

Les dépenses d'indemnités journalières

Rapport présenté par :

*Eric GISSLER, membre de l'Inspection générale des finances,
le docteur Thérèse ROQUEL, Daniel LEJEUNE et François MERCEREAU,
membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

Rapport IGF n° 2003-M-049-01
Rapport IGAS n° 2003 130
Octobre 2003

L'IGF et l'IGAS ont été chargées d'étudier les causes de la croissance des dépenses d'indemnités journalières (IJ) et les moyens de la contenir. L'enquête a porté sur les IJ maladie du régime général, qui représentent une dépense de 5,1 milliards d'euros en 2002 pour 6,7 millions d'arrêts de travail et 200 millions de journées indemnisées.

1°- Le constat

Après une longue accalmie, les dépenses d'IJ maladie ont augmenté de près de moitié en cinq ans (+ 46 % de 1997 à 2002). L'accroissement du nombre de salariés du secteur privé et leur vieillissement expliquent 36 % de l'augmentation du nombre d'IJ entre 2000 et 2002 (66 % entre 2002 et 2003 selon les données semestrielles provisoires). Les dépenses sont fortement concentrées sur les salariés les plus âgés (les plus de 50 ans consomment 34 % des IJ au 1^{er} semestre 2003) et les arrêts de travail les plus longs : d'après des données EPAS sur les IJ consommées entre 1994 et 1998, 31 % des assurés ont eu un total d'IJ inférieur à 15 jours et ont consommé 2 % des montants versés, tandis que 4,5 % des assurés ont eu un total d'IJ supérieur à un an et ont consommé 43 % de la dépense.

En dehors des facteurs démographique et conjoncturel, il n'a pas été possible de mettre en évidence d'explications majeures des évolutions de ces dernières années. Ni la réforme de l'assurance-chômage, du moins jusqu'à présent, ni la croissance des affections de longue durée (ALD), ni la baisse des mesures d'âge ne peuvent individuellement en rendre compte. Il est donc probable que le comportement des assurés et des prescripteurs a joué un rôle important dans la croissance constatée.

L'examen des disparités dans le niveau des dépenses confirme l'influence des comportements. Le nombre d'IJ par salarié occupé varie de 1 à 2,5 entre les départements ; certains médecins prescrivent cinq fois plus d'IJ que d'autres ; dans les caisses visitées, les médecins qui prescrivent le plus souvent soient aussi ceux qui prescrivent souvent les arrêts les plus longs.

Le niveau et l'évolution des dépenses sont d'autant plus soumis aux comportements que ceux-ci sont peu encadrés. Les textes sont interprétés largement ; les procédures de contrôle sont compliquées à l'envi ; les sanctions contre les médecins sont inexistantes. Les acteurs sont donc déresponsabilisés et les contrôles désarmés.

2°- Les recommandations

La mission ne se prononce pas sur deux propositions : l'allongement du délai de carence et la diminution du taux des IJ. Elle considère que ses investigations n'ont pas apporté d'élément nouveau à ces mesures qui sont depuis longtemps sur la table. Par ailleurs, elle constate que la recherche de référentiels de prescription est balbutiante et ne saurait justifier de différer d'autres mesures.

Les deux axes principaux de réforme proposés sont donc une réorganisation du contrôle des assurés et des prescripteurs et une remise en ordre des droits et du montant des IJ.

Résumé du rapport n° 2003130 présenté par Eric GISSLER, membre de l'Inspection générale des finances, le docteur Thérèse ROQUEL, Daniel LEJEUNE et François MERCEREAU, membres de l'Inspection générale des affaires sociales

a) Contrôler plus et surtout autrement

Les caisses et les services médicaux doivent consacrer plus de temps qu'ils ne le font actuellement au contrôle des IJ. Leur organisation peut être améliorée pour qu'ils puissent intervenir également sur les arrêts courts, en préférant les contrôles au domicile du malade à leur convocation, et en commissionnant au besoin des médecins libéraux.

La date du 1^{er} contrôle systématique, qui est trop tardive (entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois) devrait être avancée pour inciter à la réinsertion professionnelle. Le passage en invalidité, qui attend trop souvent la date limite, peut être accéléré.

Le contrôle des prescripteurs doit se traduire par des décisions. La mission propose qu'une partie des prescriptions des plus gros prescripteurs soit soumise à accord préalable. Si ceux-ci s'avéraient impraticables rapidement, il pourrait être fait appel à des sociétés d'assistance. Par ailleurs, les prescriptions abusives doivent faire l'objet de sanctions pécuniaires et graduées.

b) Remettre en ordre la réglementation

Toute une série de mesures sont proposées pour mettre fin aux nombreuses incohérences constatées dans les droits des assurés. Il en va ainsi des cumuls d'IJ avec une autre source de revenus qui n'est pas tarie pendant l'arrêt de travail. S'agissant de la même nature d'IJ, un même régime fiscal doit s'appliquer. Une unification du calcul des IJ, faisant disparaître des majorations obsolètes ou ramenant les revenus de remplacement au mieux à l'égal du revenu d'activité, est préconisée.

Plus profondément, quatre mesures visent à recentrer les IJ sur leur mission originelle, qui est d'être un revenu de remplacement et non de substitution :

- mieux proportionner la durée d'indemnisation à celle des cotisations, afin de renforcer le caractère contributif de cette assurance ;
- raccourcir de 3 à 2 ans la durée maximale d'indemnisation dans tous les cas où le traitement ne nécessite plus un arrêt plus long ;
- calculer les IJ des chômeurs sur la base des allocations de chômage et de les faire servir par les ASSEDIC, sans transfert de charge.
- limiter à 3 mois le service d'IJ après la rupture du contrat de travail (sauf dans le cas d'ALD), que l'entrée en IJ précède ou non la rupture du contrat.

*

Enfin, la mission souligne que la remise en ordre de ce secteur suppose l'affirmation d'une volonté de contrôle. Les assurés doivent comprendre que les collègues de travail sont les premières victimes de la désorganisation résultant des arrêts maladie. Les médecins doivent admettre que les excès et les abus de quelques uns sont à combattre efficacement. La définition des procédures de contrôle et des sanctions ne doit plus être laissé à l'appréciation des conseils d'administration.

Sommaire

Introduction	1
1. L'évolution des indemnités journalières	2
1.1 Une nette accélération après une longue accalmie	2
1.2 La structure des dépenses révèle des disparités importantes	4
1.2.1 Les disparités géographiques.....	4
1.2.2 Les disparités de prescription.....	5
1.2.3 Les disparités entre régimes	5
1.3 Les facteurs démographiques	6
1.3.1 La corrélation entre IJ courtes et emploi	6
1.3.2 Le vieillissement de la population salariée	7
1.3.3 Les effets démographiques expliqueraient entre 40 et 60 % de l'évolution des IJ entre 2000 et 2003.....	8
1.4 Les autres facteurs	10
1.4.1 L'amélioration de la couverture complémentaire	10
1.4.2 La réforme de l'assurance chômage	13
1.4.3 La gestion des plans sociaux et la décrue des préretraites.....	16
1.4.4 La progression des ALD.....	18
1.4.5 L'absentéisme, sujet peu exploré ces dernières années.....	20
1.4.6 Les conditions de travail.....	21
1.4.7 Les pathologies.....	23
1.5 Les limites du contrôle des indemnités journalières	24
1.5.1 Les contrôles administratifs des CPAM : des possibilités inégalement utilisées	24
1.5.2 Le rôle du service médical.....	26
2. Les évolutions envisageables	32
2.1 Les actions en cours.....	33
2.1.1 La transmission des informations	33
2.1.2 Les impulsions à l'échelon national.....	35

2.2 Le renforcement nécessaire du contrôle.....	35
2.2.1 Affirmer une volonté de contrôle	35
2.2.2 Développer les liens avec les entreprises	38
2.2.3 Renforcer le contrôle des bénéficiaires.....	40
2.2.4 Responsabiliser les prescripteurs	47
2.3 Les conditions d'ouverture des droits.....	49
2.3.1 Le cumul avec d'autres indemnisations	49
2.3.2 La condition d'assurance	52
2.4 Le montant des indemnités journalières	56
2.4.1 Les majorations pour enfants à charge	56
2.4.2 La fiscalité des indemnités journalières.....	56
2.4.3 Le cas des chômeurs indemnisés	57
2.4.4 Autres mesures.....	58
Conclusion.....	61

Tableau 1 : Augmentation annuelle des dépenses d'IJ maladie (toutes durées).....	3
Tableau 2 : Evolution du volume d'IJ maladie en date d'arrêt de travail.....	3
Tableau 3 : Répartition des assurés et montants selon le nombre total de jours d'arrêt.....	4
Tableau 4 : Nombre d'IJ versées par salarié occupé	4
Tableau 5 : Répartition des arrêts maladie par catégorie de prescripteur	5
Tableau 6 : Absences pour raisons de santé / durée annuelle du travail (jours).....	5
Tableau 7 : Evolution des salariés du privé et demandeurs d'emploi.....	6
Tableau 8 : Fréquence et durée des arrêts maladie selon l'âge.....	7
Tableau 9 : Part des 55-59 ans dans le nombre d'IJ.....	8
Tableau 10 : Facteurs explicatifs calculés à partir de l'effectif salarié du secteur privé et des chômeurs.....	9
Tableau 11 : Importance du facteur résiduel (taux annuel)	10
Tableau 12 : Conventions collectives de branche avec indemnisation complémentaire maladie de 1994 à 2002.....	11
Tableau 13 : Le compte de la protection sociale 2002	12
Tableau 14 : Délais de carence (franchises) dans un échantillon de contrats d'assurance.....	13
Tableau 15 : IJ maladie des chômeurs indemnisés en 2000	14
Tableau 16 : Effectifs de demandeurs d'emploi indemnisés par l'UNEDIC susceptibles de basculer en ASS à compter du 1 ^{er} janvier 2004.....	16
Tableau 17 : Sorties d'arrêt de travail maladie en 2002 dans 4 CPAM	19
Tableau 18 : Les IJ, par durée, des assurés en ALD dans la Sarthe	19
Tableau 19 : Les résultats des contrôles des arrêts de courte durée de 1998 à 2001	28
Tableau 20 : Les résultats des contrôles des arrêts de plus de 3 mois	29
Tableau 21 : Entrées en invalidité selon les régions (%).....	31
Tableau 22 : Les taux de passage en invalidité selon les régions et les ELSM	31
Tableau 23 : Les résultats des contre-visites effectuées par SECUREX.....	36
Tableau 24 : Arrêts prescrits par des médecins "hors circonscription" de l'Orne en août.....	50
Tableau 25 : Périodes assimilées	52
Tableau 26 : La condition d'assurance pour l'attribution d'IJ maladie	54
Tableau 27 : Durée de cotisation et durée d'assurance.....	55
Tableau 28 : Liste des propositions	60
 Figure 1 : Evolution des IJ de 1989 à 2002, corrigée de l'évolution de l'indice des salaires.....	2
Figure 2 : Évolution comparée des IJ de moins de trois mois et de l'effectif salarié.....	6
Figure 3 : Loi de maintien en incapacité temporaire	7
Figure 4 : Evolution des IJ de plus de 3 mois et de l'âge moyen de la population active.....	8
Figure 5 : Taux d'évolution des IJ par tranche d'âge entre 2000 et 2002	9
Figure 6 : Probabilité de passage en invalidité	30

Introduction

Restreinte aux indemnités journalières "maladie", compte tenu de son mandat et du temps qui lui était imparti, la mission a dégagé de ses investigations quelques pistes de réflexion quant aux déterminants susceptibles d'être à l'œuvre dans l'évolution des dépenses d'indemnités journalières (IJ) et un certain nombre de propositions ponctuelles tendant, d'une part à faire évoluer les textes dans un souci de cohérence et de bonne gestion, d'autre part à renforcer le contrôle des IJ, tant en direction des professionnels de santé que des assurés. Elle ne s'est pas inscrite dans une perspective plus large de remise en cause des grands équilibres entre la contribution respective des acteurs du système de santé (salariés et entreprises, professionnels de santé, caisses de sécurité sociale et organismes de prévoyance relevant de la mutualité ou des assurances) qui nécessiterait que soit appréhendé l'ensemble du champ de la protection sociale.

La lettre de mission figure en annexe 1 du présent rapport.

Les organismes et personnes rencontrés sont listés en annexe 2.

Les sigles utilisés sont présentés en annexe 3.

1. L'évolution des indemnités journalières

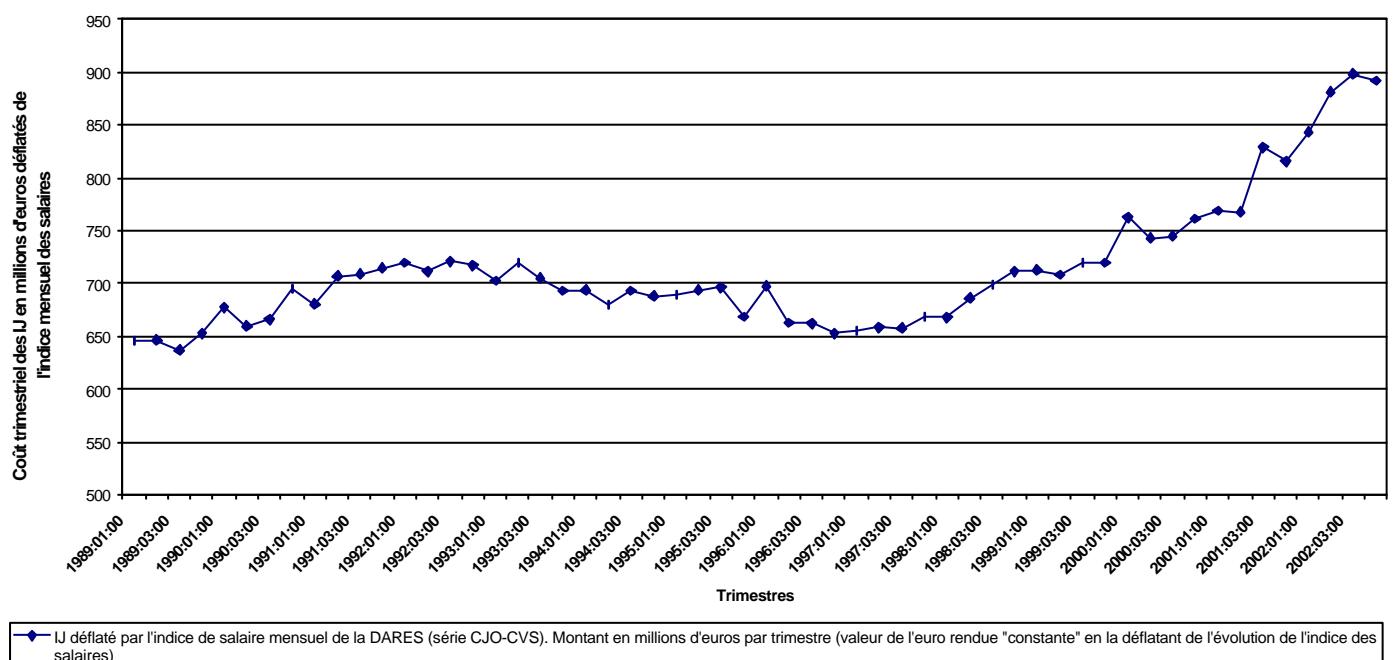
Le régime général a servi 200 millions d'indemnités journalières de maladie en 2002 au titre de 6,7 millions d'arrêts de travail. La dépense correspondante, 5 135 M€¹, dépasse de 46 % celle d'il y a cinq ans (1997).

L'interprétation des évolutions doit tenir compte de difficultés de méthode : Les méthodes de comptabilisation ont changé ; la durée des IJ n'est connue que par sondage ; l'effectif des assurés éligibles aux IJ est mal connu (encadrés n° 1, 2, 3).

1.1 Une nette accélération après une longue accalmie

Le montant moyen des indemnités journalières évolue à peu près comme le salaire moyen sous plafond. L'évolution significative est donc celle du « volume » (valeur / montant moyen), qui est voisin du nombre d'indemnités journalières servies. Après une longue période de stabilité relative, le volume des IJ a connu une nette accélération depuis 1998.

Figure 1 : Evolution des IJ de 1989 à 2002, corrigée de l'évolution de l'indice des salaires



Source : DREES

Cette évolution est en date de remboursement. Les dépenses « en date d'arrêt de travail » sont plus significatives car elles éliminent la variation des délais de remboursement².

¹ Droits constatés de 2002 vus en août 2003. M€courants.

Tableau 1 : Augmentation annuelle des dépenses d'IJ maladie (toutes durées)

IJ maladie	1998	1999	2000	2001	2002	2002/1997
En date d'arrêt	+ 8,8 %	+ 4,2 %	+ 8,8 %	+ 7,5 %	+ 10,1 %	+ 46 %
En date de paiement	+ 6,6 %	+ 5,2 %	+ 7,0 %	+ 8,0 %	+ 13,3 %	+ 46,8 %

Source : DSS, CNAMTS (Données en valeur)

Encadré n°1- La comptabilisation des indemnités journalières

Les statistiques mensuelles sont en date de remboursement. Celles « en droits constatés » (en date d'arrêt de travail) ne sont disponibles que depuis 1994.

Les données comptables sont enregistrées en droits constatés depuis 1996, mais les provisions de fin d'année nécessaires représentant les prestations dues au titre des périodes d'arrêt de travail survenues dans l'exercice mais non encore payées ou connues étaient communes aux IJ et aux prestations en nature jusqu'en 2001. Elles sont, à partir de 2001, calculées au niveau national en distinguant entre IJ maladie, maternité et AT-MP.

Le volume d'indemnités journalières maladie a évolué ainsi en date d'arrêt de travail :

Tableau 2 : Evolution du volume d'IJ maladie en date d'arrêt de travail

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
IJ de moins de 3 mois	5,1 %	- 8,2 %	2,5 %	7,4 %	2,4 %	8,7 %	5,9 %	2,8 %
IJ de plus de 3 mois	1,2 %	- 5,5 %	- 1,2 %	6,7 %	3,4 %	5,3 %	4,7 %	16,5 %
Total IJ maladie	3,4 %	- 7,3 %	1,0 %	6,9 %	2,6 %	6,9 %	4,9 %	7,5 %

Source : CNAMTS (DES) – évolution annuelle en %

Le volume des IJ de moins de trois mois a augmenté de 5,4 % par an au cours des cinq dernières années (de 1997 à 2002) et celui des IJ de plus de trois mois de 7,2 % par an. L'interprétation de ces évolutions doit tenir compte du fait que les IJ de moins de trois mois comprennent les trois premiers mois des IJ plus longues, si bien qu'une augmentation des secondes est précédée d'une augmentation des premières (voir encadré n°2).

Encadré n°2 – La connaissance de la durée des indemnités journalières

Les « IJ de moins de 3 mois » comprennent les 3 premiers mois des « IJ de plus de 3 mois » car la durée prise en compte est l'ancienneté du début d'indemnisation à la date des statistiques ou des comptes et non la durée totale de l'arrêt de travail. La durée de chaque arrêt de travail n'est connue qu'a posteriori par l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), ainsi que la durée totale de la somme des arrêts de travail d'un même assuré au cours d'une période.

Si l'on prend en compte la durée totale des arrêts de travail « ex post », la structure est plus concentrée, comme le montre l'étude suivante de la CNAMTS. Alors que les « IJ de moins de 3 mois » représentent 58 % des prestations versées dans les statistiques périodiques de la CNAMTS, elles représentent moins du quart des prestations lorsque l'on totalise les arrêts de travail des assurés sur cinq ans.

² En particulier en 2000 (passage à l'an 2000, mise en œuvre du logiciel Progrès pour les prestations en nature et démarrage de la CMU) et au début de 2001 (passage au logiciel Progrès pour les prestations en espèces).

Tableau 3 : Répartition des assurés et montants selon le nombre total de jours d'arrêt

En %	Effectifs d'assurés	Montants versés
< 15 jours	31	2
15 à 30 jours	21	5
1 à 6 mois	38	33
6 mois à 1 an	5,2	16,4
> 1 an	4,5	43,4

EPAS – Point Stat n° 21 et 24 ; nombre total d'IJ versées en 5 ans (1994-1998)

1.2 La structure des dépenses révèle des disparités importantes

L'examen de la structure des dépenses montre des disparités importantes qui donnent à penser que les mécanismes de formation de la dépense sont plus complexes et font intervenir le comportement des prescripteurs, des assurés ou des employeurs.

1.2.1 *Les disparités géographiques*

La répartition géographique des dépenses d'IJ maladie fait apparaître que la dépense unitaire (nombre d'indemnités journalières versées par salarié occupé) varie de 1 à plus de 2 entre les départements, les plus gros consommateurs se trouvant dans le quart sud-est.

L'indicateur est certes imparfait puisque les IJ de 2002 sont rapportées à la population salariée de 1999 et que celle-ci ne représente pas exactement le nombre d'assurés éligibles aux indemnités journalières (encadré n°3), mais les écarts sont tels qu'ils ne peuvent entièrement s'expliquer par la structure de la population salariée (âge, secteur d'activité).

Tableau 4 : Nombre d'IJ versées par salarié occupé³

Décile inférieur		Décile supérieur	
Paris	6,3	Puy de Dôme	12,1
Hauts de Seine	6,8	Isère	12,6
Yvelines	7,5	Var	12,8
Val de Marne	7,6	Vaucluse	12,9
Cantal	7,6	Loire	13,2
Manche	7,9	Gard	13,5
Sarthe	8,2	Haute Loire	14,1
Calvados	8,2	Corse du Sud	15,1
Marne	8,2	Bouches du Rhône	15,4
Deux-Sèvres	8,2	Haute Corse	18,0
Total France métropolitaine : 9,9			

Source : CNAMTS – DES

Encadré n°3 – La connaissance des effectifs éligibles aux IJ

Le droit aux indemnités journalières est ouvert aux salariés du secteur privé et aux chômeurs indemnisés ayant une durée minimale d'assurance. La branche maladie ne connaît pas directement l'effectif assuré par caisse. Elle l'approche au niveau national en croisant les données démographiques issues des recensements et les enquêtes emploi. La branche recouvrement ne dispose pas d'un état nominatif des cotisants et n'a pas encore une connaissance statistique suffisamment fine et détaillée des salariés.

1.2.2 *Les disparités de prescription*

La prescription d'indemnités journalières est surtout le fait des médecins généralistes. Mais ils ne prescrivent que 53 % des IJ de plus de 15 jours, contre 20 % pour les spécialistes et 27 % pour les médecins hospitaliers. Trois spécialités prescrivent 65 % des arrêts des spécialistes libéraux : les gynécologues, les chirurgiens et les chirurgiens orthopédiques.

Tableau 5 : Répartition des arrêts maladie par catégorie de prescripteur

Prescripteur	Nombre d'IJ prescrites
Omnipraticiens	74 %
Spécialistes	11 %
Hospitaliers	15 %

Source : DSS

Le croisement des consommations et des prescriptions est mal connu au niveau national puisque l'EPAS ne permet pas de disposer simultanément des codes du professionnel de santé et de l'assuré. Des extractions locales (annexe 4), portant sur la prescription d'IJ maladie par les médecins généralistes, montrent que les prescripteurs dont la patientèle a bénéficié le plus souvent d'IJ prescrivent souvent des arrêts plus longs. Parmi les 10 % de généralistes qui ont la plus forte proportion de patients ayant eu des IJ maladie, 25 % d'entre eux au Mans, 29% à Alençon et 58 % à Angers sont aussi parmi les 10 % supérieurs par le nombre moyen d'IJ par patient arrêté.

Ceux qui prescrivent le plus souvent sont fréquemment aussi ceux qui prescrivent les arrêts les plus longs. Cette constatation contredit l'idée reçue selon laquelle les médecins prescrivant les arrêts les plus longs seraient ceux qui prescrivent le plus sélectivement.

1.2.3 *Les disparités entre régimes*

La comparaison de la consommation d'IJ entre régimes sociaux n'est pas possible, faute de données disponibles (régimes spéciaux) ou significatives : l'harmonisation du régime des indépendants (AMPI) sur le régime général est trop récente⁴.

Les comparaisons internationales⁵ placent la France en tête pour le nombre de journées de travail perdues pour raisons de santé par rapport à la durée annuelle de travail, mais les données la concernant datent de 1988, contre 1995 à 2000 pour les autres pays ce qui limite sérieusement la portée de la comparaison.

Tableau 6 : Absences pour raisons de santé / durée annuelle du travail (jours)

Pays	France	Pays Bas	Allemagne	Royaume Uni	Belgique	USA
Année	1988	1999	2000	1998	1995	1996
%	7,2	5,8	4,2	3,7	3,3	2,0

Source : DICE

³ Année 2002 (en date de début de période d'indemnisation) vue en juillet 2003 ; nombre d'IJ maladie : données CNAMTS (PS 5) ; population active salariée occupée : recensement INSEE de 1999. Voir annexe 13.

⁴ 1/7/1995 : institution des IJ pour les artisans, avec un délai de carence de 15 jours et une durée maximale d'indemnisation de 75 jours ; 1/7/2000 : extension aux commerçants ; 1/10/2002 : harmonisation de la durée de service sur le régime général, sous réserve d'un délai de carence hors hospitalisation de 7 jours.

⁵ Database of institutional comparison in Europe (DICE), avril 2002.

1.3 Les facteurs démographiques

La population active totale a peu évolué en France sur la période. L'enquête annuelle de l'INSEE sur l'emploi jusqu'en mars 2002, puis l'enquête du premier trimestre 2003, indiquent une augmentation de 1,7% entre 2000 et 2002 et de 1,1% entre 2002 et 2003 (1^{er} trimestre). En revanche, la population âgée de plus de 55 ans, pour laquelle l'augmentation du nombre d'IJ est la plus spectaculaire, s'est fortement accrue. Par ailleurs, dans un ensemble relativement stable, l'âge moyen s'est élevé et avec lui la propension à la consommation d'IJ.

La population salariée du privé a augmenté plus vite que la population active entre 2000 et 2002, puis moins rapidement qu'elle entre 2002 et 2003.

Tableau 7 : Evolution des salariés du privé et demandeurs d'emploi

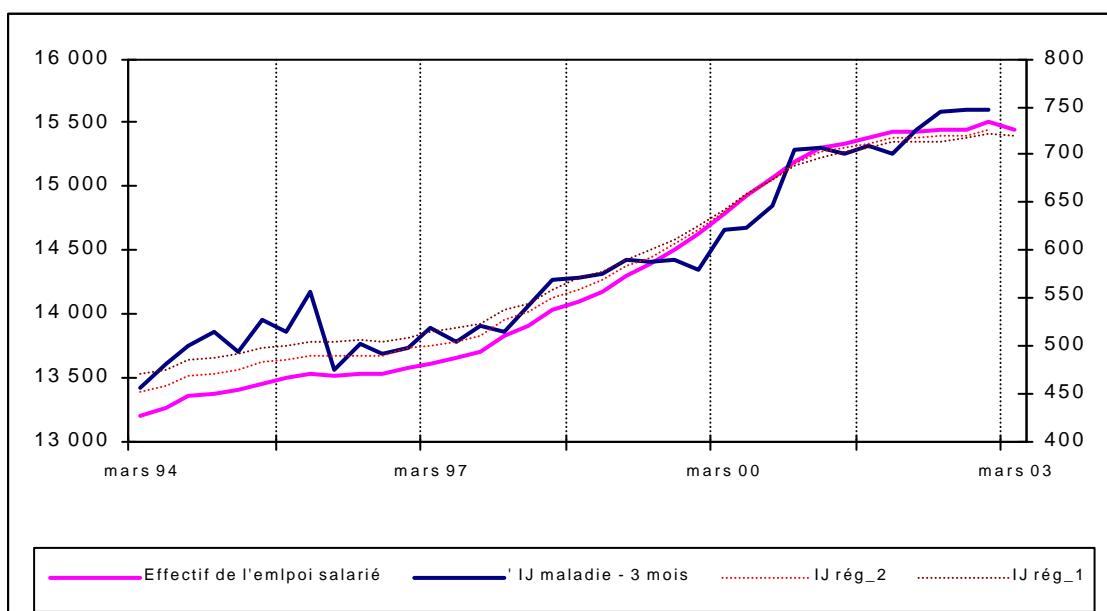
	2002/2000		2003/2002	
	55-59 ans	Tout âge	55-59 ans	Tout âge
Hommes	10,7 %	1,6 %	5,1 %	0,9 %
Femmes	5,8 %	1,3 %	11,7 %	3,7 %
Total	8,6 %	1,4 %	7,9 %	2,1 %

Source : DSS d'après données INSEE ; taux d'évolution annuelle

1.3.1 La corrélation entre IJ courtes et emploi

Les travaux de la DSS mettent en lumière une corrélation négative significative entre le taux de chômage et le nombre d'IJ (-0,85). Elle est particulièrement marquée pour les IJ de moins de trois mois (voir figure 2). Cette corrélation est pertinente quand il s'agit d'expliquer les évolutions sur moyenne période, mais elle rend mal compte des écarts d'une année sur l'autre. En particulier, en période de tensions plus fortes sur le marché de l'emploi, il y a sans doute raréfaction des IJ courtes.

Figure 2 : Évolution comparée des IJ de moins de trois mois et de l'effectif salarié



Source : DSS d'après données CNAMTS ; INSEE. En pointillé : les montants estimés des IJ selon la méthode MCO

La meilleure corrélation entre la population salariée et les IJ courtes par rapport à celle entre les IJ longues et la population active s'explique du reste par le moindre recours des chômeurs indemnisés aux arrêts de courte durée.

1.3.2 *Le vieillissement de la population salariée*

Le vieillissement de la population qui accompagne son augmentation entraîne un accroissement de la fréquence et surtout de la durée des arrêts maladie.

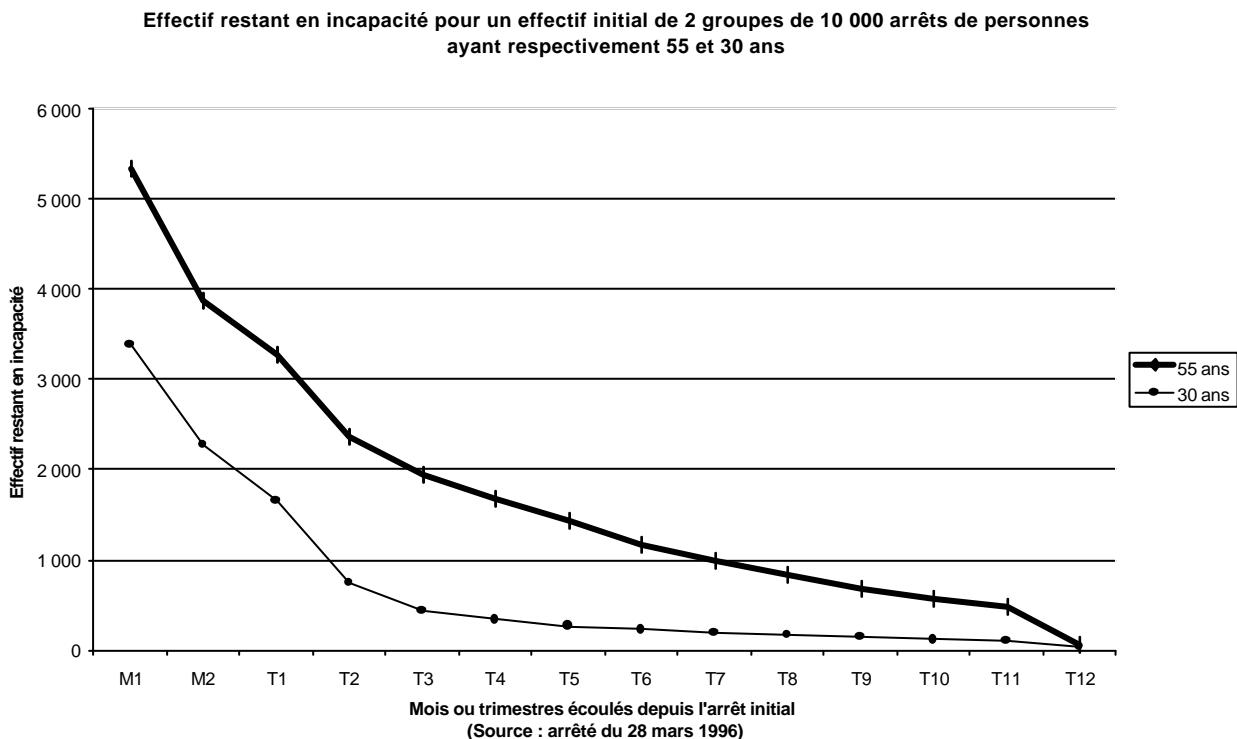
Tableau 8 : Fréquence et durée des arrêts maladie selon l'âge

	Fréquence annuelle pour 1000 salariés	Nombre de jours d'arrêt par assuré arrêté (par an)
Moins de 40 ans	375	28
40 à 49 ans	380	45
50 à 59 ans	415	67

Source : DSS

La loi de sortie utilisée pour le provisionnement de l'incapacité temporaire précise ce lien.

Figure 3 : Loi de maintien en incapacité temporaire



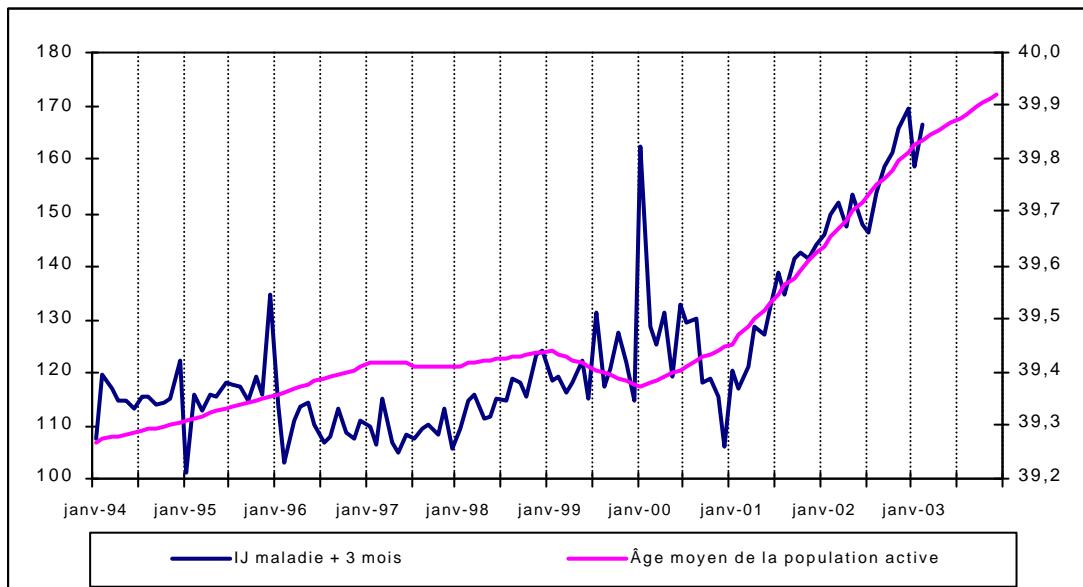
Les IJ de plus de 3 mois sont versées pour moitié aux plus de 50 ans et les 55-59 ans en représentent 21 % du nombre et 23 % des montants (cf. tableau 9).

Tableau 9 : Part des 55-59 ans dans le nombre d'IJ

Dénombrement	Total LJ	IJ > 3 mois	IJ < 3 mois
1 ^{er} semestre 2000	11,0 %	17,5 %	7,1 %
1 ^{er} semestre 2002	12,7 %	19,5 %	8,3 %
1 ^{er} semestre 2003	14,1 %	21,3 %	9,1 %

Source : DSS

On constate une bonne corrélation, en moyenne période, entre les évolutions de l'âge moyen de la population active et des IJ de plus de trois mois.

Figure 4 : Evolution des IJ de plus de 3 mois et de l'âge moyen de la population active

Source :DSS à partir de données CNAMETS et INSEE

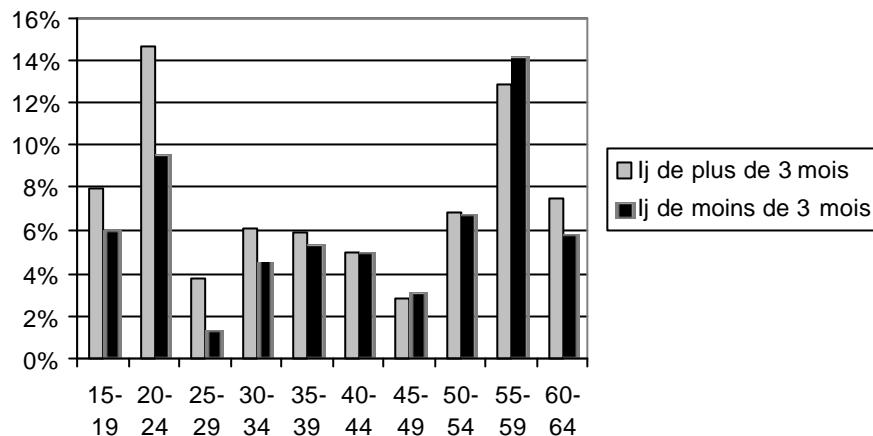
1.3.3 *Les effets démographiques expliqueraient entre 40 et 60 % de l'évolution des IJ entre 2000 et 2003*

Entre les 1^{er} semestres 2000 et 2002, le nombre d'IJ a progressé, en moyenne annuelle, de 6,0 %. Cette progression est légèrement plus forte pour les IJ de plus de trois mois (+ 6,9 %) que pour les IJ de moins de trois mois (+ 5,5 %). Elle est particulièrement élevée aux âges extrêmes : les 20-24 ans et les 55-59 ans (voir infra, figure 2).

Les travaux de la DSS montrent que l'effet démographique expliquerait, entre 2000 et 2002, environ 36 % de la croissance du nombre des IJ (50% pour les IJ longues et 15% pour les IJ courtes). L'occurrence (le nombre d'IJ par actif) est de 3,8 % pour l'ensemble des IJ. Elle est sensiblement plus élevée pour les IJ des jeunes⁶.

⁶ Voir tableaux en annexe 11 (Qui sont la source des tableaux 7, 8 et 9).

Figure 5 : Taux d'évolution des IJ par tranche d'âge entre 2000 et 2002



Source : DSS, taux d'évolution annuelle.

Entre les 1^{er} semestres 2002 et 2003, les premiers résultats (vus à la fin août) montrent des évolutions sensiblement différentes : une très faible évolution du nombre d'IJ de courte durée (1,1 %) avec un effet démographique prédominant et une diminution de l'occurrence ; une accélération de la progression des IJ de longue durée mais dont l'effet démographique n'expliquerait plus que 37 % de la croissance.

L'effet de l'occurrence dans l'évolution des IJ longues tendrait donc à augmenter, notamment pour les 55-59 ans. Ces premiers résultats sont encore provisoires et devront être confirmés avec un recul plus grand.

Tableau 10 : Facteurs explicatifs calculés à partir de l'effectif salarié du secteur privé et des chômeurs

	1ers semestres 2002 / 2000		1ers semestres 2003 / 2002	
	Total	55/59 ans	Total	55/59 ans
<i>IJ toutes durées d'indemnisation</i>				
Evolution globale annuelle	6,0%	13,4%	4,2%	15,9%
Dont effet démographique	2,2 %	8,6%	2,8%	7,9%
<i>Dont croissance de la population</i>	<i>1,4 %</i>		<i>2,1%</i>	
<i>Dont vieillissement</i>	<i>0,7%</i>		<i>0,7%</i>	
Dont occurrence	3,8%	4,4%	1,4%	7,4%
<i>IJ de plus de trois mois</i>				
Evolution globale annuelle	6,9%	12,9%	9,1%	18,9%
Dont effet démographique	3,0%	8,6%	3,3%	7,9%
<i>Dont croissance de la population</i>	<i>1,4%</i>		<i>2,1%</i>	
<i>Dont vieillissement</i>	<i>1,5%</i>		<i>1,2%</i>	
Dont occurrence	3,8%	4,0%	5,6%	10,1%
<i>IJ de moins de trois mois</i>				
Evolution globale annuelle	5,5%	14,1%	1,1%	11,3%
Dont effet démographique	1,7%	8,6%	2,4%	7,9%
<i>Dont croissance de la population</i>	<i>1,4%</i>		<i>2,1%</i>	
<i>Dont vieillissement</i>	<i>0,3%</i>		<i>0,3%</i>	
Dont occurrence	3,7%	5,1%	-1,3%	3,2%

Source : DSS sur données CNAMTS et INSEE ; taux d'évolution annuelle.

Il subsiste un facteur occurrence, que n'expliquent ni l'accroissement de la population, ni son vieillissement. Il est en quelque sorte le facteur résiduel, qui peut mesurer, notamment sur courte période, les modifications qui ont pu intervenir dans la prescription des IJ.

Tableau 11 : Importance du facteur résiduel (taux annuel)

	1 ^{ers} semestres 2002/2000		1 ^{ers} semestres 2003/2002	
	Total	55-59ans	Total	55-59 ans
IJ > 3 mois	3,8%	4%	5,6%	10,1%
IJ < 3 mois	3,7%	5,1%	-1,3%	3,2%

Source :DSS

L'élément le plus frappant est la césure qui semble s'être instaurée après 2002. Jusqu'à cette date, on pouvait surtout souligner que débarrassée de l'effet démographique, l'évolution des IJ de moins de trois mois (3,7%) était proche de celle des plus de trois mois (3,8%) et que chez les plus âgés des salariés, l'augmentation des IJ longues était juste plus élevée (5,1%) que celle des IJ courtes (4%).

Ce tassement autour de la moyenne fait place au 1^{er} semestre 2003 à un éparpillement. La baisse du nombre total d'IJ courtes doit sans doute être expliquée classiquement par le durcissement du marché de l'emploi qui décourage les arrêts de travail.

Il est plus difficile de rendre compte des évolutions dans la tranche d'âge 55-59 ans. Pour les arrêts longs c'est plus qu'un doublement du facteur résiduel. Pour les arrêts courts, la progression est à peine moins vive et surtout s'oppose brutalement à la diminution générale des arrêts courts dans presque toutes les tranches d'âge. S'agit-il de fait des débuts de futurs arrêts longs ? En tous cas, la stabilité des mesures d'âge en ce qui concerne les ASFNE et les CATS, et la réduction de 5 000 au maximum de préretraites progressives entre 2002 et 2003, ne permettent pas d'expliquer le recours accru aux IJ dans la tranche d'âge 55-59 ans.

Cette rupture de la tranche d'âge des 55-59 ans est encore plus brutale dans la tranche d'âge 60-64 ans (+25,5% pour les IJ courtes ; +36,7% pour les IJ longues), même si elle a peu de conséquences compte tenu des très faibles effectifs concernés.

1.4 Les autres facteurs

1.4.1 L'amélioration de la couverture complémentaire

1.4.1.1 L'évolution du paysage conventionnel

L'évolution du paysage conventionnel en droit du travail a été relativement importante au cours des 10 dernières années et a pu avoir une influence, sans doute limitée, sur la propension à recourir à des arrêts maladie mieux indemnisés.

La loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 a rendu obligatoire l'application de l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977 sur la mensualisation. L'article 7 de cet accord fait bénéficier les salariés après 3 ans d'ancienneté d'une indemnisation complémentaire de la maladie, à la charge de l'employeur.

Cette indemnisation est acquise, après contre visite éventuelle, à condition d'avoir adressé dans les 48 heures la prescription d'arrêt de travail, d'être pris en charge par la sécurité sociale, d'être soigné en France ou dans l'un des pays de l'Union européenne.

Le salarié perçoit, IJ comprises, 90% de sa rémunération brute pendant 30 jours, puis les deux tiers pendant 30 jours. Ces durées sont augmentées de 10 jours par période entière de 5 ans d'ancienneté supplémentaire, dans la limite de 90 jours chacune.

Ces dispositions peuvent être améliorées par convention collective de branche ou accord d'entreprise.

L'annexe 5 comporte des tableaux relatifs à l'évolution du paysage conventionnel en droit du travail. Il en ressort qu'en 2002, 128 conventions collectives de branche, sur 164 conventions étudiées par la sous-direction de la négociation collective de la direction des relations du travail comportaient des dispositions relatives à l'indemnisation complémentaire de la maladie (91% des salariés et 80% des entreprises sont couverts par une convention collective), ce qui laissait cependant un nombre de salariés de l'ordre de 2 millions ne bénéficiant que de la mensualisation légale.

Le nombre de conventions collectives de branches traitant de l'indemnisation complémentaire de la maladie a progressé de 116 à 128 entre 1994 et 2002, ainsi qu'il ressort du tableau suivant.

Tableau 12 : Conventions collectives de branche avec indemnisation complémentaire maladie de 1994 à 2002

Année	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2001	2002
Nombre de conventions	118	119	121	122	122	127	128	128

Source : DRT, « bilans annuels de la négociation collective »

Le tableau transmis par la sous-direction de la négociation collective et figurant en annexe 5-2-b présente les 45 accords signés sur l'indemnisation et le délai de carence entre le 1^{er} janvier 1993 et le 08 juillet 2003. Ces accords augmentent souvent les durées et montants d'indemnisation et réduisent le délai de carence dans environ un 1/5 des branches concernées.

Le panel de 40 champs conventionnels étudié par la mission n'est pas un échantillon scientifiquement représentatif, mais il couvre presque 4 millions de salariés sur 12,35 millions considérés comme couverts par une convention collective sur la base de l'enquête ACEMO.

Les tendances identifiées par ce panel sont les suivantes :

- 3 textes sur 40 font référence au délai de carence de la sécurité sociale.
- 25 autres textes ne fixent pas de délai de carence ou le limitent à 3 jours.
- 18 textes n'évoquent pas la contre-visite.
- 14 textes font référence à un système de prévoyance dont 4 prévoient des cas de participation financière des bénéficiaires (salariés ou gérants de magasins à succursales multiples).
- Les avantages consentis sont variables d'une branche à l'autre et, à l'intérieur de chaque branche, d'une catégorie à l'autre, avec en général des avantages supérieurs pour les cadres.
- 16 textes sur 40 sont applicables dans leur version actuelle (ce qui n'empêche pas qu'une autre version ait pu être applicable antérieurement) depuis 1993.

Il apparaît donc que l'activité conventionnelle dans le domaine de l'indemnisation complémentaire de la maladie a été relativement importante au cours des 10 dernières années. Faute de données disponibles⁷, la mission n'a pu mesurer son effet - sans doute limité dans la mesure où la mensualisation est acquise depuis environ 25 ans - sur la propension à recourir à des arrêts maladie mieux indemnisés.

