

## Les indemnités journalières versées au titre des arrêts maladie par le régime général : état des lieux et déterminants

### *Sick pay for medical disorders paid by the general scheme of French national health insurance: Inventory and determining factors*

Midy F<sup>1</sup>

#### Résumé

L'année 2002 a connu un taux de croissance sans précédent des prestations versées au titre des indemnités journalières maladie, que l'on peut rattacher à un nombre plus important d'arrêts de longue durée prescrits en 2001. L'année 2003 marque un net ralentissement des taux de croissance avec une stabilisation des indemnités de courte durée et une croissance affaiblie des indemnités de longue durée.

Plusieurs facteurs sont évoqués dans la littérature pour expliquer soit l'acte de prescription individuelle, soit l'évolution globale des arrêts maladie. Concernant l'acte de prescription, outre l'état de santé du patient, certaines caractéristiques individuelles du médecin (âge, genre, taux d'activité) ou du patient (âge, niveau d'études, conditions de travail) semblent être déterminantes. Concernant l'évolution globale des prescriptions, les facteurs évoqués sont l'évolution de la structure de population active, du marché de l'emploi, de la croissance économique ou des politiques sociales.

**En conclusion**, la variété des déterminants possibles pour expliquer l'évolution des indemnités journalières consommées, implique que l'on envisage une variété toute aussi large d'outils de régulation : actions de contrôle et de sanction pour les comportements individuels « déviants », action de sensibilisation, de formation et d'information pour les comportements « ignorants », et action impliquant davantage les entreprises au regard de l'importance des facteurs liés aux conditions de travail.

**Rev Med Ass Maladie 2005;36(3):237-46**

**Mots-clé** : indemnité journalière ; arrêt de travail ; assurance maladie ; dépense ; facteurs déterminants.

#### Summary

Sick pay expenditures for medical disorders increased substantially in 2002. This increase was probably related to the significant increase in long-term sick leave prescribed in 2001. Expenditures for these benefits slowed down in 2003 due to stabilization in short-term sick pay and a slower increase in long-term sick pay.

A number of different factors have been described in the literature to explain individual prescriptions and/or the overall evolution in sick leave. In addition to the patient's state of health, other determining factors influencing individual prescriptions seem to be related to specific characteristics of either the prescribing physicians (age, gender, patient load) or the patients (age, educational level, working conditions). Changes in the composition of the labor force, the present-day work market, economic growth or contemporary social policies have all been suggested as possible explanations for the overall evolution in sick leave benefits.

**In conclusion**, considering the number of different determining factors responsible for the changes in sick pay benefits, an equally broad range of regulatory tools need to be put into place: actions aimed at controlling and punishing "abnormal" individual behavior or actions to alert, educate and better inform players who "are not aware" of the consequences of their behavior and finally, actions to incite employers to improve working conditions in general.

**Rev Med Ass Maladie 2005;36(3):237-46**

**Key words**: sick leave; public health insurance; expenditure.

<sup>1</sup> Chef de projet, Haute autorité de santé (Saint-Denis La Plaine).

## INTRODUCTION

L'année 2002 a connu un taux de croissance sans précédent des prestations versées au titre des indemnités journalières (IJ). Selon les comptes des régimes d'Assurance maladie, le montant total de ces prestations s'élevait à près de 10,4 milliards d'euros<sup>1</sup> [1]. Le régime général représentait 87 % de ce montant réparti entre les branches maladie (5 199 millions d'euros), maternité (2 093 millions d'euros) et accidents du travail et maladies professionnelles (1 816 millions d'euros).

Nous proposons dans la première partie de ce travail une synthèse des différents éléments chiffrés disponibles en 2003 et 2004 concernant les IJ versées au titre des arrêts maladie par le régime général et leurs caractéristiques. Afin de mieux comprendre les dynamiques en jeu, nous présentons dans une seconde partie différents éléments évoqués dans la littérature française et internationale comme pouvant déterminer les prescriptions individuelles ou l'évolution globale des indemnités versées.

### I. LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL

#### 1. L'évolution des indemnités journalières maladie entre 1970 et 2003

Depuis le milieu des années 70 et jusqu'en 1997, les dépenses en IJ de la branche maladie suivent une courbe descendante (Eco Santé 2003, IRDES) ; la tendance s'inverse ensuite avec une forte accélération des taux de croissance à partir de 2000 (figure 1).

Le montant des IJ maladie versées par le régime général a progressé de 46 % sur la période 1997-2002. Le montant moyen des IJ évoluant à peu près comme le salaire moyen sous plafond, l'évolution significative est donc celle du volume de prescription, soit 35,5 % [2].

##### *a) La croissance des dépenses de 2002 correspondrait à une augmentation des arrêts de longue durée prescrits en 2001*

La forte croissance des IJ versées en 2002 (+ 10,1 % en valeur et + 7,5 % en volume) explique que l'on observe un ralentissement limité de l'augmentation des dépenses sur le poste « autres soins de ville »<sup>2</sup> malgré l'inflexion importante de la croissance du médicament [1, 2].

