RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

2017

REVUES DE DÉPENSES

L'évolution des dépenses d'indemnités journalières

Les revues de dépenses constituent **un dispositif innovant d'évaluation des dépenses publiques,** instauré par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019 (article 22). Elles ont pour **objectif explicite de documenter des mesures et des réformes structurelles de redressement des comptes publics.** Réalisées en toute indépendance par les corps d'inspection et de contrôle, **les recommandations des revues de dépenses n'engagent donc pas le Gouvernement**. Leur efficacité repose tant sur leur contenu opérationnel que sur leur procédure spécifique, qui associe étroitement Gouvernement et Parlement.

Un champ de compétence large associé à une démarche opérationnelle

Portant sur l'ensemble des administrations publiques, **le champ d'intervention des revues de dépenses est très large**. Elles peuvent couvrir tous les domaines de l'action publique et tous les sous-secteurs des administrations publiques (État, agences, organismes de sécurité sociale, collectivités territoriales), comme tous les outils de financement des politiques publiques (dépenses fiscales, crédits budgétaires, taxes affectées, etc.).

Centrées sur la réalisation d'économies, les revues de dépenses **s'inscrivent dans une logique opérationnelle**. Chaque revue de dépenses doit permettre d'approfondir la connaissance des dépenses afin de préparer des réformes pouvant être mises en œuvre à court ou moyen terme.

Une association du Parlement en parfaite articulation avec le calendrier de la préparation du budget

L'une des principales innovations des revues de dépenses par rapport aux autres exercices d'évaluation tient à leur **articulation étroite avec le calendrier budgétaire annuel**. Ces modalités de mise en œuvre sont directement prévues par la loi de programmation des finances publiques (LPFP) et **constituent un élément clé de l'efficacité du dispositif**.

La loi dispose ainsi que **l'exercice est lancé chaque année de manière concomitante avec le dépôt du PLF**. La liste des thèmes faisant l'objet d'une revue de dépenses est présentée dans une annexe budgétaire du PLF dédiée (« jaune »). Les parlementaires sont ainsi informés des thèmes des revues et de leurs enjeux pour en débattre, le cas échéant, avec le Gouvernement.

Les travaux des corps de contrôle doivent être finalisés au cours du premier trimestre. Ce calendrier permet ainsi que **les conclusions des revues de dépenses puissent être intégrées à la construction du PLF suivant.** Le Gouvernement en prévoit la diffusion, sans que celle-ci soit précisée dans la LPFP, non seulement dans un souci de transparence, mais aussi dans la volonté de fournir le degré d'information le plus précis et le plus fin, propre à nourrir des échanges éclairés et de qualité au sein du débat public.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection générale
des finances

N° 2017-M-009

Inspection générale
des affaires sociales

N°2017-006R

RAPPORT

REVUE DE DÉPENSES
L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Établi par

David KNECHT
Inspecteur des finances

Camille FREPPEL
Inspecteur adjoint
des finances

Carole LÉPINE
Inspectrice
des affaires sociales

Sous la supervision de
Thierry BERT
Inspecteur général
des finances

Avec le concours de
Paul DOLLÉANS
Assistant de mission

- JUILLET 2017 -

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES

SYNTHÈSE

Par lettre du 28 décembre 2016, les ministres de l'économie et des finances, des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'État chargé du budget et des comptes publics ont chargé l'IGF et l'IGAS d'une mission sur l'évolution des dépenses d'indemnités journalières (IJ). Cette revue de dépenses devait répondre à deux objectifs :

- mieux identifier les déterminants des dépenses d'IJ pour améliorer le pilotage de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ;
- proposer « *des mesures permettant de ralentir la croissance du volume des IJ* » *via* une meilleure sensibilisation, responsabilisation et contrôle des différents acteurs concernés par la dépense (prescripteurs, assurés sociaux, employeurs assurant le maintien du salaire).

*

Les dépenses d'indemnités journalières, tous risques et régimes confondus, s'élèvent à 13,7 Md€ en 2015, soit 6 % de l'ONDAM. Leur évolution annuelle est heurtée par l'alternance de périodes de fortes hausses et de baisses mais suit une tendance linéaire à moyen terme (2000-2015), évaluée à + 180 M€ par an pour le risque maladie et + 100 M€ par an pour le risque AT-MP.

❶ Mieux prévoir pour mieux piloter les dépenses d'indemnités journalières

Au niveau macroéconomique, de nombreux facteurs interviennent dans la modélisation de la dépense d'IJ : évolution de la population en emploi, taux de chômage, vieillissement de la population, contexte épidémiologique, politique de contrôle des assurés. Au niveau microéconomique, il existe également une grande variété de facteurs individuels[1], liés aux conditions de travail[2] ou à la générosité du système d'indemnisation, qui expliquent le recours aux arrêts de travail ainsi que leur durée, mais qui ne peuvent pas actuellement s'intégrer à un modèle macroéconomique d'évolution de la dépense.

Si le modèle développé par la CNAM permet d'expliquer de manière très correcte sur le long terme les tendances structurelles du nombre d'IJ, l'ampleur des variations annuelles est moins bien anticipée. Ainsi, le modèle ne parvient plus à expliquer l'évolution depuis 2014. **La mission suggère d'y introduire de nouvelles variables, telles que la politique de contrôle des professionnels, le motif médical des arrêts de travail et l'offre de soins. De plus, des études complémentaires relatives aux effets des facteurs liés aux réformes récentes (retraite, règles d'indemnisation) sont nécessaires.**

Même s'il convient de relativiser l'écart entre la prévision de dépense et sa réalisation[3], l'élaboration de la prévision annuelle dans le cadre de l'ONDAM comporte des limites :

- le tendanciel utilisé pour la prévision est exclusivement élaboré à partir de l'évolution passée du régime général, avant d'être étendu à l'ensemble des régimes ;
- le chiffrage des nouvelles mesures, impactant le tendanciel, est rendu difficile par le manque de connaissance des paramètres liés à la liquidation ;

[1] Genre, âge, catégorie socio-professionnelle, état de santé, enfant à charge

[2] Temps de travail, type de contrat de travail, niveau de salaire, taille de l'entreprise, conditions de travail

[3] Sur 2008-2015, l'écart moyen est de 274 M€ par rapport à une dépense de 10 Md€.

- les économies liées à la maîtrise médicalisée sont fixées de manière forfaitaire pour les IJ, celles-ci affectant également le tendanciel.

Pour réduire les marges d'erreur, **il serait souhaitable d'élaborer une méthodologie de calcul plus robuste en matière d'économies réalisées dans le cadre de l'objectif de maîtrise médicalisée, adossée à un plan d'action** permettant de distinguer le poste IJ médecine libérale et IJ établissements de santé.

❷ Poursuivre l'effort de simplification de la réglementation dans un double objectif d'équité entre assurés et de maîtrise de la dépense

Les indemnités versées sont soumises à des conditions d'ouverture des droits et modalités de calcul qui peuvent varier selon les risques couverts, selon les régimes, et, au sein de ces régimes, selon la durée de l'arrêt de travail, la situation familiale de l'assuré et la nature de sa maladie. Il en résulte une forte complexité du régime des IJ, difficilement compréhensible pour la majorité des acteurs et des bénéficiaires.

Des simplifications sont intervenues par le passé ou ont été proposées sans toutefois être adoptées. L'effort de simplification doit être poursuivi, dans un objectif d'équité entre les bénéficiaires, de lisibilité du système et d'amélioration de l'accès à ces droits. **La mission suggère d'explorer plusieurs pistes**, en harmonisant par exemple :

- la base du salaire de référence en appliquant au salaire journalier de référence des indemnités maladie et AT-MP le taux forfaitaire représentatif des cotisations des salariés de 21 % déjà en vigueur pour le risque maternité ;
- le plafond du salaire journalier pour les trois risques, par exemple à hauteur de 1,8 fois le montant du Smic en vigueur, ou aligner les risques maternité et AT-MP en prenant comme plafond le PMSS[4] ;
- les règles de calcul de l'indemnité, en supprimant la majoration à partir du troisième enfant à charge pour les IJ maladie, en rendant les IJ maternité proportionnelles au gain journalier de base, après déduction du taux forfaitaire représentatif des cotisations salariales, ou mettant en œuvre une modulation moins coûteuse pour le calcul des IJ AT-MP.

L'estimation des économies générées par les différentes pistes de réformes apparaît complexe en l'absence de données nationales détaillées. Aussi, **la mission estime indispensable de développer un outil de micro simulation** et de prévoir une remontée au niveau national des paramètres liés à la liquidation des indemnités journalières.

❸ Accentuer la responsabilisation des acteurs de la dépense (prescripteurs, assurés, employeurs)

La mission estime que la généralisation du recours à l'avis d'arrêt de travail en ligne constitue la première source d'économies pour l'assurance maladie, du fait de la meilleure observance par les praticiens des durées indicatives par pathologie intégrées au formulaire en ligne, de la facilitation des contrôles résultant d'une réduction sensible des délais de transmission de l'arrêt, et de la diminution des coûts de gestion des avis papier. Afin d'accroître son utilisation[5], la mission propose :

- de faciliter son accès aux prescripteurs en établissement et de dématérialiser l'ensemble de la procédure dans tous les régimes ;

[4] Plafond mensuelle de la sécurité sociale.

[5] Son taux d'utilisation n'est que de 22,75% en 2016 (taux provisoire, CNAMTS).

- d'accélérer les travaux visant à développer des fiches repères, tout en consolidant leur méthodologie d'élaboration par l'association étroite des sociétés savantes ;
- de parachever la dématérialisation de l'AAT, en développant un module applicatif permettant d'informer par mail l'employeur de la prescription d'un arrêt de travail ;
- de valoriser le recours à l'AAT en ligne dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) en fixant un seuil minimum d'utilisation.

La meilleure connaissance de la justification médicale de l'arrêt constituerait une source d'économies supplémentaire. La mention du motif médical n'est actuellement pas systématiquement vérifiée, quel que soit le format de l'arrêt (papier, électronique). Or la liquidation des indemnités journalières requiert de s'assurer de la réalité de la dépense. Les arrêts non motivés médicalement ne devraient plus être indemnisés, comme c'est actuellement le cas pour la quasi-totalité d'entre eux.

Par ailleurs, la méconnaissance des éléments d'ordre médical complique le ciblage des contrôles au niveau des échelons locaux du service médical. L'institution d'une obligation de codification de la pathologie en CIM-10 (papier et formulaire électronique) permettrait de sécuriser le contenu du motif. Au niveau national, la méconnaissance de cette variable rend également difficile une analyse rétroactive de l'activité, ou la conduite d'étude statistique permettant de prévoir l'évolution des indemnités journalières. Sur ce dernier point, l'acquisition de cette donnée sensible devra s'opérer dans le respect du secret médical, conformément aux possibilités d'agrégations et de traitement de données ouvertes par le droit de l'informatique et des libertés. En outre, le recueil des données concernant les pathologies contribuerait à améliorer l'état des connaissances épidémiologiques.

La démarche graduée mise en place par l'assurance maladie, qui adapte le niveau d'accompagnement aux besoins des médecins généralistes libéraux, doit être complétée et renforcée.

Actuellement, la démarche mise en place par l'assurance maladie repose sur trois niveaux : un accompagnement « classique » pour informer les praticiens sur leur pratique ; un soutien appuyé pour les forts prescripteurs au travers d'échanges confraternels et un accompagnement renforcé sur un nombre très limité de médecins avec les procédures de mise sous objectif/mise sous accord préalable (MSO/MSAP).

Si cette démarche paraît efficace à court terme, il est observé une variation des pratiques entre territoires et une persistance des habitudes des prescripteurs à moyen et long terme. La mission suggère donc de :

- développer un outil intermédiaire, entre l'entretien confraternel et la MSO. Cette mesure d'accompagnement durable, sans remettre en cause la liberté de prescription, l'encadrerait en fixant une durée maximale à l'arrêt de travail selon la pathologie et serait déclenchée à la demande du médecin ;
- rendre la MSAP plus opérationnelle et moins consommatrice en ressources du service médical, en réservant l'accord préalable aux arrêts dont la durée excède celle prévue par les fiches repères, ou, en l'absence de fiche, la durée négociée par le service médical avec le praticien ;
- permettre aux organismes locaux de déclencher des procédures locales de MSO à l'égard des prescripteurs libéraux ;
- négocier l'introduction d'un indicateur d'efficience dans la ROSP, visant la qualité des prescriptions ;

- organiser des sessions de formation aux bonnes pratiques de prescription, en alternative à une MSO, pour les praticiens pour lesquels les dispositifs d'accompagnement classiques ont échoué.

La sensibilisation des assurés est primordiale pour maîtriser la dépense

À cette fin, la mission propose :

- de renforcer la communication sur la réglementation des arrêts de travail à destination des assurés (mémo réglementaire par statut, mise à disposition des fiches repères, respect des délais d'envoi) ;
- d'accélérer la dématérialisation en incitant les assurés à créer et actualiser le compte ameli et demander à leur praticien d'utiliser l'AAT en ligne ;
- de contrôler le délai d'envoi sous 48 heures.

S'agissant de la politique de contrôle des assurés, l'assurance maladie privilégie aujourd'hui les arrêts de longue durée qui concentrent l'essentiel de la dépense. Cependant les arrêts de courte durée, qui représentent près de la moitié des arrêts maladie, ne sont pas contrôlés dans la plupart des cas. Une telle situation est susceptible de générer un contexte général de déresponsabilisation et se traduit en tout état de cause par des coûts d'actes de consultation et de gestion administrative. Aussi, l'assurance maladie pourrait :

- à court terme, améliorer la politique de contrôle des arrêts itératifs en informant les assurés ayant eu deux arrêts au cours des douze derniers mois d'un possible contrôle en urgence (le jour-même ou le lendemain) en cas de troisième arrêt ;
- à plus long terme, multiplier les contrôles des assurés à partir de leur troisième arrêt ; envisager une évolution plus profonde de la politique de contrôle qui se traduirait par l'inscription des arrêts dans un parcours de soins ou par l'instauration d'un quatrième jour de carence à partir du quatrième arrêt au cours de l'année.

Enfin, il revient à l'assurance maladie de tirer les conséquences des constats opérés lors de la contre-visite par le médecin mandaté par l'employeur sur le versement des indemnités journalières.

La mauvaise articulation des examens réalisés par le service médical de l'assurance maladie et par le médecin mandaté par l'employeur met en cause la crédibilité du contrôle médical effectué par les praticiens, une même situation pouvant donner lieu à deux appréciations différentes, à des dates rapprochées. Elle limite aussi la portée et l'intérêt d'une contre-visite médicale financée par l'employeur, l'assuré pouvant bénéficier du maintien de l'IJ versée par la sécurité sociale en cas d'avis divergents. La mission propose de systématiser la suppression du versement des indemnités journalières, à la réception du rapport du médecin mandaté par l'employeur concluant à l'absence de justification médicale de l'arrêt[6].

L'employeur a intérêt à ce que le contrôle, s'il est défavorable à l'assuré, produise tous ses effets. La mission suggère de transférer à l'employeur (et à son mandataire) l'obligation de signaler à la caisse d'assurance maladie les résultats de la contre-visite qu'il a mandatée. Cette proposition vise à faciliter la remontée des informations à l'organisme local concerné.

[6] Le service médical pourra toujours, à la demande du salarié ou à son initiative, dans le cadre de sa mission générale de contrôle, procéder à un nouvel examen.

Enfin, la présence du salarié à son domicile est une condition de la réalisation d'une contre-visite médicale. Le médecin est amené à en rendre compte sur ce point à la société qui l'a mandaté. Aussi la mission est d'avis que l'obligation de signalement porte également sur le non-respect par l'assuré des heures de sorties autorisées, et d'en tirer les conséquences financières en suspendant le versement des indemnités journalières.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **1**

1. LA DÉPENSE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES, QUI CONNAÎT SUR LES DERNIERS EXERCICES UNE DYNAMIQUE PROCHE DE CELLE DES DÉPENSES DE SANTÉ, PRÉSENTENT DES MARGES D'AMÉLIORATION SIGNIFICATIVE DE LEUR MODÉLISATION ET PRÉVISION **3**

1.1. La dépense d'IJ, en croissance continue, ne présente pas une dynamique s'écartant fortement de celle des dépenses de santé sur long terme 3

1.1.1. La dépense d'IJ est suivie dans le cadre de deux agrégats, la dépense courante de santé et celle de soins de ville, et est essentiellement portée par le régime général et le risque maladie *3*

1.1.2. La dépense augmente fortement, alternant accélérations et ralentissements, sans s'écarter d'une tendance de long terme *4*

1.1.3. La dépense est plus dynamique que la dépense courante de santé (DCS) et que l'ONDAM sur certaines périodes (2006-2011, 2014-2015) mais évolue au même rythme que les grands agrégats de dépenses de santé sur moyenne période *6*

1.2. La modélisation et la prévision de la dépense d'IJ, qui repose déjà sur une très grande diversité de déterminants, pourraient être encore améliorées 7

1.2.1. Les déterminants de la dynamique de long terme de la dépense d'IJ maladie et AT-MP sont connus au niveau macroéconomique mais ne permettent pas d'expliquer l'évolution récente *7*

1.2.2. Au niveau microéconomique, de nombreuses études montrent une grande variété de facteurs expliquant le recours aux arrêts de travail ainsi que leur durée, mais qui ne peuvent pas actuellement s'intégrer à un modèle de prévision *11*

1.2.3. Malgré de faibles écarts entre l'objectif et la dépense réalisée, l'exercice de prévision apparaît complexe et montre de nombreuses limites qui doivent être corrigées dans un souci de transparence *13*

2. LE RÉGIME JURIDIQUE DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES, PARTICULIÈREMENT COMPLEXE, FAIT L'OBJET D'UNE APPLICATION PERFECTIBLE ET FAIT APPARAÎTRE DES PISTES DE SIMPLIFICATION **20**

2.1. La complexité du régime des IJ conduit à une perte de lisibilité pour les acteurs et bénéficiaires 20

2.1.1. Les indemnités journalières du régime général sont marquées par la diversité des règles en vigueur entre les risques couverts, mais également au sein de chacun d'entre eux *20*

2.1.2. La complexité de l'architecture générale est accentuée par les dispositions spécifiques qui régissent la couverture des non-salariés *22*

2.2. La mission a relevé que certaines règles existantes sont imparfaitement appliquées à ce jour 23

2.2.1. Le contrôle des éléments d'ordre médical figurant sur l'avis n'est pas systématique *23*

2.2.2. La procédure de contrôle du délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail dans les 48 heures devrait être revue *25*
2.2.3. L'acquisition du numéro RPPS n'est pas effective pour les professionnels de santé exerçant en établissement *25*
2.3. La simplification du régime des IJ pourrait être poursuivie 26
2.3.1. Des simplifications sont intervenues par le passé ou ont été proposées sans toutefois être adoptées *26*
2.3.2. Des pistes de simplification pourraient être envisagées dans un objectif d'équité entre bénéficiaires *28*
2.3.3. Un chiffrage robuste ex ante et ex post des propositions de réformes nécessite de développer un outil de micro-simulation *33*

3. LA RESPONSABILISATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE LA DÉPENSE D'IJ POURRAIT ÊTRE RENFORCÉE DANS UN OBJECTIF DE MAÎTRISE DE LA DÉPENSE .. 33

3.1. L'information, le suivi et le contrôle des prescripteurs d'IJ pourraient être significativement développés 34
3.1.1. Renforcer l'information des praticiens sur leur pratique de prescription d'IJ *34*
3.1.2. Accélérer la généralisation de l'arrêt de travail dématérialisé (AAT) *36*
3.1.3. Affiner le maillage du dispositif de contrôle *40*
3.2. Davantage responsabiliser les assurés 45
3.2.1. Renforcer les actions d'information et de communication auprès des assurés. *45*
3.2.2. Contrôler les assurés qui multiplient les arrêts maladie de courte durée *46*
3.3. Renforcer le rôle des employeurs dans le dispositif de contrôle 49
3.3.1. Généraliser le recours au formulaire CERFA pour établir l'attestation de salaire papier. *49*
3.3.2. Tirer les conséquences de la contre-visite sur le versement des indemnités journalières, y compris en cas d'absence du salarié. *50*

RÉCAPITULATIF DES PROPOSITIONS 53

INTRODUCTION

Par lettre de mission en date du 28 décembre 2016, le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'État chargé du budget et des comptes publics ont chargé l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission sur l'évolution des dépenses d'indemnités journalières (IJ).

Cette mission avait pour but :

- d'expertiser les déterminants de la dépense en vue de proposer une amélioration des outils d'analyse et de prévision, au regard des différents types de sous-jacents de la dépense d'IJ ;
- d'étudier les évolutions susceptibles de davantage sensibiliser et responsabiliser les différents acteurs de la dépense (prescripteurs, salariés, employeurs), qu'il s'agisse de mesures incitatives ou contraignantes ;
- d'examiner l'efficience du dispositif de liquidation et de contrôle des IJ, notamment au regard du déploiement des téléprocédures et de la modernisation du système d'information.

Dans un premier temps, du fait des enjeux afférents à l'anticipation des variations des dépenses d'IJ à court et moyen termes, la mission a procédé au recensement des outils permettant de modéliser la dépense (DSS[7], DREES[8], CNAMTS[9], IRDES[10]) et a évalué leur fiabilité au regard notamment de la qualité des données disponibles, de la pertinence des modalités de modélisation et de l'intégration dans les prévisions des mesures ayant un impact sur la dépense. La mission a notamment collaboré avec les équipes de l'assurance maladie pour identifier les pistes d'améliorations des outils de simulation et permettre une meilleure articulation de leurs résultats avec les prévisions tendancielles sous-tendant les textes financiers de la sécurité sociale (partie 1).

L'analyse de la mission sur la réglementation a conforté les constats établis par les inspections générales ou la Cour des comptes[11] sur la forte complexité juridique du dispositif d'indemnisation. La mission a constaté que certaines dispositions du régime des IJ pouvaient ne pas faire l'objet d'une stricte application. Elle s'est penchée sur les interactions entre les dispositifs publics et privés de maintien total ou partiel de salaire, entre la branche maladie et la branche AT/MP ou en matière de contre-visite médicale pour dessiner quelques pistes de simplification (partie 2).

[7] Direction de la sécurité sociale.

[8] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

[9] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

[10] Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

[11] Rapport IGAS-IGF sur les dépenses d'indemnités journalières n°2003-130, Communication de la Cour à la MECCS (2012).

Pour évaluer les mesures de régulation engagées à l'égard des différents acteurs de la dépenses (prescripteurs, assurés, employeurs), la mission s'est rendue dans plusieurs organismes locaux (Somme, Bouches du Rhône, Marne, Ile de France, Val de Marne) et a rencontré les responsables des services administratifs et médicaux de la CNAMTS, du RSI et de la MSA. Elle a rencontré deux syndicats de médecins ainsi que les partenaires sociaux. Ces investigations, qui ont montré l'existence d'initiatives locales, lui ont permis d'établir des propositions tant du point de vue de la régulation de la demande d'arrêt de travail que du point de vue de l'organisation des contrôles (partie 3).

La présente mission s'inscrivant dans le cadre de la revue des dépenses prévue à l'article 22 de la loi de programmation des finances publiques, les travaux menés se sont concentrés sur les plus importants périmètres financiers des indemnités journalières, soit le régime général d'assurance maladie (maladie et AT-MP). Les IJ versées par le RSI et la MSA ont toutefois été intégrées dans les travaux relatifs à l'exposition des régimes juridiques (*cf*. annexe III) ainsi qu'à l'évolution et à la modélisation des dépenses (*cf*. annexe IV).

Certains champs concernant les IJ n'ont pas fait l'objet d'analyses approfondies par la mission, du fait des investigations menées parallèlement par l'IGAS. Une mission spécifique traite des problématiques de maintien dans l'emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle. La mission d'évaluation de la COG de la CNAMTS est chargée d'évaluer la qualité de service et de l'organisation du réseau, ainsi que le dispositif global de pilotage de la gestion du risque par l'assurance maladie.

Les problématiques liées aux arrêts de travail et maintiens de rémunération des agents titulaires des trois fonctions publiques étaient exclues de la lettre de mission. Ils sont toutefois évoqués en tant que de besoin.

Le présent rapport reprend les principales observations de la mission. Il est accompagné de quatre annexes, qui s'ajoutent à la lettre de mission (annexe I) et à la liste des personnes rencontrées (annexe II) :

- les régimes juridiques d'indemnisation des arrêts de travail (annexe III);
- les déterminants de ces dépenses (annexe IV) ;
- les modalités de suivi, de pilotage et de contrôle de la dépense (annexe V).

1. La dépense d'indemnités journalières, qui connaît sur les derniers exercices une dynamique proche de celle des dépenses de santé, présentent des marges d'amélioration significative de leur modélisation et prévision

1.1. La dépense d'IJ, en croissance continue, ne présente pas une dynamique s'écartant fortement de celle des dépenses de santé sur long terme

1.1.1. La dépense d'IJ est suivie dans le cadre de deux agrégats, la dépense courante de santé et celle de soins de ville, et est essentiellement portée par le régime général et le risque maladie

La dépense d'indemnités journalières (IJ) est suivie dans le cadre des dépenses de santé selon deux agrégats aux périmètres différents :

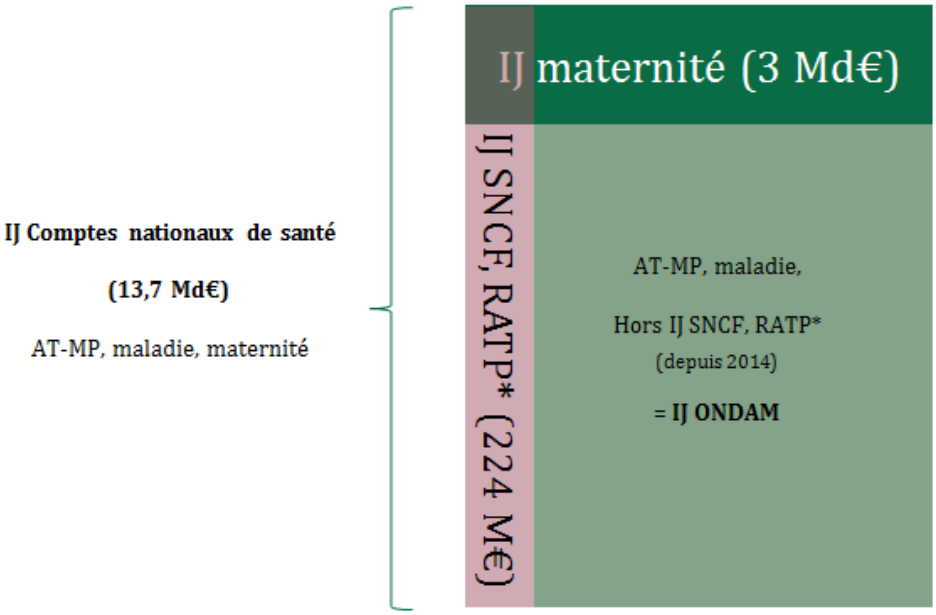
- la dépense courante de santé (comptes nationaux de la santé établis par la DREES[12]) ; le périmètre de la dépense d'IJ est ici le plus large puisqu'il couvre tous les risques (maladie, AT-MP, maternité) et l'ensemble des régimes d'assurance maladie[13]. **Elle s'élève à 13,7 Md€ en 2015** ;
- la dépense de soins de ville (objectif national des dépenses d'assurance maladie - ONDAM) ; le périmètre de la dépense d'IJ est en l'occurrence réduit aux seuls risques maladie et accident de travail/maladie professionnelle (AT-MP) pour l'ensemble des régimes hors SNCF, RATP et les congés de longue maladie des fonctionnaires depuis 2014 (ils correspondent à des revenus de compensation et non de substitution). Elle s'élève à 10,4 Md€ en 2015.

Le poids de la dépense d'IJ par rapport à ces agrégats de la dépense de santé est relativement faible puisque les IJ représentent seulement 5 % de la dépense courante de santé et 10 % de la dépense de soins de ville (soit encore 6 % de l'ONDAM) en 2015.

[12] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

[13] Il s'agit du régime général, du régime agricole, du régime social des indépendants, et des régimes spéciaux (Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP), Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN), Banque de France, Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), Établissement national des invalides de la marine (ENIM), RATP, SNCF).

Graphique 1 : Différence de périmètre pour les indemnités journalières ONDAM et les comptes de la santé en 2015



*Source : Mission. Note de lecture : *les indemnités journalières SNCF et RATP ne sont plus prises en compte à partir de 2014 car correspondent à un revenu de compensation et non de substitution. De plus, avant 2014 la dépense relative à la fonction publique d'État correspondant aux congés longue maladie était inclue dans le périmètre IJ ONDAM mais non présente dans les comptes nationaux de la santé.*

Cette dépense est essentiellement portée par le régime général, qui en représente 91 % (soit 12,4 Md€[14] en 2015). Viennent ensuite le régime agricole (MSA), qui pèse 5 % (soit 0,6 Md€) de la dépense et le régime social indépendant 3 % (0,4 Md€), les autres régimes ont un poids peu significatif.

La distinction de la dépense d'IJ par risque montre que 56 % correspondent aux IJ maladie (soit 7,6 Md€), 22 % aux IJ AT-MP (3,1 Md€) et 22% aux IJ maternité (3,0 Md€).

1.1.2. La dépense augmente fortement, alternant accélérations et ralentissements, sans s'écarter d'une tendance de long terme

La dépense d'IJ est dynamique sur la période 1998-2015, avec une augmentation de 87 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 3,8 %[15]. Selon le risque, cette tendance est toutefois différente :

- plusieurs phases apparaissent clairement identifiables concernant les dépenses d'IJ maladie et AT-MP :
  - une forte hausse entre 1998 et 2003, avec un taux de croissance moyen annuel de 7,9 % pour le risque AT-MP et de 5,4 % pour la maladie ;
  - un « effet seuil » entre 2003 et 2005 ;
  - une augmentation entre 2005 et 2011, avec un taux de croissance moyen annuel de 4,1 % pour le risque AT-MP et de 2,1 % pour la maladie ;
  - une nouvelle stabilisation entre 2011 et 2013, avec une légère baisse de 0,6 % pour le risque AT-MP et de 0,2 % pour la maladie ;

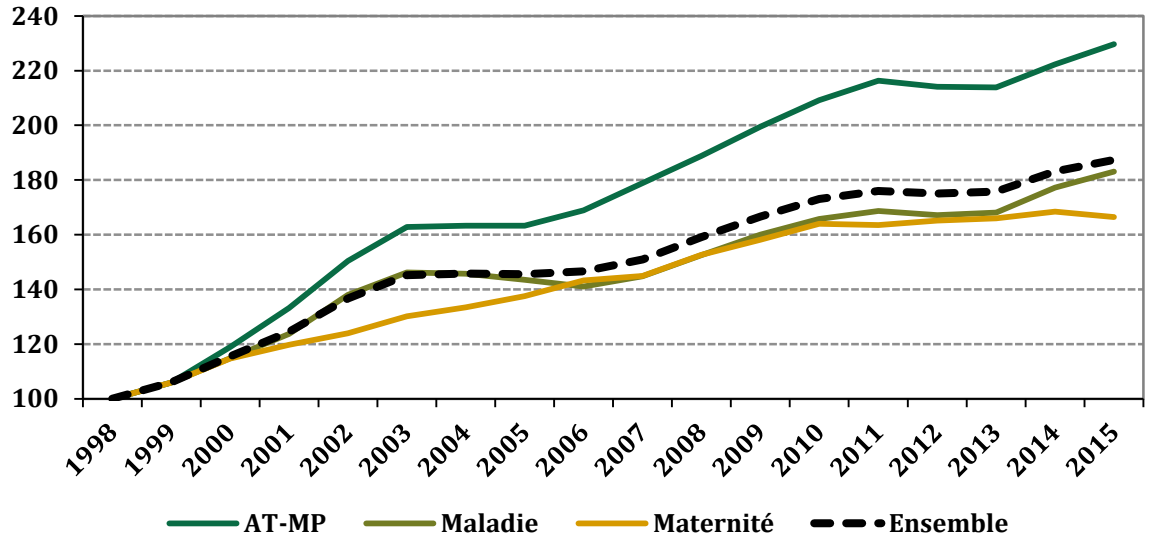
[14] Selon les comptes nationaux de la santé.

[15] Selon les comptes nationaux de la santé.

- une nouvelle augmentation depuis 2014, de 3,3 % pour les risques AT-MP (+ 112 M€ entre 2013 et 2014 et + 97 M€ entre 2014 et 2015) et maladie (+381 M€ entre 2013 et 2014 et + 247 M€ entre 2014 et 2015). Le montant de ces hausses est comparable aux évolutions constatées sur la période 1999-2003 et sur la période 2007-2009 ;

- pour mémoire, la dépense d'IJ maternité augmente entre 1998 et 2010 à un taux moyen annuel de 4,2 % puis stagne depuis 2010 (taux de croissance moyen annuel de 0,7 %) et diminue en 2015.

Graphique 2 : Évolution de la dépense d'IJ entre 2007 et 2015 (tous régimes, base 100 en 1998)



Source : Mission, d'après les données communiquées par la DREES.

Malgré ce constat d'alternance entre forte hausse et ralentissement, sur longue période (depuis les années 2000), **l'évolution des dépenses des IJ maladie et AT-MP suit une tendance linéaire qui a pu être évaluée par la mission à + 180 M€ par an (de l'ordre de +3 % par an[16]) pour le risque maladie et + 100 M€ par an (de l'ordre de + 4 % par an[17]) pour le risque AT-MP** (*cf.* annexe IV).

L'analyse des évolutions selon les régimes (selon le périmètre de comptabilisation ONDAM) sur 2002-2015 montre des disparités :

- une forte hausse pour le régime du RSI sur 2007-2014, +36 %, qui peut s'expliquer par la création du statut d'autoentrepreneur en 2008, puis une diminution de -12 % entre 2014 et 2016 qui fait suite à la mise en application du décret du 2 février 2015 modifiant significativement les conditions d'ouverture des droits[18] ;

- une augmentation conséquente pour le régime MSA à partir de 2013, avec une hausse de 29 % entre 2013 et 2016 suite notamment à la mise en place des IJ pour les exploitants agricoles (*ie* les non-salariés).

---

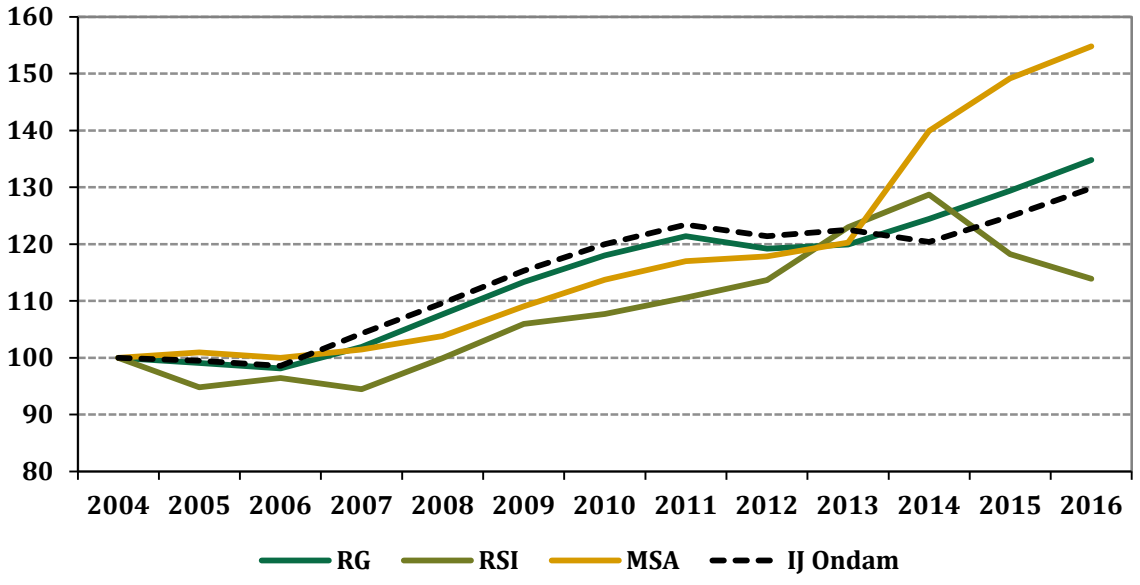
[16] Les 180 M€ sont rapportés à la dépense moyenne d'IJ maladie sur 1998-2015 (soit 6 125 M€). À titre de comparaison, le taux de croissance annuel moyen sur la période est de 4 %.