1.4.1.2 *Les contrats de prévoyance.*

Les contrats souscrits par les employeurs auprès d'organismes complémentaires (assureurs, institutions de prévoyance et mutuelles) pour couvrir le risque d'incapacité temporaire de travail ne font pas l'objet de statistiques au niveau national. Les comptes de la protection sociale donnent des indications partielles :

Tableau 13 : Le compte de la protection sociale 2002⁸

IJ maladie	Dépenses 2002*	2002/2001
Sécurité sociale	5 599	+ 12,7 %
Mutuelles	426	+ 7,3 %
Institutions de prévoyance	774	+ 4,3 %
Régimes directs (Etat et GEN)	163	+ 3,8 %
Régimes d'employeurs	1 635	+ 9,9 %
Total	8 597	+ 9,1 %

Source : DREES

* provisoire, en M€

Les prestations des mutuelles incluent celles des fonctions publiques, et les prestations des assureurs sont comprises dans le coût du maintien des salaires par les régimes d'employeurs. Les statistiques professionnelles des assureurs ne distinguent pas entre les garanties incapacité et invalidité. En 2002, le total des deux⁹ est de 3,5 Mds€. La part de l'incapacité (indemnités journalières) peut être estimée entre 1 200 et 1 400 M€, ce qui donnerait pour le secteur privé les ordres de grandeur suivants en 2002 :

- Sécurité sociale 5 000 M€;
- Organismes complémentaires 2 400 à 2 600 M€;
- Charge directe des employeurs 200 à 400 M€

D'après les renseignements obtenus auprès de la FFSA et de deux grands assureurs, la définition de l'incapacité et la durée de la garantie sont presque toujours alignées sur celles de la sécurité sociale¹⁰. Le montant des prestations est variable ; le plus fréquent est le maintien du salaire sous déduction de l'IJ de base, dans la limite du plafond de la sécurité sociale ou d'un multiple de celui-ci. Les cotisations sont généralement réparties entre l'employeur et le salarié, souvent à 50-50. Il y a peu de contrats sans cotisation du salarié. Les « franchises » (délais de carence) sont très généralement celles qui sont définies par l'accord collectif ; les plus fréquentes sont de 30 ou 60 jours¹¹. Il en résulte qu'une modification du délai de carence de la sécurité sociale n'aurait des conséquences sur les contrats complémentaires que dans un

⁷ Les CPAM n'ont aucune donnée sur les obligations de l'employeur ou les garanties de prévoyance.

⁸ Les dépenses sont en droits constatés, sans provisions mathématiques ; le maintien du traitement dans les trois fonctions publiques n'est pas compris dans le tableau ; les « régimes directs » comprennent seulement les IJ des agents titulaires de France Télécom, La Poste, RATP et EGF ; les régimes d'employeurs comprennent les dépenses des employeurs du secteur privé et celles des assureurs.

⁹ Prestations versées au titre de l'incapacité (IJ) - invalidité, y compris dépendance et accidents de la vie (FFSA)

¹⁰ La suppression de l'IJ de la sécurité sociale entraîne donc celle de l'IJ complémentaire.

¹¹ Il n'y a pas de franchise en cas de rechute et elle est souvent supprimée en cas d'accident ou d'hospitalisation.

petit nombre de cas. Un assureur avance la répartition suivante pour un échantillon de 43 000 salariés :

Tableau 14 : Délais de carence (franchises) dans un échantillon de contrats d'assurance

Franchise toutes causes comprises entre :	% des salariés couverts
0 et 4 jours compris	1,7 %*
5 à 7 jours	0,8 %
8 à 15 jours	1,7 %
16 à 30 jours	27,5 %
31 à 60 jours	23,3 %
> 60 jours	45 %

Source : FFSA * dont 0,7 % sans franchise

En longue période, il se peut que la généralisation progressive de la couverture complémentaire d'indemnités journalières ait pu avoir un impact sur le volume des prestations de la sécurité sociale, encore que la stabilité relative du risque jusqu'en 1997-98 et la longueur des délais de carence généralement appliqués par les assureurs plaignent en sens inverse. Mais il n'y a pas eu au cours des années récentes de modifications dans l'étendue ou le montant des couvertures complémentaires qui puisse expliquer l'envolée des IJ de base. D'ailleurs, les assureurs interrogés ont plutôt constaté une augmentation de la durée des arrêts maladie que de leur fréquence.

1.4.2 *La réforme de l'assurance chômage*

1.4.2.1 *Les chômeurs consomment moins souvent des IJ, mais plus longtemps.*

- Les données analysées en annexe 6 montrent que le nombre de demandeurs d'emploi en arrêt maladie progresse légèrement depuis 1997 mais reste limité en valeur absolue et relative, au regard du nombre de demandeurs d'emploi indemnisés comme du nombre de bénéficiaires d'indemnités journalières maladie¹².

Le tableau ci-dessous illustre l'analyse de la DSS qui, sur la base des données issues de l'EPAS, constate que : *"Le nombre de chômeurs percevant des indemnités journalières est en moyenne plus faible que pour les actifs occupés mais leur consommation en nombre d'indemnités versées est plus importante. Ceci s'explique par des arrêts de plus longue durée en moyenne".*

Le délai de carence de trois jours que le demandeur d'emploi supporte toujours - à l'inverse du salarié - et la possibilité de passer sous silence une indisponibilité physique entre deux contrôles bimensuels des ASSEDIC expliquent la sous déclaration des IJ de courte durée. Ce choix est effectivement possible, dans la mesure où l'actualisation de la situation de demandeur d'emploi auprès des ASSEDIC ne se fait que par quinzaine. En cas d'arrêt de courte durée, le demandeur d'emploi peut donc, soit transmettre cet arrêt à la CPAM, avec

¹² Selon les données DARES le nombre de demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE et sortis pour motif « maladie » a varié de 178 000 en 1998 à 165 000 en 2002.

perception d'indemnités journalières maladie et suspension des allocations de chômage¹³, soit passer ce fait sous silence, avec une faible probabilité que son impossibilité d'exercer une activité professionnelle du fait de sa maladie (la capacité à prendre immédiatement un emploi est une condition de l'indemnisation du chômage) soit détectée.

Tableau 15 : IJ maladie des chômeurs indemnisés en 2000

	Chômeurs indemnisés	Actifs occupés
% des consommateurs	16,2%	22,8%
Nombre d'IJ par assuré arrêté	55	41
Montant moyen des IJ	18€	21€
Part dans les dépenses d'IJ	8,8%	91,2%

Source :DSS

Il y a 10,5% de chômeurs dans l'EPAS (9% BIT en 2000)

En 2001, les données de l'UNEDIC montrent que 78,4 % des demandeurs d'emploi sortis pour arrêt maladie ont eu un arrêt de plus de 15 jours, alors que les données de la CNAMTS indiquent que, pour cette même année, seuls 38 % des arrêts étaient supérieurs à 15 jours.

1.4.2.2 Les IJ peuvent permettre à tous les demandeurs d'emploi d'allonger leur durée d'indemnisation "chômage" et, selon les dispositions applicables, à certaines catégories de bénéficier d'une indemnisation plus favorable

- Depuis la fin de la dégressivité des allocations d'assurance chômage, c'est l'espérance d'allonger l'indemnisation "chômage" qui peut guider certaines stratégies de recours aux IJ "maladie".

Dans tous les cas, un chômeur peut utiliser les IJ pour prolonger ses droits.

Avec des variations selon l'âge, la durée d'affiliation et le salaire d'activité, certains demandeurs d'emplois ont pu ou peuvent encore bénéficier d'indemnités journalières supérieures à leur allocation de chômage. Il s'agit :

- des demandeurs d'emploi indemnisés par le régime de solidarité de l'Etat (ASS) ;
- et jusqu'au 31 décembre 2000 - du fait de la dégressivité des allocations d'assurance chômage¹⁴ - de la plupart des demandeurs d'emploi de longue ou très longue durée.

Si les demandeurs d'emploi de longue durée (1 à 2 ans) représentent de l'ordre de 20 à 25% des demandeurs d'emploi en arrêt maladie, ceux de très longue durée sont peu nombreux en valeur absolue à recourir aux arrêts maladie indemnisés par la sécurité sociale. La durée de ces arrêts apparaît cependant relativement longue. C'est parmi ces demandeurs d'emploi que se trouvent ceux qui ont le plus intérêt à prolonger leur indemnisation chômage en recourant aux IJ. En dehors des raisons médicales propres à cette catégorie, on ne peut exclure que ce soit une des explications de leur fréquence plus importante que celle des actifs occupés.

¹³ Ce qui, compte tenu de la complexité actuelle du traitement des IJ des demandeurs d'emploi, avec la nécessité de remonter parfois très en arrière et de prendre en considération plusieurs employeurs pour calculer le montant des indemnités journalières, peut générer des ruptures de ressources insupportables dans l'attente de la liquidation des IJ.

¹⁴ La suppression de la dégressivité des allocations d'assurance chômage, à compter du 1er janvier 2001, a modifié le paysage réglementaire et l'intérêt pécuniaire du recours aux indemnités journalières de maladie plutôt qu'aux indemnités de chômage.

- Les IJ maladie ne sont supérieures à l'indemnisation du chômage que dans une minorité de cas.

Parmi les demandeurs d'emploi indemnisés par l'ASSEDIC (dont le salaire journalier de référence ne dépassait pas le plafond de la sécurité sociale), sortis pour "prise en charge sécurité sociale" et faisant l'objet de l'étude sur échantillon figurant en annexe 6, moins de 20% ont pu bénéficier d'une indemnisation plus favorable de la sécurité sociale.

Le maintien en IJ pour les chômeurs qui n'auraient plus droit à aucune indemnisation du fait de leur perte d'emploi, de manière à atteindre l'âge de la retraite, n'est au plus que le fait, en valeur absolue, d'un très petit nombre de personnes qui n'a pas évolué sensiblement avec la diminution des mesures d'âge qui permettent de bénéficier avant 60 ans des droits à la retraite. Le nombre de chômeurs de plus de 55 ans sortis de l'indemnisation du chômage pour maladie est passé de 8 600 à 13 100 entre 1997 et 2001 (source UNEDIC). Mais, pour ces deux années, 86 % d'entre eux ont repris l'indemnisation du chômage après l'arrêt maladie.

- Les nouvelles modalités d'indemnisation du chômage à compter du 1^{er} janvier 2004 sont susceptibles d'engendrer un intérêt du recours aux IJ comparable à la situation qui prévalait en cas de dégressivité.

La nouvelle convention UNEDIC (Protocole du 20 décembre 2002) est applicable directement aux demandeurs d'emploi inscrits depuis le 31 décembre 2002¹⁵.

A compter du 1er janvier 2004, elle se concrétisera pour une partie des demandeurs d'emploi dont l'inscription est antérieure au 1^{er} janvier 2003 (les demandeurs d'emploi âgés de moins de 50 ans et tous les demandeurs d'emploi dont la durée d'affiliation est inférieure à 426 jours) par une "conversion des droits" au 1^{er} janvier 2004 entraînant une réduction de leur durée d'indemnisation pouvant atteindre 7 mois, voire 8 ou 14 mois, par rapport à la durée attendue.

Cette "conversion des droits" est susceptible d'entraîner, par ce mécanisme de réduction des durées d'indemnisation UNEDIC, le basculement en ASS d'un nombre non négligeable de demandeurs d'emploi indemnisés par l'UNEDIC.

Il pourrait en résulter un impact sur la consommation d'IJ "maladie" de la sécurité sociale avec deux objectifs distincts selon les demandeurs d'emploi :

- Reculer le plus possible le moment de ce basculement en jouant sur le report d'indemnisation en allocation d'assurance chômage résultant de la suspension pendant la perception des IJ.
- Bénéficier d'une indemnisation financièrement moins défavorable, les IJ étant en général supérieures à l'ASS.

¹⁵ Pour ces demandeurs d'emploi, les durées d'indemnisation sont les suivantes à compter du 1^{er} janvier 2003 :

Filière	Affiliation	Date d'effet modification	Age	Durée à taux plein	Durée à taux dégressif	Coefficient de dégressivité
FA	6 mois / 22	1/1/03	Tous	213 jours	0	0
FB	14 mois / 24	1/1/03	Tous	700 jours	0	0
FC	27 mois / 36	1/1/03	>= 50 ans	1 095 jours	0	0
FD	Idem	1/1/03	>= 57 ans et 100 trimestres	1 277 jours	0	0

Par ailleurs, les nouvelles modalités d'octroi de l'ASS, rendues publiques le 19 septembre 2003, limitent à 2 ans la durée d'indemnisation par le régime de solidarité "Etat" des demandeurs d'emploi moins de 55 ans. Cette durée était jusqu'à présent illimitée, sous réserve des contrôles semestriels du "service de contrôle de la recherche d'emploi" (SCRE) des DDTEFP. Les demandeurs d'emploi en cours d'indemnisation seront avertis, s'ils ont dépassé la limite de 2 ans en fin 2003, que leur indemnisation sera terminée dans un certain délai, limitant en tout état de cause leur indemnisation à 3 ans. Ces nouvelles dispositions suppriment la majoration de l'ASS accordée jusqu'à présent aux demandeurs d'emploi de plus de 55 ans ou de plus de 57,5 ans selon leur durée d'affiliation.

- Si rien ne permet cependant de penser qu'il y aura un détournement plus massif de la procédure pour prolonger des droits ou majorer les revenus de remplacement que par le passé, les effectifs concernés par les nouvelles mesures sont importants.

Les données recueillies par la mission auprès de l'UNEDIC montrent que les effectifs susceptibles de basculer en ASS sont les suivants :

Tableau 16 : Effectifs de demandeurs d'emploi indemnisés par l'UNEDIC susceptibles de basculer en ASS à compter du 1^{er} janvier 2004

Bénéficiaires de l'allocation de recherche d'emploi (ARE) basculant en fin de droits au 31/12/2003*	180 000
Bénéficiaires de l'allocation de recherche d'emploi (ARE) basculant en fin de droits entre le 01/01/2004 et le 31/12/2005*	430 000
Dont, du 01/01/2004 au 31/12/2004*	329 000
Dont, du 01/01/2005 au 31/12/2005*	101 000
Surplus d'entrée en ASS au 1 ^{er} janvier 2004	47 860
Surplus d'entrée en ASS en 2004	105 000
Surplus d'entrée en ASS en 2005	33 900

Source : UNEDIC, données transmises le 22/09/2003 et calculées selon la réglementation ASS en vigueur en 2003.

* Une partie de l'effectif basculant en fin de droit est susceptible d'entrer en ASS et engendre un effectif supplémentaire de bénéficiaires de l'ASS, calculé par l'UNEDIC en base réglementaire 2003.

L'effectif concerné par la réforme de l'assurance chômage est donc important. S'y ajoute l'effectif affecté par la réduction de la durée d'indemnisation par le régime de solidarité, qui pourrait concerter sur deux ans de l'ordre de 130 000 demandeurs d'emploi actuellement en ASS. Rien ne permet de penser qu'il y aura un détournement de la procédure pour prolonger des droits ou majorer les revenus de remplacement, plus massif que par le passé. Cependant, le fait que de nombreux allocataires actuels n'aient pas - s'agissant des demandeurs d'emploi inscrits avant la signature du protocole du 20 décembre 2002 et des bénéficiaires actuels de l'ASS - pu anticiper une évolution défavorable de leurs revenus, est susceptible de ne pas être sans conséquences sur l'assurance maladie.

1.4.3 La gestion des plans sociaux et la décrue des préretraites

Le nombre de mesures d'âge, c'est-à-dire les dispositifs permettant aux salariés sous certaines conditions, de bénéficier d'une préretraite, ne les faisant plus émerger comme demandeurs d'emploi, a diminué de manière importante. En 1993, tous dispositifs confondus, 67 000 personnes ont eu droit à cet avantage, elles étaient encore 61 700 en 2000 mais elles ne sont plus que 33 000 en 2002, l'essentiel de l'écart provenant de la suppression du dispositif ARPE (voir annexe 7). En 2003, le volume de mesures financières est de 27 225, la diminution affectant exclusivement les préretraites progressives.

La mission a cherché à vérifier que, pour un certain nombre de cellules de reclassement, il n'a pas existé une tentation d'utiliser soit l'invalidité, soit les IJ de longue durée, comme palliatif de la diminution des mesures d'âge.

Les investigations de la mission auprès de la DARES ont montré que, si les résultats de la mobilisation des dispositifs publics d'accompagnement des restructurations sont analysés chaque année¹⁶, la situation des bénéficiaires de cellule de reclassement¹⁷ à la sortie du dispositif n'est connue statistiquement qu'en ce qui concerne les situations d'emploi, de chômage ou de formation.

La situation de 10 à 12% des bénéficiaires échappe aux services. Parmi ces situations non déterminées, la DARES estime que l'essentiel résulte d'un défaut d'information, mais n'exclut pas qu'une partie soit constituée de personnes en situation d'ALD, d'invalidité ou de bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé. Ce sentiment est partagé par la DGEFP, mais la mission n'a identifié aucune donnée d'ensemble permettant de mesurer ce phénomène et de dire s'il s'agit d'une pratique généralement répandue ou de pratiques locales liées à des situations particulières (notamment sur des sites d'industrie ancienne, avec des salariés âgés et difficilement reclassables dans d'autres secteurs, qui ont été soumis à des conditions de travail pénibles.

Les éléments sont difficiles à rassembler : directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et CPAM sont deux mondes qui s'ignorent, même si la tutelle exercée sur les COTOREP pourrait être une raison permanente de proximité.

Seuls des sinistres industriels de grande ampleur font l'objet d'un suivi statistique suffisamment fin pour repérer les bénéficiaires de mesures d'IJ ou d'invalidité. Mais même dans ce cas, toutes les situations ne sont pas répertoriées, dès lors qu'il s'agit d'anciens salariés ne réclamant rien à la cellule de reclassement. Selon certains responsables, il n'est cependant pas exclu que sous la rubrique « projets individuels » ne se trouvent des bénéficiaires d'IJ de très longue durée.

S'agissant du plan de reclassement des salariés de l'usine Moulinex d'Alençon, les données recueillies par la mission auprès de la DDTEFP de l'Orne montrent que sur 776 salariés en recherche d'emploi au 1^{er} janvier 2002, 3 seulement étaient en longue maladie et 16 en invalidité. Il n'est pas exclu que parmi les 45 personnes en grande difficulté recensées comme telles, certaines ne soient bénéficiaires d'IJ. Même s'il est difficile de tirer des enseignements de ce cas, biaisé par l'application progressive du dispositif "amiante", il ne semble pas qu'il ait été fait un usage massif des dispositifs d'IJ de longue durée. Pour importante que soit la réduction des mesures d'âge, même un usage déviant intensif, compte tenu des populations assez restreintes concernées, n'expliquerait qu'une faible part de l'augmentation des IJ.

Les indications recueillies auprès de la DDTEFP du Nord Lille vont dans le même sens. Elles montrent que dans le secteur textile, sur 550 salariés ayant bénéficié d'un appui social individualisé(ASI), 47 ont eu recours à un appui social lourd dont 22 étaient en arrêt de travail. S'agissant de plans sociaux d'entreprises relevant de la DDTEFP du Nord Lille,

¹⁶ Voir notamment "Les dispositifs publics d'accompagnement des restructurations en 2002" in "Premières informations et synthèses" n° 35.1, avril 2003.

¹⁷ Les conventions de conversion ont été supprimées depuis juillet 2001.

analysés isolément¹⁸, la moyenne de l'effectif en arrêt maladie sur l'échantillon étudié se situe à environ 4% de l'effectif licencié ou bénéficiaire potentiel de la cellule de reclassement. Les informations en possession de la DDTEFP ne permettent pas d'établir un lien entre la procédure de licenciement mise en œuvre et l'entrée de certains salariés en maladie.

En revanche, la visite de la mission dans le Maine et Loire a permis de mettre en évidence une recrudescence du recours aux IJ en cas de sinistre social annoncé¹⁹.

A l'évidence les conséquences sur la santé de telles décisions, éventuellement renforcées par la démotivation et une ambiance au travail sans doute de plus en plus pesante, ont conduit à une multiplication des arrêts de travail. Mais ces IJ accordées avant la rupture du contrat de travail sont normalement sans rapport avec le nombre de préretraites possibles et tout laisse à penser que cette situation a pu se produire dans le passé avec la même ampleur.

1.4.4 *La progression des ALD.*

Les arrêts de longue durée sont peu fréquents : moins de 5 % des assurés totalisent en cinq ans une durée totale d'arrêts maladie de plus d'un an. En revanche, ils pèsent très lourd dans la dépense, puisqu'ils sont très longs, comme le montre le tableau 3 supra.

Le nombre d'affections de longue durée ayant progressé de manière très significative ces dernières années sous l'effet conjugué du vieillissement de la population, des progrès de la prévention et de l'éducoration des critères d'éligibilité, il était tentant d'y trouver une des raisons principales de l'accroissement des IJ de longue durée.

Les admissions en ALD sont en effet passées de 600 000 en 1995 à 870 000 en 2001, soit une progression de plus de 6,4% par an. Au titre du seul régime général, c'étaient 5,7 millions d'assurés qui bénéficiaient en 2001 de l'ALD.

¹⁸ 1) SELNOR à Lesquin (fabrication d'appareils électroménagers) en liquidation judiciaire en 2002 : sur 375 personnes potentiellement adhérentes à la cellule de reclassement 1 salarié était en arrêt maladie, 7 en longue maladie, 3 en invalidité au démarrage de la cellule.

2) SCIA LD à La Chapelle d'Armentières (Imprimerie) en liquidation judiciaire en avril 2002 : sur 134 candidats potentiels, 10 étaient en maladie.

3) SICA DUPREZ (imprimerie) en liquidation judiciaire avec 93 bénéficiaires potentiels de la cellule de reclassement qui a démarré en janvier 2002 : sur les 93 bénéficiaires de l'antenne emploi, 4 salariés étaient en maladie au moment de la procédure de plan social, dont deux qui ont refusé une adhésion à l'antenne emploi.

4) IPC communication services (imprimerie à Roncq) avec un effectif licencié de 132 personnes : 4 salariés étaient en arrêt maladie au démarrage de la cellule en juin 2002.

¹⁹ Nombre d'entrées en IJ par trimestre ; l'exemple de 3 entreprises du Maine et Loire :

	Textile, liquidation 1 ^{er} trimestre 2003	Photographie, fermeture du site fin 2002	660 salariés, 1 ^{er} plan social non abouti en 06/2002, dépôt de bilan fin 09/02, liquidation fin 12/02
Nombre d'entrées en IJ par trimestre			
2000 T4	1	-	3
2001 T1	11	5	10
T2	5	2	10
T3	6	2	8
T4	8	5	7
2002 T1	10	3	9
T2	9	4	17
T3	12	4	30
T4	14	5	35
2003 T1	19	6 + 4 en avril/mai	2

On retrouve en matière d'ALD les disparités de contrôle qui ont pu être relevées en ce qui concerne les IJ. Le taux de refus en admission en ALD 30 varie de 2,6% en Rhône-Alpes à 5,7% dans l'ensemble couvert par la CRAM Nord - Pas-de-Calais / Picardie. Pour l'ALD 31, il s'étage entre 8,8% à la Réunion et 24,5% en Nord - Pas-de-Calais / Picardie. Enfin pour l'ALD 32, il débute à 20,3% en Auvergne pour atteindre 47,2% dans les pays de la Loire, peu devant à nouveau le Nord Pas-de-Calais / Picardie.

D'autres indications confortent l'idée selon laquelle on entre pour longtemps en ALD. Ainsi un examen de cohortes de bénéficiaires au terme de la cinquième année qui suit la reconnaissance de l'affection, montre que sur quatre personnes concernées, deux relèvent toujours du dispositif, la troisième est probablement guérie et la dernière est décédée. Tout milite donc pour que l'augmentation des entrées en ALD explique une part importante de l'accroissement du nombre d'IJ longues.

Or paradoxalement, les éléments statistiques que la mission a pu rassembler montrent que les bénéficiaires d'ALD sont peu consommateurs d'IJ. Au plan global tout d'abord, la DSS remarque que seulement 12% des assurés ALD arrêtés le sont au titre de leur affection de longue durée.

Ces données sont corroborées par les éléments fournis par les 4 CPAM rencontrées, qui montrent que l'assuré en ALD n'a pas un comportement très différent des autres assurés, si l'on tient compte d'un âge plus élevé en ALD.

Tableau 17 : Sorties d'arrêt de travail maladie en 2002 dans 4 CPAM

	invalidité	retraite	reprise du travail	décès	total
Assurés en ALD	4,8 %	0,25 %	93,8 %	1,15 %	100 %
Autres assurés	0,3 %	0,03 %	99,6 %	0,12 %	100 %

Source : étude sur 209 000 arrêts de travail maladie de 2002 dans 4 CPAM (Hauts de Seine, Sarthe, Maine et Loire, Orne)

Les éléments recueillis dans la Sarthe montrent que les bénéficiaires d'ALD ont surtout des IJ de courte durée, comme les autres assurés, même si les IJ de plus de trois mois sont davantage représentées dans cette population.

Tableau 18 : Les IJ, par durée, des assurés en ALD dans la Sarthe

	ALD en %	Autres assurés en %
< ou = 3 jours	16,6	16,2
4 à 7 jours	28,8	16,2
8 à 14 jours	20,2	20,8
15 à 30 jours	15,8	13,8
> 30 jours	18,6	11,4
Total %	100 %	100 %
Nombre	5 379	61 227

Source : CPAM de la Sarthe, sur les 66 600 arrêts de travail maladie de 2002

Pour expliquer cette apparente contradiction, il faut tenir compte de la structure d'âge des bénéficiaires de l'ALD. Les gros effectifs sont dans les tranches de 60 à 79 ans. L'âge moyen pour les principales pathologies n'est jamais inférieur à 49 ans et s'élève jusqu'à 68 ans. Sur les 10 affections les plus fréquentes, sept ont une moyenne d'âge de 59 ans au moins.

Dit autrement, les bénéficiaires d'ALD sont trop âgés en règle générale pour être encore consommateurs d'IJ et quand ils le sont, ils sont admis à l'ALD pour des affections comme le diabète, qui ne nécessitent pas l'arrêt systématique d'activité professionnelle. En revanche, ils sont comme les autres salariés victimes de grippes, de fractures, de lombalgie.

Un autre facteur explicatif réside dans les modalités de gestion des ALD. Dans l'une des CPAM rencontrées, les services administratifs ne soumettent pas systématiquement au service médical les arrêts de travail des assurés qui sont déjà admis au bénéfice des ALD. Cette pratique prive le service médical de la possibilité de vérifier si l'arrêt de travail est ou non lié à l'affection ayant entraîné le classement en ALD. De plus, elle revient à porter à trois ans la durée maximale des IJ quelle que soit l'affection motivant les arrêts. Si elle était répandue, ce que la mission n'a pas pu vérifier, elle contribuerait à expliquer la contradiction entre la faiblesse apparente du nombre d'arrêts liés à l'ALD (le chiffre de 12 % avancé par la DSS porte sur les arrêts connus du service médical) et le poids des arrêts de très longue durée dans la dépense (tableau n° 3).

1.4.5 L'absentéisme, sujet peu exploré ces dernières années

L'image fortement négative dans le public et le désaccord des partenaires sociaux sur sa définition ont limité les investigations des administrations sociales comme des chercheurs. La dernière enquête sur le sujet remonte à 1990²⁰.

Globalement élevé dans l'immédiat après-guerre (en lien avec un état sanitaire estimé mauvais de la population), l'absentéisme diminue globalement jusqu'en 1950. Une augmentation apparaît entre 1951 et 1975, essentiellement entre 1972 et 1975 et une baisse régulière jusqu'en 1981 s'ensuit²¹. Selon les études, la retenue de salaire pour absence ne diminue pas en soi l'absentéisme et la persistance de la crise économique est identifiée comme facteur de baisse, en lien avec les menaces qui pèsent sur l'emploi.

La consommation très différente d'IJ, selon que l'on est cadre ou ouvrier, doit également être relevée : elle était - selon l'enquête "structure des salaires" de l'INSEE de 1986, de 16 jours par an pour les ouvriers et de 3,5 jours pour les cadres²². Cependant, selon cette enquête, si les cadres s'absentent moins souvent, les durées d'absence sont, pour chaque cause d'absence (maladie, causes collectives telles que grève ou chômage partiel, maternité, accidents du travail, motifs personnels), très proches, quels que soient le niveau hiérarchique et le sexe des salariés. Plusieurs hypothèses sont évoquées par cette étude, notamment la différence d'implication professionnelle selon le niveau hiérarchique, l'âge différent selon les catégories, la plus ou moins grande féminisation (pour le volet "maternité").

La dernière enquête identifiée par la mission²³ constate une relative stabilité du taux d'absence, y compris congé de maternité, (nombre d'absents le jour de l'enquête, par rapport aux effectifs inscrits) depuis 1974, avec des taux respectifs de 5,4%, 4,9%, 5,8%, 5,8% et 5,9% en 1948, 1951, 1974, 1979, 1990.

²⁰ "Les absences au travail en 1990", in "Premières informations" n° 304 du 22 octobre 1992 (Service des études et de la statistique, aujourd'hui DARES, du ministère chargé du travail).

²¹ Yves DETAPE : "L'absentéisme", in "Données sociales 1984".

²² Jean-Yves FOURNIER : "Les absences au travail : 16 jours par an pour un ouvrier, 3,5 jours pour un cadre", in "Economie et statistiques" n° 221, mai 1989.

²³ "Les absences au travail en 1990", déjà citée ci-dessus.

Le taux d'absence²⁴ tous secteurs et sexes pour maladie diminue avec un taux de 4,0% en 1974 et de 3,7% en 1990, avec une baisse dans l'industrie (5,0% en 1974 et 3,9% en 1990) et un accroissement dans les services (3,0% en 1974, 3,5% en 1990).

La mission observe qu'aucune étude plus récente n'est disponible à la DARES depuis cette dernière étude et que les données issues de la base de données de l'OCDE sur la santé remontent à 1988 pour la France²⁵, alors qu'elles datent pour la plupart des autres pays étudiés de la période 1995/2000.

Elle constate également que les données figurant dans les bilans sociaux des entreprises ne font pas l'objet d'une exploitation nationale pour ce qui concerne notamment ces données.

La mission estime donc nécessaire que les autorités françaises, notamment la DARES et l'INSEE, réinvestissent le champ d'analyse des absences pour maladie.

Un effort récent a été entrepris. La Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) a mené une étude sur les IJ payées en 2001 aux assurés du régime d'assurance maladie des professions indépendantes (AMPI). Malheureusement, elle est antérieure à la réforme qui a ramené de 15 à 7 jours le délai de carence et harmonisé les durées d'indemnisation des commerçants et artisans sur le régime général. On peut cependant observer la forte disparité du recours aux IJ entre les artisans (9,3%) et les commerçants (6,3%), alors que les premiers bénéficient d'IJ depuis 1995 et les seconds depuis 2000 seulement.

De son côté, la CNAMTS vient tardivement de s'intéresser à la question. En avril 2003, elle a prescrit aux CPAM un plan d'action en quatre volets opérationnels visant à l'amélioration des connaissances et des performances et l'analyse des déterminants de l'évolution des IJ²⁶.

1.4.6 *Les conditions de travail*

1.4.6.1 *Une tendance forte à la perception d'une dégradation des conditions de travail, notamment de l'accroissement de la pression mentale*

L'augmentation des IJ « maladie » des salariés traduit-elle une réponse au développement de situations de difficultés liées aux conditions et relations du travail, en rapport notamment avec le stress, les difficultés d'adaptation à l'évolution des techniques et des organisations, l'intensification du travail générée d'une part par l'évolution de ces

²⁴ Le taux d'absence calculé ici par la DARES ("Les absences au travail en 1990") est défini comme le nombre d'absents hors congé maternité rapporté aux effectifs inscrits. Pour l'ensemble des salariés, le taux d'absence "maladie" est de 3,7 %, "accidents du travail" de 0,6 %, "autres causes" de 1,0 %, soit un taux "toutes causes confondues" de 5,3 % (6,2 % pour les femmes, 4,8 % pour les hommes; 7,1 % pour les ouvriers, 3,8 % pour les autres catégories). Le taux de 7,2 % en 1988 repris par la "Database of institutional comparison in Europe (DICE), avril 2002" est défini différemment : c'est le nombre de jours de travail perdus pour cause de maladie, rapporté au nombre annuel de jours de travail. Il s'agit donc de deux modes de calcul totalement différents.

²⁵ Cf. supra le tableau concernant les jours d'absence pour raison de santé par rapport à la durée annuelle du travail en jours extrait de "Database of institutional comparison in Europe (DICE), avril 2002".

²⁶ "Lettre réseau" de la CNAMTS LR-DSM-18/2003 du 04 avril 2003 citée infra.

techniques, d'autre part par les conséquences contradictoires du passage aux 35 heures²⁷, la dégradation du climat social en lien avec l'affaiblissement de la représentation syndicale ?

Les résultats des enquêtes 1996 et 2000 sur les conditions de travail en Europe, conduites par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail²⁸ (thème : absentéisme) donnent des indications sur la perception de l'influence des conditions de travail sur les absences maladie des salariés et des indépendants des 15 pays de l'Union européenne.

L'étude de 1996 s'appuie sur un questionnaire et des entrevues en tête-à-tête organisées en dehors du lieu de travail, auprès de 1000 travailleurs par Etat-membre (15 800). L'étude de 2000 s'appuie sur les 21 000 réponses reçues à un questionnaire. Les chiffres varient d'un pays à un autre selon le type d'occupation, le statut de l'emploi et la taille de l'entreprise. Il ressort de l'ensemble des tableaux analysés en annexe 8 que, sans être négligeable, l'influence négative des conditions de travail sur la santé n'est pas perçue comme un facteur majeur d'absentéisme par les travailleurs français.

Cependant, les indicateurs issus des enquêtes "Conditions de travail" de la DARES, conduites en 1984, 1991 et 1998, indiquent une tendance forte à la perception d'une dégradation des conditions de travail, notamment de l'accroissement de la pression mentale. Mais cet accroissement est ressenti de manière ambivalente, à la fois source d'angoisse et de fierté, et "l'impact du sentiment de responsabilité sur la santé ne peut être prédit²⁹".

1.4.6.2 La perception de l'impact de la réduction du temps de travail sur l'absentéisme maladie est contradictoire

Dans le jugement d'ensemble qu'ils portent sur les effets de la réduction du temps de travail, les salariés interrogés dans le cadre de l'enquête "RTT et modes de vie, 2001" de la DARES expriment l'idée que le temps libéré hors travail peut compenser, dans une certaine mesure, la dégradation perçue dans la vie professionnelle.

C'est ainsi que, selon la DARES ("Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement", in "Premières informations et premières synthèses", n° 24.1 juin 2003), l'enquête "RTT et modes de vie" conduite début 2001 montre que 26,1% perçoivent une amélioration des conditions de travail, 28,0% une dégradation et 45,9% une stabilité. La polyvalence accrue est souvent mal vécue et le travail apparaît souvent plus intense, surtout en l'absence d'embauches, tandis que plus du tiers des salariés déclarent "être plus stressé depuis la RTT". Cependant, le temps de vie hors travail libéré par la RTT compense en partie cette perception et conduit globalement à une appréciation d'une amélioration des conditions générales de vie (y compris les conditions de travail) pour 60%, une dégradation pour 28%, une stabilité pour 12%.

²⁷ Voir ci-dessous.

²⁸ Organe tripartite de l'Union européenne créé en 1975, la Fondation a pour mission de contribuer à la conception et à l'établissement de meilleures conditions de vie et de travail. La Fondation est l'une des premières agences de l'Union européenne. Elle a été mise en place par le Conseil européen en 1975 pour contribuer à la conception et à l'établissement de meilleures conditions de vie et de travail en Europe (Règlement du Conseil n° 1365/75 du 26 mai 1975).

²⁹ DARES : "Travail et charge mentale" in "Premières informations et premières synthèses", n° 27-1, juillet 1999.

Outre cette perception contradictoire, l'analyse de l'impact de la RTT doit prendre en compte les modalités concrètes de réduction du temps de travail.

En juin 2003, selon la DRT, environ 9,6 millions de salariés du régime général (sur 15 millions de salariés environ) bénéficiaient de la réduction du temps de travail. Parmi eux, 62% des salariés des entreprises de plus de 20 salariés et 35,2% des salariés des entreprises de moins de 20 salariés bénéficiaient de jours de réduction du temps de travail. Si l'on peut supposer que cette modalité de réduction du temps de travail est plus favorable en termes d'amélioration des conditions de vie, tout dépend cependant des modalités concrètes de prise de ces jours de RTT, de l'organisation du temps de travail mise en place et de l'évolution de la charge physique et mentale de travail.

1.4.7 *Les pathologies*

La recherche d'informations médicalisées (RIM) 1994 sur les indemnités journalières a été conduite d'avril à juin 1993 par la CNAMTS. Elle a couvert les risques "accident du travail" et "maladie ».

Les trois premiers motifs médicaux d'arrêts de plus de 2 semaines identifiés ont été :

- Les états anxiо-dépressifs : 11,8 + ou - 0,3%
- Les pathologies dorso-lombaires : 11,5 + ou - 0,3%
- Les fractures : 8,5 + ou - 0,8%.

Les rejets opposés par le service médical du régime général concernaient des pathologies dorso-lombaires pour 17,8% des rejets, des symptômes de fatigue, fièvre, douleurs abdominales pour 14,6% et des états anxiо-dépressifs pour 10,4%. Ces données sont assez largement corroborées par une étude plus récente de l'Assurance maladie des professions indépendantes.(rapport de décembre 2002). Les lombalgie et autres dorsopathies représentaient 12,6% des cas, les lésions traumatiques 16,3% (dont un tiers lié à un accident du travail), les troubles de l'humeur 6,1%.

Les deux causes les plus fréquentes d'arrêt sont celles pour lesquelles l'appréciation de la nécessité et de la durée de l'arrêt de travail comporte la plus grande part de subjectivité. Cela peut expliquer que ces pathologies soient les plus souvent à l'origine de rejets.

*
* *

A ce stade de son analyse et dans l'attente de documents nouveaux, notamment sur la dépense 2003, la mission constate :

- Une bonne corrélation sur moyenne période entre l'âge moyen de la population salariée et l'augmentation des IJ de plus de trois mois et plus encore entre l'évolution du nombre des salariés et celle des IJ courtes.
- Un effet démographique (croissance de la population salariée plus vieillissement) expliquant 36 % de la croissance du nombre d'IJ entre 2000 et 2002 et 66 % entre 2002 et 2003 (premiers semestres).
- Une influence modeste des facteurs économiques et sociaux pris individuellement : diminution des mesures d'âge, nombre de plans sociaux, réforme du régime de l'indemnisation chômage, augmentation du nombre des bénéficiaires de l'ALD. Cependant, leur impact cumulé n'est pas négligeable et les mesures récentes ou à venir en

matière d'indemnisation du chômage, qui entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2004, sont susceptibles d'avoir des conséquences importantes en matière de consommation d'indemnités journalières maladie.

L'importance du facteur résiduel, tout comme les investigations de la mission sur le terrain, lui ont donné la conviction que des pratiques anormales sont à l'œuvre depuis des années dans ce secteur de l'assurance maladie. Le désarmement généralisé des contrôles participe largement de cet état d'esprit.

1.5 Les limites du contrôle des indemnités journalières

1.5.1 *Les contrôles administratifs des CPAM : des possibilités inégalement utilisées.*

Les CPAM ont la possibilité et/ou le devoir de pratiquer des contrôles administratifs sur la régularité de certains faits et le respect de la réglementation, sans avoir à attendre ou demander des avis médicaux, (dénommés également avis médico-administratifs), en application des dispositions prévues par le règlement intérieur des caisses (cf. arrêté du 19 juin 1947 modifié).

1.5.1.1 *Le respect du délai de transmission des arrêts de travail est généralement peu contrôlé, et rarement sanctionné.*

Le contrôle du délai de 2 jours suivant la date d'interruption de travail, à respecter par tout assuré bénéficiant d'un arrêt de travail pour la transmission de son arrêt de travail à la caisse primaire d'assurance maladie (cf. article R. 321-2), devrait conduire, en cas de non-respect de ce délai, à des sanctions fixées conformément aux dispositions de l'article L. 321-2 du CSS, au règlement intérieur des caisses (cf. arrêté du 19 juin 1947 modifié – article 41).

Mais les modalités retenues varient. Elles sont fonction des décisions des conseils d'administration des caisses. Il s'ensuit des disparités dans l'efficacité de ces contrôles qui peuvent aller jusqu'à une certaine démotivation.

Certes, les caisses appliquent le « plan de contrôle interne ». Mais les différents types de contrôles sont mis en œuvre selon des critères sélectifs ou aléatoires, a priori ou a posteriori, et font l'objet d'un plan annuel qui cible les activités à risque. Ces plans visent surtout à apprécier la qualité du produit fourni par les agents des CPAM chargés d'entrer les informations qui seront traitées ensuite.

1.5.1.2 *Des modes de réception des certificats d'arrêt de travail diversifiés*

La transmission des arrêts de travail aux CPAM ne répond pas toujours aux dispositions réglementaires évoquées précédemment. La mission a observé des pratiques diverses dans les CPAM qu'elle a visitées (voir annexe 9 relative à diverses modalités de contrôle observées par la mission). Mais dans les quatre cas, il n'est pas rare que des certificats échappent à la procédure générale.

Cette diversité dans le cheminement des arrêts de travail ne permet pas toujours aux services administratifs de connaître la date exacte d'arrivée à « la CPAM », d'où des difficultés à connaître la réalité du délai de transmission et donc de sanctionner. Là encore, c'est le ciblage des assurés qui permet d'extraire certains dossiers et de pratiquer alors des contrôles qui se révèlent plus efficaces. Mais les CPAM engagent assez peu d'actions dans ce domaine. La mission observe cependant que, tout en se heurtant à des difficultés pour le contrôle des arrêts de courte durée, certains services médicaux s'estiment en mesure d'en contrôler une partie³⁰.

1.5.1.3 *Le respect des heures de sorties autorisées n'est pas assuré.*

Il en est de même pour les heures habituelles de sortie autorisées et dont seules les dérogations doivent être soumises au préalable à l'avis du contrôle médical. Fixées dans le RI des caisses elles sont depuis l'arrêté du 7 janvier 1980, bien précisées, « sauf justification médicale circonstanciée du médecin traitant et sous réserve de l'appréciation du contrôle médical ». Cet arrêté prévoit notamment la convocation devant le contrôle médical dans les 8 jours qui suivent une visite de contrôle à domicile où l'assuré malade est absent.

Mais encore faut-il que ces contrôles soient systématiquement effectués, ce qui n'est pas le cas. Dans le cadre d'un contrôle ponctuel, l'ELSM du Mans a réalisé la semaine du 6 au 13 mars 2000 le relevé, et l'étude, des arrêts de travail reçus. Sur les 1475 arrêts, les arrêts de courte durée (< 8 j.) représentaient 62,2 % de tous les arrêts (918/1475). L'analyse qui portait notamment sur la prescription de sorties libres a montré que pour 838 dossiers sur 918, soit 91,3 %, celles-ci avaient été prescrites.

Aussi, pour des arrêts de moins de 8 jours, on peut s'interroger sur la pertinence d'une telle prescription au regard d'une pathologie qui ne devrait être le plus souvent qu'aiguë (ou bien être le début d'un arrêt pour une maladie qui sera reconnue ensuite comme ALD), et donc nécessiter de rester au domicile. De plus, ces prescriptions n'avaient pas été soumises à l'appréciation du médecin conseil. Dans 81 cas sur 838 sorties libres accordées par les médecins traitants, aucun élément médical n'avait été fourni à l'appui de cette demande, contrairement à la réglementation. Comme les arrêts de travail ne font jamais l'objet d'un examen systématique par un médecin conseil à leur arrivée dans le service, ils ont échappé au contrôle médical. Et les malades en arrêt de moins de 8 jours en ont donc bénéficié sans restriction aucune.

Les conseils d'administration statuent sur les conditions de sortie hors circonscription de la section. Il arrive qu'un CA se prononce sur des questions qui ne ressortent pas de son domaine de compétence. Ainsi le CA de la CPAM d'Angers a adopté le 5 novembre 1996 le projet de la direction de la CPAM visant à appliquer l'arrêté du 7 janvier 1980 relatif aux heures de sortie, exigeant la production d'un certificat médical circonstancié prouvant que la mesure est profitable à l'état de santé du patient, même à l'intérieur de sa circonscription³¹. Mais les nouvelles dispositions relatives aux sorties hors circonscription, qui relevaient pourtant de leurs compétences, n'ont été modifiées qu'en décembre 1998.

³⁰ Par exemple, dans la Sarthe, 70% des avis sont envoyés dans les 48 heures, ce qui laisse des possibilités de contrôle ouvertes.

³¹ « Tous les cas seront analysés par les agents administratifs de la CPAM, et les cas particuliers sont signalés au cadre responsable de la CPAM qui a toute latitude pour accorder ces sorties libres ». Il est « ajouté que le service médical [étant] maintenant plus particulièrement chargé de l'expertise en santé publique, il ne peut plus répondre au cas par cas aux demandes ».

Le contrôle de la présence des assurés malades à leur domicile en dehors des heures de sortie autorisées n'est pas effectué de manière systématique par les caisses. Les CPAM visitées à l'occasion de cette mission, si elles disposaient de quelques agents enquêteurs assermentés, elles les affectaient rarement à ce type de contrôle, et les réservaient au contrôle des arrêts suite à un accident du travail. Pourtant le contact sur place facilite le contrôle sur convocation par le service médical.

1.5.2 *Le rôle du service médical*

De l'analyse précédente, il ressort que les CPAM n'utilisent pas toutes les possibilités de contrôle administratif mises à leur disposition, alors que le service du contrôle médical n'est qu'un des «instruments» mis à disposition de l'assurance maladie pour assurer le contrôle des prestations qu'elle est susceptible d'octroyer à ses ressortissants.

Ses interventions relèvent de deux domaines distincts, les avis obligatoires pour que les assurés (ou ayant droit) puissent bénéficier de certaines prestations (comme exonération du ticket modérateur, Indemnités journalières pour des arrêts maladie de plus de 6 mois), et tout le reste.

1.5.2.1 *Une place volontairement limitée pour les avis individuels sur les demandes de prestations.*

Les difficultés de contrôle systématique des arrêts de travail évoquées par les médecins conseils relèvent de plusieurs niveaux.

➤ Tout d'abord le nombre d'arrêts de travail :

Les services peuvent en recevoir plusieurs centaines voire plusieurs milliers par jour. Les difficultés surgissent pour les arrêts de courte durée du fait du délai minimum de l'ordre de 5 jours entre la prescription de l'arrêt de travail et les premières possibilités d'examen médical sur convocation, lorsque celles-ci sont effectivement acheminées à J + 1 par la poste. S'agissant des contrôles sur place par les agents enquêteurs de la CPAM, s'ils peuvent être diligentés dans un délai plus court par le médecin conseil, ils se heurtent aux possibilités de sorties autorisées et aux difficultés d'accès à des habitations protégées par digicode. De plus tous les ELSM ne disposent pas des services de tels agents.

Cependant, la mission a observé, lors de ses visites, des pratiques plus ou moins efficaces³² selon les CPAM (voir annexe 9).

➤ Ensuite le temps qu'il est prévu de consacrer à leur contrôle :

Le service du contrôle médical, service dépendant directement de l'échelon national, fonctionne suivant les directives impulsées par celui-ci. La circulaire CNAMTS/CABDIR 3/98 du 29/05/98 qui fixe les orientations des activités du service médical de l'assurance maladie suite au « *nouveau contexte créé par les ordonnances d'avril 1996* », est encore la base de l'organisation du travail des différents échelons régionaux et locaux.