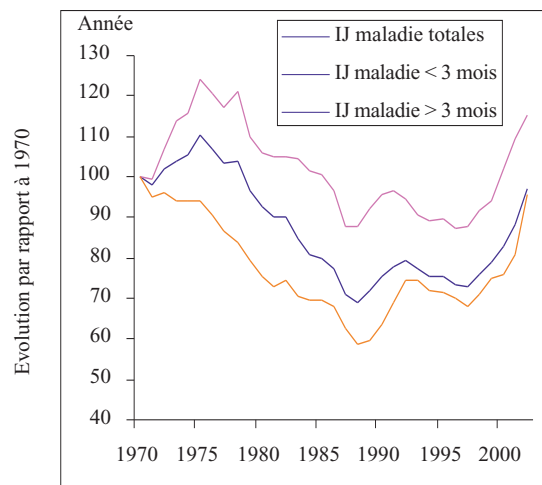


Figure 1. Evolution du nombre d'indemnités maladie dans le régime général - Base 100 en 1970.  
Source : Eco-Santé 2003

Pour l'Echantillon permanent des assurés sociaux (EPAS)<sup>3</sup>, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a reconstitué les arrêts maladie (y compris le délai de carence) prescrits initialement en 2000, 2001 et 2002 à partir des indemnités versées jusqu'en décembre 2003 (tableau I). Si le nombre d'arrêts prescrits est stable, les arrêts initialisés en 2001 ont donné lieu à un nombre plus important d'indemnités que les arrêts initialisés en 2000. On observe ainsi un accroissement de +85 % des arrêts de plus d'un an prescrits en 2001. On peut faire l'hypothèse que l'augmentation des dépenses observée en 2002 serait la conséquence d'un accroissement du nombre d'arrêts longs initialement prescrits en 2001, mais dont l'indemnisation se poursuit en 2002 par le jeu des renouvellements.

Par ailleurs, on observe que les prescriptions d'une durée supérieure à six mois se sont réduites en 2002 par rapport à 2001 (- 11 % pour les six mois à un an ; - 17 % pour les plus de un an), ce qui devait logiquement se retrouver dans l'évolution des indemnités versées en 2003.

##### *b) Le changement de rythme en 2003*

Le montant des IJ maladie du régime général versées au titre de 2003 s'élève à 5,4 milliards d'euros [3], soit une progression de + 6,3 %, ce qui est nettement inférieur au

<sup>1</sup> Ces prestations en espèces sont versées à hauteur de 57 % au titre des arrêts maladie, 24 % au titre des congés maternité et paternité et 19 % au titre des accidents du travail et maladies professionnelles.

<sup>2</sup> L'augmentation des dépenses du régime général pour le poste « autres soins de ville » est de + 8,3 % en 2002/01 versus + 9,1 % en 2001/00, en date de soins.

<sup>3</sup> L'Echantillon permanent des assurés sociaux est un échantillon comprenant 1/600<sup>e</sup> des assurés du régime général ainsi que l'ensemble de leurs ayants droit. L'étude de la CNAMTS décrite ici se limite aux assurés du régime général en France métropolitaine qui ont perçu des prestations en espèces au titre du risque maladie (liquidation jusqu'en décembre 2003).

Tableau I  
Nombre et montants des arrêts de travail prescrits sur une année selon leur durée (EPAS<sup>a</sup> – CNAMTS 2004).

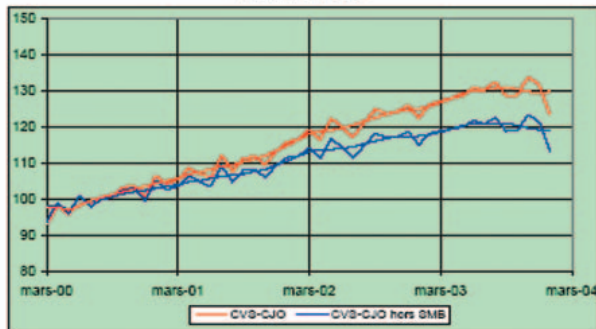
	2000		2001		2002	
	Arrêts de travail délivrés	Montants (€) correspondants	Arrêts de travail délivrés	Montants (€) correspondants	Arrêts de travail délivrés	Montants (€) correspondants
Moins de 8 jours	4 207	249 571	4 054	250 994	4 232	265 358
Entre 8 et 14 jours	2 584	460 603	2 614	479 683	2 655	501 609
Entre 15 et 30 jours	1 719	741 577	1 757	768 537	1 844	835 450
Entre 1 et 3 mois	1 294	1 442 235	1 352	1 594 440	1 385	1 633 549
Entre 3 et 6 mois	432	1 274 399	432	1 291 092	453	1 432 744
Entre 6 mois et 1 an	187	1 118 921	190	1 137 134	168	1 031 024
Plus d'un an <sup>b</sup>	102	1 505 561	189	2 695 793	156	1 921 303
Nombre d'IJ par arrêt <sup>b</sup>	27		33		28	
<i>Total</i>	<i>10 525</i>	<i>6 792 867</i>	<i>10 588</i>	<i>8 217 673</i>	<i>10 893</i>	<i>7 621 036</i>

<sup>a</sup> D'après l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), échantillon au 1/600<sup>e</sup> de la population du régime général, population limitée aux assurés actifs du régime général, hors sections locales mutualistes et hors DOM. Données non publiées.

<sup>b</sup> Le délai de liquidation pris en compte est décembre 2003, ce qui signifie que le nombre d'arrêts de travail sur les trois années est exhaustif mais que la durée de l'arrêt (donc le nombre et le montant total d'indemnités liées à cet arrêt) peut être incomplète pour les arrêts prescrits en 2001 et 2002.

taux de + 10,1 % observé en 2002 [4]. L'année 2003 marque un retour à des indices en année complète mobile inférieurs à ceux de décembre 2001 [5]. En fait, la croissance reste soutenue au premier semestre (figure 2), mais elle s'infléchit fortement au second semestre, ce qui explique une croissance ralentie sur l'ensemble de la période.