[17] Les 100 M€ sont rapportés à la dépense moyenne d'IJ AT-MP sur 1998-2015 (soit 2 297 M€). À titre de comparaison, le taux de croissance moyen annuel sur la période est de 5 %.

[18] En effet, les assurés dont les revenus cotisés sont inférieurs à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) moyen des trois dernières années ne peuvent plus bénéficier du droit aux IJ ; enfin le montant de l'IJ versée est désormais proportionnel au revenu cotisé. Autrement dit, l'autoentrepreneur ne peut plus accéder à un niveau d'IJ minimal sans payer de cotisation minimale.

Néanmoins, compte tenu des poids respectifs des différents régimes, l'évolution des IJ relevant de l'ONDAM est surtout tirée par le régime général (*cf. supra*).

Graphique 3 : Évolution des IJ dans le cadre de l'ONDAM selon les principaux régimes (RG, MSA, RSI sur les risques maladie et AT-MP, base 100 en 2004)

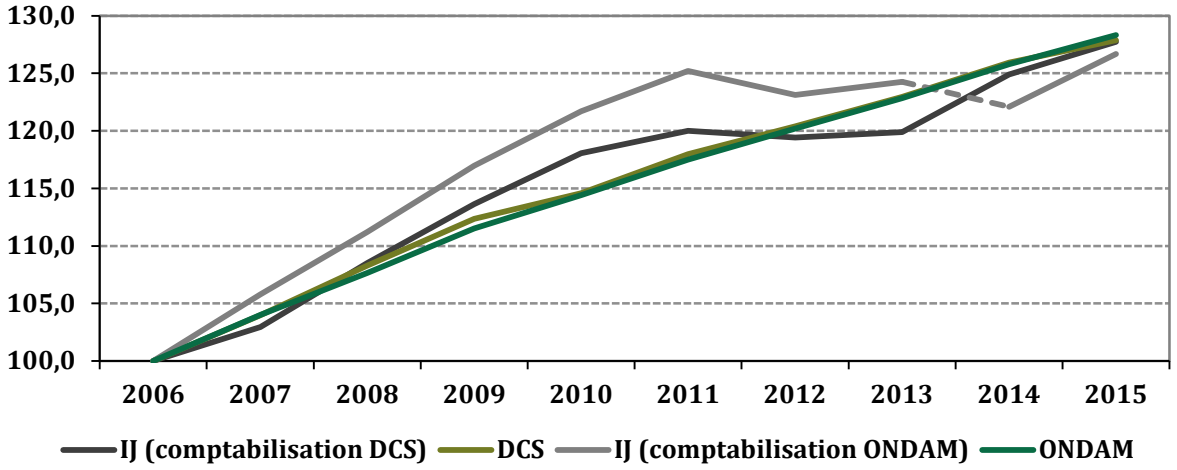


Source : Mission, d'après les données communiquées par la DSS.

1.1.3. La dépense est plus dynamique que la dépense courante de santé (DCS) et que l'ONDAM sur certaines périodes (2006-2011, 2014-2015) mais évolue au même rythme que les grands agrégats de dépenses de santé sur moyenne période

La DCS et l'ONDAM sont en continuelle hausse, tandis que la dépense d'IJ alterne entre augmentation et stagnation. Sur moyenne période (2006-2015), leurs évolutions sont semblables.

Graphique 4 : Évolution du montant des indemnités journalières, de l'ONDAM et de la DCS en base 100 en 2006



Source : Mission, d'après l'annexe 7, PLFSS 2017 et les données communiquées par la DSS. Base 100 pour 2006. Note de lecture : les pointillés correspondent au changement de périmètre intervenu sur les IJ ONDAM : ne sont plus comptabilisées les IJ SNCF, RATP et congés longue maladie de l'État.

Depuis 2014, la dépense d'IJ est plus dynamique que la dépense courante de santé (+ 4,2 % *versus* + 2,4 % entre 2013 et 2014, +2,3 % *versus* + 1,5 % entre 2014 et 2015). Ce constat est également valable en comparant la dépense avec celle de soins de ville ou de l'ONDAM, puisqu'elle augmente de 3,8 % entre 2014 et 2015 contre 2,0 % pour l'ONDAM et 2,5 % pour les soins de ville (et de 4,0 % contre respectivement 1,8 % et 2,3 % entre 2015 et 2016).

1.2. La modélisation et la prévision de la dépense d'IJ, qui repose déjà sur une très grande diversité de déterminants, pourraient être encore améliorées

1.2.1. Les déterminants de la dynamique de long terme de la dépense d'IJ maladie et AT-MP sont connus au niveau macroéconomique mais ne permettent pas d'expliquer l'évolution récente

Plusieurs acteurs ont mis en évidence certains déterminants de l'évolution de la dépense d'IJ à l'aide de modélisations économétriques au niveau macroéconomique.

La DSS a mené des travaux à l'aide de régressions linéaires[19] mettant en évidence l'importance des évolutions de l'emploi salarié, du chômage, de la précarité de l'emploi et de la politique de contrôle de la CNAM sur celle de la dépense d'IJ maladie en volume[20].

La DREES entre 2003 et 2007 puis la CNAM depuis 2008 ont développé des modèles à correction d'erreur qui permettent d'obtenir une équation de l'évolution de long terme des indemnités journalières (en quelque sorte une équation du type régression linéaire) et une équation de dynamique de court terme[21] qui permet aux IJ d'avoir une trajectoire de court terme différente mais qui finira par se rapprocher de la relation de long terme *via* une force de rappel.

La CNAM modélise trimestriellement le dénombrement d'IJ maladie et AT-MP en date de remboursement sur la période 1985-2016 car la correction de la dépense par un indice des salaires ne permet pas d'avoir un effet volume pur[22]. Ce modèle permet d'identifier les principaux déterminants :

- **le contexte économique** :
  - l'évolution de la population en emploi avec un retard de l'ordre d'un an (une hausse de 1 point de pourcentage de l'emploi se traduit à long terme par une hausse de 2 points de pourcentage du nombre de jours indemnisés). En effet le recours aux IJ est conditionné à l'évolution du nombre de travailleurs[23] ;
  - le taux de chômage pourrait jouer un effet amplificateur sur la baisse du nombre d'IJ de courte durée (son impact n'est plus démontré dans les estimations récentes du modèle[24]) ;
- **le contexte sociodémographique** : le vieillissement de la population est un facteur clé puisque la durée des arrêts augmente avec l'âge (tendance déterministe dans le modèle[25]) ;

---

[19] Modèle permettant d'expliquer une variable à partir d'autres facteurs selon certaines hypothèses statistiques : y = ax + bz + …+ terme d'erreur.

[20] La dépense est corrigée d'un indice d'évolution des salaires pour éliminer l'effet prix.

[21] Elle décrit l'ajustement des variables prises en taux de croissance à court terme. Cette équation fait également intervenir une force de rappel de la variable à expliquer quand elle s'éloigne de sa cible de long terme.

[22] Les salaires plafonnés servant au calcul de la liquidation des IJ ne sont pas connus.

[23] Le nombre de chômeurs n'est pas pris en compte alors qu'ils peuvent être bénéficiaires d'IJ, cependant cette catégorie a peu recours aux IJ.

[24] Des travaux complémentaires sont nécessaires pour confirmer l'impact réel ou non du taux de chômage.

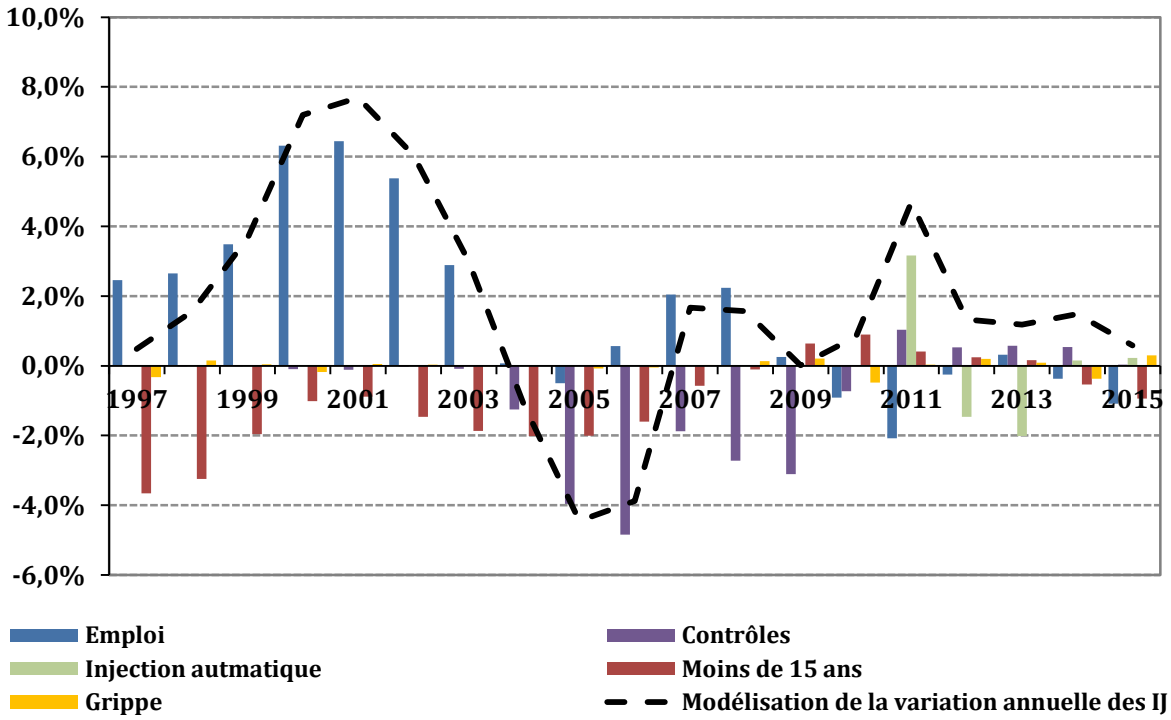
- **le contexte épidémiologique** :
  - les épidémies de grippe ont un impact sur les arrêts courts mais qui reste très limité ;
  - le développement de pathologies chroniques influe sur les arrêts longs (tendance déterministe dans le modèle) ;
- **des facteurs « exogènes »** : la politique de gestion et de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières est prise en compte avec le nombre de contrôles médicaux effectués (une hausse de 1 point de pourcentage du nombre de contrôles se traduit par une baisse de 0,15 point de pourcentage du nombre de jours indemnisés).

L'analyse des contributions de chaque déterminant retenu permet d'analyser l'apport de chacune des composantes à la croissance annuelle du dénombrement modélisé d'IJ et donc de prioriser les facteurs explicatifs selon les années :

- l'évolution de l'emploi salarié a contribué de manière importante à la croissance du nombre d'IJ sur la période 1998-2003 et en 2007-2008. Cette variable contribue à la baisse sur les périodes 2010-2011 et 2014-2015 ;
- le nombre de contrôles des assurés effectués par le service médical de l'assurance maladie a contribué à faire baisser le taux de croissance du nombre d'IJ sur la période 2004-2010. Cela a en partie expliqué la diminution du nombre d'IJ sur 2004-2007 et empêché une plus forte augmentation du nombre d'IJ sur 2008-2010. Sur la période post-2011, le nombre de contrôles a une contribution faible. La difficulté d'interprétation de cette variable explicative repose sur le fait qu'il s'agit uniquement de l'aspect quantitatif et non qualitatif. Ainsi, le nombre de contrôles a pu diminuer récemment mais être accompagné d'une amélioration de leur qualité ;
- la part des moins de 15 ans a eu un impact important à la baisse sur le taux d'évolution du nombre d'IJ entre 1997 et 2008 ; légèrement à la hausse entre 2009 et 2013 puis à la baisse en 2014 et 2015. Cette proportion peut s'interpréter comme une prévalence de maladies infantiles induisant des arrêts courts des parents. L'interprétation de cette variable n'est pas évidente mais permet de bien expliquer l'évolution passée.
- l'injection automatique des salaires dans le système de liquidation des CPAM a permis d'accélérer le paiement des IJ en 2011, ce qui a eu pour effet d'augmenter le nombre d'arrêts pris en charge au cours de cette année. Pour les années suivantes, 2012 et 2013, la contribution est négative ; en effet ce nouveau *process* peut s'interpréter comme un choc conjoncturel intervenu en 2011 or le modèle à correction d'erreur précité prévoit une « force de rappel » qui automatiquement conduit l'évolution du nombre d'IJ vers un équilibre ;
- la contribution de la grippe à l'évolution du dénombrement d'IJ est faible mais semble plus importante à partir de 2009 avec une contribution supérieure à 0,20 % en valeur absolue sauf en 2011 et 2013.

[25] La CNAM a fait le choix de ne pas retenir ce facteur explicatif supplémentaire mais d'insérer dans l'équation une tendance déterministe puisque le vieillissement de la population peut être modélisé par une droite affine.

Graphique 5 : Analyse des contributions des facteurs explicatifs au taux de croissance annuel du dénombrement d'IJ estimé grâce au modèle



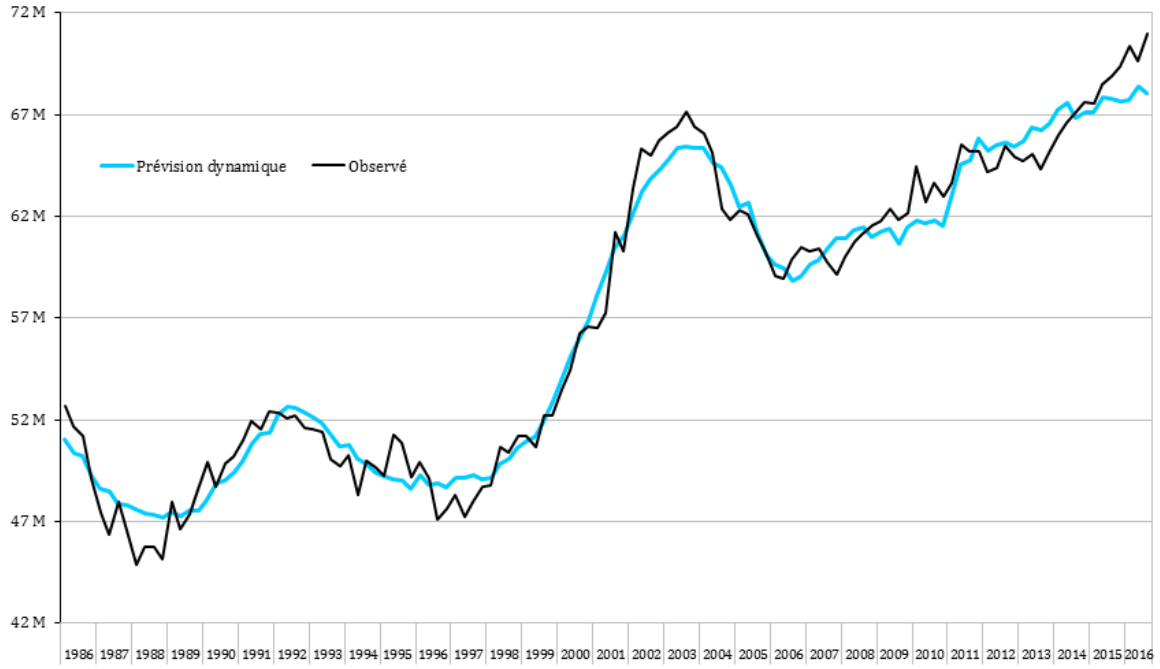
Source : Mission, d'après le modèle estimé par la CNAM. Note de lecture : La somme des contributions de chaque variable explicative correspond au taux de croissance annuel du dénombrement d'IJ calculé avec le modèle.

L'analyse de la performance du modèle utilisé par la CNAM montre que celui-ci permet d'expliquer de manière très correcte sur le long terme les tendances structurelles de la dépense d'indemnités journalières. Les erreurs relatives de prévisions du modèle[26] sont comprises entre -6 % et +4 %, soit environ une erreur de plus ou moins 3 millions d'IJ au maximum par trimestre depuis 1986 (par rapport à 69 millions d'IJ en moyenne par trimestre en 2015).

L'ampleur des variations annuelles est cependant moins prévisible : la quasi-stabilité du nombre d'IJ en 2012 et leur hausse depuis 2014 n'ont pas été anticipées.

[26] Le ratio (nombre d'IJ réalisé – nombre d'IJ prévu)/ nombre d'IJ réalisé.

Graphique 6 : Comparaison de l'évolution du nombre d'IJ (maladie et AT-MP) prévue et réalisée



Source : Mission, d'après le modèle estimé par la CNAM.

Néanmoins, depuis 2014, le modèle élaboré par la CNAM ne s'ajuste plus au dénombrement réel d'IJ maladie et AT-MP. Ainsi les facteurs actuellement connus au niveau macroéconomique et partagés par les différents travaux de modélisation (par exemple ceux de la DSS, de la DREES) ne sont plus suffisants pour expliquer l'évolution sur la période récente.

Afin d'améliorer la connaissance des déterminants, la mission relève que certains facteurs n'ont jamais été investigués à ce stade par la CNAM :

- **la politique de contrôle des professionnels** : il s'agit probablement de la variable la plus importante. La CNAM a développé des actions envers les professionnels (*cf. infra*): visites des délégués de l'Assurance Maladie, « échanges confraternels » entre médecins conseils et praticiens, mises sous objectif (MSO), mises sous accord préalable (MSAP). L'ampleur de ces actions pourrait avoir un impact sur l'évolution du nombre d'IJ ;
- **l'offre de soins** : cette variable semble avoir de l'influence sur la prescription (*cf. infra*), elle pourrait être appréhendée par la densité d'omnipraticiens ;
- **les facteurs non pris en compte car liés aux réformes récentes** :
  - réformes directement liées aux IJ : les réformes des règles d'indemnisation des IJ (ouverture des droits, montant) ne sont pas prises en compte dans la modélisation et ont potentiellement un impact majeur. C'est le cas par exemple de la simplification des règles de prise en compte du salaire journalier de référence (décret n°2014-953 du 20 août 2014), de l'assouplissement du travail à temps partiel pour motif thérapeutique (loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011). L'absence d'informations sur les paramètres de la liquidation des bénéficiaires au niveau national explique ce manque d'appréhension de ces déterminants ;
  - réformes indirectement liées aux IJ : le lien avec l'assurance chômage, le passage de l'arrêt maladie vers la mise en invalidité, les réformes récentes sur les conditions d'accès à la retraite entrainant des transferts de charges.

Le rapport de la CNAM en 2015[27] met en avant également qu'il s'agit d'un champ qui n'a pas été étudié jusqu'à présent.

- **le motif médical des arrêts de travail** : la pathologie à l'origine d'un arrêt de travail n'est à ce jour pas systématiquement connue, tant au niveau national (la CNAM de ne dispose pas de « remontées » des CPAM sur ce point) qu'au niveau local (en l'absence de codage immédiat dans les systèmes d'informations). Ce point apparaît central pour la correcte appréhension, et par suite l'amélioration de la prévision, d'une dépense d'origine médicale (*cf.* § 2.2.1.).

<u>Proposition n° 1</u> : Améliorer les outils permettant l'appréhension statistique de l'origine médicale des arrêts de travail, dans le respect du secret médical. S'agissant du niveau national, cette action devrait s'articuler avec les possibilités d'agrégations et de traitement de données ouvertes par le droit de l'informatique et des libertés.

<u>Proposition n° 2</u> : Intégrer la politique de contrôle des professionnels de santé dans le modèle de prévision de la CNAM. Cette action nécessite une coopération renforcée entre les différents services concernés de la CNAM[28].

<u>Proposition n° 3</u> : Les réformes liées au vieillissement (retraite, dispositifs de fin de carrière, mise en invalidité) devraient faire l'objet d'un suivi de la CNAM plus précis.

1.2.2. Au niveau microéconomique, de nombreuses études montrent une grande variété de facteurs expliquant le recours aux arrêts de travail ainsi que leur durée, mais qui ne peuvent pas actuellement s'intégrer à un modèle de prévision

Parallèlement à la recherche de facteurs expliquant l'évolution de la dépense d'IJ au niveau global, des études réalisées par le monde académique (Institut de recherche et documentation en économie de la santé - IRDES), les caisses d'assurance maladie ainsi que la DREES soulignent une grande variété de déterminants du recours aux arrêts de travail[29] et de leur durée à l'aide de modélisations économétriques (*cf.* revue de littérature partie II, annexe IV).

Les caractéristiques individuelles ont un rôle déterminant sur le recours aux arrêts de travail. Plusieurs facteurs ont été mis en évidence :

- le genre : les hommes s'arrêtent moins que les femmes et moins longtemps ;
- l'âge : si la fréquence des arrêts n'augmente pas avec l'âge, le vieillissement a un impact sur la durée. Les raisons avancées à cet allongement de la durée sont un état de santé qui se dégrade avec l'âge, une prescription d'IJ de longue durée permettant de sortir du marché du travail avant la retraite ;
- la catégorie socioprofessionnelle : son rôle est d'ailleurs plus marqué que le secteur d'activité toutes choses égales par ailleurs. Ainsi, les ouvriers sont plus souvent absents que les cadres ;
- l'état de santé fragile et notamment le fait d'être en ALD augmente la durée des arrêts ;
- l'arrivée plus tardive sur le marché du travail diminue la fréquence et la durée des arrêts. Ce déterminant peut s'interpréter comme un *proxy* du niveau d'études ;
- la présence d'un enfant dans le foyer augmenterait la probabilité de s'absenter pour maladie pour les personnes des deux sexes vivants seules.

---

[27] « *Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions* »

[28] Les données nécessaires pour réestimer le modèle dans ce sens n'ont pas été transmises à la mission.

[29] Les travaux recensés par la mission se sont essentiellement concentrés sur les IJ du risque maladie du régime général.

Le contexte professionnel est également un élément majeur qui peut influencer un individu à recourir à un arrêt maladie. Les principaux déterminants relevés dans la littérature sont :

- le temps de travail : les salariés à temps partiel ou travaillant à domicile s'absentent moins mais pour des durées plus longues, ce qui peut s'expliquer en partie par de moins bonnes conditions de travail ;
- le type de contrat de travail : un salarié en CDI ayant plus d'un an d'ancienneté a une probabilité plus importante d'être absent pour maladie (il en est de même pour les fonctionnaires) que les personnes en CDD au récemment embauchées en CDI ; l'effet sur la durée ne serait pas discriminant ;
- le niveau de salaire est négativement corrélé à la durée des arrêts de travail ;
- la taille de l'entreprise car les salariés des PME prennent moins d'arrêts maladie que ceux des grands établissements. De plus, un salarié d'une grande entreprise a tendance à se voir prescrire des arrêts plus longs. Ceci pourrait s'expliquer par un contrôle des arrêts plus faible dans ces entreprises, par un moindre engagement du salarié qui se sent moins indispensable, et enfin par une importance accrue des contrats d'assurance complémentaire proposés ;
- les conditions de travail puisque la pénibilité du travail augmente la probabilité de prescription d'arrêt maladie. La DARES[30] met en avant le rôle significatif de l'irrégularité des horaires (2009), de l'exposition aux contraintes physiques et psychosociales (2013).

Ces liens concernant le contexte professionnel continuent d'être étudiés puisque l'IRDES a prévu plusieurs projets dans son programme de recherche 2017-2019[31] et la DARES publiera au troisième trimestre de 2017 une étude sur cette thématique.

Au-delà de ces facteurs, des disparités territoriales du recours aux arrêts maladie existent, qu'il s'agisse de la densité des médecins par département[32] ou des délais d'attente pour l'accès aux soins.

Encadré 1 : Principales sources de données

Plusieurs bases de données sont utilisées par les chercheurs et statisticiens :

- **la base la plus complète est la base Hygie** qui a été construite par l'IRDES grâce à un financement de la DREES. Cette base permet de décrire les arrêts maladie pour un échantillon représentatif du régime général de la Sécurité sociale. Elle provient du croisement de deux fichiers administratifs : (i) un fichier de données issues du système d'informations de la CNAM (SNIIRAM) avec les remboursements effectués par les régimes de l'Assurance maladie et sur les caractéristiques de l'employeur et (ii) un fichier de la caisse nationale d'Assurance vieillesse (CNAV) recensant les informations individuelles sur les bénéficiaires, notamment leur carrière professionnelle sur un échantillon aléatoire de bénéficiaires âgés de 22 à 70 ans ayant cotisé au moins une fois au régime général de retraite. Les données sont issues du système national de gestion des carrières pour les salariés du secteur privé et du système national statistique prestataires qui regroupe les retraités du secteur privé.

  Les travaux recensés se base sur la première base qui couvre uniquement le régime général sur la

[30] Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, Ministère du Travail.

[31] Deux projets intitulés « Expositions professionnelles et insécurité de l'emploi : effets sur les arrêts de travail et les consommations médicales » et « Quels sont les liens entre les expositions professionnelles (pénibilité physique et psychosociales) et les arrêts de travail ? Peut-on quantifier ce lien ? », menés par Pascal Lengagne, Laure Com-Ruelle, Christine Le Clainche avec l'appui de Nelly Le Guen, Nicolas Célant et Thierry Rochereau.

[32] *Cf.* travaux de la CNAM (Points de repère CNAMTS n° 11, novembre 2007, « les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières en maladie ». Aude Expert) et de l'IRDES (Questions d'économie de la santé n° 177, juin 2012, « Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? », Mohamed Ali Ben Halima, Thierry Debrand et Camille Regaert).

période 2005-2008 (538 870 bénéficiaires), elle a été actualisée et couvre désormais la période 2005-2012. L'IRDES prévoit pour l'actualisation sur la période 2013-2015 un élargissement de la base au RSI et au MSA. Les nouvelles données permettront d'enrichir la base avec des détails sur la consommation de soins qui permettent d'identifier les différentes pathologies (algorithme développé par la CNAM). La nouvelle base devrait être disponible courant 2018 ;

- l'enquête Emploi de l'Insee[33] et son volet complémentaire en 2005 sur « santé, handicap et travail » ;
- l'enquête décennale de Santé de l'Insee qui a pour objectif de décrire l'état de santé de la population, de fournir des éléments quantitatifs sur la consommation de soins et la prévention et de permettre d'analyser l'état de santé, la consommation de soins et la prévention, en regard des caractéristiques sociodémographiques des individus et de celles de leur ménage ;
- l'enquête conditions de travail de l'Insee qui aborde les thèmes suivants : organisation du temps de travail, contraintes physiques, prévention et accidents, organisation du travail, santé ;
- l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES et la DREES.

Source : Mission.

Enfin, le système d'indemnisation dans sa globalité (*cf.* partie 2.1 *infra*) **a lui-même un impact sur le recours aux arrêts maladie. Cependant, l'influence de son degré de générosité est très peu étudiée faute de connaissance précise de la couverture complémentaire des salariés.** Des chercheurs de l'IRDES et de l'Insee ont à cet égard construit une base de données à partir des 46 conventions de branche en vigueur en 2008 qui couvrent, selon les auteurs, 55 % des salariés du privé. Il en est ressorti que le fait d'être couvert par une convention collective augmente la probabilité de recourir à un arrêt dans l'année ainsi que sa durée. Concernant le délai de carence, sa prise en charge a un impact négatif sur la durée de l'arrêt[34], ce qui pourrait s'expliquer par un effet de « présentéisme » (ceux qui ne sont pas couverts sont incités à rester au travail, impliquant une possible dégradation de leur état de santé et donc des arrêts plus longs par la suite) et un effet d'aléa moral (les salariés non couverts pourraient préférer des arrêts longs partiellement indemnisés à des arrêts courts non indemnisés). Enfin, sur les niveaux des taux de remplacement, des études réalisées sur plusieurs pays européens mettent en avant qu'une indemnisation progressive augmenterait le coût du retour à l'emploi et inciterait les salariés à prolonger leurs arrêts. À l'inverse, une dégressivité de l'indemnisation pourrait limiter la durée des arrêts maladie.

1.2.3. Malgré de faibles écarts entre l'objectif et la dépense réalisée, l'exercice de prévision apparaît complexe et montre de nombreuses limites qui doivent être corrigées dans un souci de transparence

La prévision de l'évolution de la dépense d'IJ dans le cadre de l'ONDAM de l'année N repose sur la constitution d'un tendanciel à partir duquel sont ajoutés (i) l'effet des mesures nouvelles prévues dans la LFSS, (ii) l'impact de la lutte contre la fraude et (ii) les pistes d'économies de l'enveloppe médicalisée. Chacune de ces trois étapes comporte des limites relevées par la mission qui impliquent l'accumulation de marges d'erreur.

Cependant, les écarts entre l'objectif et sa réalisation (*cf.* ligne (J) du tableau 1) **sont à relativiser** puisque l'écart moyen en valeur absolue sur 2008-2015 est de 3 %, soit 274 M€ par rapport à une dépense de 10 Md€. Sur la période récente, l'écart rapporté à la réalisation est de 1,5 % en 2014 et 1,3 % en 2015.

[33] Dans le cadre de cette enquête, il est prévu d'interroger les personnes en emploi n'ayant pas exercé leur activité au cours de la semaine de référence sur les raisons de leur absence. La modalité « congé maladie (y compris garde d'enfant), accident de travail » est prévue.

[34] L'effet sur la fréquence du recours aux arrêts ne fait pas l'unanimité selon les quelques études sur le sujet.

Tableau 1 : Évolution du montant des économies à intégrer dans le tendanciel (M€)

Étape de la prévision		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ETAPE 1	(A) Base retenue[35]	9 630	10 043	10 400	10 406	9 645	9 983	10 327
	(B) Tendanciel spontané (taux d'évolution arrêté lors de la réunion d'arbitrage)	6,0 %	5,0 %	5,0 %	4,0 %	3,6 %	3,6 %	3,9 %
	(C) Prévision tendanciel spontané (A x B)	10 206	10 548	10 925	10 822	9 994	10 343	10 725
ETAPE 2	(D) Montant des économies (hors maîtrise médicalisée)	130	100	155	7	-	9	-
	(E) Provisions	-	-	-	-	14	25	-15
ETAPE 3	(F) Montant de l'objectif de maîtrise médicalisée	88	74	100	100	100	100	100
PREVISION	(G) Prévision (C-D+E-F)	9 980	10 400	10 667	10 660[36]	9 908	10 258	10 610
REALISATION	(H) Montant réalisé	10 008	10 243	10 116	10 172	10 058	10 392	-
COMPARAISONS	(I) Taux d'évolution réalisé (à partir de H)	4,0 %	2,4 %	-1,2 %	0,6 %	-1,1 %	3,3 %	4,2 %
	(J) Écarts (H-G)	27	-156	-551	-488	150	134	-
	(K) Économies réalisées dans le cadre de l'objectif de maîtrise médicalisée	0	140	200	100	4	54	24
	(L) Économies non réalisées (F-K)	88	-66*	-100*	0	96	46	76
	(M) Écarts recalculés **	-	-37	-165	-246	546	78	67

Source : DSS et CNAM pour les économies réalisées. Note de lecture : les provisions correspondent aux modifications réglementaires ayant pour effet de diminuer la dépense d'IJ. (*) Un nombre négatif signifie qu'il s'agit d'économies réalisées et qui n'avaient pas été prévues. (**) Cet écart provient de la différence entre le montant prévisionnel (montant réalisé en N-1 multiplié par le taux prévisionnel) et le montant réalisé de l'année N. L'évolution entre 2013 et 2014 n'est pas à interpréter directement puisqu'il y a eu un changement de périmètre : les IJ SNCF, RATP et congés longue maladie de l'État ne sont plus comptabilisés.

1.2.3.1. Étape 1 : Le tendanciel retenu repose sur un taux de croissance annuel moyen du régime général qui est déformé pour tenir compte des autres régimes

La CNAM, la DSS et la direction générale du Trésor élaborent chacune un tendanciel d'évolution de la dépense d'IJ pour l'année N+1. Les différentes méthodes sont présentées dans le tableau ci-dessous.

[35] La base retenue n'est pas tout à fait la prévision du tendanciel spontané (ligne (C)) car la DSS prend en compte les ajustements de prévisions en cours d'année ainsi que les changements de périmètre (notamment en 2014 avec la non-prise en compte des IJ SNCF, RATP et congés longue maladie de l'État).

[36] La prévision ne correspond pas à la prévision du tendanciel plus les provisions moins les économies (mesures nouvelles et objectif de maîtrise médicalisée). La DSS n'a pas été en mesure d'en expliquer la raison.

Tableau 2 : Méthodologie de la construction du tendanciel selon les acteurs

Acteur	Méthodologie
CNAM	Méthode en deux étapes : (1) Trois modèles de prévisions du dénombrement (i) Un modèle autorégressif qui décrit la série à partir de son évolution passée (date de soins) (ii) Un lissage exponentiel linéaire : prolongation de la tendance linéaire (date de soins) (iii) Un modèle à correction d'erreur : modèle tenant compte de facteur explicatif (date de remboursement, cf. *supra*) (2) Passage du dénombrement à une projection financière qui repose sur plusieurs hypothèses : (i) l'évolution en dénombrement est assimilée à l'évolution en volume d'indemnités journalières ; (ii) ajout de l'effet prix qui repose sur l'évolution des salaires or la CNAM ne dispose pas de la série des salaires de référence mais d'une série des salaires moyens mensuels de base[37] qui ne tient pas compte du plafonnement ; (iii) sur longue période, la CNAM considère équivalentes les évolutions des dépenses en date de soins et dépenses en date de remboursement (pour le modèle VECM). Enfin sont ajoutées les variations calendaires et saisonnières (CJO-CVS) et le montant des IJ Outre-mer. La CNAM fait converger les trois prévisions.
DSS	Taux d'évolution calculé en trois étapes : (1) Taux de croissance annuel moyen sur longue période sur le régime général (en date de soins) ; (2) Prise en compte d'une clé de transformation permettant de passer du régime général à tous régimes ; (3) Neutralisation de la maîtrise médicalisée passée[38] (le taux de croissance annuel moyen est calculé sur les données de la dépense réalisée)
DG Trésor	Taux d'évolution calculé en deux étapes : (1) Prévision de l'effet volume qui repose sur celle de l'évolution de la population active du privé ; (2) Ajout de l'effet prix : il correspond à l'évolution la plus basse entre celle du salaire moyen par tête et celle des plafonds retenus (SMIC pour le risque maladie, plafond de la sécurité sociale pour le risque AT-MP).

Source : Mission.

Un arbitrage a lieu entre ces trois tendanciels en mai de l'année N entre la DSS, la DG Trésor, la CNAM et la direction du budget. Un taux tendanciel commun est alors arrêté (*cf.* ligne B du tableau 1).

Les avantages mis en avant par la DSS de sa méthodologie sont les suivants :

- la forte variabilité des IJ rend difficile la prolongation de la série à partir de son passé (modèle autorégressif de la CNAM) ;

[37] Il correspond au salaire brut avant déduction des cotisations sociales et avant versement des prestations sociales. Il ne comprend ni les primes ni les heures supplémentaires. Cet indice est calculé à structure des catégories socio-professionnelles constante.

[38] Ajout au taux d'évolution issu des étapes (1) et (2) d'un point de pourcentage.

