissait d'une réduction du taux de remplacement effectif, puisque les dispositions en vigueur empêchaient les partenaires sociaux de compenser les pertes de revenus subies par les salariés en faisant jouer les conventions collectives.

39. Voir OCDE (1999).

40. Ainsi, cette période de prise en charge pouvait atteindre 6 semaines en Allemagne, 12 semaines en Autriche, et 6 mois en Suisse. Aux Pays-Bas, les employeurs assumaient intégralement le coût des prestations d'assurance-maladie pendant 28 semaines, et au Royaume-Uni pendant un an. Néanmoins, l'expérience des Pays-Bas et du Royaume-Uni, où ces périodes sont très longues, laisse à penser que les effets

d'incitation à investir dans la prévention induits sur les entreprises peuvent être atténués par des mécanismes de réassurance.

41. Aucune prestation complémentaire de ce type n'a été négociée pour les employés de l'administration centrale, ni pour les travailleurs non manuels du secteur privé.

42. Voir Hesselius et Persson (2007).

43. Ce problème a été réglé lorsque l'Agence d'assurance sociale a été créée en 2005.

44. Voir OERI (1998).

45. Voir Bergendorff (2003).

46. Voir en particulier Rae (2005). On observait cependant un modeste effet démographique. D'après les estimations figurant dans OCDE (2002), le vieillissement de la population active était susceptible d'entraîner une augmentation du nombre de bénéficiaires de prestations d'assurance-maladie pouvant aller jusqu'à 12 % à l'horizon 2008.

47. Voir Henrekson et Persson (2001) et Hytta (2006).

48. Voir Palme et Svensson (2003) et OCDE (2005, pp. 93-94) pour obtenir de plus amples informations.

49. Voir Hytti (2006), qui montre que la récession des années 90 a débouché sur une augmentation nettement plus vive du chômage en Finlande – où les allocations de chômage étaient relativement plus généreuses – qu'en Suède, où la montée du chômage a été plus modeste mais l'augmentation des prestations d'assurance-maladie beaucoup plus forte.

50. Voir Hytta (2006).

51. Voir Larsson (2002, 2004).

52. Jusqu'en 1991, la situation du marché du travail constituait à elle seule un motif suffisant d'ouverture des droits à pension d'invalidité, même en l'absence de tout problème de santé ou d'invalidité attesté.

53. Voir Karlström *et al*. (2008) et OCDE (2003b).

54. La période de 60 jours proposée a d'abord été ramenée à 28 jours, et finalement à 21 lorsque cette mesure d'allongement a été adoptée dans le cadre du budget de 2003/04, tandis que la limitation de la durée de versement des prestations d'assurance-maladie a été abandonnée. À compter de janvier 2005, les employeurs ont été tenus de verser une contribution égale à 12 % du salaire à partir de la quatrième semaine d'absence, et ce pendant toute la durée du congé de maladie.

55. Ce pourcentage correspondait à un taux de remplacement de 80 % auquel s'ajoutait 0.33 x 80 % du salaire versés à titre de cotisations de sécurité sociale pour l'employé malade. Voir Hytta (2006).

56. L'employeur versait 10 % du salaire à titre de prestations complémentaires et 0.33 x 10 % du salaire sous forme de cotisations de sécurité sociale.

57. Ce train de mesures incluait un renforcement de l'administration du régime, une réduction des taux de remplacement et un ajustement des prestations versées aux chômeurs qui se déclaraient malades, l'instauration d'une semaine supplémentaire de prise en charge par les employeurs, et la mise en place de subventions pour les employeurs de personnes en congé de maladie de longue durée. Voir OCDE (2003a, 2005) pour obtenir de plus amples informations.

58. Voir OCDE (2008).

Bibliographie

Andrén, D. (2004), « Never on a Sunday: Economic Incentives and Sick Leave in Sweden », *Göteborg University Working Papers in Economics,* n° 136, 31 août, *www.handels.gu.se/epc/archive/00003831/01/gunwpe0136.pdf.*

Andrén, D. (2007), « Long-Term Absenteeism due to Sickness in Sweden: How Long Does It Take and What Happens After? », *European Journal of Health Economics* 8:1, mars.

Barmby, T., C. Orme et J. Treble (1991), « Worker Absenteeism: An Analysis Using Micro-Data », *Economic Journal* 101, n° 405, mars.

Barmby, T., C. Orme et J. Treble (1995), « Worker Absence Histories: A Panel Data Study », *Labour Economics* 2:1, mars.

Bergendorff, S. (2003), « Sickness Absence in Europe – A Comparative Study », National Social Insurance Board, Stockholm, 3 mars, *www.issa.int/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf.*

Bonato, L. et L. Lusinyan (2004), « Work Absence in Europe », *IMF Working Paper* 04/193, Washington, octobre, *www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2004/wp04193.pdf.*

Drago, R. et M. Wooden (1992), « The Determinants of Labor Absence: Economic Factors and Workgroup Norms across Countries », *Industrial and Labour Relations Review* 45:3, juillet.

Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge.

Gilleskie, B. (1998), « A Dynamic Stochastic Model of Medical Care Use and Work Absence », *Econometrica* 66:1, janvier.

Henrekson, M. et M. Persson (2004), « The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System », *Journal of Labour Economics* 22:1, janvier.

Hesselius, P. et M. Persson (2007), « Incentive and Spill-over Effects of Supplementary Sickness Compensation », *IFAU Working Paper* 2007:16, Institute for Labour Market Policy Evaluation, Uppsala, juin, *www.ifau.se/upload/pdf/se/2007/wp07-16.pdf.*

Hytti, H. (2006), « Why are Swedes Sick but Finns Unemployed? », *International Journal of Social Welfare*, 15:2, avril.