Indemnités journalières  
(en mois de soins)



Montants remboursés base 100 moyenne 2000

Figure 2. Inflexion au second semestre 2003.

CJO : corrigé des jours ouvrables ;

CVS : corrigé des variations saisonnières.

Source : CNAMTS, avril 2004 [6].

La tendance semble se poursuivre en 2004. Le taux de croissance en valeur et en date de remboursement des IJ

entre février 2003 et février 2004 est de + 2,4 %, avec une baisse de - 0,4 % entre janvier 2004 et février 2004 [6].

## 2. Les caractéristiques des arrêts maladie

### a) Les indemnités se concentrent sur une petite partie de la population

Entre 1995 et 1999, 43,4 % des montants étaient versés aux 4,5 % d'assurés totalisant plus de 365 jours d'arrêt. Le nombre d'arrêts cumulant en 2002 une durée de plus de trois mois, ne représentaient en volume que 12 % des arrêts maladie, mais ils engendraient 65 % du montant total des prestations versées par le régime général [1].

### b) La croissance des dépenses en 2002 correspond à une forte progression des arrêts longs ; le ralentissement de 2003 correspond à une nette temporisation des arrêts de courte durée

Entre décembre 2001 et décembre 2002, le nombre d'indemnités versées depuis plus de trois mois<sup>4</sup> au moment de la requête informatique a augmenté (+ 18,5 %). En 2003, on observe un ralentissement de la progression des indemnités de plus de trois mois au moment de la requête, et une stabilisation des indemnités qui durent depuis moins de trois mois (tableau II).

<sup>4</sup> Les fichiers de l'Assurance maladie permettent de repérer l'ancienneté de l'arrêt maladie au moment de l'interrogation. Les arrêts de plus de trois mois sont donc les arrêts qui ont déjà duré au moins trois mois. Les chiffres donnés ici ne sont donc pas à interpréter comme la durée totale des arrêts maladie.

Tableau II  
Indemnités journalières maladie selon la durée cumulée de l'arrêt en 2003, en indice A.C.M.<sup>a</sup>.  
(Régime général – CNAMTS 2004, données brutes).

	2001 déc.	2002 déc.	2003 janv.	fév.	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept.	oct.	nov.
En volume													
< 3 mois	107,4	105,4	105,8	105,8	105,4	104,3	103,0	102,2	100,5	100,4	100,9	100,2	100,1
> 3 mois	106,1	118,5	116,0	114,1	112,7	111,1	109,3	109,6	108,8	108,4	108,6	108,3	108,0
Total	106,6	109,9	109,3	108,7	108,0	106,7	105,3	104,9	103,6	103,5	103,8	103,3	103,1
En valeur													
< 3 mois	108,5	109,3	109,8	109,9	109,3	108,2	106,7	105,6	103,7	103,6	104,0	103,3	103,1
> 3 mois	108,5	121,2	119,0	117,3	116,2	114,7	113,0	113,4	112,7	112,3	112,5	112,2	111,9
Total	108,0	113,3	112,9	112,4	111,7	110,4	108,9	108,5	107,1	106,9	107,2	106,7	106,5

<sup>a</sup> A.C.M. : indice en année complète mobile.

Le volume des indemnités versées depuis moins de trois mois a retrouvé en novembre 2003 son niveau de novembre 2002 (indice A.C.M.=100,1).

**c) Deux tranches d'âge atypiques : les 55-59 ans et les 20-24 ans**

Sur la période 2000-2003, l'essentiel de la croissance des arrêts de longue durée se concentre sur les 55-59 ans et, dans une moindre mesure, sur les 20-24 ans (figure 3).

Pour les 55-59 ans, le taux de croissance annuel du nombre total d'indemnités versées est de + 13,4 % entre 2000 et 2002 et de + 15,9 % entre 2002 et 2003, alors que les taux de croissance sur l'ensemble de la population sont respectivement de + 6 % et + 4,2 % (source : Direction de la sécurité sociale sur données CNAMTS et INSEE, 2003. Repris par IGAS-IGF, 2003). Ce n'est pas tant la fréquence des arrêts que leur durée qui explique ce taux : entre le premier semestre 2003 et le premier semestre 2002, les 55-59 ans enregistrent une forte croissance des indemnités de plus de trois mois (18,9 % contre 9,1 %

sur l'ensemble de la population) alors qu'ils ne bénéficient pas du fort ralentissement de la croissance des arrêts courts (11,3 % contre 1,1 % sur l'ensemble de la population) (Source : Direction de la sécurité sociale sur données CNAMTS et INSEE, 2003. Repris par IGAS-IGF, 2003). La durée moyenne par arrêt en 2002 (y compris les délais de carence) est de 22 jours pour les moins de 40 ans et de 57 jours pour les plus de 55 ans (source : CNAMTS, données non publiées).

Les 20-24 ans connaissent sur la période 2000-2002 le second taux de croissance annuel du nombre total d'indemnités (+ 10,3 %), mais le premier taux de croissance sur les arrêts de plus de trois mois (+ 14,6 %). Les taux de croissance se sont ensuite fortement réduits sur la période 2002-2003.