- le modèle à correction d'erreur faisant intervenir des variables explicatives n'est pas jugé assez performant sur les dernières années, les résidus (la part non expliquée par les variables retenues) sont estimés trop importants. À partir des données communiquées à la mission, la mission évalue l'erreur de prévision à environ 90 M€ par année pour le régime général[39].

Néanmoins, cette construction n'apparaît pas pleinement satisfaisante. En effet, elle ne se base que sur l'évolution passée et peut donc conduire à des erreurs en ne prévoyant pas un choc exogène.

Ainsi, si le tendanciel de la DSS sert de base à la concertation, le tendanciel définitivement retenu n'est pas toujours celui initialement proposé.

Enfin, cette construction tient compte des autres régimes avec la seule prise en compte d'une clé de passage. Un exercice propre de prévision pour ces régimes n'est pas prévu au vu de leur poids dans la dépense d'IJ.

1.2.3.2. Étape 2 : le chiffrage des nouvelles mesures touchant aux IJ est rendu difficile par manque de connaissance des paramètres liés à la liquidation

Les mesures nouvelles décidées pour le PLFSS liées aux indemnités journalières (ouverture de droit, valorisation de l'IJ, etc.) font l'objet d'un chiffrage *ex-ante* quand cela est possible. Cependant toutes les nouvelles mesures réglementaires ne font pas l'objet de chiffrage (six parmi les principales modifications réglementaires depuis 2010) et lorsqu'un chiffrage est effectué, il est réalisé avec le peu d'informations disponibles.

Les montants d'économies sont alors soustraites au tendanciel retenu précédemment. Cependant le tableau 3 ne permet pas une correspondance immédiate avec les montants inscrits en économies et provisions dans les lignes D et E du tableau 1.

Tableau 3 : Chiffrage des principales modifications réglementaires depuis 2010

Mesure	Décret	Chiffrage de la DSS
La détermination d'un salaire journalier de référence égal au salaire annuel des assurés exerçant un travail discontinu ou à caractère saisonnier divisé par 365, et non plus 360	décret n°2010-1305 du 29 octobre 2010	Chiffré à 110 M€ dont 100 M€ en 2011
Le salaire journalier pris en compte pour le calcul des indemnités maladie est limité à 1,8 fois le montant du Smic mensuel		Chiffré à 125 M€ en 2012 et 180 M€ en année pleine
Le plafond pris en compte est celui en vigueur le dernier jour du mois précédant celui de l'arrêt et non plus celui en vigueur pour chaque mois de versement	décret n° 2014-953 du 20 août 2014	Pas de chiffrage
L'extension de la subrogation	décret n° 2013-266 du 28 mars 2013	Pas d'impact

[39] Sur la période 1997-2015, l'écart moyen (en valeur absolue) est de 2,9 millions IJ et le prix moyen d'une IJ calculé par la mission est de 30,9 €.

Mesure	Décret	Chiffrage de la DSS
L'assouplissement des conditions d'ouverture des droits aux IJ versées pour maladie, maternité et paternité	décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 décret n° 2015-86 du 30 janvier 2015	Le chiffrage de la suppression de la condition des 200 h dans les 800 h avait été estimée à un coût de 5 M€ environ. Le passage de 200h à 150h avait été estimé à 30 M€ (sur la base de l'enquête Emploi de l'Insee)
La déduction d'un taux forfaitaire représentatif des cotisations salariales, égal à 21%, du gain journalier de base en cas de maternité et de paternité ; et en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle	décret n° 2013-266 du 28 mars 2013 décret n° 2014-953 du 20 août 2014	Sans impact, le taux de 21 % correspondant aux cotisations salariales et à la CSG
Simplification des règles de prise en compte du salaire journalier de référence	Décret n°2014-953 du 20 août 2014	Pas de chiffrage
L'assouplissement du travail à temps partiel pour motif thérapeutique	Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 (Régime général) Loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 (RSI) Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 (MSA)	Régime général : négligeable (entre -1,5 à 11 M€) Autres régimes : pas de chiffrage
La suppression du versement des indemnités d'accident et de maladie aux assurés dont le revenu annuel moyen est inférieur à 10 % de la moyenne des trois derniers PASS	décret n° 2015-101 du 2 février 2015	Estimation à 30 M€ sur la base des dépenses constatées
L'extension du versement des IJ aux aides familiaux et aux collaborateurs d'exploitants d'entreprise agricole	Loi n°214-1554 du 22 décembre 2014	Pas de chiffrage
L'extension du versement des IJ maladie des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales relevant du RSI aux conjoints collaborateurs	Décret n°2014-20 du 9 janvier 2014	Chiffrage du RSI à 5 M€

Source : Mission, d'après chiffrages communiqués par la DSS à la mission.

1.2.3.3. Étape 3 : les économies liées à la maîtrise médicalisée correspondent à un objectif politique ambitieux

La CNAM fixe une enveloppe d'économies annuelles à réaliser au titre de la maîtrise médicalisée qui vise « *à promouvoir le « juste soin », pertinent, efficace, conforme aux recommandations, organisé de la manière la plus efficiente possible, en évitant de gaspiller des ressources sans valeur ajoutée pour la santé* »[40]. Cet objectif d'économies est ensuite ventilé selon les différents postes. Une première répartition est effectuée par la DSS en septembre de l'année N-1 pour le PLFSS de l'année N. Cependant ce n'est qu'en février de l'année N que la CNAM établit la ventilation définitive qui sera ensuite reprise par la DSS pour le suivi de l'ONDAM[41].

[40] Rapport charges et produits 2017 de l'Assurance Maladie.

[41] Des différences sur le poste IJ ont existé entre 2010 et 2012 : en 2010 96 M€ pour la ventilation PLFSS et 88 M€ pour celle de la CNAM, en 2011 : 48 M€ *versus* 74 M€ ; en 2012 : 103 M€ *versus* 100 M€.

Concernant le poste des IJ, 100 M€ de réduction annuelle sont fixés de manière forfaitaire depuis 2012 par rapport au tendanciel financier arrêté précédemment (*cf.* ligne F du tableau 1). Le montant de maîtrise médicalisée sur le poste IJ est ensuite réparti selon les régimes en fonction de leur poids dans la dépense. Ainsi, sur l'objectif de 100 M€, le régime général doit réaliser 92,6 M€ d'économies, la MSA 4,9 M€ et le RSI 2,2 M€. Les économies réalisées s'en écartent fortement.

1.2.3.4. Le suivi reste à améliorer en explicitant mieux les écarts et en actualisant les indicateurs de performance

1.2.3.4.1. Le pilotage de l'objectif de maîtrise médicalisée nécessite une expertise des montants réellement économisés

L'objectif d'économies liées à la maîtrise médicalisée est décliné par caisse et fait l'objet d'un suivi au niveau national. Pour le régime général, un outil a été développé qui permet aux caisses de suivre mensuellement les économies réalisées en comparant la dépense réalisée par rapport à celle prévue (*cf.* partie IV, annexe IV). Cependant ce pilotage apparaît très lâche : face aux 100 M€ d'économies et une déclinaison prévue entre médecine libérale (78 M€) et établissements de santé (22 M€), la mission n'a pas pu obtenir de programme chiffré d'actions. En 2016, 40 caisses ont atteint l'objectif et 66 n'y sont pas parvenues.

Au niveau des autres régimes, la MSA a adopté une démarche similaire en fournissant à chaque caisse un tendanciel de dépenses. Cependant le régime général ne communique pas avec les autres régimes sur le suivi de l'objectif de maîtrise médicalisée du poste IJ et le montant de 24 M€ d'économies provient de 22 M€ d'économies qui sont dilatées par une clé de passage fonction du poids des régimes. Or la MSA a indiqué à la mission des économies de 10 M€ cette même année.

Proposition n° 4 : Les montants d'économies annoncés dans le cadre de l'objectif de maîtrise médicalisé devraient être étayés.

Proposition n° 5 : Une expertise du montant d'économies réalisé dans le cadre de l'objectif de maîtrise médicalisée devrait être rapidement menée et une méthodologie robuste de calcul doit être partagée entre les régimes.

1.2.3.4.2. L'écart récent entre prévision et réalisation de la dépense ne fait pas encore l'objet d'analyse ex-post

La justification de cet écart est rendue difficile à plusieurs titres :

- une erreur de prévision peut provenir du chiffrage des nouvelles mesures annoncées en PLFSS. À ce stade, il n'est pas possible de savoir si le chiffrage de la mesure est correct ou non, ni de connaître son impact réel. En effet, il faudrait pour cela connaître l'ensemble des informations liées à la liquidation des IJ de l'année N pour simuler les paramètres avant puis après modification réglementaire. Or, aujourd'hui, le système d'information de la CNAM dédié aux IJ n'intègre pas ces éléments, notamment les salaires effectivement pris en compte dans le cadre de la liquidation des IJ. Ces paramètres sont néanmoins bien présents au niveau des systèmes d'informations des CPAM ;
- les montants d'économies réellement atteints dans le cadre de la maîtrise médicalisée sont d'une part à fiabiliser (*cf. supra*) et, d'autre part, difficilement interprétables car :

- ils sont mesurés en date de remboursement et non en date de soins (périmètre ONDAM) ;
- ils couvrent les sections locales mutualistes qui ne font pas partie du périmètre ONDAM ;
- ils correspondent à la différence entre une prévision calculée à partir d'une base reposant sur la dépense de l'année N-1, alors que dans le cadre de l'exercice de prévision la base retenue est le montant du tendanciel spontané de l'année N-1 (c'est-à-dire une prévision de l'année N-2).

Enfin une erreur de prévision peut également être imputable au tendanciel spontané directement. Celle-ci ne peut être connue qu'en faisant la différence d'écarts entre la prévision et la réalisation et l'erreur provenant du chiffrage des mesures nouvelles et de l'atteinte partielle de l'objectif de maîtrise médicalisée.

Ce défaut d'analyses *ex-post* participe des imperfections dans l'appréciation des déterminants de la dépense d'IJ.

1.2.3.4.3. La dépense d'IJ maladie fait l'objet d'un suivi dans le cadre du « programme qualité et efficience » (PQE) mais l'indicateur de pilotage apparaît obsolète suite aux dernières réformes réglementaires et aux nouveaux objectifs de maîtrise médicalisée

L'évolution de la dépense d'IJ maladie fait l'objet d'un objectif annuel chiffré dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (« programme qualité et efficience », annexe I du PLFSS).

Sur la période 2013-2018, l'objectif fixé est une croissance annuelle moyenne inférieure à celle de la masse salariale plafonnée du secteur privé[42] diminuée de 0,5 %[43]. La DSS a construit cet indicateur en partant du principe que l'évolution de la dépense d'IJ *« est principalement liée à l'emploi et au salaire, [ce qui] doit être proche de celle de la masse salariale privée »*.

L'atteinte de l'objectif fluctue (cf. tableau 4), avec des réalisations bien supérieures aux objectifs entre 2011 et 2013 et bien inférieures aux objectifs entre 2009 et 2010 et depuis 2014

Tableau 4 : Évolution du remboursement des indemnités journalières de la branche maladie

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
IJ maladie, montants (en M€)	5 959	6 179	6 280	6 220	6 231	6 522	6 774
IJ maladie, taux d'évolution	5,0 %	3,7 %	1,6 %	-1,0 %	0,2 %	4,7 %	3,9 %
Masse salariale plafonnée du secteur privé	-0,3 %	1,3 %	3,4 %	2,5 %	1,2 %	1,4 %	1,5 %

Source : Annexe I PQE, PLFSS 2017.

Cet indicateur apparaît cependant obsolète à plusieurs titres :

- la masse salariale plafonnée n'a plus de sens avec la réforme du plafonnement du salaire journalier : il est désormais limité à 1,8 fois le montant du Smic mensuel et non plus au plafond mensuel de la sécurité sociale ;

[42] Les chômeurs ont également droit aux IJ mais l'indicateur construit n'en tient pas compte car ils sont par nature exclus du champ de la masse salariale.

[43] La correction de 0,5 % rapportée à la dépense d'IJ maladie du régime général de 6 Md€ correspond à 30 M€.

- la diminution de 0,5 % de cet objectif signale une volonté de réaliser des économies. Cependant l'objectif de maîtrise médicalisé est plus ambitieux puisqu'il est fixé à environ 1 % de la dépense d'IJ.

<u>Proposition n° 6</u> : Actualiser l'indicateur de performance inscrit en programme qualité et efficience en l'articulant avec les modifications réglementaires liées au plafonnement des IJ maladie et l'objectif de maîtrise médicalisée fixé depuis 2012. Cette proposition implique de pouvoir mesurer l'effet prix dû à l'augmentation des salaires plafonnés.

2. Le régime juridique des indemnités journalières, particulièrement complexe, fait l'objet d'une application perfectible et fait apparaître des pistes de simplification

2.1. La complexité du régime des IJ conduit à une perte de lisibilité pour les acteurs et bénéficiaires

2.1.1. Les indemnités journalières du régime général sont marquées par la diversité des règles en vigueur entre les risques couverts, mais également au sein de chacun d'entre eux

2.1.1.1. Les conditions d'ouverture des droits et modalités de calcul des indemnités pour maladie, maternité, paternité, adoption, accident du travail et maladie professionnelle, présentent des différences significatives

La complexité du régime juridique des indemnités journalières est d'abord liée à la multiplicité des règles applicables au sein du régime général. Trois risques sont aujourd'hui couverts : la maladie, la maternité-paternité-adoption et l'accident du travail- maladie professionnelle. Les dispositions qui les régissent sont caractérisées par leur hétérogénéité :

- les conditions d'ouverture des droits reposent sur une durée de travail ou un montant de cotisation minimal en cas d'arrêt pour maladie, maternité, paternité et adoption, auxquels s'ajoute l'exigence d'une durée d'affiliation à la sécurité sociale et d'interruption minimale lors des congés de maternité. Aucune durée d'immatriculation, de travail ou de cotisation n'est en revanche demandée aux salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- le salaire journalier pris en compte pour le calcul de l'indemnité est limité par un plafond :
  - 1,8 fois le montant du Smic mensuel en vigueur le dernier jour du mois précédant celui de l'arrêt en cas de maladie ;
  - plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur le dernier jour du mois précédant celui de l'arrêt en cas de maternité, de paternité et d'adoption ;
  - 0,834 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- le montant de l'indemnité non majorée est égal :
  - à 50 % du salaire journalier de référence en cas de maladie ;
  - au gain journalier de base minoré d'un taux de cotisations forfaitaire de 21 % en cas de maternité, de paternité et d'adoption ;

- à 60 % du salaire journalier de référence en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

- l'indemnité est versée :
  - pendant trois ans, dans la limite de 360 jours indemnisés, après un délai de carence de trois jours, en cas de maladie ;
  - pendant toute la durée d'interruption, sans délai de carence, en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle, de maternité, de paternité et d'adoption.

2.1.1.2. Les indemnités versées dépendent également de la durée de l'arrêt de travail, de la situation familiale de l'assuré et de la nature de sa maladie

Aux différences entre les risques couverts s'ajoutent plusieurs spécificités au sein de chacun d'entre eux, celles-ci affectant la lisibilité du régime pour les acteurs concernés et conduisant à la modulation des indemnités en fonction :

- de la durée de l'arrêt, qui détermine :
  - les conditions d'ouverture des droits en cas de maladie : les assurés en arrêt de travail de plus de six mois doivent en effet être affiliés à la sécurité sociale depuis au moins douze mois et avoir travaillé ou cotisé davantage ;
  - le montant de l'indemnité versée, égal à 66,66 % du salaire journalier de référence à partir du 31ème jour d'arrêt des assurés en arrêt maladie ayant au moins trois enfants à charge, et à 80 % de ce salaire à partir du 29ème jour d'arrêt des assurés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- de la situation familiale de l'assuré en arrêt maladie, la majoration de l'indemnité à partir du 31ème jour d'arrêt ne s'appliquant qu'à partir du troisième enfant à charge ;
- de la nature de la maladie : la limitation du nombre d'indemnités versées au cours des trois années d'indemnisation, fixée à 360, ne concerne pas les assurés atteints par une affection de longue durée.

2.1.1.3. Une couverture supplémentaire peut compléter les indemnités des salariés remplissant plusieurs conditions, notamment d'ancienneté

Indépendamment des indemnités journalières du régime de sécurité sociale, **les salariés peuvent bénéficier d'une indemnité complémentaire prise en charge par leur employeur**. Les montants versés à ce titre sont susceptibles de leur assurer le maintien intégral de leur salaire, mais constituent un facteur de complexité supplémentaire : un même salarié peut en effet percevoir un montant différent en fonction de son ancienneté, mais aussi de la couverture assurée par l'accord de branche, voire l'accord d'entreprise dont il relève. Il convient ici de distinguer :

- la couverture, garantie par le code du travail, dont bénéficient les salariés travaillant dans leur entreprise depuis au moins un an et bénéficiant des indemnités journalières de la sécurité sociale. Versée à l'issue d'un délai de carence de sept jours en cas de maladie, elle permet au salarié de percevoir 90 % de son salaire les 30 premiers jours d'arrêt, puis 66,66 % les trente jours suivants, avec une augmentation progressive de la durée d'indemnisation en fonction de son ancienneté ;

- la couverture supplémentaire accordée, le cas échéant, par les accords de branche ou d'entreprise, qui peut conduire au maintien de l'intégralité du salaire de l'assuré : en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans le secteur du bâtiment, un ouvrier remplissant les conditions requises perçoit ainsi la totalité de son salaire pendant 45 jours, les employés, techniciens, agents de maîtrise et cadres pendant 90 jours.

2.1.2. La complexité de l'architecture générale est accentuée par les dispositions spécifiques qui régissent la couverture des non-salariés

À côté du régime général de la sécurité sociale, la couverture des individus contraints d'interrompre temporairement leur activité est régie par des dispositions répondant à la spécificité des régimes concernées, mais contribuant à renforcer la complexité de l'architecture générale.

2.1.2.1. Les indemnités journalières des non-salariés non agricoles ne sont pas déterminées par l'origine, professionnelle ou non, des accidents et des maladies

Des indemnités journalières peuvent être versées aux non-salariés non agricoles par le régime social des indépendants (RSI). Si les conditions d'ouverture des droits reposent également sur une durée d'affiliation et de cotisation minimale, le régime est articulé autour de la prise en charge de deux risques :

- les accidents et les maladies, sans distinction entre ceux qui sont d'origine professionnelle et ceux qui ne le sont pas[44]. L'indemnité, versée à partir du huitième jour et du quatrième en cas d'hospitalisation[45], correspond au revenu d'activité annuel moyen des trois dernières années divisé par 730 ;
- la maternité, la paternité et l'adoption, avec une indemnisation forfaitaire, égale au PASS de l'année en cours divisé par 730 si les revenus annuels moyens sont au moins égaux à 10 % de la moyenne des trois derniers PASS[46], et à 10% de cette somme en deçà.

2.1.2.2. Les non-salariés agricoles ne perçoivent des indemnités journalières pour accident de la vie privée et maladie non professionnelle que depuis 2014

La mutualité sociale agricole verse des indemnités journalières aux chefs d'entreprise agricole, aux aides familiaux et aux collaborateurs d'exploitation. L'organisation du régime est marquée par la différence entre la couverture :

- du risque accident de la vie privée et maladie non professionnelle, pris en charge depuis le 1er janvier 2014. Les non-salariés agricoles affiliés depuis au moins un an à l'assurance maladie des exploitations agricoles (Amexa) et à jour de la cotisation indemnités journalière Amexa perçoivent 60 % du gain forfaitaire annuel les 28 premiers jours d'arrêt, puis 80 % à partir du 29ème. Un délai de carence de sept jours est appliqué ;

---

[44] En effet, il n'y a pas de branche accidents du travail et maladies professionnelles au sein du RSI.

[45] À partir du 1er juillet 2018, le délai de carence est soit fixé à trois jours lorsque l'arrêt de travail est supérieur à sept jours ou en cas d'hospitalisation, soit fixé à sept jours lorsque l'arrêt de travail est inférieur ou égal à sept jours (*cf.* décret n°2017-612 du 24 avril 2017).

[46] Plafond annuel de la sécurité sociale.

- du risque accident du travail et maladie professionnelle, au titre duquel est versé le même montant, à l'issue du même délai de carence, aux non-salariés agricoles. Les conditions d'ouverture des droits sont en revanche moins contraignantes ;
- la maternité et la paternité conduisent au versement d'une allocation de remplacement[47] et non d'une indemnité journalière.

2.1.2.3. La couverture des fonctionnaires est caractérisée par l'existence de trois types de congés pour maladie

La lettre de mission excluait la fonction publique. Il est néanmoins rappelé, pour mémoire, que les fonctionnaires contraints d'interrompre leur activité bénéficient d'un maintien de salaire :

- en cas de maladie, avec l'existence de trois types de congés :
  - le congé de maladie ordinaire (CMO), pour lequel le fonctionnaire doit envoyer l'avis d'interruption de travail à son administration dans les 48 heures et au cours duquel le traitement indiciaire est intégralement maintenu pendant trois mois, puis réduit de moitié les neuf mois suivants. Le jour de carence introduit en 2012 et 2013 a été supprimé par la loi de finances pour 2014 ;
  - le congé de longue maladie (CLM), dont la demande peut être effectuée par l'administration, et qui vise à couvrir les pathologies les plus graves ; le traitement indiciaire est versé en intégralité pendant un an, puis diminué de moitié les deux années suivantes ;
  - le congé de longue durée (CLD), qui constitue le prolongement éventuel du CLM après avis du comité médical ; la durée d'indemnisation est portée à cinq ans, voire huit si la maladie est d'origine professionnelle ;
- en cas d'accident de service et de maladie professionnelle, un congé étant prévu pour les fonctionnaires ayant apporté la preuve de l'origine professionnelle de leur interruption. Le traitement indiciaire est alors intégralement maintenu jusqu'à la reprise du service ou la consolidation des séquelles.

2.2. La mission a relevé que certaines règles existantes sont imparfaitement appliquées à ce jour

2.2.1. Le contrôle des éléments d'ordre médical figurant sur l'avis n'est pas systématique

L'obligation faite aux prescripteurs de mentionner le motif médical n'est pas vérifiée par la CNAM que ce soit à la réception des formulaires papier lors de la saisie ou à réception des formulaires électroniques, alors même qu'elle conditionne l'octroi de l'indemnité[48]. Les techniciens de la CNAM et de la MSA ne procèdent pas à sa saisie lors de la phase de numérisation, contrairement à ceux du RSI, dont le système d'information contrôle l'existence du motif. L'expérimentation d'un tel codage, expérimenté par la CPAM du Doubs en 2015, fait état de 7 % d'arrêts ne comprenant pas de motifs, de 3 % de motifs illisibles et de 11 % de motifs lisibles mais incodables (motifs non médicaux, symptômes…[49]).

---

[47] Articles L. 732-10 et L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime.

[48] Les médecins sont tenus de mentionner les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail (article L 162-4-1 du code de la sécurité sociale).

[49] Par exemple « fatigue » ou « allaitement ».

La mission a également constaté qu'il est possible de valider un AAT électronique sans coder et renseigner les motifs médicaux (prescription, sortie libre)[50].

En l'absence de motivation, les organismes peuvent refuser la prise en charge de l'assuré. En pratique, la quasi-totalité des arrêts de travail non motivés médicalement sont actuellement indemnisés sans être signalés, sauf s'ils entrent dans la catégorie des arrêts contrôlés du fait de leur durée ou s'ils font l'objet d'un contrôle aléatoire de la part du service médical.

Cette situation a pour effet :

- de déresponsabiliser les prescripteurs, qui ne sont pas attentifs au renseignement de la zone permettant de justifier médicalement de l'interruption de travail ;
- de compliquer la tâche du service médical en matière de contrôle, lequel ne peut effectuer de traitement informatisé à partir de ces motifs.

Le ciblage des contrôles pourrait être sensiblement amélioré s'il était possible de croiser le motif médical avec plusieurs critères (durée, critère populationnel…). Au niveau national, la méconnaissance des motifs médicaux rend également difficile une analyse rétroactive de l'activité, ou la conduite d'étude statistique permettant de prévoir l'évolution des indemnités journalières. Depuis peu, des algorithmes développés localement ont permis de reconstituer les pathologies à l'aide en fonction des traitements et épisodes de soins observés. Leur mise au point est coûteuse en ressources, sans pouvoir aboutir à une méthode parfaitement fiable.

Aussi, que ce soit pour les prescriptions papier ou pour les prescriptions en ligne, la mission insiste sur la nécessité pour l'assurance maladie de prendre les dispositions nécessaires pour contrôler le renseignement du motif médical.

Pour les arrêts papier, il serait possible d'utiliser une Lecture Automatique des Documents (LAD) sur les éléments d'ordre médical des avis d'arrêts de travail lors de la numérisation qui permettrait la reconnaissance du motif, de sa codification et l'envoi de ces éléments vers BO AAT[51]. Pour les arrêts électroniques, un contrôle bloquant à la saisie pourrait être mis en place.

Le plus simple, le plus fiable et le moins coûteux en ressources pour sécuriser le contenu du motif demeure toutefois le codage de la pathologie par le prescripteur. Cet exercice pourrait être facilité par l'utilisation de la classification internationale CIM-10, connue des prescripteurs[52]. Le recueil des données permettrait notamment d'améliorer l'état des connaissances épidémiologiques.

<u>Proposition n° 7</u> : Contrôler le respect de l'obligation de renseigner le motif médical à l'arrivée de l'arrêt papier ou lors de sa saisie électronique et instituer une obligation de codification du motif médical en codifiant la pathologie en CIM-10 (papier et formulaire électronique) pour sécuriser le contenu du motif.

---

[50] *Cf.* annexe V.

[51] Toutefois rien ne s'oppose à une codification manuelle par du personnel non médical, à condition que le technicien ayant numérisé l'AAT soit différent de celui qui codifiera la pathologie (avis CNIL).

[52] La CNAMTS mène actuellement des travaux pour harmoniser les motifs médicaux de codification des différents outils informatiques utilisés par les professionnels de santé et les caisses.

2.2.2. La procédure de contrôle du délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail dans les 48 heures devrait être revue

Parmi les obligations administratives qui incombent à l'assuré pour obtenir la prise en charge de son arrêt de travail figure l'envoi de l'avis à la caisse dans un délai de 48 heures à compter de la date de la prescription[53]. Au premier manquement, un technicien procède à l'envoi d'un courrier d'avertissement. En cas de nouvel envoi tardif dans les 24 mois, la sanction encourue par l'assuré est une diminution de 50 % du montant des indemnités journalières afférentes à la période écoulée entre la date de prescription et la date d'envoi[54], ou la déchéance du droit aux indemnités journalières en cas de défaut d'envoi. Ainsi, dans le département de la Somme, la caisse a procédé à 2 356 avertissements de janvier à novembre 2016 et 239 sanctions financières ont été notifiées à des assurés n'ayant pas respecté le délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail, représentant 38 K€.

L'assurance maladie effectue ce contrôle en comparant la date de prescription avec la date de la numérisation de l'avis par la CPAM– et non la date du cachet postal qui fait juridiquement foi. Le délai de 48 heures est remplacé par un délai de six jours pour tenir compte de l'engagement d'acheminement de la poste d'un courrier au tarif économique, qui sont de quatre jours.

La mission note que le délai actuel, d'un total de six jours, est favorable à l'assuré, qui peut, en cas de retard, envoyer que son courrier en tarif « prioritaire » pour éviter l'avertissement ou une sanction au septième jour. Des économies seraient envisageables si ce contrôle était réalisé conformément à la réglementation.

L'envoi du premier courrier d'avertissement devrait également être l'occasion de sensibiliser les assurés aux avantages de l'AAT en ligne en termes de respect des délais et de sécurisation des envois.

Proposition n° 8 : Effectuer le contrôle du délai d'envoi de l'avis conformément à la réglementation.

2.2.3. L'acquisition du numéro RPPS n'est pas effective pour les professionnels de santé exerçant en établissement

Le contrôle des pratiques individuelles et du suivi des dépenses des professionnels de santé en matière d'arrêt de travail est subordonné à l'identification des prescripteurs. 16 % des dépenses d'IJ, soit 1,6 Md€, sont prescrites par des praticiens exerçant en établissement en 2016. Une identification précise des praticiens exerçant en milieu hospitalier est indispensable pour un meilleur suivi de leurs prescriptions, notamment de celles exécutées en ville.

Les praticiens qui prescrivent en établissement ou en centre de santé saisissent ou tamponnent un cachet avec le numéro de l'établissement et leur numéro du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)[55]. Ils sont identifiés par un numéro personnel, distinct du numéro identifiant la structure dans laquelle ils exercent leur activité[56].

---

[53] Sauf si l'assuré est hospitalisé ou s'il établit l'impossibilité d'envoyer son avis d'arrêt de travail en temps utile. *Cf.* articles L321-2 et R321-2 du code de la sécurité sociale.

[54] Sauf si l'assuré est hospitalisé ou s'il établit l'impossibilité d'envoyer son avis d'arrêt de travail en temps utile.

[55] L'identifiant personnel du professionnel ayant effectué les actes fait partie des éléments obligatoires dont l'indication conditionne la constatation des soins et le droit à remboursement de l'assuré (article R 161-42).

[56] Article L.162-5-15 du code de la sécurité sociale et cf. circulaire n° DHOS/E3/2008/234 du 16 juillet 2008 relative à la mise en œuvre de l'identification des prescriptions hospitalières exécutées en ville. Le numéro RPPS est un identifiant unique, attribué à vie même en cas de déménagement dans une autre région (contrairement au numéro ADELI).

La mission a constaté que :

- ce numéro n'est pas toujours rempli par le praticien. Aussi, la mission propose d'étudier la remise aux praticiens hospitaliers, comme les praticiens libéraux en disposent déjà, de blocs formalisés pré-imprimés d'avis d'arrêt de travail avec l'identification de l'établissement et du numéro RPPS ;
- la procédure du recueil de ce numéro, prévue par l'assurance maladie[57], n'est pas mise en œuvre, en l'absence d'adaptation du logiciel de numérisation. Aussi, l'assurance maladie devrait envisager de procéder à l'acquisition de la donnée par lecture optique.

Proposition n° 9 : Acquérir le numéro RPPS figurant sur les avis d'arrêt de travail émis par les praticiens exerçant dans les établissements.

2.3. La simplification du régime des IJ pourrait être poursuivie

2.3.1. Des simplifications sont intervenues par le passé ou ont été proposées sans toutefois être adoptées

Face à la complexité de la réglementation du régime des IJ, quelques mesures de simplification sont intervenues ces dernières années :

- concernant les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières : elles ont été assouplies pour les risques maladie, maternité, paternité et adoption par le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013[58] et par le décret n° 2015-86 du 30 janvier 2015[59]. Ces textes ont visé à améliorer les droits des personnes **ayant de faibles durées de travail**. Les modifications induites ont été notamment relatives au nombre d'heures de travail requis et aux exigences de cotisation :
  - pour bénéficier des indemnités journalières maladie à l'occasion d'un arrêt de plus de six mois, les salariés devaient avoir cotisé au cours des douze mois précédant l'arrêt sur la base d'une rémunération au moins égale à 2 030 fois le montant du Smic horaire, dont 1 015 fois au moins la valeur du Smic au cours des six premiers mois, avant le 30 décembre 2013. Cette obligation de cotisation sur la base de 1 015 fois au moins la valeur du Smic au cours des six premiers mois a été supprimée ;
  - la durée ouvrant droit au versement des indemnités journalières maladie pour des arrêts inférieurs ou égaux à six mois et pour les indemnités de maternité était de 200 heures au cours des trois mois ou des 90 jours précédant l'arrêt avant le 1er février 2015. Elle n'est plus que de 150 heures, soit une diminution de 25 %. En outre, la durée ouvrant droit au versement des indemnités journalières maladie pour des arrêts de plus de six mois, qui était de 800 heures au cours des douze mois précédant le début de la période, n'est plus que de 600 heures.

[57] Lettre réseau LR-DDO-161-2010, et lettre réseau LR 72/2012.

[58] Décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 portant modification des conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

[59] Décret n° 2015-86 du 30 janvier 2015 portant modification des conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces des assurances maladie, maternité et invalidité et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

- concernant le temps partiel pour motif thérapeutique : une mesure d'assouplissement des conditions de recours avait été présentée dans la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 pour le régime général[60]. Une convergence a été engagée en 2016 puisque la LFSS n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 étend le temps partiel thérapeutique aux indépendants et aux non-salariés agricoles ;
- concernant le régime social des indépendants, le décret n° 2017-612 du 24 avril 2017 relatif aux prestations en espèces versées en cas de maladie et de maternité pour les assurés affiliés au régime social des indépendants a rapproché les conditions d'ouverture des droits en instaurant une durée d'affiliation minimale pour bénéficier des indemnités maternité. Cette disposition entrera en vigueur le 1er janvier 2018.

La DSS et la CNAM ont également élaboré d'autres propositions de simplification et d'harmonisation sur l'ouverture de droits et sur le calcul des IJ dans le cadre des conventions d'objectif et de gestion (COG) de la CNAM de 2010-2013 et de 2014-2019[61]. Néanmoins, les projets soumis n'ont pas été adoptés.

Un premier projet d'harmonisation avait été envisagé dans le PLFSS pour 2012 mais abandonné au cours des discussions parlementaires. Il avait pour ambition de recourir au salaire net pour le calcul des indemnités pour maladie non professionnelle, accident du travail et maladie professionnelle. Les pistes d'économies avaient été évaluées à 220 M€ d'après le PLFSS en question[62].

Un autre projet de simplification a été proposé par la CNAM et la DSS à la Ministre de la santé fin 2015/début 2016. Les objectifs principaux étaient les suivants :

- **la simplification des conditions d'ouverture des droits aux IJ maternité et maladie** : les assurés n'auraient plus été tenus de cotiser, pour les six premiers mois d'arrêt, sur la base de 1015 fois le montant du Smic au cours des six derniers mois, mais sur la base de 150 fois le montant du Smic au cours des trois derniers mois ;
- **l'harmonisation des assiettes sur le salaire brut** ;
- **l'harmonisation des périodes de référence pour les trois risques**.

Cette réforme aurait eu l'avantage de simplifier la réglementation en vigueur, de réaliser un gain de performance en termes de délai de paiement à l'assuré (80 % des IJ seraient traitées en moins de 30 jours contre 50 % actuellement), de fiabiliser le calcul de l'IJ[63], et d'améliorer la qualité de service en diminuant le nombre de réclamations de pièces justificatives et en exploitant au maximum la liquidation automatique. Elle n'a cependant pas abouti à ce stade.

---

[60] Désormais, les assurés qui se trouvent dans l'impossibilité de poursuivre leur activité à temps complet en raison d'une affection de longue durée, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ne sont pas tenus d'avoir été indemnisés à temps complet à l'occasion d'un arrêt de travail précédant immédiatement la reprise à temps partiel.

[61] « L'assurance maladie présentera aux pouvoirs publics de nouvelles propositions de simplification d'ouverture de droit et de calcul des indemnités journalières maladie/maternité et ATMP. Les conséquences des scénarios de réforme qui seraient retenus devront être suffisamment analysées au préalable afin de préserver les droits des assurés tout en évitant de créer une charge financière supplémentaire pour l'assurance maladie et les employeurs. L'État s'engage à favoriser la mise en œuvre des mesures de simplification et à prendre dans les meilleurs délais les mesures législatives et/ou réglementaires qui s'avéreraient nécessaires ».

[62] La réforme prévoyait également une évolution des taux selon les risques : (i) les IJ pour accident du travail et maladie professionnelle auraient été égales à 80 % du salaire net les 28 premiers jours d'arrêt, puis 100 % à partir du 29ème, plutôt que 60 % et 80 % du salaire brut ; (ii) les IJ maladie auraient été égales à 60 % du salaire net plutôt que 50 % du salaire brut. Ainsi le montant présenté est sous-évalué si on ne considère que la partie proposant une harmonisation du calcul des indemnités.