³² Dans la Sarthe, 70% des avis sont envoyés dans les 48 heures, ce qui laisse des possibilités de contrôle ouvertes compte tenu du fait que ce service est le premier destinataire des avis d'arrêt de travail.

Les médecins conseils doivent répartir leur activité entre les actions de santé publique (2/3 du temps de production) et les avis individuels sur les demandes de prestations des bénéficiaires (1/3, contre 2/3 antérieurement).

De plus, le service médical doit limiter les avis individuels à ceux qui sont obligatoires ou à ceux qui sont manifestement utiles à la qualité des soins et à la maîtrise médicalisée des dépenses. Or, pour le domaine objet de cette mission - les avis obligatoires pour IJ maladie - ils ne représentent qu'une faible part des avis obligatoires de la branche maladie.

Dans une très grande majorité des cas, les avis obligatoires sont effectués sur pièces.

- Suivant ces directives, les ELSM en arrivent ainsi à contrôler peu d'assurés en arrêt de travail.

Ainsi pour 2002, les médecins conseils d'Angers (7 sur 14 sont affectés à des activités de contrôle) ont émis 5 % de leurs avis pour des arrêts de travail > 6 mois. Si l'on inclut les avis donnés dans le cadre de l'inaptitude et de l'incapacité, qui ne relèvent pas uniquement des arrêts de travail maladie, ce taux passe à 7,8 %. Mais quel que soit le chiffre retenu il représente une activité qui peut être qualifiée de dérisoire puisqu'il s'agit de 7,8 % du 1/3 de 80 %, soit **2,1 %** de l'activité de production de l'ELSM d'Angers.

Au niveau de l'ELSM du Mans, la situation est plus favorable, puisque les avis sur les arrêts de travail de plus de 6 mois représentent 17,8 % des avis donnés, et si l'on inclut invalidité et inaptitude ce taux atteint 23,8 %. Mais ceci représente - seulement - **6,4 %** de l'activité de production des médecins conseils.

Pour l'année 2001, au niveau de l'ELSM des Hauts de Seine, sur 83 507 avis émis par les médecins conseils, 10 220 concernaient des arrêts de travail de plus de 6 mois soit 12,2 %, et si l'on ajoute invalidité et inaptitude ce taux passe à 13,8 %, ce qui correspond à **3,7 %** de l'activité de production des médecins conseils.

L'activité « pure » de contrôle dans ce domaine est donc très faible, alors que l'arrêt de travail pour maladie (ATM) est un des outils de l'arsenal thérapeutique à disposition du médecin traitant.

1.5.2.2 *Un ciblage des contrôles dans le cadre d'actions de santé publique*

Les actions de santé publique visent à :

- Décrire l'offre et les besoins de soins (quels actes, pour quels patients ayant quelles pathologies, par quels professionnels, dans quelle structure). Des enquêtes spécifiques peuvent ainsi être réalisées tant au niveau local que régional ou national.
- Permettre une évaluation collective des pratiques et au contrôle individuel des professionnels (cf. circulaire de 1998 évoquée précédemment).

Mais en aucun cas elles n'ont comme objectif de sanctionner les médecins prescripteurs.

La dernière enquête nationale réalisée par la CNAMTS en 1993, et publiée en 1994, sur les indemnités journalières, concernait une population de 105 906 arrêts de travail "tout

venant". Le taux d'arrêts de travail non médicalement justifiés était alors de 6 %. Cette enquête « *a mis en évidence les difficultés de contrôler les arrêts de travail inférieurs à 10 jours* ». Ce type de contrôle « *ne peut se faire que pendant une période courte* ».

➤ Les contrôles sur les arrêts de courte durée.

Ils ne sont maintenant contrôlés que dans le cadre des actions de santé publique (ASP) ciblées, réalisées en lien ou à la demande de l'échelon national, ou des autres partenaires (URCAM, CPAM, Services déconcentrés de l'Etat...). Des différentes études mettent en évidence l'importance des critères retenus pour sélectionner la population des assurés qui feront l'objet d'un ASP.

Sur l'ensemble des assurés arrêtés en 2001, et suivis dans le cadre de l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) 42,4 % avaient eu un arrêt de moins de 8 jours.

L'échelon national du contrôle médical a fourni à la mission des informations relatives aux contrôles des arrêts de courte durée réalisés dans des ELSM avec la possibilité pour ceux-ci (mais non l'obligation) d'utiliser les protocoles standardisés nationaux (PSN). Le PSN fixe les méthodes de sélection et de ciblage des assurés ayant bénéficié de n arrêts de courte durée dans les douze derniers mois, et une méthode de contrôle des assurés ainsi repérés et donc des prescripteurs correspondants. Le tableau ci après retrace les résultats ainsi obtenus sur 3 années.

Tableau 19 : Les résultats des contrôles des arrêts de courte durée de 1998 à 2001

	1998	2000	2001
Nombre de médecins concernés par ces contrôles	337	3579	1843
Nombre d'assurés contrôlés	5240	15854	19603
Nombre de prescriptions d'arrêts de travail contrôlés	5690	18200	23989
Pourcentage de prescriptions contrôlées avec anomalies	13,8	13,7	12,4

Source : ENSM de la CNAME

Les résultats de ces contrôles ciblés sont nettement supérieurs à ceux des contrôles « tout venant » de 1993 puisqu'ils sont plus que multipliés par deux. Mais l'objectif de ces contrôles n'est pas toujours identique, certaines cibles prioritaires étant les médecins prescripteurs et non les assurés consommateurs.

En 2000, 15,8 % des médecins concernés par ces études (566/3579) ont fait l'objet d'un contrôle individuel par la suite, et 39,6 % en 2001 (729/1843). Cette augmentation des médecins objet d'un contrôle individuel parce que hors épure est peut-être liée à un meilleur ciblage des contrôles, mais peut également résulter d'une modification du comportement des prescripteurs. De telles études sont de plus en plus réalisées, et - en 2001 - 87 % des ELSM en avaient pratiqué.

➤ Le contrôle des arrêts de plus de trois mois.

Les résultats obtenus pour les années 2000 et 2001 fournis par l'ENSM, et concernant l'ensemble des études réalisées par les échelons locaux du service médical, en lien avec les services administratifs figurent dans le tableau ci après.

Tableau 20 : Les résultats des contrôles des arrêts de plus de 3 mois

	2000	2001
Nombre d'arrêts de travail de plus de 3 mois contrôlés	423 740	402 833
Pourcentage de non-justification de la prolongation d'arrêt	17,6	16,7

Source : ENSM

La fréquence des anomalies relevée est ici plus importante. Mais les suites données sont hors de proportion avec les moyens utilisés. Des lettres sont adressées aux assurés et aux médecins soit à titre d'avertissement (rappel de la réglementation), soit dans un but pédagogique (comme une lettre de sensibilisation adressée à un assuré qui envoie un nouvel arrêt de travail), soit d'information (exemple, à un médecin pour l'informer que ses assurés bénéficiant d'un arrêt de travail sont susceptibles d'être contrôlés par le service médical).

1.5.2.3 Un contrôle des prescripteurs rendu inopérant

Quel que soit le cadre dans lequel le contrôle est effectué, les actions qui s'ensuivent sont assez décevantes. Certes elles pénalisent les assurés, mais les actions envers les prescripteurs sont très réduites, voire inexistantes (hormis la contribution aux recouvrements d'indus possibles pour les caisses dans les cas prévus par l'article L.133-4 du CSS³³). Or ce sont bien eux qui sont à l'origine de la prescription de l'arrêt de travail maladie.

L'ordonnance n° 96-345 du 24/04/1996 a notamment institué une procédure de sanctions financières à l'encontre du médecin, auteur d'actes ou de prescriptions irrégulières. (article L. 315-3 du CSS). Mais, cette procédure a été supprimée par les dispositions de l'article 29 de la loi 2002-1487 du 12 décembre 2002 qui abroge cet article L. 315-3.

Il ne reste donc plus aujourd'hui que la traduction des intéressés devant la section des assurances sociales des conseils de l'ordre des médecins pour ce qui relève de l'article L. 145-1 du CSS. Mais c'est une procédure connue et appliquée par les CPAM et les médecins conseils, longue, voire très longue en cas d'appel de la décision³⁴, et qui ne répond pas souvent aux attentes des contrôleurs.

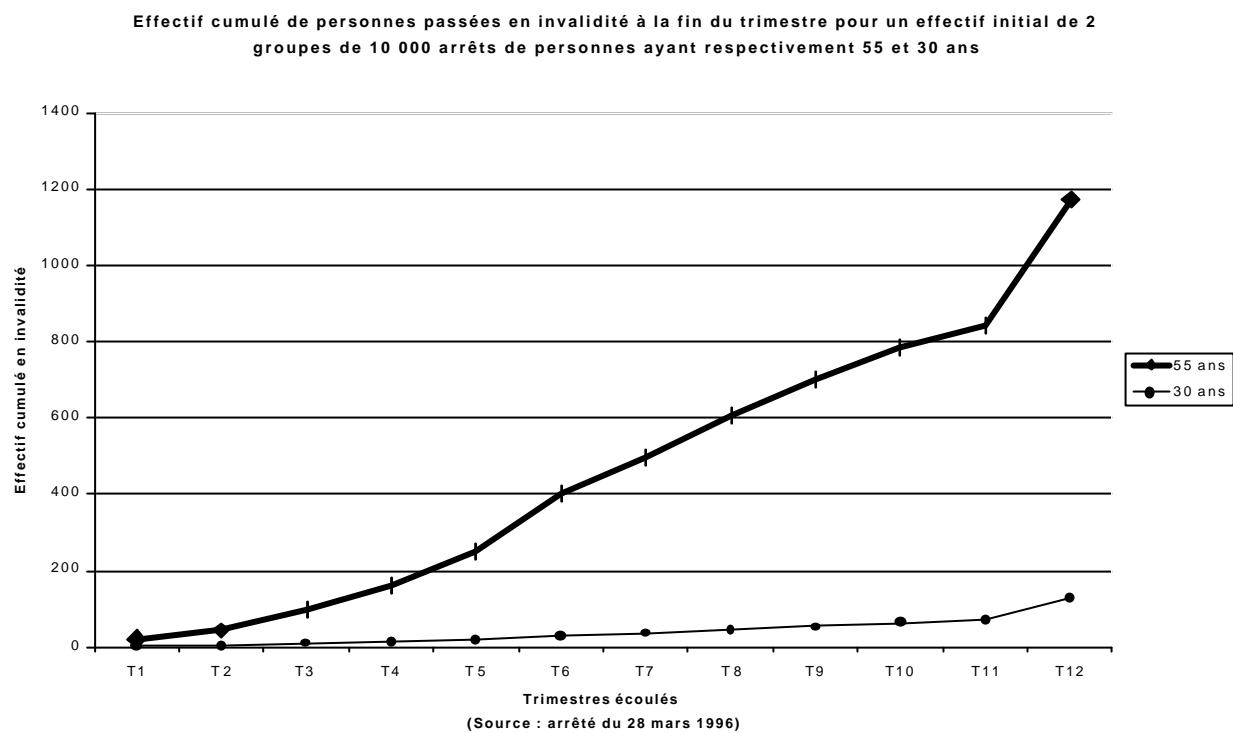
1.5.2.4 Le passage de l'arrêt maladie à l'invalidité est diversement utilisé

La probabilité du passage en invalidité croît très nettement avec l'âge à partir d'un an d'arrêt de travail, ainsi que l'illustre la figure ci-dessous.

³³ Inobservation de la Nomenclature générale des actes professionnels, de la Nomenclature des actes de biologie médicale, du tarif interministériel des prestations sanitaires, des règles de tarification des frais de transport, facturation d'un acte non effectué, d'un dispositif médical ou de frais de transport non conforme à la prescription.

³⁴ L'appel d'une décision du Conseil de l'Ordre suspend la sanction prononcée à l'encontre du médecin, alors que pour un assuré, en cas d'appel, ses indemnités journalières sont toujours supprimées dans l'attente.

Figure 6 : Probabilité de passage en invalidité



Lorsqu'un patient en ATM depuis plus de 6 mois continus, bénéficiant d'une reconnaissance d'ALD ou assimilées, reçoit un avis favorable du contrôle médical pour une prise en charge au titre d'un arrêt de longue durée, il revient au service médical de suivre l'évolution de sa situation durant les 2,5 années pendant lesquelles il peut encore bénéficier des IJ.

Afin d'éviter la désinsertion professionnelle des sujets qui, sans raison médicale réelle, sont en arrêt de travail, la lettre circulaire du directeur de la CNAMTS, MCN n° 33/72 - SDAM n° 125/72, du 4 mai 1972, mise à jour en 1992, ayant pour objet : Invalidité des travailleurs salariés et rôle du Contrôle médical en matière d'invalidité, demande qu'un bilan médico-socio-professionnel (BMSP) soit réalisé au bout d'une année d'arrêt de travail, puis la deuxième année si nécessaire sans attendre la fin des 3 ans. Tous les ELSM ne pratiquent pas ce BMSP, mais réalisent à leur niveau seulement (médecin conseil responsable du dossier et médecin chef référent) un bilan de la situation du patient. L'objectif recherché est la remise au travail le plus rapidement possible lorsque l'état de santé du sujet le permet ou bien de le faire passer en situation d'invalidité si sa maladie est « médico-administrativement » stabilisée ou consolidée (c'est à dire que, selon les données actuelles de la science et les études statistiques réalisées, on peut considérer que compte tenu de la situation de cette personne et de l'histoire de sa maladie, son état de santé peut être considéré comme consolidé ou stabilisé). Mais se pose aussi la question du passage ou non en invalidité pour tout sujet qui a épuisé ses droits à IJ (360 IJ) suite à des arrêts discontinus. La même procédure est recommandée pour le suivi de ces sujets.

Les éléments statistiques nationaux 2002 mettent en évidence des disparités dans les modalités médico-administratives d'entrée en invalidité selon les régions :

Tableau 21 : Entrées en invalidité selon les régions (%)

(en %)	< 2 ans	2 à 3 ans	fin des 3 ans	4è année	Usure prématurée	Autres motifs	Total
Alsace-Moselle	57,0	14,1	11,0	0,2	9,6	8,2	100
Aquitaine	40,7	16,8	27,1	0,2	12,0	3,2	100
Auvergne	40,7	16,2	25,0	0,1	12,8	5,1	100
Bourgogne F-C	46,1	15,1	25,6	0,2	7,1	6,0	100
Bretagne	42,1	15,3	26,6	0,2	11,6	4,2	100
Centre	37,1	25,9	31,5	0,3	2,9	2,4	100
Ile de France	38,5	19,3	34,3	0,1	5,1	2,7	100
Languedoc-Rouss.	36,8	19,8	26,7	0,1	12,6	4,0	100
Limousin P-Ch	42,0	20,1	25,4	0,3	6,7	5,6	100
Midi-Pyrénées	34,8	19,3	34,6	0,1	7,1	4,0	100
Nord- Est	45,4	18,4	20,0	0,2	10,7	5,2	100
NPC-Picardie	42,2	20,6	24,9	0,3	8,7	3,3	100
Normandie	36,2	17,4	34,4	0,1	7,9	4,0	100
Pays de Loire	44,2	17,6	25,2	0,0	10,5	2,5	100
PACA Corse	37,7	19,7	32,7	0,2	7,6	2,1	100
Rhône Alpes	44,9	17,6	30,7	0,2	4,2	2,4	100
DOM	38,8	8,3	21,1	1,0	27,7	3,1	100
Total France %	41,3 %	18,4 %	28,5 %	0,2 %	8,0 %	3,6 %	100 %
Nombre	27 602	12 287	19 051	124	5 313	2 376	66 753

Source : CNAMTS-DSM, rapport d'activité AIP 2002

Différentes selon les régions, les pratiques divergent également selon les ELSM à l'intérieur d'une même région. Le tableau ci après met en évidence ces variations.

Tableau 22 : Les taux de passage en invalidité selon les régions et les ELSM

(en %)	< 2 ans	2 à 3 ans	fin des 3 ans	4è année	Usure prématurée	Autres motifs	Total des effectifs
Ile de France	38,5	19,3	34,3	0,1	5,1	2,7	11448
Dont Hauts de Seine	41,1	21,4	30,2	0,2	5,2	1,9	1 377
Pays de Loire	44,2	17,6	25,2	0,0	10,5	2,5	3 155
Dont Sarthe	46,6	23,5	17,3	0	9,2	3,4	476
Dont Maine et Loire	41,3	18,9	23,7	0	13,9	2,2	375
Total France %	41,3 %	18,4 %	28,5 %	0,2 %	8,0 %	3,6 %	
Nombre	27 602	12 287	19 051	124	5 313	2 376	66 753

Source: tableau établi par la mission d'après les rapports annuels d'activité des ELSM.

2. Les évolutions envisageables

L’indemnisation de l’incapacité temporaire de travail par la sécurité sociale est un îlot de stabilité. Peu de changements ont été apportés aux textes depuis plusieurs décennies. Parallèlement, le contrôle s’est relâché sous l’effet notamment de la priorité donnée aux autres missions du service médical et au désarmement de la sanction des prescripteurs.

Cependant, l’évolution de leur contexte (vieillissement des actifs, autres revenus de remplacement) et l’envolée des dépenses depuis cinq ans appelle une adaptation des textes et des pratiques. A bien des égards, il s’agit d’une reprise en mains d’un segment de la protection sociale que la longue accalmie des dépenses a éloigné de l’actualité.

Parmi les multiples possibilités de réforme, la mission concentre ses propositions sur celles qui présentent trois caractéristiques : infléchir l’évolution des dépenses ; s’inscrire dans le cadre institutionnel actuel ; découler des investigations faites. En conséquence, elle ne se prononce pas sur trois types de mesures possibles, sans en méconnaître l’intérêt :

a) Le délai de carence et le taux des indemnités journalières.

Dans le délai imparti, la mission n’a pas recueilli d’éléments pouvant nourrir un débat dont les tenants et aboutissants sont bien connus.

Un allongement du délai de carence (ou « franchise ») peut avoir trois effets :

- Une économie mécanique : à comportements identiques, le report du point de départ de l’indemnisation diminue les dépenses de l’assurance maladie.
- Un meilleur contrôle : en cas de maintien du salaire par l’employeur, celui-ci peut déclencher son contrôle médical plus rapidement car il est informé en pratique plus tôt que la CPAM et le circuit interne à l’entreprise est plus court³⁵.
- Une modification des comportements : en l’absence de maintien du salaire, ou en cas de maintien partiel, le recours aux IJ de courte durée peut être plus sélectif de la part des prescripteurs ou des salariés. Parallèlement, les employeurs peuvent être mieux incités à diminuer le risque par l’amélioration des conditions de travail s’ils en supportent une part accrue du coût de l’absentéisme maladie.

Quant à la modification du taux des indemnités journalières, sa portée financière est évidente, tandis que l’effet d’une modification sur les comportements est surtout sensible dans les cas où les IJ ne sont pas complétées par l’employeur ou un contrat de prévoyance : une minorité des salariés (un assureur avance une proportion de 6 à 8 % des cadres et 10 à 20 % des non cadres), les chômeurs indemnisés et les stagiaires de formation professionnelle.

La portée pratique de l’effet du délai de carence ou du taux de couverture sur la consommation d’IJ n’a pu être mesurée. Les assureurs complémentaires ont l’expérience de contrats proposant des niveaux de franchise ou de prestation variés. Mais les données

³⁵ Selon Securex, le délai d’information de l’employeur par le salarié est compris entre 0 et 2 jours ; le contrôle sur place fait gagner 2 à 3 jours par rapport à une convocation.

professionnelles disponibles sont extrêmement anciennes³⁶ ou lacunaires³⁷. Une étude sur des données récentes est attendue dans les prochains mois. Dans ces conditions, la mission a préféré s'abstenir plutôt que de rappeler les arguments financiers ou de contrôle.

Elle tient cependant à rappeler un élément institutionnel : aux termes de l'art L 323-4 du CSS, « *le montant de l'indemnité journalière peut subir un abattement ou une majoration en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national* ». Cette décision relève du Conseil d'administration de la CNAMTS, tant au plan juridique (CSS, art L 251-4) qu'économique, puisque les indemnités journalières figurent dans l'objectif de dépenses délégué (ODD) au régime.

b) Le transfert des arrêts de courte durée.

Devant l'insistance de nombreux interlocuteurs de la mission à expliquer l'impuissance des organismes de sécurité sociale à contrôler les arrêts de courte durée, il était tentant d'en proposer le transfert soit aux employeurs, soit aux salariés eux-mêmes. La mission n'est pas entrée dans cette voie puisque la question d'un autre partage des rôles entre les différents acteurs n'entrait pas dans son cadre.

Cette éventualité soulève d'ailleurs des questions complexes impliquant non seulement la modification des codes du travail et de la sécurité sociale, mais aussi des négociations conventionnelles entre partenaires sociaux. En tout état de cause, elle suppose un transfert concomitant de cotisations sociales. La situation financière du régime général ne le permet pas.

2.1 Les actions en cours

Ce n'est que très récemment que la CNAMTS a pris un certain nombre d'initiatives pour accélérer la transmission des informations ou renforcer les contrôles. Tout en se réjouissant de cette prise de conscience, la mission ne peut porter de jugement sur leur efficacité, car la plupart ne sont pas encore en œuvre.

2.1.1 La transmission des informations

2.1.1.1 La télétransmission des prescriptions d'arrêt de travail

La convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 entre la CNAMTS et l'Etat prévoyait d'élargir les fonctionnalités de Sésam Vitale à la « dématérialisation des prescriptions ». Cet engagement est resté jusqu'ici au point mort. La CNAMTS a l'intention de commencer les travaux techniques au début de 2004, et observe qu'un texte législatif sera nécessaire pour rendre obligatoire la télétransmission des ordonnances, puisque les obligations des médecins se limitent aujourd'hui aux données de la feuille de soins (CSS, art L 161-29 et 33). En attendant, une expérience de lecture optique a été lancée et est opérationnelle à Lyon.

³⁶ La tarification des délais de carence figurant dans le guide de l'assurance de groupe (FFSA-BCAC) date, sur ce point, des années 60 et n'a pas une fiabilité suffisante pour les franchises de moins de trois mois.

³⁷ Il n'y a pas d'études de l'impact du montant de l'indemnisation sur le nombre d'IJ par tête.

La quasi-généralisation de l'usage de l'outil informatique par les médecins devrait permettre la télétransmission des avis d'arrêts de travail, puisque ceux-ci relèvent d'une prescription. L'intermédiaire supplémentaire que représente le patient bénéficiaire de l'arrêt de travail serait alors supprimé et raccourcirait le délai d'information des deux services. De plus, les possibilités de contrôle tant administratifs que médicaux pourraient être considérablement améliorées. En effet, lorsque le service médical, destinataire de l'avis d'arrêt de travail en aura connaissance, c'est à dire dès le jour de sa prescription, il sera en mesure de procéder de suite à la planification des contrôles soit au domicile de l'assuré, soit en le convoquant pour les 2 ou 3 jours suivants.

Il est donc souhaitable non seulement que la prochaine convention d'objectifs et de gestion précise les délais de mise en œuvre de la télétransmission des ordonnances et avis d'arrêt de travail, mais que la prescription d'arrêts de travail reçoive, au sein de cette action, la priorité correspondant à son poids³⁸.

L'ensemble des médecins n'utilisant pas encore la télétransmission, il sera impératif de veiller à ne pas « pénaliser » ceux qui, par l'utilisation de ce nouveau système verraient leurs patients plus souvent contrôlés que ceux des confrères non informatisés, notamment dans le cas d'arrêts de courte durée (< 8 jours), ainsi que leurs pratiques mises sous surveillance « automatique ». La proposition émise par la mission au point 2.2.3.1 de limiter le délai d'envoi par la poste ou le dépôt à la CPAM à 24h va dans ce sens.

La réflexion conduisant à cette évolution doit être faite entre médecins prescripteurs et médecins conseils des échelons locaux notamment et pas seulement entre représentants des instances nationales.

2.1.1.2 La télédéclaration des employeurs

Plus de 2/3 du délai de liquidation de la 1^{ère} indemnité journalière, soit 35 jours en moyenne, tient à l'attente de l'attestation de l'employeur. La télédéclaration est non seulement une condition indispensable d'un délai de paiement plus normal, mais elle permet aussi une meilleure fiabilité de la liquidation en limitant les erreurs de saisie.

L'expérimentation engagée depuis mai 2002 à Rouen, Montbéliard et Lyon pour les trois formulaires (S 3201 n, pour les arrêts maladie, maternité et paternité ; S 3202 c, pour les arrêts maladie supérieurs à 6 mois ; S 6202 h pour les accidents du travail et les maladies professionnelles) devrait conduire à la livraison de prototypes en octobre 2003 et permet d'envisager l'ouverture du service en septembre 2004 sous deux formes : la mise à disposition des entreprises de formulaires « en ligne » via Net Entreprise et l'échange électronique de fichiers formatés entre les entreprises et les CPAM.

La mission salue ces initiatives dont elle souhaite l'aboutissement rapide. Elle ajoute deux suggestions : Il est souhaitable que l'ouverture du service s'accompagne d'actions d'informations en direction des entreprises afin d'accélérer la montée en charge ; il faudra ensuite en élargir les fonctionnalités de manière à permettre que les échanges soient dans les deux sens, afin que les entreprises soient informées des paiements et des suppressions.

³⁸ Proposition déjà formulée dans le rapport de l'IGAS « Evaluation du système d'information des professionnels de santé » de M.M CECCHI-TENERINI, LAFFON et LAROQUE, n° 2002-142.

2.1.2 *Les impulsions à l'échelon national*

2.1.2.1 *Les protocoles standardisés nationaux (PSN)*

Elaborés par l'ENSM de la CNAMTS et mis à disposition des échelons régionaux et locaux du service médical, l'utilisation de ces PSN n'est pas rendue obligatoire (cf. point 1.6.2.2). On peut s'interroger sur la confiance que porte l'ENSM aux outils qu'il met à disposition des ELSM. Les expériences locales peuvent être valables un certain temps, mais sans évaluation par rapport à l'utilisation de PSN, elles ne devraient pas perdurer. Mais à l'inverse, elles pourraient peut-être permettre d'améliorer les PSN.

Si l'objectif est la recherche d'efficacité dans le repérage des déviants (assurés et/ou médecins), et si l'on veut comparer les résultats obtenus et notamment les fréquences d'anomalies décelées, il est préférable et même nécessaire, d'utiliser une même méthodologie.

2.1.2.2 *La recherche de référentiels.*

Dans le cadre des prescriptions d'arrêt de travail maladie, on peut être tenté de se rapporter à des référentiels et aux bonnes pratiques. Dans le cadre des prises en charge de certaines pathologies ceci s'est avéré assez complexe, et les conférences du consensus participent à l'évolution de ces référentiels. Mais les interlocuteurs des différents échelons du service médical de la CNAMTS rencontrés par la mission ont tous évoqué les grandes difficultés que représentait une telle entreprise, compte tenu des différents facteurs à prendre en compte dans l'appréciation du besoin de cessation momentanée d'une activité professionnelle : état de santé réel ou exprimé, poste de travail occupé, milieu social, conditions de vie, etc.

La direction de la CNAMTS a toutefois sollicité l'ANAES pour qu'elle procède à la définition de référentiels et de bonnes pratiques en matière de prescription d'arrêts de travail.

Même si cela paraît une gageure, la mission estime indispensable que l'ANAES mette en route rapidement une réflexion sur ces sujets. Cependant, en aucun cas ce travail de longue haleine aux résultats incertains ne pourrait justifier l'immobilisme du contrôle. Il pourrait, par contre, donner lieu rapidement à l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques sur la place de l'arrêt de travail dans l'arsenal thérapeutique, les facteurs à prendre en compte et leur importance relative en fonction des différences de situation des patients évoquées ci-dessus.

2.2 **Le renforcement nécessaire du contrôle**

2.2.1 *Affirmer une volonté de contrôle*

2.2.1.1 *Le contrôle des arrêts courts peut être efficace*

La mission a rencontré les responsables de la société SECUREX, société de prestation de services spécialisée dans l'organisation des contre-visites médicales prévues par les textes relatifs à l'indemnisation complémentaire des arrêts maladie à la charge des employeurs (mensualisation et conventions collectives).

Cette société indique que 18 000 entreprises sont actuellement susceptibles de faire appel à ses services, plus ou moins régulièrement ou ponctuellement, dont 85% relevant du secteur privé et 15% du secteur public, notamment des collectivités locales et des sociétés de transports en commun, ainsi que des organismes de prévoyance.

L'activité de contre-visite de SECUREX - qui existe depuis 32 ans - a progressé en volume de 3 à 6% par an jusqu'en 2000, année de stagnation, puis s'est accélérée avec un accroissement de 19% en 2001, 29% en 2002 et probablement 31% en 2003, pour atteindre le chiffre de 28 000 contre-visites (effectuée par un millier de médecins généralistes rémunérés à l'acte). En Belgique, pays d'origine de cette société où les 15 premiers jours d'arrêt sont à la charge des employeurs, le nombre annuel de contre-visites qu'elle réalise est de 150 000. Le tableau ci-après rend compte des résultats des 22 048 contre-visites comptabilisées par cette société en 2002³⁹.

Tableau 23 : Les résultats des contre-visites effectuées par SECUREX

		Région parisienne	Province
A	Constat que l'arrêt est encore médicalement justifié	48,14%	59,92%
B	Constat d'absence du domicile en dehors des heures de sortie autorisées par la CPAM	34,01%	30,29%
C	Constat que l'arrêt n'est plus médicalement justifié	4,25%	5,89%
D	Refus de contrôle ou d'examen	1,15%	1,22%
E	Adresse problématique ou code d'accès rendant impossible l'accès	12,45%	2,68%
C/(A+C)	Constat que l'arrêt n'est plus médicalement justifié par rapport aux personnes présentes et examinées	8,10%	8,94%

La société insiste sur le caractère dissuasif du contrôle, dès lors que les salariés sont avertis de son existence et des règles du jeu, et que les conséquences (qui ne peuvent affecter que le paiement des IJ complémentaires, sans effet rétroactif) en sont effectivement tirées.

Les contre-visites sont réalisées exclusivement en dehors des heures de sortie autorisées. Elles peuvent être effectuées le jour même en région parisienne, si la société est saisie le matin, et dans un délai qui n'excède qu'exceptionnellement 48 heures en règle générale⁴⁰. Bien que des arrêts de longue durée puissent être contrôlés, la cible essentielle est constituée par les arrêts de moins de 8 jours, dont la société estime qu'ils sont les plus susceptibles de comporter des "arrêts de confort".

³⁹ S'agissant des arrêts de courte durée, qui constituent l'essentiel des contrôles effectués dans le cadre de contre-visites, ces résultats sont à comparer aux environ 24 000 prescriptions d'arrêt contrôlées en 2001 par l'ensemble des ELSM, avec un taux d'anomalie relevé de 12,4 %. Cependant, il importe de considérer que le nombre de personnes assujetties aux contrôles des ELSM (comme le temps qui pourrait y être consacré par les médecins conseils) est sans commune mesure avec le nombre de personnes susceptibles de faire l'objet d'une contre-visite par la société rencontrée. Encore faudrait-il par ailleurs que les conséquences en matière de suspension des IJ soient tirées avec une vigueur comparable aux conséquences tirées en matière d'indemnités journalières complémentaires. En outre, les enquêteurs des ELSM ne font guère de constats d'absence du domicile en dehors des heures de sortie autorisées par la CPAM et les caisses en tirent rarement des conséquences directes.

⁴⁰ 80% des contre-visites demandées le matin en région parisienne seraient effectuées le jour même, 95% des contre-visites seraient effectuées dans un délai de 48 heures suivant la demande.

La mission a observé que les médecins et la société étaient liés par une convention juridiquement et déontologiquement précise et que la procédure d'intervention des médecins était définie par un document concret.

S'agissant de l'efficacité de la contre-visite, pour laquelle la société et le médecin contrôleur rencontré estiment important qu'il s'agisse d'une visite impromptue au domicile et non d'une convocation, et au-delà des chiffres de baisse de l'absentéisme qu'elle n'a pas retenus dans la mesure où il pouvait s'agir d'arguments commerciaux, la mission relève :

- L'importance du constat d'absence du domicile en dehors des heures de sortie autorisées par la CPAM.
- Le taux des constats que l'arrêt n'est plus médicalement justifié par rapport aux personnes présentes et examinées qui, sans être négligeable, ne paraît pas d'une sévérité sur évaluée par rapport aux chiffres du contrôle médical de la sécurité sociale, s'agissant de contrôles majoritairement ciblés⁴¹.
- La croissance de l'activité de contrôle exercée par la société, dont on peut supposer que les employeurs n'y recourent pas sans en tirer un avantage en termes de baisse de l'absentéisme maladie.

2.2.1.2 *Le contrôle est légitime*

La mission estime nécessaire que soit réaffirmée la légitimité du contrôle et de sa sanction en direction des professionnels de santé et des assurés⁴². Les collègues de travail sont les premières victimes de la désorganisation résultant des arrêts maladie. Les abus de quelques médecins ternissent l'image de l'ensemble de la profession. Au-delà de sa légitimité, le contrôle peut aussi contribuer à la qualité du service rendu aux assurés⁴³ et aux professionnels de santé⁴⁴.

Elle tire des expériences qu'elle a observées et des entretiens qu'elle a conduits la leçon que les CPAM doivent être fortement incitées et appuyées pour le développement de contrôles ciblés en direction des usagers et des médecins et l'utilisation des données informatiques disponibles pour identifier les pratiques déviantes.

La mission estime que la mise en œuvre effective de l'ensemble des actions définies par la lettre "réseau" de la CNAME LR-DSM-18/2003 du 04 avril 2003 constitue une première étape indispensable du renforcement du contrôle des IJ. Elle suggère que les

⁴¹ Selon les entreprises et les périodes, il peut s'agir de contrôles visant indistinctement toutes les personnes en arrêt, ou en arrêt d'une certaine durée, ou en arrêt à certaines époques de l'année, ou des services choisis selon un roulement dans le temps, ou des services identifiés par le dépassement d'un seuil d'absentéisme défini en fonction des caractéristiques de chaque service, ou des personnes en arrêt itératif, ou des personnes ciblées par soupçon.

⁴² La question de l'efficacité des contrôles renvoie à l'affirmation forte de la légitimité du contrôle qui doit être reconnue en tant que telle, par l'institution, par les malades et les organisations syndicales, par les médecins et ne pas se limiter à la lutte contre la fraude (falsification individuelle de bulletin d'arrêt de travail ou fraude collective organisée) qui reste marginale.

⁴³ La mission a relevé par exemple ce qui se fait dans la Sarthe en matière d'information sur les risques du "nomadisme médical" pour la santé ou dans les Hauts-de-Seine en direction des handicapés.

⁴⁴ Voir par exemple l'outil de connaissance et d'évolution de leur pratique que constituent dans la Sarthe les différentes éditions de "PRESCOPE", "MEDICOSCOPE", "FACTUROSCOPE", "KINESCOPE", "DENTISCOPE" et "PRESCOPE SPECIALISTES" en direction des professionnels de santé.

orientations concernant les programmes régionaux de l'assurance maladie⁴⁵ (PRAM) 2004/2006 identifient clairement le contrôle des IJ en direction des médecins et des assurés, comme une priorité des plans locaux d'actions de gestion des risques.

2.2.2 *Développer les liens avec les entreprises*

2.2.2.1 *Donner suite aux signalements des employeurs*

A Alençon, conformément au modèle fixé par la lettre "réseau" LR-DSM-18/2003 du 04 avril 2003⁴⁶, le médecin chef de l'ELSM accuse réception des interventions des employeurs, indique avoir fait procéder aux vérifications nécessaires et rappelle que les suites données au contrôle ne peuvent être communiquées aux employeurs.

Outre cette réponse, l'ELSM examine systématiquement le dossier de l'assuré et prend contact avec le service administratif pour vérifier s'il y a une prolongation de l'arrêt. Au vu de ces éléments, l'ELSM diligente éventuellement un contrôle "agent enquêteur" ou un contrôle médical⁴⁷ et classe les interventions des employeurs par employeur et par assuré.

La mission estime que ce type de suite doit être effectivement donné aux interventions des employeurs par tous les ELSM.

2.2.2.2 *Rendre tous les avis des médecins contrôleurs opposables*

➤ La jurisprudence actuelle repose sur le principe d'inopposabilité.

Dans ses arrêts Cass. soc n° 91-43.484 du 15 février 1995 et n° 96-44.924 du 4 mai 1999, la Cour de cassation a affirmé que le salarié ne pouvait, en cas de divergence d'avis entre le médecin conseil de la sécurité sociale et le médecin ayant effectué une contre-visite à la demande de l'employeur, se prévaloir de l'avis du médecin conseil de la sécurité sociale, celui-ci étant inopposable à l'employeur.

Les sources différentes de l'obligation d'indemnisation de la maladie (le code de la sécurité sociale pour les IJ "maladie", le code du travail et les conventions collectives [voire le code de la mutualité ou celui des assurances lorsqu'il s'agit de contrôles prévus contractuellement par une institution de prévoyance] pour les IJ "complémentaires") et les statuts différents des médecins intervenants (contrat de droit privé et libre recrutement pour les médecins de contrôle de l'absentéisme, statut réglementaire et concours national avec résultats publiés au Journal officiel pour les médecins conseils de la sécurité sociale) constituent des fondements de l'inopposabilité affirmée par les arrêts ci-dessus de la Cour de cassation.

⁴⁵ Le PRAM est un document politique, identifiant les priorités régionales de gestion du risque, au sens de la circulaire du 24 mars 1999, sur une période triennale qui couvre actuellement la période 2001/2003.

⁴⁶ Ce modèle de lettre type a une rédaction ambiguë sur ce point.

⁴⁷ Les suites restent cependant modestes, puisque sur 48 sollicitations reçues à Alençon au 1^{er} semestre 2003, 1 seule a fait l'objet d'un contrôle médical.

- Mais les décisions de suspension des IJ prises par la sécurité sociale peuvent entraîner une suppression des IJ complémentaires, dès lors qu'elles sont connues de l'employeur.

L'article 7 de l'accord interprofessionnel du 10 décembre 1977 sur la mensualisation fait bénéficier les salariés concernés d'une indemnisation complémentaire de la maladie « *à condition ... d'être pris en charge par la sécurité sociale* ». S'agissant des conventions collectives - selon le cas - elles reprennent cette condition de prise en charge par la sécurité sociale, accordent une indemnisation complémentaire aux salariés « *lorsqu'ils toucheront des indemnités journalières au titre de la sécurité sociale* » ou donnent « *droit à des indemnités quotidiennes brutes complémentaires à celles de la sécurité sociale* » et, en tout état de cause, tiennent compte des indemnités journalières de sécurité sociale perçues par le salarié.

Que l'employeur soit subrogé dans les droits de l'assuré ou qu'il récupère ultérieurement l'indemnité avancée sur présentation du décompte de la sécurité sociale, il dispose d'informations sur ce que le salarié a réellement perçu et peut donc identifier une suspension d'indemnités journalières et en tirer des conséquences en termes de suppression des IJ complémentaires, la condition substantielle de prise en charge par la sécurité sociale n'étant plus remplie.

Dans ces conditions, il apparaît à la mission que la loi pourrait, sans porter atteinte à la vie privée des salariés ou à la discréction professionnelle des agents de la sécurité sociale, prévoir la notification à l'employeur des suspensions d'IJ. Il conviendrait, à cet effet, de compléter le dernier alinéa de l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale par une phrase s'inspirant d'une rédaction telle que : « *La CPAM informe simultanément l'employeur des décisions de suspension du service des indemnités journalières de maladie prises à l'encontre d'un de ses salariés* ». Cette notification n'ouvrirait aucun droit de sanction à l'encontre du salarié conformément à la jurisprudence en matière de contre-visite patronale⁴⁸, autre que la suspension correspondante du paiement des IJ complémentaires.

- Rendre les constats des contre-visites médicales opposables en matière de paiement des indemnités journalières.

La mission estime donc que les avis des médecins en charge des contre-visites « employeurs » devraient être communiqués à la CPAM et entraîner, au cas où l'arrêt ne serait plus justifié, ou les heures de sortie autorisées non respectées, ou en cas de refus du contrôle, les mêmes conséquences qu'un avis identique de l'ELSM ou qu'un ATI.

Il en résulterait un parallélisme des suites données aux avis des médecins conseils de la sécurité sociale et aux avis des médecins en charge des contre-visites demandées par les employeurs, conformément à la loi de mensualisation et aux dispositions des conventions collectives.

Quel que soit le statut du médecin auteur de l'avis sur le caractère justifié ou non de l'arrêt au jour de son contrôle, sa pratique est encadrée par le code de déontologie : Son article

⁴⁸ Cette jurisprudence limite les conséquences d'un avis négatif à la seule suspension des IJ complémentaires et interdit à l'employeur de sanctionner un salarié qui poursuit son repos en s'en tenant à la prescription d'arrêt de son médecin traitant (Cass. soc n° 91-45.141 du 10/10/95), qui a refusé de se soumettre à la contre-visite ou était absent de son domicile sans motif légitime (Cass. soc n° 96-42.969 du 10/11/98) ou se livrait à des activités personnelles non rémunérées incompatibles avec la prescription du médecin traitant.

5, qui dispose que « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* » et l'article 95 qui précise que « *En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce* » sont applicables à toutes les formes d'exercice de la médecine.

Les voies de recours resteraient respectivement le TASS en ce qui concerne les suspensions d'IJ « sécurité sociale » et le conseil des Prud'hommes en ce qui concerne les suspensions d'IJ complémentaires « employeur ».

Une telle réforme relève du domaine législatif. Elle pourrait être réalisée par l'introduction, dans l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale d'une disposition s'inspirant d'une rédaction telle que : « *Les avis formulés par les médecins en charge des contre-visites prévues par l'article 7 de l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977 sur la mensualisation, rendu obligatoire par la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978, sont communiqués à la CPAM dont relève le salarié concerné. S'il ressort d'un tel avis que les indemnités journalières mentionnées au 5° de l'article L.321-1 ne sont plus médicalement justifiées ou que la contre-visite a été rendue impossible du fait du salarié concerné, la caisse en suspend le service et informe simultanément l'assuré de cette suspension* ».

2.2.3 Renforcer le contrôle des bénéficiaires

Ainsi qu'il a été dit précédemment (§ 1.5.2), le contrôle des arrêts maladie occupe une place très minoritaire dans l'activité des médecins conseils (entre 2 et 6,5 % de leur temps de production), de sorte qu'au niveau national, seulement 6,3 % des arrêts maladie ont été contrôlés en 2001. Encore ce contrôle portait-il dans 94 % des cas sur des arrêts de plus de trois mois, si bien que moins de 0,5 % des arrêts de courte durée sont contrôlés. La mission a cependant rencontré des exemples intéressants d'actions dans les CPAM visitées, qui sont présentées en annexe 9. Par ailleurs, les préconisations du volet contrôle de la lettre réseau n° 18 du 4 avril 2003 constituent une première étape.

Pour atteindre un seuil de crédibilité, le contrôle doit être plus fréquent. Le budget (645 M€ en 2003) est suffisant pour permettre ce renforcement par des redéploiements, en particulier en provenance de la partie la plus « académique » des actions de santé publique.

Le renforcement quantitatif est nécessaire mais non suffisant. Pour être plus efficace, il faut contrôler plus mais aussi contrôler autrement, ce qui signifie pour l'essentiel :

- pour les arrêts de courte durée, intervenir plus rapidement ;
- pour les arrêts plus longs, éviter l'installation dans la maladie.

2.2.3.1 Intervenir plus rapidement en cas d'arrêt de courte durée

Il ne faut pas se résigner à dire que les arrêts de moins de 15 jours sont incontrôlables, sous prétexte que ce délai est dépassé le temps que le médecin conseil ait connaissance de l'arrêt, qu'il convoque l'intéressé et que celui-ci reçoive notification de la décision. C'est peut-être difficile en l'état actuel des procédures et des méthodes, encore que les contacts sur le terrain aient montré que l'on savait faire mieux. Mais une série de changements peuvent bousculer cet obstacle.

➤ Le déclenchement plus précoce des contrôles.

a) Limiter à 24 heures le délai d'envoi de dépôt des avis d'arrêt de travail.

Le délai d'envoi des avis d'arrêt de travail est actuellement fixé à 48 heures, sans dispositions relatives à la date certaine de l'acte⁴⁹, les modalités concrètes étant renvoyées aux règlements intérieurs des caisses, de même que les sanctions.

La mission estime que le délai devrait être réduit à 24 heures et que, dans l'attente de la mise en œuvre de la dématérialisation, il devrait être précisé qu'il s'agit du délai d'envoi par la poste, le cachet de la poste faisant foi, ou de dépôt auprès de l'échelon local du service médical (ELSM), le compostage "arrivée" de l'ELSM faisant foi. Ces précisions devraient être introduites dans l'article R.321-2 du code de la sécurité sociale. S'agissant du régime des sanctions, il serait possible de prévoir, par voie législative, une disposition s'inspirant d'une rédaction telle que "*lorsque l'avis d'arrêt de travail est envoyé ou déposé après l'expiration du délai fixé par l'article R.321-2, le versement de l'indemnité journalière est suspendu pour chaque jour de retard, sans préjudice du délai de carence applicable conformément à l'article R.323-1*" et de supprimer le renvoi aux règlements intérieurs des caisses.

En revanche, l'information téléphonique ou par d'autres moyens de communication devrait être admise, sous réserve de confirmation écrite. Mais elle devrait alors suffire pour déclencher un contrôle immédiat.

b) Organiser des contrôles administratifs rapides et des signalements automatiques.

Le contrôle médical n'est pas le seul. Les agents administratifs peuvent également contribuer au contrôle sous deux formes :

- L'intervention sur place d'agents enquêteurs de l'ELSM en plus grand nombre peut permettre de vérifier notamment la présence de l'intéressé au domicile, et les éléments administratifs du dossier. Ces renseignements pourraient aussi être pris par téléphone si le poste fixe était connu de la caisse, ce qui suggère de l'ajouter au formulaire d'avis d'arrêt de travail.
- La mission a observé que les outils informatiques permettaient de définir des actions ciblées sur la base de requêtes.

c) Mieux utiliser les possibilités des systèmes d'information.