**d) Il existe de fortes disparités régionales que l'on ne sait pas expliquer aujourd'hui**

Pour 2002, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) ont

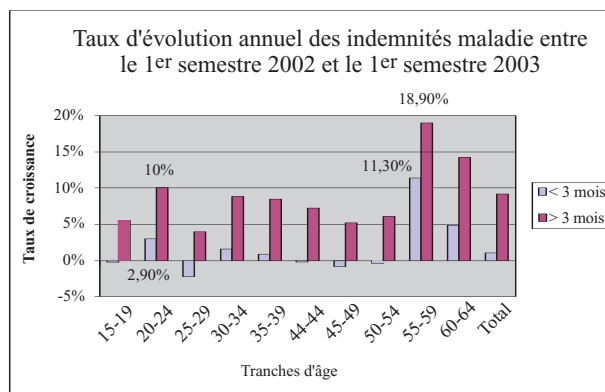
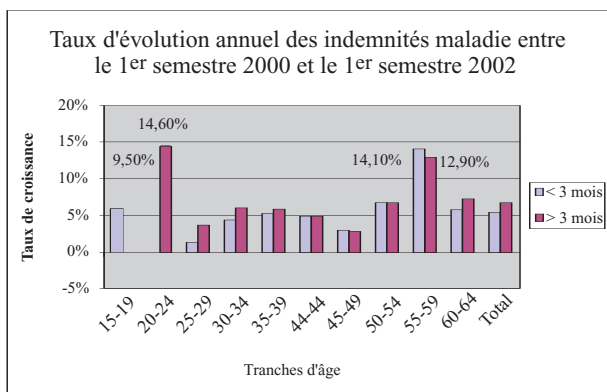


Figure 3. Taux d'évolution des indemnités journalières maladie (en volume).  
Source : DSS, sur données CNAMTS et INSEE (2003), reprise par IGAS-IGF (2003).

estimé à 9,9 jours la durée moyenne d'indemnité par salarié, avec des disparités régionales : les assurés<sup>5</sup> parisiens ont en moyenne 6,3 jours d'arrêts maladie indemnisés, quand le nombre moyen de jours d'arrêts maladie indemnisés dans les Bouches-du-Rhône est de 15,4 jours [2].

Une analyse rigoureuse est aujourd'hui indispensable pour expliquer ces disparités géographiques, par exemple en explorant le rôle des variables d'état de santé, de la démographie médicale, des caractéristiques démographiques de la population active (âge, sexe) et, principalement, les caractéristiques de l'emploi (taux de chômage, poids des différents secteurs d'emploi). On peut en effet supposer que la structure de la population active, et notamment le poids de certaines catégories socioprofessionnelles considérées à risque, influe fortement sur les arrêts maladie.

#### ***e) Les omnipraticiens sont à l'origine de la plupart des arrêts maladie***

D'après l'étude de la CNAMTS sur les assurés actifs de l'EPAS, les médecins libéraux sont à l'origine de 85 % des arrêts maladie prescrits en 2002. Les plus gros prescripteurs sont les omnipraticiens (75 % des arrêts prescrits), puis les gynécologues (3,14 %), les chirurgiens (1,7 %), les chirurgiens orthopédiques (1,7 %), les rhumatologues et les psychiatres (moins de 1 % chacun).

Les omnipraticiens prescrivent relativement moins d'indemnités longues puisqu'ils ne représentent que 56 % des prescriptions de plus de 15 jours, alors qu'ils représentent 75 % de l'ensemble des prescriptions. Les prescriptions de plus de quinze jours sont prescrites pour 18 % par les spécialistes et pour 25 % par les médecins hospitaliers publics.

#### ***f) Les pathologies à l'origine des arrêts de travail***

Les pathologies les plus fréquentes ne sont pas les mêmes selon que l'on considère des arrêts longs ou des arrêts courts, et selon le sexe et l'âge du patient. Les études sont cependant rares et la qualité du renseignement du diagnostic dans les formulaires d'arrêt maladie n'est pas garantie.

Selon une étude réalisée en 1993, trois pathologies étaient à l'origine de plus de 30 % des arrêts maladie de plus de 15 jours : les états anxio-dépressifs, les pathologies dorso-lombaires et les fractures [7]. Pour les arrêts inférieurs à 15 jours, les pathologies aiguës et la catégorie « symptômes » s'ajoutent aux pathologies lombaires et aux troubles mentaux [7, 8].

En 1993, la CNAMTS avait montré que les pathologies les plus fréquemment à l'origine d'un arrêt pris en charge par la branche maladie, variaient fortement avec

l'âge et le sexe [7]. Chez les hommes, les pathologies les plus répandues sont les lésions traumatiques et les pathologies lombaires, ainsi que les maladies de l'appareil circulatoire après 40 ans. Chez les femmes, les pathologies les plus répandues sont : avant 40 ans, les complications de la grossesse et les troubles anxio-dépressifs ; après 40 ans, les maladies ostéo-articulaires, les troubles anxio-dépressifs et les tumeurs.