[63] La CNAM a chiffré à 25 M€ le coût supplémentaire suite à la mauvaise application de la réglementation par les employeurs.

2.3.2. Des pistes de simplification pourraient être envisagées dans un objectif d'équité entre bénéficiaires

D'autres pistes, visant une certaine équité entre bénéficiaires, une meilleure lisibilité des règles du dispositif ou une amélioration de l'accès à ces droits pourraient être explorées. La mission a cherché à analyser des possibilités d'évolution dans ce sens ainsi que dans un objectif de réduction de la dépense publique dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Pistes d'évolutions juridiques des régimes d'IJ identifiées par la mission

Régime	Paramètre	Cadre actuel	Limites de la situation actuelle	Possibilités d'évolution
REGIME GENERAL	**Salaire de référence**	Quel que soit le risque, le salaire brut est pris en compte pour calculer le montant de l'indemnité. Cependant, concernant les indemnités de maternité (depuis 2013), un taux forfaitaire représentatif des cotisations salariés (21 %) est retranché du salaire journalier de référence brut, ce qui s'apparente à un salaire de référence net.	Complexité de liquidation	Harmoniser la base **en prenant compte le salaire net dans le calcul des indemnités journalières pour maladie et pour AT-MP en lui appliquant le taux forfaitaire de 21 % représentatif des cotisations.**
	Plafond de salaire journalier	Le plafond retenu est différent selon les risques : - pour les IJ maladie, il vaut 1,8 fois le montant du Smic mensuel en vigueur le dernier jour du mois précédant celui de l'arrêt ; - pour les IJ maternité, il est égal au plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ; - pour les IJ AT-MP, le salaire journalier est plafonné à 0,834 % du plafond annuel de la sécurité social (PASS).	Complexité dans la liquidation Inégalité entre assurés selon les risques : - IJ maladie : le salaire de référence est plafonné à 2 664,49 € ; - IJ maternité : le salaire de référence est plafonné à 3 269 € ; - IJ AT-MP, le salaire mensuel plafonné n'est pas défini. Le salaire journalier est plafonné à 327,16 €, soit sur une base mensuelle un salaire plafonné qui atteint le triple voire le quadruple des autres salaires de référence plafonnés.	- **Harmonisation du plafond pour les trois risques**, par exemple 1,8 fois le montant du Smic en vigueur ; - **Alignement des risques maternité et AT-MP en prenant comme plafond le PMSS** ; - Possibilité de mettre en place un plafond intermédiaire pour les trois risques pour faciliter l'acceptation de la réforme (par exemple le PMSS).

Régime	Paramètre	Cadre actuel	Limites de la situation actuelle	Possibilités d'évolution
	Calcul du montant de l'IJ	L'IJ est actuellement calculée en suivant des règles propres à chaque type de risques	Complexité dans la liquidation Des versements entre risques contrastés : - l'IJ maladie est limitée à 43,80 €, avec une majoration de 58,40 € à partir du 31ème jour pour les assurés ayant au moins trois enfants à charge ; - l'IJ maternité, qui ne peut être inférieure à 9,27 €, est limitée à 84,90 € ; - l'IJ AT-MP est limitée à 196,30 € du premier au 28ème jour d'arrêt, puis à 261,73 € à partir du 29ème	- **Suppression de la majoration à partir du troisième enfant à charge pour les IJ maladie** ; - **Modification du calcul de l'IJ maternité**, par exemple en la rendant proportionnelle au gain journalier de base (par exemple 66,66 %), après déduction du taux forfaitaire représentatif des cotisations salariales ; - **Mise en œuvre d'une modulation moins coûteuse pour les IJ AT-MP** : par exemple 50 % du salaire journalier pour les 30 premiers jours d'arrêt puis 66,66 % à partir du 31ème jour.
REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS	**Ouverture des droits – IJ maternité**	Depuis le 1er mai 2015, l'IJ maternité est divisée par dix lorsque le revenu annuel moyen est inférieur à la moyenne des trois derniers PASS (3 806,80 €)	Complexité des règles du régime selon les risques Inégalité d'ouverture des droits selon les risques au sein du même régime : pour les risques maladie et AT-MP, le versement des IJ aux artisans et commerçants dont le revenu annuel moyen est inférieur à la moyenne des trois derniers PASS est supprimé (depuis le 4 février 2015) Lutter contre les effets d'aubaine	Supprimer les IJ maternité aux femmes déclarant un revenu annuel moyen inférieur au seuil défini par la moyenne des trois derniers PASS. La privation n'est pas substantielle puisqu'elle représente actuellement 5,374 € par jour

Régime	Paramètre	Cadre actuel	Limites de la situation actuelle	Possibilités d'évolution
MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE	**Ouverture des droits**	Le montant des indemnités est égal à 60 % du gain forfaire annuel divisé par 365 les 28 premiers jours d'arrêt, puis 80 % à partir du 29ème jour. Au vu de l'arrêté du 28 mars 2017, les IJ correspondantes sont de 21,12 €, puis 28,16 € (du 1er avril 2017 au 31 mars 2018).	Les non-salariés agricoles perçoivent les mêmes indemnités journalières quel que soit le revenu généré par leur exploitation. **Le versement d'IJ uniforme peut s'accompagner de réels effets d'aubaine, même si le secteur agricole semble *a priori* moins sujet à ce type d'abus.**	Supprimer les IJ (maladie et AT-MP) aux non-salariés agricoles déclarant un revenu inférieur à un seuil. Tenir compte de la contrainte suivante : le montant des indemnités versées aux exploitants n'est que de 21,12 €, puis de 28,16 € à partir du 29ème jour d'arrêt, soit près de deux fois moins que l'indemnité maximale versée dans le cadre du RSI.

Source : Mission.

L'estimation des économies entrainées par ces différentes pistes de réformes apparaît complexe en l'absence de données nationales détaillées pluriannuelles relatives à l'ensemble des éléments de liquidation des IJ (*cf. supra*)

Toutefois, sur la base de données de ce type mises à la sa disposition, la mission a, à titre d'illustration, estimé l'économie qui résulterait de l'harmonisation des taux d'indemnisation AT-MP (régime général) avec le risque maladie à 100 M€ à 400 M€ par an.

Encadré 2 : Chiffrage d'une modification du taux d'indemnisation du risque AT-MP du régime général

Il peut être envisagé de rapprocher l'indemnisation du risque AT-MP du risque maladie.

Deux scénarios sont proposés :

- scénario 1 : un taux de 50 % pour les 28 premiers jours et un taux de 80 % ensuite ;
- scénario 2 : un taux de 50 % pour les 28 premiers jours et un taux de 66,66 % ensuite.

Une première estimation a pu être conduite par la mission sur une extraction de la base Progrès de la CPAM de Créteil (2015-2016-2017[64]). L'impact potentiel au niveau national a été évalué par application d'un simple taux de proportionnalité.

Tableau 6 : Chiffrage d'une réforme du taux d'indemnisation sur le risque AT-MP

	Estimation actuelle	Montant actuel[65]	Scénario 1	Économies (Scénario 1)	Scénario 2	Économies (Scénario 2)
CPAM Créteil	80,3 M€	83,3 M€	76,9 M€	3,4 M€	67,8 M€	12,5 M€
National (RG)		2,8 Md€	2,7 Md€	0,1 Md€	2,3 Md€	0,4 Md€

Source : Mission, à partir de la base Progrès de la CPAM de Créteil. Limites : La mission n'a pas modifié les montants des temps partiels thérapeutiques et des rentes. Elle n'a modifié que les IJ normales et majorées, soit 92 % de la dépense.

Les économies seraient donc évaluées à 118 M€ dans le scénario 1 et à 432 M€ dans le scénario 2[66].

Afin de rapprocher plus encore l'indemnisation du risque AT-MP du risque maladie, les périodes des scénarios 1 et 2 devraient être ajustées avec un seuil au 30ème jour et non plus au 28ème jour. L'économie générée au niveau de la CPAM de Créteil est évaluée entre 3,4M€ et 11,8 M€ selon le scénario. La mission ne peut néanmoins pas calculer l'économie au niveau national.

Source : Mission.

Proposition n° 10 : Poursuivre la simplification et l'harmonisation des différents régimes d'IJ dans le double objectif d'équité entre assurés et de maîtrise de la dépense.

[64] La sauvegarde des informations est de deux ans. L'extraction contient donc une partie des arrêts de 2017 et de 2015.

[65] Montant calculé en multipliant le prix unitaire de l'IJ (pré-calculé) par la durée de l'arrêt. En réalité sur 2016, les IJ AT-MP représentent 57,4 M€ pour la CPAM de Créteil.

[66] En faisant ce chiffrage uniquement sur les arrêts 2016, les montants évalués sont les mêmes.

2.3.3. Un chiffrage robuste ex ante et ex post des propositions de réformes nécessite de développer un outil de micro-simulation

L'estimation de l'impact financier exact des différentes évolutions susmentionnées, pour les bénéficiaires et le régime d'assurance maladie, nécessite un outil de micro-simulation permettant de faire varier l'ensemble des paramètres liés à la liquidation des IJ. Un tel outil n'est pas aujourd'hui mis en œuvre. Il permettrait également de réaliser des évaluations *ex-post* des mesures adoptées en LFSS et d'améliorer ainsi le pilotage global de la dépense.

La première étape de ces travaux serait de rassembler dans une base unique l'ensemble des paramètres impactant la liquidation des indemnités journalières, lesquelles sont déjà présentes dans le logiciel Progrès des CPAM mais ne « remontent » pas au niveau national. Dans le cadre du régime général, la mission a recensé ces paramètres :

- concernant les conditions d'ouverture : les employeurs, la période effectuée sous chaque employeur, le nombre d'heures travaillées ;
- concernant le prix de l'IJ : le salaire plafonné, le nombre d'enfants à la charge de l'assuré ;
- concernant la durée de l'arrêt : nombre de jours à indemniser.

La deuxième étape dépend de l'optique considérée :

- dans le cadre d'une évaluation *ex-post* : la nouvelle base créée à l'étape 1 suffirait car elle permet de comparer la situation des bénéficiaires de l'année N en prenant les paramètres en vigueur avant et après la réforme ;
- dans le cadre d'une évaluation *ex-ante* : une connaissance de l'ensemble des bénéficiaires potentiels est nécessaire[67]. Ces informations sont contenues ou calculables à partir de la déclaration sociale nominative (DSN) qui regroupe l'ensemble des déclarations mensuelles des employeurs[68]. La DSN permet ainsi d'identifier l'ensemble des individus éligibles avec les nouvelles conditions d'ouverture des droits. Enfin la population de bénéficiaires potentiels sur laquelle des simulations seront effectuées peut être obtenue à partir de la population éligible en considérant la maladie comme exogène et en appliquant ainsi le ratio nombre de bénéficiaires / nombre de personnes éligibles de l'année en question (à partir de la base créée à l'étape 1).

<u>Proposition n° 11</u> : Développer un outil de micro-simulation afin d'évaluer de manière plus robuste les mesures réglementaires présentées en PLFSS, ce qui nécessite de disposer de la DSN et de valider auprès de la CNIL certains croisements de données.

<u>Proposition n° 12</u> : Prévoir une remontée au niveau national des paramètres liés à la liquidation des indemnités journalières, *a minima* les salaires réels plafonnés, afin de réaliser un suivi des mesures réglementaires adoptées.

3. La responsabilisation de l'ensemble des acteurs de la dépense d'IJ pourrait être renforcée dans un objectif de maîtrise de la dépense

L'ensemble des acteurs qui concourent à la dépense d'IJ ne sont pas spontanément sensibilisés à sa maîtrise. Leurs enjeux sont différents :

[67] La réforme peut permettre à plus ou à moins d'individus d'avoir accès à une indemnisation de son arrêt.

[68] Les éléments suivants sont présents : employeur, nombre d'heures travaillées, période effectuée sous cet employeur, nombre d'enfants à charge.

- pour le praticien, la prescription d'un arrêt de travail est un acte médical, sa prescription quand la situation le justifie relève de sa responsabilité. Il prend sa décision en prenant en compte plusieurs facteurs, qui ne sont pas uniquement médicaux et qui peuvent relever de la situation personnelle ou financière du patient, ou du contexte socio-économique. La prescription d'un arrêt de travail est aussi un élément qui participe à la fidélisation de la patientèle. Il n'est pas toujours facile pour un « médecin de famille » de résister à la pression des patients, qui peuvent sans difficulté reporter leur demande sur un autre praticien ;
- pour l'assuré malade, l'arrêt de travail est un droit qui correspond à ce qu'il a cotisé. Il ne se pose pas de questions face à un système d'indemnisation qui fonctionne[69] ;
- pour l'employeur, l'absence au travail a un impact sur l'organisation du travail et la compétitivité de l'entreprise. Le coût unitaire de l'absentéisme est estimé par une mutuelle à 400 euros par salarié et par an[70].

La mission s'est efforcée d'évaluer l'effet des actions de gestion du risque IJ menées par l'assurance maladie pour responsabiliser les acteurs de la dépense sous trois angles : le ciblage des populations, la graduation des actions, la personnalisation de l'action délivrée, et l'amélioration continue de modes d'action.

3.1. L'information, le suivi et le contrôle des prescripteurs d'IJ pourraient être significativement développés

3.1.1. Renforcer l'information des praticiens sur leur pratique de prescription d'IJ

3.1.1.1. Intégrer le thème des IJ à la formation initiale ou continue des prescripteurs

La littérature comme les entretiens menés par la mission montrent qu'une partie des praticiens a des difficultés à prescrire un avis d'arrêt de travail de manière pleinement raisonnée. Une mauvaise pratique peut naître d'une mauvaise coordination des praticiens (médecin traitant, médecin du travail, médecin conseil, médecin spécialiste), ou des difficultés d'accès sur certains territoires à certains services (méconnaissance de l'offre de prévention contre la désinsertion professionnelle, délais de prise de rendez-vous auprès des spécialistes et pour des examens spécialisés).

Les études menées par les caisses l'attestent : les pratiques de prescriptions varient sensiblement, d'un praticien à un autre, d'un territoire à l'autre, pour un même motif médical. Au niveau national, environ 6 500 médecins généralistes se situent à un écart type de +1 par rapport à la moyenne régionale s'agissant du nombre d'IJ prescrites ou du nombre d'IJ sur consultations prescrites, entre 1 600 et 2 000 praticiens se situent à un écart type de + 2[71], et entre 600 et 900 sont des « hyperprescripteurs », au sens où ils se situent à des écarts type supérieurs à 2[72].

---

[69] Rapport d'études de Kantar Health - Indemnités journalières : études exploratoires 2009/2010 –CNAMTS / DDGOS.

[70] Baromètre Prévoyance Mercer, novembre 2014 – étude réalisée sur 500 000 salariés bénéficiant du régime de protection sociale complémentaire santé et prévoyance.

[71] *Cf.* § 3.2.6.1 annexe V.

[72] *Cf.* § 3.2.6.1 annexe V3.

Pour les prescripteurs, il est difficile d'inscrire un changement de pratique dans la durée et de l'expliquer aux patients. Les bonnes pratiques de prescription s'acquièrent plus facilement en formation initiale ou lors de la constitution de la patientèle qu'elles ne se corrigent en formation continue. L'exemple et le suivi par les pairs sont une source de motivation qui peuvent aider à acquérir les bonnes pratiques ou à corriger les pratiques déviantes.

La mission propose d'étudier deux actions pour former les médecins aux bonnes pratiques de prescription :

1. en formation initiale, il conviendrait d'étudier les moyens de sensibiliser les maîtres de stage à l'acquisition par les internes des bonnes pratiques en matière de prescription d'arrêt de travail – ces derniers ont pendant leurs études la possibilité de signer des certificats, sous la délégation du chef de service ou du maître de stage.
2. en formation « continue », il serait possible de construire des stages de formation pour les médecins pour lesquels les dispositifs d'accompagnement – par exemple une première MSO - ont échoué. Ces actions de formation ouvriraient aux caisses la possibilité d'offrir aux « hyperprescripteurs » « récidivistes » une mesure alternative à une procédure de MSO/MSAP. Ces formations auraient plusieurs objectifs : sensibiliser les médecins aux enjeux de la prescription, susciter l'émergence de nouveaux comportements par l'analyse de cas concrets et donner des « clés » au praticien pour limiter sa prescription (attitude du praticien vis-à-vis de la demande du patient, compréhension des besoins du patient, emploi des ressources (fiches repères, actualités…), clôture de la consultation)[73]. Organisées par les caisses, dirigées par des pairs, les thématiques abordées en formation seraient choisies en fonction des besoins des praticiens (approche éthique et déontologique, autoévaluation, analyse de cas, mise en situation, responsabilisation du patient, reprise du travail…).

<u>Proposition n° 13</u> : Sensibiliser les futurs praticiens à la prescription d'IJ dans le cadre de leur formation initiale.

<u>Proposition n° 14</u> : Proposer des sessions de formation de rattrapage à la prescription d'IJ pour les praticiens pour lesquels les dispositifs d'accompagnement classiques ont échoué.

3.1.1.2. Mieux informer les prescripteurs sur leur activité de prescription et les doter d'outils de suivi

Les praticiens connaissent mal leur profil de prescription en matière d'arrêts de travail. Le contenu du relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP), qui est envoyé aux médecins libéraux conventionnés tous les trimestres, est succinct en matière d'IJ et ne leur permet pas de situer leur activité comparativement à celle de leurs collègues, à patientèle équivalente. Les praticiens en établissement ne disposent d'aucun retour individuel sur leur pratique de prescription.

Seuls les médecins ciblés par les délégués d'assurance maladie (DAM) sur une thématique IJ disposent d'une première analyse détaillée de leur pratique individuelle de prescription. Cet outil est bien accueilli par les praticiens. Des profils « établissements » sont également établis pour les praticiens travaillant dans les hôpitaux publics. Ces profils leur sont communiqués uniquement lors de la visite du DAM.

[73] Source : Sylvain Duffaud, Sandra Liébart, « comment les médecins généralistes limitent ils leurs prescriptions ? Etude qualitative par entretiens collectifs », santé publique 2014/3 (vol. 26), p. 323-330.

La mission propose de systématiser la remise d'un profil individuel actualisé à tous les médecins, qu'ils soient ou non de forts prescripteurs. Diffusé à échéance régulière, il permettrait à l'ensemble des prescripteurs de mieux connaitre leur activité – et de les sensibiliser sur leurs marges de progrès, quel que soit leur écart à la moyenne. Pour les praticiens dont la thématique IJ fait l'objet d'une discussion avec le DAM, la visite du délégué sera l'occasion d'une discussion approfondie sur les pratiques de prescription. La restitution du DAM serait plus pertinente si le médecin disposait d'informations relatives sur l'évolution de son taux de prescriptions *ex ante*, ce qui permettrait au DAM de consacrer le temps gagné en présentation à un échange plus constructif sur le respect et les moyens de respecter les thèmes de maîtrise médicalisée[74] .

De plus, alors que plus de la moitié des médecins possèdent des applications médicales sur leur *smartphone*, et alors que 65 % déclarent utiliser celui-ci pour prescrire (information sur un médicament, une stratégie thérapeutique, etc.)[75], la mise à disposition d'un applicatif leur permettant de suivre « en temps réel » leur activité de prescription (IJ ou médicaments) pourrait les aider à modérer et piloter leur pratique et se révéler un outil efficace de changement des comportements.

Proposition n° 15 : Systématiser l'envoi de profils individuels à l'ensemble des prescripteurs, à échéance régulière.

Proposition n° 16 : Développer des applications sur *smartphone*, qui permettraient à l'ensemble des prescripteurs de suivre quotidiennement leur activité de prescription et de situer leur pratique, à patientèle comparable.

3.1.2. Accélérer la généralisation de l'arrêt de travail dématérialisé (AAT)

Six années après sa mise en place, l'AAT en ligne ne fait pas partie des outils majoritairement utilisés par les médecins pour prescrire, et demeure largement méconnu des assurés. La COG 2014-2017 fixait pour objectif un taux d'utilisation de 50 % en 2016. Il atteint 22,75 % sur cet exercice[76], soit le même niveau qu'en 2014 (22%), après avoir fortement reculé en 2015 (15%).

Ce téléservice représente une mesure de simplification administrative pour l'usager, qui n'a plus à renvoyer le volet « papier » à sa CPAM.

Il constitue par ailleurs une source majeure d'économies potentielles sur le poste de dépenses d'IJ en raison notamment :

- d'une meilleure observance par les praticiens des durées indicatives par pathologie intégrées au formulaire en ligne ;
- d'une facilitation du contrôle des arrêts de courte durée résultant d'une réduction sensible des délais de transmission de l'arrêt ;
- d'une diminution des coûts de gestion liés au traitement des avis de travail papier[77].

---

[74] Voir à cet égard la thèse du « Portage des réformes par les Délégués de l'Assurance Maladie : mécanisme de surveillance versus mécanisme incitatif au sens moral », Youssef Mahyaoui, Université Amiens Jules Vernes, Laboratoire CRESAII, 2008-2009.

[75] 4ème baromètre sur les médecins utilisateurs de smartphone en ligne.

[76] Source : taux provisoire - CNAMTS.

[77] Le nombre total d'avis d'arrêt de travail s'élève à 6,7 millions en 2015.

La mission a pu constater sa simplicité d'utilisation. Le formulaire intègre une aide à la saisie en ligne : données administratives pré-remplies, menus déroulants permettant de sélectionner le motif médical, tableau des durées indicatives d'arrêt de travail et fiches téléchargeables apparaissent pour un arrêt de travail à temps complet sans rapport avec une affection prévue à l'article L.324-1 du code de la sécurité sociale.

Les praticiens ont peu recours au téléservice de l'arrêt de travail, contrairement à d'autres formulaires électroniques, parce qu'ils prennent moins de temps à remplir un exemplaire papier qu'à effectuer la démarche en ligne. Cette situation est due en partie au fait que l'assurance maladie ne pratique pas un contrôle rigoureux des zones à renseigner lors de la réception de l'AAT papier, ce qui, en pratique, permet au praticien de remplir plus rapidement le formulaire papier que l'AAT en ligne. La dématérialisation n'est en outre pas totale, puisque le praticien doit imprimer le volet 3 de l'avis destiné à l'employeur pour le remettre au patient.

Outre la nécessité de renforcer les contrôles de saisie de l'AAT papier et de l'AAT en ligne (*cf.* infra), la mission estime que la dématérialisation de l'AAT constitue la première piste majeure d'économies pour l'assurance maladie. Elle propose de :

- généraliser l'AAT à l'ensemble de la population et faciliter son accès aux prescripteurs en établissement ;
- accélérer dans ce cadre l'élaboration des « fiches repères » relatives aux différentes pathologies ;
- dématérialiser la totalité de l'AAT (volet 3 destiné à l'employeur) ;
- revaloriser l'utilisation de l'AAT en ligne dans la ROSP.

3.1.2.1. Généraliser l'AAT à l'ensemble de la population et faciliter son accès aux prescripteurs en établissement

Le téléservice n'est pas généralisé à l'ensemble des praticiens et des assurés :

- les praticiens en établissement de santé publique n'ont pas accès à ce téléservice. 16 % des dépenses d'IJ sont effectuées en établissement, et notamment les arrêts de courte durée (18,4 % des dépenses d'IJ de moins de 3 mois). La généralisation de l'AAT en ligne permettrait d'identifier le prescripteur hospitalier –et non pas seulement l'établissement, ce qui permettrait de détecter les comportements abusifs. Le contrôle des arrêts de courte durée serait rendu possible par la rapidité de transmission du formulaire électronique. Enfin, des économies seraient induites par l'observance du référentiel de durée fixées dans les fiches repères ;
- seuls les assurés du régime général bénéficient d'un service dont la gestion est dématérialisée. Les AAT dématérialisés font l'objet d'une saisie manuelle à la MSA et au RSI. Les bénéfices de la dématérialisation seraient utiles à d'autres catégories de population, pour lesquelles les possibilités de contrôle sont réduites. Ainsi, pour préserver le secret médical, les fonctionnaires doivent conserver le volet 3 comportant le motif médical et le remettre au médecin agréé de l'administration seulement en cas de contre-visite[78]. L'Etat ne vérifie donc pas, sauf en cas de contrôle, l'existence d'un motif médical avant de payer le maintien de salaire. L'utilisation de l'AAT pour toute la population couverte (y compris les fonctionnaires qui ne bénéficient pas à proprement parler des IJ mais sont couverts par un maintien de salaire) permettrait de mieux connaître la réalité du motif de la dépense et de pratiquer les contrôles éventuellement nécessaires, tout en respectant strictement le secret médical.

[78] Circulaire du 20 avril 2015 relative au délai de transmission des arrêts de maladie des fonctionnaires dans la fonction publique de l'État.

<u>Proposition n° 17</u> : Étudier les modifications nécessaires (applicatif, réseau) pour permettre aux prescripteurs des établissements hospitaliers de prescrire en ligne, et généraliser l'AAT à l'ensemble de la population des assurés sociaux.

3.1.2.2. Accélérer l'élaboration des fiches repères.

Le formulaire de l'AAT en ligne propose une aide à la saisie de la durée d'arrêt au praticien, sur la base de la durée prévue dans des fiches repères (*cf.* encadré *infra*). Une étude menée en 2016 par la CPAM des Bouches du Rhône a mis en évidence une relation inversement proportionnelle entre le taux d'utilisation de l'avis d'arrêt de travail en ligne et le nombre de jours d'indemnités journalières prescrites[79]. Des économies sont induites par l'application du référentiel par la convergence des durées moyennes vers les durées préconisées.

Encadré 3 : Les fiches repères de l'assurance maladie soumises à l'avis de la HAS

Depuis 2009, l'assurance maladie élabore, en lien étroit avec la profession, des fiches repères qui mentionnent les durées indicatives d'arrêt de travail pour des situations cliniques particulières ou des pathologies courantes et en fonction du poste de travail occupé : « *[elles] représentent la durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de retourner au travail en dehors des complications ou des comorbidités. Il s'agit d'une approche populationnelle et non d'une approche individuelle, chaque patient restant bien un cas clinique unique à étudier dans sa globalité.* »[80] Ces référentiels font l'objet d'une consultation de la HAS, dont l'avis rendu n'est pas toujours favorable.

Les durées de référence pour quelques maladies courantes sont par exemple de cinq jours pour une grippe saisonnière, trois jours pour une gastro-entérite, une sinusite maxillaire ou une angine, entre quatre et sept jours pour une bronchite aigüe selon le poste de travail occupé. La durée retenue pour un trouble anxieux-dépressif mineur est de quatorze jours.

<u>Source</u> : Mission.

Or, les 67 fiches actuellement disponibles ne couvrent que 15 % des dépenses et une minorité des pathologies. Des travaux sont en cours pour étendre ces fiches aux pathologies chroniques génératrices d'arrêt de travail (lombalgie, cancer du sein et état de grossesse, maladies respiratoires et cardiovasculaires chroniques), et aux arrêts de longue durée parmi lesquels on trouve des motifs médicaux comme les troubles musculo-squelettiques, et la santé mentale. L'assurance maladie estime que ces recommandations devraient pouvoir être élaborées dans un délai de 6 mois à 12 mois[81]. La mission encourage les travaux de l'assurance maladie visant à accélérer le développement des fiches repères, qui ont vocation à constituer l'un des pivots de la régulation des prescriptions d'IJ (*cf. infra*), et l'invite à consolider leur méthodologie en associant les sociétés savantes à leur conception.

<u>Proposition n° 18</u> : Accélérer les travaux visant à développer des fiches repères pour couvrir les pathologies les plus génératrices d'arrêts de travail et consolider leur méthodologie d'élaboration.

3.1.2.3. Dématérialiser totalement l'AAT (volet 3 destiné à l'employeur)

La mission suggère d'étudier le développement d'une nouvelle fonctionnalité pour dématérialiser totalement le service :

---

[79] *Cf.* annexe 3 § 3.2.4.

[80] Lettre réseau LR 72-2012.

[81] Rapport « Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions », groupe de travail coordonné par Dominique Polton, CNAMTS, 2015.

- en demandant à l'assuré titulaire d'un compte en ligne « ameli » d'adhérer au téléservice « AAT en ligne » pour communiquer et mettre à jour les coordonnées de leur(s) employeur(s) à l'assurance maladie (adresse mail valide)[82];
- en développant une nouvelle fonctionnalité dans l'applicatif « AAT en 5 clics » qui permettrait d'informer l'employeur par mail. L'information serait envoyée dès la validation de l'arrêt de travail par le prescripteur, de manière transparente pour le médecin et l'assuré, concomitamment à la télétransmission de l'arrêt de travail dématérialisé ;

Une alternative consisterait à mettre à disposition de l'assuré un nouveau modèle de formulaire accessible en ligne depuis le « compte ameli », qui reprendrait les données fournies par l'AAT dématérialisé validé par le prescripteur et permettrait à l'assuré soit de l'envoyer par mail à son employeur, soit de l'imprimer pour l'envoyer par courrier.

Un tel service, rendu à l'assuré et au prescripteur, garantirait le secret médical (le système isolant parfaitement le motif médical, non transmis à l'employeur) et permettrait de réduire les délais d'indemnisation. Pour l'assurance maladie, il permettrait également de connaître le(s) employeur(s) de l'assuré – et donc de fiabiliser et de simplifier l'étape de la liquidation.

<u>Proposition n° 19</u> : Développer un module supplémentaire dans l'applicatif « AAT en ligne » pour informer par mail l'employeur de la prescription d'un arrêt de travail.

3.1.2.4. Revaloriser l'utilisation de l'AAT en ligne dans la ROSP

Le dispositif actuel de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) est succinct en matière d'arrêts de travail. Il ne comprend pas d'indicateur d'efficience portant spécifiquement sur la prescription d'IJ et l'indicateur portant sur le taux de dématérialisation est composite, de sorte que le médecin peut déclencher la rémunération de l'ensemble des indicateurs du socle sans respecter les objectifs fixés pour l'AAT en ligne.

Comme indiqué précédemment, le taux d'utilisation de l'AAT en ligne est très deçà de celui d'autres téléservices, alors que son utilisation est simple et génératrice d'économies. Aussi, il conviendrait de renforcer l'incitation à utiliser ce téléservice en modifiant l'indicateur du taux de dématérialisation. Au sein du bouquet de téléservices, l'atteinte d'un seuil minimum d'utilisation de l'AAT en ligne serait requise pour pouvoir déclencher l'obtention de points. L'indicateur du taux de dématérialisation étant peu rémunérateur (30 points en 2017), une alternative pourrait être de valoriser l'utilisation de l'AAT en ligne par l'obtention de points bonus.

Par ailleurs, il est difficile de piloter une activité sans disposer d'un outil de suivi adapté. Les médecins ne connaissent pas leur taux d'utilisation des téléservices, sauf ceux qui font l'objet d'une campagne de promotion par les conseillers informatique service (CIS), voire d'un entretien confraternel. La mission suggère que l'ensemble des médecins puissent disposer d'un outil leur permettant de suivre facilement, au quotidien, leur taux d'utilisation des téléservices, afin qu'ils puissent d'eux-mêmes anticiper et corriger leur pratique. Un tel outil rendrait en outre l'intervention du CIS plus pertinente en ciblant l'entretien sur les actions à mettre en œuvre pour augmenter la fréquence d'utilisation.

Cet outil pourrait en outre indiquer au médecin le chemin qu'il lui reste à parcourir pour atteindre l'objectif fixé en matière de dématérialisation, dans le volet de la ROSP consacré à l'organisation du cabinet et à la qualité de service.

<u>Proposition n° 20</u> : Doter les médecins d'un outil, mis à jour à échéance rapprochée, leur permettant de suivre leur taux d'utilisation des téléservices (*smartphone*…).

---

[82] Les prescripteurs n'ont pas à saisir les coordonnées de(s) employeurs(s) lors de la consultation (risque d'erreur de saisie, allongement des délais de saisie).

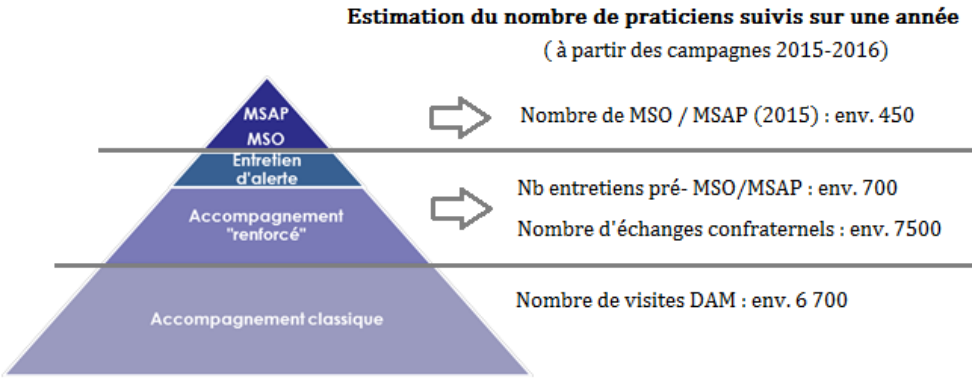
<u>Proposition n° 21</u> : Rendre obligatoire pour les prescripteurs un seuil minimum d'utilisation de l'AAT en ligne dans le bouquet de téléservices pour atteindre l'objectif du taux de dématérialisation et obtenir les incitations financières qui y sont attachées.

3.1.3. Affiner le maillage du dispositif de contrôle

L'assurance maladie a mis en place une démarche graduée qui adapte le niveau d'accompagnement aux besoins des médecins généralistes libéraux :

- un premier niveau d'accompagnement « classique » consiste à fournir à tout praticien des informations sur sa pratique (RIAP), des outils (fiches repères, AAT en ligne), et, pour environ 7 000 praticiens qui ont besoin d'un soutien, une aide ponctuelle à la prescription (entretiens DAM, facilitateur IJ, conseiller informatique CIS) ;
- un deuxième niveau d'accompagnement concerne les plus forts prescripteurs, soit entre 5 000 et 11 000 praticiens selon les années[83], qui font l'objet d'un soutien appuyé (échanges confraternels, entretiens de sensibilisation mis en place dans les Bouches du Rhône) ;
- enfin un dernier niveau d'accompagnement concerne un nombre très limité de médecins (entretiens d'alerte, MSO, MSAP). Sur environ 700 médecins présélectionnés par campagne, 450 environ font l'objet d'une MSO/MSAP.

Graphique 7 : Chiffres clés des actions d'accompagnement gradué ciblées sur les médecins généralistes (2015-2016), au niveau national



<u>Source</u> : CNAMTS, DDGOS – schéma mission.

L'ensemble de ces outils paraît efficace, à court terme[84] :

- les visites thématiques des DAM sont bien acceptées des praticiens, qui découvrent avec intérêt leur profil de prescription détaillé. L'évaluation mesurée par la CPAM/ELSM des Bouches du Rhône met en évidence une diminution de 8 % du nombre d'IJ prescrites dans les mois qui suivent la visite pour les praticiens rencontrés en 2016 ;
- les entretiens confraternels montrent également une diminution des prescriptions d'IJ après trois mois, à la fois en nombre (-4,4%) et en proportion de patients percevant des IJ (-1,3%) (2016) ;

[83] *Cf.* tableau 12, annexe V.

[84] *Cf.* chiffres développés dans les études CNAMTS et CPAM citées en annexe V.

- l'impact des procédures de MSO/MSAP sur les prescriptions est fort dans les trois premiers mois qui suivent la réception du courrier les informant de la procédure et pendant leur période d'application[85]. Passée la période de mise en œuvre, les prescripteurs reviennent rapidement à des niveaux de prescription significativement supérieurs à la moyenne. Les économies générées par ces procédures ont été évaluées à respectivement 56 M€ et 72 M€ au cours des deux dernières campagnes (2014-2015 et 2015-2016).