- Développer les échanges d'information automatisés entre institutions :
 - A la différence du traitement du RMI par les CAF, il n'existe pas d'instruction concernant les échanges automatisés d'information, tels qu'ils sont prévus par le paragraphe 3.5.1.3 de la section 3 du chapitre 1 de la circulaire DSS/DIRMI n° 93-05 du 26 mars 1993 (relatif aux contrôles sur les déclarations trimestrielles de ressources). Ce paragraphe, qui fait référence à l'article 21 de la loi n° 88-1088 du 1^{er}

⁴⁹ Art R 321-2 du code de la sécurité sociale : "*En cas d'interruption de travail, l'assuré doit envoyer à la CPAM, dans les deux jours suivant la date d'interruption de travail, et sous peine de sanctions fixées conformément à l'art L 321-2 dans le règlement intérieur des caisses, une lettre d'avis d'interruption de travail indiquant, d'après les prescriptions du médecin, la durée probable de l'incapacité de travail. (...) La caisse fixe dans son règlement intérieur les modalités selon lesquelles les lettres mentionnées aux alinéas ci-dessus lui sont envoyées ou remises*". L'art L 321-2 dispose que les sanctions sont "*prévues dans le règlement intérieur*" de la CPAM.

décembre 1988, modifiée, rappelle que "des échanges automatisés d'informations doivent être mis en œuvre entre d'une part, certaines administrations, collectivités et organismes publics ou privés, concourant aux dispositifs d'insertion ou versant des rémunérations au titre de l'aide à l'emploi et d'autre part, les organismes payeurs. Ces échanges automatisés d'information doivent permettre le contrôle effectif des ressources et de vérifier de manière systématique et automatique l'exactitude des déclarations des C.E.S et les indemnités de chômage servies par les ASSEDIC".

- Des progrès en matière d'efficacité des contrôles pourraient résulter d'échanges avec les fichiers⁵⁰ de l'assurance vieillesse, de l'URSSAF, de la CAF pour ce qui concerne les minima sociaux qu'elle gère, en vue de détecter d'éventuelles doubles prises en charge ou, pour les URSSAF, de disposer de listes ciblées de bénéficiaires d'IJ susceptibles de relever d'actions de contrôle au titre de la lutte contre le travail illégal.
- Interfacer PROGRES avec d'autres systèmes internes à l'institution :
 - Certaines informations disponibles dans PROGRES pourraient être mieux utilisées, sans porter atteinte au rôle des agents de liquidation qui n'ont pas vocation à devenir des agents de contrôle des assurés ou des professionnels de santé. Les évolutions suivantes devraient notamment être envisagées :
 - ❖ Génération automatique d'une information au service médical en cas de pluralité de prescripteur d'arrêts maladie consécutifs.
 - ❖ Saisie par le service médical des motifs médicaux d'arrêts de travail (devant figurer sur le volet 1 de l'avis de prescription d'arrêt de travail, conformément à l'article L.162-4-1 du code de la sécurité sociale), avec interfaçage (sans visibilité pour les liquidateurs) avec la durée d'arrêt enregistrée sur PROGRES et avec les données d'HIPPOCRATE, en vue de générer automatiquement une information au service médical en cas d'arrêt hors norme.
 - ❖ Paramétrage de PROGRES en vue de rendre possibles des requêtes de ciblage, avec transmission des informations par lot quotidien, par exemple pour détecter les arrêts de certaines populations ciblées, les dépassements sur une période à définir (15 jours, 1 mois) d'une proportion donnée de prescription d'arrêts maladie ou d'une durée moyenne de jours d'arrêt de travail en vue de déclencher des actions de contrôle comparables à l'action de contrôle des arrêts des 10 gros prescripteurs ciblés dans la Sarthe.

➤ L'organisation de contrôles médicaux au domicile.

A la différence des médecins contrôleurs mandatés par les employeurs ou les institutions complémentaires, ceux de la sécurité sociale se déplacent très rarement. Ils convoquent les assurés qu'ils veulent contrôler. Or les contrôles sur place non seulement permettent de gagner plusieurs jours, mais ils sont aussi plus efficaces car ils permettent de vérifier l'achat et la prise effective des médicaments prescrits et ne laissent pas le temps à l'assuré de préparer un discours convenu, ne correspondant pas nécessairement à la réalité.

La mission estime donc que l'examen des malades par le contrôle médical ne doit pas être effectué seulement sur convocation, mais également à leur domicile. Trois conditions doivent être remplies :

a) L'accès au domicile de l'assuré.

⁵⁰ S'agissant des ASSEDIC, elles transmettent les listes d'inscription comme demandeurs d'emploi aux CPAM en raison du changement de statut des personnes concernées, tandis que se termine la généralisation de la transmission par les CPAM aux ASSEDIC de la liste des demandeurs d'emploi bénéficiaires d'IJ.

L'avis d'arrêt de travail (cerfa n°1070*02) doit être complété par le code d'accès au bâtiment, dont on a vu l'importance en Ile de France (tableau n° 23), et le n° de téléphone (poste fixe) du domicile. Faute de quoi, l'avis technique risque d'être impossible.

b) Le principe de la présence du malade au domicile.

Ce principe doit être maintenu, et les heures de sortie autorisées doivent être unifiées.

Il est tentant, au nom de la simplification, de supprimer ces dispositions, qui ne sont guère utiles en cas de convocation de l'assuré. Mais elles sont indispensables en cas de visite au domicile, ce qui est déjà le cas en cas de contrôle des IJ complémentaires et le deviendrait encore plus en cas de contrôle sur place par la sécurité sociale.

Il faut saisir l'occasion pour mettre fin au flou juridique entourant les heures de sortie autorisées : l'art. 37 du règlement intérieur (RICP) modèle provisoire des caisses primaires d'assurance maladie pour le service des prestations (arrêté du 19 juin 1947 modifié) les fixe entre 10h00 et 12h00 et entre 16h00 et 18h00. Mais chaque règlement peut fixer des horaires différents, ce qui rend la situation incompréhensible puisque le formulaire d'avis d'arrêt de travail reprend les horaires du RICP.

Il convient donc qu'un texte réglementaire fasse prévaloir un horaire uniforme. En outre, il faut que la règle selon laquelle les horaires dérogatoires sont autorisées par le médecin conseil puisse être appliquée, et préciser dans le formulaire d'avis d'arrêt de travail que les sorties dérogatoires ou libres sont subordonnées à cet accord, le silence valant rejet.

c) Les moyens nécessaires.

Il faut enfin dégager les moyens nécessaires. Les moyens budgétaires doivent entrer dans le redéploiement mentionné plus haut. Quant aux moyens physiques, la mission propose, dans le cas où ceux de l'ELSM ne suffiraient pas, de mettre en place un réseau de médecins libéraux commissionnés par les ELSM, comme la fonction publique dispose d'un réseau de médecins agréés pour procéder au contrôle des arrêts maladie de ses agents. Cela permettrait, dans le respect du code de déontologie⁵¹, d'assurer une bonne couverture de proximité.

➤ La décision doit être immédiate.

Entre la date de convocation par le médecin conseil et la date d'effet de la décision de la caisse qui suit la constatation par le médecin conseil de l'aptitude à reprendre le travail, il se passe plusieurs jours, voire plusieurs semaines si l'intéressé n'a pas déféré à la convocation.

Ce délai peut être drastiquement réduit par l'effet combiné de plusieurs mesures.

a) L'uniformisation des procédures de convocation.

En cas d'absence de l'assuré à la convocation, chaque caisse a organisé sa procédure, ce qui revient en pratique à laisser à l'assuré une deuxième, parfois une troisième chance, voire un délai supplémentaire avant de rendre l'avis technique impossible prévu par les textes

⁵¹ Notamment de ses articles 5, 95 et 100 à 104.

(CSS, art R 323-12). La mission propose de définir une procédure nationale, et que celle-ci n'admette pas d'absence non justifiée préalablement au contrôle.

b) La suppression de l'IJ dès le jour de la constatation de l'aptitude à reprendre le travail.

Le dernier alinéa de l'article L.315-2 dispose que la caisse suspend le service des IJ, lorsque l'ELSM estime que la prestation n'est plus médicalement justifiée, «*après en avoir informé l'assuré*». Cette formulation induit que la suspension intervient au moment de la notification et non au moment du constat d'absence de justification médicale. C'est pourquoi la mission propose «*et informe simultanément l'assuré*» et suggère que cette formulation soit retenue systématiquement dans tous les cas où le code de la sécurité sociale prévoit une telle sanction⁵².

c) Une adaptation de la procédure d'expertise médicale.

Ce même alinéa précise que « les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'art. L 141.1 ». Cette procédure n'est pas adaptée au cas des indemnités journalières, car il ne s'agit pas ici de contradiction entre deux points de vue médicaux mais de succession de constatations à des dates différentes. Le médecin traitant a prescrit un arrêt de travail et « la durée probable de l'incapacité de travail » (CSS, art R 321-2). Le médecin conseil ne se prononce pas sur la pertinence de cette prescription le jour où elle a été faite, mais sur l'aptitude à reprendre le travail le jour où il voit le malade. Il n'y a donc pas lieu à expertise, d'autant qu'elle interviendrait quelques mois plus tard. La mission propose donc qu'une disposition législative exclue l'expertise médicale dans ce cas, ce qui revient à dire que la décision de la caisse peut être portée devant le T.A.S.S. Cette disposition serait bien sûr sans effet sur la prescription. Elle porterait seulement sur le service de l'indemnité journalière.

d) La suppression des possibilités d'assouplissement ouvertes aux conseils d'administration des CPAM.

D'une manière générale, l'organisation du contrôle des prestations sociales est une prérogative de puissance publique. Dans le cas particulier, il n'est pas opportun de laisser les conseils d'administration décider de la rigueur avec laquelle il sera fait application de la réglementation, sans tenir compte du point de vue du contrôle médical dès la prescription d'un arrêt de travail et avec tous les risques d'inégalité entre les caisses que cela comporte. La mission propose donc la suppression du pouvoir accordé aux CA en la matière (article 41 du règlement intérieur type des CPAM), ce qui implique une refonte du règlement intérieur type prévu par l'arrêté du 19 juin 1947 et peut-être une retouche à l'art L 321-2 du CSS.

2.2.3.2 *Mieux organiser la sortie des arrêts de longue durée*

L'ensemble des interlocuteurs de la mission a insisté sur la nécessité d'éviter que les arrêts se prolongent à l'excès. Au bout de quelques mois, la re-socialisation est plus difficile, tandis que les durées de traitement sont aujourd'hui bien plus courtes que la durée maximale des indemnités journalières. Aussi est-il essentiel de tout faire pour éviter l'installation dans l'arrêt de travail.

⁵² Ceci n'exclut pas la suppression des IJ dès le premier jour de leur service, dans le cas où elles sont indues.

La mission propose quatre axes d'action en ce sens.

➤ Revoir le moment du premier contrôle systématique.

Aujourd'hui, les arrêts de travail sont systématiquement contrôlés entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois. Encore la mission a-t-elle pu constater que ce n'est pas toujours le cas (voir § 1.4.4, la progression des ALD). Outre qu'il convient de colmater les brèches que peut ouvrir dans ce contrôle le défaut d'information de service médical, la mission estime qu'il faut étudier si ce moment est bien le meilleur pour faciliter la reprise du travail. L'enquête d'amélioration des connaissances de la DSM devrait permettre de déterminer le meilleur moment. S'il s'avérait qu'il se situe entre le 2^{ème} et le 3^{ème} mois, comme certains médecins l'ont avancé à la mission, il faudrait revoir concomitamment la date à laquelle les droits sont revus et l'avancer au 3^{ème} mois, ce qui nécessiterait une modification de l'Art. L 324-1 CSS.

La mission estime cependant qu'il ne faut pas se limiter à définir une échéance optimale d'intervention de l'ELSM, mais aussi améliorer l'articulation entre le service prestations de la CPAM et l'ELSM, en vue d'assurer le respect de cette échéance⁵³.

➤ Entrer dans une démarche plus active de réinsertion professionnelle.

La possibilité de reprendre le travail ne relève pas seulement d'une appréciation médicale, mais aussi du milieu de travail et de considérations sociales. Au-delà des bilans médico-socio-professionnels (BMSP) déjà prévus, la mission recommande de tisser des liens plus étroits avec les médecins du travail compétents, comme cela se fait déjà dans une partie des caisses visitées.

Ici aussi, l'échange de bonnes pratiques peut permettre de trouver les meilleures modalités.

La mission a ainsi observé des formes diverses de rapprochement entre l'assurance maladie, les entreprises, la médecine du travail, l'AGEFIPH et le service public de l'emploi, en vue d'anticiper la démarche de reclassement des personnes en arrêt de travail, dont le retour à l'emploi à leur poste de travail est compromis par une inaptitude prévisible à ce poste de travail, pour lesquelles la définition d'un nouveau projet professionnel s'impose. Elle apprécie positivement ce type de dispositifs, présentés en annexe 10, et suggère qu'ils soient étendus aux CPAM et ERSM actuellement non concernés.

Par ailleurs, la motivation médicale précise des arrêts de travail pourrait permettre d'identifier très en amont les affections qui sont susceptibles de conduire à une exclusion du travail et d'organiser, à l'initiative du service médical, une concertation entre le médecin conseil de la CPAM, le médecin traitant et le médecin du travail, en vue d'anticiper les mesures d'ordre médical, les changements ou aménagements de poste de travail⁵⁴, ou l'organisation d'un mi-temps thérapeutique permettant de prévenir cette exclusion,

⁵³ Lors de ses visites, la mission a relevé des retards de transmission par les CPAM des demandes d'avis qui doivent en principe être adressées le 120^{ème} jour à l'ELSM, s'agissant des dossiers des assurés "en cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée (article L.324-1). Par exemple, dans la Sarthe, sur la période du 1^{er} au 30 septembre 2002 et pour 296 arrêts de travail transmis par la CPAM à l'ELSM, seuls 28,7% avaient été transmis avant le 130^{ème} jour, 53,4% entre le 131^{ème} et le 150^{ème}, 6,8% entre le 151^{ème} et le 180^{ème} et 11,1% au-delà du délai de 180 jours.

⁵⁴ Sur la base, par exemple, d'une visite médicale du travail de pré-reprise comme la mission l'a observé dans la Sarthe.

notamment en ce qui concerne les salariés les plus menacés en raison de leur âge ou de leur qualification faible ou inadaptée à l'évolution des processus de production.

➤ Raccourcir la durée maximale d'indemnisation

Le versement quasi automatique des IJ pendant 3 ans pour des affections de longue durée (ou assimilées) pourraient être réexaminé. La prise en charge dérogatoire pour le versement des IJ en cas d'affections de longue durée, date de l'arrêté du 19 juin 1947 fixant le RICP et résultait de l'action déterminée de lutte contre la tuberculose, véritable fléau à cette époque. Mais les moyens de diagnostic, les thérapeutiques et les moyens préventifs mis à disposition des praticiens pour toutes les pathologies (et en particulier la tuberculose) ont considérablement évolué et sont en changement permanent. Ils ne justifient nécessairement plus aujourd'hui une telle durée.

Sans avoir par elle-même l'ensemble des compétences nécessaires pour trancher, la mission pose la question de savoir si les données actuelles de la science demandent une durée de traitement aussi longue pour chacune des ALD. Si, comme elle le pressent, ce n'est le cas que dans quelques situations (on peut penser par exemple aux hospitalisations de très longue durée en établissement ou service psychiatrique), elle observe que la durée maximale ne devrait être maintenue que pour ces cas particuliers, et être raccourcie dans les autres. Avec la précaution de la consultation d'instances scientifiques à effectuer, elle avance qu'une durée de deux ans, soit un doublement de la durée de droit commun, devrait suffire en règle générale, ce qui conduirait à modifier l'art. L 323-1 du CSS.

Par ailleurs, il devrait être précisé que cet article conduit à accorder cette durée maximale pour l'ensemble des ALD et non pour chacune d'entre elles, ce qui permet aujourd'hui de prolonger une ALD par une autre (voir infra § 2.3.2.1, les périodes assimilées).

➤ Accélérer la décision relative au passage en invalidité.

Parallèlement, il est souhaitable que l'accès à la pension d'invalidité se fasse sans attendre la fin des droits aux IJ. Il a été dit à la mission que ce passage était parfois retardé pour des raisons sociales, comme le fait que les pensions d'invalidité sont souvent moins avantageuses que les IJ (taux pour la 1^{ère} catégorie, salaire de référence, moindre couverture complémentaire). Elle a par ailleurs constaté des différences importantes dans le rythme de passage en invalidité entre les régions (tableau 21). Elle considère que les considérations territoriales ou sociales ne peuvent prendre le dessus sur l'application de la loi, qui dispose que l'état d'invalidité doit être constaté dès la stabilisation de l'état de la personne, et que cette appréciation relève d'autres facteurs limitativement énumérés⁵⁵. Elle rappelle que la pension d'invalidité « *est toujours concédée à titre temporaire* » (CSS, art L 341.9).

La mission propose qu'une action soit entreprise par la DSM pour que les décisions d'attribution des pensions d'invalidité soient prises le plus tôt possible, dans les seules conditions en relation avec l'état de santé du patient qu'il convient d'apprécier régulièrement en fonction des pathologies.

2.2.3.3 *Appliquer les sanctions*

⁵⁵ CSS, art L 341.3 : la capacité de travail restante, l'état général, l'âge, les facultés physiques ou mentales, ainsi que les aptitudes de l'assuré et sa formation professionnelle.

Dans la mesure où le contrôle de la justification des arrêts maladie se fait sur examen médical et/ou sur pièces, il n'apparaît pas illégitime que l'absence de motivation médicale de l'arrêt de travail (prévue par l'article L.162-4-1 du code de la sécurité sociale) conduise à la notification d'un "avis technique impossible" (ATI) par l'échelon local du service médical (ELSM) et à la suspension concomitante du paiement des IJ. Au minimum, la mission estime qu'en l'absence d'une telle motivation, l'assuré devrait faire l'objet d'un contrôle.

La mission a relevé que, jusqu'à présent, il y avait très peu d'ATI notifiés à la caisse par le contrôle médical. Par exemple, dans l'Orne, si les assurés ne se présentaient pas - sans s'excuser - à une 1^{ère} convocation, ils étaient systématiquement reconvoqués en recommandé avec accusé de réception. Par ailleurs, seuls les assurés toujours en cours d'indemnisation étaient convoqués. La direction du Service médical s'est engagée dans une démarche qualité et dans un processus de certification, au plan national (contrôles obligatoires et accueil). Dans ce cadre, elle a demandé que la procédure suivante soit appliquée: ⇒ notifier un ATI à la CPAM à J +5 (J étant le jour de la convocation) si l'assuré ne s'est ni présenté ni excusé dans ce délai. L'échelon local de l'Orne met actuellement en place cette instruction. Dans les autres ELSM rencontrés, si des ATI étaient transmis à la CPAM, en revanche les notifications aux assurés étaient diversement appliquées.

Il apparaît à la mission que cette procédure doit être strictement appliquée, non seulement en cas de défaut de motivation médicale de la prescription, mais aussi dans les cas où l'assuré ne respecte pas les procédures et délais. Il est nécessaire également que des sanctions soient effectivement prises, sans que le conseil d'administration ait à intervenir. Seule une sanction financière est à même de changer les comportements abusifs. Toutefois, ceci va actuellement à l'encontre des dispositions du 2^{ème} § de l'article 41 du RI des CPAM qui prévoit que : « *à l'assuré qui aurait volontairement enfreint le règlement des malades ou les prescriptions du médecin traitant, le CA de la CPAM peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des IJ dues.* ». La mission propose donc de ne plus laisser les sanctions à l'appréciation des conseils d'administration⁵⁶.

2.2.4 Responsabiliser les prescripteurs

L'objectif recherché est double : dépister les abus (prescriptions anormalement nombreuses, inadéquation entre les éléments médicaux et la durée prévue de l'arrêt de travail par exemple) ; contenir le volume des prescriptions d'arrêts de travail.

Les efforts modestes, compte tenu de la faible part du temps de travail qui leur est consacrée, pour contrôler les arrêts de travail, se heurtent aujourd'hui à l'absence de responsabilisation des prescripteurs, qui aboutit à la démobilisation de ceux qui ont en charge le contrôle.

Le constat est pourtant sans appel. Personne ne croit au changement de pratique sur simple incitation. Les médecins conseils relèvent tous, à la fois, l'incapacité de faire passer plus d'un message à la fois à un praticien (on ne peut lui parler du nombre d'arrêts de travail qu'il accorde et en même temps de l'ampleur de ses prescriptions pharmaceutiques) et le caractère éphémère de la sensibilisation.

⁵⁶ Cette proposition ne vise pas à mettre en cause le rôle des conseils d'administration dans les commissions de recours amiable.

Il faut donc affirmer clairement qu'il y a aujourd'hui des anomalies en matière de prescription d'IJ. Aucune explication convaincante n'a pu par exemple rendre compte du fait que certains médecins prescrivent cinq fois plus d'IJ que d'autres.

La mission propose trois mesures de responsabilisation qui rompent avec les pratiques qui se sont renforcées ces dernières années. Les comportements les plus aberrants ne doivent plus être admis, et la prescription, si elle doit rester libre, doit néanmoins tenir compte de l'impératif d'équilibre de la sécurité sociale que le conseil constitutionnel considère comme une exigence de valeur constitutionnelle⁵⁷.

2.2.4.1 *Rendre la prescription plus précise*

Depuis 1999, les médecins doivent indiquer les « éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail ». Mais le formulaire d'avis d'arrêt de travail n'a prévu à cet effet qu'une case libre, ce qui est insuffisant même si, dans le régime AMPI, le contrôle médical a constaté que le code de la pathologie est indiqué dans 90 % des cas⁵⁸. La mission propose de la remplacer par un cadre plus précis où le praticien, à l'instar des prescriptions de transport, devrait cocher la réponse à une série de questions telles que la possibilité de se déplacer, la nécessité de garder le lit, etc.

Par ailleurs, la mission a constaté que les auteurs de prescriptions d'arrêt de travail à la sortie de l'hospitalisation ne sont quasiment jamais identifiables. Elle demande donc qu'il soit rappelé que toutes les ordonnances doivent comporter les éléments d'identification du prescripteur, ainsi que sa signature.

En revanche, la mission ne fait pas sienne l'idée de limiter la prescription au principe de l'arrêt de travail et de laisser le choix de la durée au médecin conseil. D'une part, la prescription d'arrêt de travail est un tout, et la durée fait partie du traitement prescrit comme elle en fait partie pour la prescription de médicaments. D'autre part, la durée indiquée par le praticien est la « durée probable de l'incapacité » et non le droit de percevoir autant d'indemnités journalières.

2.2.4.2 *Mettre sous surveillance les plus gros prescripteurs*

La deuxième mesure s'apparente à un accord préalable. Dans la logique des mesures de PRESCOPE, il s'agira pour chaque CPAM de définir, en fonction de la structure d'âge de la clientèle, un comportement moyen, qui devra être calculé sur un échantillon plus vaste que les seuls médecins relevant de la caisse primaire. Au-delà d'un certain taux de dépassement, qu'il appartient à chaque CPAM de fixer avec réalisme, la prescription d'IJ du médecin sera soumise à l'accord préalable du médecin conseil, au moins s'agissant des prescriptions longues ou des renouvellements, une prescription de quelques jours pouvant répondre à des cas d'urgence. Cette mesure peut nécessiter de modifier l'art L 315.2 du CSS, les cas prévus ici ne semblant pas entrer exactement dans ceux énumérés pour les accords préalables.

Les ELSM devront se réorganiser pour assurer avec efficacité, c'est à dire rapidement, le contrôle des prescriptions d'arrêts de travail⁵⁹. Si cette réorganisation s'avérait trop difficile

⁵⁷ N°97-373 DC, 18/12/1997 (LFSS pour 1998) et 2000-437 DC, 19/12/2000 (LFSS pour 2001).

⁵⁸ Parfois après relance téléphonique du service médical.

⁵⁹ Le formulaire plus complet évoqué ci-dessus devrait permettre de prendre des décisions rapides.

à opérer, il pourrait utilement être fait appel à des sociétés d'assistance qui sont habituées à délivrer des prises en charge en temps réel, 24 heures sur 24, selon des réponses protocolées.

2.2.4.3 *Sanctionner les prescriptions abusives*

La troisième mesure consiste à confier à l'ELSM un examen de la pratique de prescripteurs d'IJ de certains médecins. On pourrait faire obligation d'y procéder pour une fraction à définir, de la population médicale qui se situe dans le décile supérieur de ceux qui accordent le plus grand nombre d'IJ à la part la plus importante de leur clientèle susceptible d'en bénéficier, corrigée par leur âge. Au terme de l'analyse, si des abus ont été constatés, il faut que sur la base du dossier ainsi mis en place, le prescripteur puisse être pénalisé. Le mécanisme actuel de déférement devant la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre a montré son inefficacité programmée. Les cas très limités de récupération des indus (CSS, art L 133-4) ne peuvent s'appliquer facilement aux IJ, puisqu'il faudrait définir une par une celle qui est justifiée de celle qui ne l'est pas.

La mission ne souhaite pas aller au-delà dans ses préconisations en matière de sanctions à l'encontre des prescripteurs. En effet, le souci de traquer les comportements individuels anormaux financés par la collectivité pour éviter de procéder à une sanction pécuniaire collective des assurés ou des entreprises, devrait conduire à mettre en place un système de sanction qui dépasse les seules prescriptions non justifiées d'IJ, mais traite l'ensemble des prescriptions médicales. C'est donc dans ce cadre que le volet IJ devra s'insérer. La mission souhaite cependant que les sanctions soient pécuniaires et graduées (déconventionnement pour une certaine durée, suspension du droit de prescrire des arrêts de travail indemnisés, pénalités pécuniaires ou autres).

Dans le cas où le médecin contreviendrait à des dispositions réglementaires, comme dans le cas de prescriptions abusives, les sanctions devraient être déterminées par la caisse, après contradiction, sans préjudice de la faute disciplinaire que constitue un certificat de complaisance. Les contestations devraient être portées devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).

2.3 Les conditions d'ouverture des droits

2.3.1 *Le cumul avec d'autres indemnisations*

2.3.1.1 *Congés payés et IJ.*

S'agissant des congés payés, il importe de distinguer l'incidence de la maladie lorsque celle-ci survient avant le départ en congés et lorsqu'elle survient en cours de congés⁶⁰.

La question du cumul entre l'indemnité de congés et les indemnités journalières de maladie se pose lorsque la maladie survient en cours de congés payés. Dans ce cas, les jours d'arrêt maladie pendant les congés payés ouvrent droit à la perception cumulée de l'indemnité

⁶⁰ Voir en annexe 12 rappel des dispositions applicables.

de congés payés pour les jours de congés et des indemnités journalières de sécurité sociale au titre de ces mêmes jours considérés comme des jours d'arrêt maladie. Par contre, l'indemnité journalière complémentaire payée par l'employeur au titre de la mensualisation ou de la convention collective, ou payée par un organisme de prévoyance au titre de la part correspondant à la cotisation payée par l'employeur, n'est pas due.

Ce cumul entre indemnité de congés payés et IJ "sécurité sociale" de maladie résulte de la jurisprudence non contestée de la Cour de Cassation (Cass. Soc 28 octobre 1958, Bull civ IV n° 1133) qui considère que l'indemnité de congés payés et l'indemnité journalière procèdent de deux faits génératrices différents et qu'il y a donc cumul des deux indemnités. La réponse ministérielle n° 16081 (J.O.A.N du 2 octobre 1989) rappelle cette jurisprudence, de même que la lettre de monsieur FILLON, ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, n° CAB 02069170 du 25 avril 2003 en réponse à un député.

On peut cependant s'interroger sur la différence de traitement qui en résulte, selon que le salarié a été victime d'une maladie avant d'avoir pris ses congés⁶¹ ou pendant ses congés et sur la justification d'une possibilité de cumul entre indemnité de congés et indemnité journalière de maladie⁶². Un tel cumul pourrait être rendu impossible, s'agissant aussi bien de l'indemnité de congé ou de la rémunération des jours dits « de RTT » en complétant le premier alinéa de l'article R.323-11 du code de la sécurité sociale qui dispose que « *l'attribution de l'indemnité journalière prévue à l'article L.323-4 est exclusive de l'allocation de chômage* ».

S'agissant de l'importance des arrêts maladie en cours de congés payés, la mission a fait calculer dans une CPAM le pourcentage d'arrêts maladie prescrits en août 2003 par des médecins extérieurs à la circonscription, ce qui pouvait laisser supposer qu'il s'agissait pour l'essentiel d'arrêts en cours de congés payés. Le tableau suivant montre que les arrêts prescrits hors circonscription en août ne sont pas négligeables.

Tableau 24 : Arrêts prescrits par des médecins "hors circonscription" de l'Orne en août

Département d'exercice du prescripteur	Nombre d'arrêts 2002	Nombre d'arrêts 2003	Structure 2002	Structure 2003	Nombre d'IJ 2002	Nombre d'IJ 2003	Structure 2002	Structure 2003
Orne	1 180	205	81 %	86 %	15 662	2 071	77 %	79 %
Limitrophe	217	30	15 %	13 %	3 765	505	19 %	19 %
Autre Département	49	3	3 %	1 %	716	47	4 %	2 %
Non déterminé	8	1	1 %	0 %	134	1	1 %	0 %
Total	1454	239	100 %	100 %	20277	2 624	100 %	100 %

Source : CPAM de l'Orne ; les arrêts prescrits en août 2003 ne sont pas encore tous connus à la date de l'extraction (17/09/2003)

2.3.1.2 Pensions d'invalidité et IJ.

Par circulaire n° 65/2002 du 23 avril 2002, la CNAMTS, en se fondant sur le principe de non-cumul d'indemnisation, précisait que pour les invalides en activité, l'arrêt motivé par

⁶¹ Dans ce cas, si le salarié est en arrêt maladie pendant toute la période au cours de laquelle les congés peuvent être effectivement pris, les congés payés sont perdus, sauf si la convention collective prévoit expressément le report des droits d'une année sur l'autre (Cass. soc 13 janvier 1998), et le salarié ne perçoit pas d'indemnité compensatrice de congés payés.

⁶² Alors même que, par exemple, l'article R.332-1 du code de la sécurité sociale interdit le cumul des IJ "maladie" et "maternité" avec l'allocation conventionnelle de chômage partiel en cas d'arrêt total provisoire (pendant deux semaines) d'activité (prévue par l'article L.352-3 du code du travail).

une affection différente de l'affection invalidante ouvrant droit aux IJ, tandis que l'arrêt lié à l'affection invalidante n'y ouvrant pas droit. Les difficultés d'application rencontrées sur le terrain ont conduit à son annulation par la circulaire n° 117/2002 du 12 août 2002.

La mission a interrogé deux des CPAM⁶³ visitées sur les difficultés d'application évoquées par la CNAMTS. Il en ressort deux éléments qui suscitent la réflexion :

- Dans les deux cas, la circulaire initiale du 23 avril n'a pas reçu d'application concrète, l'annulation étant intervenue avant qu'un dossier ait pu être repéré comme tel, faute selon elles d'obligation pour le médecin de préciser si l'arrêt était ou non motivé par une affection en rapport avec l'invalidité et/ou de précision suffisante de la motivation médicale de l'arrêt de travail.
- Une comparaison peut être faite avec le délai de carence dans le cas des personnes en affection de longue durée. Si l'arrêt est motivé par l'affection de longue durée ouvrant droit à exonération du ticket modérateur, il n'y a pas de délai de carence pour les IJ. Si l'arrêt est motivé par une autre affection, le délai de carence est applicable. Les deux CPAM confirment que cette disposition est mise en œuvre sur la base des indications fournies par le médecin traitant sur l'avis d'arrêt de travail, qui a l'obligation d'indiquer si l'arrêt est en lien avec l'affection de longue durée. La disposition concernant le délais de carence en cas d'ALD donne effectivement lieu à des contestations et à des régularisation, mais elle est appliquée.

Cependant, le cas des pensions d'invalidité est plus compliqué que celui des affections de longue durée, dans la mesure où la pension d'invalidité n'est pas attribuée sur la base d'une affection déterminée, mais de l'appréciation de la perte de capacité effectuée de façon globale, par rapport à l'ensemble des possibilités d'emploi de l'intéressé, en tenant compte non seulement de la nature et de la gravité des affections ou infirmités constatées, mais aussi de l'âge du sujet, de ses aptitudes physiques ou mentales, de sa formation professionnelle et des activités qu'il a exercées antérieurement⁶⁴. L'invalidité résulte donc plus d'un certain « état » de l'intéressé que d'une affection précisément identifiée.

C'est donc à juste titre que la CNAMTS a renoncé à sa circulaire du 23/04/02. Mais le problème du cumul de deux prestations au titre de l'inaptitude au travail demeure. La mission considère qu'il y a lieu de le résoudre dans l'autre sens :

- en suspendant la pension d'invalidité de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie pendant le service des IJ (pour des raisons pratiques, cette suspension interviendrait au bout d'une certaine durée, un mois par exemple) ;
- en appliquant aux pensions de 1^{ère} catégorie un plafond de cumul comme pour les pensions de vieillesse.

Ces mesures sont de nature législative.

2.3.1.3 Pensions de vieillesse et IJ.

L'article L.323-2 du code de la sécurité sociale limite les possibilités de cumul, à partir de 60 ans, entre une pension de retraite et des indemnités journalières de maladie. Cependant, pour être applicable, cet article doit être précisé par un décret fixant le montant annuel de ressources qui ne pourrait être dépassé du fait d'un tel cumul. Un autre décret doit fixer les

⁶³ Responsables "prestations" des CPAM du Mans et de Nanterre.

⁶⁴ Article L.341-3 du code de la sécurité sociale.

conditions dans lesquelles l'indemnité journalière de ces assurés est seulement réduite lorsqu'ils supportent des charges de famille.

La mission constate que ces décrets n'ont jamais été publiés et suggère qu'il y soit remédié⁶⁵.

Parallèlement, elle recommande de supprimer la possibilité de conserver pendant six mois les indemnités journalières et une pension de vieillesse liquidée au titre de l'inaptitude (art L et R 323-2). Sans avoir pu mesurer la fréquence de ces cumuls, elle n'en a pas trouvé auprès de ses interlocuteurs de justification probante, et considère que le cumul de deux indemnisations au titre du même chef n'a pas de raison d'être.

2.3.2 *La condition d'assurance*

Contrairement aux prestations en nature, qui sont étendues à l'ensemble de la population, les prestations en espèces sont réservées aux assurés qui sont dans l'incapacité « *de continuer ou de reprendre le travail* » (CSS, art L 321-1, 5°), ce qui suppose un minimum de travail préalable. Celui-ci est apprécié par un montant minimal de cotisations ou par une durée minimale de travail pendant la période ayant précédé l'arrêt de travail (tableau 25 infra).

Les indemnités journalières ne sont donc pas destinées à l'ensemble des assurés sociaux, mais seulement à ceux qui perdent leur revenu professionnel du fait de leur maladie. Cependant, la réglementation permet dans certains cas l'attribution d'indemnités journalières de maladie à des personnes dont le lien salarial est rompu. Ces situations sont voulues puisqu'elles résultent des textes. Elles posent néanmoins une question de principe : jusqu'à quel point les IJ peuvent-elles être un revenu de substitution au lieu d'un revenu de remplacement ?

2.3.2.1 *Les périodes assimilées au travail salarié*

Pour l'ouverture du droit aux indemnités journalières, sont considérées comme équivalentes à des périodes de travail les situations reprises au tableau suivant.

Tableau 25 : Périodes assimilées

Situations (en journées)	Équivalence	Référence
Arrêt maladie, maternité/paternité ou AT-MP indemnisé	6 heures de SMIC ou de travail	CSS, art R 313-8
Invalidité ou d' AT-MP avec rente > 2/3		
Arrêt maladie non indemnisé ⁶⁶		
Stage en établissement de rééducation professionnelle		
Détention provisoire		
Stagiaire de formation professionnelle non rémunéré	8 heures de SMIC ou de travail	Art R 313-9

Source : CSS, art R 313-8 et 9

⁶⁵ Le montant annuel à ne pas dépasser pourrait être fixé à 50% du plafond annuel de la sécurité sociale. Une autre solution pourrait consister à abroger la dernière phrase du 1^{er} alinéa de l'article L.323-2 et à calculer le montant annuel à ne pas dépasser sur les bases définies par l'article D.323-1 (plafond de ressources ouvrant droit aux IJ en cas de cure thermale) annualisées, ce qui serait cependant plus coûteux pour l'assurance maladie.

⁶⁶ Délai de carence ou, sur accord du médecin conseil, période suivant l'expiration des droits.

Par ailleurs, d'autres périodes sont assimilées au travail salarié : stages de formation professionnelle rémunérés par l'Etat (CSS, art R 373-1), congés payés (voir § 2.3.1.1).

Le cas du chômage indemnisé, examiné plus loin (§ 2.4.3) est différent. Les périodes de chômage indemnisé ne sont pas assimilées au travail salarié, mais le chômeur indemnisé conserve la qualité d'assuré social (CSS, art L 311-5) et les conditions d'ouverture du droit aux IJ doivent s'apprécier à la date de la cessation d'activité (Cass. Soc. 2 mars 2000). Cette construction est cohérente avec la disposition législative qui exige que le chômeur soit apte au travail pour bénéficier de l'indemnisation du chômage (code du travail, art L 351-3).

Les périodes assimilées ne sont pas en elles-mêmes critiquables⁶⁷. D'une manière générale, elles ne posent que la question de leur contrepartie contributive. En l'absence de cotisation, la charge en est supportée par les entreprises et les salariés. Dans un cas, toutefois, elles aboutissent à une conséquence contestable : la reprise du travail en cas d'ALD.

A l'issue de la durée maximale d'indemnisation de trois ans au titre des affections de longue durée, un nouveau droit à trois ans d'indemnisation est ouvert si l'assuré a repris le travail pendant un an. Or, si la loi (CSS, art L 323-1) exige la reprise du travail, la pratique a admis des périodes assimilées : chômage involontaire, rééducation professionnelle, arrêt maternité, et surtout arrêt maladie non lié à l'ALD⁶⁸. Il en résulte qu'un arrêt maladie de 3 ans au titre d'une ALD peut être suivi immédiatement d'un autre arrêt de 3 ans au titre d'une autre ALD.

Ce cas de figure est sans doute rare. La mission n'a pu en mesurer la fréquence, mais on lui en a signalé l'existence. Elle recommande d'en revenir à une interprétation stricte des textes : la durée maximale d'indemnisation pour les affections⁶⁹ de longue durée est de trois ans, même s'il y a plusieurs affections. Un nouveau délai ne devrait être ouvert que par la reprise du travail pendant un an, à l'exclusion de périodes assimilées.

2.3.2.2 *La prolongation des droits*

Le droit aux IJ se prolonge après la fin du contrat de travail, même si l'ancien salarié ne bénéficie pas de l'indemnisation du chômage. Cette prolongation est à deux titres :

- Le bénéfice des IJ est maintenu à l'ancien salarié : un arrêt de travail qui a débuté pendant le contrat de travail se prolonge jusqu'à l'expiration de la période maximale d'indemnisation (1 an ou 3 ans), même si le contrat de travail a été rompu entre temps, puisque la jurisprudence veut que les droits s'apprécient à la date de l'arrêt.
- Le droit aux IJ est maintenu pendant un an aux personnes qui cessent de remplir les conditions pour être assurés sociaux (CSS, art L 161-8). Les IJ peuvent donc débuter jusqu'à un an après la fin du lien salarial ou de l'indemnisation du chômage, et se poursuivre pendant 1 ou 3 ans.

Ces prolongations ne vont pas de soi, puisque les IJ ne remplacent ici aucun salaire. D'un côté, l'on peut dire que la perte successive du salaire puis de l'IJ créerait un problème

⁶⁷ Les conditions s'apprécient au jour de l'arrêt de travail, les IJ ne créent pas de nouveau droit aux IJ.

⁶⁸ Cela résulte d'une série de lettres de la CNAMTS, qui sont dépourvues de portée réglementaire : 29 août 1972, 16 janvier 1974, 1980.

⁶⁹ CSS, art L 323-1, 1^o : le fait que la période d'indemnisation soit calculée de date à date pour chaque affection (et non en cumulé sur 3 ans comme pour les autres IJ) devrait être sans incidence sur le total des périodes indemnisées, qui ne peut excéder le maximum réglementaire de 3 ans (art R 323-1).

social, car elle renverrait au RMI les personnes qui ne peuvent accéder à l'indemnisation du chômage, ni bénéficier de l'invalidité. De l'autre, les personnes qui ne travaillent volontairement plus depuis longtemps doivent-elles avoir plus de droits que celles qui n'ont pas travaillé assez longtemps ?

Sans trancher cette question de fond, qui n'est pas de sa compétence, la mission constate qu'il est nécessaire de maintenir un minimum de cohérence dans les indemnités. Les indemnités journalières ne sauraient être le substitut d'un salaire perdu, ni la prestation de « repêchage » de l'indemnisation du chômage. Autant il lui paraît normal de maintenir les indemnités journalières dans l'attente des allocations de chômage, autant il est contestable d'en ouvrir le droit aux personnes en congés sans solde, congés sabbatiques, démissionnaires ou ayant épuisé leurs droits à l'indemnisation du chômage. C'est pourquoi la mission propose deux mesures.

La première proposition est de limiter le service des IJ maladie, en dehors de celles attribuées au titre des ALD, à 3 mois⁷⁰ après la rupture du contrat de travail. Cette mesure, de nature législative, implique que l'employeur signale à la CPAM la rupture du contrat de travail des personnes en arrêt de travail maladie.

La seconde proposition est de ramener de 12 à 3 mois la durée du maintien des droits aux personnes qui perdent la qualité d'assuré social (décret en Conseil d'Etat). Ces personnes pourraient ainsi entrer en IJ dans les 3 mois qui suivent leur démission et percevoir ces IJ durant une période limitée à 3 mois (sauf en cas d'ALD)⁷¹.

2.3.2.3 *La durée de cotisations*

La durée minimale d'assurance est actuellement la suivante :

Tableau 26 : La condition d'assurance pour l'attribution d'IJ maladie

	IJ < 6 mois	IJ > 6 mois
Base de cotisations	1015 SMIC en 6 mois	2030 SMIC en 12 mois dont la moitié en 6 mois
Travail salarié	200 heures en 3 mois	800 heures en 12 mois dont le quart en 3 mois
Immatriculation	-	12 mois

Source : CSS, art R 313-3

NB : 35 h = 151,67 h/mois = 455 h en 3 mois

Les interlocuteurs de la mission n'ont pu expliquer la justification du double calcul, en nombre de SMIC ou d'heures. Pour les salaires inférieurs à 2,5 SMIC, le calcul en nombre de SMIC n'est plus favorable que dans des cas théoriques⁷². Pour les salaires élevés, il ouvre les droits avec une durée de travail très réduite (par exemple : 42,3 h pour un salaire de 4 SMIC), ce qui n'a guère de sens. Il est donc proposé de s'en tenir à un nombre d'heures travaillées⁷³.

⁷⁰ Ce qui correspond à peu près à la durée maximale du délai de carence ou du différé des allocations de chômage.

⁷¹ Ces deux mesures devraient s'accompagner en toute logique d'un raccourcissement similaire de la durée maximale d'inscription d'un ancien salarié à l'ANPE.

⁷² Durée de travail supérieure à 815 heures lors de l'avant dernier trimestre.

⁷³ De même, la durée d'immatriculation n'a plus de sens depuis que la carte Vitale est attribuée à 16 ans.

Au-delà de cette simplification, la question principale est de savoir si la proportionnalité entre la durée de cotisation et la durée d'indemnisation est suffisante. Une durée de 67 heures par mois pendant un an (moins d'un mi-temps) peut ouvrir une année d'indemnisation et la prolongation des droits à 3 années au titre des ALD n'est pas subordonnée à une durée d'assurance supplémentaire.

La mission estime qu'il est souhaitable de renforcer le caractère contributif des indemnités journalières, à la fois pour éviter la multiplication de petits arrêts pour des salariés récents et pour réserver les droits les plus longs aux salariés ayant cotisé suffisamment. Un tel schéma, inspiré de l'assurance chômage, pourrait par exemple prendre la forme reprise dans le tableau ci-dessous, étant entendu que la valeur des paramètres ne pourrait être fixée qu'après mesure de leur impact.

Le schéma envisagé comporte deux variantes pour les durées les plus longues : ou bien la durée supplémentaire d'assurance liée aux ALD reste indépendante de la durée de cotisations ; ou bien la proportionnalité entre la durée d'assurance et celle d'indemnisation est maintenue, même en cas d'ALD.

Tableau 27 : Durée de cotisation et durée d'assurance

Durée de cotisation		Durée totale des indemnités journalières
6 mois		3 mois
12 mois		6 mois
18 mois		9 mois
24 mois		12 mois
H1 2 ans	H2 3 ans 2 ans	18 mois si ALD 24 mois si ALD

Dans tous les cas, il faudrait faire en sorte que le renforcement de la contributivité ne se traduise pas par des formalités supplémentaires. Il est possible d'obtenir ce résultat en limitant les attestations des employeurs aux périodes non couvertes par la dernière DADS. Les douze derniers mois devraient suffire, compte tenu des délais d'exploitation et de report aux comptes par les CRAM. L'interrogation du fichier national de la CNAVTS par les CPAM nécessite une habilitation législative.

2.3.2.4 La condition d'incapacité de travail

La loi précise que les cures thermales ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf « lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions particulières fixées par décret » (CSS, art L 321-1, 5°). Curieusement, le décret n'a pas prévu de conditions médicales, mais seulement de ressources⁷⁴ (inférieures à 1,5 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale par ayant droit) et l'accord préalable du service médical.

Cette logique de condition de ressources n'est applicable en matière d'indemnités journalières que dans ce cas particulier (sous réserve des dispositions, non applicables faute

⁷⁴ Article D 323.1 du code de la sécurité sociale.

de décret, relatives à la limitation du cumul entre IJ et pension de retraite) et est contradictoire avec « *l'incapacité physique constatée (...) de continuer ou de reprendre le travail*⁷⁵ »

Bien que ce poste pèse faiblement sur les dépenses d'IJ⁷⁶, il apparaît donc que les dispositions relatives au versement d'IJ en cas de cure thermale n'ont pas leur place dans l'indemnisation de l'incapacité de travail.

La mission comprend bien qu'elle aborde là un problème où toute rationalité est perdue de vue depuis bien longtemps. Elle rappelle que 70% des aménagements du règlement type des caisses traitent précisément des cures thermales et des dispositions plus favorables qui leur sont dès lors consenties.

2.4 Le montant des indemnités journalières

Les propositions ne portent pas sur le taux des indemnités journalières lui-même, pour les raisons exposées supra (en introduction de la partie 2). Elles portent sur un certain nombre de modalités de calcul ou de cas particuliers qui apparaissent à la mission comme dépassés, compliqués ou inopportuns.

2.4.1 *Les majorations pour enfants à charge*

Lorsque le bénéficiaire des IJ a 3 enfants et plus à charge, le taux des IJ est porté, à partir du 31^{ème} jour d'indemnisation, à 66,67% du salaire de référence jusqu'au 180^{ème} jour, puis au-delà à 68,66%.

Dans le cas relativement fréquent où l'employeur verse des IJ complémentaires entre 1 mois et 6 mois d'arrêt, la majoration des IJ pour enfants à charge ne bénéficie pas au salarié mais, paradoxalement, à l'employeur pour qui elle vient en diminution de l'IJ complémentaire pour 16,67% du salaire journalier de référence. Il en est de même, au profit de l'organisme de prévoyance, lorsqu'un tel organisme intervient au-delà de 6 mois d'arrêt maladie, pour 17,17% du salaire journalier de référence (dans la limite du plafond de la sécurité sociale).