## **II. LES DÉTERMINANTS DE LA PRESCRIPTION ET DE LA CROISSANCE DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**

### **1. Les déterminants de la prescription**

#### ***a) L'état de santé du patient : les arrêts maladie jugés non médicalement justifiés***

Les études des organismes d'assurance maladie (Unions régionales des caisses d'assurance maladie, Caisses primaires d'assurance maladie) rapportent des taux d'arrêts de travail avec anomalie (notifications de reprise avant la date prévue et reprises spontanées) compris entre 2 % et 7 % lorsque l'étude ne cible pas une pathologie particulière. Ces études souffrent cependant de certaines limites (délai d'évaluation supérieur à dix jours, flou des critères de jugement). Le rapport IGAS-IGF rapporte les chiffres de la société SECUREX, société de service spécialisée dans l'organisation de contre-visites médicales : en ne retenant que les visites qui ont donné lieu à un examen par un médecin habilité, le taux d'arrêts jugés non médicalement justifiés au moment de la visite est de 8 % en région parisienne et de près de 9 % en province. Il s'agit principalement d'arrêts de moins de huit jours [2]. Les études françaises ciblées sur des pathologies montrent une plus forte variabilité, qui peut rendre difficile leur synthèse, mais il semble que les taux d'arrêts avec anomalie sont plus importants dans certaines pathologies (pathologies ostéo-articulaire) [9], lorsque l'arrêt est une prolongation ou une itération [8] et lorsqu'il est de longue durée [9].

La CNAMTS estime à 6 % les arrêts avec anomalie sur étude non ciblée alors que cette estimation s'élève à plus de 20 % pour les études ciblées [10].

#### ***b) Les caractéristiques du médecin***

Deux travaux norvégiens, publiés en 1990, montrent que la durée de la prescription<sup>6</sup> augmente avec l'âge du praticien et que les femmes prescrivent significativement moins d'arrêts [11, 12] ; résultats cependant infirmés

<sup>5</sup> Le nombre des assurés est estimé à partir des données du recensement et de l'enquête emploi.

par une étude suédoise [13]. Le taux de prescription pourrait également être positivement corrélé avec le taux d'activité.

Ces quelques éléments sont très nettement insuffisants pour comprendre comment les caractéristiques individuelles des médecins déterminent leur décision de prescription. Il est possible que les critères auxquels se réfèrent les médecins ne soient pas univoques, ce qui générerait des stratégies de prescriptions pouvant, sur la base de critères différents, paraître médicalement injustifiées (substitut partiel aux prescriptions de médicaments ; attente d'un examen complémentaire). Des travaux sont nécessaires pour comprendre les variabilités.

### *c) Les caractéristiques socio-démographiques du patient et ses conditions de travail*

Selon l'étude de Renaud, réalisée sur les arrêts liés à une maladie ou à un accident du travail, la probabilité d'être en arrêt de travail diminue rapidement à partir de 30 ans [14, 15]. En revanche, plus l'âge de l'assuré est avancé au moment de l'arrêt, plus ses chances de revenir au travail sont faibles. Ce résultat est cohérent avec d'autres travaux français [16] ou étrangers [17-19].

Le genre n'est pas un facteur discriminant sur la population entière, mais les femmes ont une probabilité plus forte d'être arrêtées dans les classes d'âge les plus jeunes [14, 15, 20], pour les professions indépendantes [21], et pour certaines pathologies [18, 22].

L'influence de la charge familiale reste incertaine. Selon Renaud, cette notion, approchée par la combinaison de trois variables (enfants en bas âge, statut marital et genre) n'intervient pas dans la probabilité d'être en arrêt [14, 15], alors que Tellnes et Luz notaient une augmentation du risque chez les personnes vivant seules ayant des enfants ou une personne à charge au domicile [11, 23].

Enfin, selon l'étude de Renaud, un niveau d'études supérieur au baccalauréat réduit la probabilité d'avoir un arrêt maladie par deux [14, 15].

Le rôle de certains facteurs liés au travail a été mis en évidence par de nombreuses études étrangères : fonction occupée, intégration dans l'entreprise, exposition au risque [12, 23, 24, 25, 26] ; pénibilité perçue [27]. L'environnement professionnel est également analysé : stress, harcèlement professionnel, insatisfaction du travail [23, 27] ; culture d'entreprise [28].

En France, l'analyse récente de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) montre l'influence de certaines variables à niveau de morbidité identique [14, 15]. Les personnes en contrat à durée indéterminée ont une plus forte probabilité d'être

arrêtées que les personnes en situation précaire. En revanche, le type de contrat de travail n'a pas d'impact sur la durée de l'arrêt<sup>7</sup>. Les ouvriers ont une forte probabilité d'être arrêtés, viennent ensuite les employés et les cadres ; cet effet persiste lorsque les auteurs ont testé uniquement les arrêts maladie. Les cadres reprennent plus rapidement leur activité. Les gros volumes horaires (plus de 41 heures) ont une probabilité plus forte de s'arrêter que les autres. Par ailleurs, les individus travaillant plus de 41 heures par semaine ou moins de 32 heures, s'arrêtent plus longtemps que ceux travaillant sur des rythmes plus classiques.

## **2. Les déterminants de l'évolution globale des arrêts de travail**

### *a) L'évolution socio-démographique de la population active*

Le nombre d'IJ versées varie avec les effectifs de la population active, avec son vieillissement et l'évolution de sa structure (par âge, chômeur ou non, malade/pas malade, etc.).

Pour approcher ces phénomènes, la Direction de la sécurité sociale (DSS) a comparé le taux de croissance de l'effectif salarié du secteur privé et des chômeurs avec celui des IJ du régime général (tableau III) [2]. Si ces taux correspondent, cela signifie que la croissance des indemnités suit l'évolution démographique de la population concernée.

Sur les deux périodes étudiées, on observe que la croissance des IJ est supérieure à la croissance de la population de référence, différence moins marquée sur la période 2002/2003.