Le dispositif actuel est davantage tourné vers l'accompagnement des praticiens que vers la sanction. Il ne concerne pas tous les prescripteurs, mais uniquement une partie des médecins généralistes libéraux (40 422 médecins généralistes en 2016[86]). Les médecins spécialistes libéraux font rarement l'objet d'un suivi local (Bouches du Rhône) et les praticiens en établissement font l'objet d'un suivi collectif, le cas échéant.

À partir de ces constats, la mission suggère de :

- développer des outils intermédiaires, entre l'entretien et la MSO pour les médecins qui prescrivent facilement des arrêts sans être des hyperprescripteurs et qui ont besoin d'un accompagnement renforcé (mise sous prescription raisonnée et outils locaux) ;
- réformer la procédure de MSAP actuelle, pour la rendre opérationnelle et moins consommatrice en ressources du service médical ;
- mettre en place une incitation financière dans la ROSP ;
- faciliter la médicalisation des contrôles en instituant une obligation de codification de la pathologie.

3.1.3.1. Proposer aux médecins volontaires de s'inscrire dans une démarche de prescription « raisonnée »

La mission estime nécessaire d'étudier des pistes de diversifications des modalités de l'accompagnement des praticiens en offrant un nouveau support, à mi-chemin entre l'échange confraternel et les procédures de MSO/MSAP. Les entretiens ont l'avantage d'être incitatifs sans être contraignants, les MSO/MSAP sont plus coercitives mais ne sont applicables qu'à un très faible nombre de médecins, en raison de la lourdeur des procédures. Il n'existe pas de dispositif intermédiaire, qui soit fortement incitatif mais qui ne se traduise pas par une surcharge excessive de travail pour l'ELSM, ou par une sanction financière pour le médecin. En outre le caractère temporaire de la MSO/MSAP n'en fait pas un outil efficace de changement de comportement dans la durée.

L'assurance maladie n'a ainsi pas d'outil durable lui permettant de limiter la durée de prescription d'un médecin qui, sans être un hyperprescripteur, ne connaît pas les bonnes pratiques. Il a été rapporté à la mission le cas de praticiens demandeurs de tels outils, par exemple au moment de leur installation.

Aussi, ce dispositif pourrait être déclenché à la demande des praticiens, sur proposition de l'ELSM, et s'inscrire dans le cadre des nouvelles modalités d'accompagnement offertes par l'assurance maladie.

---

[85] Note de la DACCRF/DRES, « mesure d'impact MSO MSAP IJ campagne 2015-2016.

[86] Sur 58 982 médecins généralistes de France métropolitaine, sont retenus dans le ciblage les médecins généralistes avec une patientèle suffisante et pour lesquels on dispose des données de l'année précédente, ce qui écarte d'office environ un tiers des effectifs.

Dans ce nouveau dispositif, le médecin ne serait plus autorisé à prescrire au maximum que la durée indicative figurant dans la fiche repère de la pathologie donnant lieu à arrêt, ce qui l'obligerait à revoir son patient pour prolonger l'arrêt et réévaluer le bénéfice / risque de la décision initiale. Un tel outil permettrait de limiter le risque de pérennisation des arrêts longs et d'inciter le médecin à déclencher une démarche de prévention de la désinsertion professionnelle en lien avec l'échelon local du service médical. Le fait que les durées dans les fiches repères ne soient actuellement pas des recommandations opposables n'empêche en rien qu'il soit demandé à un praticien de s'y conformer en assurant au patient une consultation-contrôle postérieure permettant l'acceptabilité du dispositif.

Pour les pathologies non couvertes par une fiche repère, dont le nombre devrait parallèlement diminuer (*cf. supra*) la durée de prescription pourrait, sauf exceptions justifiées, être limitée forfaitairement (par exemple à sept jours[87]).

Dans les deux cas, le patient devrait revenir voir son praticien pour la prolongation de l'arrêt, ce qui obligerait le praticien à réévaluer la capacité de travail du patient et le bénéfice de la prescription de l'arrêt dans la prise en charge médicale.

L'acceptabilité du dispositif par les prescripteurs requiert, comme pour la MSO/MSAP, son inscription dans un dialogue confraternel.

Proposition n° 22 : Créer une mesure d'accompagnement renforcé pour les médecins, qui, sans remettre en cause la liberté de prescription, l'encadre en fixant des bornes de durée (fiches repères, ou, en l'absence, durée forfaitaire).

3.1.3.2. Faciliter le recours à la MSAP en allégeant la charge de travail du service médical

Le ciblage des praticiens éligibles à une procédure de MSO / MSAP s'effectue sur un ou deux critères : le nombre d'IJ prescrites et /ou le nombre d'IJ standardisées rapporté au nombre de consultations[88] . Il apparaît plus pertinent à la mission de remplacer ce dernier ratio par le nombre d'IJ standardisées rapporté au nombre de patients, notamment pour détecter des pratiques de « fidélisation ».

Par ailleurs, la mise en œuvre des procédures coercitives MSO/MSAP s'étale sur une année, et leur application est temporaire (quatre mois pour une MSO, six mois maximum pour une MSAP). L'assurance maladie privilégie la MSO à la MSAP, non pour respecter le principe de gradation des sanctions – la MSO étant plus pénalisante pour un praticien que la MSAP – mais pour des raisons de moyens. La procédure de MSAP est chronophage pour les effectifs du contrôle médical, dont le nombre diminue et dont le remplacement pose des problèmes dans certains échelons. Certains médecins ont compris cette situation et utilisent la possibilité réglementaire qui leur est donnée de refuser la MSO, au bénéfice d'une MSAP.

La mission propose de supprimer la possibilité donnée aux médecins de choisir la MSAP, en lieu et place d'une MSO. Elle propose également d'alléger la procédure de mise en œuvre de la MSAP, en réservant l'accord préalable aux arrêts prescrits dont la durée est supérieure à celle prévue dans la fiche repère concernée, ou qui excèdent une certaine durée, négociée avec le praticien.

Proposition n° 23 : Améliorer le ciblage des MSO/MSAP en remplaçant le critère du nombre d'IJ standardisées rapporté au nombre de consultations par le nombre d'IJ standardisées rapporté au nombre de patients.

---

[87] Le seuil fixé devra tenir compte du coût induit par la nécessité d'une visite médicale supplémentaire.

[88] Article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale.

<u>Proposition n° 24</u> : Supprimer la possibilité donnée au prescripteur de choisir la MSAP en lieu et place de la MSO.

<u>Proposition n° 25</u> : Réformer la MSAP en réservant l'accord préalable aux arrêts dont la durée excède celle prévue par les fiches repères, ou, en l'absence de fiche, la durée négociée par le service médical avec le praticien.

3.1.3.3. Encourager une politique locale de contrôle des professionnels de santé

En matière de lutte contre la fraude, l'un des principes retenus par l'assurance maladie est de limiter le cumul des sanctions à l'égard d'un prescripteur, sauf pour les dossiers dont l'enjeu financier ou d'image est important[89]. La fréquence des campagnes nationales de ciblage des praticiens pressentis pour une MSO/MSAP étant annuelle, il n'est pas possible d'effectuer plusieurs actions entre deux campagnes. Dans cet entre-deux, les caisses/ELSM mènent des actions locales pour fluidifier le suivi, qui prennent la forme d'entretiens spécifiques (entretiens en binôme médico-administratif, entretiens « attentionnés » ou « de sensibilisation ») ou d'entretiens d'alerte.

Les caisses/ELSM n'ont pas la main sur les outils permettant d'encadrer rigoureusement la prescription d'IJ. Ils ne sont pas habilités à modifier la liste des médecins présélectionnés au niveau national pour une MSO/MSAP, sauf exceptions. Cette présélection ne tient pas compte des fortes inégalités territoriales en matière d'IJ. Aussi la mission préconise de doter les caisses/ELSM des moyens d'encadrer plus rigoureusement les prescripteurs locaux, dont les pratiques sont jugées abusives au niveau local mais que l'on peut considérer comme « modérées » au niveau régional (à titre d'exemple, les médecins spécialistes, qui ne sont pas ciblés par le dispositif piloté au niveau national, ne peuvent pas faire l'objet d'une MSO locale).

Par ailleurs, les programmes nationaux de lutte contre la fraude spécifiques aux IJ (cumul activité-IJ, gérants de société, « coquilles vides »,…) connaissent des réussites variables selon les territoires. En pratique, la plupart des caisses/ELMS élaborent des plans de contrôle locaux dédiés aux IJ en coopération avec leurs partenaires. Les volets locaux sont à l'origine de la détection des deux tiers des montants de préjudices subis au niveau national, qui s'élevaient à 12,4 M€ en 2015[90].

La mission est par ailleurs favorable à ce que l'efficacité de ces actions soit récompensée au niveau national, par exemple en créant dans les CPG un indicateur des économies réalisées par les actions locales en matière d'IJ.

<u>Proposition n° 26</u> : Permettre aux caisses de déclencher des procédures locales de MSO à l'égard des prescripteurs libéraux (généralistes ou spécialistes).

3.1.3.4. L'évolution de la politique de contrôle vers un ciblage médicalisé des arrêts de travail requiert la participation des prescripteurs.

La médicalisation des ciblages apporte une valeur ajoutée médicale au contrôle, en même temps qu'elle renforce son efficacité socio-économique. Elle permet notamment au service médical de contrôler les arrêts liés aux pathologies les plus fréquentes – santé mentale, pathologies ostéo-articulaires et traumatologie – où les enjeux financiers sont importants (*cf.* annexe IV, partie 1.3.1.1.4.).

---

[89] Circulaire 5/2016.

[90] Bilan 2015 de la politique de lutte contre la fraude établi par la CNAMTS.

Les services médicaux effectuent une sélection des dossiers à contrôler de manière prioritaire non sur le motif médical de l'arrêt mais sur sa durée, ou à partir de critères populationnels, sans souvent tenir compte ou pouvoir croiser ces critères de ciblage avec la pathologie ayant motivé l'arrêt[91].

L'assurance maladie a récemment pris conscience de la nécessité d'améliorer le ciblage en segmentant les patients sur des bases médicales solides :

- une partie des contrôles des arrêts de durée intermédiaire (entre 45 et 180 jours) sont réalisés sur personne, à partir des interventions chirurgicales couvertes par une fiche repère (« KOP »)[92] . La requête de ciblage ne permet toutefois de repérer que les actes chirurgicaux réalisés en établissement privé ;
- en 2016, la requête permettant de repérer les dossiers prioritaires à 45 jours a été également médicalisée pour pouvoir reconstituer, pour chaque bénéficiaire du régime général, les pathologies à l'aide d'algorithmes, en fonction des traitements et épisodes de soins observés. Ce système de codage prédictif demeure toutefois peu fiable, en l'absence de données exhaustives dans les bases de remboursement sur la consommation de soins.

Plusieurs prérequis sont nécessaires pour fiabiliser la médicalisation des contrôles et renforcer leur efficacité :

1) contrôler le respect de l'obligation de renseigner le motif médical à l'arrivée de l'arrêt papier ou lors de sa saisie électronique ;
2) instituer une obligation de codification du motif médical en codifiant la pathologie en CIM-10 (papier et formulaire électronique) pour sécuriser le contenu du motif (*cf.* **proposition n° 7**) ;
3) identifier l'ensemble des prescripteurs, et pas seulement les médecins libéraux – ce qui implique de remettre systématiquement aux praticiens hospitaliers, comme les praticiens libéraux en disposent déjà, des blocs formalisés pré-imprimés d'avis d'arrêt de travail avec l'identification de l'établissement et permettant d'identifier leur numéro RPPS, et de recueillir ce numéro lors de l'indexation des avis papier ;
4) réaliser des maintenances applicatives dans le système d'information de l'assurance maladie. La mission encourage les travaux engagés en 2017 par la CNAMTS visant à identifier les évolutions prioritaires à court terme et à préparer le cadrage d'un éventuel projet de rénovation ou de refonte globale du SI du service médical, susceptible d'être inscrit dans la prochaine COG.

Les services médicaux de l'assurance maladie pourraient connaître la pathologie justifiant l'arrêt de travail s'ils procédaient au contrôle du renseignement du motif médical lors de l'indexation de l'avis d'arrêt de travail, et à son recueil dans les bases de données médicales, et si la donnée était facilement consultable et manipulable par les médecins conseils. En l'occurrence, le motif médical n'est visible qu'en accédant au formulaire numérisé de l'arrêt papier, ou via un code pour l'arrêt dématérialisé. Au niveau local, toute exploitation ou requête statistique sur cette zone est impossible.

[91] Voir notamment l'analyse du système d'information en annexe V.

[92] Lésions méniscales, chirurgie du canal carpien, cure de hernie inguinale, lésions de l'épaule, cholécystectomie, cure de hernie discale, hallux valgus, Ténosynovectomie (interventions prises en compte dans le cadre du CPG 2017).

La connaissance des motifs médicaux et de la durée d'un arrêt de travail[93] ouvriraient la voie à de nouvelles expérimentations par *datamining* sur le champ des indemnités journalières, les performances des expériences précédentes s'étant révélées décevantes. Depuis 2015, le réseau dispose de l'outil « profileur », qui permet de mener des actions de *datamining* à l'égard des professionnels de santé.

3.1.3.5. Négocier l'introduction d'un ou de plusieurs indicateurs d'efficience sur la prescription des IJ dans la ROSP

La politique conventionnelle n'est actuellement pas incitative en matière de prescription d'arrêts de travail. La dernière tentative de l'assurance maladie pour négocier l'introduction d'un indicateur spécifique à la prescription d'IJ avec la profession médicale a échoué.

Au vu des enjeux financiers, il serait souhaitable de mettre à l'agenda des prochaines négociations l'introduction d'un ou plusieurs indicateurs supplémentaires, relatif à la qualité des prescriptions d'arrêt de travail. Le ou les indicateurs pourraient venir s'ajouter aux sept indicateurs d'efficience actuellement référencés en matière de prescription[94].

D'ici la prochaine convention, la création de nouvelles fiches repères devrait permettre de pouvoir valoriser la qualité des prescriptions de la plupart des pratiques des spécialités médicales. L'assurance maladie pourrait proposer, par exemple, d'intégrer un indicateur présentant par spécialité la part des IJ prescrites conformes à la durée indicative des fiches repères.

Proposition n° 27 : Négocier l'introduction d'un indicateur d'efficience dans la ROSP, visant la qualité des prescriptions.

3.2. Davantage responsabiliser les assurés

3.2.1. Renforcer les actions d'information et de communication auprès des assurés.

L'assurance maladie mène des campagnes d'information généralistes auprès des assurés.

Le site internet « ameli pour les assurés » ne fait pas la promotion des fiches repères indiquant les durées préconisées en matière d'arrêt de travail selon les pathologies. Des actions de communication autour de ces fiches pourraient conférer aux praticiens un levier de modération opposable aux demandes de leurs patients. De plus, l'information mise en ligne concernant les règles de gestion (ouverture des droits, montant de l'indemnité) est essentiellement limitée à des cas généraux, conduisant ainsi à une méconnaissance par les assurés de l'état de la réglementation.

[93] La durée totale prescrite d'un arrêt de travail depuis l'arrêt initial est mal connue. Elle ne peut être calculée que par requête a posteriori.

[94] Parmi les sept indicateurs, cinq concernant la prescription dans le répertoire des médicaments génériques, un indicateur concernant la prescription d'IEC/Sartans, un indicateur concerne la prescription d'antiagrégants plaquettaires.

Les assurés ne sont par ailleurs pas informés de l'éventuel assujettissement de leur médecin traitant à une mesure de mise sous objectif ou accord préalable. C'est généralement à l'occasion de la consultation – ou dans la salle d'attente, via l'affichage du courrier de la CPAM – qu'ils prennent connaissance des mesures de mise sous objectif ou sous accord préalable. Une information préalable sur le nombre de médecins faisant l'objet de telles mesures – par exemple, sur le relevé de remboursement des soins, à l'échelle du département - pourrait les sensibiliser sur le coût des arrêts de la surprescription pour la collectivité et les inciter à faire preuve de retenue.

La majorité des assurés n'a pas connaissance de l'existence de l'AAT en ligne, qui peut simplifier leurs démarches, et ne sont pas incités à demander à leur praticien d'utiliser ce service. Le courrier type envoyé aux assurés qui ne respectent pas le délai d'envoi de 48 heures, et qui s'exposent à la suppression de leur IJ au prochain manquement, pourrait la promouvoir.

Proposition n° 28 : Mettre sur le site « ameli » à disposition des assurés un mémo complet par statut reprenant les règles de gestion des indemnités journalières.

Proposition n° 29 : Inciter les assurés à demander au praticien d'utiliser l'AAT en ligne pour sécuriser l'envoi.

Proposition n° 30 : Promouvoir les fiches repères auprès des assurés, en rappelant l'objectif de contrôle des arrêts abusifs.

3.2.2. Contrôler les assurés qui multiplient les arrêts maladie de courte durée

Les priorités de l'assurance maladie en matière de contrôle portent à juste titre sur la justification médicale des arrêts de travail de longue durée, qui concentrent l'essentiel de la dépense[95]. Les arrêts de moins d'une semaine[96] représentent seulement 4 % de la dépense mais près de la moitié des 6,7 millions d'arrêts maladies (2015). Ce sont ceux qui contribuent le plus à l'évolution totale du nombre d'arrêts[97].

Or, il ressort de l'ensemble des entretiens menés par la mission que les arrêts de courte durée (notamment jusqu'à cinq jours) ne peuvent dans la plupart des cas faire matériellement l'objet d'un contrôle en raison des délais de transmission et de traitement constatés. Cette situation apparaît particulièrement regrettable : elle peut générer un sentiment d' « impunité », voire susciter des comportements d'imitation chez les assurés. Si les arrêts courts ne sont pas les plus coûteux pour les finances sociales en raison des règles de délai de carence, leur multiplication est susceptible de générer un contexte général de déresponsabilisation et se traduit en tout état de cause par des coûts d'actes de consultation et de gestion administrative.

Depuis 2012, l'assurance maladie a mis en place une action de contrôle des arrêts itératifs, qui comprend l'envoi d'un courrier aux assurés ayant eu trois arrêts itératifs et dont la durée est inférieure à quinze jours au cours des douze derniers mois. Si la transmission d'un courrier dédié peut revêtir un caractère dissuasif[98], cette action n'aboutit que rarement à une convocation de l'assuré en raison du délai d'intégration de l'avis dans le système d'information de la caisse, de la fréquence hebdomadaire de la requête de ciblage et des délais de convocation.

---

[95] L'annexe V consacre sa dernière partie à la politique de contrôle menée par la CNAMTS.

[96] Hors délai de carence.

[97] *Cf.* annexe IV.

[98] « Effet radar » régulièrement indiqué à la mission dans le cadre de ses entretiens.

Face à cette situation, la mission propose plusieurs possibilités d'amélioration du contrôle des arrêts itératifs, **en écartant naturellement les assurés souffrant de maladies chroniques ou en ALD et les victimes d'AT-MP** :

- **l'accentuation de la démarche actuelle des contrôles de l'assurance maladie avec :**
  - une phase d'information valant avertissement : les assurés ayant eu deux arrêts au cours des douze derniers mois seraient informés, par courrier, par mail ou par SMS, qu'un nouvel arrêt de travail dans l'année pourrait donner lieu à une convocation en urgence (le jour même ou le lendemain matin) auprès du médecin conseil ;
  - une procédure de contrôle en urgence de manière automatique : au troisième arrêt, l'assuré serait convoqué au service médical dès réception de l'AAT dématérialisé, par mail par SMS[99] ou par téléphone, sur des créneaux horaires réservés à cet effet, sauf s'il est atteint d'une pathologie dont la nature ou la gravité le justifient, restant à définir. L'absence de l'assuré serait alors sanctionnée par la suspension des IJ.
- **l'évolution plus profonde de la politique de contrôle des assurés.** Ce changement de pratiques **ne concernerait que les assurés ayant eu recours à plusieurs arrêts de travail au cours des douze derniers mois (seuil à définir)**, et pourrait prendre deux orientations différentes :
  - soit **l'inscription du recours à un nouvel arrêt dans un parcours de soins**. Elle consiste, pour prévenir la survenue d'un nouvel arrêt, à s'assurer de l'intérêt thérapeutique de ce quatrième arrêt dans la prise en charge médicale de l'assuré. Pour être indemnisé, ce nouvel arrêt devrait être prescrit par le médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret (ALD, urgence…)[100]. Cet encadrement de la procédure de renouvellement dans un parcours de soins permettrait de lutter contre le « nomadisme » médical (préjudiciable à la continuité des soins) et de limiter l'effet report de la prescription sur d'autres praticiens, en particulier pour les arrêts dits « de complaisance »[101].
  - **soit l'instauration d'un quatrième jour de carence non indemnisable par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire (hors ALD, maladies chroniques, victimes d'AT-MP)**. Cette mesure serait probablement la plus dissuasive. Plusieurs études montrent que la présence d'un délai de carence, plus que d'autres variables, a un effet marqué sur la probabilité d'absence au travail. Elle permettrait de responsabiliser les assurés qui bénéficient de nombreux arrêts, en leur faisant prendre conscience du coût d'une journée d'arrêt (*cf.* § 2.3).

Encadré 4 : Le triple objectif du jour de carence : responsabilisation, équité et économies

L'application d'un jour de carence, introduit en 2012 dans la fonction publique dans un objectif d'équité entre les secteurs privés et public, a été temporaire.

En effet, l'exposé des motifs de l'article 67 du PLF pour 2014 indique que de nombreux salariés du secteur privé (64 % et 75 % de ceux relevant d'entreprises de plus de 250 salariés) n'ont en réalité pas de réel délai de carence puisqu'une couverture complémentaire aux prestations du régime obligatoire

[99] Une expérimentation de la procédure de convocation par sms ou par mail est en cours.

[100] Tout comme l'est la prolongation de l'arrêt, prévue à l'article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale.

[101] Il existe un effet report, qui consiste pour un assuré à reporter sa demande de prescription, qui lui a été refusé par un médecin, vers un confrère. Ce comportement ne peut se détecter qu'une fois l'arrêt prescrit, lorsqu'un assuré effectue de manière rapprochée plusieurs consultations sans consommation de soins auprès d'un médecin de même spécialité.

le neutralisent (accords de branche et d'entreprise) (*cf.* annexe III, partie 4.3). Sur ce point, les données recueillies par la mission sur un nombre significatif de conventions de branche[102] font apparaître que près de la moitié couvre le délai de carence. L'analyse de ces conventions démontre que :

- le délai de carence moyen couvert par les conventions est légèrement inférieur aux trois jours (2,8 jours[103]) ;
- la couverture du délai de carence peut varier selon la position du salarié : le délai est réduit pour les cadres (entre 0 et 1 jour de carence) et plus long pour les techniciens et agents de maîtrises (trois jours) et les ouvriers (quatre jours) ;
- la couverture peut également varier selon le secteur d'activité : le délai de carence est totalement couvert pour les sociétés d'assurance, les banques, l'immobilier, l'industrie pharmaceutiques et chimiques, la métallurgie, les organismes de sécurité sociale, les travaux publics ouvriers, la publicité, etc. Par contre, il n'est pas couvert pour l'hôtellerie-restauration ;
- la couverture ne varie cependant pas selon l'ancienneté sur les conventions collectives étudiées.

Le jour de carence dans la fonction publique a été supprimé en 2014.

Ainsi, s'il était décidé de rétablir un ou plusieurs jours de carence au sein de la fonction publique, **le triple objectif de responsabilisation des salariés, d'équité entre secteurs public et privé et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie justifierait d'explorer la notion de jour de carence « d'ordre public »**, lequel se traduirait par une durée d'arrêt de travail obligatoirement non couvert par un régime complémentaire.

S'agissant des salariés de droit privé, le chiffrage de l'économie pour la sécurité sociale d'une telle mesure apparaît complexe :

- en premier lieu, elle n'aurait pas d'impact immédiat sur les finances publiques car le délai de carence de trois jours n'est déjà pas pris en charge par l'assurance maladie ; néanmoins elle renforcerait le caractère désincitatif du délai de carence actuel et pourrait donc contribuer à la réduction de la dépense totale[104], en induisant un gain direct pour les régimes de couverture complémentaire ;
- néanmoins, cet effet pourrait être contrebalancé par un allongement des arrêts, qui pèserait *in fine* sur la dépense d'IJ (*cf.* revue de littérature, partie II, annexe IV).

L'équité impliquerait en outre que ce jour de carence « d'ordre public » s'applique également aux bénéficiaires du régime local d'Alsace Moselle.

Au final, la mission estime que le coût politique d'une telle mesure appliquée à l'ensemble de la population est important eu égard aux bénéfices financiers potentiels. La mission a estimé le gain économique annuel de l'instauration d'une quatrième journée de carence pour le régime général à 204 M€. Le gain avait été évalué à 164 M€ pour la seule fonction publique en 2014.

Source : Mission.

L'efficacité de l'ensemble de ces dispositifs est cependant conditionnée à la réactivité de l'ensemble du système de soins, qui implique l'accélération de la dématérialisation. Dans cette perspective, il convient de mener une campagne d'informations, éventuellement assortie d'outils incitatifs, visant à informer :

- les prescripteurs de l'existence de l'AAT en ligne ;
- les assurés de l'existence d'un compte « ameli » devant être régulièrement mis à jour.

Proposition n° 31 : Accélérer la dématérialisation pour renforcer la réactivité du système et lancer une campagne d'information sur la nécessité de créer et d'actualiser le compte ameli.

[102] Base de données constituées par des chercheurs de l'IRDES et de l'Insee sur les 46 plus grandes conventions collectives (soit 77 dispositions) valables en 2008. Selon ces chercheurs, 55 % de la population salariées serait couverte par ces conventions collectives. (« Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ? » mai 2015, M. Ali Ben Halima (CEE, ESCP Europe), V. Hyafil-Solelhac, M. Koubi (INSEE), C. Regart (IRDES)).

[103] Les moyennes calculées sont pondérées en fonction de l'effectif couvert par la convention collective.

[104] Économies sur les coûts de gestion et les coûts de consultation.

<u>Proposition n° 32</u> : À court terme, améliorer la politique de contrôle des arrêts itératifs en informant les assurés ayant eu deux arrêts au cours des douze derniers mois d'un possible contrôle en urgence (le jour-même ou le lendemain) en cas de troisième arrêt.

<u>Proposition n° 33</u> : À moyen terme, multiplier les contrôles des assurés à partir de leur troisième arrêt ; envisager une évolution plus profonde de la politique de contrôle qui se traduirait par l'inscription des arrêts dans un parcours de soins ou par l'instauration d'un quatrième jour de carence à partir du quatrième arrêt au cours de l'année.

3.3. Renforcer le rôle des employeurs dans le dispositif de contrôle

3.3.1. Généraliser le recours au formulaire CERFA pour établir l'attestation de salaire papier.

En vue de la détermination du montant de l'indemnité journalière, l'employeur doit établir une attestation de salaire[105]. Sa transmission peut s'effectuer de manière dématérialisée (formulaire en ligne, EDI ou DSN) ou sous format papier. 20 % des douze millions d'attestations de salaire reçues chaque année ne sont pas dématérialisées. Bien que cette proportion diminue avec la généralisation de la DSN, la suppression totale de l'attestation papier n'est pas envisageable à court terme. Les salariés qui cumulent plusieurs emplois, par exemple dans le domaine des services à la personne, doivent faire établir autant d'attestations qu'ils ont d'employeurs.

Il existe cependant un formulaire CERFA[106], que les employeurs ne sont pas tenus d'utiliser pour communiquer les éléments permettant à l'assurance maladie de liquider et de payer l'indemnité journalière. Dans les faits, les attestations de salaires qui parviennent aux caisses ont des formats différents, ce qui oblige les techniciens à saisir manuellement les données établies sur les attestations. Cette saisie est une source d'erreurs. Elle allonge les délais de traitement et représente un coût de gestion important pour l'assurance maladie. La réception d'attestations normalisées permettrait d'envisager la mise en place d'un système de lecture optique et de redéployer les agents à d'autres tâches à plus forte valeur ajoutée.

Dans une optique de réduction de coûts, la mission est d'avis d'instituer une obligation de recourir à l'attestation normalisée pour les employeurs utilisant le format papier.

<u>Proposition n° 34</u> : Pour les employeurs utilisant le format papier en matière d'attestation de salaire, instituer une obligation de recourir à l'attestation normalisée.

---

[105] Article R. 323-10 du code la sécurité sociale.

[106] CERFA n° 11135*04 et n° 11136*04.

3.3.2. Tirer les conséquences de la contre-visite sur le versement des indemnités journalières, y compris en cas d'absence du salarié.

En cas d'arrêt de travail d'un salarié bénéficiant d'un complément de salaire ou d'un maintien de salaire, l'employeur peut procéder à un contrôle au domicile du salarié par le médecin de son choix[107]. Le contrôle est généralement effectué par des prestataires privés, qui passent des conventions avec des médecins généralistes rémunérés à l'acte. Lorsque le médecin conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, il transmet ses constats au service médical, qui peut demander la suspension des indemnités journalières ou procéder à un nouvel examen[108]. En pratique, les médecins conseil des services médicaux rencontrés sont réticents à suspendre les IJ, sans réexamen du dossier, voire une convocation physique de l'assuré, au motif que le médecin mandaté ne serait pas indépendant, ou qu'il n'a pas toujours une bonne connaissance de la situation de l'assuré.

En 2016, sur 2 791 avis médicaux rendus par le service médical à la suite d'un contrôle de l'employeur, 7 % étaient défavorables (2016)[109]. Il arrive que l'avis médical rendu par le praticien mandaté par l'employeur diverge de celui rendu par le service médical. Dans ce cas, l'employeur suspend la part de couverture complémentaire alors que les indemnités journalières continuent d'être versées par la sécurité sociale.

Ces avis divergents posent la question de la crédibilité du contrôle médical effectué par les praticiens, une même situation pouvant donner lieu à deux appréciations différentes, à des dates rapprochées. Elle remet en cause l'intérêt d'une contrevisite médicale financée pour l'employeur, dès lors que ce contrôle médical, qui porte sur la même incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, voit sa portée amoindrie.

Plusieurs facteurs expliquent la mauvaise articulation des procédures de contrôle :

- une partie des médecins mandatés par l'employeur ne respecte pas l'obligation de transmettre leurs conclusions motivées au service médical de la caisse[110], soit pour des raisons déontologiques, soit parce qu'ils ignorent la caisse d'affiliation de l'assuré ;
- quand bien même ils sont transmis, un grand nombre d'avis médiaux ne sont pas recevables parce qu'ils ne parviennent pas dans le délai requis de 48 heures[111] .

Prenant acte de ces difficultés, certaines sociétés de contre-visite transmettent directement le résultat du contrôle aux services médicaux. Les services médicaux disposent alors du résultat (« avis médical injustifié », etc.), sans les conclusions motivées du médecin ayant pratiqué la contre-visite.

La mission note que le praticien mandaté par l'employeur n'est pas intéressé à la communication de ses conclusions au service médical. En revanche, l'employeur a intérêt à ce que le contrôle, s'il est défavorable à l'assuré, produise tous ses effets. Aussi la mission est favorable au transfert de l'obligation de communication du résultat du contrôle du médecin vers l'employeur (et son mandataire). Elle est également favorable à ce que l'employeur tire les conséquences d'une contre-visite médicale défavorable à l'assuré, lorsque ce dernier recourt à la subrogation, et qu'il informe la caisse qu'il procède à la suspension du versement des indemnités.

---

[107] Article L. 1226-1 du code du travail.

[108] Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

[109] Source : CNAMTS. Données détaillées en annexe III. Les données ne permettent pas de distinguer, dans ces 2 791 avis, la part des assurés qui n'ont pu être examinés de celle pour lesquels l'examen s'est conclu par un avis médical défavorable.

[110] Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

[111] Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

Il reviendra alors au service médical de prendre contact avec le médecin ayant procédé au contrôle pour recueillir ses conclusions motivées et, le cas échéant, en cas de recours de l'assuré, de procéder à un nouvel examen.

Par ailleurs, la mission relève que la contre-visite médicale mandatée par l'employeur est généralement réalisée au domicile de l'assuré. Ce faisant, le médecin contrôleur constate ou non l'absence du patient à son domicile, aux heures de sortie autorisées par le prescripteur initial.

Il n'existe pas d'obligation pour le médecin – ou l'employeur - de signaler le non-respect de cette astreinte administrative induite par l'obligation de repos. La contre-visite médicale ne peut juridiquement pas produire d'effet autre que sur la base d'un motif médical. Le Conseil de l'ordre estime que le contrôle de la présence du salarié à son domicile n'est pas de la compétence du médecin mandaté. Pourtant, la présence du salarié est une condition de la réalisation de l'examen médical. Le médecin est amené à en rendre compte sur ce point à la société qui l'a mandaté.

La mission estime regrettable que les caisses ne puissent pas invoquer le motif de l'absence du salarié à son domicile lors du contrôle effectué par l'employeur pour refuser le bénéfice des indemnités journalières. Elle est favorable à ce que le constat de l'absence du salarié à son domicile soit obligatoirement signalé à la caisse, qui pourrait procéder à la suspension des indemnités journalières en l'absence de réponse du salarié sous 48 heures justifiant cette absence.

Pour les employeurs recourant à la subrogation, la mission est favorable à ce que l'employeur tire les conséquences financières du non-respect par l'assuré des heures de sortie autorisées en suspendant le versement des indemnités journalières, en l'absence de réponse de l'assuré sous 48 heures et après en avoir informé la caisse. La procédure serait identique à celle prévue pour sanctionner une absence à la suite d'un contrôle effectué au domicile : la CPAM prendrait la décision de la suppression du versement des indemnités, en appréciant la situation de l'assuré au regard des justifications fournies[112]. Le service médical pourrait être sollicité pour apprécier cette situation au regard de la pathologie de l'assuré.

La mission propose que la suspension des indemnités journalières par la caisse revête un caractère systématique lorsqu'un contrôle médical mandaté par l'employeur conclut à l'absence de justification médicale de l'arrêt. Il conviendrait de supprimer la possibilité donnée au service médical de procéder à un examen supplémentaire. Le salarié sanctionné aurait toujours la possibilité de contester la procédure et de demander ce nouvel examen au médecin conseil[113].

<u>Proposition n° 35</u> : Transférer à l'employeur l'obligation de signaler à la caisse d'assurance maladie les résultats de la contre-visite qu'il a mandatée.

<u>Proposition n° 36</u> : Tirer les conséquences, au niveau de l'assurance maladie, du constat par le médecin mandaté du non-respect par l'assuré des heures de sorties autorisées.

<u>Proposition n° 37</u> : Rendre systématique la suppression du versement des indemnités journalières, à la réception du rapport du médecin mandaté par l'employeur concluant à l'absence de justification médicale de l'arrêt.

---

[112] Article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

[113] En cas de suspension sans convocation préalable du service médical, le salarié peut demander un nouvel examen de sa situation par le médecin conseil dans les dix jours.

À Paris, le 17 juillet 2017,

David KNECHT
Inspecteur des finances

Carole LÉPINE
Inspectrice des affaires sociales

Camille FREPPEL
Inspecteur adjoint des finances

Sous la supervision de

Thierry BERT
Inspecteur général des finances

RÉCAPITULATIF DES PROPOSITIONS

❶ Mieux prévoir pour mieux piloter les dépenses d'indemnités journalières

⇨ Améliorer la connaissance des déterminants des dépenses d'indemnités journalières à l'aide du modèle développé par la CNAM et d'études ponctuelles (par exemple par la DREES ou l'IRDES)

Proposition n° 1 : Améliorer les outils permettant l'appréhension statistique de l'origine médicale des arrêts de travail, dans le respect du secret médical. S'agissant du niveau national, cette action devrait s'articuler avec les possibilités d'agrégations et de traitement de données ouvertes par le droit de l'informatique et des libertés.