La prise en compte des charges de famille date d'une époque où les IJ complémentaires étaient rares. Le développement de la protection complémentaire l'a rendu inopérante dans la plupart des cas. Elle n'a donc plus sa place aujourd'hui dans l'assurance maladie, et devrait donc être supprimée ou être prise en charge par la branche « Famille ». Dans les cas où il n'y a pas d'IJ complémentaire, il y aurait certes une baisse des prestations, mais les IJ remplacent un salaire ou une allocation de chômage qui ne tiennent pas compte des charges de famille.

2.4.2 *La fiscalité des indemnités journalières*

Le régime fiscal des indemnités journalières comporte une incohérence en ce qui concerne les IJ versées au titre de la maladie de longue durée lorsque le motif de l'arrêt est le même que le motif ouvrant droit à la prise en charge à 100% en matière de prestations en nature. Ces IJ n'entrent pas dans l'assiette de l'impôt sur le revenu, alors que les autres IJ

⁷⁵ Article L 321-1, 5^o du code de la sécurité sociale.

⁷⁶ En 2000, sur la base de l'échantillon EPAS, environ 10 à 15 M€

maladie et les IJ maternité sont fiscalisées, de même que les IJ complémentaires, qu'elles soient ou non liées à une ALD.

Les IJ "ALD" de base suivent donc le sort des IJ "accident du travail et maladie professionnelle" qui ne sont pas fiscalisées. Cependant, la justification juridique applicable aux IJ « AT/MP », à savoir le caractère d'indemnisation d'un dommage, n'est pas transposable aux IJ « ALD ».

La mission estime que la fiscalité ne saurait être fonction des pathologies et que le statut fiscal des IJ « ALD » devrait être aligné sur le droit commun des IJ de base et complémentaires.

2.4.3 *Le cas des chômeurs indemnisés*

Le calcul des IJ des demandeurs d'emploi pourrait se faire à partir de l'indemnité de chômage de base et leur gestion assurée, sans transfert de charge, par les ASSEDIC.

Les investigations de la mission sur le terrain ont montré l'extrême complexité du calcul des indemnités journalières par les CPAM pour les demandeurs d'emploi, avec des dossiers lourds à constituer pour les assurés et des risques de retard de paiement des indemnités journalières. Les demandeurs d'emploi supportent intégralement le délai de carence de la sécurité sociale en cas d'arrêt maladie.

La comparaison des montants des indemnités journalières et des allocations de chômage confirme cette complexité et met en évidence des situations très inégalitaires et évolutives selon l'âge, le salaire d'activité, l'ancienneté de chômage, la durée d'affiliation.

Sur la base de ces enseignements, la mission propose de calculer les indemnités journalières des demandeurs d'emploi indemnisés par l'UNEDIC en pourcentage des allocations de chômage. Un taux uniforme de 85 % de l'allocation de chômage de base⁷⁷, dans la limite de 50 % du plafond de la sécurité sociale, assurerait l'équivalence par rapport au montant actuel de 50 % du salaire antérieur et l'égalité entre les chômeurs et les salariés. Conformément à la réglementation UNEDIC, le calcul ne comporterait pas de majoration pour enfants à charge ni de majoration au-delà de 6 mois d'arrêt maladie.

Le taux retenu pourrait cependant être inférieur au taux d'équilibre, soit pour compenser un taux plus élevé pour les bénéficiaires de l'ASS (voir § suivant), soit pour hiérarchiser davantage les prestations de chômage et de maladie.

S'agissant des bénéficiaires de l'ASS, il apparaît socialement difficile de les indemniser en dessous du montant de leur ASS. Ils pourraient donc bénéficier d'IJ "DE" d'un montant, soit équivalent à leur ASS, soit calculé à partir de leur allocation de base, avec un pourcentage identique ou inférieur à celui des demandeurs d'emploi indemnisés par l'ASSEDIC, en cas d'arrêt maladie.

⁷⁷ Le calcul exact donne un taux de 87% = k selon l'équation : (57,4% salaire de référence) x k = 50% salaire de référence. Ce calcul avantagerait légèrement les demandeurs d'emploi dont l'allocation n'est pas calculée sur la base de 57,4% de leur salaire journalier de référence mais sur la base de 40,4% plus partie fixe (soit un salaire de référence jusqu'à 140% du SMIC en 2003). D'où le taux maximal, légèrement inférieur, de 85 %.

La mission propose que, comme pour l'ASS, les IJ "DE" soient servies directement par l'ASSEDIC pour le compte de la sécurité sociale, sous condition de remboursement à l'ASSEDIC par la CPAM compétente.

Un tel dispositif présenterait les avantages suivants :

- Accélération du paiement des IJ aux demandeurs d'emploi.
- Guichet unique pour les demandeurs d'emploi.
- Fiabilisation du fichier des demandeurs d'emploi en éliminant les délais et les aléas de l'actualisation et renforcement concomitant des possibilités de contrôle de la recherche d'emploi, tant par l'Etat que par l'assurance chômage.
- Suppression d'un traitement complexe pour les CPAM.
- Egalité de traitement des demandeurs d'emploi indemnisés.
- Possibilité de limiter le paiement des IJ "maladie" à la durée du préavis en cas de rupture du contrat de travail, l'assuré basculant ensuite dans le système des IJ « DE », cohérent avec son statut de demandeur d'emploi.
- Economies générées par un calcul excluant les majorations au-delà de 6 mois et pour enfant à charge, conformément à la réglementation UNEDIC.
- Suppression des effets pervers résultant, dans la réglementation actuelle, du fait que le montant de l'IJ est parfois plus élevé que celui de l'allocation de chômage (cas de l'ASS).

Calculée en pourcentage de l'indemnité de chômage de base, l'indemnité journalière « DE » ne serait pas excessivement dépendante des évolutions de la réglementation UNEDIC. En effet, si la dégressivité a varié, le calcul de l'allocation de base sur le fondement de 57,4% du salaire de référence (ou 40,4% plus partie fixe) est inchangé depuis le 1^{er} janvier 1990.

La solution préconisée par la mission est une simplification et une rationalisation. Selon les taux retenus, elle peut aussi être une économie. Elle apparaît nettement préférable à l'hypothèse émise parfois d'un délai de carence spécifique pour les demandeurs d'emploi, qui aurait deux inconvénients majeurs : elle pourrait passer pour une discrimination ; elle serait un transfert de charge vers l'UNEDIC.

2.4.4 Autres mesures

Un certain nombre de modifications de moindre importance peuvent être suggérées à d'autres modalités de calcul des indemnités journalières. Leur intérêt réside moins dans les économies procurées que dans le renforcement de la cohérence des prestations.

2.4.4.1 La revalorisation des IJ

Elle obéit à des règles inutilement compliquées et dérogatoires. Elle intervient au 4^{ème} mois de versement, soit selon des coefficients de majoration fixés par arrêté, soit sur demande, comme « *le salaire normal prévu pour sa catégorie professionnelle* » dans la convention collective de la profession de l'assuré (CSS, art R 323-6).

Il n'y a aucune raison que les IJ soient revalorisées plus tôt ou mieux que les autres prestations en espèces. En outre, la mission a pu constater que la prise en compte des situations individuelles est peu fréquente aujourd'hui mais d'une grande lourdeur de gestion.

C'est pourquoi la mission propose que la revalorisation des IJ soit reportée du 4^{ème} au 7^{ème} mois et que son taux soit fonction de l'évolution prévisionnelle des prix. Cette mesure semble nécessiter une modification de l'art L 323-4 du CSS, qui fait référence à une « *augmentation générale des salaires* » et non aux prix.

2.4.4.2 *Le taux majoré à six mois*

La majoration du taux des IJ de plus de six mois est liée à une circonstance : l'augmentation de 2,8 % du taux de la CSG au 1^{er} janvier 1998. Cette mesure s'expliquait comme compensation pour les assurés en cours d'indemnisation à cette date. En revanche, sa pérennisation aux nouveaux bénéficiaires n'est pas justifiée. Il est donc proposé de la supprimer pour les nouveaux bénéficiaires, ce qui nécessite une modification de l'art L 323-4 CSS et procure une économie de l'ordre de 15 M€

2.4.4.3 *Le calcul sur 360 jours*

Le gain journalier de base servant au calcul de l'indemnité journalière est égal à 1/90^{ème} du salaire des trois derniers mois, ce qui revient à calculer l'IJ sur 360 jours par an. Il serait plus logique de calculer l'IJ sur 365 jours, c'est à dire de diviser la base par 91,25. Cette mesure relève du domaine réglementaire et procurerait une économie de l'ordre de 70 M€

*
* *

Les principales propositions de la mission sont résumées dans le tableau 28 ci-dessous.

Tableau 28 : Liste des propositions

Page n°	Contenu de la proposition	Niveau du texte
35	Télétransmission des prescriptions médicales	L si obligation
35	Télé déclaration des attestations d'employeurs	-
36	Elaboration de référentiels de prescription	L si opposabilité
39	Développer les liens entre CPAM et employeurs pour les contrôles	I
40	Informer les employeurs des suspensions d'IJ par les CPAM	-
41	Rendre les avis des médecins des employeurs opposables aux CPAM	L
42	Limiter à 24 heures le délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail	R
43	Organiser des contrôles administratifs rapides	I
43	Développer les échanges d'informations automatisés entre institutions	L pour autoriser
43	Interfacer Progrès et Hippocrate	
44	Organiser des contrôles au domicile des bénéficiaires	instruction
44	Compléter le formulaire d'avis d'arrêt de travail (code du bâtiment, n°téléphone)	A
44	Unifier les heures de sortie autorisées pour les malades	R
44	Commissionner des médecins libéraux pour le contrôle de l'absentéisme	L ?
45	Unifier les procédures de convocation des assurés	R ?
45	Donner un effet immédiat aux décisions de suppression des IJ	L
45	Adapter au cas des IJ la procédure d'expertise médicale	L
46	Supprimer les possibilités d'assouplissements ouvertes aux CA	
46	Avancer le moment du 1 ^{er} contrôle systématique	L éventuellement
47	Entrer dans une démarche de réinsertion professionnelle	I
47	Raccourcir la durée maximale d'indemnisation	L
48	Passer en invalidité à bonne date	I
48	Utiliser davantage la procédure d'ATI (avis technique impossible)	I
49	Introduire dans la prescription une description formatée des motifs médicaux	A
49	Veiller à ce que les prescriptions hospitalières soient identifiées et signées	I
50	Soumettre dans certains cas les prescriptions à accord préalable	L
50	Sanctionner les prescriptions abusives	L
52	Supprimer l'attribution d'IJ en période de congés payés ou de JRTT	R
53	Suspendre la pension d'invalidité pendant le service des IJ	L?
53	Prendre le décret limitant le cumul de pensions de vieillesse et d'IJ	R
53	Supprimer le cumul temporaire d'IJ et de pensions pour inaptitude	L
55	Ne plus considérer un arrêt maladie comme une reprise de travail	I
55	Ramener de 12 à 3 mois la durée du maintien de droit aux prestations en espèces	R
55	Réduire à 3 mois le maintien du service des IJ après rupture du contrat de travail	L
56	Mieux proportionner la durée de service des IJ à la durée de cotisation	L et R
57	Supprimer le versement d'IJ en cas de cure thermale	L ou R
58	Supprimer les majorations pour enfants à charge	L
58	Soumettre à l'impôt les IJ en cas d'affection de longue durée	L
59	Calculer l'IJ des chômeurs sur l'allocation de chômage et subroger les ASSEDIC	L
60	Revaloriser les IJ sur les prix après 6 mois de service	L
60	Supprimer le taux majoré à 6 mois aux nouveaux bénéficiaires	L
61	Calculer les IJ sur la base de 365 jours par an au lieu de 360	R

L = loi ; R = mesure du domaine réglementaire ; A = arrêté ; I = instruction

Conclusion

Après une longue accalmie, les dépenses d'IJ maladie ont augmenté de près de moitié en cinq ans (+ 46 % de 1997 à 2002). L'accroissement du nombre de salariés du secteur privé et leur vieillissement expliquent 36 % de l'augmentation du nombre d'IJ entre les premiers semestres 2000 et 2002.

Les premières indications disponibles pour 2003 montrent à la fois un élément rassurant avec un moindre dynamisme de la dépense, dû à la baisse des IJ courtes et un facteur inquiétant avec l'emballement du nombre d'IJ chez les plus de 55 ans, qui résiste aux premières analyses.

En dehors du facteur démographique, il reste un facteur résiduel (occurrence) de 3,8 % entre 2000 et 2002 et 1,4 % entre 2002 et 2003. Ni la réforme de l'assurance-chômage, ni la croissance des ALD, ni la baisse des mesures d'âge ne peuvent individuellement en rendre compte. Il est donc probable que le comportement des assurés et des prescripteurs a joué un rôle important dans la croissance constatée.

Si la mission n'a donc pas identifié de paramètres résolument nouveaux entre 2000 et 2002, elle s'est en revanche facilement aperçue qu'un examen sur moyenne période mettait en évidence l'acédie chez ceux qui avaient la charge du secteur des IJ, aboutissant à une déresponsabilisation des acteurs et à un désarmement du contrôle.

Or le secteur des IJ, comme les autres domaines de l'assurance maladie, devra générer des économies.

Les deux axes principaux de réforme proposés sont donc une réorganisation du contrôle médical tant vis à vis de l'assuré que vis à vis du prescripteur, et une remise en ordre des droits et du montant des IJ.

Les CPAM et les ELSM doivent consacrer plus de temps qu'ils ne le font actuellement au contrôle des IJ. Leur organisation peut être améliorée pour qu'ils puissent intervenir également sur les arrêts courts. Les prescripteurs doivent désormais faire l'objet de plus de contrôles de la part des médecins-conseils, qui doivent pouvoir déboucher sur des sanctions.

Toute une série de mesures sont proposées par la mission pour mettre fin aux nombreuses incohérences constatées dans les droits des assurés. Il en va ainsi des cumuls d'IJ avec une autre source de revenus qui n'est pas tarie pendant l'arrêt de travail. S'agissant de la même nature d'IJ, un même régime fiscal doit s'appliquer. Une unification du calcul des IJ, faisant disparaître des majorations obsolètes ou ramenant les revenus de remplacement au mieux à l'égal du revenu d'activité, est préconisée.

Enfin la mission recommande de proportionner davantage le droit aux IJ à la durée de la période de cotisations, tout comme l'assurance chômage, et suggère de ramener de trois à deux ans la durée maximale des IJ pour tenir compte des pathologies réelles.

Au lieu de les abandonner à l'irénisme qui depuis des années les a privés d'une large part de leur efficience, il s'agit maintenant d'émerillonner tous les acteurs de la régulation et du contrôle.

A Paris, le 08 octobre 2003

Eric GISSLER

Docteur Thérèse ROQUEL

Inspecteur général des finances

Inspectrice générale des affaires sociales

Daniel LEJEUNE

François MERCEREAU

Inspecteur des affaires sociales

Inspecteur général des affaires sociales

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Personnes et organismes rencontrés

Annexe 3 : Liste des sigles utilisés

Annexe 4 : Données locales sur la prescription d'indemnités journalières maladie par les médecins généralistes

Annexe 5 : Tableaux relatifs à l'évolution du paysage conventionnel en droit du travail

Annexe 6 : Allocations de chômage et indemnités journalières de maladie

Annexe 7 : Préretraites et indemnités journalières de maladie

Annexe 8 : La perception de l'impact des conditions de travail sur la santé

Annexe 9 : Diverses modalités de contrôle observées par la mission

Annexe 10 : Des dispositifs visent faciliter la réinsertion en milieu de travail

Annexe 11 : Evolution annuelle des IJ entre les premiers semestres 2000 et 2003

Annexe 12 : Rappel des dispositions applicables en matière de congés payés

Annexe 13 : Nombre moyen d'indemnités journalières versées par salarié occupé et par département

ANNEXE 1 : Lettre de mission

N O T E

à l'attention de Monsieur le Chef
de l'Inspection Générale des Finances
et

à l'attention de Madame la Chef
de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Les dépenses d'indemnités journalières ont augmenté ces dernières années de plus de 8 % par an. Cela en fait une des catégories de dépenses d'assurance maladie les plus dynamiques.

Une telle croissance est préoccupante à moyen terme étant donné le coût actuel de ces indemnités journalières d'environ 10 milliards d'euros.

Nous souhaitons que vous meniez une mission sur les causes de cette croissance et les moyens de la contenir. Il vous appartiendra :

- de faire la part des différents déterminants structurels et conjoncturels de cette croissance,
- d'étudier l'efficacité des différents instruments permettant actuellement de réguler les indemnités journalières, notamment le délai de carence, le niveau des indemnités journalières, l'action du service du contrôle médical des caisses, les référentiels de prescription...
- de proposer des mesures permettant de contenir la croissance actuelle et de les évaluer dans leurs grandes lignes.

Nous vous demandons de nous remettre votre rapport d'ici au 20 septembre 2003.

Jean-François MATTEI

Francis MER

Alain LAMBERT

ANNEXE 2 : Personnes et organismes rencontrés

Liste des personnes rencontrées

1- Cabinets des ministres

- cabinet du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie
M Damien CUIER, conseiller technique
- cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées
M Jean-Marc AUBERT, conseiller technique

2- Administration centrale

- direction de la sécurité sociale (DSS)

M Dominique LIBAULT, directeur
M François MAGNIEN, sous-directeur
M Emmanuel GIGON, bureau 6B
M Jocelyn COURTOIS bureau 6B
Mme A. THAUVIN, bureau 2A
Mme MJ SAULI, bureau 2A

- direction du budget (DB)

M François CARAYON, sous-directeur
M L VALLERNAUD, bureau 6B
M SANSON, bureau 6B
Mme le Dr LEGOUT-COLLADON, médecin-conseil

- direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

M Laurent CAUSSAT, sous directeur
M Christophe LOISY
M Jean-Paul DUPUIS

- direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)

M. DAYAN, sous directeur (salaires, travail et relations professionnelles)

- délégation générale à l'emploi et la formation professionnelle (DGEFP)

MME. Catherine BARBAROUX, déléguée générale
MME. Caroline GADOU, mission indemnisation du chômage

- direction des relations du travail (DRT)

M. Jean-Denis COMBREXELLE, directeur des relations du travail

3- Organismes nationaux

- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

M Daniel LENOIR, directeur

M. Joël DESSAINT, agent comptable

M le Dr Pierre FENDER, médecin-conseil national adjoint

M François LE NORMAND, directeur des statistiques et des études (D.S.E)

Mme Bernadette MOREAU, directrice du risque maladie

M Bruno NOURY, chef de projet

Mme Evelyne TOUSTOU, statisticienne (D.S.E)

Mme Gisèle LOHAZIC (DRM)

Mme Corinne LE BRAS

Mme Florence GUILLE, agence comptable

- Caisse nationale du régime d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM)

M Daniel POSTEL VINAY, directeur général

M DACHICOURT, directeur général adjoint

Mme Claudine BLUM-BOISGARD, médecin-conseil national

M Eugène HOCHE, directeur juridique

- Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC)

M Jean-Pierre REVOIL, directeur général

M BUNGENER, directeur informatique

M Jean-Paul DOMERGUE, directeur des affaires juridiques

- Fédération nationale des sociétés d'assurance (FFSA)

M Alain ROUCHE, directeur santé

Mme Jeannie DOUKHAN, actuaire

4- Caisses primaires d'assurance maladie

- CPAM des Hauts de Seine (92)

M R PLAZZOTA, directeur général

M le Dr Glenn LIMIDO, médecin-conseil chef

M COURTONNE, directeur de l'administration générale

M DUBORD, directeur de la logistique

M BOUHOUR, fondé de pouvoir de l'agent comptable

M CHEVRIER, directeur du cabinet

Mme LIEBEL, directrice adjointe chargée de la gestion du risque

Mme DAYET, direction de la gestion du risque

M LEBEL, directeur du centre 589

Mme STEINBACH, centre 589

M PINASSEAU, centre 589

Mme POULARD, centre 589

- CPAM de la Sarthe (72)

M NEGARET, directeur général

Mme le Dr Annick PIALOT, médecin-conseil

M Jean-Michel MASSEAU, responsable du département de la gestion du risque

Mme Valérie MALLIER, responsable du pôle assurés

Mme Nathalie BIDALOT, agent comptable

Mme Marie-Claire GERAULT, responsable du service du contrôle technique

Mme Anita LE BLEVEC, responsable du département études et gestion

Mme Thérèse HERRIAU, responsable d'un groupe de centres

- CPAM de l'Orne

Mme. SIMS-LAGADEC, directrice

Mme. Le docteur POLLES, médecin conseil, chef de l'ELSM

M. DOISDRON, directeur adjoint

M. REKIK ABDELHAFID, responsable des prestations

M. ENOUF, Responsable des relations avec les professions de santé

Mme. FROGER, contrôle interne.

- CPAM du Maine et Loire

Mme. Nicole VERSTRAETE, directrice

M. le docteur MAZAUD, médecin chef

M. RIVRON, sous directeur prestations et informatique

Mme. SCOCARD, agent comptable

M. MARTINEAU, division prestations

M. COULANDEAU, sous directeur santé publique et gestion des risques

Mme. PARSUS, responsable administratif, service médical

5- Autres organismes

Mme. LELAURIN, directrice SECUREX

Mme. ROCQ, assistante SECUREX

M. le docteur DEBIEURE, médecin contrôleur SECUREX

6- Services déconcentrés de l'Etat

Mme. BALMES, DRTEFP Nord – Pas de Calais

M. PESNEAU, DDTEFP de l'Orne

M.PERRIN, DDTEFP du Pas de Calais

M. DOLE, DDTEFP du Nord Lille

M. NOWAKSZYK, adjoint au DDTEFP du Nord Lille

M. DROLEZ, directeur adjoint du travail à la DDTEFP du Nord Lille

ANNEXE 3 : Liste des sigles utilisés

LISTE DES SIGLES

ACEMO (enquête)	Enquête sur l'activité et les conditions d'emploi de la main-d'œuvre
AGEFIPH	Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AIP	Avis individuel sur prestations
ALD	Affection de longue durée
AMC	Assurance maladie complémentaire
AMPI	Assurance maladie des professions indépendantes
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
ARPE	Allocation de remplacement pour l'emploi
ASFNE	Allocation spéciale du Fonds national de l'emploi
ASI	Appui social individualisé
ASP	Actions de santé publique
ASS	Allocation de solidarité spécifique
ASSEDIC	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
ATI	Avis technique impossible
ATM	Arrêt de travail pour maladie
AT-MP	Accidents de travail et maladies professionnelles
BIT	Bureau international du travail
BMSP	Bilan médico-socio-professionnel
CA	Conseil d'administration
CAF	Caisse d'allocations familiales
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CATS	Cessation anticipée des travailleurs salariés
CGPME	Confédération générale des petites et moyennes entreprises
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CSG	Contribution sociale généralisée
CSS	Code de la Sécurité sociale
DADS	Déclaration annuelle de données sociales
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DE	Demandeur d'emploi
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et la formation professionnelle
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et de la statistique
DRT	Direction des relations du travail
DSE	Direction des statistiques et des études
DSM	Direction du service médical
DSS	Direction de la sécurité sociale
ELSM	Echelon local du service médical
ENSM	Echelon national du service médical
EPAS	Echantillon permanent des assurés sociaux
ERSM	Echelon régional du service médical
FFSA	Fédération française des sociétés d'assurance
HIPPOCRATE	Logiciel utilisé par les services médicaux
IJ	Indemnité journalière
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
MEDEF	Mouvement des entreprises de France

OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
ODD	Objectif de dépenses délégué
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PDITH	Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés
PIRES	Protocole inter-régimes d'examen spécial
PRAM	Programme régional de l'assurance maladie
PROGRES	Logiciel utilisé par les services des prestations
PSE	Plan de sauvegarde de l'emploi
PSN	Protocole standardisé national
RICP	Règlement intérieur des caisses primaires
RIM	Recherche d'informations médicalisées
RMI	Revenu minimum d'insertion
RTT	Réduction du temps de travail
SCRE	Service de contrôle de la recherche d'emploi
SMIC	Salaire minimum de croissance
TASS	Tribunal des affaires de sécurité sociale
UNEDIC	Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
UPA	Union professionnelle artisanale
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie

LISTE DES ABREVIATIONS

M€	millions d'euros
Mds€	milliards d'euros
nc	non communiqué
nd	non disponible
ns	non significatif

**ANNEXE 4 : Données locales sur la prescription
d'indemnités journalières maladie par les médecins
généralistes**

Répartition du nombre de médecins généralistes de l'Orne en fonction de la proportion de leur patientèle I.J et du nombre d'I.J. prescrites (documents CPAM Alençon)

REPARTITION DU NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES DE L'ORNE

en fonction de la proportion de leur patientèle I.J et du nombre d'I.J. prescrites

indemnités journalières inférieures à 6 mois payées en 2002 en risque maladie aux assurés non atteint d'une ALD.

Proportion de patients ayant eu des IJ.	Nombre moyen d'I.J. par patient										Total
	21 à 28	18 à 21	17 à 18	16 à 17	15 à 16	14 à 15	13 à 14	12 à 13	11 à 12	5 à 11	
24% à 32%	6	1	3	5	1	3		2			21
21% à 24%	4	2	3	2	2	2		3	3		21
20% à 21%	2	3	3	3	4	1	4		1		21
18% à 20%	2	3	1	2	4	1	2	2	2	2	21
17% à 18%	1	2	2	2		6		5	3		21
16% à 17%	1	2		2	2	2	3	4	2	3	21
15% à 16%	2	1	4	1	1	1	3	3	2	3	21
13% à 15%		3	3	2	2	2	2	1	4	2	21
11% à 13%	2	2	2	1	2		3		3	6	21
0,2% à 11%	1	2		1	3	3	4	1	1	10	26
Total	21	21	21	21	21	21	21	21	21	26	215

Proportion de patients ayant eu des IJ.	Nombre moyen d'I.J. par patient										Total
	21 à 28	18 à 21	17 à 18	16 à 17	15 à 16	14 à 15	13 à 14	12 à 13	11 à 12	5 à 11	
24% à 32%	28,6%	4,8%	14,3%	23,8%	4,8%	14,3%	0,0%	9,5%	0,0%	0,0%	100,0%
21% à 24%	19,0%	9,5%	14,3%	9,5%	9,5%	9,5%	0,0%	14,3%	14,3%	0,0%	100,0%
20% à 21%	9,5%	14,3%	14,3%	14,3%	19,0%	4,8%	19,0%	0,0%	4,8%	0,0%	100,0%
18% à 20%	9,5%	14,3%	4,8%	9,5%	19,0%	4,8%	9,5%	9,5%	9,5%	9,5%	100,0%
17% à 18%	4,8%	9,5%	9,5%	9,5%	0,0%	28,6%	0,0%	23,8%	14,3%	0,0%	100,0%
16% à 17%	4,8%	9,5%	0,0%	9,5%	9,5%	9,5%	14,3%	19,0%	9,5%	14,3%	100,0%
15% à 16%	9,5%	4,8%	19,0%	4,8%	4,8%	4,8%	14,3%	14,3%	9,5%	14,3%	100,0%
13% à 15%	0,0%	14,3%	14,3%	9,5%	9,5%	9,5%	9,5%	4,8%	19,0%	9,5%	100,0%
11% à 13%	9,5%	9,5%	9,5%	4,8%	9,5%	0,0%	14,3%	0,0%	14,3%	28,6%	100,0%
0,2% à 11%	3,8%	7,7%	0,0%	3,8%	11,5%	11,5%	15,4%	3,8%	3,8%	38,5%	100,0%

Source : SIAM/ERASME

GDR / STATS le 29 aout 2003

REPARTITION DU NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES DE L'ORNE
 en fonction de la proportion de leur patientèle I.J et du nombre d'I.J. prescrites
indemnités journalières inférieures à 6 mois payées en 2002 en risque maladie aux assurés non atteint d'une ALD.

Nombre moyen d'I.J. par patient	Proportion de patients ayant eu des I.J.										Total
	24% à 32%	21% à 24%	20% à 21%	18% à 20%	17% à 18%	16% à 17%	15% à 16%	13% à 15%	11% à 13%	0,2% à 11%	
21 à 28	6	4	2	2	1	1	2		2	1	21
18 à 21	1	2	3	3	2	2	1	3	2	2	21
17 à 18	3	3	3	1	2		4	3	2		21
16 à 17	5	2	3	2	2	2	1	2	1	1	21
15 à 16	1	2	4	4		2	1	2	2	3	21
14 à 15	3	2	1	1	6	2	1	2		3	21
13 à 14			4	2		3	3	2	3	4	21
12 à 13	2	3		2	5	4	3	1		1	21
11 à 12		3	1	2	3	2	2	4	3	1	21
5 à 11				2		3	3	2	6	10	26
Total	21	21	21	21	21	21	21	21	21	26	215

Nombre moyen d'I.J. par patient	Proportion de patients ayant eu des I.J.										Total
	24% à 32%	21% à 24%	20% à 21%	18% à 20%	17% à 18%	16% à 17%	15% à 16%	13% à 15%	11% à 13%	0,2% à 11%	
21 à 28	28,6%	19,0%	9,5%	9,5%	4,8%	4,8%	9,5%	0,0%	9,5%	4,8%	100,0%
18 à 21	4,8%	9,5%	14,3%	14,3%	9,5%	9,5%	4,8%	14,3%	9,5%	9,5%	100,0%
17 à 18	14,3%	14,3%	14,3%	4,8%	9,5%	0,0%	19,0%	14,3%	9,5%	0,0%	100,0%
16 à 17	23,8%	9,5%	14,3%	9,5%	9,5%	9,5%	4,8%	9,5%	4,8%	4,8%	100,0%
15 à 16	4,8%	9,5%	19,0%	19,0%	0,0%	9,5%	4,8%	9,5%	9,5%	14,3%	100,0%
14 à 15	14,3%	9,5%	4,8%	4,8%	28,6%	9,5%	4,8%	9,5%	0,0%	14,3%	100,0%
13 à 14	0,0%	0,0%	19,0%	9,5%	0,0%	14,3%	14,3%	9,5%	14,3%	19,0%	100,0%
12 à 13	9,5%	14,3%	0,0%	9,5%	23,8%	19,0%	14,3%	4,8%	0,0%	4,8%	100,0%
11 à 12	0,0%	14,3%	4,8%	9,5%	14,3%	9,5%	9,5%	19,0%	14,3%	4,8%	100,0%
5 à 11	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	0,0%	11,5%	11,5%	7,7%	23,1%	38,5%	100,0%

Source : SIAM/ERASME

GDR / STATS le 29 aout 2003

Synthèse de la répartition du nombre de médecins généralistes de la Sarthe en fonction de la proportion de leur patientèle I.J et du nombre d'I.J. prescrites (documents CPAM Le Mans)

Classement : Nombre moyen d'IJ par patient ayant eu des IJ au titre du risque maladie													
Classement : Proportion de patients ayant eu des IJ au titre du risque maladie	Décile n°1	Décile n°2	Décile n°3	Décile n°4	Décile n°5	Décile n°6	Décile n°7	Décile n°8	Décile n°9	Décile n°10	non classés	Total	
	11	8	7	4	8	4	-	1	1	-	-	44	
	5	5	5	5	6	6	6	4	2	-	-	44	
	3	4	8	3	8	7	6	3	2	-	-	44	
	...												
	...												
	Décile n°9	2	2	1	5	4	1	2	7	10	10	-	44
	Décile n°10	4	3	1	1	1	1	1	7	2	13	16	50

Classement : Nombre moyen d'IJ par patient ayant eu des IJ au titre du risque maladie												
Classement : Proportion de patients ayant eu des IJ au titre du risque maladie	Décile n°1	Décile n°2	Décile n°3	Décile n°4	Décile n°5	Décile n°6	Décile n°7	Décile n°8	Décile n°9	Décile n°10	non classés	Total
	25,0%	18,2%	15,9%	9,1%	18,2%	9,1%	0,0%	2,3%	2,3%	0,0%	0,0%	100%
	Décile n°2	11,4%	11,4%	11,4%	13,6%	13,6%	13,6%	9,1%	4,5%	0,0%	0,0%	100%
	Décile n°3	6,8%	9,1%	18,2%	6,8%	18,2%	15,9%	13,6%	6,8%	4,5%	0,0%	100%
	...											
	Décile n°9	4,5%	4,5%	2,3%	11,4%	9,1%	2,3%	4,5%	15,9%	22,7%	22,7%	0,0%
	Décile n°10	8,0%	6,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	14,0%	4,0%	26,0%	32,0%	100%

Classement : Proportion de patients ayant eu des IJ au titre du risque maladie												
Classement : Nombre moyen d'IJ par patient ayant eu des IJ au titre du risque maladie	Décile n°1	Décile n°2	Décile n°3	Décile n°4	Décile n°5	Décile n°6	Décile n°7	Décile n°8	Décile n°9	Décile n°10	Total	
	11	5	3	6	2	2	4	5	2	4	44	
	8	5	4	4	3	8	3	4	2	3	44	
	7	5	8	6	2	8	3	3	1	1	44	
	...											
	...											
	Décile n°9	1	2	2	6	2	5	5	9	10	2	44
	Décile n°10	-	-	-	-	1	1	4	5	10	13	34

Classement : Proportion de patients ayant eu des IJ au titre du risque maladie											
	Décile n°1	Décile n°2	Décile n°3	Décile n°4	Décile n°5	Décile n°6	Décile n°7	Décile n°8	Décile n°9	Décile n°10	Total
Classement : Nombre moyen d'IJ par patient ayant eu des IJ au titre du risque maladie	25,0%	11,4%	6,8%	13,6%	4,5%	4,5%	9,1%	11,4%	4,5%	9,1%	100%
	Décile n°2	18,2%	11,4%	9,1%	9,1%	6,8%	18,2%	6,8%	9,1%	4,5%	6,8%
	Décile n°3	15,9%	11,4%	18,2%	13,6%	4,5%	18,2%	6,8%	6,8%	2,3%	2,3%
									
	Décile n°9	2,3%	4,5%	4,5%	13,6%	4,5%	11,4%	11,4%	20,5%	22,7%	4,5%
	Décile n°10	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	2,9%	11,8%	14,7%	29,4%	38,2%

Répartition du nombre de médecins généralistes du Maine et Loire en fonction de la proportion de leur patientèle I.J et du nombre d'I.J. prescrites (documents CPAM Angers)

Note explicative concernant le comportement des prescripteurs en terme de proportion de patients ayant eu des IJ et le nombre moyen d'IJ par patient.

- ✓ Le document suivant a pour objet de classer en décile les généralistes ayant prescrit des Indemnités Journalières au titre de la maladie sur la période du 01/01/2002 au 31/12/2002. Le nombre de généralistes ayant prescrit des IJ au cours de l'année 2002 s'élève à 550, soit 10 déciles de 55 médecins.
- ✓ La population étudiée concerne les patients de 16 à 60 ans hors ALD et L324.1 ayant bénéficié d'un arrêt dans le cadre du risque maladie.
- ✓ La lecture du tableau s'effectue de la façon suivante :
 - ❖ **Exemple 1** : 32 prescripteurs ont une forte proportion de patients ayant eu des indemnités journalières au titre du risque maladie avec un nombre moyen d'IJ par patient important.
En résumé, les 32 prescripteurs appartenant au décile 1 prescrivent souvent des IJ de longue durée.
 - ❖ **Exemple 2** : Le prescripteur appartenant au décile 10 en ligne et au décile 1 en colonne a une proportion très faible de patients à qui il prescrit des IJ mais avec un nombre moyen d'IJ par patient important.

Analyse des prescripteurs

- 1- Les médecins généralistes prescrivent 76,5 % du montant des dépenses d'IJ Maladie (27.750.861 euros).
- 2- En volume, les médecins généralistes prescrivent 82,3 % des IJ.
- 3- Sur 591 médecins généralistes, 50 médecins (soit 8,4 %) prescrivent pour 23,25 % des dépenses d'IJ.
- 4- Le montant moyen remboursé en IJ prescrites par un médecin généraliste pour l'année 2002 est de 47.519 euros alors que le montant moyen des 50 plus gros prescripteurs est de 129.058 euros.
- 5- En volume, le nombre moyen d'IJ prescrites par un médecin en 2002 est de 2.169 alors que le nombre moyen des 50 plus gros prescripteurs est de 5.871.

Classement : Nombre moyen d'IJ par patient ayant eu des IJ au titre du risque maladie	Classement : proportion de patients ayant eu des IJ au titre du risque maladie										Total
	Décile n°1	Décile n°2	Décile n°3	Décile n°4	Décile n°5	Décile n°6	Décile n°7	Décile n°8	Décile n°9	Décile n°10	
	32	10	1	5	1	3	1	1	1	1	55
Décile n° 1	32	10	1	5	1	3	1	1	1	1	55
Décile n° 2	3	7	14	6	8	3	5	5	3	1	55
Décile n° 3	4	5	5	10	8	5	3	5	3	7	55
Décile n° 4	3	9	5	6	5	3	7	5	6	6	55
Décile n° 5	1	3	8	3	9	5	7	8	6	5	55
Décile n° 6	1	2	4	8	5	13	8	4	5	5	55
Décile n° 7	1	7	3	8	4	6	4	5	5	12	55
Décile n° 8	2	3	6	2	5	5	5	8	12	7	55
Décile n° 9	3	3	2	4	4	9	8	8	9	5	55
Décile n° 10	5	6	7	3	6	3	8	6	5	6	55

Classement : Nombre moyen d'IJ par patient ayant eu des IJ au titre du risque maladie	Classement : proportion de patients ayant eu des IJ au titre du risque maladie										Total
	Décile n°1	Décile n°2	Décile n°3	Décile n°4	Décile n°5	Décile n°6	Décile n°7	Décile n°8	Décile n°9	Décile n°10	
	58,18%	18,18%	1,82%	9,09%	1,82%	5,45%	0,00%	1,82%	1,82%	1,82%	100%
Décile n° 1	58,18%	18,18%	1,82%	9,09%	1,82%	5,45%	0,00%	1,82%	1,82%	1,82%	100%
Décile n° 2	5,45%	12,73%	25,45%	10,91%	14,55%	5,45%	9,09%	9,09%	5,45%	1,82%	100%
Décile n° 3	7,27%	9,09%	9,09%	18,18%	14,55%	9,09%	5,45%	9,09%	5,45%	12,73%	100%
Décile n° 4	5,45%	16,36%	9,09%	10,91%	9,09%	5,45%	12,73%	9,09%	10,91%	10,91%	100%
Décile n° 5	1,82%	5,45%	14,55%	5,45%	16,36%	9,09%	12,73%	14,55%	10,91%	9,09%	100%
Décile n° 6	1,82%	3,64%	7,27%	14,55%	9,09%	23,64%	14,55%	7,27%	9,09%	9,09%	100%
Décile n° 7	1,82%	12,73%	5,45%	14,55%	7,27%	10,91%	7,27%	9,09%	9,09%	21,82%	100%
Décile n° 8	3,64%	5,45%	10,91%	3,64%	9,09%	9,09%	9,09%	14,55%	21,82%	12,73%	100%
Décile n° 9	5,45%	5,45%	3,64%	7,27%	7,27%	16,36%	14,55%	14,55%	16,36%	9,09%	100%
Décile n° 10	9,09%	10,91%	12,73%	5,45%	10,91%	5,45%	14,55%	10,91%	9,09%	10,91%	100%

ANNEXE 5 : Tableaux relatifs à l'évolution du paysage conventionnel en droit du travail

Annexe 5-1 : Panel aléatoire de 40 conventions collectives, articles concernant l'indemnisation conventionnelle complémentaire en cas de maladie

a) Champ couvert par ce panel (Source : DARES, enquête "ACEMO")

	Eclatement ou regroupement de CC	Identifiant IDCC	Effectifs estimés	Commentaires
Industrie du pétrole		01388	33 800	
Bâtiment : ETAM et Cadres	<u>Bâtiment ETAM</u>	00255	15600 pour la CC Bâtiment ETAM	
	<u>Bâtiment Cadres</u>	00203	10200 pour la CC Bâtiment Cadres	
Hôtels Restaurants		01979	422 000	
<u>Négoce et distribution de combustibles</u>	<u>Ouvriers et employés</u>		10 200	
Négoce et distribution de combustibles	Techniciens et AM	01408	1 200	
<u>Négoce et distribution de combustibles</u>	Cadres		2 800	
Travaux Publics : Ouvriers		01702	173 700	
Travaux publics : Ingénieurs, assimilés et cadres (IAC)		00144	32 600	
<u>Magasins d'alimentation à succursales multiples : Gérants non salariés</u>		01314	0. Cette convention ne concerne pas les salariés	
Détaillants en chaussures		00733	12 100	
Fleuristes		01978	20 200	Effectif sous-estimé. car CC partiellement agricole. donc couverte que partiellement par les enquêtes ACEMO
<u>Papier, carton, cellulose : Cadres</u>		00700	4 200	
Foyers de jeunes travailleurs		02268	6 300 nouvelle convention Foyers et services pour les jeunes travailleurs	
<u>Maîtres artisans chaussures</u>		01561	1 900 nouvelle convention Cordonnerie	
Bureaux d'études techniques - cabinets d'ingénieurs conseils - sociétés de conseil		01486	404 000	
Fabrication d'articles de papeterie	Cadres		9 700	
Fabrication d'articles de papeterie	Ouvriers	01689	10 400	
Fabrication d'articles de papeterie	Employés		44 000	
<u>Fabrication d'articles de papeterie</u>	A.M		7 500	
Cabinets d'experts comptables et comptables agréés		00787	104 900	
Voies ferrées d'intérêt local		00779	3 800	
<u>Matériel aéronautique, thermique et frigorifique</u>		01412	10 600	
Métallurgie (CCN) : Ingénieurs et cadres		00650	443 400	
Métallurgie Région parisienne : Ouvriers, administratifs, techniciens et agents de maîtrise (A.M) dits « mensuels »		00054	343 600	
Sucreries, sucreries distilleries et raffineries de sucre		01436	10 200	
Bâtiment de la Région parisienne : Ouvriers.		01740	135 000	Les effectifs des conventions locales des ouvriers du bâtiment ne sont pas connus dans les enquêtes ACEMO. L'estimation provient de la proportion d'ouvriers du secteur de la construction résidant en région parisienne (source : enquête Emploi de l'INSEE) rapporté au total des effectifs des deux conventions nationales des ouvriers du bâtiment (930 600)
Transports routiers		00016	537 400	
<u>Industrie chimique : Ouvriers et collaborateurs</u>	<u>Ouvriers</u>	00044	107 300 Il s'agit uniquement des effectifs ouvriers de cette convention	
Imprimerie de labeur et industries graphiques	Ouvriers		67 500	
<u>Imprimerie de labeur et industries graphiques</u>	<u>Employés</u>	00184	18 400	
Imprimerie de labeur et industries graphiques	Cadres et A.M.		10 300	
Banques		02120	235 600	
<u>Sociétés d'assurances</u>		01672	115 200	
Laboratoires analyses médicales : Non cadres	Non cadres	00959	29 800 Effectifs non cadres de la convention	
Services à l'automobile (CSNCRA)		01090	402 400	
Grands magasins : Employés.			32 600	Il s'agit des effectifs employés de la nouvelle convention Grands magasins et magasins populaires, issue de la fusion des 4 conventions demandées
<u>Magasins populaires : Employés</u>	<u>Grands magasins et magasins populaires</u>	02156		
<u>Grands magasins : Cadres</u>			3 300	Idem pour les effectifs cadres
Magasins populaires : Cadres				
<u>Hospitalisation privée à but lucratif</u>		00029	118 500	
Total des 40 champs conventionnels			3 952 200	
Ensemble des salariés couverts par une CC			12 350 000	Il s'agit du total des salariés couverts par une convention collective au sens strict (hors convention d'entreprise et statuts) et appartenant au champ des enquêtes ACEMO (hors conventions de l'agriculture et DOM-TOM).

b) Panel aléatoire de 40 conventions collectives (nationales, sauf précision contraire), articles concernant l'indemnisation complémentaire en cas de maladie
 (Source : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, CD-ROM "POSEIDON").

Champ conventionnel	Effectif couvert	Applicable depuis	Ancienneté minimum	Franchise	% indemnisation	Prévoyance	Contre visite	Observations
Industrie du pétrole	33 800	03/09/1985	1 an	Non	3 mois : 100% 3 mois : 50%		Oui	
Bâtiment : ETAM et Cadres	25 800	01/07/1969	1 an ou 5 ans dans la branche BTP	Non	30 jours : 100% 31 à 90 jours : 100%	A partir de 31 jours, avec prestations spécifiques après 90 jours. Cotis employeur.	Non	
Hôtels Restaurants	422 000	13/06/1983	1 à 3 ans : Cas A > 3 ans : Cas B	Oui, 10 ou 30 jours selon ancienneté	A : 75% du 31e au 183e jour B : 90% du 11e au 41e jour; 75% du 42e au 183e jour		Oui	Période à 90% augmentée de 10 jours par tranche de 5 ans d'ancienneté > 3 ans
Négoce et distribution de combustibles : Ouvriers et employés	10 200	01/06/1999	1 à 5 ans révolus : Cas A 5 à 10 ans : Cas B 10 à 15 ans : Cas C > 15 ans révolus : D	Oui : "Sécurité sociale"	A : 100% 30 jours B : 100% 60 jours C : 100% 90 jours D : 100% 120 jours Voir observations		Oui	Tranche supplémentaire à 66% : 3 à 5 ans 30 jours; 8 à 10 ans : 20 jours; 13 à 15 ans : 10 jours; à partir 23 ans : 20 à 60 jours
Négoce et distribution de combustibles : Techniciens et AM	1 200	01/06/99	1 à 5 ans révolus : Cas A 5 à 10 ans : Cas B 10 à 15 ans : Cas C > 15 ans révolus : D	Oui : "Sécurité sociale"	A : 100% 30 jours B : 100% 60 jours C : 100% 90 jours D : 100% 120 jours Voir observations		Oui	Tranche supplémentaire à 66% pour toutes les anciennetés jusqu'à 15 ans puis 40 à 60 jours à partir 23 ans
Négoce et distribution de combustibles : Cadres	2 800	01/06/99	1 à 5 ans révolus : Cas A 5 à 10 ans : Cas B 10 à 15 ans : Cas C > 15 ans révolus : D	Oui : "Sécurité sociale"	A : 100% 90 jours B : 100% 90 jours C : 100% 120 jours D : 100% 150 jours Voir observations		Oui	Tranche supplémentaire à 66% : 5 à 10 ans 30 jours; à partir 23 ans : 20 à 60 jours

Champ conventionnel	Effectif couvert	Applicable depuis	Ancienneté minimum	Franchise	% indemnisation	Prévoyance	Contre visite	Observations
Travaux Publics : Ouvriers	173 700	01/06/1993	Jeunes < 25 ans et apprentis : 1 mois 25 ans et plus : 3 mois ou 1 mois si ancienneté branche (750 points caisse retraite CNRO)	3 jours	100% : 45 jours 75% : 46 à 90 jours	Possibilité adhésion à Caisse Nationale de Prévoyance Ouvrière (C.N.P.O). Voir « Ouvriers bâtiment Région Parisienne.	Oui	
Travaux publics : Ingénieurs, assimilés et cadres (IAC)	32 600	01/07/1969	1 an ou 5 ans dans BTP	Non	30 jours : 100% 31 à 90 jours : 100%	A partir de 31 jours, avec prestations spécifiques après 90 jours. Cotis employeur.	Non	
Magasins d'alimentation à succursales multiples : Gérants non salariés	0	01/07/1984	1 an	12 jours, sauf hospitalisation avec arrêt > 1 mois	100 % des commissions nettes tranche A et 70 % des commissions nettes tranche B : 1095 jours	Oui Cotisation 70% entreprise, 30% gérant : 1, 09 % sur tranche A (<= plafond sécurité sociale); 1, 36 % sur tranche B (1 à 4 fois plafond)	Non, mais si sanction par sécurité sociale, indemnités journalières sécurité sociale considérées comme perçues	
Détaillants en chaussures	12 100	25/02/1983	1 an : Cas A 3 ans : Cas B	Cas A : 21 jours Cas B : 10 jours	Cas A : 90% 1 mois Cas B : <5 ans: 90% 2 mois < 8 :100 % 2 mois < 10: 100 % 2 mois et 66% 1 mois < 13: 100% 2 mois et 75% 1 mois < 15:100% 2 mois, 75% 1 mois, 66% 0,5 mois Voir observations	Non	Non	Au delà de 15 ans d'ancienneté, 100% 3 mois et 66% de 0,5 à 3 mois selon ancienneté. Les indemnités ne peuvent (prestations sécurité sociale comprises) être > moyenne salaires employés mêmes catégorie, période, magasin.