Ces données ne permettent pas d'avoir un regard normatif sur l'évolution des écarts entre les deux périodes. Un écart positif peut être justifié s'il traduit un changement dans la structure de la population active (cf. ci-dessous) ou un effet de rattrapage sur une tranche d'âge particulière. Au contraire, un écart nul peut signifier qu'il y a reconduction d'une surconsommation.

En revanche, les évolutions globales sont intéressantes car elles tiennent compte de la déformation de la structure de la population active par tranche d'âge. Ainsi, la croissance plus importante des IJ peut traduire une augmentation de la part relative des plus forts consommateurs d'IJ dans la population, même si, dans cette tranche d'âge, la croissance absolue des IJ est égale à la croissance absolue des effectifs. Un travail économétrique sur données françaises montre que, pour un niveau donné de tension sur le marché du travail, une hausse de la part des

<sup>6</sup> Les données ont été ajustées sur les variables concernant les patients (genre, âge, diagnostic).

<sup>7</sup> Résultat contradictoire avec l'étude de Englund [13] qui trouve que les conditions de travail instables sont corrélées avec des durées plus longues.

Tableau III

Comparaison par tranches d'âge des taux de croissance annuelle du nombre d'indemnités maladie et de la population des salariés du privé et des chômeurs.

Tranches d'âge (ans)	Période 2000-2002 (taux de croissance annuelle en %)		Période 2002-2003 (taux de croissance annuelle en %)	
	Indemnités journalières maladie	Salariés du privé et chômeurs	Indemnités journalières maladie	Salariés du privé et chômeurs
15-19	6,2	0,3	0,5	-7,4
20-24	10,3	5,8	4,1	4,3
25-29	1,8	-3,2	-1,0	-4,4
30-34	4,9	-0,4	3,4	2,8
35-39	5,5	2,4	3,2	3,0
40-44	5,0	0,8	2,6	4,6
45-49	3,0	0,9	1,9	3,9
50-54	6,8	3,9	2,9	2,8
55-59	13,4	8,6	15,9	7,9
60-64	6,8	1,3	11,0	-16,5
Total	6,0	2,2	4,2	2,8

Source : Direction de la sécurité sociale (DSS), sur données CNAMTS et INSEE (2003), reprise par IGAS-IGF (2003).

plus de 55 ans dans la population active est corrélée avec une augmentation des IJ [29]. Or, selon les chiffres de l'Insee, la part des personnes de plus de 55 ans dans la population active (au sens du Bureau international du travail) est passée de 8,32 % à 9,88 % entre 2000 et 2002 et le taux d'emploi des 55-64 ans a augmenté d'un point entre 2002 et 2003 pour atteindre 40,3 % [30].

Les plus jeunes (15-24 ans) ont également un écart important entre le taux de croissance des IJ et celui des effectifs. On observe également que leur proportion dans la population active a augmenté de 8,66 % à 8,82 % entre 2000 et 2002. Le mécanisme sous-jacent est loin d'être

clair, mais on peut faire l'hypothèse que cela reflète la situation de cette tranche d'âge sur la marché du travail : le taux de chômage chez les moins de 24 ans est de 20 % au début des années 2000.

#### b) Le marché de l'emploi et la croissance économique

Selon un récent travail de la DREES, l'évolution des IJ semblerait, à long terme, liée à celle du marché du travail : les salaires exercent une influence positive –mais limitée– sur le nombre d'arrêts de travail et le chômage exerce un effet négatif important à long terme [29]. Le

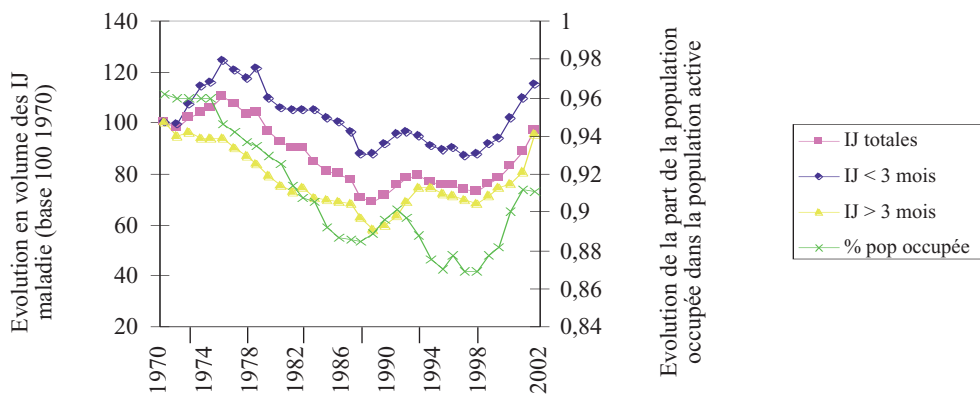


Figure 4. Evolution en volume des indemnités et de la part de la population occupée dans la population active.

nombre d'indemnités baisse lorsque le marché de l'emploi se détériore (figure 4).

La récente décroissance du volume d'IJ, principalement sur les arrêts courts, correspond à une période d'augmentation du chômage : + 0,8 points entre le quatrième semestre 2002 et le quatrième semestre 2003 [30].