Proposition n° 2 : Intégrer la politique de contrôle des professionnels de santé dans le modèle de prévision de la CNAM. Cette action nécessite une coopération renforcée entre les différents services concernés de la CNAM.

Proposition n° 3 : Les réformes liées au vieillissement (retraite, dispositifs de fin de carrière, mise en invalidité) devraient faire l'objet d'un suivi de la CNAM plus précis.

⇨ Améliorer la prévision et le pilotage des dépenses d'indemnités journalières

Proposition n° 4 : Les montants d'économies annoncés dans le cadre de l'objectif de maîtrise médicalisé devraient être étayés.

Proposition n° 5 : Une expertise du montant d'économies réalisé dans le cadre de l'objectif de maîtrise médicalisée devrait être rapidement menée et une méthodologie robuste de calcul doit être partagée entre les régimes.

Proposition n° 6 : Actualiser l'indicateur de performance inscrit en programme qualité et efficience en l'articulant avec les modifications réglementaires liées au plafonnement des IJ maladie et l'objectif de maîtrise médicalisée fixé depuis 2012. Cette proposition implique de pouvoir mesurer l'effet prix dû à l'augmentation des salaires plafonnés.

❷ Poursuivre l'effort de simplification de la réglementation

⇨ Améliorer l'application de certaines règles existantes qui pourraient alors générer des économies

Proposition n° 7 : Contrôler le respect de l'obligation de renseigner le motif médical à l'arrivée de l'arrêt papier ou lors de sa saisie électronique et instituer une obligation de codification du motif médical en codifiant la pathologie en CIM-10 (papier et formulaire électronique) pour sécuriser le contenu du motif.

Proposition n° 8 : Effectuer le contrôle du délai d'envoi de l'avis conformément à la réglementation.

Proposition n° 9 : Acquérir le numéro RPPS figurant sur les avis d'arrêt de travail émis par les praticiens exerçant dans les établissements.

⇨ Poursuivre l'effort de simplification de la réglementation avec pour objectif l'amélioration de l'équité entre assurés, de la lisibilité du système et de l'accès à ces droits.

Proposition n° 10 : Poursuivre la simplification et l'harmonisation des différents régimes d'IJ dans le double objectif d'équité entre assurés et de maîtrise de la dépense.

Proposition n° 11 : Développer un outil de micro-simulation afin d'évaluer de manière plus robuste les mesures réglementaires présentées en PLFSS, ce qui nécessite de disposer de la DSN et de valider auprès de la CNIL certains croisements de données.

❸ Accentuer la responsabilisation des acteurs de la dépense

⇨ Prescripteurs

Proposition n° 12 : Prévoir une remontée au niveau national des paramètres liés à la liquidation des indemnités journalières, a minima les salaires réels plafonnés, afin de réaliser un suivi des mesures réglementaires adoptées.

Proposition n° 13 : Sensibiliser les futurs praticiens à la prescription d'IJ dans le cadre de leur formation initiale.

Proposition n° 14 : Proposer des sessions de formation de rattrapage à la prescription d'IJ pour les praticiens pour lesquels les dispositifs d'accompagnement classiques ont échoué.

Proposition n° 15 : Systématiser l'envoi de profils individuels à l'ensemble des prescripteurs, à échéance régulière.

Proposition n° 16 : Développer des applications sur smartphone, qui permettraient à l'ensemble des prescripteurs de suivre quotidiennement leur activité de prescription et de situer leur pratique, à patientèle comparable.

Proposition n° 17 : Étudier les modifications nécessaires (applicatif, réseau) pour permettre aux prescripteurs des établissements hospitaliers de prescrire en ligne, et généraliser l'AAT à l'ensemble de la population des assurés sociaux.

Proposition n° 18 : Accélérer les travaux visant à développer des fiches repères pour couvrir les pathologies les plus génératrices d'arrêts de travail et consolider leur méthodologie d'élaboration.

Proposition n° 19 : Développer un module supplémentaire dans l'applicatif « AAT en ligne » pour informer par mail l'employeur de la prescription d'un arrêt de travail.

Proposition n° 20 : Doter les médecins d'un outil, mis à jour à échéance rapprochée, leur permettant de suivre leur taux d'utilisation des téléservices (smartphone…).

Proposition n° 21 : Rendre obligatoire pour les prescripteurs un seuil minimum d'utilisation de l'AAT en ligne dans le bouquet de téléservices pour atteindre l'objectif du taux de dématérialisation et obtenir les incitations financières qui y sont attachées.

Proposition n° 22 : Créer une mesure d'accompagnement renforcé pour les médecins, qui, sans remettre en cause la liberté de prescription, l'encadre en fixant des bornes de durée (fiches repères, ou, en l'absence, durée forfaitaire).

Proposition n° 23 : Améliorer le ciblage des MSO/MSAP en remplaçant le critère du nombre d'IJ standardisées rapporté au nombre de consultations par le nombre d'IJ standardisées rapporté au nombre de patients.

Proposition n° 24 : Supprimer la possibilité donnée au prescripteur de choisir la MSAP en lieu et place de la MSO.

Proposition n° 25 : Réformer la MSAP en réservant l'accord préalable aux arrêts dont la durée excède celle prévue par les fiches repères, ou, en l'absence de fiche, la durée négociée par le service médical avec le praticien.

Proposition n° 26 : Permettre aux caisses de déclencher des procédures locales de MSO à l'égard des prescripteurs libéraux (généralistes ou spécialistes).

Proposition n° 27 : Négocier l'introduction d'un indicateur d'efficience dans la ROSP, visant la qualité des prescriptions.

⇨ Assurés

Proposition n° 28 : Mettre sur le site « ameli » à disposition des assurés un mémo complet par statut reprenant les règles de gestion des indemnités journalières.

Proposition n° 29 : Inciter les assurés à demander au praticien d'utiliser l'AAT en ligne pour sécuriser l'envoi.

Proposition n° 30 : Promouvoir les fiches repères auprès des assurés, en rappelant l'objectif de contrôle des arrêts abusifs.

Proposition n° 31 : Accélérer la dématérialisation pour renforcer la réactivité du système et lancer une campagne d'information sur la nécessité de créer et d'actualiser le compte ameli.

Proposition n° 32 : À court terme, améliorer la politique de contrôle des arrêts itératifs en informant les assurés ayant eu deux arrêts au cours des douze derniers mois d'un possible contrôle en urgence (le jour-même ou le lendemain) en cas de troisième arrêt.

Proposition n° 33 : À moyen terme, multiplier les contrôles des assurés à partir de leur troisième arrêt ; envisager une évolution plus profonde de la politique de contrôle qui se traduirait par l'inscription des arrêts dans un parcours de soins ou par l'instauration d'un quatrième jour de carence à partir du quatrième arrêt au cours de l'année.

⇨ Employeurs

Proposition n° 34 : Pour les employeurs utilisant le format papier en matière d'attestation de salaire, instituer une obligation de recourir à l'attestation normalisée.

Proposition n° 35 : Transférer à l'employeur l'obligation de signaler à la caisse d'assurance maladie les résultats de la contre-visite qu'il a mandatée.

Proposition n° 36 : Tirer les conséquences, au niveau de l'assurance maladie, du constat par le médecin mandaté du non-respect par l'assuré des heures de sorties autorisées.

Proposition n° 37 : Rendre systématique la suppression du versement des indemnités journalières, à la réception du rapport du médecin mandaté par l'employeur concluant à l'absence de justification médicale de l'arrêt.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : **LETTRE DE MISSION**

ANNEXE II : **LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**

ANNEXE III : **RÉGIMES JURIDIQUES DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**

ANNEXE IV : **ANALYSE DES DÉTERMINANTS ET DES OUTILS DE PILOTAGE DE L'ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**

ANNEXE V : **LES MODALITÉS DE SUIVI, DE CONTRÔLE ET DE PILOTAGE DE LA DÉPENSE D'IJ (CNAMTS)**

ANNEXE I

Lettre de mission

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES

LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

LE SECRETAIRE D'ETAT CHARGE DU BUDGET ET DES COMPTES PUBLICS

Paris, le 28 DEC. 2016

Madame la cheffe du service de l'Inspection générale des finances

Monsieur le chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales

OBJET : Revue des dépenses – Mission sur l'évolution des dépenses d'indemnités journalières

Les indemnités journalières (IJ) représentaient en 2015 une dépense de 13,7 Md€ dont 7,6 Md€ au titre de la maladie, 3 Md€ au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et au 3,1 Md€ au titre de la maternité. Après une très forte croissance dans les années 1990, ces dépenses ont connu une évolution contrastée au cours des quinze dernières années, alternant les périodes de progression (2007-2011) et de contraction (2004-2006 ; 2012-2013). Depuis 2014, les dépenses d'IJ progressent à nouveau de manière très dynamique. Après une croissance de 4,2% en 2014, elles ont progressé de 2,3% en 2015 et devraient à nouveau croître, pour les IJ maladie et AT-MP, de plus de 3% en 2016.

Ces évolutions restent à ce jour insuffisamment expliquées alors que les IJ constituent un facteur important de croissance des dépenses de protection sociale. La compréhension des sous-jacents de cette dépense constitue donc un enjeu majeur pour le pilotage de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Dans ce contexte, et compte tenu des enjeux budgétaires importants que représentent ces dispositifs, nous souhaitons que vos services conduisent une revue de dépenses dans le cadre prévu par l'article 22 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

Vos travaux devant s'inscrire dans la perspective de leur éventuelle intégration aux prochaines lois financières, vous accorderez une importance au chiffrage de vos propositions, à leur caractère opérationnel ainsi qu'à leur calendrier de mise en œuvre. Nous souhaitons en particulier que vous documentiez les gains que génèreraient les différents scénarios de réformes que vous établirez selon la méthodologie présentée dans le courrier adressé le 6 janvier aux corps de contrôle et d'inspection par le ministre de l'économie et des finances et le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics.

Le champ de la mission portera sur l'ensemble des dépenses d'indemnités journalières.

Dans un premier temps, vous vous attacherez à mieux identifier les déterminants de l'évolution des dépenses d'IJ, en particulier du regain de leur dynamisme depuis 2014. L'analyse des écarts d'évolution par catégorie de prestations et de bénéficiaires, ainsi que ceux constatés d'un territoire à l'autre pourront contribuer à enrichir cette analyse. Vous pourrez à ce titre proposer les mesures vous apparaissant nécessaires pour assurer à l'avenir un meilleur suivi de la dynamique des dépenses d'IJ et de ses sous-jacents.

Dans un second temps, vous proposerez des mesures permettant de ralentir la croissance du volume des IJ. Ces mesures devront rechercher un impact à la fois sur le nombre d'arrêts de travail et sur la durée de ces arrêts, en identifiant des axes de travail prioritaires. Elles pourront viser, tant à sensibiliser les entreprises à la maîtrise et à la prévention des arrêts de travail, qu'à responsabiliser davantage les prescripteurs et les assurés. Le renforcement du contrôle administratif et médical, ainsi que l'uniformisation de leur mise en œuvre sur l'ensemble du territoire, pourront y contribuer. La modernisation des outils (mise sous objectifs, mise sous accord préalable, référentiel de prescription, modalités de rémunération, téléprocédure d'avis d'arrêt de travail) permettant de responsabiliser les prescripteurs, y compris hospitaliers, et d'harmoniser leurs pratiques devra aussi être explorée. Enfin, vous vous intéresserez aux mesures susceptibles de favoriser la reprise d'activité après un arrêt long.

Vous documenterez les mesures affectant les modalités de calcul des IJ, en appréciant pour chacune ses effets selon que le salarié bénéficie ou non d'un maintien de salaire. Vous pourrez également interroger la cohérence de l'articulation des IJ servis par l'assurance maladie et les couvertures complémentaires mise en œuvre par les branches et les entreprises.

Pour conduire vos travaux, vous pourrez vous appuyer sur les services des ministères chargés des affaires sociales et de la santé, ainsi que sur les services du ministère de l'économie et des finances.

Vous nous remettrez vos conclusions et recommandations sous quatre mois. Conformément à ce que prévoit la loi de programmation des finances publiques, vos travaux feront également l'objet d'une communication au Parlement, et seront pleinement utilisés dans le cadre de la procédure budgétaire pour l'année 2018. Ils seront également publiés *in fine*, comme les revues de dépenses des années précédentes, sur le site performance-publique.fr.

Michel SAPIN

Marisol TOURAINE

Christian ECKERT

ANNEXE II

Liste des personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ 1

1.1. Cabinet ministériel 1

1.2. Direction de la sécurité sociale 1

2. MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES ET SECRÉTARIAT CHARGÉ DU BUDGET ET DES COMPTES SOCIAUX 1

2.1. Cabinet ministériel 1

2.2. Direction du budget 1

2.3. Direction générale du Trésor 1

3. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL 2

3.1. Direction générale du travail 2

4. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS) 2

4.1. Médecin conseil national 2

4.2. Direction déléguée à l'organisation des soins (DDGOS) 2

4.3. Direction des risques professionnels 2

4.4. Direction de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes (DACCRF) 2

4.5. Direction stratégies, études et statistiques 2

4.6. Direction déléguée aux opérations (DDO) 3

5. RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (RSI) 3

6. MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA) 3

7. CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE ET ÉCHELONS LOCAUX DU SERVICE MÉDICAL 3

7.1. CPAM/ELSM du Val de Marne 3

7.2. CPAM/ELSM de la Somme 4

7.3. CPAM/ELSM des Bouches du Rhône 4

7.4. RSI Marne 5

7.5. MSA Ile de France 5

7.6. MSA Côtes Normandes 5

8. REPRÉSENTANTS DES MÉDECINS 5

8.1. Confédération des syndicaux médicaux français (CSMF) 5

8.2. MG France 5

9. FÉDÉRATIONS PROFESSIONNELLES 5

9.1. Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) 5

9.2. Fédération française de l'assurance (FFA) 6

9.3. Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) 6

9.4. Fédération française du bâtiment (FFB) 6

10. PARTENAIRES SOCIAUX **6**
10.1.. CFDT 6
10.2.. CGT 6
10.3.. CFE-CGC 6
10.4.. MEDEF 7
10.5.. CGPME 7

11. AUTRES ENTRETIENS **7**
11.1.. IRDES 7
11.2.. INSEE 7
11.3.. Medicat Partner 7
11.4.. Securex 7
11.5.. Union nationale des associations agréées du système de santé (UNASS) 7

1. Ministère des affaires sociales et de la santé

1.1. Cabinet ministériel

- M. Benjamin Ferras, directeur adjoint du cabinet
- Mme Juliette Roger, conseillère santé

1.2. Direction de la sécurité sociale

- M. Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale
- M. Benjamin Voisin, sous-directeur de l'accès aux soins et prestations de santé
- M. Jérôme Clerc, adjoint au sous-directeur de l'accès aux soins et prestations de santé
- M. Emmanuel Chion, adjoint au sous-directeur des études et des prévisions financières
- M. Grégoire de Lagasnerie, chef du bureau économie de la santé
- Mme Géraldine Duverneuil, cheffe de bureau de l'accès aux soins et prestations de santé
- Mme Cendrine Blazy, adjointe au chef de bureau de l'accès aux soins et prestations de santé
- Mme Clothilde Ory Durand, cheffe de bureau accidents du travail et maladies professionnelles
- Mme Françoise Mulet Marquis, chargée de mission à la sous direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
- Mme Guylaine Chauvin, cheffe de la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie
- Mme Nina Vassilieff, adjointe à la cheffe de mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

2. Ministère de l'économie et des finances et secrétariat chargé du budget et des comptes sociaux

2.1. Cabinet ministériel

- Mme Marguerite Cazeneuve, conseillère des comptes sociaux

2.2. Direction du budget

- M. Jean-François Juéry, sous-directeur de la 6ème sous-direction
- Mme Claire Vincenti, 6 BCS, 6ème sous-direction

2.3. Direction générale du Trésor

- M. Thierry Grignon, chef de bureau POL SOC2

3. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

3.1. Direction générale du travail

- Mme Claire Scotton, adjointe au sous-directeur chargé des relations individuelles et collectives du travail
- Mme Cécile Nissen, adjointe au chef de bureau des relations collectives du travail

4. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

4.1. Médecin conseil national

- M. Luc Barret, médecin-conseil national, adjoint au directeur général
- Mme Geneviève Motyka, directrice de cabinet

4.2. Direction déléguée à l'organisation des soins (DDGOS)

- Mme Mathilde Lignot Leloup, directrice
- M. Thomas Jan, directeur de cabinet
- M. François Xavier Brouck, directeur de la direction des assurés

4.3. Direction des risques professionnels

- Mme Marine Jeantet, directrice
- M. Pascal Jacquetin, adjoint à la directrice
- M. Laurent Bailly, responsable du département service aux assurés

4.4. Direction de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes (DACCRF)

- Mme Catherine Bismuth, directrice
- M. François Grandet, directeur adjoint
- Mme Laurence Auvray, responsable du département investigation et répression des fraudes assurés, prestations en espèces et employeur

4.5. Direction stratégies, études et statistiques

- M. Claude Gissot, directeur
- M. Jean Philippe Perret, responsable synthèses et prévisions
- M. Guillaume Guerrero, statisticien
- Mme Nadine Colinot, statisticienne

4.6. Direction déléguée aux opérations (DDO)

- M. Alain Chelloul, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing
- Mme Christiane Draicchio, sous directrice, chargée de la coordination des dossiers IJ
- Mme Éléonore Ronfle, directrice du réseau médical
- M. Christopher Vitte, responsable régional CPR2A Ile de France

5. Régime social des indépendants (RSI)

- Mme Stéphanie Deschaume, directrice de cabinet du directeur général
- M. Pascal Perrot, médecin conseil national et de directeur de la gestion des risques et de l'action sociale
- M. Julien Lesrel, responsable du département des statistiques, de l'analyse des risques, du décisionnel et des équilibres
- Mme Nadia Amer, responsable des études et des prévisions

6. Mutualité sociale agricole (MSA)

- Mme Ghislaine Rosay, responsable cabinet de la présidence et de la direction générale
- M. Franck Duclos, directeur délégué aux politiques sociales
- M. Philippe Labatut, directeur du contrôle médical et de l'organisation des soins
- M. Marc Rondeau, collège médical - Direction du contrôle médical et de l'organisation des soins
- M. Damien Ozenfant, responsable département prestations maladie - direction des études, des répertoires et des statistiques
- M. Sébastien Odiot, chargé de mission, département retraite - famille - ORPA - AT - direction des études, des répertoires et des statistiques
- Mme Roxane Evraert, directrice adjointe de la maîtrise des risques

7. Caisses primaires d'assurance maladie et échelons locaux du service médical

7.1. CPAM/ELSM du Val de Marne

- M. Raynal Le May, directeur de la CPAM Créteil
- Mme Sophie Patout, directrice adjointe
- Mme Axelle Dorion-Garino, directeur des prestations
- Mme Clémence Lalaut, directeur de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude
- M. Mohamed Bentemtam, premier fondé de pouvoir
- Mme Lucia Boscariol, second fondé de pouvoir
- Mme Sandrine Touahri, pilote de processus gestion des revenus de substitution
- Mme Julienne Larrey, responsable du pôle pilotage de la performance

- Mme Anne Bellu, pilote de processus gestion des revenus de substitution
- Mme Cécile Bertereau, responsable du pôle FEP
- Mme Lilas Zikondolo, technicienne de prestations du pôle de Vincennes
- Mme Véronique Lesniak et Claudio Carreira, CIS du service des correspondants employeurs

- M. Jean Charles Accelio, médecin chef de l'ELSM
- Mme Isabelle Rougier, médecin responsable du contrôle des prestations (ELSM)
- M. Zahra Khafif, cadre technique gestionnaire de production (ELSM)

7.2. CPAM/ELSM de la Somme

- M. Jean Yves Casano, directeur de la CPAM
- Mme Valérie Hadet, sous-directrice prestations
- Mme Jacqueline Janvier, agent comptable
- Mme Mathilde Roy, directeur adjoint
- M. Arnaud Fusillier, responsable secteur prestations
- M. Thomas Rouault, responsable du pole études et statistiques
- Mme Valérie Megret, fondée de pouvoir en charge du contrôle
- Mme Sylvie Griffoin, responsable de la lutte contre la fraude
- M. François Benard, responsable des délégués de l'assurance maladie

- Mme Maryse Herbecque, directrice régionale du service médical des Hauts de France
- Mme Sylvie Le Lan, médecin conseil de l'ELSM
- M. Jean-Francois Tocquin, responsable administratif

7.3. CPAM/ELSM des Bouches du Rhône

- M. Gérard Bertucelli, directeur général
- M. Laurence Lac, directrice gestion du risque et contrôle contentieux
- M. Mathieu Le Gouic, sous-directeur de l'accueil et des revenus de substitution
- Mme Audrey Martino, sous-directeur pilotage stratégique
- Mme Jeanne Chantal Sauvaire, responsable département prestations en espèces (PE)
- Mme Sophie Hudzik, responsable département régulation
- Mme Christelle Giraud, responsable service maîtrise médicalisée
- Mme Claudine Guisti, responsable pôle PE / pilote du processus
- Mme Françoise Bodin, fondée de pouvoir
- M. Laurent Greffeuille, responsable service contrôles de l'agent comptable

- M. Jacques Ronin, médecin conseil - chef de service ELSM
- M. Bertrand Cariou, responsable service mission appui ELSM
- Mme Céline Eudes-Bahri, cadre expert mission appui ELSM
- M. Hervé Coudert, médecin conseil – responsable de service RPS-GDR

7.4. RSI Marne

- M. François Scheidt, médecin conseil régional, coordinateur santé / médical pour les régions Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté
- Mme Anne Vannet, médecin chef

7.5. MSA Ile de France

- M. Laurent Pilette, directeur général
- Mme Marie Christine Guillet, agent comptable
- Mme Sylvie Bruat, sous directrice en charge des bénéficiaires
- Mme Corine Geoffroy, adjointe à la sous directrice en charge des bénéficiaires
- M. Jean Marc Aubert, directeur adjoint en charge de la direction d'appui de contrôle et de pilotage
- M. Jean Houssinot, médecin coordonnateur régional
- Mme Peggy Boisdur, responsable du domaine maintien du revenu santé

7.6. MSA Côtes Normandes

- Mme Astrid Morin, directrice adjointe
- M. Pierre Dubois, médecin chef

8. Représentants des médecins

8.1. Confédération des syndicaux médicaux français (CSMF)

- M. Jean-Paul Ortiz, président
- Mme Béatrice Fazilleaud, vice-présidente

8.2. MG France

- M. Claude Leicher, président
- M. Jacques Battistoni, vice-président

9. Fédérations professionnelles

9.1. Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)

- M. Jean Paul Lacam, délégué général
- Mme Céline Grosy, responsable administratif et financier
- Mme Evelyne Guillet, directrice santé et MDS
- M. Bertrand Boivin Champeaux, directeur prévoyance et retraite supplémentaire
- Mme Isabelle Pariente Mercier, directrice juridique
- Mme Miriana Clerc, directrice communication et relations extérieures

9.2. Fédération française de l'assurance (FFA)

- M. Arnaud Chneiweiss, délégué général
- Mme Véronique Cazals, directrice santé

9.3. Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

- M. Albert Lautman, directeur général
- Mme Marie Anne Biais, direction santé de la FNMF
- Mme Christine Boudineau, directrice métier de la MGEN
- M. Nicolas Cadiou, responsable département adjoint souscription de Mutex
- M. Jean Pierre Costa, responsable du département actuariat Mutex
- Mme Laure Vitré, responsable du département adjoint actuariat produit inventaires Mutex
- Mme Christine BOUDINEAU, directrice technique opérationnelle de la MGEN
- M. Jérôme HIBON, en charge des dossiers prévoyance à la MGEN

9.4. Fédération française du bâtiment (FFB)

- M. Bertrand Sablier, délégué général
- Mme Laetitia Assali, directrice des affaires sociales
- M. Thierry Micor, responsable du département emploi et protection sociale

10. Partenaires sociaux

10.1. CFDT

- Mme Sonia Buscarini, responsable du service protection sociale
- M. Alain Deluc, secrétaire confédéral, responsable santé et assurance maladie
- Mme Marinette Soler Kerrien, représentant la CFDT au conseil de la CNAMTS
- M. Philippe Maussion, secrétaire confédéral santé et qualité de vie au travail CFDT

10.2. CGT

- M. Jean François Naton, conseiller confédéral en charge de la santé et protection sociale

10.3. CFE-CGC

- M. Jean François Gomez, délégué national confédéral
- M. Michel Marchand, praticien conseil

10.4. MEDEF

- M. Michel Guilbaud, directeur général
- Mme Delphine Benda, directrice en charge de la protection sociale
- Mme Nathalie Buet, directrice de mission

10.5. CGPME

- M. Jean-Michel Pottier, vice-président chargé des affaires sociales et de la formation
- Mme Sophie Duprez, coordinatrice RSI auprès du président
- M. Georges Tissier, conseiller spécial du président en matière sociale

11. Autres entretiens

11.1. IRDES

- M. Denis Raynaud, directeur
- Mme Pascale Lengagne, maître de recherches

11.2. INSEE

- M. Sébastien Roux, chef du département d'études économiques au sein de la division redistribution et politiques sociales
- M. Malik Koubi, chargé d'études à la direction des synthèses et études économiques
- M. Mohamed Benhalima, chargé d'études à la direction des synthèses et études économiques

11.3. Medicat Partner

- Mme Michèle Laporte, présidente
- Mme Noailly Laporte, co-directrice

11.4. Securex

- M. Bruno Pernet, directeur
- Mme Corinne Rasclard, responsable du pôle des contre-visites médicales

11.5. Union nationale des associations agréées du système de santé (UNASS)

- Mme Magali Leo, chargée de mission assurance maladie
- M. Stéphane Gobel, coordonnateur Santé info droits

ANNEXE III

Régimes juridiques des indemnités journalières

SOMMAIRE

1. LES SALARIÉS PERÇOIVENT LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET, LE CAS ÉCHÉANT, UNE INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE 1

1.1. Les indemnités de base de la sécurité sociale sont versées aux salariés à certaines conditions 1

1.1.1. Les conditions d'ouverture des droits reposent sur une durée d'affiliation à la sécurité sociale déterminée par le risque couvert 1

1.1.2. Le salaire journalier pris en compte et le montant de l'indemnité dépendent du risque couvert, de la situation du salarié et la durée de son arrêt 8

1.1.3. La durée d'indemnisation, marquée par l'existence d'un délai de carence de trois jours, est limitée pour les salariés en arrêt de travail pour maladie 13

1.1.4. Un salarié victime d'un accident ou d'une maladie peut être reconnu inapte à reprendre son emploi, invalide ou en situation d'incapacité permanente et percevoir, à ce titre, une indemnisation 14

1.2. Les indemnisations complémentaires assurent aux salariés une couverture supplémentaire 22

1.2.1. Le code du travail garantit une indemnité complémentaire aux salariés couverts par la sécurité sociale et travaillant depuis au moins un an dans leur entreprise 22

1.2.2. Les conventions collectives peuvent également prévoir une couverture supplémentaire 23

1.2.3. Un exemple : les conventions collectives du secteur du bâtiment 24

1.2.4. La subrogation permet aux employeurs de percevoir les indemnités journalières à la place du salarié 38

2. LES NON SALARIÉS AGRICOLES ET NON AGRICOLES PEUVENT ÉGALEMENT PERCEVOIR DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES 38

2.1. Le régime social des indépendants verse des indemnités journalières aux non salariés non agricoles 38

2.1.1. Les conditions d'ouverture des droits reposent sur la durée d'affiliation au RSI 38

2.1.2. L'indemnité versée, forfaitaire en cas de maternité, de paternité et d'adoption, dépend du revenu d'activité annuel moyen des assurés victimes d'un accident ou d'une maladie 39

2.1.3. Un délai de carence de sept jours est appliqué en cas d'accident et de maladie 41

2.2. La mutualité sociale agricole verse des indemnités journalières aux non salariés agricoles 43

2.2.1. La couverture des accidents non professionnels et des accidents de la vie privée complète, depuis 2014, celle dont bénéficiaient les non salariés agricoles en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle 43

2.2.2. L'indemnité versée, forfaitaire, est majorée à partir du 29ème jour d'arrêt 44

2.2.3. Un délai de carence de sept jours est appliqué en cas d'accident et de maladie, quelle que soit leur origine 45

3. LE VERSEMENT DES INDEMNITÉS EST ENCADRÉ PAR LES CONTRÔLES ADMINISTRATIFS, MÉDICAUX ET ORGANISÉS À LA DEMANDE DE L'EMPLOYEUR, AINSI QUE PAR LES DISPOSITIFS VISANT À FAVORISER LA REPRISE DU TRAVAIL 47

3.1. Plusieurs types de contrôle, administratifs, médicaux ou organisés à la demande de l'employeur, sont prévus par le code de la sécurité sociale 47

3.1.1. Le contrôle médical porte sur l'intérêt thérapeutique de l'arrêt de travail 47

3.1.2. Le contrôle administratif permet de vérifier que le bénéficiaire s'acquitte de ses obligations 50

3.1.3. Les manquements constatés peuvent donner lieu à des poursuites administratives et pénales 51

3.1.4. Des procédures de mise sous objectifs et mise sous accord préalableeuvent être engagées auprès des professionnels de santé 51

3.1.5. Un contrôle peut également être réalisé à la demande de l'employeur 52

3.2. Plusieurs dispositifs visent à favoriser la reprise du travail 53

3.2.1. Les assurés reprenant leur travail de manière anticipée doivent en informer leur caisse 53

3.2.2. Le travail à temps partiel pour motif thérapeutique a été assoupli en 2011 53

3.2.3. Des actions d'accompagnement et de formation sont également prévues 55

4. LA COUVERTURE DES FONCTIONNAIRES EST RÉGIE PAR DES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES 56

4.1. Les fonctionnaires en arrêt de travail pour maladie peuvent être placés en congé de maladie ordinaire (CMO), en congé de longue maladie (CLM) ou en congé de longue durée (CLD) 56

4.1.1. Les fonctionnaires en CMO perçoivent l'intégralité de leur traitement indiciaire pendant trois mois 56

4.1.2. Le CLM vise à couvrir les pathologies les plus graves 57

4.1.3. Le CLD constitue le prolongement éventuel du CLM 59

4.2. Un congé pour accident de service ou maladie professionnelle est également prévu 60

4.2.1. Les fonctionnaires peuvent être placés en congé pour accident de service ou maladie professionnelle après avoir apporté la preuve de l'origine professionnelle de leur interruption 60

4.2.2. Le traitement indiciaire est maintenu jusqu'à la reprise du service ou la consolidation des séquelles 61

4.2.3. La fin du congé débouche sur la reprise de service, l'adaptation du poste, le reclassement ou la mise à la retraite 61

4.3. Le jour de carence introduit en 2012 et 2013 a été supprimé 61

1. Les salariés perçoivent les indemnités journalières du régime général de la sécurité sociale et, le cas échéant, une indemnité complémentaire

Les salariés contraints d'interrompre temporairement leur activité professionnelle pour raisons médicales peuvent recevoir des indemnités journalières visant à compenser au moins une partie de la perte de rémunération résultant de cette interruption. Dans ce cadre, trois régimes doivent être distingués en fonction du risque couvert :

- **maladie** ;
- **maternité, paternité et adoption** ;
- **accident du travail et maladie professionnelle** (AT-MP).

1.1. Les indemnités de base de la sécurité sociale sont versées aux salariés à certaines conditions

1.1.1. Les conditions d'ouverture des droits reposent sur une durée d'affiliation à la sécurité sociale déterminée par le risque couvert

1.1.1.1. Conditions transversales

Quel que soit le motif de l'arrêt (maladie, maternité ou AT-MP), doivent être transmis à la caisse d'assurance maladie :

- un **avis d'interruption de travail**, délivré par un médecin[1], dans les deux jours suivant la date d'interruption[2] ; il revient à l'assuré de l'envoyer à la caisse[3] ;
- une **attestation de salaire** délivrée par l'employeur sous forme électronique ou, à défaut, envoyée par le salarié sous forme papier[4].

1.1.1.2. Dispositions relatives aux indemnités journalières pour maladie et maternité

1.1.1.2.1. Dispositions relatives aux indemnités maladie

Les **conditions d'ouverture des droits**, précisées à l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale, sont déterminées par la durée de l'interruption :

- **si l'arrêt dure six mois ou moins**, le salarié doit :
  - avoir cotisé, lors des six mois précédant l'arrêt, sur la base d'une rémunération au moins égale à 1 015 fois le montant du Smic horaire au premier jour de la période ;

[1] Articles L. 321-2 et R. 321-2 du code de la sécurité sociale.

[2] Article R. 321-2 du code de la sécurité sociale. En cas de maternité, seul l'arrêt de travail pour grossesse pathologique est transmis dans les deux jours. L'arrêt de travail est sinon transmis lors de la déclaration de grossesse par l'assurée.

[3] Article R. 321-2 du code de la sécurité sociale.

[4] Article R. 323-10 du code la sécurité sociale.

  - ou avoir travaillé au moins 150 heures au cours des trois mois ou des 90 jours précédant l'arrêt ;
- **au-delà de six mois d'arrêt**, la poursuite du droit à indemnisation est soumise aux conditions suivantes :
  - être affilié à la sécurité sociale depuis au moins douze mois ;
  - avoir cotisé, pendant les douze mois ou les 365 jours précédant l'arrêt, sur la base d'une rémunération au moins égale à 2 030 fois le montant du Smic horaire au 1er janvier précédant immédiatement cette période ;
  - ou avoir travaillé au moins 600 heures au cours des douze mois ou des 365 jours précédant l'arrêt.

1.1.1.2.2. Dispositions relatives aux indemnités de maternité, de paternité et d'adoption

Les conditions pour bénéficier des indemnités journalières pendant un congé de maternité, de paternité ou d'adoption sont les mêmes que celles exigées au cours des six premiers mois d'un arrêt de travail pour maladie (*cf. supra*)[5].

Deux obligations s'y ajoutent toutefois :

- dix mois d'immatriculation à la sécurité sociale à la date présumée de l'accouchement[6] sont requis ;
- la salariée en congé de maternité doit cesser toute activité professionnelle pendant huit semaines au moins[7]. Le salarié est tenu d'être en congé de paternité et d'accueil de l'enfant, lequel doit être pris dans les quatre mois suivant la naissance de l'enfant[8].

1.1.1.2.3. Les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières maladie, maternité, paternité et adoption ont été assouplies en 2013 et 2015

- Les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières versées pour maladie, maternité, paternité et adoption ont été assouplies par le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013[9] et par le décret n° 2015-86 du 30 janvier 2015[10]. Ces textes ont visé à améliorer les droits des personnes ayant de faibles durées de travail. Les modifications induites ont été notamment relatives au nombre d'heures de travail requis et aux exigences de cotisation, à compter du 30 décembre 2013 :
  - pour bénéficier des indemnités journalières maladie à l'occasion d'un arrêt de plus de six mois, les salariés devaient avoir cotisé au cours des douze mois précédant l'arrêt sur la base d'une rémunération au moins égale à 2 030 fois le montant du Smic horaire, dont 1 015 fois au moins la valeur du Smic au cours des six premiers mois. Cette obligation de cotisation sur la base de 1 015 fois au moins la valeur du Smic au cours des six premiers mois a été supprimée ;
- à compter du 1er février 2015 :

---

[5] Article R. 313-3 du code de la sécurité sociale.

[6] Article R. 313-3 du code de la sécurité sociale.

[7] Article L. 331-3 du code de la sécurité sociale.

[8] Article L. 1225-35 du code du travail.