Champ conventionnel	Effectif couvert	Applicable depuis	Ancienneté minimum	Franchise	% indemnisation	Prévoyance	Contre visite	Observations
Fleuristes	20 200	01/01/1998	2 à 6 ans : Cas A 6 à 11 ans : Cas B 11 à 16 ans : Cas C 16 à 21 ans : Cas D 21 à 25 ans : Cas E 25 à 30 ans : Cas F > 30 ans : Cas G	6 jours	90% puis 70% pendant deux périodes de 30 jours chacune (cas A) augmentant de 10 jours jusqu'à 2 fois 90 jours (cas G)	Oui Cotisation employeur de 0,25%.	Non	
Papier, carton, cellulose : Cadres	4 200	04/12/1972	1 an		100% 3 mois, puis 50% 3 mois		Oui	Chaque période de 3 mois sera augmentée d'un mois par cinq années de présence, avec maximum de six mois pour chacune d'elles.
Foyers et services pour les jeunes travailleurs	6 300	01/04/1977	1°: Garantie "Incapacité" applicable à compter de 61 jours continus ou non (rechute même maladie) d'arrêt. 2°/ Garantie "maladie" Cas A : Période essai Cas B : 1 an Cas C : 3 ans	1°/ Après 60 jours d'arrêt continu ou rechute. 2°/ Pas de franchise	1°/ Indemnité journalière complémentaire de 33% du 1/trentième salaire sur tranche A et 83% sur tranche B jusqu'à 365 ^{ème} jour arrêt, puis transformation en "indemnité longue maladie" jusqu'à liquidation pension inaptitude taux plein. 2°/ Cas A : 1 mois, Cas B : 2, Cas C : 3.	Non	Non	1°/ Indemnité tranche A (<= plafond sécurité sociale) portée à 40% si hospitalisation et marié ou avec enfant à charge.

Champ conventionnel	Effectif couvert	Applicable depuis	Ancienneté minimum	Franchise	% indemnisation	Prévoyance	Contre visite	Observations
Cordonnerie	1 900	31/10/1995	3 ans	10 jours	90% 30 jours 2/3 30 jours	Oui Cotisation employeur : 0,43% des tranches A et B, pour les seuls salariés ayant ancienneté > 3 ans.	Oui	Temps indemnisation augmenté de 10 jours pour chaque période, par tranche supplémentaire ancienneté 5 ans, avec maximum 90 jours par période.
Bureaux d'études techniques - cabinets d'ingénieurs conseils - sociétés de conseil	404 000	01/05/1999	1 an	90 consécutifs d'arrêt.	80% du salaire brut (dans la limite salaire net), jusqu'au classement en invalidité sécurité sociale	Non	Non	
Fabrication d'articles de papeterie : Cadres	9 700	24/11/1992	1 an	Non	100% 3 mois 50% 3 mois	Non	Oui	Temps indemnisation augmenté de 1 mois pour chaque période, par tranche supplémentaire ancienneté 5 ans, avec maximum 6 mois par période.
Fabrication d'articles de papeterie : Ouvriers	10 400	01/01/1993	1 à 15 ans : Cas A > 15 ans : Cas B	3 jours	Cas A : 100% 3 mois Cas B : 100% 3 mois puis 75% 3 mois.	Non	Oui	
Fabrication d'articles de papeterie : Employés	44 000	29/02/1996	1 à 15 ans : Cas A > 15 ans : Cas B	Non	Cas A : 100% 3 mois Cas B : 100% 3 mois puis 75% 3 mois.	Non	Oui	

Champ conventionnel	Effectif couvert	Applicable depuis	Ancienneté minimum	Franchise	% indemnisation	Prévoyance	Contre visite	Observations
Fabrication d'articles de papeterie : A.M	7 500	01/01/1993	1 an	Non	100% 3 mois	Non	Oui	Temps indemnisation augmenté de 3/4 mois pour chaque période, par tranche supplémentaire ancienneté 5 ans.
Cabinets d'experts comptables et comptables agréés	104 900	19/12/1978 (I) puis 25/9/1996 (II)	1 an	3 jours	(I)100% salaire net, dans la limite de 30 jours par maladie ou par année civile. (II)80% salaire brut après arrêt 1 mois, versé par caisse prévoyance.	Oui depuis le 25/09/1996. Garantie (II) assurée par organisme de prévoyance choisi et payé par employeur.	Non	Assiette garantie (II) limitée à 8 fois le plafond sécurité sociale. Garantie (II) versée aussi longtemps qu'I.J sécurité sociale, y compris après rupture contrat travail.
Voies ferrées d'intérêt local	3 800	13/05/1975	3 ans : Cas A 5 ans : Cas B	Franchise de 10 jours applicable jusqu'au 01/03/73 non reconduite.	Cas A : 100 % 30 jours, puis 75% 30 jours. Cas B : 30 jours portés à 60 jours.	Non	Oui	
Matériel aéraulique, thermique et frigorifique	10 600	17/12/1997	1 an	Non	100% salaire net jusqu'au 1095 ^{ème} jour d'arrêt.	Oui Cotisation assise sur salaires bruts des salariés > 1 an ancienneté. 1, 10% tranche A et 2, 17% tranche B; Employeur : 55% Salarié : 45%.	Non	L'accord précise que : « Le versement de l'indemnité prend effet à compter du premier jour d'arrêt de travail, avant même l'indemnité versée par la sécurité sociale ».

Champ conventionnel	Effectif couvert	Applicable depuis	Ancienneté minimum	Franchise	% indemnisation	Prévoyance	Contre visite	Observations
Métallurgie (CCN) : Ingénieurs et cadres	443 400	13/03/1972	1 à 5 ans : Cas A 5 à 10 ans : Cas B 10 à 15 ans : Cas C > 15 ans : Cas D	Non	Cas A : 100% 3 mois, 50% 3 mois Cas B : 100% 4 mois, 50% 4 mois Cas C : 100% 5 mois, 50% 5 mois Cas D : 100% 6 mois, 50% 6 mois.	Non	Non	
Métallurgie Région parisienne : Ouvriers, administratifs, techniciens et agents de maîtrise (A.M) dits « mensuels ».	343 600	20/11/1979	1 an	Non	100% 45 jours, puis 75% 30 jours.	Non	Oui	Durée indemnisation 100% augmentée de quinze jours, durée 75% de 10 jours, par période de cinq ans d'ancienneté.
Sucrières, sucreries distilleries et raffineries de sucre	10 200	01/10/1986	1 à 5 ans : Cas A 5 à 10 ans : Cas B 10 à 15 ans : Cas C > 15 ans : Cas D	Franchise 1 jour pour les ouvriers de moins de 5 ans d'ancienneté (Cas A applicable du 2 ^{ème} au 45 ^{ème} jour d'arrêt et non pendant 1 mois et demi, cas B applicable pendant les 45 jours suivants et non 1 mois et demi).	Cas A : 100% 1,5 mois puis 75% 1,5 mois. Cas B : 100% 2 mois puis 75% 2 mois. Cas C : 100% 3 mois puis 75% 3 mois. Cas D : 100% 4 mois puis 75% 4 mois.	Oui, sous réserve ancienneté = 5 ans. Garantie après indemnisation conventionnelle : 65% (réduction prestations sécurité sociale) salaire brut moyen 12 mois précédent dernier arrêt, jusqu'à invalidité. Cotisation : Employeur sur part <= plafond sécurité sociale, partage employeur/salarié au-delà.		Sucrier: ∀ période l'année, salaires correspondent au salaire de base de l'intéressé et à l'horaire pratiqué dans l'établissement pendant l'inter campagne pour indemnisation conventionnelle. Paiement garantie « prévoyance » poursuivi après rupture contrat de travail.

Champ conventionnel	Effectif couvert	Applicable depuis	Ancienneté minimum	Franchise	% indemnisation	Prévoyance	Contre visite	Observations
Bâtiment de la Région parisienne : Ouvriers.	135 000	01/01/1994	Jeunes < 25 ans et apprentis : 1 mois 25 ans et plus : 3 mois ou 1 mois si ancienneté branche (750 points caisse retraite CNRO).	3 jours	100% : 45 jours 75% : 46 à 90 jours	Entreprises restant hors régime professionnel (C.N.P.O ou géré par C.N.P.O) d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie ou accident, professionnels ou non, < 90 jours, tenues verser elles-mêmes indemnités complémentaires.	Oui	
Transports routiers	537 400	29/11/1996	3 à 5 ans : Cas A 5 à 10 ans : Cas B > 10 ans : Cas C	5 jours	Cas A : 100% 6 à 40 jours puis 75% 41 à 70 jours Cas B : 100% 6 à 70 jours puis 75% 71 à 130 jours Cas C : 100% 6 à 100 jours puis 75% 101 à 190 jours.	Non	Oui	Prolongation de 30 jours de l'indemnisation à 75% en cas d'hospitalisation.
Industrie chimique : Ouvriers et collaborateurs	107 300	11/02/1971 étendue le 12/01/1972 Une nouvelle version du 12/12/1973 n'est pas étendue Voir observations *	1 an	Non	100% 2 mois puis 50% 2 mois. Chaque période est augmentée d'un demi mois par tranche de 4 ans d'ancienneté supplémentaire.	Non	Non	*Augmentation par pallier des durées d'indemnisation, conduisant depuis le 01/01/1976 à 2 périodes de 4 mois indemnisées avec 5 ans d'ancienneté, majorées 1 mois par tranche de 3 ans, dans limite 6 mois.

Champ conventionnel	Effectif couvert	Applicable depuis	Ancienneté minimum	Franchise	% indemnisation	Prévoyance	Contre visite	Observations
Imprimerie de labeur et industries graphiques : Ouvriers.	67 500	08/12/1991	1 an	4 jours	95% du 4 ^{ème} au 10 ^{ème} jour calendaire suivant le 1 ^{er} jour d'arrêt, si non pris en charge par prévoyance.	Régime de garantie " Incapacité de travail " géré par la caisse de retraite et de prévoyance de l'imprimerie de labeur et des industries graphiques.	Non	
Imprimerie de labeur et industries graphiques : Employés.	18 400	20/05/1974	2 ans	Non	100% 1 mois, puis 2/3 2 mois. Chaque période augmentée 1/3 mois par tranche 5 ans ancienneté.	Non	Oui	
Imprimerie de labeur et industries graphiques : Cadres et A.M.	10 300	26/06/1978	1 an	Non	100% dans limite 5 mois appointements brut par période 12 mois consécutifs.	Non	Non	
Banques	235 600	10/01/2000	1 à 5 ans : Cas A 5 à 10 ans : Cas B 10 à 15 ans : Cas C 15 à 20 ans : Cas D > 20 ans : Cas E	Non pour 1 ^{er} et 2 ^{ème} arrêts sur 12 mois glissants, 3 jours pour arrêts ultérieurs.	Cas A : 100% 2 mois puis 50% 2 mois. Cas B : 2 périodes 3 mois (puis C, D, E : 4, 5, 6 mois).	Non	Oui	Salariés ayant au moins 1 enfant à charge fiscalement : période 50% portée à 5 mois (cas A), 6 mois (Cas B), 8 mois au-delà.
Sociétés d'assurances	115 200	27/05/1992	12 mois	Non	100% 3 mois	Si prolongation arrêt au-delà 3 mois, intervention prévoyance si existe	Oui	
Laboratoires analyses médicales : Non cadres	29 800	20/09/1996	Non	7 jours	Garantie prévoyance : 40% sur tranche 1, 90% sur tranche 2.	Cotisation employeur : 2,16%	Non	

Champ conventionnel	Effectif couvert	Applicable depuis	Ancienneté minimum	Franchise	% indemnisation	Prévoyance	Contre visite	Observations
Services à l'automobile (CSNCRA)	402 400	01/01/1986	Non précisée	Non si participation salariés, 3 jours si cotisations uniquement employeur.	Par accord d'entreprise, mais limitée à 100% salaires nets jusqu'à 180 jours	Oui Cotisation employeurs et jusqu'à 20% pour salariés.	Non	Non obligatoire : Indemnisation renvoyée à régime facultatif de prévoyance et accord d'entreprise.
Magasins populaires : Employés		15/10/1982	1 à 3 ans : Cas A 3 à 5 ans : Cas B 5 à 10 ans : Cas C 10 à 15 ans : Cas D 15 à 20 ans : Cas E > 20 ans : Cas F	3 jours	Cas A : 100% 1 mois puis 75% 1 mois. Cas B : 100% 2 mois. Cas C : 100% 2 mois puis 75% 1 mois. Cas D : 100% 3 mois. Cas E : 100% 3 mois puis 75% 1 mois. Cas F : 100% 4 mois.	Non	Oui	
Grands magasins : Employés.	32 600	01/07/1956	1 à 3 ans : Cas A 3 à 5 ans : Cas B 5 à 10 ans : Cas C 10 à 15 ans : Cas D 15 à 20 ans : Cas E 20 à 25ans : Cas F 25 à 30 ans Cas G > 30 ans : Cas H	3 jours	Cas A : 100% 1 mois puis 75% 1 mois. Cas B : 100% 2 mois. Cas C : 100% 2 mois puis 75% 1 mois. Cas D : 100% 3 mois. Cas E : 100% 3 mois puis 75% 1 mois. Cas F : 100% 4 mois. Cas G : 100% 4 mois puis 75% 1 mois. Cas H : 100% 5 mois.	Non	Oui	CCN grands magasins résultant transformation champ d'application convention collective Région parisienne 30/07/55 par accord 22/07/82.

Champ conventionnel	Effectif couvert	Applicable depuis	Ancienneté minimum	Franchise	% indemnisation	Prévoyance	Contre visite	Observations
Grands magasins : Cadres.		03/03/1980	1 à 3 ans : Cas A 3 à 5 ans : Cas B 5 à 10 ans : Cas C 10 à 15 ans : Cas D 15 à 20 ans : Cas E 20 à 25ans : Cas F 25 à 30 ans Cas G > 30 ans : Cas H	Non	Cas A:100% 3 mois Cas B:100% 3 mois puis 75% 1 mois. C: 100% 3 mois puis 75% 2 mois. Cas D : 100% 3 mois puis 75% 3 mois. E : 100% 4 mois puis 75% 4 mois. Cas F : 100% 4 mois, 75% 6 mois. G : 100% 5 mois, 75% 6 mois. Cas H : 100% 6 mois, 75% 6 mois.	Non	Non	
Magasins populaires : Cadres	3 300	08/02/1983	1 à 3 ans : Cas A 3 à 5 ans : Cas B 5 à 10 ans : Cas C 10 à 15 ans : Cas D 15 à 20 ans : Cas E 20 à 25ans : Cas F 25 à 30 ans Cas G > 30 ans : Cas H	Non	Cas A:100% 3 mois Cas B:100% 3 mois puis 75% 1 mois. C: 100% 3 mois puis 75% 2 mois. Cas D : 100% 3 mois puis 75% 3 mois. E : 100% 4 mois puis 75% 4 mois. Cas F : 100% 4 mois, 75% 6 mois. G : 100% 5 mois, 75% 6 mois. Cas H : 100% 6 mois, 75% 6 mois.	Non	Non	Alignement sur les grands magasins.
Hospitalisation privée à but lucratif	118 500	01/01/1998	1 an	3 jours	100% salaire net 90 jours par an puis 80% salaire brut	Oui Cotisation employeur	Oui	
Total : 40 champs	3 952 200		32 % des salariés couverts par une CC au sens strict (hors conventions d'entreprises et statuts et appartenant au champ des enquêtes ACEMO [hors agriculture et DOM-TOM]) sont représentés dans ce panel					

Annexe 5-2 : Analyse de l'ensemble du champ conventionnel

a) Evolution depuis 1994 de la couverture conventionnelle "Indemnités journalières complémentaires en cas d'incapacité de travail" (Source : "Bilans annuels de la négociation collective", DRT, sous-direction de la négociation collective)

Cordonnerie	1	1	1	1	1	1	1	1
Industrie de la chaussure	1	1	1	1	1	1	1	1
Cinéma distribution ouvriers employés	1	1	1	1	1	1	1	1
Cinéma exploitation	1	1	1	1	1	1	1	1
Cinéma laboratoires	0	0	0	0	0	1	1	1
Coiffure	1	1	1	1	1	1	1	1
Commissaires-priseurs	1	1	1	1	1	1	1	1
Combustibles solides liquides gazeux négoce	0	0	0	0	0	0	0	0
Confiserie chocolaterie biscuiterie détail	1	1	1	1	1	1	1	1
Conseils juridiques et fiscaux	1	1	1	1	1	1	1	1
Conserve industrie	1	1	1	1	1	1	1	1
Construction, cabinets d'économistes et métreurs	1	1	1	1	1	1	1	1
Convalescence régime repos retraite	0	0	0	0	0	0	0	0
Courtage réassurance	1	1	1	1	1	1	1	1
Crédit immobilier	1	1	1	1	1	1	1	1
Cuir et peaux industries	1	1	1	1	1	1	1	1
Cabinets dentaires (CNFD-FOFTA)	1	1	1	1	1	1	1	1
Laboratoires de prothèse dentaire	1	1	1	1	1	1	1	1
Activités du déchet	0	0	0	0	0	0	0	0
Eaux boissons rafraîchissantes bières production	0	0	0	0	0	1	1	1
Edition	1	1	1	1	1	1	1	1
Education populaire	1	1	1	1	1	1	1	1
Enseignement privé hors contrat	1	1	1	1	1	1	1	1
Enseignement privé secondaire hors contrat	1	1	1	1	1	1	1	1
Enseignement privé catholique	0	0	0	0	0	0	0	0
Esthétique parfumerie détail	1	1	1	1	1	1	1	1
Etudes techniques bureaux	1	1	1	1	1	1	1	1
Expansion économique organismes cadres	0	0	0	0	0	0	0	0
Cabinets d'experts-comptables	1	1	1	1	1	1	1	1
Fleuriste commerce	1	1	1	1	1	1	1	1
Formation organismes	1	1	1	1	1	1	1	1
Foyers et services pour jeunes travailleurs	1	1	1	1	1	1	1	1
Frigorifiques exploitations	0	0	0	0	0	0	0	0
Fruits légumes épicerie commerce détail	1	1	1	1	1	1	1	1
Fruits légumes expédition exportation	1	1	1	1	1	1	1	1
Ganterie de peau	0	0	0	0	0	0	0	0
Gardiens concierges	1	1	1	1	1	1	1	1
Géomètres experts fonciers	1	1	1	1	1	1	1	1
Golf	1	1	1	1	1	1	1	1
Habillement commerce succursales	1	1	1	1	1	1	1	1
Habillement industries	0	0	0	0	0	0	0	0
Habitat protection PACT ARIM	1	1	1	1	1	1	1	1
HLM sociétés anonymes et fondations	1	1	1	1	1	1	1	1
Horlogerie bijouterie commerce détail	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospitalisation but lucratif FIEHP	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospitalisation but non lucratif	1	1	1	1	1	1	1	1
Hospitalisation privée	1	1	1	1	1	1	1	1
Huissiers de justice	1	1	1	1	1	1	1	1
Immobilier	1	1	1	1	1	1	1	1
Imprimerie graphiques industries	1	1	1	1	1	1	1	1
Imprimeries de labeur	1	1	1	1	1	1	1	1

Jardineries graineteries	1	1	1	1	1	1	1	1
Jeux jouets industrie	1	1	1	1	1	1	1	1
Journalistes	0	0	0	0	0	0	0	0
Journalistes pigistes prévoyance	1	1	1	1	1	1	1	1
Lin rouissage teillage	0	0	0	0	0	0	0	0
Maisons d'étudiants	1	1	1	1	1	1	1	1
Maisons familiales retraite prévoyance	1	1	1	1	1	1	1	1
Manutention nettoyage Aéroport de Paris	0	0	0	0	0	0	0	0
Manutention portuaire	1	1	1	1	1	1	1	1
Maroquinerie	1	1	1	1	1	1	1	1
Mareyeurs expéditeurs	1	1	1	1	1	1	1	1
Médecine du travail services interentreprises	1	1	1	1	1	1	1	1
Médicaux cabinets	1	1	1	1	1	1	1	1
Métallurgie (CCN)	1	1	1	1	1	1	1	1
Métreurs vérificateurs construction	1	1	1	1	1	1	1	1
Meunerie	1	1	1	1	1	1	1	1
Missions locales PAIO	1	1	1	1	1	1	1	1
Organismes mutualistes	1	1	1	1	1	1	1	1
Notariat	0	0	0	0	0	0	0	0
Papeterie bureau commerce prévoyance	1	1	1	1	1	1	1	1
Papeterie fabrique articles	1	1	1	1	1	1	1	1
Papiers cartons commerce de gros cadres	0	0	0	0	0	0	0	0
Parc de loisirs	1	1	1	1	1	1	1	1
Pâtisserie	1	1	1	1	1	1	1	1
Pharmaceutique industrie	1	1	1	1	1	1	1	1
Pharmaceutiques produits fabrication commerce	1	1	1	1	1	1	1	1
Pharmaceutique répartition	1	1	1	1	1	1	1	1
Pharmacie d'officine	1	1	1	1	1	1	1	1
Poissonnerie	1	1	1	1	1	1	1	1
Pompes funèbres	0	0	0	0	0	0	0	0
Presse information spécialisée (cadres, ETAM)	0	0	0	0	0	0	0	0
Prestataires de service du secteur tertiaire	1	1	1	1	1	1	1	1
Ports autonomes	1	1	1	1	1	1	1	1
Prévention sécurité	0	0	0	0	0	1	1	1
Propreté entreprises	1	1	1	1	1	1	1	1
Psychiatriques établissements non lucratifs	1	1	1	1	1	1	1	1
Publicité directe logistique	1	1	1	1	1	1	1	1
Récupération	0	0	0	0	0	0	0	0
Reluire, brochure, dorure	0	0	0	0	0	0	0	0
Restauration rapide	0	0	0	0	0	0	0	0
Retraite complémentaire institutions	1	1	1	1	1	1	1	1
Salariés du particulier employeur	1	1	1	1	1	1	1	1
Salariés des caisses ORGANIC	0	0	0	0	0	0	0	0
Sanitaires sociaux secteurs (FFESCPE, SNEME, SISMES)	1	1	1	1	1	1	1	1
Sécurité sociale organismes	0	0	0	0	0	0	0	0
Sociaux centres socioculturels	0	0	0	0	0	0	0	0
Sports loisirs articles équipement commerce	1	1	1	1	1	1	1	1
Sucreries distilleries	1	1	1	1	1	1	1	1
Industrie textile	1	1	1	1	1	1	1	1
Téléphériques	0	0	0	0	0	0	0	0
Textiles artificiels et synthétiques	1	1	1	1	1	1	1	1

Thermalisme	1	1	1	1	1	1	1	1
Tourisme social et familial	1	1	1	1	1	1	1	1
Tracteurs matériel agricole réparation commerce	1	1	1	1	1	1	1	1
Transports de fonds et valeurs	1	1	1	1	1	1	1	1
Transports publics urbains	0	0	0	0	0	0	0	0
Transports routiers	0	0	0	1	1	1	1	1
Travail aérien personnel naviguant technique	0	0	0	0	0	0	0	0
Travail temporaire salariés temporaires prévoyance	1	1	1	1	1	1	1	1
Travaux publics ingénieurs cadres	1	1	1	1	1	1	1	1
Tuiles et briques industries	0	0	0	0	0	0	0	0
UNACSS coordination soins santé	1	1	1	1	1	1	1	1
UNEDIC ASSEDIC	1	1	1	1	1	1	1	1
Vétérinaires	1	1	1	1	1	1	1	1
Viande industrie commerce gros	0	0	0	0	0	0	0	0
Vins cidres jus de fruits industrie commerce	0	0	0	0	0	0	0	0
Vins et Champagne	0	0	0	0	0	0	0	0
Voies ferrées d'intérêt local ouvriers	0	0	0	0	0	0	0	0
Total conventions avec indemnisation complémentaire maladie	118	119	121	122	122	127	128	128

b) Accords signés sur l'indemnisation et le délai de carence entre le 01/01/1993 et le 08/07/2003

Source : DRT/NC1/Service gestion des textes conventionnels, Base de données des conventions collectives

AÉRAULIQUE INSTALLATION ENTRETIEN RÉPARATION

N° brochure 3023

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
n° 13 bis remplaçant l'avenant n° 13 du 11/01/94	14/12/1994	1995/8	Prise en charge par le régime de prévoyance
n° 13 modifiant divers articles de la convention	11/1/1994	1994/6	Prise en charge par le régime de prévoyance

ALIMENTATION GÉRANT SUCCURSALES

N° brochure 3007

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
av 32 salaires au 01/01/94 et autres	10/1/1994	1994/7	Modification du c de l'article 13: garantie de l'emploi en cas de maladie

ASSURANCES RÉASSURANCES COURTAGE ENTREPRISES

N° brochure 3110

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
période légale des congés payés et frais médicaux	6/3/2003	2003/18	Dispositions relatives aux frais médicaux : niveaux de garanties (remboursement... augmenté d'un forfait par dent de 68,60 euros) et frais de santé (remboursement des soins dentaires et remboursement des prothèses dentaires)

ASSURANCES SOCIÉTÉS
N° brochure 3265

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
ac garanties prévoyance retraite aux préretraités	17/2/1999	1999/18	Maintien des garanties complémentaires
statut des bénéficiaires de la CAA	6/12/1995	1997/26	Maintien des garanties complémentaires

BIJOUTERIE JOAILLERIE ORFÈVRERIE
N° brochure 3051

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
accord diverses clauses	6/7/1993	1993/44	Conditions d'indemnisation de la maladie pour les cadres

BOIS D'OEUVRE ET PRODUITS DÉRIVÉS NÉGOCE
N° brochure 3287

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
av 3 rectificatif de l'av 1 "cadres"	18/3/1997	1997/20	Maintien total des appointements mensuels pour les cadres
av VI du 24/06/97 à l'av II "agent de maîtrise"	24/6/1997	1997/41	Nouvelle rédaction de l'article 5 : calcul de l'indemnité complémentaire maladie, application des dispos de l'art 53, pas carence si accident travail, maladie professionnelle

BOULANGERIE PÂTISSERIE INDUSTRIELLE
N° brochure 3102

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
n° 2 clauses diverses	24/1/1996	1996/45	Augmentation de l'indemnité journalière complémentaire
n° 7 indemnisation de la maladie et prévoyance	29/11/2002	2002/51	Un an de présence nécessaire. L'ancienneté s'apprécie au 1er jour de l'absence. Pendant 3 mois, indemnités complémentaires aux indemnités versées par la SS assurant au total 90% de rémunération brute.

BRICOLAGE VENTE AU DÉTAIL EN LIBRE-SERVICE
N° brochure 3232

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
avenant diverses clauses	29/6/1993	1993/29	Indemnisation complémentaire des agents de maîtrise et des cadres

BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES
N° brochure 3018

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
n° 19 relatif au régime de retraite complémentaire	27/3/1997	1997/19	

CENTRES DE GESTION AGRÉÉS
N° brochure 3220

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
avenant 6 diverses clauses	7/10/1996	1996/43	Indemnités journalières : modification de la durée, du montant et de la condition d'ancienneté
avis sur délai carence de l'indemnisation maladie	10/3/2000	2000/18	Conditions d'application du délai de carence en cas de subrogation

CHAUSSURE INDUSTRIE
N° brochure 3163

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
accord indemnisation maladie et accident du travail	19/1/1994	1995/5	Suppression du délai de carence en cas de maladie (sous condition)
accord indemnisation maladie et accident du travail (o)	23/4/1996	1996/26	Suppression du délai de carence pour les ouvriers si aucune absence pour maladie au cours des 6 mois précédents (9 mois antérieurement)

COIFFURE
N° brochure 3159

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
n° 62 régime complémentaire "frais soins de santé"	24/6/2002	2002/33	Dispositif du régime "frais de santé" + garanties de remboursement de frais + liste de mutuelles désignées + contrats de garanties collectives

COMBUSTIBLES SOLIDES LIQUIDES GAZEUX NÉGOCE
N° brochure 3004

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
sur l'indemnisation de la maladie ou de l'accident	1/6/1999	1999/25	Redéfinition des déductions faites sur le salaire (indemnités sécurité sociale et prestations du régime de prévoyance).

CONVALESCENCE RÉGIME REPOS RETRAITE CRRR
N° brochure 3274

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
avenant 98/4 indemnisation maladie	4/11/1998	1999/7	Indemnisation à compter du 8eme jour d'absence (à compter du 11eme jour antérieurement)

COOPÉRATIVES DE CONSOMMATION SALARIÉS
N° brochure 3072

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
conditions de travail des agents de maîtrise	27/11/2001	2002/7	Dispositions relatives à l'indemnité de maladie, accident, maternité : les agents ayant au moins 1 an de service bénéficieront, après un délai de carence de 3 J, d'une garantie de salaires (détail de cette garantie)Délai de carence non applicable si maternité, accident du travail ou de trajet.

CORDONNERIE
N° brochure 3015

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
indemnisation maladie et accident, retraite	19/11/2001	2002/17	Sous conditions et après 3 ans d'ancienneté, pendant 30 jours, le salarié percevra 90% de son salaire brut, pendant les 30 jours suivants, les 2/3. Ces temps d'indemnisation seront augmentés de 10 jours par période entière de 5 ans d'ancienneté (+ les 3) sans dépasser 90 jours. Autres dispositions
modification art 43 et 46 indemnisation maladie accident + prévoyance	7/10/2002	2002/45	Modifications concernant l'indemnisation maladie et accident ancienneté, temps d'indemnisation...)

DISTRIBUTEURS CONSEILS HORS DOMICILE
N° brochure 3121

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
av 96/1 garantie de salaires (maladie)	8/2/1996	1996/32	Ancienneté, franchise, durée d'indemnisation, taux en cas de maladie, accident de travail ou de trajet

ESPACES DE LOISIRS, D'ATTRACTIOMS ET CULTURELS
N° brochure 3275

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
n° 12 remplaçant l'av n° 4 du 31/5/94 (prévoyance)	13/12/2000	2001/7	Durée et montant de l'indemnisation.
n° 4 indemnisation absence maladie et prévoyance	31/5/1994	1994/31	Durée et montant de l'indemnisation

FRUITS LÉGUMES ÉPICERIE PRODUITS LAITIERS COMMERCE
N° brochure 3244

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
av 13 réécriture CAECO et autres clauses	17/11/1993	1993/51	Diminution du délai de carence pour les salariés ayant 2 et 3 ans d'ancienneté

HORLOGERIE
N° brochure 3152

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
annexe 5 à l'av. 3 cadres indemnisation maladie	21/6/1995	1995/31	Indemnisation des absences pour maladie ou accident

HOSPITALISATION PRIVÉE
N° brochure 3307

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
n° 5-2003 incapacité temporaire totale de travail	24/4/2003	2003/22	Modification de l'article 84-1 : "pour les salariés non cadres et cadres, ceux-ci percevront 100% de la rémunération nette qu'ils auraient perçue s'ils avaient travaillé pendant la période d'incapacité de travail et ce durant toute l'incapacité temporaire indemnisée par la sécurité sociale.

IMMOBILIER
N° brochure 3090

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
n° 10 bis modifiant divers articles de la convention	19/10/1993	1993/52	Ancienneté et nombre de jours donnant droit au maintien de 90% de la rémunération
rectificatif avenant du 6/4/93 et avenant n° 10 bis	21/12/1993	1994/1	Délai de carence

IMPRIMERIE DE LABEUR ET INDUSTRIES GRAPHIQUES
N° brochure 3138

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
clauses spécifiques à la reliure, brochure, dorure	12/12/1996	1997/11	Prise en charge partielle de la franchise de 3 jours (rbd)

LIN ROUSSAGE TEILLAGE
N° brochure 3264

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
avenant n° 9 "mise à jour"	20/4/1999	1999/18	Art 51: 100% au lieu de 90% -sur la base du salaire net

MANUTENTION PORTUAIRE
N° brochure 3273

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
emploi, réduction du temps travail et salaires	11/7/2000	2000/36	Complément versé pour absences malades ou accidents de travail

MÉDICO-SOCIAUX ÉTABLISSEMENTS FFESCPE

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
av 4/95 maladie	10/11/1995	1997/12	Complément de salaire verse des le premier jour en cas d'hospitalisation de plus de 2 jours

PAPETERIE ET BUREAU FABRIQUE D'ARTICLES
N° brochure 3019

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
accord cadres	21/2/1997	1997/16	
av 7 indemnisation maladie (employés)	29/2/1996	1996/18	Modification des modalités d'indemnisation des employés en vue d'une harmonisation avec les ouvriers

PHARMACEUTIQUE INDUSTRIE
N° brochure 3104

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
relatif au contrat de travail	17/12/1996	1997/10	Maladie, maladie professionnelle et accident du travail

PHARMACIE D'OFFICINE
N° brochure 3052

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
modification. art. 16 "absence pour maladie ou accident"	16/2/1998		Application d'un délai de carence pour l'indemnisation complémentaire de la maladie ou de l'accident

PROPRETÉ ENTREPRISES
N° brochure 3173

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
avis commission nationale d' interprétation accident de travail maladie professionnelle	21/1/1997	1997/6	Délai de carence la prise en charge ne s'impose qu'à la seule entreprise au sein de laquelle l'accident est survenu ou la maladie contractée

RETRAITES COMPLÉMENTAIRES INSTITUTIONS
N° brochure 3276

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
n° 1 modifiant divers articles (cc + annexes)	13/2/1995	1995/16	

THÉÂTRES PRIVÉS
N° brochure 3268

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
retraite prévoyance frais de santé	2/1/2001	2001/5	Objet du régime de remboursements de frais de santé, garanties, bénéficiaires et cotisations

TRANSPORTS DE FONDS ET VALEURS CONDITIONS D'EMPLOI
N° brochure 3085

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
n° 1 sur les salaires et la modification d'articles	20/10/1993	1993/51	

TRANSPORTS ROUTIERS
N° brochure 3085

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
avenant maladie	29/11/1996	1997/5	Réduction du délai de carence

TRAVAIL TEMPORAIRE PERMANENTS
N° brochure 3212

Titre abrégé	Date de signature	N° BOH	Commentaires analyse abrégée
avis licenciement en cas de maladie	10/4/1996	1996/20	Durée de l'indemnisation lorsqu'une procédure de licenciement est engagée à l'encontre d'un salarié absent pour maladie

ANNEXE 6 : Allocations de chômage et indemnités journalières de maladie

Annexe 6-1 : Analyse de l'impact des réglementations

1.1 Les demandeurs d'emploi en arrêt maladie n'ayant pas ou plus de droits à l'assurance chômage (indemnisés ou non par l'Etat) et les demandeurs d'emploi de longue et de très longue durée indemnisés par l'UNEDIC, peuvent percevoir des indemnités journalières plus favorables que leur indemnité de chômage, mais leur nombre reste limité en valeur absolue et relative et leur motivation financière n'est pas prouvée

1.1.1 *Le nombre de demandeurs d'emploi en arrêt maladie progresse légèrement depuis 1997 mais reste limité en valeur absolue et relative, au regard du nombre de demandeurs d'emploi indemnisés comme du nombre de bénéficiaires d'indemnités journalières maladie*

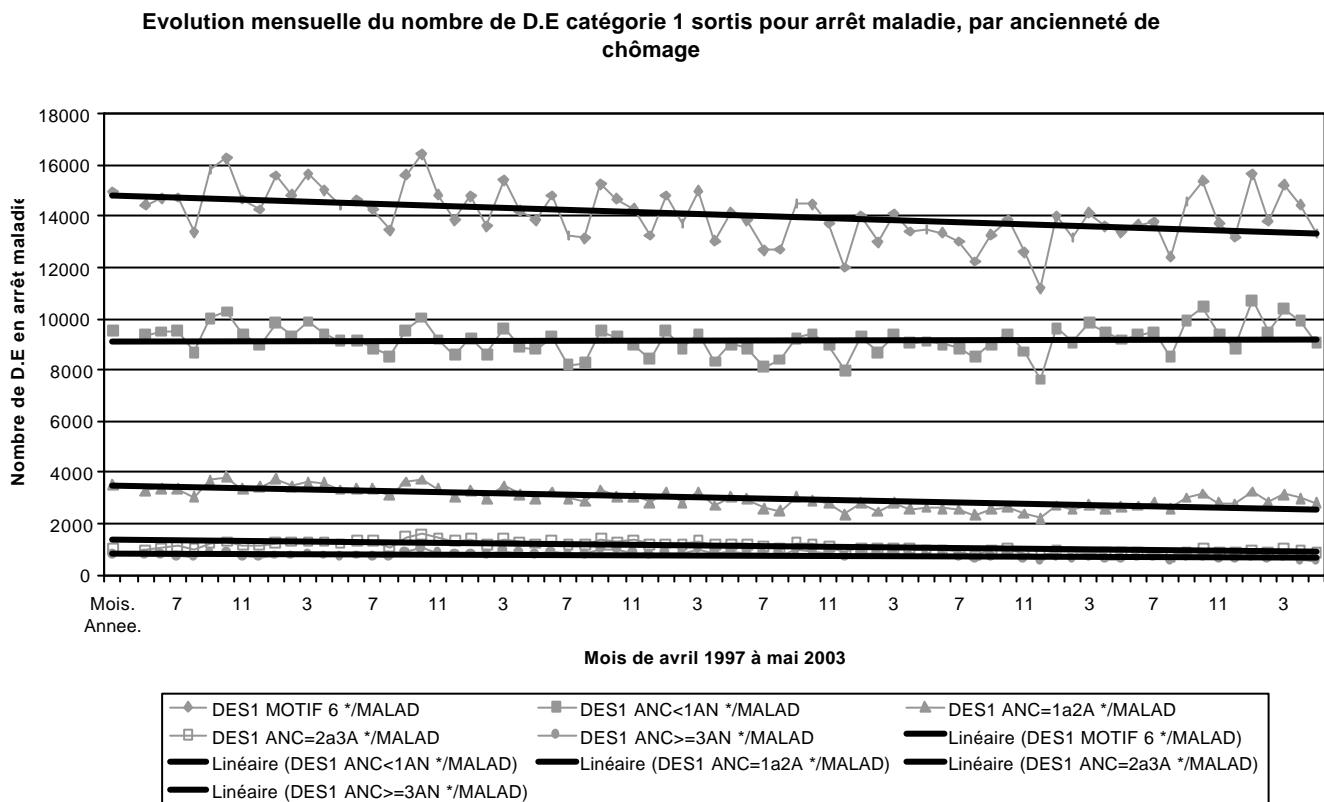
La mission a exploité des statistiques fournies par la DARES¹ et en a tiré de premiers enseignements.

Le graphique suivant rend compte de l'évolution mensuelle d'avril 1997 à mai 2003 du nombre de demandeurs d'emploi (D.E) de catégorie 1 sortis pour arrêt maladie, par ancienneté de chômage. Il en ressort qu'en valeur absolue, ce nombre a tendu à diminuer ou à rester stable, quelle que soit l'ancienneté d'inscription à l'ANPE.

¹ La DARES formule deux remarques qui accompagnent la transmission de ces données :

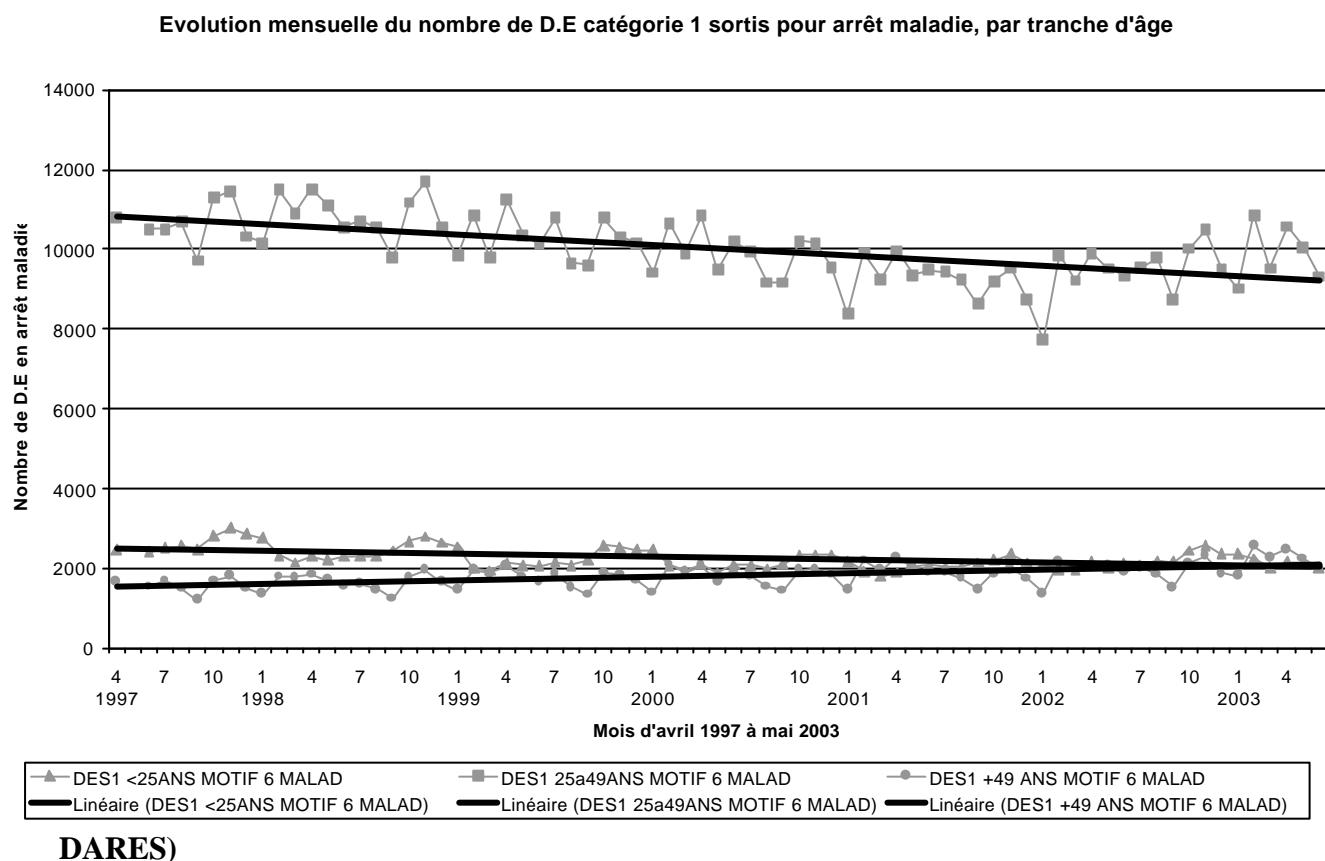
- Le motif de sortie "maladie" est agrégé au motif "maternité" et "accident du travail". La mission a considéré que si cette agrégation faussait légèrement les données en valeur absolue puisqu'elle augmentait les arrêts "maladie" en y ajoutant les arrêts "maternité" et "accident du travail", elle ne mettait pas en cause l'évolution tendancielle.
- Il est impossible d'inférer les "durée cumulées d'arrêt de recherche d'emploi" à partir des statistiques du marché du travail, qui ne comportent pas de données individuelles qui permettraient de savoir quand les individus entrent de nouveau au chômage. Autrement dit, la réponse ne peut être envisagée qu'à partir d'une étude sur le Fichier Historique des demandeurs ; elle serait forcément accompagnée de restrictions méthodologiques (cas des personnes qui ne se réinscrivent pas, ou qui ne signalent pas leur changement de situation lors de l'actualisation par quinzaine...).

Figure 1 : Evolution mensuelle d'avril 1997 à mai 2003 du nombre de demandeurs d'emploi (D.E) de catégorie 1 sortis pour arrêt maladie, par ancienneté de chômage (Source : DARES)



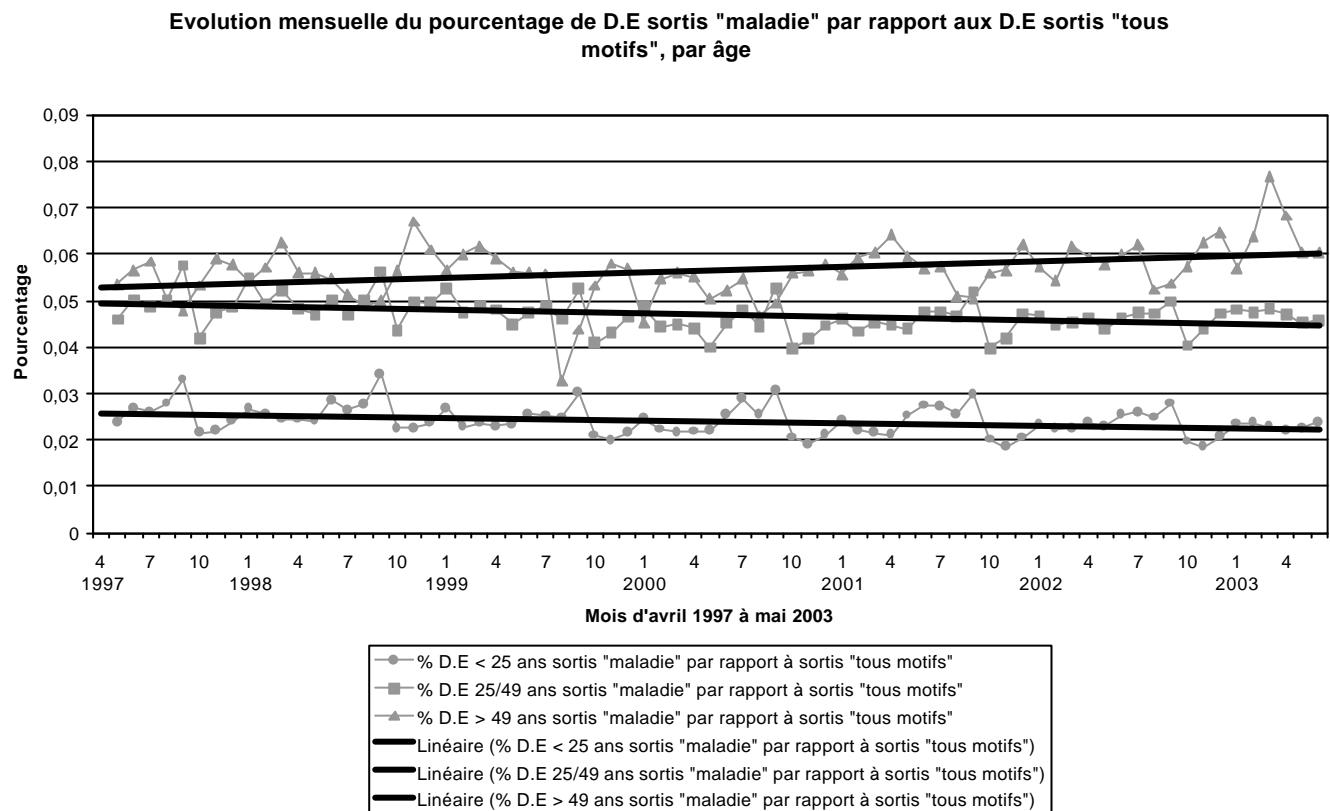
Le second graphique rend compte de l'évolution mensuelle d'avril 1997 à mai 2003 du nombre de demandeurs d'emploi (D.E) de catégorie 1 sortis pour arrêt maladie, par tranche d'âge. Il montre une tendance à une assez forte diminution en valeur absolue pour la tranche des 25 à 49 ans, bien moindre pour la tranche des moins de 25 ans, et une tendance à une légère augmentation en valeur absolue pour les plus de 49 ans (1531 en mai 1997, 1996 en mai 2003, avec un pic à 2551 en janvier 2003).