Deux hypothèses ont été discutées dans la littérature pour expliquer ce lien. Premièrement, un marché de l'emploi plus favorable va modifier la structure de la population active en élargissant l'assiette de recrutement. Deuxièmement, selon l'hypothèse d'un « aléa de moralité », les travailleurs et les employeurs changeraient leur comportement lorsque la situation économique se modifie : d'une part, lorsque la tension sur le marché du travail se réduit, l'employé aurait une capacité de négociation plus importante ; d'autre part, la croissance inciterait employeurs et employés à une productivité plus importante dans l'espoir de profits ou de salaires plus importants [14]. Renaud *et al.* montrent que la probabilité d'être en arrêt de travail sur la période étudiée (1997-2001) dépend de ces trois facteurs, sans que l'on puisse déterminer les poids explicatifs de chacun [14, 15]. Concernant la durée de l'arrêt, seules la composition de la population active et la pression incitative de la croissance expliqueraient l'accroissement observé.

### c) L'évolution des politiques sociales

Dans la littérature, plusieurs politiques sociales sont évoquées comme susceptibles d'influer sur l'évolution des IJ : l'amélioration de la prise en charge des indemnités, la réforme de l'assurance chômage, la gestion des plans sociaux et la décade des préretraites.

Concernant les réformes de la législation sur les arrêts de travail, les auteurs d'une étude internationale notent clairement que les pays les plus généreux en matière d'indemnisation (pays d'Europe du nord) sont également ceux qui enregistrent le plus grand nombre de jours perdus pour maladie [31, 32]. Plusieurs études ont analysé l'impact des réformes suédoises : si la réforme de 1995<sup>8</sup> semble avoir eu un impact marginal [33, 34], les modifications de délai de carence ou de taux de remboursement sur la période 1955-1999 se sont repercutées sur le nombre moyen de jours d'arrêt [35].

Selon A. Jolivet, la contraction des dispositifs de préretraite, le durcissement des conditions d'indemnisation du chômage et la fermeture de certains dispositifs publics s'accompagnent d'un risque de report sur les IJ pour arrêt maladie de longue durée [36]. A notre

connaissance, il n'existe aucun travail scientifique démontrant l'impact des conditions d'indemnisation du chômage sur les arrêts de travail. Le phénomène le plus souvent évoqué est un transfert du système de préretraite vers le système d'assurance maladie, avec l'observation, depuis 2000, d'une diminution du nombre des préretraités<sup>9</sup> concomitante de l'accroissement des dépenses d'IJ.

La DREES a testé cette hypothèse [29]. Or, parmi les variables afférentes au nombre de préretraités qui ont été testées (par exemple : le nombre d'entrées en préretraite), seule la part dans la population active des plus de 55 ans est corrélée avec une augmentation des IJ. Ils interprètent ce résultat comme corroborant l'idée que la diminution du nombre de préretraités se traduirait par une croissance des IJ. Or, cela ne signifie pas que le mécanisme sous-jacent soit un effet de substitution directe entre préretraite et indemnité. Il peut s'agir de la conséquence d'un maintien plus tardif sur le marché du travail d'une population plus âgée, ce qui tendrait à modifier la structure de la population active, dont on a vu l'importance précédemment. L'augmentation du poids des plus de 55 ans dans la population active s'explique pour deux tiers par l'effectif des générations du baby-boom et pour un tiers par les restrictions sur les systèmes de préretraite [30].

## CONCLUSION

L'évolution brutale des IJ de 2002 a attiré l'attention sur les déterminants des arrêts de travail et sur les actions à mettre en place pour mettre fin à un taux de croissance constamment positif depuis 1997.

Les différents travaux publiés en France et à l'étranger montrent surtout que l'on ignore encore quels sont les mécanismes qui sont à l'origine des arrêts de travail, ce qui ouvre la réflexion sur les actions à mettre en place. Les déterminants qui sont liés à des comportements individuels « déviants » ou « ignorants » peuvent faire l'objet d'actions diverses, tant auprès des prescripteurs que des bénéficiaires : contrôles, actions de sensibilisation et d'information, recommandations de pratiques et outils conventionnels. C'est la voie développée par l'IGAS et l'IGF [2] et que l'on retrouve dans les plans d'action de l'Assurance maladie et dans la loi réformant la Sécurité sociale.

Cependant, la variété des déterminants possibles pour expliquer l'évolution globale des IJ implique que l'on envisage une variété tout aussi large d'outils de régulation.

<sup>8</sup> Cette réforme introduisait l'exclusion des critères non médicaux, un nouveau formulaire de certification avec une incitation des médecins à la remplir (risque de suppression des droits pour les assurés) et tous les épisodes de plus de 28 jours doivent être examinés par un médecin expert.

<sup>9</sup> Entre mars 2001 et mars 2002, le nombre de bénéficiaires du système de pré-retraite s'est réduit de 21,7 %.



En particulier, l'importance des facteurs liés aux conditions de travail inciterait à rechercher des modes d'action impliquant davantage les entreprises. L'observation des pays de l'Europe du nord fait ressortir deux axes principaux : le co-paiement, voire plus rarement la co-gestion, du risque d'arrêt maladie et les mesures visant à inciter les entreprises à faciliter le retour précoce du salarié en arrêt maladie (possibilité d'arrêts de travail à temps partiel, ergonomie des postes de travail, motivation des employés, évolution de carrière, place des plus de 50 ans dans l'entreprise, etc.). Plusieurs pays ont mis en place de telles incitations, mais leur efficacité reste à démontrer.

### Remerciements

L'auteur remercie la DREES et le service statistique de la CNAMTS pour les données fournies dans le cadre de ce travail.