[9] Décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 portant modification des conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

[10] Décret n° 2015-86 du 30 janvier 2015 portant modification des conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces des assurances maladie, maternité et invalidité et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

- la durée ouvrant droit au versement des indemnités journalières maladie pour des arrêts inférieurs ou égaux à six mois et pour les indemnités de maternité était de 200 heures au cours des trois mois ou des 90 jours précédant l'arrêt. Elle n'est plus que de 150 heures, soit une diminution de 25 % ; la durée ouvrant droit au versement des indemnités journalières maladie pour des arrêts de plus de six mois, qui était de 800 heures au cours des douze mois précédant le début de la période, n'est plus que de 600 heures.

1.1.1.2.4. Des conditions simplifiées en cas d'activité saisonnière ou discontinue

Pour les assurés exerçant des activités saisonnières[11] ou discontinues[12], les conditions d'attribution des indemnités pour maladie, maternité et paternité est simplifié[13]. Ils doivent :

- soit avoir cotisé, au cours des douze mois, sur la base d'un salaire égal à 2 030 fois le montant du Smic au 1er janvier qui précède immédiatement le début de la période ;
- soit avoir travaillé, au cours des douze mois ou des 365 jours, au moins 600 heures.

1.1.1.3. Les dispositions relatives aux indemnités pour accident du travail et maladie professionnelle (AT-MP)

Aucune durée d'immatriculation ou de cotisation n'est demandée aux salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Si les faits générateurs d'activation de ces régimes sont différents, cette particularité confère au régime AT-MP un accès facilité par rapport à celui de la maladie ou de la maternité.

Plusieurs démarches doivent être effectuées par la victime :

- en cas de maladie professionnelle :
  - la victime doit adresser à la CPAM[14] la déclaration de la maladie professionnelle intégrant le certificat médical initial et le résultat des examens médicaux complémentaires le cas échéant prescrits par les tableaux de maladies professionnelles.

---

[11] L'article R. 171-3-1 du code de la sécurité sociale qualifie de saisonnières « *les activités limitées dans le temps correspondant à des tâches normalement appelées à se répéter chaque année aux mêmes périodes en fonction du rythme des saisons ou des modes de vie collectifs* ».

[12] La circulaire n° DSS/2A/2013/163 du 16 avril 2013 relative au régime juridique applicable aux personnes exerçant une profession discontinue pour l'accès aux prestations en espèces servies au titre de la maladie et de la maternité précise que cette catégorie regroupe les intérimaires et les intermittents du spectacle. Le cas échéant, les caisses peuvent également rattacher à ce statut des assurés exerçant d'autres professions, comme celles de concierge, de nourrice ou de travailleur à domicile.

[13] Article R. 313-7 du code de la sécurité sociale.

[14] Article R. 441-10 du code de la sécurité sociale.

- la CPAM dispose de trois mois[15] à compter de la date à laquelle elle a reçu le dossier complet comprenant la déclaration de la maladie professionnelle intégrant le certificat médical initial et le résultat des examens médicaux complémentaires le cas échéant prescrits par les tableaux de maladies professionnelles pour statuer sur le caractère professionnel de la maladie. Lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire[16], la caisse doit en informer la victime ou ses ayants droit et l'employeur avant l'expiration du délai de trois mois susmentionné. À l'expiration d'un nouveau délai qui ne peut excéder trois mois et en l'absence de décision de la caisse, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu[17] ;
- aucune démarche particulière ne doit être effectuée par le salarié auprès de son employeur. Une copie de la déclaration de maladie professionnelle est cependant transmise à ce dernier par la CPAM ; il pourra donc émettre des réserves motivées sur le caractère professionnel de la maladie[18].

- en cas d'accident du travail :
  - la victime doit informer ou faire informer son employeur[19] au plus tard dans les 24 heures[20] ;
  - il revient à l'employeur, le cas échéant avec des réserves motivées sur le caractère professionnel de l'accident[21], de déclarer l'accident à la CPAM[22] dans les 48 heures[23] et de lui adresser une attestation de salaire ;
  - la victime doit adresser les volets n° 1 et 2 de son certificat médical à la CPAM, qui disposera de 30 jours pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident[24]. Un examen et une enquête peuvent également être menés.

Les conditions de reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie ou d'un accident sont les suivantes :

- les maladies[25] ;
  - sont présumées d'origine professionnelle :
    - si elles figurent dans un tableau de maladies professionnelles[26] ;
    - et si elles ont été contractées dans les conditions évoquées par celui-ci ;
  - peuvent être reconnues d'origine professionnelle :
    - si, bien que des conditions du tableau relatives au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative de travaux ne soient pas remplies, il est établi que la maladie en question a bien été directement causée par le travail de la victime ;

---

[15] Article R. 441-10 du code de la sécurité sociale.

[16] Article R. 441-12 du code de la sécurité sociale.

[17] Article R. 441-14 du code de la sécurité sociale.

[18] Article R. 441-11 du code de la sécurité sociale.

[19] Article L. 441-1 du code de la sécurité sociale.

[20] Article R. 441-2 du code de la sécurité sociale.

[21] Article R. 441-11 du code de la sécurité sociale.

[22] Article L. 441-2 du code de la sécurité sociale.

[23] Article R. 441-3 du code de la sécurité sociale.

[24] Article R. 441-10 du code de la sécurité sociale.

[25] Article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.

[26] Ce tableau est détaillé à l'annexe II du code de la sécurité sociale.

- ou si la maladie n'est pas mentionnée dans le tableau mais a été essentiellement et directement causée par le travail habituel du salarié et a généré une incapacité permanente d'au moins 25 %[27] ou entraîné son décès[28] ;
- dans les deux cas, il revient à la caisse primaire, après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, de reconnaître l'origine professionnelle de la maladie. L'avis s'impose à la caisse.

Encadré 1 : La composition du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

L'article D. 461-27 du code de la sécurité sociale précise que le comité régional est composé :

- du médecin-conseil régional ou d'un médecin-conseil de l'échelon régional qu'il a désigné ;
- du médecin inspecteur régional du travail ou d'un médecin inspecteur qu'il a désigné ;
- et d'un professeur des universités-praticien hospitalier ou d'un praticien hospitalier qualifié en matière de pathologie professionnelle, nommé pour quatre ans et inscrit sur une liste établie par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé.
- Le comité peut rendre son avis en présence de deux de ses membres, le dossier devant être soumis à l'ensemble des membres en cas de désaccord entre eux. Chacun d'entre eux est astreint au secret professionnel.

- les accidents sont considérés comme accidents du travail :
  - s'ils sont survenus par le fait ou à l'occasion du travail, quelle qu'en soit la cause[29] ;
  - s'ils sont survenus pendant le trajet d'aller et de retour entre la résidence principale et le lieu du travail, lorsque la victime en a apporté la preuve ou lorsque l'enquête a permis à la caisse de disposer de présomptions suffisantes[30].

1.1.1.4. Les cotisations d'accident du travail et de maladie professionnelle

Le taux des cotisations dues par les employeurs au titre du régime des accidents du travail et maladies professionnelles est fixé de manière spécifique.

1.1.1.4.1. Une différenciation au regard du nombre de salariés

L'article D. 242-6-2 du code de la sécurité sociale dispose que le mode de tarification est déterminé par l'effectif de l'entreprise, que celle-ci comporte un ou plusieurs établissements, avec l'application de taux différents, le cas échéant, entre les établissement ou au sein d'un établissement si des activités différentes y sont exercées :

- une tarification collective s'applique pour les entreprises de moins de 20 salariés ;

[27] Article R. 461-8 du code de la sécurité sociale.

[28] Les pathologies psychiques sont l'objet de modalités spécifiques.

[29] Article L. 411-1 du code de la sécurité sociale.

[30] Article L. 411-2 du code de la sécurité sociale.

  - les taux collectifs présentent de fortes divergences : dans le secteur de l'industrie et de la métallurgie, le taux net d'une entreprise spécialisée dans la fabrication de pompes et d'articles de robinetterie est par exemple de 2,2 % ; dans le secteur de la construction, la réparation ou la peinture de navires en acier, il s'élève à 6,5 %[31] ;
  - le taux net moyen national de cotisation est de 2,32 %[32].
- une tarification individuelle s'applique pour les entreprises d'au moins 150 salariés ;
- une tarification mixte s'applique pour les entreprises comprenant entre 20 et 149 salariés.

Le taux de la cotisation est déterminé par établissement, mais les entreprises relevant de la tarification individuelle ou mixte peuvent demander à bénéficier d'un taux unique pour tous leurs établissements appartement à la même catégorie de risques[33].

1.1.1.4.2. Le calcul du taux

1.1.1.4.2.1. La détermination du coût moyen

Pour les entreprises soumises à une tarification individualisée ou mixte, le taux de cotisation est calculé sur la base de coûts moyens, qui correspondent à la moyenne des dépenses générées par des sinistres de gravité équivalente dans chaque secteur d'activité au cours des trois dernières années[34]. Un coût moyen est donc attribué pour chaque sinistre selon sa gravité. Ces coûts sont fixés par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles après avis des comités techniques nationaux. Deux catégories de coûts moyens doivent être distinguées[35] :

1.1.1.4.2.1.1. Les coûts moyens pour les sinistres avec incapacité temporaire

Les catégories sont fonction du nombre de jours d'arrêts de travail prescrits :

- la catégorie 1 regroupe les arrêts de moins de quatre jours ;
- la catégorie 2 les arrêts de quatre à quinze jours ;
- la catégorie 3 les arrêts de seize à 45 jours ;
- la catégorie 4 les arrêts de 46 à 90 jours ;
- la catégorie 5 les arrêts de 91 à 150 jours ;
- la catégorie 6 les arrêts de plus de 150 jours.

---

[31] Arrêté du 27 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 17 octobre 1995 relatif à la tarification des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles et fixant les tarifs des cotisations d'accidents du travail et des maladies professionnelles des activités professionnelles relevant du régime général de la sécurité sociale pour 2017.

[32] Arrêté du 27 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 17 octobre 1995 relatif à la tarification des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles et fixant les tarifs des cotisations d'accidents du travail et des maladies professionnelles des activités professionnelles relevant du régime général de la sécurité sociale pour 2017.

[33] Article D. 242-6-1 du code de la sécurité sociale.

[34] Article D. 242-6-8 du code de la sécurité sociale.

[35] Article D. 242-6-6 du code de la sécurité sociale.

1.1.1.4.2.1.2. Les coûts moyens pour les sinistres avec incapacité permanente

Les catégories sont fonction du taux d'incapacité :

- la catégorie 1 concerne les incapacités permanentes de moins de 10 % ;
- la catégorie 2 les incapacités de 10 % à 19 % ;
- la catégorie 3 les incapacités de 20 % à 39 % ;
- la catégorie 4 les incapacités de 40 % et plus ainsi que le décès de la victime.

1.1.1.4.2.2. La valeur du risque prise en compte

1.1.1.4.2.2.1. Pour le taux collectif

Le risque propre à l'ensemble des établissements de la même catégorie ou du même groupe de risques[36] est pris en compte dans le calcul du taux brut collectif.

1.1.1.4.2.2.2. Pour le taux individuel

Le risque propre à l'établissement en question est pris en compte dans le calcul du taux brut individuel[37].

1.1.1.4.2.3. La détermination du taux

1.1.1.4.2.3.1. Le taux brut

Le taux brut est égal au rapport entre la valeur du risque mentionnée au 1.1.1.1.1.2 et la masse des salaires payés au personnel pour les trois dernières années.

Dans cette perspective, l'article D. 242-6-16 du code de la sécurité sociale précise que le nombre de salariés d'une entreprise exploitant plusieurs établissements est égal à la somme du nombre de salariés de chacun d'entre eux, à l'exception de ceux situés dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle. Les élèves, les étudiants, les artistes du spectacle, les mannequins, les salariés relevant du bâtiment et des travaux publics et les dockers ne sont pas pris en compte dans le calcul.

Cet article a été abrogé par le décret n°2017-858 du 9 mai 2017 afin de simplifier les modalités de décompte de l'effectif d'une entreprise, dans le contexte de la généralisation de la déclaration sociale nominative qui vise à automatiser le décompte de l'effectif par les organismes du recouvrement et ainsi faciliter les obligations déclaratives de l'employeur. Il est remplacé par l'article R. 130-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit un seul décompte de l'effectif de l'entreprise quelle que soit l'implantation de ses établissements en France **à compter du 1er janvier 2018**.

1.1.1.4.2.3.2. Le taux net

Le taux net de cotisation est égal au taux brut affecté de quatre majorations[38], détaillées à l'article D. 242-6-9 du code de la sécurité sociale :

---

[36] Article D. 242-6-4 du code de la sécurité sociale.

[37] Article D. 242-6-4 du code de la sécurité sociale.

- une majoration forfaitaire couvrant les accidents du trajet, égale à 0,22 % des salaires[39] ;
- une majoration couvrant les frais de gestion du risque professionnel, égale à 58 % du taux brut augmenté de la majoration évoquée ci-dessus ;
- une majoration couvrant les compensations inter-régimes et le fonds de prise en charge des salariés exposés à l'amiante, égale à 0,54 % des salaires ;
- une majoration couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite anticipés pour pénibilité, égale à 0,01 % des salaires.

1.1.1.4.3. Des changements susceptibles d'accroître la prévention au sein des entreprises

1.1.1.4.3.1. Les seuils d'effectifs

Les dispositions précédemment évoquées ont été modifiées en 2012. Auparavant, les seuils d'effectifs appliqués étaient les suivants :

- le taux collectif concernait les entreprises de moins de dix salariés ;
- le taux individuel concernait les entreprises d'au moins 200 salariés ;
- le taux mixte concernait les entreprises comprenant entre dix et 199 salariés.

Aussi, la tarification individuelle a été élargie aux entreprises comportant entre 150 et 200 salariés. Ce changement est susceptible de favoriser la prévention des risques au sein des entreprises concernées.

1.1.1.4.3.2. La part individuelle du taux de cotisation

Auparavant, le taux de cotisation était calculé sur la base du coût de chaque sinistre pris isolément. L'instauration d'un calcul sur la base des coûts moyens évoqués au 1.1.1.1.1.1 est susceptible de limiter l'impact dans le temps d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sur le taux de cotisation d'une entreprise et de le rendre plus prévisible.

1.1.2. Le salaire journalier pris en compte et le montant de l'indemnité dépendent du risque couvert, de la situation du salarié et la durée de son arrêt

1.1.2.1. Le salaire journalier pris en compte dans le calcul de l'indemnité

1.1.2.1.1. En cas de maladie, de maternité, de paternité et d'adoption

En vertu des articles R. 323-4 et R. 331-5 du code de de la sécurité sociale, le salaire journalier pris en compte dépend de l'activité du salarié :

- dans le cas général, il correspond au montant des trois derniers salaires mensuels bruts divisé par 91,25 ;

---

[38] Article D. 242-6-3 du code de la sécurité sociale.

[39] Arrêté du 26 décembre 2016 fixant les majorations visées à l'article D. 242-6-9 du code de la sécurité sociale pour l'année 2017.

- lorsque le salarié exerce une profession à caractère saisonnier ou discontinu, il est égal au montant du salaire des douze mois antérieurs à la date d'interruption divisé par 365 ;
- dans l'hypothèse où le salaire est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine, le salaire journalier pris en compte est respectivement égal au montant des six ou des douze derniers salaires divisé par 84.

1.1.2.1.2. En cas de d'accident du travail ou de maladie professionnelle

L'article R. 433-4 du code de la sécurité sociale prévoit également trois possibilités dans la prise en compte du salaire journalier de référence :

- dans le cas général, les indemnités journalières sont calculées à partir du dernier salaire mensuel brut divisé par 30,42 ;
- lorsque le salarié exerce une profession à caractère saisonnier ou discontinu, le salaire pris en compte correspond au montant du salaire des douze mois antérieurs à la date d'interruption divisé par 365 ;
- dans l'hypothèse où le salaire est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine, le salaire journalier pris en compte est égal aux deux ou aux quatre derniers salaires divisés par 28.

Ces règles ont été simplifiées par le décret n° 2014-953 du 20 août 2014[40]. Auparavant, il était par exemple aussi prévu que soit divisé par 91,25 le montant du salaire des trois mois antérieurs à la date d'arrêt du travail pour les salaires versés sur une base trimestrielle.

1.1.2.1.3. Le plafond retenu

Le salaire journalier pris en compte pour le calcul de l'indemnité est limité par un plafond, différent dans chaque régime :

- en cas de maladie, il est égal à 1,8 fois le montant du Smic mensuel en vigueur le dernier jour du mois précédant celui de l'arrêt[41] ;
- en cas de maternité, de paternité et d'adoption, il est égal au plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur le dernier jour du mois précédant celui de l'arrêt[42] ;
- en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le salaire journalier est limité à 0,834 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS)[43].

Avant le décret n° 2014-953 du 20 août 2014[44], applicable pour les arrêts ayant débuté depuis le 1er janvier 2015, les valeurs du Smic et du plafond de la sécurité sociale retenues étaient celles en vigueur pour chaque mois de versement. Ce mode de calcul était de nature à complexifier le calcul des indemnités, dont le montant pouvait évoluer d'autant plus aisément.

---

[40] Décret n° 2014-953 du 20 août 2014 relatif aux modalités de calcul des indemnités journalières dues au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles.

[41] Article R. 323-4 du code de la sécurité sociale.

[42] Article R. 331-5 du code de la sécurité sociale.

[43] Article L. 433-2 du code de la sécurité sociale.

[44] Décret n° 2014-953 du 20 août 2014 relatif aux modalités de calcul des indemnités journalières dues au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les montants correspondant à ces plafonds présentent de fortes différences. En 2017, le salaire journalier de référence est ainsi plafonné à 2 664,49 € par mois en cas de maladie et 3 269 € par mois en cas de maternité, de paternité et d'adoption. Il est limité à 327,16 € par jour en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, cette somme représentant respectivement, sur une base mensuelle, près du quadruple et plus du triple des chiffres précédemment évoqués. Le régime en vigueur pour les maladies professionnelles et les accidents du travail est donc relativement plus favorable pour les bénéficiaires.

Il convient en outre de souligner que la prise en compte du Smic et du plafond de la sécurité sociale dans le calcul des indemnités journalières se traduit par une augmentation du montant versé de celles-ci lorsque ceux-là sont revalorisés.

1.1.2.2. Le montant de l'indemnité

1.1.2.2.1. En cas de maladie non professionnelle

Pour les maladies non professionnelles, l'article R. 323-5 du code de la sécurité sociale dispose que le nombre d'enfants à la charge de l'assuré intervient dans le calcul du montant de l'indemnité, qui peut être majoré le cas échéant[45] :

- jusqu'à deux enfants à la charge de l'assuré, l'indemnité journalière est égale à **50 % du salaire journalier de base**, plafonnée à **43,80 € brut**[46] ;
- à partir de trois enfants à charge, l'indemnité est égale à **50 % du salaire journalier pendant les 30 premiers jours d'arrêt, puis 66,66 % à partir du 31ème**. Les montants sont respectivement plafonnés à **43,80 € brut**, puis **58,40 € brut**[47].

1.1.2.2.2. En cas de maternité, de paternité et d'adoption

L'article R. 331-5 du code de la sécurité sociale dispose que l'indemnité journalière est égale au gain journalier de base, obtenu après déduction d'un taux forfaitaire représentatif des cotisations salariales[48] fixé à 21 %[49].

L'indemnité versée doit être comprise entre le montant minimum de la pension d'invalidité divisé par 365[50], soit **9,27 €** en 2017, et le PASS divisé par 365 et minoré du taux de 21 %[51], soit **84,90 € par jour**.

Comme pour les indemnités maladie, le montant des sommes ayant donné lieu à régularisation de cotisations de sécurité sociale ne doit plus être intégré à la base de calcul des indemnités journalières depuis le 1er janvier 2015[52].

---

[45] Le décret n° 2014-953 du 20 août 2014 a supprimé l'intégration de la régularisation de cotisations sociales dans la base de calcul des indemnités.

[46] Ce chiffre correspond à 50 % de 1,8 fois le montant du Smic annuel divisé par 365.

[47] Ce chiffre correspond à 66,66 % de 1,8 fois le montant du Smic annuel divisé par 365.

[48] Article R. 433-4 du code de la sécurité sociale.

[49] L'application de ce taux, instaurée par le décret n° 2013-266 du 28 mars 2013, est effective depuis le 1er juillet 2013.

[50] Arrêté du 22 décembre 1955 relatif au montant minimum des indemnités journalières des assurances maladie et maternité.

[51] Article R. 331-5 du code de la sécurité sociale.

[52] Décret n° 2014-953 du 20 août 2014 relatif aux modalités de calcul des indemnités journalières dues au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles.

1.1.2.2.3. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

L'indemnité est égale à 60 % du salaire journalier[53] du premier au 28ème jour d'arrêt, dans la limite de 196,30 € brut, puis à 80 %[54] à partir du 29ème, dans la limite de 261,73 € brut. Ces montants sont nettement plus importants que les plafonds d'indemnisation des autres risques (*cf. supra*).

L'indemnité ainsi calculé ne peut dépasser le montant du gain journalier net perçu par la victime. Ce montant est déterminé depuis le 1er janvier 2015, date de l'entrée en vigueur du décret n° 2014-953 du 20 août 2014[55], par l'application au salaire de référence d'un taux de 21 % correspondant à une estimation forfaitaire de cotisations sociales salariales[56]. En cas de dépassement, le montant de l'indemnité versé est ramené au gain journalier net.

1.1.2.3. La revalorisation de l'indemnité

Lorsque l'arrêt de travail dure plus de trois mois, le taux des indemnités pour maladie[57], maternité[58], et accident du travail ou maladie professionnelle[59] peut être révisé en cas d'augmentation générale des salaires :

- le salaire journalier de référence est alors majoré par application des coefficients fixés par arrêté interministériel ;
- lorsqu'une convention collective est applicable à sa profession, l'assuré peut demander que la révision soit effectuée sur la base d'un salaire journalier calculé à partir du salaire normal prévu par la convention.

1.1.2.4. Les régimes fiscal et social des IJ

1.1.2.4.1. L'impôt sur le revenu

En application de l'article 80 quinquies et de l'article 81 du code général des impôts, les indemnités journalières sont imposées sur le revenu, à trois exceptions près :

- les indemnités versées en cas de maladie nécessitant un traitement prolongé et des soins coûteux[60] ;
- les indemnités supplémentaires versées aux femmes dont le métier implique des travaux incompatibles avec leur état ;
- les indemnités d'accident du travail et de maladie professionnelle sont exonérées à 50 %. Elles ne sont imposables que depuis la loi de finances pour 2010[61].

---

[53] Article R. 433-1 du code de la sécurité sociale.

[54] Article R. 433-3 du code de la sécurité sociale.

[55] Décret n° 2014-953 du 20 août 2014 relatif aux modalités de calcul des indemnités journalières dues au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles.

[56] Auparavant, un arrêté ministériel du 3 août 1993 prévoyait la déduction de la rémunération brute des cotisations salariales d'origine légale ou conventionnelle et de la CSG.

[57] Article R. 323-6 du code de la sécurité sociale.

[58] Article R. 331-5 du code de la sécurité sociale.

[59] Article R. 433-10 du code de la sécurité sociale.

[60] L'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale précise que la liste de ces affections est fixée par décret après avis de la Haute autorité de santé. Cette figure à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale.

[61] Loi n° 2009-1673 du 30 décembre 2009 de finances pour 2010.

1.1.2.4.2. Les contributions et cotisations sociales

L'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale prévoit que l'ensemble des indemnités est soumis aux prélèvements sociaux, à hauteur de 6,2 % au titre de la CSG et de 0,5 % au titre de la CRDS. En revanche, elles ne sont pas soumises aux cotisations sociales[62].

1.1.2.5. Le cumul des indemnités

Les indemnités journalières de maladie, professionnelle ou non, d'accident du travail de maternité, de paternité et d'adoption ne peuvent être cumulées les unes avec les autres[63]. Il est également impossible de cumuler les allocations chômage et les autres revenus de remplacement avec les indemnités maladie et maternité[64].

Aussi, les assurés sont susceptibles de réaliser un arbitrage entre les indemnités et les allocations en fonction de leur attractivité relative.

Encadré 2 : L'allocation d'aide au retour à l'emploi

Pour bénéficier de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE), la convention du 14 mai 2014 relative à l'indemnisation du chômage précise que les salariés doivent :

- avoir perdu leur activité professionnelle involontairement ;
- justifier d'une période d'affiliation de 122 jours ou 610 heures de travail au cours des 28 derniers mois s'ils ont moins de 50 ans, au cours des 36 derniers mois s'ils ont plus de 50 ans ; ces durées d'affiliation sont respectivement 2,5 et trois fois moins élevées que celles demandées aux salariés en arrêt de plus de six mois pour maladie et aux salariées en congé de maternité ;
- être inscrit comme demandeur d'emploi auprès de Pôle emploi ou accomplir une formation ;
- mener une recherche effective et permanente d'emploi ;
- être physiquement apte à l'exercice d'un emploi ;
- ne pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite et la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une pension de vieillesse à taux plein ;
- résider sur un territoire couvert par l'assurance chômage.

Cette allocation comprend une part fixe, égale à 11,76 €, et une part variable, égale à 40,4 % du salaire journalier de référence, lequel est calculé à partir des salaires et des primes des douze derniers mois ayant donné lieu à des cotisations d'assurance chômage. Elle ne peut être ni inférieure à 57 % du salaire journalier de référence, ni supérieure à 75 % de celui-ci. Les montants correspondants sont plus importants que les indemnités journalières versées en cas de maladie.

Le nombre de jours indemnisés est égal au nombre de jours travaillés, dans la limite de 24 mois pour les salariés de moins de 50 ans, cette durée étant portée à 36 mois pour ceux ayant plus de 50 ans. L'indemnisation ne commence toutefois qu'après un délai de sept jours, auxquels s'ajoutent d'éventuels différés d'indemnisation.

L'article L. 311-5 du code de la sécurité sociale permet aux individus bénéficiant de l'aide au retour à l'emploi de conserver leur qualité d'assuré, et par conséquent de bénéficier du maintien de leurs droits aux indemnités journalières. Il convient de préciser que les individus ayant perdu leur qualité d'assuré social conservent leurs droits aux indemnités journalières pendant douze mois[65].

---

[62] Article R. 242-1 du code de la sécurité sociale.

[63] Articles R. 331-6 et L. 371-3 du code de la sécurité sociale.

[64] Article R. 332-1 du code de la sécurité sociale.

[65] Article L. 161-8 du code de la sécurité sociale.

1.1.3. La durée d'indemnisation, marquée par l'existence d'un délai de carence de trois jours, est limitée pour les salariés en arrêt de travail pour maladie

1.1.3.1. Le « délai de carence » susceptible de précéder le début d'indemnisation

1.1.3.1.1. En cas de maladie

Conformément à l'article R. 323-1 du code de la sécurité sociale, l'indemnité journalière est versée après **un « délai de carence » de trois jours**.

Celui-ci ne s'applique qu'au premier des arrêts générés par une affection de longue durée (ALD)[66] pour une période de trois ans.

1.1.3.1.2. En cas de maternité, de paternité, d'adoption, d'accident du travail ou de maladie professionnelle

Les salariés en arrêt de travail en raison d'un congé de maternité[67], de paternité, d'adoption, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle[68] bénéficient d'indemnités **dès le premier jour de leur interruption**.

1.1.3.2. La durée de versement

L'article R. 323-1 du code de la sécurité sociale limite la durée de versement des indemnités pour maladie :

- 360 indemnités journalières peuvent être versées sur une période de trois ans aux assurés non atteints par une ALD ;
- les salariés atteints par une ALD peuvent bénéficier d'indemnités pendant trois ans, sans limitation du nombre de jours indemnisés.

Les indemnités journalières sont versées pendant toute la période du congé de maternité. Quant aux accidents du travail ou de maladies professionnelles, elles sont versées pendant toute la période d'incapacité temporaire jusqu'à la guérison ou la consolidation de l'état de la victime.

Encadré 3 : La durée du congé de maternité

La durée du congé de maternité dépend de la situation familiale de la salariée :

- si la salariée a mis au monde moins de deux enfants nés viables ou si elle ou son foyer ont moins de deux enfants à charge, il est de **seize semaines, dont six avant la date présumée de l'accouchement**[69] ;

---

[66] Il existe deux catégories d'ALD :

- les ALD dites « exonérantes » du « ticket modérateur », c'est-à-dire les affections inscrites à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale (comme par exemple la maladie d'Alzheimer), les affections non inscrites mais impliquant un traitement prolongé, une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique coûteuse (comme par exemple les ulcères chroniques) et les polypathologies ;
- les ALD « non exonérantes », mentionnées à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, qui correspondent aux affections nécessitant une interruption de travail ou des soins d'une durée prévisible de six mois ou plus mais n'ouvrant pas droit à l'exonération du ticket modérateur, comme par exemple l'arthrose.

[67] Article L. 331-3 du code de la sécurité sociale.

[68] Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale.

- si la salariée a déjà mis au monde deux enfants à charge ou plus ou si elle son foyer ont déjà deux enfants ou plus à charge, il est de 26 semaines, dont huit avant la date présumée de l'accouchement[70] ;
- dans les deux cas, la salariée peut demander, avec l'accord du professionnel de santé qui suit la grossesse, la réduction de la durée du congé prénatal de trois semaines maximum, la durée du congé postnatal étant augmentée d'autant.

Le congé est allongé :

- en cas de naissances multiples[71] :
  - il est porté à 34 semaines, dont douze avant la date présumée de l'accouchement, pour la naissance de deux enfants ;
  - il est porté à 46 semaines, dont 24 avant la date présumée de l'accouchement, pour la naissance de trois enfants ou plus ;
- **en cas d'état pathologique** dont il est attesté par un certificat médical qu'il résulte de la grossesse ou de l'accouchement[72]. Il peut être augmenté de **deux semaines maximum avant la date présumée de l'accouchement et de quatre semaines après celle-ci**.

1.1.4. Un salarié victime d'un accident ou d'une maladie peut être reconnu inapte à reprendre son emploi, invalide ou en situation d'incapacité permanente et percevoir, à ce titre, une indemnisation

1.1.4.1. À la suite d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, un salarié peut être déclaré inapte à reprendre son emploi par le médecin du travail

1.1.4.1.1. L'avis d'inaptitude est établi par le médecin du travail

Si l'accident ou la maladie le justifie, les articles L. 4624-4, L. 4624-5 et R. 4624-42 du code du travail disposent que le médecin du travail peut déclarer le salarié inapte à reprendre son emploi après avoir :

- réalisé au moins un examen médical du salarié ; il peut également réaliser un nouvel examen médical quinze jours après le premier et demander des examens complémentaires ;
- étudié les caractéristiques de son poste et de ses conditions de travail ;
- échangé avec son employeur pour connaître son avis sur les propositions qu'il envisage de faire ;
- constaté qu'aucune mesure d'adaptation, d'aménagement ou de transformation du poste de travail n'est possible.

L'avis d'inaptitude comporte des indications relatives au reclassement du salarié et des conclusions écrites du médecin du travail, qui peuvent être contestées par le salarié et par son employeur. Le Conseil de prud'hommes est alors saisi d'une demande de désignation d'un médecin expert[73].

---

[69] Article L. 1225-17 du code du travail.

[70] Article L. 1225-19 du code du travail.

[71] Article L. 1225-18 du code du travail.

[72] Article L. 1225-21 du code du travail.

[73] Article L. 4624-7 du code du travail.

1.1.4.1.2. L'employeur est tenu, sous certaines conditions, de reclasser le salarié

L'employeur est tenu de proposer au salarié un emploi approprié à ses capacités[74], sauf si l'avis d'inaptitude précise que le maintien dans un emploi serait préjudiciable pour sa santé ou que son état de santé s'oppose à tout reclassement dans un emploi.

La proposition de reclassement doit être formulée à partir des conclusions et des indications du médecin du travail et après avis des délégués du personnel. Elle peut impliquer l'adaptation, l'aménagement, la mutation ou la transformation des postes existants, et être recherchée dans l'entreprise et, éventuellement, dans le groupe auquel appartient l'entreprise. Le cas échant, l'employeur doit informer par écrit le salarié des motifs qui l'empêchent de lui proposer un autre emploi[75].

Le salarié est libre de refuser l'emploi proposé.

1.1.4.1.3. Le salarié peut être rémunéré en l'absence de reclassement

L'employeur n'est pas tenu de rémunérer le salarié au cours du premier mois de recherche de l'emploi de reclassement, sauf si des dispositions conventionnelles le prévoient[76]. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, ce dernier a cependant droit au versement d'une indemnité temporaire d'inaptitude[77], égale au montant des indemnités journalières versées pendant son arrêt de travail[78], par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)[79].

Au-delà, il doit procéder au versement du salaire que percevait le salarié avant son inaptitude jusqu'à son reclassement ou la rupture du contrat.

1.1.4.1.4. Dans certaines conditions, le licenciement du salarié ou la rupture de son CDD sont possibles

L'inaptitude du salarié peut conduire à son licenciement[80] ou à la rupture de son contrat à durée déterminée[81] :

- si l'avis d'inaptitude précise que le maintien de l'emploi serait gravement préjudiciable pour sa santé ou que son état de santé fait obstacle à tout reclassement dans un emploi ;
- s'il a refusé l'emploi proposé par son employeur ;
- si l'employeur justifie de l'impossibilité de lui proposer un emploi.

---

[74] Article L. 1226-2 du code du travail.

[75] Article L. 1226-2-1 du code du travail.

[76] Article L. 1226-4 du code du travail.

[77] Article D. 433-2 du code de la sécurité sociale.

[78] Article D. 433-4 du code de la sécurité sociale.

[79] Article D. 433-5 du code de la sécurité sociale.

[80] Article L. 1226-4 du code du travail.

[81] Article L. 1226-4-2 du code du travail.

1.1.4.2. Les assurés victimes d'un accident ou d'une maladie non professionnels peuvent percevoir une pension d'invalidité

1.1.4.2.1. Les conditions d'ouverture des droits reposent sur une durée minimale de travail, d'affiliation et de cotisation à la Sécurité sociale

À la suite d'un accident ou d'une maladie non professionnels, un salarié dont la capacité de travail et de gain est réduite d'au moins deux tiers[82] peut être déclaré invalide. L'article R. 313-5 du code de la sécurité sociale dispose qu'il peut bénéficier d'une pension d'invalidité s'il est affilié à la sécurité sociale depuis au moins douze mois à compter du premier jour du mois au cours duquel a débuté l'arrêt de travail ayant précédé l'invalidité ou au cours duquel l'invalidité a été constatée suite à l'usure prématurée de l'organisme. Il doit également :

- justifier d'un montant de cotisations au moins équivalent à celui des mêmes cotisations dues pour une rémunération au moins égale à 2 030 fois le montant du Smic ;
- ou avoir travaillé au moins 600 heures au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail ou la constatation de l'invalidité ;
- avoir moins de l'âge légal de départ à la retraite[83].

Ces conditions d'ouverture des droits sont proches de celles exigées pour bénéficier des indemnités journalières à l'occasion d'un arrêt de travail de plus de six mois.

Si la CPAM n'en a pas pris l'initiative, l'assuré peut faire une demande de versement de la pension d'invalidité[84]. Après avis du service médical[85], celle-ci dispose d'un délai de deux mois pour informer le salarié de sa décision à compter de la réception de la demande de pension ou du courrier de la caisse informant le salarié de sa mise en invalidité.

1.1.4.2.2. Le montant de la pension dépend de la catégorie d'invalidité

Le montant de la pension dépend de la catégorie d'invalidité[86] dans laquelle le médecin-conseil de la CPAM a placé l'assuré :

- s'il est capable d'exercer une activité rémunérée, il sera placé dans la première catégorie et percevra chaque mois une somme égale à 30 %[87] du salaire annuel moyen de ses dix meilleures années, le montant mensuel versé ne pouvant être inférieur à 282,78 € et supérieur à 980,70 € ;
- s'il est totalement incapable d'exercer une profession, il sera placé dans la deuxième catégorie et percevra chaque mois une somme égale à 50 %[88] de ce salaire, le montant mensuel versé ne pouvant être inférieur à 282,78 € et supérieur à 1 634,50 € ;

---

[82] Article R. 341-2 du code de la sécurité sociale.