Figure 2 : Evolution mensuelle d'avril 1997 à mai 2003 du nombre de demandeurs d'emploi (D.E) de catégorie 1 sortis pour arrêt maladie, par tranche d'âge (Source :



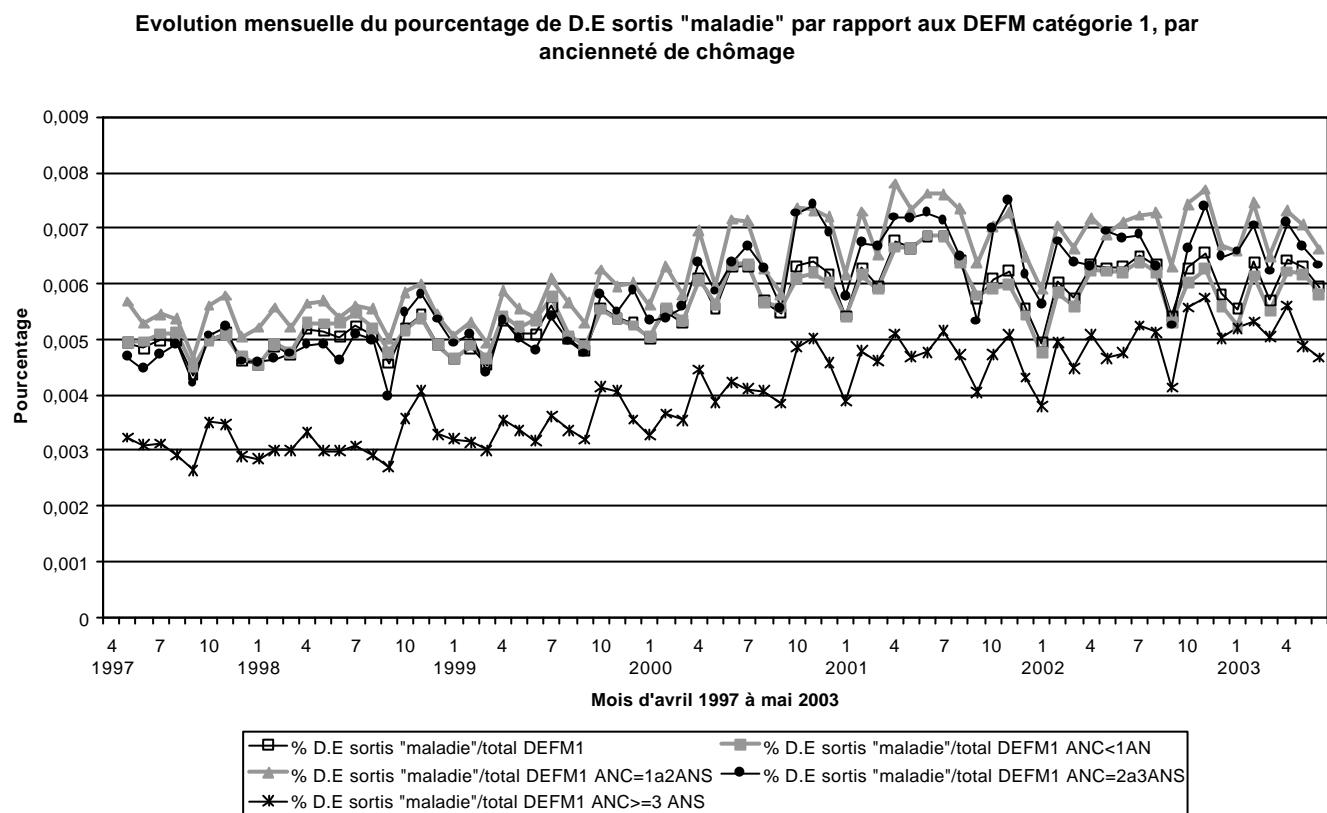
Le troisième graphique rend compte de l'évolution mensuelle, d'avril 1997 à mai 2003, du pourcentage de D.E sortis pour "maladie" par rapport au total des D.E sortis pour "tous motifs", par âge. Il met en évidence une tendance à une légère baisse pour les moins de 25 ans et les 25/49 ans, mais une tendance à la hausse pour les plus de 49 ans (5,6% en mai 1997 et 6% en mai 2003, avec un minimum de 3,3% en juillet 1999 et un maximum de 7,7% en février 2003).

Figure 3 : Evolution mensuelle, d'avril 1997 à mai 2003, du pourcentage de D.E sortis pour "maladie" par rapport au total des D.E sortis pour "tous motifs" (Source : DARES)



Le quatrième graphique rend compte de l'évolution mensuelle, d'avril 1997 à mai 2003, du pourcentage de D.E sortis pour "maladie" par rapport au total des DEFMs de catégorie 1 inscrits à l'ANPE, par ancienneté d'inscription. Toutes anciennetés confondues, la tendance est celle d'une hausse de 0,1 point entre 1997 et 2003 (de 0,5% à 0,6%). Cette tendance est identique pour les DEFMs de moins d'un an, qui constituent la majorité des DEFMs (69,5% en mai 2003), du même ordre pour les DEFMs de 1 à 2 ans (passage de 0,6 à 0,7 %, avec des pics à 0,8%), un peu plus forte pour les 2 à 3 ans (qui passent de 0,5 à 0,6% sur la période, mais avec de fréquents pics à 0,7 et 0,8%) et pour les plus de 3 ans (qui passent de 0,3 à 0,5% sur la période).

Figure 4 : Evolution mensuelle, d'avril 1997 à mai 2003, du pourcentage de D.E sortis pour "maladie" par rapport au total des DEFMs de catégorie 1 inscrits à l'ANPE, par ancienneté d'inscription (Source : DARES)



Il ressort de cette rapide analyse des statistiques de la DARES que, si l'on constate une tendance à l'augmentation du recours des demandeurs d'emploi de plus de 49 ans et des demandeurs d'emploi de longue durée (2 ans et plus) aux arrêts maladie, cette tendance est peu sensible en valeur absolue, compte tenu des effectifs en cause (366 526 DEFMs de plus de 49 ans en mai 2003 et 259 498 DEFMs > 2 ans en mai 2003 sur 2 243 035 DEFMs de catégorie 1 en mai 2003). Les effectifs de ces catégories sortis pour "maladie" en mai 2003 sont respectivement de 1996 plus de 49 ans, toutes anciennetés confondues, et de 1448 DEFMs > 2 ans, tous âges confondus.

Cette étude rejoint l'analyse de la DSS qui, sur la base des données issues de l'EPAS, constate que : *"Le nombre de chômeurs percevant des indemnités journalières est en moyenne plus faible que pour les actifs occupés mais leur consommation en nombre d'indemnités versées est plus importante. Ceci s'explique par des arrêts de plus longue durée en moyenne".*

Il ressort des données de l'UNEDIC figurant au tableau ci-dessous que le nombre de demandeurs d'emploi de plus de 50 ans sortis pour arrêt maladie est faible en valeur absolue, l'ensemble des demandeurs d'emploi sortis pour arrêt maladie étant limité en nombre et en valeur relative au regard du nombre de demandeurs d'emploi indemnisés ou sortis pour d'autres motifs.

Les demandeurs d'emploi de 55 ans et plus sont proportionnellement les plus nombreux à reprendre leur indemnisation du chômage après une suspension pour arrêt maladie indemnisé par la sécurité sociale.

Les non reprises correspondent à des personnes dont on peut supposer qu'elles ne se sont pas réinscrites comme demandeur d'emploi en raison d'un retour à l'emploi (sans doute limité immédiatement après un arrêt maladie), d'un basculement en invalidité ou en retraite, ou du renoncement lié à la fin des droits à indemnisation du chômage.

Tableau 1 : Nombre de sorties du chômage indemnisé pour cause d'arrêt maladie indemnisé par la sécurité sociale, nombre et taux de reprise et de non reprise présumée du chômage indemnisé après arrêt maladie de 1997 à 2001 (Source, UNEDIC : FNA [tableaux IIIH1 et IIIB1]; Champ, ensemble des chômeurs indemnisés ; France métropolitaine).

Année de la sortie	1997	1998	1999	2000	2001
Âge à la sortie	1997	1998	1999	2000	2001
moins de 50 ans	141 556	144 281	155 974	171 385	176 943
50 à moins de 55 ans	15 103	16 050	17 946	22 329	25 691
55 ans et plus	8 622	8 413	9 172	11 236	13 185
Ensemble	165 281	168 744	183 092	204 950	215 819
Année de la reprise	1997	1998	1999	2000	2001
Âge à la reprise	1997	1998	1999	2000	2001
moins de 50 ans	111 489	116 918	118 213	127 387	128 492
50 à moins de 55 ans	11 655	12 436	13 086	15 696	18 330
55 ans et plus	7 454	7 516	7 879	9 223	11 351
Ensemble	130 598	136 870	139 178	152 306	158 173
Taux de reprise de l'indemnisation chômage*					
moins de 50 ans	78,8%	81,0%	75,8%	74,3%	72,6%
50 à moins de 55 ans	77,2%	77,5%	72,9%	70,3%	71,3%
55 ans et plus	86,5%	89,3%	85,9%	82,1%	86,1%
Ensemble	79,0%	81,1%	76,0%	74,3%	73,3%

* Ce taux, calculé par la mission, est biaisé car la reprise n'a pas nécessairement eu lieu la même année et les personnes ont pu changer de tranche d'âge; Il fournit cependant un ordre de grandeur utile.

Le tableau ci-après reprend les données de la DARES en matière de sortie "maladie" des demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE de 1998 à 2002.

Les données de la DARES confirment le nombre relativement limité en valeur absolue des demandeurs d'emploi concernés, mais les résultats et la tendance sont différents selon que les chiffres sont issus de l'UNEDIC ou de la DARES. Il est probable que cette différence résulte du fait que l'UNEDIC enregistre tous les arrêts maladie indemnisés par la sécurité sociale qui lui sont communiqués par les CPAM, que le demandeur d'emploi ait ou non signalé cet arrêt sur sa fiche d'actualisation de situation, tandis que la DARES ne prend en compte que les arrêts signalés sur la fiche d'actualisation (transmises toutes les deux semaines par le demandeur d'emploi) et ayant entraîné une sortie du fichier des demandeurs d'emploi de catégorie 1 (immédiatement disponibles à la recherche d'un emploi).

Par ailleurs, les données DARES sont des données réelles, tandis que les données UNEDIC sont estimées sur la base d'un échantillon au 1/40^{ème}.

Tableau 2 : Demandeurs d'emplois inscrits à l'ANPE et sortis pour motif "maladie" de 1998 à 2002 (Source : DARES)

	DES1 <25ANS MOTIF 6 MALADIE	DES1 25a49ANS MOTIF 6 MALADIE	DES1 +49 ANS MOTIF 6 MALADIE	ENSEMBLE
1998	28 962	129 871	19 796	178 629
1999	26 600	123 126	20 823	170 549
2000	25 365	117 668	21 610	164 643
2001	24 731	110 410	22 399	157 540
2002	26 360	114 974	23 759	165 093

1.1.2 Avec des variations selon l'âge, la durée d'affiliation et le salaire d'activité, les demandeurs d'emploi indemnisés par le régime de solidarité de l'Etat, et jusqu'au 31 décembre 2000 - du fait de la dégressivité des allocations d'assurance chômage - la plupart des demandeurs d'emploi de longue ou très longue durée, peuvent bénéficier d'indemnités journalières supérieures à leur allocation de chômage

- **Les demandeurs d'emploi actuellement indemnisés en allocation d'insertion ou en allocation de solidarité spécifique peuvent bénéficier d'indemnités journalières supérieures à leur allocation de chômage**

La mission a comparé les montants respectifs des indemnités journalières de maladie versées par la sécurité sociale et des allocations de chômage des régimes d'assurance (ASSEDIC) et de solidarité (allocation de solidarité spécifique versée par les ASSEDIC pour le compte de l'Etat), sur la base des données réglementaires des droits à indemnisation du chômage communiquées par l'UNEDIC.

S'agissant de l'allocation d'insertion (AI) et de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) pour les moins de 55 ans², ces deux allocations de solidarité "Etat" sont toujours moins favorables que les I.J sécurité sociale, sauf à descendre à un niveau très faible de salaire journalier de référence.

S'agissant de l'allocation de solidarité spécifique majorée³, le tableau ci-dessous indique en dessous de quel salaire d'activité, un demandeur d'emploi est mieux indemnisé au titre de l'ASS qu'au titre des I.J de sécurité sociale correspondantes.

² L'ASS est servie aux demandeurs d'emploi qui ont épuisé leurs droits aux allocations d'assurance chômage et ont au moins 5 ans d'activité dans les 10 dernières années.

³ L'ASS majorée est servie aux demandeurs d'emploi qui ont épuisé leurs droits aux allocations d'assurance chômage et ont atteint l'âge de 55 ans (et justifient de 20 ans d'activité) ou l'âge de 57,5 ans (et justifient de 10 ans d'activité).

Tableau 3 : Salaire d'activité en dessous duquel un demandeur d'emploi est mieux indemnisé au titre de son allocation de solidarité spécifique majorée qu'au titre des I.J sécurité sociale

ASS majorée	Montants en euros	Arrêt < ou = 6 mois		Arrêt > 6 mois		Rappel SMIC mensuel le moins favorable (base 169 heures)
		Salaire mensuel en dessous duquel ASS majorée > I.J moins 3 enfants	Salaire mensuel en dessous duquel ASS majorée > I.J 3 enfants et + (> 1 mois)	Salaire mensuel en dessous duquel ASS majorée > I.J moins 3 enfants	Salaire mensuel en dessous duquel ASS majorée > I.J 3 enfants et +	
01/07/99	18,05	1 083,00	812,21	1 051,66	788,67	1049,11
01/07/00	18,41	1 104,60	828,41	1 072,64	804,40	1082,60
01/07/01	18,82	1 129,20	846,86	1 096,52	822,31	1126,40
01/07/02	19,19	1 151,40	863,51	1 118,08	838,48	1166,11
01/07/03	19,47	1 168,20	876,11	1 134,40	850,71	1227,57

Il en résulte que, s'agissant de l'allocation d'insertion et de l'ASS pour les demandeurs d'emploi de moins de 55 ans, les indemnités journalières de sécurité sociale sont plus favorables que les indemnités de chômage. Il en est de même, depuis 2002, de tous les demandeurs d'emploi en ASS dont le salaire d'activité était égal ou supérieur au SMIC mensuel de leur année d'entrée en ASS.

- **Les demandeurs d'emploi ayant moins de 3 enfants et dont le salaire d'activité allait, selon les années et la durée de leur arrêt de travail, de 1,31 SMIC à 1,18 SMIC pouvaient, avant dégressivité éventuelle, bénéficier d'une allocation de chômage supérieure à l'indemnité journalière correspondante**

Le tableau ci-après indique le salaire mensuel de référence au dessous duquel l'allocation minimale d'assurance chômage est plus favorable que l'I.J sécurité sociale correspondante. On entend par allocation minimale d'assurance chômage, le montant défini par la réglementation UNEDIC qui est retenu lorsque l'un et l'autre des calculs de l'allocation initiale de chômage (57,4% du salaire journalier de référence⁴ ou 40,4% du salaire de référence plus une partie fixe) sont moins favorables. Ce minimum est cependant écrété à 75% du salaire de référence lorsque l'activité antérieure au chômage était à temps partiel.

⁴ Le salaire journalier de référence (SJR) est calculé sur la base du salaire brut.

Tableau 4 : Salaire d'activité en dessous duquel l'allocation minimale d'assurance chômage est plus favorable que l'I.J sécurité sociale correspondante

Calcul du salaire mensuel de référence au dessous duquel l'allocation minimale d'assurance chômage est plus favorable que l'I.J sécurité sociale correspondante								
Montants en euros	Minimum allocation UNEDIC initiale (activité antérieure à temps complet)	Arrêt < ou = 6 mois			Arrêt > 6 mois			Rappel SMIC mensuel le moins favorable (base 169 heures)
		Salaire mensuel en dessous duquel minimum UNEDIC > I.J moins 3 enfants	Salaire mensuel (multiple SMIC) en dessous duquel minimum UNEDIC > I.J moins 3 enfants	Salaire mensuel en dessous duquel minimum UNEDIC > I.J 3 enfants et + (> 1 mois)	Salaire mensuel en dessous duquel minimum UNEDIC > I.J moins 3 enfants	Salaire mensuel (multiple SMIC) en dessous duquel minimum UNEDIC > I.J moins 3 enfants	Salaire mensuel en dessous duquel minimum UNEDIC > I.J 3 enfants et +	
01/07/99	22,86	1 371,60	1,31	1 028,65	1 331,91	1,27	998,83	1 049,11
01/07/00	23,32	1 399,20	1,29	1 049,35	1 358,71	1,26	1 018,93	1 082,60
01/07/01	23,88	1 432,80	1,27	1 074,55	1 391,34	1,24	1 043,40	1 126,40
01/07/02	24,24	1 454,40	1,25	1 090,75	1 412,31	1,21	1 059,13	1 166,11
01/07/03	24,76	1 485,60	1,21	1 114,14	1 442,61	1,18	1 081,85	1 227,57

S'agissant de l'allocation minimale (hors dégressivité éventuelle) d'assurance chômage, les indemnités journalières de sécurité sociale étaient moins favorables que les indemnités de chômage lorsque le salaire d'activité des bénéficiaires ayant moins de 3 enfants à charge représentait une proportion du SMIC qui a décrue de 1,31 SMIC en 1999 à 1,21 SMIC en 2003 pour un arrêt inférieur ou égal à 6 mois et de 1,27 à 1,18 SMIC pour un arrêt de plus de 6 mois.

- **Les demandeurs d'emploi dont le salaire d'activité était inférieur à 3 fois le SMIC, de longue et très longue durée pour les 55 ans et plus (entre 12 et 42 mois), de longue durée pour les autres (12 à 24 mois), ainsi que - quel que soit leur salaire d'activité - la plupart des demandeurs d'emploi de très longue durée (plus de 42 mois ou plus de 24 mois selon qu'ils avaient 55 ans et plus [sous condition de durée d'affiliation] ou moins de 55 ans), soumis à la dégressivité des allocations d'assurance chômage en 1999 et 2000, pouvaient bénéficier d'une indemnité journalière supérieure à leur indemnité de chômage.**

Le tableau figurant en annexe VI-2 présente une comparaison⁵ des I.J moins de 6 mois et moins de 3 enfants (50% salaire de référence limité au plafond), des allocations d'assurance chômage⁶ et des allocations de solidarité spécifique de 1999 à 2003, en fonction du salaire d'activité échelonné de 0,10 point en 0,10 point, de 100% à 400% du SMIC.

⁵ S'agissant des allocations d'assurance chômage, la date de comparaison est fixée au 1^{er} juillet de chaque année, dates auxquelles renvoient les informations sur les taux des allocations d'assurance communiquées par l'UNEDIC. Par contre, les règles relatives aux droits ouverts en fonction de la durée d'affiliation, de l'âge et de la durée d'indemnisation également communiquées par l'UNEDIC sont applicables au 1^{er} janvier de chaque année.

⁶ Les calculs de la mission ont retenu, selon le cas le plus favorable, le taux d'allocation sur la base de 57,4% du salaire brut de référence ou l'autre calcul prévu par la réglementation UNEDIC (avec attribution du montant le plus favorable) de 40,4% du salaire brut de référence plus une partie fixe. Par exemple, ce second calcul est plus favorable en 2003 jusqu'à 1,40 SMIC :

Multiple SMIC	1,00	1,10	1,20	1,30	1,40	1,50
50,4%	23,49	25,84	28,19	30,53	32,88	35,23
40%+10,15€	26,52	28,15	29,79	31,43	33,06	34,70

Il met en évidence (cellules surlignées en gris) les cas dans lesquels l'indemnité journalière de sécurité sociale moins de 6 mois et moins de 3 enfants est supérieure à l'allocation de chômage.

Il résulte de ce tableau que :

- Depuis le 1^{er} janvier 2001, la suppression de la dégressivité conduit à ce que le montant de l'allocation d'assurance chômage soit toujours plus favorable que l'indemnité journalière de sécurité sociale.
- En 1999 et 2000, la dégressivité⁷ conduit à ce que :
 - Pour les demandeurs d'emploi de 55 ans et plus ayant plus de 27 mois d'affiliation, les indemnités journalières soient plus favorables pour environ, d'une part les demandeurs d'emploi dont le salaire d'activité était compris entre 1,20 et 3 fois le SMIC et dont la durée d'indemnisation était comprise entre 12 et 42 mois, d'autre part la plupart des demandeurs d'emploi dont la durée d'indemnisation était supérieure à 42 mois.
 - Pour les autres demandeurs d'emploi, les indemnités journalières soient plus favorables pour environ, d'une part les demandeurs d'emploi dont le salaire d'activité allait jusqu'à 3 fois le SMIC et dont la durée d'indemnisation était comprise entre 12 et 24 mois, d'autre part la plupart des demandeurs d'emploi dont la durée d'indemnisation était supérieure à 24 mois.

1.1.3 Si les demandeurs d'emploi de longue durée (1 à 2 ans) représentent de l'ordre de 20 à 25% des demandeurs d'emploi en arrêt maladie, ceux de très longue durée sont peu nombreux en valeur absolue à recourir aux arrêts maladie indemnisés par la sécurité sociale, dont la durée apparaît cependant relativement longue

Le premier tableau ci-après, communiqué par l'UNEDIC, montre qu'à l'exception des demandeurs d'emploi inscrits depuis 5 ans et plus, dont le nombre en arrêt maladie a progressé de manière importante et continue depuis 1997, mais pour des cohortes faibles en valeur absolue, le nombre de demandeurs d'emploi de longue et très longue durée en arrêt maladie progresse moins vite que celui des demandeurs d'emploi inscrits depuis moins d'un an.

Le tableau suivant, également communiqué par l'UNEDIC, confirme les données de la CNAMETS selon lesquelles les demandeurs d'emploi s'arrêtent assez longuement lorsqu'ils sont en arrêt maladie, quel que soit leur âge. Les arrêts de courte durée (moins de 15 jours) ne représentent que de l'ordre de 13 à 19% de l'ensemble selon les années, les arrêts de 182 jours et plus décroissant cependant de 14 à 7% entre 1997 et 2001 (mais il faudrait sans doute y ajouter une part non négligeable des "non reprises présumées").

Il se confirme donc que les demandeurs d'emploi sont proportionnellement moins nombreux que les salariés à bénéficier d'indemnités journalières, mais pour des durées plus longues. Il n'est pas impossible qu'outre des pathologies lourdes liées aux effets du chômage sur la santé, un facteur de prolongation de la situation d'indemnisation soit à l'œuvre.

⁷ Atténuée par un montant "plancher" (différent du montant "minimum" applicable au calcul de l'allocation initiale) de 20,54 € en 1999 et 20,95 € en 2000 pour les plus de 55 ans ayant plus de 27 mois d'affiliation, et de 16,38 € en 1999 et 16,71 € en 2000 pour les autres.

Tableau 5 : Répartition par tranche d'ancienneté globale des sorties pour "prise en charge Sécurité sociale" (Source : Tableau communiqué par l'UNEDIC)

Année de la sortie	1997	1998	1999	2000	2001
moins de 1 an	98 052	105 474	114 251	134 080	134 841
1 an à moins de 2 ans	41 036	37 511	40 905	42 202	45 493
2 ans à moins de 3 ans	15 576	15 298	15 403	15 245	17 979
3 ans à moins de 4 ans	5 805	4 622	5 703	5 429	7 242
4 ans à moins de 5 ans	2 425	2 472	2 470	3 161	2 875
5 ans et plus	2 388	3 368	4 359	4 834	7 388
Ensemble	165 281	168 744	183 092	204 950	215 819

Source : Echantillon au 1/40e du FNA

Champ : ensemble des chômeurs indemnisés ; France métropolitaine

Tableau 6 : Répartition des interruptions pour "prise en charge Sécurité sociale" par tranches de durée et d'âge (Tableau communiqué par l'UNEDIC)

Durée	Année de la sortie	1997	1998	1999	2000	2001
	Âge à la sortie					
moins de 15 jours	moins de 50 ans	19 340	21 309	26 556	29 940	35 154
	50 à moins de 55 ans	1 463	1 919	2 243	3 261	3 811
	55 ans et plus	1 232	913	1 378	1 898	1 599
	Ensemble	22 034	24 140	30 177	35 100	40 564
15 jours à moins de 92 jours	moins de 50 ans	37 981	39 165	41 430	45 051	49 478
	50 à moins de 55 ans	5 614	6 062	7 270	8 198	10 448
	55 ans et plus	3 478	3 373	3 703	3 797	6 085
	Ensemble	47 073	48 601	52 403	57 046	66 012
92 jours à moins de 182 jours	moins de 50 ans	33 757	33 755	31 650	32 576	30 919
	50 à moins de 55 ans	1 858	1 308	1 537	2 219	2 049
	55 ans et plus	1 304	1 191	904	1 240	1 248
	Ensemble	36 919	36 254	34 091	36 035	34 216
182 jours et plus	moins de 50 ans	20 142	14 836	14 840	16 588	11 741
	50 à moins de 55 ans	2 095	1 788	1 371	2 310	2 663
	55 ans et plus	688	754	646	1 356	1 053
	Ensemble	22 926	17 379	16 857	20 254	15 458
Sans retour présumé	moins de 50 ans	30 336	35 216	41 498	47 230	49 650
	50 à moins de 55 ans	4 072	4 972	5 525	6 341	6 720
	55 ans et plus	1 920	2 183	2 541	2 945	3 199
	Ensemble	36 328	42 370	49 564	56 515	59 569
Ensemble	moins de 50 ans	141 556	144 281	155 974	171 385	176 943
	50 à moins de 55 ans	15 103	16 050	17 946	22 329	25 691
	55 ans et plus	8 622	8 413	9 172	11 236	13 185
	Ensemble	165 281	168 744	183 092	204 950	215 819

Source : Echantillon au 1/40e du FNA

Champ : ensemble des chômeurs indemnisés ; France métropolitaine

1.1.4 *Les demandeurs d'emploi en arrêt maladie indemnisés par la sécurité sociale ne sont pas ceux qui bénéficient des indemnisations d'assurance chômage proportionnellement les plus faibles*

Le tableau ci-après, communiqué par l'UNEDIC, tend à infirmer l'hypothèse selon laquelle les demandeurs d'emploi pourraient rechercher auprès de la sécurité sociale une indemnisation plus favorable que leur indemnisation du chômage.

Tableau 7 : Répartition des sorties pour "prise en charge Sécurité sociale" selon le ratio Taux Journalier de Remplacement / Salaire Journalier de Référence (Tableau communiqué par l'UNEDIC)

TJR/ SJR	SJR < 1 plafond	SJR > 1 plafond	Ensemble
moins de 30 %	4 579	1 861	6 441
30 % à moins de 40 %	12 732	3 053	15 785
40 % à moins de 50 %	22 673	1 526	24 199
50 % à moins de 60 %	44 899	4 430	49 329
60 % à moins de 75 %	98 174	0	98 174
75 % et plus	21 891	0	21 891
Ensemble	204 948	10 871	215 819

Source : Echantillon au 1/40e du FNA

Champ : ensemble des chômeurs indemnisés ; France métropolitaine

Annexe 6-2 : Tableau comparatif des allocations de chômage et des indemnités journalières de maladie

COMPARAISON ENTRE LES I.J ET LES ALLOCATIONS D'ASSURANCE OU DE SOLIDARITE CHÔMAGE EN FONCTION DU SALAIRE ANTERIEUR D'ACTIVITE																	
PAGE 1	SMIC	1,00	1,10	1,20	1,30	1,40	1,50	1,60	1,70	1,80	1,90	2,00	2,10	2,20	2,30	2,40	2,50
MONTANTS	01/07/99	1 049,11	1 154,02	1 258,93	1 363,84	1 468,75	1 573,66	1 678,57	1 783,48	1 888,39	1 993,30	2 098,21	2 203,12	2 308,03	2 412,94	2 517,85	2 622,76
EN EUROS	01/07/00	1 082,60	1 190,86	1 299,12	1 407,38	1 515,64	1 623,90	1 732,16	1 840,42	1 948,68	2 056,94	2 165,20	2 273,46	2 381,72	2 489,98	2 598,24	2 706,50
	01/07/01	1 126,40	1 239,04	1 351,68	1 464,32	1 576,96	1 689,60	1 802,24	1 914,87	2 027,51	2 140,15	2 252,79	2 365,43	2 478,07	2 590,71	2 703,35	2 815,99
	01/07/02	1 166,11	1 282,72	1 399,33	1 515,94	1 632,55	1 749,17	1 865,78	1 982,39	2 099,00	2 215,61	2 332,22	2 448,83	2 565,44	2 682,05	2 798,66	2 915,28
	01/07/03	1 227,57	1 350,33	1 473,08	1 595,84	1 718,60	1 841,36	1 964,11	2 086,87	2 209,63	2 332,38	2 455,14	2 577,90	2 700,65	2 823,41	2 946,17	3 068,93
I.J sécurité sociale																	
	01/07/99	17,49	19,23	20,98	22,73	24,48	26,23	27,98	29,72	31,47	33,22	34,97	36,72	36,77	36,77	36,77	
	01/07/00	18,04	19,85	21,65	23,46	25,26	27,06	28,87	30,67	32,48	34,28	36,09	37,35	37,35	37,35	37,35	
	01/07/01	18,77	20,65	22,53	24,41	26,28	28,16	30,04	31,91	33,79	35,67	37,55	37,99	37,99	37,99	37,99	
	01/07/02	19,44	21,38	23,32	25,27	27,21	29,15	31,10	33,04	34,98	36,93	38,87	39,20	39,20	39,20	39,20	
	01/07/03	20,46	22,51	24,55	26,60	28,64	30,69	32,74	34,78	36,83	38,87	40,53	40,53	40,53	40,53	40,53	
AUD initiale : Tous allocataires, les affiliations < 6 mois ayant indemnisation limitée à 4 mois*	Nota : Pour les plus de 55 ans, sous condition de longue durée de cotisation, minimum 1999 : 20,54 euros, 2000 : 20,95 euros										*Jusqu'au 31/12/2002. Depuis le 01/01/2003, durée d'affiliation minimum de 6 mois requise avec 213 jours d'indemnisation ouverts et indemnisation la plus longue (> = 57 ans et 100 trimestres d'affiliation) ramenée à 1277 jours.						
	01/07/99	23,51	24,92	26,33	27,75	29,16	30,57	32,12	34,12	36,13	38,14	40,15	42,15	44,16	46,17	48,17	50,18
	01/07/00	24,14	25,60	27,05	28,51	29,97	31,43	33,14	35,21	37,28	39,36	41,43	43,50	45,57	47,64	49,71	51,78
	01/07/01	24,96	26,48	27,99	29,51	31,03	32,54	34,48	36,64	38,79	40,95	43,10	45,26	47,41	49,57	51,72	53,88
	01/07/02	25,64	27,21	28,78	30,35	31,93	33,50	35,70	37,93	40,16	42,39	44,62	46,85	49,09	51,32	53,55	55,78
	01/07/03	26,68	28,33	29,99	31,64	33,29	35,23	37,58	39,93	42,28	44,63	46,98	49,32	51,67	54,02	56,37	58,72
AUD depuis 01/01/01: Absence de dégressivité																	
	01/07/01	24,96	26,48	27,99	29,51	31,03	32,54	34,48	36,64	38,79	40,95	43,10	45,26	47,41	49,57	51,72	53,88
	01/07/02	25,64	27,21	28,78	30,35	31,93	33,50	35,70	37,93	40,16	42,39	44,62	46,85	49,09	51,32	53,55	55,78
	01/07/03	26,68	28,33	29,99	31,64	33,29	35,23	37,58	39,93	42,28	44,63	46,98	49,32	51,67	54,02	56,37	58,72
Dégressivité 8% par 6 mois (1997/2000) : Affiliation > 27 mois, âge > = 55 ans																	
AUD après 6 mois																	
	01/07/99	21,63	22,93	24,23	25,53	26,83	28,13	29,55	31,39	33,24	35,09	36,93	38,78	40,63	42,47	44,32	46,17
	01/07/00	22,21	23,55	24,89	26,23	27,57	28,91	30,49	32,40	34,30	36,21	38,11	40,02	41,92	43,83	45,74	47,64
AUD après 12 mois																	
	01/07/99	20,54	20,54	20,54	22,09	23,79	25,48	27,18	28,88	30,58	32,28	33,98	35,68	37,38	39,08	40,78	42,47
	01/07/00	20,95	20,95	21,04	22,79	24,54	26,30	28,05	29,80	31,56	33,31	35,06	36,82	38,57	40,32	42,08	43,83
AUD après 18 mois																	
	01/07/99	20,54	20,54	20,54	20,54	21,88	23,45	25,01	26,57	28,13	29,70	31,26	32,82	34,39	35,95	37,51	39,08
	01/07/00	20,95	20,95	20,95	20,97	22,58	24,19	25,81	27,42	29,03	30,65	32,26	33,87	35,48	37,10	38,71	40,32

PAGE 1bis	SMIC	2,60	2,70	2,80	2,90	3,00	3,10	3,20	3,30	3,40	3,50	3,60	3,70	3,80	3,90	4,00
01/07/99	2 727,67	2 832,58	2 937,49	3 042,41	3 147,32	3 252,23	3 357,14	3 462,05	3 566,96	3 671,87	3 776,78	3 881,69	3 986,60	4 091,51	4 196,42	
01/07/00	2 814,76	2 923,02	3 031,28	3 139,54	3 247,80	3 356,06	3 464,31	3 572,57	3 680,83	3 789,09	3 897,35	4 005,61	4 113,87	4 222,13	4 330,39	
01/07/01	2 928,63	3 041,27	3 153,91	3 266,55	3 379,19	3 491,83	3 604,47	3 717,11	3 829,75	3 942,39	4 055,03	4 167,67	4 280,31	4 392,95	4 505,59	
01/07/02	3 031,89	3 148,50	3 265,11	3 381,72	3 498,33	3 614,94	3 731,55	3 848,16	3 964,77	4 081,39	4 198,00	4 314,61	4 431,22	4 547,83	4 664,44	
01/07/03	3 191,68	3 314,44	3 437,20	3 559,95	3 682,71	3 805,47	3 928,22	4 050,98	4 173,74	4 296,50	4 419,25	4 542,01	4 664,77	4 787,52	4 910,28	
I.J sécurité sociale																
01/07/99	36,77	36,77	36,77	36,77	36,77	36,77	36,77	36,77	36,77	36,77	36,77	36,77	36,77	36,77	36,77	
01/07/00	37,35	37,35	37,35	37,35	37,35	37,35	37,35	37,35	37,35	37,35	37,35	37,35	37,35	37,35	37,35	
01/07/01	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	37,99	
01/07/02	39,20	39,20	39,20	39,20	39,20	39,20	39,20	39,20	39,20	39,20	39,20	39,20	39,20	39,20	39,20	
01/07/03	40,53	40,53	40,53	40,53	40,53	40,53	40,53	40,53	40,53	40,53	40,53	40,53	40,53	40,53	40,53	
AUD initiale : Tous allocataires, les affiliations < 6 mois ayant indemnisation limitée à 4 mois																
01/07/99	52,19	54,20	56,20	58,21	60,22	62,23	64,23	66,24	68,25	70,26	72,26	74,27	76,28	78,28	80,29	
01/07/00	53,86	55,93	58,00	60,07	62,14	64,21	66,28	68,36	70,43	72,50	74,57	76,64	78,71	80,78	82,85	
01/07/01	56,03	58,19	60,34	62,50	64,66	66,81	68,97	71,12	73,28	75,43	77,59	79,74	81,90	84,05	86,21	
01/07/02	58,01	60,24	62,47	64,70	66,93	69,17	71,40	73,63	75,86	78,09	80,32	82,55	84,78	87,02	89,25	
01/07/03	61,07	63,42	65,77	68,11	70,46	72,81	75,16	77,51	79,86	82,21	84,56	86,90	89,25	91,60	93,95	
AUD depuis 01/01/01: Absence de dégressivité																
01/07/01	56,03	58,19	60,34	62,50	64,66	66,81	68,97	71,12	73,28	75,43	77,59	79,74	81,90	84,05	86,21	
01/07/02	58,01	60,24	62,47	64,70	66,93	69,17	71,40	73,63	75,86	78,09	80,32	82,55	84,78	87,02	89,25	
01/07/03	61,07	63,42	65,77	68,11	70,46	72,81	75,16	77,51	79,86	82,21	84,56	86,90	89,25	91,60	93,95	
Dégressivité 8% par 6 mois (97/00) : Affiliation > 27 mois, âge > = 55 ans																
AUD après 6 mois																
01/07/99	48,01	49,86	51,71	53,55	55,40	57,25	59,09	60,94	62,79	64,63	66,48	68,33	70,17	72,02	73,87	
01/07/00	49,55	51,45	53,36	55,26	57,17	59,08	60,98	62,89	64,79	66,70	68,60	70,51	72,42	74,32	76,23	
AUD après 12 mois																
01/07/99	44,17	45,87	47,57	49,27	50,97	52,67	54,37	56,07	57,76	59,46	61,16	62,86	64,56	66,26	67,96	
01/07/00	45,58	47,34	49,09	50,84	52,60	54,35	56,10	57,86	59,61	61,36	63,12	64,87	66,62	68,38	70,13	
AUD après 18 mois																
01/07/99	40,64	42,20	43,77	45,33	46,89	48,45	50,02	51,58	53,14	54,71	56,27	57,83	59,40	60,96	62,52	
01/07/00	41,94	43,55	45,16	46,78	48,39	50,00	51,61	53,23	54,84	56,45	58,07	59,68	61,29	62,91	64,52	

AUD après 24 mois																	
PAGE 2	01/07/99	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	21,57	23,01	24,45	25,88	27,32	28,76	30,20	31,64	33,07	34,51	35,95
	01/07/00	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	22,26	23,74	25,23	26,71	28,19	29,68	31,16	32,65	34,13	35,61	37,10
AUD après 30 mois																	
	01/07/99	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	21,17	22,49	23,81	25,14	26,46	27,78	29,11	30,43	31,75	33,07
	01/07/00	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	21,84	23,21	24,57	25,94	27,30	28,67	30,03	31,40	32,76	34,13
AUD après 36 mois																	
	01/07/99	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,69	21,91	23,13	24,34	25,56	26,78	27,99	29,21	30,43
	01/07/00	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	21,35	22,61	23,86	25,12	26,38	27,63	28,89	30,14	31,40
AUD après 42 mois																	
	01/07/99	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	21,28	22,40	23,51	24,63	25,75	26,87	27,99
	01/07/00	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	21,95	23,11	24,27	25,42	26,58	27,73	28,89
AUD après 48 mois																	
	01/07/99	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,60	21,63	22,66	23,69	24,72	25,75
	01/07/00	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	21,26	22,32	23,39	24,45	25,51	26,58
AUD après 54 mois																	
	01/07/99	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,85	21,80	22,75	23,69	
	01/07/00	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	21,52	22,49	23,47	24,45	
AUD après 60 mois																	
	01/07/99	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,93	21,80
	01/07/00	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	21,59	22,49	
AUD après 66 mois																	
	01/07/99	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54
	01/07/00	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95
AUD après 72 mois																	
	01/07/99	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54	20,54
	01/07/00	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95	20,95
Dégressivité 15% par 6 mois (97/00) : Affiliation > 27 mois, âge 50 à 54 ans et affiliation > 8,5 mois, âge > 50 ans, affiliation > 6 mois, tous âges (Durées décroissantes d'indemnisation)																	
AUD après 6 mois																	
	01/07/99	19,98	21,18	22,38	23,58	24,79	25,99	27,30	29,01	30,71	32,42	34,12	35,83	37,54	39,24	40,95	42,65
	01/07/00	20,52	21,76	23,00	24,24	25,48	26,71	28,17	29,93	31,69	33,45	35,21	36,97	38,73	40,50	42,26	44,02

AUD après 24 mois																
PAGE 2bis	01/07/99	37,39	38,83	40,26	41,70	43,14	44,58	46,02	47,45	48,89	50,33	51,77	53,21	54,64	56,08	57,52
	01/07/00	38,58	40,07	41,55	43,03	44,52	46,00	47,49	48,97	50,45	51,94	53,42	54,90	56,39	57,87	59,36
AUD après 30 mois																
	01/07/99	34,40	35,72	37,04	38,37	39,69	41,01	42,33	43,66	44,98	46,30	47,63	48,95	50,27	51,60	52,92
	01/07/00	35,50	36,86	38,23	39,59	40,96	42,32	43,69	45,05	46,42	47,78	49,15	50,51	51,88	53,24	54,61
AUD après 36 mois																
	01/07/99	31,65	32,86	34,08	35,30	36,51	37,73	38,95	40,17	41,38	42,60	43,82	45,03	46,25	47,47	48,69
	01/07/00	32,66	33,91	35,17	36,42	37,68	38,94	40,19	41,45	42,70	43,96	45,22	46,47	47,73	48,98	50,24
AUD après 42 mois																
	01/07/99	29,11	30,23	31,35	32,47	33,59	34,71	35,83	36,95	38,07	39,19	40,31	41,43	42,55	43,67	44,79
	01/07/00	30,04	31,20	32,35	33,51	34,67	35,82	36,98	38,13	39,29	40,44	41,60	42,75	43,91	45,06	46,22
AUD après 48 mois																
	01/07/99	26,78	27,81	28,84	29,88	30,91	31,94	32,97	34,00	35,03	36,06	37,09	38,12	39,15	40,18	41,21
	01/07/00	27,64	28,70	29,77	30,83	31,89	32,96	34,02	35,08	36,14	37,21	38,27	39,33	40,40	41,46	42,52
AUD après 54 mois																
	01/07/99	24,64	25,59	26,54	27,49	28,43	29,38	30,33	31,28	32,22	33,17	34,12	35,07	36,02	36,96	37,91
	01/07/00	25,43	26,41	27,38	28,36	29,34	30,32	31,30	32,27	33,25	34,23	35,21	36,19	37,16	38,14	39,12
AUD après 60 mois																
	01/07/99	22,67	23,54	24,41	25,29	26,16	27,03	27,90	28,77	29,65	30,52	31,39	32,26	33,13	34,01	34,88
	01/07/00	23,39	24,29	25,19	26,09	26,99	27,89	28,79	29,69	30,59	31,49	32,39	33,29	34,19	35,09	35,99
AUD après 66 mois																
	01/07/99	20,86	21,66	22,46	23,26	24,07	24,87	25,67	26,47	27,27	28,08	28,88	29,68	30,48	31,29	32,09
	01/07/00	21,52	22,35	23,18	24,01	24,83	25,66	26,49	27,32	28,15	28,97	29,80	30,63	31,46	32,28	33,11
AUD après 72 mois																
	01/07/99	20,54	20,54	20,66	21,40	22,14	22,88	23,62	24,35	25,09	25,83	26,57	27,31	28,04	28,78	29,52
	01/07/00	20,95	20,95	21,32	22,09	22,85	23,61	24,37	25,13	25,89	26,66	27,42	28,18	28,94	29,70	30,46
Dégressivité 15% par 6 mois (97/00) : Affiliation > 27 mois, âge 50 à 54 ans et affiliation > 8,5 mois, âge > 50 ans, affiliation > 6 mois, tous âges (Durées décroissantes d'indemnisation)																
AUD après 6 mois																
	01/07/99	44,36	46,07	47,77	49,48	51,19	52,89	54,60	56,30	58,01	59,72	61,42	63,13	64,84	66,54	68,25
	01/07/00	45,78	47,54	49,30	51,06	52,82	54,58	56,34	58,10	59,86	61,62	63,38	65,14	66,91	68,67	70,43

AUD après 12 mois																
PAGE 3bis	01/07/99	37,71	39,16	40,61	42,06	43,51	44,96	46,41	47,86	49,31	50,76	52,21	53,66	55,11	56,56	58,01
	01/07/00	38,91	40,41	41,90	43,40	44,90	46,39	47,89	49,39	50,88	52,38	53,88	55,37	56,87	58,37	59,86
AUD après 18 mois																
	01/07/99	32,05	33,28	34,52	35,75	36,98	38,21	39,45	40,68	41,91	43,15	44,38	45,61	46,84	48,08	49,31
	01/07/00	33,07	34,35	35,62	36,89	38,16	39,43	40,71	41,98	43,25	44,52	45,79	47,07	48,34	49,61	50,88
AUD après 24 mois																
	01/07/99	27,24	28,29	29,34	30,39	31,43	32,48	33,53	34,58	35,63	36,67	37,72	38,77	39,82	40,86	41,91
	01/07/00	28,11	29,19	30,28	31,36	32,44	33,52	34,60	35,68	36,76	37,84	38,93	40,01	41,09	42,17	43,25
AUD après 30 mois																
	01/07/99	23,16	24,05	24,94	25,83	26,72	27,61	28,50	29,39	30,28	31,17	32,06	32,95	33,84	34,74	35,63
	01/07/00	23,90	24,82	25,73	26,65	27,57	28,49	29,41	30,33	31,25	32,17	33,09	34,01	34,92	35,84	36,76
AUD après 36 mois																
	01/07/99	19,68	20,44	21,20	21,95	22,71	23,47	24,23	24,98	25,74	26,50	27,25	28,01	28,77	29,52	30,28
	01/07/00	20,31	21,09	21,87	22,66	23,44	24,22	25,00	25,78	26,56	27,34	28,12	28,91	29,69	30,47	31,25
AUD après 42 mois																
	01/07/99	16,73	17,37	18,02	18,66	19,30	19,95	20,59	21,24	21,88	22,52	23,17	23,81	24,45	25,10	25,74
	01/07/00	17,26	17,93	18,59	19,26	19,92	20,59	21,25	21,91	22,58	23,24	23,91	24,57	25,23	25,90	26,56
AUD après 48 mois																
	01/07/99	16,38	16,38	16,38	16,38	16,41	16,96	17,50	18,05	18,60	19,14	19,69	20,24	20,78	21,33	21,88
	01/07/00	16,71	16,71	16,71	16,71	16,93	17,50	18,06	18,63	19,19	19,76	20,32	20,88	21,45	22,01	22,58

ANNEXE 7 : Préretraites et indemnités journalières de maladie

1.1 Les effectifs de demandeurs d'emploi susceptibles d'utiliser les indemnités journalières comme substitut de la préretraite apparaissent relativement faibles et d'un impact limité sur l'évolution des dépenses d'indemnités journalières

1.1.1 L'allocation spéciale du FNE n'est inférieure à l'indemnité journalière que pour les bénéficiaires ayant au moins 3 enfants à charge et dont le salaire de référence était inférieur ou légèrement supérieur au plafond de la sécurité sociale

Le tableau ci-dessous indique en dessous de quel salaire d'activité, un demandeur d'emploi est mieux indemnisé au titre de l'allocation spéciale minimum de préretraite FNE qu'au titre des I.J de sécurité sociale correspondantes.