Johansson, P. et K. Brännäs (1998), « A Household Model for Work Absence », *Applied Economics* 30:11, novembre.

Johansson, P. et M. Palme (2002), « Assessing the Effect of Public Policy on Worker Absenteeism », *Journal of Human Resources* 37:2, printemps.

Johansson, P. et M. Palme (2005), « Moral Hazard and Sickness Insurance », *Journal of Public Economics* 89:9-10, septembre.

Johansson, P. et M. Palme (1996), « Do Economic Incentives Affect Work Absence? Empirical Evidence Using Swedish Micro Data », *Journal of Public Economics* 59:2, février.

Kaiser, C. (1996), « Employee Absence Incentives in the Welfare State: Toward Explaining Cross-National Differences », *Journal of Socio-Economics* 25:1, janvier.

Karlström, A., M. Palme et I. Svensson (2008), « The Employment Effect of Stricter Rules for Eligibility for DI: Evidence from a Natural Experiment in Sweden », *Stockholm University Research Papers in Economics* n° 2008:3, 11 avril, *www.ne.su.se/paper/wp08_03.pdf.*

Kuhnle, S. (2000), « The Scandinavian Welfare State in the 1990s: Challenged but Viable », *West European Politics* 23:2, avril.

Larsson, L. (2002), « Sick of Being Unemployed? Interactions between Unemployment and Sickness Insurance in Sweden », Uppsala University, *Department of Economics Working Paper* n° 5, mars, *http://publications.uu.se/abstract.xsql?dbid=2225*.

Larsson, L. (2004), « Harmonizing Unemployment and Sickness Insurance: Why (not)? » *IFAU Working Paper* 2004:8, Institute for Labour Market Policy Evaluation, Uppsala, juin, *www.ifau.se/upload/pdf/se/2004/wp04-08.pdf*.

Lindbeck, A. (1995), « Welfare State Disincentives with Endogenous Habits and Norms », *Scandinavian Journal of Economics* 97:4, décembre.

Lindbeck, A., M. Palme et M. Persson (2008), « Social Interaction and Sickness Absence », CESifo Working Paper n° 2215, février, *www.cesifo-group.de/pls/guestci/download/CESifo%20Working%20Papers%202008/CESifo%20Working%20Papers%20February%202008/cesifo1_wp2215.pdf.*

OCDE (1992), *Études économiques de l'OCDE : Suède*, OCDE, Paris.

OCDE (1994), *Études économiques de l'OCDE : Suède*, OCDE, Paris.

OCDE (1995), *Études économiques de l'OCDE : Suède*, OCDE, Paris.

OCDE (1999), *Études économiques de l'OCDE : Suède*, OCDE, Paris.

OCDE (2001), *Études économiques de l'OCDE : Suède*, OCDE, Paris.

OCDE (2002), *Études économiques de l'OCDE : Suède*, OCDE, Paris.

OCDE (2003a), *Ageing and Employment Policies: Sweden*, OCDE, Paris.

OCDE (2003b), *Transformer le handicap en capacité – Promouvoir le travail et la sécurité des revenus des personnes handicapées*, OCDE, Paris.

OCDE (2005), *Études économiques de l'OCDE : Suède*, OCDE, Paris.

OERI (Observatoire européen des relations industrielles) (1998), « Committee Proposes Clarification of Employers' Responsibility for Rehabilitation of Employees », Observatoire européen des relations industrielles, 28 octobre, www.eurofound.europa.eu/eiro/1998/10/feature/se9810114f.htm.

Olsen, G. (1996), « Re-Modeling Sweden: The Rise and Demise of the Compromise in a Global Economy », *Social Problems* 43:1, février.

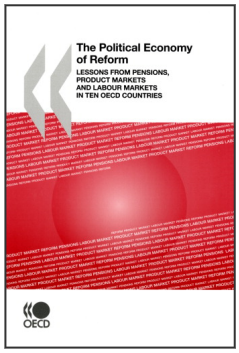
Olsen, G. (1999), « Half Empty or Half Full? The Swedish Welfare State in Transition », *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, 36:2, mai.

Palme, M. et I. Svensson (2003), « Pathways to Retirement and Retirement Incentives in Sweden », *in* T. Andersen et P. Molander (dir. publ.), *Alternatives for Welfare Policy: Coping with Internationalisation and Demographic Change*, Cambridge University Press, Cambridge.

Rae, D. (2005), « How to Reduce Sickness Absences in Sweden: Lessons from International Experience », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE* n° 442, 19 septembre, *www.olis.oecd.org/olis/2005doc.nsf/linkto/ECO-WKP(2005)29*.

Skogman Thoursie, P. (2004), « Reporting Sick: Are Sporting Events Contagious? », *Journal of Applied Econometrics* 19:6, Special Issue.

Skogman Thoursie, P. (2005), « Happy Birthday! You are Insured: Differences in Work Ethnics Between Female and Male Workers », *FIEF Working Paper* n° 203, Stockholm, *http://swopec.hhs.se/fiefwp/papers/WP203.pdf.*



Extrait de :

The Political Economy of Reform

Lessons from Pensions, Product Markets and Labour Markets in Ten OECD Countries

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/9789264073111-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

Tompson, William (2010), « Suède : L'assurance-maladie en Suède de 1990 à 2002 », dans *The Political Economy of Reform : Lessons from Pensions, Product Markets and Labour Markets in Ten OECD Countries*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/9789264073135-16-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. 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 ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.

OCDE