### RÉFÉRENCES

1. Commission des comptes de la Sécurité Sociale. Rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale. Paris : Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. Septembre 2003 ([www.social.gouv.fr](http://www.social.gouv.fr)).
2. Gissler E, Roquel T, Lejeune D, et al. Les dépenses d'indemnités journalières. Rapport IGF n°2003-M-049-01 et Rapport IGAS n°2003 130. Paris : Ministère des solidarités, de la santé et de la famille ; Octobre 2003 ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)).
3. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). L'Assurance maladie : chiffres et repères. Paris : CNAMTS ; juin 2004. ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)).
4. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2003. Edition 2004. Paris : CNAMTS ; 2004 ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)).
5. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Résultats à la fin novembre 2003. Statistique mensuelle 2004. Paris : CNAMTS ; 2004 ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)).
6. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Point de conjoncture n°24, avril 2004. Paris : CNAMTS ; 2004.
7. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). RIM Nationale sur les indemnités journalières. Paris : CNAMTS ; 1994.
8. Le Bras G. Les arrêts de travail itératifs de courte durée en Bretagne. 2002.
9. Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Aquitaine. Contrôle des arrêts maladie de 3 à 4 mois en Aquitaine en 2001 dans les régimes général, agricole et professions indépendantes. Bordeaux (France) : Urcam ; 2002.
10. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Point d'information mensuel du 11 mai 2004. Paris : CNAMTS ; 2004 ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)).
11. Tellnes G, Sandvik L, Moum T. Inter-doctor variation in sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 1990;8:45-52.
12. Tellnes G, Bruusgaard D, Sandvik L. Occupational factors in sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 1990;8:37-44.
13. Englund L, Svardsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* 2000;18:81-6.
14. Renaud T. Confrontation de données d'enquête et de données administratives et analyse des indemnités journalières. Mémoire de stage, Ecole nationale de la statistique et de l'analyse de l'information (ENSAI), Rennes : ENSAI ; 2000.
15. Renaud T, Grignon M. Sickness and injury leave in France: moral hazard or strain? Communication au 1<sup>er</sup> colloque franco-britannique. CES-HESG, janvier 2004, Paris.
16. Merlière J. Point de conjoncture. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Paris : CNAMTS ; juillet 2002.
17. Bergendorff S, Westin M, Hansson E et al. Do sickness cash benefits and rehabilitation allowances promote or discourage return to work in Sweden? *International Social Security Association* 1997 ([www.issa.int/pdf/jeru98/theme2/2-7c.pdf](http://www.issa.int/pdf/jeru98/theme2/2-7c.pdf)).
18. Tellnes G. Duration of episodes of sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 1989;7:237-44.
19. Reiso H, Nygard JF, Brage S, et al. Work ability and duration of certified sickness absence. *Scand J Publ Health* 2001;29:218-25.
20. Fournier JY. Les absences au travail : 16 jours par an pour un ouvrier 3,5 jours pour un cadre. *Economie Statistique* 1989;221:47-53.
21. Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI). Les indemnités journalières. Paris : AMPI ; 2002.
22. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. *Br J Psychiatry* 1996;169:740-6.
23. Luz J, Green MS. Sickness absenteeism from work a critical review of the literature. *Public Health Rev* 1997;25:89-122.

24. Soler JK. Sick leave certification: a unique perspective on frequency and duration of episodes a complete record of sickness certification in a defined population of employees Malta. *BMC Fam Pract* 2003;4:1-7.
25. Benavides FG, Benach J, Mira M, Saez M, Barcelo A. Occupational categories and sickness absence certified as attributable to common diseases. *Eur J Public Health* 2003;13:51-5.
26. Chevalier A, Luce D, Blanc C et al. Sickness absence at the French National Electric and Gas Company. *Br J Ind Med* 1987;44:101-10.
27. Hornquist JO, Hansson B, Zar M. Well-being and future sick-leave. Multivariate analyses with regard to preceding sick-leave. *Eur J Public Health* 1997;7:284-90.
28. Hiscock J, Ritchie J. The role of GPs in sickness certification. *National Centre for Social Research (NCSR)*; Londres: NCSR;2001.
29. Azizi K, Balsan, D. Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général d'assurance maladie. Etude et résultat n°256. Paris : DREES ; août 2003.
30. Bigot AJ. Enquête sur l'emploi 2003. L'emploi diminue et le chômage augmente fortement. *Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) Première, n°958, Paris ; INSEE ; avril 2004.*
31. Center for Economic Studies. *Work lost due to illness an international comparison*. Munich: CESifo; 2002.
32. Osterkamp S. Le coût du congé de maladie une comparaison internationale. *Problèmes Economiques* 2003;2815:28-32.
33. Englund L, Tibblin G, Svardsudd K. Effects on physicians' sick-listing practice of an administrative reform narrowing sick-listing benefits. *Scand J Prim Health Care* 2000;18:215-9.
34. Arrellov B, Borgquist L, Ljungberg D, et al. The influence of change of legislation concerning sickness absence on physicians' performance as certifiers. A population-based study. *Health Policy* 2003;63:259-68.
35. Henrekson M, Persson M. The effects on sick leave of changes in the sickness insurance system. *Journal of Labor Economics*, 2004; 22(1).
36. Jolivet A. *Partir en retraite plus tôt ou plus tard : quelles implications d'une ouverture des marges de choix individuel*. Paris : Institut de recherches économiques et sociales ; 2003 ([www.ires-fr.org/files/publications/revue/r43/r431.pdf](http://www.ires-fr.org/files/publications/revue/r43/r431.pdf)).