L'allocation spéciale du FNE (AS-FNE) étant calculée sur la base de 65% du salaire de référence limité au plafond de la sécurité sociale, plus 50% pour la part du salaire excédant le plafond, dans la limite de 4 fois ce plafond, il résulte de ce tableau que, pour les préretraités ayant 3 enfants et plus à charge, les indemnités journalières peuvent être plus favorable que l'AS-FNE lorsque leur salaire de référence est compris entre environ le SMIC et le plafond de la sécurité sociale.

L'allocation spéciale du FNE est donc toujours plus favorable que l'indemnité journalière pour les bénéficiaires ayant moins de 3 enfants, mais moins favorable pour la plupart des bénéficiaires ayant 3 enfants et plus à charge.

Tableau 1 : Salaire d'activité en dessous duquel l'allocation spéciale minimum de préretraite FNE est plus favorable que l'I.J sécurité sociale correspondante

Préretraite FNE	Montants en euros	Arrêt < ou = 6 mois			Arrêt > 6 mois			Rappel SMIC mensuel le moins favorable (base 169 heures)
		Salaire mensuel en dessous duquel FNE > I.J moins 3 enfants	Salaire mensuel (multiple du SMIC) en dessous duquel FNE > I.J 3 enfants et + (> 1 mois)	Salaire mensuel en dessous duquel FNE > I.J 3 enfants et + (> 1 mois)	Salaire mensuel en dessous duquel FNE > I.J moins 3 enfants	Salaire mensuel (multiple du SMIC) en dessous duquel FNE > I.J moins 3 enfants		
01/07/99	25,23	1 513,80	1,44	1 135,29	1 469,99	1,40	1 102,39	1 049,11
01/07/00	25,36	1 521,60	1,41	1 141,14	1 477,57	1,36	1 108,07	1 082,60
01/07/01	25,92	1 555,20	1,38	1 166,34	1 510,20	1,34	1 132,54	1 126,40
01/07/02	26,49	1 589,40	1,36	1 191,99	1 543,41	1,32	1 157,44	1 166,11
01/07/03	26,89	1 613,40	1,31	1 209,99	1 566,71	1,28	1 174,92	1 227,57

1.1.2 Si le nombre de préretraités tend à diminuer en stock comme en flux, tandis que le nombre de salariés âgés dispensés de recherche d'emploi tend à augmenter, les effectifs de demandeurs d'emploi susceptibles d'utiliser les indemnités journalières comme substitut de la préretraite apparaissent relativement faibles et d'un impact limité sur l'évolution des dépenses d'indemnités journalières

Les deux tableaux ci-dessous, communiqués par la DARES, rendent compte de l'évolution des dispositifs communément regroupés sous le vocable de préretraites, y compris s'agissant des demandeurs d'emploi âgés et dispensés de recherche d'emploi.

Ils montrent que le nombre de préretraités tend à diminuer en stock comme en flux, tandis que le nombre de salariés âgés dispensés de recherche d'emploi¹ tend à augmenter.

Les effectifs de demandeurs d'emploi susceptibles d'utiliser les indemnités journalières comme substitut de la préretraite apparaissent, au vu de l'ensemble des données collectées par la mission (notamment, sorties pour maladie par âge et ancienneté de chômage, avantage financier relatif, évolution des effectifs de préretraités et de demandeurs d'emploi âgés de longue durée) relativement faibles et d'un impact limité sur l'évolution des dépenses d'indemnités journalières.

Tableau 2 : Dispositifs de préretraite² (Tableau communiqué par la DARES)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Allocation Spéciale du Fonds National de l'Emploi (ASFNE)										
Nombre d'entrées annuelles	56 345	49 462	23 683	21 015	21 669	18 672	11 993	7 920	6 740	6 803
Nombre d'allocataires en cours à la fin décembre	174 662	179 219	152 409	128 442	107 789	90 654	73 411	59 939	48 045	35 826
Préretraite progressive										
Nombre d'entrées annuelles	10 616	22 282	26 858	24 262	20 870	16 717	13 372	11 117	12 357	15 102
Nombre d'allocataires en cours à la fin décembre	17 145	30 910	52 520	54 672	55 032	52 112	44 675	42 045	42 764	45 594
Allocation de Remplacement Pour l'Emploi (ARPE)										
Nombre d'entrées annuelles			2 650	52 211	35 353	43 438	45 170	37 461	21 364	841
Nombre d'allocataires en cours à la fin décembre			2 622	49 523	65 795	76 917	84 519	86 580	73 121	38 031
Cessation d'Activité de certains Travailleurs Salariés (CATS)										
Nombre d'entrées annuelles								5 218	5 313	10 062
Nombre d'allocataires en cours à la fin décembre								5 218	9 871	18 043

¹ Conditions d'âge : avoir 57,5 ans ou 55 ans pour les allocataires de l'ASS. En outre, depuis juillet 1999, 55 ans pour les demandeurs d'emploi indemnisés justifiant d'au moins 40 annuités de cotisations à un régime de retraite.

² Le nombre d'AS-FNE et de CATS était égal en 2002 et 2003 (7000 et 10 225). Seul celui des préretraites progressives a baissé 10 000 au lieu de 15 102.

Tableau 3 : Les demandeurs d'emploi âgés dispensés de recherche d'emploi (Tableau communiqué par la DARES)

Dates	déc-92	déc-93	déc-94	déc-95	déc-96	déc-97	déc-98	déc-99	déc-00	déc-01	déc-02
D.E dispensés de recherche d'emploi	241 013	278 262	285 167	276 211	270 244	274 977	283 547	325 164	348 824	364 647	377 897

ANNEXE 8 : La perception de l'impact des conditions de travail sur la santé

1.1 La perception des conditions de travail comme facteur d'absences pour maladie n'est pas plus importante en France que dans la moyenne de l'Union européenne, mais doit faire l'objet d'un suivi attentif

Parmi « différents déterminants structurels et conjoncturels » de la croissance des dépenses d'indemnités journalières figurent les conditions de vie et de travail qui constituent des « facteurs économiques et sociologiques généraux » à l'œuvre (Rapport 1999 de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, dont la section VI du chapitre II traite des « indemnités journalières versées par l'assurance maladie »).

S'agissant des IJ maladie des salariés et de leurs déterminants sociaux, leur augmentation traduit-elle une réponse au développement de situations de difficultés liées aux conditions et relations du travail, en rapport notamment avec le vieillissement des travailleurs de la génération du "baby-boum", le stress, les difficultés d'adaptation à l'évolution des techniques et des organisations, l'intensification du travail générée d'une part par l'évolution de ces techniques, d'autre part par les conséquences contradictoires du passage aux 35 heures¹, la dégradation du climat social en lien avec l'affaiblissement de la représentation syndicale ?

Les résultats des enquêtes 1996 et 2000 sur les conditions de travail en Europe, conduites par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail² (Thème : Absentéisme) donnent des indications sur la perception de l'influence des conditions de travail sur les absences maladie des salariés et des indépendants des 15 pays de l'Union européenne.

L'étude de 1996 s'appuie sur un questionnaire et des entrevues en tête-à-tête organisées en dehors du lieu de travail, auprès de 1000 travailleurs par Etat-membre (15 800). L'étude de 2000 s'appuie sur les 21 000 réponses reçues sur un questionnaire.

Les chiffres varient d'un pays à un autre selon le type d'occupation, le statut de l'emploi et la taille de l'entreprise. Le tableau suivant rend compte des résultats de 1996 :

¹ Selon la DARES ("Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement", in "Premières informations et premières synthèses", n° 24.1 juin 2003), l'enquête "RTT et modes de vie" conduite début 2001 montre que 26,1% perçoivent une amélioration des conditions de travail, 28,0% une dégradation et 45,9% une stabilité. La polyvalence accrue est souvent mal vécue et le travail apparaît souvent plus intense, surtout en l'absence d'embauches, tandis que plus du tiers des salariés déclarent "être plus stressé depuis la RTT". Cependant, le temps de vie hors travail libéré par la RTT compense en partie cette perception et conduit globalement à une appréciation d'une amélioration des conditions générales de vie (y compris les conditions de travail) pour 60%, une dégradation pour 28%, une stabilité pour 12%.

² Organe tripartite de l'Union européenne créé en 1975, la Fondation a pour mission de contribuer à la conception et à l'établissement de meilleures conditions de vie et de travail. La Fondation est l'une des premières agences de l'Union européenne. Elle a été mise en place par le Conseil européen en 1975 pour contribuer à la conception et à l'établissement de meilleures conditions de vie et de travail en Europe (Règlement du Conseil n° 1365/75 du 26 mai 1975).

Tableau 1 : Absentéisme déclaré, lié à des problèmes de santé au cours des 12 derniers mois de 1996 (Source : Fondation européenne)

Données exprimées en %	S	I n d é	E n s e s	B	DK	WD*	GR	I	E	F	IRL	L	NL	P	UK	OD*	FIN	S	A	EU
								ra	ri	ta	re	re	re	re	re	re	re	re	re	re
Aucune absence	75	84	77	74	85	66	82	83	81	79	84	71	73	78	84	69	70	87	64	77
< 5 jours	6	5	6	7	5	6	2	5	7	5	8	8	8	5	7	4	8	4	5	5
5 à 20 jours	13	7	12	13	7	18	9	9	7	11	8	15	11	10	6	19	14	5	22	12
> 20 jours	6	4	6	7	4	9	6	3	6	5	2	6	8	8	3	7	8	4	9	6

*WD : Ex RFA, OD : Ex RDA

Il ressort de ce tableau que la perception de leurs arrêts maladie par les travailleurs interrogés est la suivante:

- Un moindre taux d'absence des indépendants en 1996, la différence se faisant essentiellement sur la moindre fréquence des arrêts de 5 à 20 jours.
- Les travailleurs français déclarent un taux d'absence légèrement inférieur à la moyenne européenne.

Le tableau suivant rend compte de la distinction faite en 2000 par les travailleurs interrogés, selon qu'ils considèrent avoir ou non eu des arrêts de travail dus à un accident du travail, une maladie liée au travail, une maladie liée à des causes extérieures au travail.

La comparaison des déclarations des travailleurs français interrogés, qui sont 7,5% à considérer avoir été en arrêt maladie pour cause d'accident du travail, alors que les statistiques de la branche AT/MP de la CNAMTS indiquent qu'en 2000, 4,4 % des salariés ont subi un accident du travail avec arrêt, soit dénote une surestimation du risque "accident du travail", soit confirme la sous déclaration des accidents du travail mise en évidence par l'enquête "conditions de travail" de la DARES en 1998 et la pertinence des transferts opérés de la branche AT/MP vers la branche maladie en compensation de cette sous déclaration.

Tableau 2 : Arrêts maladie déclarés, selon qu'ils sont considérés comme dus à un accident du travail, à des problèmes de santé liés au travail ou sans rapport avec le travail, en 2000 (Source : Fondation européenne)

Absent days due to accident at work	B	DK	D	GR	I	ES	F	IRL	L	NL	P	UK	FIN	S	A	EU-15
Aucune absence	92,5	93,3	89,4	97,3	94,2	91,8	92,5	94,4	88,6	93,6	92,9	92,8	90,0	93,2	93,2	92,2
< 5 jours	2,5	2,6	2,1	0,5	0,7	2,0	1,0	1,5	1,3	1,1	0,4	2,1	1,6	1,5	0,4	1,6
5 à 19 jours	1,6	2,5	5,1	0,6	1,7	1,6	1,7	1,6	3,2	1,7	1,9	1,8	4,2	1,4	2,8	2,6
> 19 jours	3,4	1,6	3,4	1,6	3,4	4,6	4,8	2,5	6,9	3,6	4,8	3,3	4,2	3,9	3,6	3,6
Absent days due to work-related health problems	B	DK	D	GR	I	ES	F	IRL	L	NL	P	UK	FIN	S	A	EU-15
Aucune absence	90,1	90,2	87,9	93,8	90,8	89,3	89,9	93,4	83,5	81,4	92,0	92,0	81,2	85,8	86,9	89,4
< 5 jours	2,8	3,8	2,0	1,5	2,1	3,2	1,3	2,6	4,9	5,1	0,7	3,0	4,1	4,2	1,7	2,4
5 à 19 jours	3,2	3,3	6,6	3,0	3,2	3,0	4,2	2,1	3,6	5,9	1,5	2,9	9,1	4,5	6,4	4,3
> 19 jours	3,9	2,7	3,5	1,7	3,9	4,5	4,6	1,9	8,0	7,6	5,8	2,1	5,6	5,5	5,0	3,9
Absent days due to other health problems	B	DK	D	GR	I	ES	F	IRL	L	NL	P	UK	FIN	S	A	EU-15
Aucune absence	66,3	46,6	59,4	79,7	54,8	75,3	76,1	65,7	61,9	56,5	76,1	67,2	50,7	48,8	64,6	64,7
< 5 jours	10,7	25,9	8,5	8,2	10,6	8,3	6,3	15,5	10,6	17,1	5,7	16,7	19,7	18,7	6,1	11,0
5 à 19 jours	15,7	21,3	26,0	8,4	22,5	8,0	10,5	14,6	15,0	16,6	8,6	11,7	21,4	21,4	22,4	17,0
> 19 jours	7,3	6,2	6,1	3,7	12,1	8,4	7,1	4,2	12,5	9,8	9,6	4,4	8,2	11,1	6,9	7,3

Ce tableau met en évidence une perception variable selon les pays de l'influence des conditions de travail sur le risque maladie, avec une sensibilité française qui se situe dans la moyenne européenne sur ce sujet et suggère que :

- 10,1% des travailleurs français estiment avoir dû s'arrêter à cause d'une maladie en relation avec leur travail, dont presque la moitié pour des arrêts longs supérieurs à 19 jours.
- Les travailleurs français sont proportionnellement plus nombreux que l'ensemble des travailleurs interrogés à déclarer qu'une n'ont eu aucune absence dans l'année en lien avec une maladie sans rapport avec leur travail (76,1% contre 64,7%) et pour les 23,9% arrêtés, plus des deux tiers disent avoir eu un arrêt relativement court, inférieur à 20 jours.

Enfin, le dernier tableau rend compte de l'influence du travail jugée négative sur leur santé par les travailleurs de l'Union européenne en 1996.

Ce tableau montre que la perception des travailleurs français est proche de celle de la moyenne de l'Union européenne, plutôt moins sensible aux risques de maladie induits par les conditions de travail., les français estimant à l'inverse assez fréquemment (12%) que leurs problèmes de santé rendent leur travail plus difficile.

Tableau

u 3 : L'influence du travail sur la santé en 1996 (Source : Fondation européenne)

RISQUES ET PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS AU TRAVAIL	B	DK	WD	GR	I	E	F	IRL	L	NL	P	UK	OD	FIN	S	A	EU
Travail affectant la santé	40	60	56	80	67	59	52	29	55	45	69	49	59	63	70	54	57
Stress	23	25	23	50	41	22	24	12	38	20	26	27	31	34	38	27	28
Maux de dos	21	30	30	44	32	35	29	13	32	17	39	23	37	33	31	31	30
Etat de fatigue générale	14	11	14	57	26	30	24	10	17	12	28	15	18	20	20	5	20
Maux de tête	10	16	10	24	17	13	11	5	13	8	21	11	14	20	19	12	13
Douleurs dans les muscles des bras ou des jambes	9	24	12	37	19	24	19	6	13	10	31	11	16	29	24	14	17
Insomnie	4	6	7	10	5	3	7	3	5	6	8	10	8	11	9	7	7

Il ressort de l'ensemble de ces tableaux que, sans être négligeable, l'influence négative des conditions de travail sur la santé n'est pas perçue comme un facteur majeur d'absentéisme par les travailleurs français.

Cependant, les indicateurs issus des enquêtes "Conditions de travail" de la DARES, conduites en 1984, 1991 et 1998, indiquent une tendance forte à la perception d'une dégradation des conditions de travail, notamment de l'accroissement de la pression mentale. Mais cet accroissement est ressenti de manière ambivalente, à la fois source d'angoisse et de fierté, et "l'impact du sentiment de responsabilité sur la santé ne peut être prédit³".

³ DARES : "Travail et charge mentale" in "Premières informations et premières synthèses", n° 27-1, juillet 1999.

ANNEXE 9 : Diverses modalités de contrôle observées par la mission

Diverses modalités de contrôle observées par la mission

1. Les modes de réception des certificats d'arrêt de travail

Dans la Sarthe, où 70% des avis sont envoyés dans les 48 heures, les dossiers sont reçus d'abord au service médical, qui compose le volet 2 et le transmet au service administratif, ce qui limite considérablement les risques que le volet 1, comportant les motifs d'ordre médical de l'arrêt, soit vu par une personne non habilitée au secret médical. La transmission est effectuée 2 fois par jour. Il en résulte que des possibilités de contrôle restent ouvertes compte tenu du fait que l'ELSM est le premier destinataire des avis d'arrêt de travail.

Dans les Hauts-de-Seine, les assurés envoient en majorité les imprimés aux centres de gestion des prestations. Le délai de transmission interne au service médical s'ajoute aux délais externes.

Dans le Maine et Loire, l'enregistrement se fait au niveau d'un pôle administratif dédié, en liaison directe avec le service médical.

Dans l'Orne, près de 70% des arrêts de travail (estimation de l'ELSM) sont déposés par l'assuré dans les boîtes aux lettres de la CPAM ou des sites secondaires (où il n'y a pas obligatoirement de représentation du service médical). De plus, il y a une très large sous-utilisation des enveloppes pré identifiées au nom du médecin conseil. ("enveloppes bleues"), malgré les rappels réitérés de la Caisse et du Service médical. Le délai entre le début de l'arrêt de travail et sa réception par le Service médical est en moyenne de 5 jours. Le service courrier date les avis d'arrêt de travail qu'il reçoit et les transmet au centre de paiement compétent (volets 1 et 2). Si l'avis arrive directement au service médical, celui-ci transmet au centre de paiement compétent le volet 2 destiné au paiement des prestations.

La mission estime que la procédure établie dans la Sarthe présente le double avantage de mieux assurer le secret médical et d'avertir plus rapidement le service médical des arrêts de travail. Elle ajoute que le raccourcissement du délai de transmission des arrêts de travail et le développement de procédures téléphoniques préparatoires constituent des pistes qui peuvent compléter le système de "permanence médicale" mis en place dans la Sarthe¹.

2. Les contrôles en direction des prescripteurs

La mission a relevé dans les Hauts-de-Seine une action visant à étudier les pratiques médicales en matière d'arrêt de travail d'un échantillon de 19 prescripteurs (15 généralistes et 4 spécialistes) à partir de tous les arrêts qu'ils ont prescrits au cours de la dernière semaine de juin 2003. L'exploitation devrait être terminée à l'automne 2003.

¹ D'une part, un médecin conseil est chargé d'assurer une permanence à l'ELSM pour traiter les demandes de dérogation, telles que les demandes d'autorisation de sortir de la circonscription, d'autre part, il existe sur la Sarthe deux sites avancés de convocation des assurés : La Flèche et Mamers, les deux sous préfectures du département. Deux praticiens conseils sont chargés de s'y rendre, environ une fois par semaine, pour y assurer les contrôles des assurés de ces deux secteurs, afin d'éviter de trop grands déplacements aux assurés de ces secteurs.

Dans la Sarthe, deux actions sont organisées autour de l'outil "PRESCOPE" :

- L'information des médecins sur leur pratique comparée à celle de leurs confrères.
- Le contrôle ciblé des arrêts maladie prescrits par les 10 plus gros prescripteurs.

L'outil "PRESCOPE" est une brochure adressée à chaque médecin généraliste sarthois. Elle restitue périodiquement le nombre moyen de consultations par patient, le montant moyen par patient des prescriptions d'analyses médicales et de médicaments, la proportion de visites justifiées dans l'ensemble des actes, le pourcentage d'assurés bénéficiaires de prescriptions d'arrêt de travail et le nombre moyen d'indemnités journalières versées par patient. Les médecins sont classés par décile. Chaque graphique indique la moyenne de chaque décile, la moyenne de l'ensemble des médecins et situe individuellement le médecin dans son décile et l'évolution de son positionnement par rapport à l'année précédente.

Sur ces bases, le service médical a sélectionné 10 médecins parmi les 56 plus gros prescripteurs d'arrêts de travail². Le suivi de chacun a été attribué à un médecin conseil. A partir du 7 juillet 2003, les arrêts maladie de ces 10 prescripteurs sont triés et certains arrêts sont exclus de l'échantillon : les arrêts ALD, ceux supérieurs à 15 jours, ceux des assurés contrôlés au titre de leurs arrêts itératifs, ceux échus à la date limite de convocation prévue 4 jours après la date d'arrivée. Les autres assurés font l'objet d'une convocation à J + 1, puis d'une 2^{ème} convocation avec demande d'avis de réception. En cas d'absence à la 2^{ème} convocation, les IJ sont suspendues pour avis technique impossible (ATI). En cas de présence, le contrôle est effectué normalement et le médecin traitant avisé par écrit des refus de prolongation à prévoir et des décisions faisant suite à l'absence de justification de l'arrêt au jour de l'examen. Les refus sont saisis sur MEDICIS et tous les contrôles font l'objet du renseignement du questionnaire "Recherche d'Informations Médicalisées IJ" (RIM IJ). Il apparaît cependant que ces contrôles, en principe ciblés sur les plus gros prescripteurs, ne les touchent qu'indirectement puisqu'ils s'exercent de fait à l'encontre de leurs clients, avec actuellement de maigres possibilités de sanctions directes à l'égard des prescripteurs.

3. Les contrôles en direction des bénéficiaires d'IJ

Le plan de la Sarthe vise à *"optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé, inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins, amener les professionnels de santé à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts"*.

Ce plan définit certaines des actions de contrôle. La mission a identifié 4 actions en direction des assurés sociaux :

- La sensibilisation des assurés ayant des arrêts itératifs.
- L'examen de l'évolution du poste IJ par tranche d'âge, en vue de cibler le contrôle médical.
- Le repérage des assurés pratiquant le nomadisme médical pour la prescription d'arrêts de travail.
- Le contrôle systématique des arrêts associés à un séjour hors Sarthe.

² La proportion de patients bénéficiaires d'IJ oscille pour ces 56 prescripteurs entre 33,3% et 19,3%, alors que la moyenne générale s'établit à 13,6% et que celles des groupes 1 et 9 sont respectivement de 22,2% et de 8,1%.

S'agissant des arrêts itératifs, la CPAM écrit systématiquement aux bénéficiaires de 3 arrêts et plus dans l'année, en vue de les informer que le renouvellement de ces arrêts l'année suivante conduirait à les soumettre à un contrôle du service médical de la caisse. Le bilan établi par la CPAM et figurant ci-dessous montre que les personnes ainsi sensibilisées tendent à recourir de moins en moins, d'une année sur l'autre, à des arrêts itératifs et ne recourent à aucun arrêt court dans une proportion croissante. L'action administrative est complétée par une action de contrôle médical, prévue du 1^{er} septembre au 31 décembre 2003, visant à contrôler systématiquement les arrêts des 51 personnes ciblées comme ayant bénéficié chaque année, en 2001 et 2002, de 3 arrêts et plus de moins de 8 jours.

S'agissant de l'évolution des IJ par tranche d'âge, la CPAM en est aux prémisses de cette action : le service gestion du risque (GDR) doit réaliser une typologie des IJ maladie des 55/60 ans et une comparaison entre les années 2000, 2001 et 2002, tandis que le service médical va mesurer par sondage le pourcentage d'arrêts comportant une indication des motifs d'ordre médical par le prescripteur.

S'agissant des assurés pratiquant le "nomadisme médical" pour la prescription de médicaments, ils font l'objet d'une sensibilisation par lettre personnelle au risque d'interactions médicamenteuses.

L'étape suivante vise le "nomadisme" en matière de prescription d'arrêts de travail. La caisse a étudié les arrêts initiaux de 3 périodes de 2 semaines chacune entre le 18 novembre et le 29 décembre 2002 et leurs prolongations éventuelles dans les semaines qui ont suivi. Sur les 405 assurés ayant bénéficié d'une prolongation, 23 ont présenté des prescriptions émanant de 2 médecins différents (hors prescriptions d'un établissement hospitalier et arrêts non successifs) et 2 émanant de 3 médecins différents. Les assurés identifiés comme ayant des arrêts prescrits par des médecins différents seront convoqués par le service médical.

S'agissant des arrêts maladie avec demande de séjour hors Sarthe, ils sont contrôlés systématiquement par le service médical qui fonde sa décision sur deux préoccupations :

- La réalité de la justification médicale de l'arrêt maladie.
- L'absence de risque d'aggravation de l'état médical lié au déplacement ou au séjour.

La mission a identifié certaines actions comparables dans les Hauts-de-Seine, notamment le contrôle des assurés bénéficiaires d'arrêts itératifs de courte durée, ciblant les personnes ayant 5 arrêts et plus de moins de 16 jours sur 12 mois. Cette cible, qui correspond à 140 personnes identifiées, sera exploitée à partir de septembre 2003. Ces personnes ont été partagées en deux groupes égaux, dont l'un fait l'objet d'un suivi affiché et accompagné d'une lettre d'information, tandis que l'autre fait l'objet d'un suivi non affiché, en vue de déterminer si l'information communiquée au premier groupe conduit à une modification sensible de son comportement. La mission a également relevé le projet de cibler les contrôles sur la base de requêtes par tranche d'âge auprès du système informatique HIPPOCRATE. De même, dans l'Orne, la mission a relevé l'action conduite en 2001 en direction de certains assurés sociaux non en ALD présentant des comportements de consommation de soins atypiques (nomadisme médical, abus d'actes médicaux...). S'agissant du contrôle des assurés ayant eu plus de 4 arrêts de travail dans l'année (*utilisation du PSN 107*) dans le cadre du "plan national IJ" (en cours), démarré au 15.06.2003, le bilan - à 15 jours - objective les données suivantes dans l'Orne : 4 assurés contrôlés: 2 arrêts justifiés - 2 arrêts limités dans leur durée.

INDEMNITES JOURNALIERES

ANNEE	PERIODE DE CIBLAGE DES ARRETS COURTS	NOMBRE D' ASSURES	DATE D'ENVOI DU COURRIER	PERIODE D'EVALUATION	Proportion d'assurés ayant eu à nouveau 3 arrêts de moins de 8 jours	Proportion d'assurés n'ayant eu aucun arrêt court
1999	01/01/98 au 31/12/98	271	01/03/99	08/03/99 au 07/03/00 (1 an après courrier)	29%	31%
				08/03/00 au 07/03/01 (2 ans après courrier)	18%	40%
2000	01/01/99 au 31/12/99	593	21/04/00	01/05/00 au 30/04/01 (1 an après courrier)	21%	35%
				01/05/01 au 30/04/02 (2 ans après courrier)	16%	39%
2001	01/01/00 au 31/12/00	381	06/04/01	01/05/01 au 30/04/02 (1 an après courrier)	20%	32%
2002	01/01/01 au 31/12/01	474	23/04/02	01/05/02 au 30/04/03 (1 an après courrier)	24%	35%

**ANNEXE 10 : Des dispositifs visent à faciliter la
réinsertion en milieu de travail**

Exemples de dispositifs visant à faciliter la réinsertion en milieu de travail

Avec l'ambition d'anticiper la démarche de reclassement des personnes en arrêt de travail, dont le retour à l'emploi à leur poste de travail est compromis par une inaptitude prévisible à ce poste de travail, pour lesquelles la définition d'un nouveau projet professionnel s'impose, le conseil d'administration de la CPAM de l'Orne a décidé le 26 mars 2002 la participation de la caisse à un dispositif similaire à celui mis en place dans le Calvados et que la mission a également rencontré dans la Sarthe.

Ce dispositif associe, par convention, les partenaires du programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH), l'assurance maladie, les organisations d'employeurs (MEDEF, CGPME, UPA) et l'AGEFIPH (Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées).

Il vise à permettre aux personnes concernées de bénéficier de modules de formation (en centre de formation, en centre de rééducation fonctionnelle ou en entreprise) cofinancés par la CPAM (budget d'action sanitaire et sociale) à hauteur de 30% et l'AGEFIPH à hauteur de 70%. Pendant cette formation, la personne bénéficie du maintien de ses indemnités journalières, de l'autorisation de sortie en dehors des heures légales et d'une prise en charge par l'organisme de formation de la couverture du risque AT/MP sur une base forfaitaire. L'objectif 2003 est de 15 bénéficiaires dans l'Orne.

Dans le Nord-Pas de Calais, une charte inter institutionnelle régionale du maintien dans l'emploi des personnes handicapées, dont la durée a été fixée à 5 ans (1^{er} janvier 2001 – 31 décembre 2005), a été formalisée en 2001. La charte vise à permettre une meilleure coordination entre les institutions impliquées, en vue de permettre les meilleures conditions de traitement des situations individuelles qui leur sont soumises. Elle vise notamment à prendre en compte la notion d'urgence présente dans nombre de situations pour y répondre avec une réactivité élevée. Elle implique l'AGEFIPH, le service social de la CRAM, l'échelon régional du service médical de la CNAMTS, les DDTEFP et la DRTEFP, l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF), le MEDEF Nord pas de Calais, l'Ordre des médecins du Nord et du Pas de Calais et les services interentreprises de santé au travail. En outre, dans le cadre du programme régional de santé « Cancers - Challenge », une action visant à éviter la désinsertion professionnelle des personnes gravement malades est actuellement en cours de construction (promoteur de l'action : ISTNF).

**ANNEXE 11 : Evolution annuelle des IJ entre les premiers
semestres 2000 et 2003**

Evolution annuelle des IJ entre les premiers semestres 2000 et 2002
(effet démographique établi à partir de la population des salariés du privé et des chômeurs)

Total IJ - 1er semestre

	Evolution globale			Effet démographique			Evolution de l'occurrence		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
15-19	8,0%	5,2%	6,2%	0,5%	0,1%	0,3%	7,5%	5,1%	5,9%
20-24	10,3%	10,2%	10,3%	3,4%	7,8%	5,8%	6,7%	2,2%	4,3%
25-29	2,5%	0,5%	1,8%	-4,6%	-2,1%	-3,2%	7,4%	2,7%	5,1%
30-34	6,1%	3,1%	4,9%	-0,2%	-0,6%	-0,4%	6,3%	3,7%	5,3%
35-39	6,6%	4,2%	5,5%	2,2%	2,5%	2,4%	4,4%	1,6%	3,1%
40-44	5,6%	4,3%	5,0%	0,6%	1,0%	0,8%	5,0%	3,2%	4,2%
45-49	4,6%	1,1%	3,0%	2,8%	-0,6%	0,9%	1,7%	1,7%	2,0%
50-54	8,7%	5,1%	6,8%	5,9%	2,4%	3,9%	2,6%	2,6%	2,8%
55-59	15,0%	12,1%	13,4%	5,8%	10,7%	8,6%	8,7%	1,3%	4,4%
60-64	5,2%	8,8%	6,8%	-2,3%	5,8%	1,3%	7,6%	2,8%	5,5%
	6,9%	5,0%	6,0%	1,8%	2,6%	2,2%	5,0%	2,4%	3,8%
Effet démographique				1,8%	2,6%	2,2%	36% de contribution à la croissance globale		
dont	Effet croissance de la population			1,3%	1,6%	1,4%	24% de contribution à la croissance globale		
dont	Effet vieillissement			0,6%	1,0%	0,7%	12% de contribution à la croissance globale		

IJ de plus de 3 mois - 1er semestre

	Evolution globale			Effet démographique			Evolution de l'occurrence		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
15-19	5,6%	8,9%	7,9%	0,5%	0,1%	0,3%	5,0%	8,7%	7,6%
20-24	17,5%	11,6%	14,6%	3,4%	7,8%	5,8%	13,6%	3,5%	8,3%
25-29	5,3%	1,5%	3,7%	-4,6%	-2,1%	-3,2%	10,4%	3,7%	7,2%
30-34	7,9%	3,9%	6,2%	-0,2%	-0,6%	-0,4%	8,1%	4,4%	6,6%
35-39	7,7%	3,8%	5,9%	2,2%	2,5%	2,4%	5,4%	1,2%	3,5%
40-44	5,6%	4,3%	5,0%	0,6%	1,0%	0,8%	5,0%	3,2%	4,2%
45-49	4,8%	0,7%	2,8%	2,8%	-0,6%	0,9%	1,9%	1,3%	1,9%
50-54	9,2%	4,8%	6,9%	5,9%	2,4%	3,9%	3,1%	2,4%	2,9%
55-59	14,9%	11,3%	12,9%	5,8%	10,7%	8,6%	8,6%	0,6%	4,0%
60-64	6,5%	8,5%	7,4%	-2,3%	5,8%	1,3%	8,9%	2,5%	6,0%
	8,4%	5,4%	6,9%	2,8%	3,3%	3,0%	5,4%	2,0%	3,8%
Effet démographique				2,8%	3,3%	3,0%	43% de contribution à la croissance globale		
dont	Effet croissance de la population			1,3%	1,6%	1,4%	21% de contribution à la croissance globale		
dont	Effet vieillissement			1,5%	1,7%	1,5%	22% de contribution à la croissance globale		

IJ de moins de 3 mois - 1er semestre

	Evolution globale			Effet démographique			Evolution de l'occurrence		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
15-19	8,3%	4,7%	6,0%	0,5%	0,1%	0,3%	7,7%	4,6%	5,8%
20-24	9,2%	9,9%	9,5%	3,4%	7,8%	5,8%	5,6%	1,9%	3,5%
25-29	1,9%	0,2%	1,3%	-4,6%	-2,1%	-3,2%	6,8%	2,4%	4,7%
30-34	5,6%	2,9%	4,5%	-0,2%	-0,6%	-0,4%	5,8%	3,5%	4,9%
35-39	6,2%	4,3%	5,3%	2,2%	2,5%	2,4%	3,9%	1,8%	2,9%
40-44	5,6%	4,2%	5,0%	0,6%	1,0%	0,8%	5,0%	3,2%	4,1%
45-49	4,5%	1,5%	3,1%	2,8%	-0,6%	0,9%	1,6%	2,1%	2,1%
50-54	8,2%	5,4%	6,8%	5,9%	2,4%	3,9%	2,2%	2,9%	2,8%
55-59	15,1%	13,3%	14,1%	5,8%	10,7%	8,6%	8,8%	2,4%	5,1%
60-64	2,9%	9,5%	5,8%	-2,3%	5,8%	1,3%	5,3%	3,5%	4,5%
	6,1%	4,7%	5,5%	1,3%	2,1%	1,7%	4,7%	2,6%	3,7%
Effet démographique				1,3%	2,1%	1,7%	31% de contribution à la croissance globale		
dont	Effet croissance de la population			1,3%	1,6%	1,4%	26% de contribution à la croissance globale		
dont	Effet vieillissement			0,0%	0,5%	0,3%	5% de contribution à la croissance globale		

Evolution des IJ entre les premiers semestres 2002 et 2003
(effet démographique établi à partir de la population des salariés du privé et des chômeurs)

Total IJ - 1er semestre

	Evolution globale			Effet démographique			Evolution de l'occurrence		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
15-19	2,5%	-0,6%	0,5%	-7,5%	-7,4%	-7,4%	10,8%	7,3%	8,6%
20-24	4,3%	3,8%	4,1%	12,0%	-1,4%	4,3%	-6,9%	5,2%	-0,2%
25-29	-0,3%	-2,2%	-1,0%	-6,0%	-3,0%	-4,4%	6,1%	0,9%	3,6%
30-34	4,6%	1,6%	3,4%	4,1%	1,8%	2,8%	0,5%	-0,3%	0,6%
35-39	3,7%	2,5%	3,2%	2,9%	3,0%	3,0%	0,7%	-0,5%	0,2%
40-44	3,2%	1,9%	2,6%	5,7%	3,6%	4,6%	-2,4%	-1,6%	-1,9%
45-49	2,8%	0,7%	1,9%	6,8%	1,5%	3,9%	-3,7%	-0,8%	-2,0%
50-54	4,6%	1,3%	2,9%	2,7%	2,9%	2,8%	1,8%	-1,6%	0,1%
55-59	16,8%	15,1%	15,9%	11,7%	5,1%	7,9%	4,6%	9,6%	7,4%
60-64	8,6%	13,7%	11,0%	-1,3%	-29,5%	-16,5%	10,0%	61,4%	32,8%
	4,8%	3,6%	4,2%	4,2%	1,6%	2,8%	0,5%	2,0%	1,4%
Effet démographique				4,2%	1,6%	2,8%	66% de contribution à la croissance globale		
dont	Effet croissance de la population			3,7%	0,9%	2,1%	50% de contribution à la croissance globale		
dont	Effet vieillissement			0,5%	0,7%	0,7%	15% de contribution à la croissance globale		

IJ de plus de 3 mois - 1er semestre

	Evolution globale			Effet démographique			Evolution de l'occurrence		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
15-19	15,9%	1,2%	5,5%	-7,5%	-7,4%	-7,4%	25,2%	9,3%	14,0%
20-24	11,5%	8,2%	10,0%	12,0%	-1,4%	4,3%	-0,4%	9,7%	5,4%
25-29	5,0%	2,5%	4,0%	-6,0%	-3,0%	-4,4%	11,7%	5,7%	8,8%
30-34	9,2%	8,2%	8,8%	4,1%	1,8%	2,8%	4,9%	6,2%	5,8%
35-39	8,8%	7,8%	8,4%	2,9%	3,0%	3,0%	5,7%	4,7%	5,2%
40-44	8,1%	6,2%	7,2%	5,7%	3,6%	4,6%	2,2%	2,5%	2,5%
45-49	5,9%	4,1%	5,1%	6,8%	1,5%	3,9%	-0,8%	2,6%	1,2%
50-54	7,8%	4,2%	6,0%	2,7%	2,9%	2,8%	5,0%	1,3%	3,1%
55-59	20,0%	18,0%	18,9%	11,7%	5,1%	7,9%	7,4%	12,3%	10,1%
60-64	12,5%	16,1%	14,2%	-1,3%	-29,5%	-16,5%	14,0%	64,8%	36,7%
	9,8%	8,4%	9,1%	5,1%	1,9%	3,3%	4,6%	6,3%	5,6%
Effet démographique				5,1%	1,9%	3,3%	37% de contribution à la croissance globale		
dont	Effet croissance de la population			3,7%	0,9%	2,1%	23% de contribution à la croissance globale		
dont	Effet vieillissement			1,3%	1,1%	1,2%	13% de contribution à la croissance globale		

IJ de moins de 3 mois - 1er semestre

	Evolution globale			Effet démographique			Evolution de l'occurrence		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
15-19	1,3%	-0,9%	-0,1%	-7,5%	-7,4%	-7,4%	9,5%	7,0%	8,0%
20-24	3,0%	2,7%	2,9%	12,0%	-1,4%	4,3%	-8,0%	4,1%	-1,3%
25-29	-1,5%	-3,6%	-2,2%	-6,0%	-3,0%	-4,4%	4,8%	-0,5%	2,3%
30-34	3,1%	-0,8%	1,6%	4,1%	1,8%	2,8%	-0,9%	-2,6%	-1,2%
35-39	1,3%	0,1%	0,8%	2,9%	3,0%	3,0%	-1,5%	-2,9%	-2,2%
40-44	0,2%	-0,7%	-0,2%	5,7%	3,6%	4,6%	-5,3%	-4,1%	-4,6%
45-49	0,3%	-2,1%	-0,8%	6,8%	1,5%	3,9%	-6,1%	-3,5%	-4,5%
50-54	1,1%	-2,0%	-0,4%	2,7%	2,9%	2,8%	-1,6%	-4,8%	-3,2%
55-59	12,1%	10,7%	11,3%	11,7%	5,1%	7,9%	0,3%	5,4%	3,2%
60-64	1,1%	9,2%	4,9%	-1,3%	-29,5%	-16,5%	2,5%	55,0%	25,5%
	1,7%	0,2%	1,1%	3,7%	1,4%	2,4%	-1,9%	-1,1%	-1,3%
Effet démographique				3,7%	1,4%	2,4%	229% de contribution à la croissance globale		
dont	Effet croissance de la population			3,7%	0,9%	2,1%	200% de contribution à la croissance globale		
dont	Effet vieillissement			0,0%	0,5%	0,3%	28% de contribution à la croissance globale		

Source : DSS sur données CNAMTS et INSEE

**ANNEXE 12 : Rappel des dispositions applicables en
matière de congés payés**

**L'incidence de la maladie lorsque celle-ci survient avant le départ en congés et
lorsqu'elle survient en cours de congés.
Rappel de la réglementation applicable.**

a) Si la maladie survient avant le départ en congés, deux cas peuvent se présenter :

- Si le salarié reprend son travail avant l'expiration de la période fixée par voie conventionnelle ou, à défaut, par l'employeur après consultation des représentants du personnel (article L.223-7 du code du travail¹) pendant laquelle les congés payés doivent être effectivement pris :
 - Le salarié peut prendre, avant l'expiration de cette période, les congés dont il n'a pas bénéficié du fait de la maladie, mais l'employeur peut lui imposer la date de ses congés.
 - Si, de son fait, le salarié ne prend pas ses congés, il n'a pas droit à une indemnité compensatrice de congés payés.
 - En tout état de cause, il n'y a aucun cumul entre IJ maladie (et éventuellement indemnisation complémentaire par l'employeur) et indemnité de congés payés conduisant à une rémunération supérieure à la rémunération normale.
- Si le salarié est en arrêt maladie pendant toute la période au cours de laquelle les congés peuvent être effectivement pris :
 - Les congés payés sont perdus², sauf si la convention collective prévoit expressément le report des droits d'une année sur l'autre (Cass soc 13 janvier 1998), et le salarié ne perçoit pas d'indemnité compensatrice de congés payés.
 - Cependant, si le salarié n'a pas été indemnisé au titre de son arrêt maladie ou n'a bénéficié que d'une indemnisation partielle, et en l'absence de jurisprudence, la réponse ministérielle n° 39496 (JOAN du 16 septembre 1996) prévoit qu'il perçoive une indemnité compensatrice différentielle couvrant la différence entre la rémunération que le salarié aurait perçue pendant ses congés et les indemnités journalières de sécurité sociale et les indemnités complémentaires de l'employeur qu'il a effectivement perçues pendant la période correspondante. Même dans cette hypothèse, il n'y a pas de cumul entre IJ maladie (et éventuellement indemnisation complémentaire par l'employeur) et indemnité de congés payés conduisant à une rémunération supérieure à la rémunération normale.
 - Pour ce qui concerne les jours dits "de RTT", l'article L.212-9 du code du travail précise qu'ils doivent être pris dans la limite de l'année d'acquisition.

¹ Cette période comporte obligatoirement celle qui s'étend du 1^{er} mai au 31 octobre de chaque année, sauf dans le cas particulier des congés calculés sur l'année civile et pouvant être pris l'année suivante, conformément à l'article L.223-9 du code du travail.

² Sous réserve des possibilités de dépôt de 10 jours de congés payés par an sur le compte épargne temps prévu par l'article L.227-1 du code du travail.

b) Si la maladie survient en cours de congés payés :

- La prolongation de l'arrêt maladie au delà de la date de retour prévue à l'issue des congés relève du droit commun de l'indemnisation de la maladie.
- Les jours d'arrêt maladie pendant les congés payés :
 - N'ouvrent pas droit à prolongation d'autant des congés payés, ni à un droit de prendre ultérieurement les jours de congés payés pendant lesquels le salarié était malade, ni à une indemnité compensatrice de congés payés non pris (sauf si la convention collective le prévoit expressément)³.
 - Ouvrent par contre droit à la perception cumulée de l'indemnité de congés payés pour les jours de congés et des indemnités journalières de sécurité sociale au titre de ces mêmes jours considérés comme des jours d'arrêt maladie. Par contre, l'indemnité journalière complémentaire payée par l'employeur au titre de la mensualisation ou de la convention collective, ou payée par un organisme de prévoyance au titre de la part correspondant à la cotisation payée par l'employeur, n'est pas due.

Ce cumul entre indemnité de congés payés et IJ "sécurité sociale" de maladie résulte de la jurisprudence non contestée de la Cour de Cassation établie de longue date (Cass Soc 28 octobre 1958, Bull civ IV n° 1133). La réponse ministérielle n° 16081 (J.O.A.N du 2 octobre 1989) rappelle cette jurisprudence de la Cour de cassation qui considère que l'indemnité de congés payés et l'indemnité journalière procèdent de deux faits génératrices différents et qu'il y a donc cumul des deux indemnités.

Cette jurisprudence a été rappelée par la lettre de monsieur FILLON, ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, n° CAB 02069170 du 25 avril 2003 en réponse à un député. Cette réponse précise que *"cette possibilité pour le salarié de cumuler son indemnité de congés payés avec les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale constitue, en conséquence, une contrepartie pécuniaire pour l'intéressé qui n'a pu récupérer les jours de congés affectés par la maladie et qui ne bénéficiera pas des indemnités complémentaires versées par l'employeur, contrairement à un autre salarié malade en dehors de sa période de congés payés"*.

³ En ce sens, Cass Soc 04 décembre 1996, Col c/Deudon, rappelée par la lettre de monsieur FILLON du 25 avril 2003.

**ANNEXE 13 : Nombre moyen d'indemnités journalières
versées par salarié occupé et par département**

Nombre moyen d'indemnités journalières versées par salarié occupé et par département : IJ 2002 / population salariée 1999 (Source : CNAMTS)

< ou = 10

> 10

Moyenne France : 9,9