[83] Article L. 341-15 du code de la sécurité sociale. À partir de l'âge légal de départ à la retraite, la pension de vieillesse est substituée à la pension d'invalidité (cf. article L. 341-15 du code de la sécurité sociale). Néanmoins, l'assuré qui exerce une activité professionnelle et qui, à l'âge minimum légal de départ à la retraite, ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée, continue de bénéficier de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 (cf. article L. 341-16 du code de la sécurité sociale).

[84] L'article L. 341-8 du code de la sécurité sociale précise que la CPAM peut également prendre l'initiative d'engager la procédure de versement d'une pension d'invalidité.

[85] Article R. 341-9 du code de la sécurité sociale.

[86] Article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.

[87] Article R. 341-4 du code de la sécurité sociale.

[88] Article R. 341-5 du code de la sécurité sociale.

- s'il est totalement incapable d'exercer une profession et contraint d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, il sera placé dans la troisième catégorie et percevra chaque mois une somme égale à 50 % de ce salaire majoré de 40 % au titre de la majoration pour tierce personne[89], le montant mensuel versé ne pouvant être inférieur à 1 107,49 € et supérieur à 2 742 €.

Des règles de suspension en tout ou partie sont également prévues lorsque le bénéficiaire de la pension d'invalidité perçoit des salaires ou gains significatifs[90].

1.1.4.3. Les salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peuvent percevoir une rente d'incapacité permanente

1.1.4.3.1. Le taux d'incapacité est établi par la CPAM

À la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, un salarié conservant des séquelles et souffrant d'une diminution durable de ses capacités physiques ou mentales peut recevoir une indemnité après que la CPAM a déterminé son taux d'incapacité permanente (IPP). Celui-ci est établi après avis du médecin-conseil et, lorsque l'incapacité permanente est susceptible de rendre le salarié inapte au travail, du médecin du travail, à partir de[91] :

- l'âge du salarié ;
- son état général ;
- ses facultés physiques et mentales ;
- la nature de son infirmité ;
- ses qualifications professionnelles.

Le taux d'IPP, qui peut être révisé en fonction de l'évolution de l'état de santé du salarié, est susceptible d'être contesté par celui-ci et par son employeur devant le tribunal du contentieux de l'incapacité dans les deux mois suivant la notification du taux.

1.1.4.3.2. L'indemnisation est déterminée par le taux d'IPP

Le montant et le mode de versement de l'indemnisation dépendent du taux d'IPP[92] :

- si le taux est inférieur à 10 %[93], il s'agit d'une indemnité forfaitaire en capital versée en une seule fois ; l'indemnité est égale à 412,35 € pour une incapacité de 1 % et à 4122,39 € pour une incapacité de 9 %[94] depuis le 3 avril 2016 ;
- si le taux est au moins égal à 10 %[95], il s'agit d'une rente viagère versée chaque trimestre[96] jusqu'au décès, laquelle correspond au salaire perçu au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail multiplié par le taux d'incapacité[97] :

---

[89] Article R. 341-6 du code de la sécurité sociale.

[90] Article R. 341-17 du code de la sécurité sociale.

[91] Article L. 434-2 du code de la sécurité sociale.

[92] Le taux retenu correspond au taux d'IPP réduit de moitié jusqu'à 50 % d'incapacité et augmenté de moitié pour la partie du supérieure à 50 %.

[93] Article R. 434-1 du code de la sécurité sociale.

[94] Article D. 434-1 du code de la sécurité sociale.

[95] Article R. 434-1 du code de la sécurité sociale.

[96] La rente est versée chaque mois si le taux d'IPP est supérieur ou égal à 50 %.

[97] Article R. 434-2 du code de la sécurité sociale.

- la fraction du salaire annuel de référence comprise entre 18 336,64 € et 36 673,29 € est intégralement prise en compte ;
- la fraction comprise entre 36 673,29 € et 146 693,16 € est prise en compte à raison d'un tiers ;
- la fraction du salaire supérieure à 146 693,16 € n'est pas prise en compte.

Un régime d'indemnisation spécifique est en vigueur pour les salariés atteints d'une maladie professionnelle liée l'amiante.

1.1.4.3.3. Une indemnisation complémentaire est versée dans certaines conditions

Si l'accident du travail ou la maladie professionnelle résultent d'un danger dont l'employeur aurait dû avoir conscience mais contre lequel il n'a pas pris les mesures nécessaires pour en préserver le salarié, sa faute est dite « inexcusable »[98]. Après avoir prouvé l'existence d'une telle faute, le salarié peut demander auprès de la CPAM :

- la majoration de sa rente d'incapacité permanente ;
- la réparation intégrale des préjudices non indemnisés par le livre IV du code de la sécurité sociale[99].

En cas d'accident provoqué par une faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés, l'article L. 452-5 du code de la sécurité sociale dispose que le salarié peut demander la réparation du préjudice dans les conditions du droit commun.

[98] Article L. 452-1 du code de la sécurité sociale.

[99] Décision n°2010-8 QPC du 18 juin 2010.

Annexe III

Tableau 1 : Régime général de la sécurité sociale, à la date de rédaction du rapport

	Maladie	Maternité, paternité et adoption	Accident du travail et maladie professionnelle
Conditions d'ouverture des droits	▪ pour les six premiers mois d'arrêt : avoir travaillé au moins 150 heures au cours des trois mois ou des 90 jours précédant l'arrêt, ou avoir cotisé, lors des six mois précédant l'arrêt, sur la base d'une rémunération au moins égale à 1 015 fois le montant du Smic horaire fixé au début de la période ; ▪ au-delà de six mois : être affilié à la sécurité sociale depuis au moins douze mois à la date d'interruption du travail, et avoir travaillé au moins 600 heures au cours des douze mois ou des 365 jours précédant l'arrêt, ou avoir cotisé, pendant les douze mois ou les 365 jours précédant l'arrêt, sur la base d'une rémunération au moins égale à 2 030 fois le montant du Smic horaire fixé au début de cette période ; ▪ en cas d'activité saisonnière ou discontinue : avoir travaillé 600 heures au moins ou cotisé sur la base d'un salaire égal à 2 030 fois le montant du Smic horaire au cours des douze mois précédant le début de la période.	▪ avoir travaillé 150 heures au moins au cours des trois mois ou des 90 jours précédant l'arrêt, ou avoir cotisé, lors des six mois précédant l'arrêt, sur la base d'une rémunération au moins égale à 1 015 fois le montant du Smic horaire fixé au début de cette période ; ▪ être affilié à la Sécurité sociale depuis dix mois au moins à la date présumée de l'accouchement ; ▪ pour l'assurée : cesser son activité professionnelle pendant huit semaines au moins ; ▪ pour l'assuré : prendre le congé de paternité et d'accueil de l'enfant dans les quatre mois suivant la naissance de l'enfant ; ▪ en cas d'activité saisonnière ou discontinue : avoir travaillé 600 heures au moins ou cotisé sur la base d'un salaire égal à 2 030 fois le montant du Smic horaire au cours des douze mois précédant le début de la période.	▪ pas de durée minimale d'immatriculation requise ; ▪ pas de montant et de durée de cotisations exigés.

Annexe III

	Maladie	Maternité, paternité et adoption	Accident du travail et maladie professionnelle
Salaire journalier pris en compte dans le calcul de l'indemnité	▪ montant des trois derniers salaires mensuels bruts perçus avant l'arrêt de travail, divisé par 91,25, dans la limite de 1,8 fois le montant du SMIC mensuel brut en vigueur le dernier jour du mois précédant celui de l'arrêt (soit 2 664,49 € en 2017) ; ▪ montant du salaire des douze mois antérieurs à la date d'interruption divisé par 365 lorsque le salarié exerce une profession à caractère saisonnier ou discontinue ; ▪ montant des six ou des douze derniers salaires divisé par 84 suivant que le salarié est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine.	▪ total des trois derniers salaires mensuels bruts perçus, divisé par 91,25, dans la limite du PMSS en vigueur le dernier jour du mois précédant celui de l'arrêt (soit 3 269 € en 2017) ; ▪ montant du salaire des douze mois antérieurs à la date d'interruption divisé par 365 lorsque le salarié exerce une profession à caractère saisonnier ou discontinu ; ▪ montant des six ou des douze derniers salaires divisé par 84 suivant que le salarié est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine.	▪ dernier salaire mensuel brut perçu, divisé par 30,42, dans la limite de 0,834 % du PASS (soit 327,16 € par jour en 2017) ; ▪ montant du salaire des douze mois antérieurs à la date d'interruption divisé par 365 lorsque le salarié exerce une profession à caractère saisonnier ou discontinu ; ▪ montant des deux ou des quatre derniers salaires divisé par 28 selon que le salaire est versé toutes les deux semaines ou chaque semaine.
Montant de l'indemnité journalière	▪ avec deux enfants ou moins à charge : 50 % du salaire journalier de référence, dans la limite du montant du Smic annuel divisé par 730, soit 43,80 € brut ; ▪ avec au moins trois enfants à charge : 50 % du salaire journalier de référence durant les 30 premiers jours d'arrêt, dans la limite de 43,80 € brut, puis 66,66 % du salaire journalier de référence à partir du 31e jour d'arrêt, dans la limite du Smic annuel divisé par 547,5, soit 58,40 € brut.	Gain journalier de base, minoré d'un taux de cotisations forfaitaire de 21 %, devant être compris entre le montant minimum annuel de la pension d'invalidité divisé par 365, soit 9,27 €, et le PASS divisé par 365, soit 84,90 €	▪ du 1er au 28ème jour d'arrêt : 60 % du salaire journalier de référence, dans la limite de 196,30 €. ▪ à partir du 29ème jour : 80 % du salaire journalier de référence, dans la limite de 261,73 €.
Délai de carence	Trois jours pour chaque arrêt de travail, sauf en cas d'arrêts successifs générés par une affection de longue durée (ALD) ou une affection impliquant des soins particulièrement longs pour une période de trois ans	Aucun	Aucun

Annexe III

	Maladie	Maternité, paternité et adoption	Accident du travail et maladie professionnelle
Durée d'indemnisation	▪ assuré non atteint par une affection de longue durée (ALD) : trois ans, avec le versement de 360 IJ au maximum ; ▪ assuré atteint par une ALD : trois ans, sans limitation du nombre de journées indemnisées.	Égale à la durée du congé de maternité ou de paternité	Égale à la durée d'interruption du travail
Périodicité du versement	Quatorze jours	Quatorze jours	Quatorze jours
Revalorisation	Au-delà de trois mois d'arrêt, revalorisation possible en cas d'augmentation des salaires par arrêté ministériel ou dans le cadre d'une convention collective	Au-delà de trois mois d'arrêt, revalorisation possible en cas d'augmentation des salaires par arrêté ministériel ou dans le cadre d'une convention collective	Au-delà de trois mois d'arrêt, revalorisation possible en cas d'augmentation des salaires par arrêté ministériel ou dans le cadre d'une convention collective
Traitement fiscal et social	▪ impôt sur le revenu (sauf maladies nécessitant un traitement prolongé et des soins coûteux) ; ▪ CSG (6,20 %) et CRDS (0,50 %) ; ▪ non soumises à cotisations sociales.	▪ impôt sur le revenu (sauf indemnités supplémentaires versées aux femmes dont le métier implique des travaux incompatibles avec leur état) ; ▪ CSG (6,20 %), CRDS (0,50 %) ; ▪ non soumises à cotisations sociales.	▪ impôt sur le revenu (pour 50 % de leur montant) ; ▪ CSG (6,20 %) et CRDS (0,50 %) ; ▪ non soumises à cotisations sociales.
Cumul	Impossible avec les allocations chômage, les autres revenus de remplacement et les indemnités journalières de maternité, d'accident du travail et de maladie professionnelle	Impossible avec les allocations chômage, les autres revenus de remplacement et les indemnités journalières d'accident du travail et de maladie, professionnelle ou non	Impossible avec les indemnités journalières de maladie et de maternité

Source : Code de la sécurité sociale et code général des impôts.

1.2. Les indemnisations complémentaires assurent aux salariés une couverture supplémentaire

1.2.1. Le code du travail garantit une indemnité complémentaire aux salariés couverts par la sécurité sociale et travaillant depuis au moins un an dans leur entreprise

1.2.1.1. En cas d'accident et de maladie, sans distinction entre leur origine

1.2.1.1.1. Les conditions

En application de la loi du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle[100], les salariés peuvent bénéficier d'une indemnité complémentaire versée par leur employeur en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident du travail ou maladie professionnelle. En l'absence de dispositions plus favorables prévues par la convention collective, les conditions fixées par l'article L. 1226-1 du code du travail sont les suivantes :

- travailler dans l'entreprise depuis au moins un an[101] ;
- ne pas être travailleur à domicile, intermittent, salarié saisonnier ou en activité temporaire ;
- avoir transmis son certificat médical à l'employeur dans les 48 heures[102] ;
- être soigné en France ou dans l'un des États membres de la Communauté européenne ou de l'Espace économique européen ;
- bénéficier des indemnités journalières versées par la sécurité sociale ;
- se soumettre le cas échéant à une contre-visite médicale organisée par l'employeur.

1.2.1.1.2. Le montant de l'indemnité

L'indemnité complémentaire est calculée de telle sorte que le salarié perçoive 90 % de son salaire brut les 30 premiers jours d'arrêt, puis deux tiers les trente jours suivants[103].

Elle est versée pendant 60 jours pour une ancienneté dans l'entreprise comprise entre un et cinq ans, auxquels s'ajoutent dix jours supplémentaires par tranche de cinq ans d'ancienneté, dans la limite de 90 jours[104].

1.2.1.1.3. Le délai de carence

L'article D. 1226-3 du code du travail précise que le délai de carence, égal à dix jours avant le décret n°2008-716 du 18 juillet 2008, est désormais de sept jours.

Ce délai n'est pas appliqué en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

---

[100] Loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle.

[101] Avant la loi n°2008-596 du 25 juin 2008, trois ans d'ancienneté dans l'entreprise étaient requis.

[102] Cette obligation ne concerne pas les salariés mentionnés à l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire victimes, blessés ou impliqués dans un acte de terrorisme.

[103] Article D. 1226-1 du code du travail.

[104] Article D. 1226-2 du code du travail.

1.2.1.1.4. La contre-visite médicale à la demande de l'employeur

Si le contrôle effectué à la demande de l'employeur conclut à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou si l'examen de l'assuré est impossible, l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le médecin transmet dans les 48 heures son rapport au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie compétente. Le rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné.

Le service du contrôle médical dispose alors de deux possibilités :

- demander à la caisse compétente la suspension du versement des indemnités journalières. L'assuré peut alors demander à sa caisse d'assurance maladie de saisir le service du contrôle médical pour un examen de sa situation dans les dix jours suivant la notification de suspension des indemnités journalières[105] ;
- procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré, lequel est de droit en cas d'impossibilité d'examen de l'assuré lors du contrôle.

1.2.1.2. En cas de maternité, de paternité et d'adoption

Aucun dispositif législatif spécifique n'existe en matière de maternité, de paternité et d'adoption.

Les régimes appliqués reposent donc exclusivement, le cas échéant, sur les conventions collectives.

1.2.2. Les conventions collectives peuvent également prévoir une couverture supplémentaire

Les conventions collectives peuvent également comporter des dispositions relatives à la couverture des salariés contraints d'interrompre temporairement leur activité. D'après une étude de la Dares publiée en mars 2016[106], 15,3 millions de salariés étaient couverts par 704 conventions collectives de branche (en dehors des branches agricoles), regroupées en 495 conventions collectives agrégées, à la fin de l'année 2013. 74 % des salariés étaient couverts 65 conventions agrégées.

[105] Article D. 315-4 du code de la sécurité sociale.

[106] « Portrait statistique des principales conventions collectives de branche », Dares résultats n° 16, mars 2016.

1.2.3. Un exemple : les conventions collectives du secteur du bâtiment

Au-delà des obligations mentionnées dans le code de la sécurité sociale (*cf. supra*), les conventions collectives peuvent comporter des dispositions relatives à l'indemnisation des arrêts de travail médicalement justifiés. Dans le secteur du bâtiment, il convient de distinguer :

- la convention collective nationale des ouvriers employés par les entreprises du bâtiment visées par le décret du 1er mars 1962 (c'est-à-dire occupant jusqu'à 10 salariés) du 8 octobre 1990 et la convention collective nationale des ouvriers employés par les entreprises du bâtiment non visées par ce décret (et occupant donc plus de 10 salariés) du 8 octobre 1990 ; les stipulations de ces conventions s'agissant de la couverture complémentaire sont strictement identiques ;
- la convention collective nationale des employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM) du bâtiment du 12 juillet 2006 ;
- la convention collective nationale des cadres du bâtiment du 1er juin 2004 ;
- ces conventions représentent respectivement 351 900 salariés, 526 100 salariés, 141 300 salariés et 61 300 salariés, soit 1 080 600 salariés au total[107].

1.2.3.1. La couverture complémentaire assure un maintien quasi-intégral du salaire en cas d'accident et de maladie, mais pendant une durée limitée

1.2.3.1.1. Les conditions d'ouverture des droits pour bénéficier des indemnités journalières de base sont renforcées par des conditions d'ancienneté

1.2.3.1.1.1. Les ouvriers doivent pouvoir justifier d'une durée d'ancienneté dépendant de leur âge

En cas d'accident et de maladie non professionnels, l'article 6.121 de la convention prévoit les conditions d'ouverture des droits suivantes :

- présenter un certificat médical justifiant l'arrêt de travail ;
- bénéficier des indemnités de base de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole ;
- se soumettre, le cas échéant, à une contre-visite médicale organisée par l'employeur ;
- pour les ouvriers de moins de 25 ans et pour les apprentis sous contrat :
  - justifier d'un mois d'ancienneté dans l'entreprise ;
- pour les ouvriers ayant au moins 25 ans :
  - justifier de trois mois d'ancienneté dans l'entreprise ;
  - ou justifier d'un mois d'ancienneté en cas d'acquisition de 750 points de retraite de la Caisse nationale de retraite des ouvriers du bâtiment (CNRO) dans les dix années précédant l'arrêt de travail.

Ces conditions concernent également les ouvriers victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, à une exception près : aucune durée ancienneté n'est requise si l'indisponibilité dure plus de 30 jours.

[107] Source : Insee, DADS 2013, calculs Dares, issue du Dares résultats n° 16, mars 2016.

1.2.3.1.1.2. Les ETAM et les cadres sont tenus de justifier d'une ancienneté plus importante, sauf en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles

En cas d'accident et de maladie non professionnels, les ETAM et les cadres doivent justifier[108] :

- d'une ancienneté d'un an dans l'entreprise ;
- ou de cinq ans de services dans une ou plusieurs entreprises assujetties au décret du 30 avril 1949 sur les congés payés dans le bâtiment et les travaux publics.

Aucune condition d'ancienneté n'est en revanche exigée s'ils sont victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle[109].

L'article 6.5 de la convention collective nationale des employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM) du bâtiment du 12 juillet 2006 précise en outre que les ETAM sont tenus de se soumettre, le cas échéant, à une contre-visite médicale organisée par l'employeur.

1.2.3.1.2. Les indemnités versées assurent aux salariés un maintien quasiment intégral de leur salaire

1.2.3.1.2.1. Les indemnités versées aux ouvriers dépendent de l'origine, professionnelle ou non, de leur accident ou de leur maladie

En cas d'accident et de maladie non professionnels, l'ouvrier percevra, à l'issue d'un délai de carence de trois jours, des indemnités lui permettant d'atteindre :

- 100 % de son salaire[110] pendant 45 jours, c'est-à-dire du quatrième au 48ème jour d'arrêt ;
- 75 % de son salaire du 49ème au 90ème jour d'arrêt.

En cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, aucun délai de carence n'est en revanche appliqué. Leur indemnisation leur permettra de bénéficier de :

- 90 % de leur salaire du premier au quinzième jour d'arrêt, puis 100 % du seizième au 30ème jour, pour les arrêts de 30 jours ou moins ;
- 100 % de leur salaire du premier au 90ème jour d'arrêt pour les arrêts de plus de 30 jours.

En cas d'accident de trajet, le salaire est intégralement maintenu, un délai de carence de trois jours s'appliquant toutefois aux arrêts de 30 jours et moins.

---

[108] Article 6.5 de la convention collective nationale des employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM) du bâtiment du 12 juillet 2006 et article 5.3 de la convention collective nationale des cadres du bâtiment du 1er juin 2004.

[109] Article 6.5 de la convention collective nationale des employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM) du bâtiment du 12 juillet 2006.

[110] L'indemnité versée est calculée sur la base du dernier salaire mensuel précédant l'arrêt de travail, lequel comprend l'ensemble des éléments constitutifs du salaire à l'exception des remboursements de frais, divisé par 30.

1.2.3.1.2.2. Le salaire des ETAM et des cadres est intégralement maintenu pendant 90 jours, que leur accident ou leur maladie soit d'origine professionnelle ou pas

Les ETAM et les cadres perçoivent la totalité de leur salaire pendant les 90 premiers jours de leur arrêt de travail, qu'il soit justifié par un accident ou une maladie d'origine professionnelle ou pas. Ils sont couverts par le régime de base de prévoyance à partir du 91ème jour[111].

1.2.3.2. Les conventions collectives permettent aux femmes en congé de maternité de percevoir l'intégralité de leur salaire pendant la durée de leur interruption

1.2.3.2.1. Les conditions d'ouverture des droits reposent sur l'ancienneté des salariées

Les ouvrières doivent remplir les conditions d'ancienneté mentionnées au 1.2.3.1.1.1 pour bénéficier des indemnités prévues par la convention pendant leur congé de maternité et leur congé pathologique[112].

Un an d'ancienneté dans l'entreprise est demandé aux ETAM et aux cadres[113].

1.2.3.2.2. Les indemnités versées assurent aux ouvrières, aux ETAM et aux cadres le maintien intégral de leur salaire

Les ouvrières perçoivent l'intégralité du montant correspondant à leur dernier salaire mensuel pendant seize semaines maximum, dont six avant la date présumée de l'accouchement. La somme versée par l'employeur correspond à la différence entre celui-ci et les indemnités versées par la sécurité sociale et les régimes de prévoyance[114].

L'indemnisation des ETAM et des cadres présente les mêmes caractéristiques que celle des ouvrières, à une exception près :

- la répartition de la durée de versement par rapport à la date présumée de l'accouchement n'est pas précisée.

---

[111] Article 6.5 de la convention collective nationale des employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM) du bâtiment du 12 juillet 2006 et article 5.3 de la convention collective nationale des cadres du bâtiment du 1er juin 2004.

[112] Article 6.22 de la convention collective nationale des ouvriers du 8 octobre 1990.

[113] Article 6.7 de la convention collective nationale des employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM) du bâtiment du 12 juillet 2006 et article 5.5 de la convention collective nationale des cadres du bâtiment du 1er juin 2004.

[114] Article 6.22 de la convention collective nationale des ouvriers du 8 octobre 1990.

Tableau 2 : Accidents et maladies non professionnels

	Ouvriers	ETAM	Cadres
Conditions d'ouverture des droits	▪ être pris en charge par la sécurité sociale ou la MSA ; ▪ se soumettre à une contre-visite médicale organisée par l'employeur le cas échéant ; ▪ justifier d'un mois d'ancienneté dans l'entreprise pour les ouvriers de moins de 25 ans et les apprentis sous contrat ; ▪ justifier de trois mois d'ancienneté dans l'entreprise ou d'un mois en cas d'acquisition de 750 points de retraite de la CNRO dans les dix années précédant l'arrêt de travail.	▪ justifier d'un an d'ancienneté dans l'entreprise ou de cinq ans de services dans une ou plusieurs entreprises assujetties au décret du 30 avril 1949 sur les congés payés dans le bâtiment et les travaux publics ; ▪ se soumettre à une contre-visite médicale organisée par l'employeur le cas échéant.	Justifier d'un an d'ancienneté dans l'entreprise ou de cinq ans de services dans une ou plusieurs entreprises assujetties au décret du 30 avril 1949 sur les congés payés dans le bâtiment et les travaux publics
Montant de l'indemnité journalière	▪ 100 % du salaire pendant 45 jours ; ▪ 75 % du salaire du 49ème au 90ème jour.	100 % du salaire pendant 90 jours	100 % du salaire pendant 90 jours
Délai de carence	Trois jours	Aucun	Aucun
Durée d'indemnisation	90 jours	90 jours	90 jours

Source : Convention collective nationale des ouvriers employés par les entreprises du bâtiment visées et non visées par le décret du 1er mars 1962, convention collective nationale des employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM) du bâtiment du 12 juillet 2006, convention collective nationale des cadres du bâtiment du 1er juin 2004.

Tableau 2 : Accidents du travail et maladies professionnelles

	Ouvriers	ETAM	Cadres
Conditions d'ouverture des droits	▪ être pris en charge par la sécurité sociale ou la MSA ; ▪ se soumettre à une contre-visite médicale organisée par l'employeur le cas échéant ; ▪ justifier d'un mois d'ancienneté dans l'entreprise pour les ouvriers de moins de 25 ans et les apprentis sous contrat, sauf en cas d'interruption de plus de 30 jours ; ▪ justifier de trois mois d'ancienneté dans l'entreprise ou d'un mois en cas d'acquisition de 750 points de retraite de la CNRO dans les dix années précédant l'arrêt de travail, sauf en cas d'interruption de plus de 30 jours.	Se soumettre à une contre-visite médicale organisée par l'employeur le cas échéant	Aucune
Montant de l'indemnité journalière	▪ pour les arrêts de 30 jours ou moins : 90 % du salaire pendant quinze jours, puis 100 % jusqu'au 30ème jour ; ▪ pour les arrêts de plus de 30 jours : 100 % du salaire pendant 90 jours.	100 % du salaire pendant 90 jours	100 % du salaire pendant 9 0 jours
Délai de carence	▪ trois jours en cas d'arrêt de 30 jours ou moins dû à un accident de trajet ; ▪ aucun dans les autres cas.	Aucun	Aucun
Durée d'indemnisation	90 jours	90 jours	90 jours

Source : Convention collective nationale des ouvriers employés par les entreprises du bâtiment visées et non visées par le décret du 1er mars 1962, convention collective nationale des employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM) du bâtiment du 12 juillet 2006, convention collective nationale des cadres du bâtiment du 1er juin 2004.

Annexe III

Tableau 3 : Maternité

	Ouvriers	ETAM	Cadres
Conditions d'ouverture des droits	▪ justifier d'un mois d'ancienneté dans l'entreprise pour les ouvriers de moins de 25 ans et les apprentis sous contrat ; ▪ justifier de trois mois d'ancienneté dans l'entreprise ou d'un mois en cas d'acquisition ; de 750 points de retraite de la CNRO dans les dix années précédant l'arrêt de travail.	Justifier d'un an d'ancienneté dans l'entreprise	Justifier d'un an d'ancienneté dans l'entreprise
Montant de l'indemnité journalière	100 % du salaire	100 % du salaire	100 % du salaire
Délai de carence	Aucun	Aucun	Aucun
Durée d'indemnisation	Seize semaines, dont six avant la date présumée de l'accouchement	Seize semaines	Seize semaines

Source : Convention collective nationale des ouvriers employés par les entreprises du bâtiment visées et non visées par le décret du 1er mars 1962, convention collective nationale des employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM) du bâtiment du 12 juillet 2006, convention collective nationale des cadres du bâtiment du 1er juin 2004.

1.2.3.3. Les régimes de prévoyance auxquels souscrivent les entreprises assurent le versement des indemnités aux salariés

1.2.3.3.1. Les entreprises n'ont pas l'obligation d'être affiliées à un régime de prévoyance pour leurs ouvriers

L'article 6-15 de la convention précise que les entreprises peuvent s'affilier :

- à une société mutuelle professionnelle d'assurance avec laquelle la Caisse nationale de prévoyance des ouvriers (CNPO) est habilitée à passer une convention. L'indemnité peut être versée directement par la CNPO ;
- à la CNPO directement si elles emploient moins de dix ouvriers.

À défaut, les entreprises sont tenues de verser elles-mêmes les indemnités complémentaires à leurs ouvriers.

1.2.3.3.2. Les ETAM sont obligatoirement couverts par leur employeur

Les ETAM bénéficient obligatoirement de garanties conventionnelles de prévoyance[115] :

- les ETAM visés par l'accord collectif national du 13 décembre 1990 instituant le régime national de prévoyance des employés, techniciens et agents de maîtrise du bâtiment et des travaux publics sont affiliés au régime national de prévoyance des ETAM par leur entreprise ;
- les techniciens et agents de maîtrise relevant des articles 4 bis et 36 de la convention collective nationale du 14 mars 1947 bénéficient des prestations du régime de prévoyance mentionné au 1.2.3.3.3. Si elle n'a pas souscrit un régime de prévoyance, l'entreprise sera tenue de verser directement les indemnités.

1.2.3.3.3. Les entreprises peuvent choisir librement la nature du régime de prévoyance auquel ils souscrivent, le cas échéant, pour les cadres

Les cadres sont affiliés par leur employeur à un régime de prévoyance souscrit auprès d'une institution de prévoyance, d'une compagnie d'assurance, d'une mutuelle ou de plusieurs d'entre elles.

Si les indemnités sont donc garanties pour les cadres, les entreprises doivent les verser directement si elles n'ont pas souscrit un régime de prévoyance.

1.2.3.3.4. Les entreprises peuvent adhérer à BTP-Prévoyance pour bénéficier d'une couverture en matière d'arrêt de travail

Au sein du groupe PRO BTP[116], un ensemble de services est proposé par BTP-PRÉVOYANCE, auquel les entreprises peuvent adhérer au titre du Régime national de prévoyance des ouvriers, du Régime national de prévoyance des ETAM et du Régime national de prévoyance des cadres du bâtiment. La protection de base assurée par l'adhésion collective obligatoire peut être complétée par des garanties facultatives.

---

[115] Article 6.2 de la convention collective nationale des employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM) du bâtiment du 12 juillet 2006.

[116] PRO BTP est une société de BTP dont la gouvernance est assurée par les partenaires sociaux.

Annexe III

Tableau 3 : Quelques exemples de branches complémentaires

	Bureaux d'études techniques (SYNTEC) IDCC 1486	Médicament (LEEM) IDCC 176	Plasturgie (FP) IDCC 292	Banques (FBF) IDCC 2120	Assurances (FFA) IDCC 1672	Propreté (FEP) IDCC 3043	Travaux publics (FNTP) Cadres IDCC 2409
Accords ou avenants visés	Garantie Incapacité temporaire de travail (accord du 27 mars 1997, étendu par arrêté du 31 mars 1999)	Garantie incapacité temporaire complète de travail – maladie longue durée (accord 9 juillet 2015, étendu par arrêté du 24 novembre 2015 et modifié par avenant du 17 nov. 2016 non étendu)	Garantie incapacité temporaire de travail (art 4-3 de l'accord du 29 octobre 2014, étendu par arrêté du 17 avril 2015)	Maladie (article 54 de la convention du 10 janvier 2000 modifié par avenant 26 octobre 2009, étendu par arrêté du 18 octobre 2010)	Incapacité de travail (Accord du 14 décembre 2009 non étendu modifié par avenant 12 mai 2014, non étendu, applicable à compter du 1er janvier 2015 ; Avenant 15 juin 2015, non étendu)	Garantie incapacité temporaire (CCN 26 juillet 2011 étendue par arrêté 23 juillet 2012)	Prestations maladie (art. 5.4 CCN du 1er juin 2004 reprise par CCN du 20 novembre 2015)
Champs	Maladie / AT-MP	Maladie / AT-MP	Maladie / AT-MP	Maladie / AT-MP/ cure thermale	Maladie / AT-MP	Maladie / AT-MP	Maladie / AT-MP Sont exclus des présents avantages les accidents non professionnels occasionnés par la pratique de sports ayant entraîné une incapacité de travail supérieure à un mois
Bénéficiaires	Ensemble des salariés cadres et non cadres	Ensemble des salariés cadres et non cadres	Non cadres (tous les salariés l'exception de ceux visés aux articles 4 et 4 bis de la CCN de 47)	Ensemble des salariés cadres et non cadres	Tous les salariés (cadres et non cadres). Hors cas de dispense d'adhésion au régime	Ensemble des salariés, mais prestations différentes entre cadres et non cadres	Ensemble des salariés cadres
Délai de	90 jours	▪ 90 jours pour le		Pas de délai de	Condition	Absence de carence	90 premiers jours à

Annexe III

	Bureaux d'études techniques (SYNTEC) IDCC 1486	Médicament (LEEM) IDCC 176	Plasturgie (FP) IDCC 292	Banques (FBF) IDCC 2120	Assurances (FFA) IDCC 1672	Propreté (FEP) IDCC 3043	Travaux publics (FNTP) Cadres IDCC 2409
carence / Condition de durée de l'arrêt de travail	consécutifs d'arrêt de travail (hors mensualisation)	salarié qui a plus d'un an d'ancienneté (durée du maintien de salaire par l'employeur) ; ▪ trois jours pour le salarié qui a moins d'un an d'ancienneté.		carence pour le 1er et 2ème arrêt et trois jours de carence pour les arrêts suivants.	d'interruption de travail pendant trois mois continus	en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail 7 jours de carence en cas de maladie (art 4.9)	compter du jour de l'arrêt de travail, l'employeur versera au cadre l'intégralité de ses appointements mensuels (tels que précisés à l''article 5.3) (maintien de salaire) Après les 90 jours d'arrêt de travail le régime de prévoyance prendra le relais
Condition d'ancienneté	1 an d'ancienneté	Pas de condition d'ancienneté, (simplement un délai de carence différent en fonction de l'ancienneté (cf. ci-dessus)).	Au moins 3 mois d'ancienneté dans l'entreprise.	1 an d'ancienneté, toutefois : ▪ en cas d'AT, hors accidents de trajet, la condition d'ancienneté d'1 an n'est pas exigée ; ▪ il est tenu compte de l'ancienneté professionnelle bancaire de 3 ans consécutifs au moins chez des employeurs qui relèvent de la même convention collective.		12 mois d'ancienneté dans l'entreprise	▪ absence de condition d'ancienneté en cas d'arrêt de travail pour un accident ou une maladie couverts par la législation de Sécurité Sociale relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ; ▪ une année de présence dans l'entreprise ou 5 ans de service dans une ou plusieurs entreprises

<table>
<tr><th></th><th>Bureaux d'études techniques (SYNTEC) IDCC 1486</th><th>Médicament (LEEM) IDCC 176</th><th>Plasturgie (FP) IDCC 292</th><th>Banques (FBF) IDCC 2120</th><th>Assurances (FFA) IDCC 1672</th><th>Propreté (FEP) IDCC 3043</th><th>Travaux publics (FNTP) Cadres IDCC 2409</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>assujetties au décret du 30 avril 1949 sur les congés payés dans le Bâtiment et les Travaux Public en cas d'arrêt de travail pour un accident ou une maladie non professionnels</td></tr>
<tr><td>Détail des prestations et de son financement</td><td>▪ Montant = différentiel entre le montant des IJ versées par la sécurité sociale et 80 % du salaire brut de référence
▪ Salaire de référence = le total des</td><td>▪ Régime de prévoyance conventionnel (RPC) du Régime de Prévoyance des salariés
▪ Montant = Maladie : 80 % de la base des prestations sous déduction des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale
AT-MP : 90 % de la base des garanties, sous déduction des prestations en espèces versées par</td><td>▪ Montant = 60 % du salaire brut sous déduction des prestations de la sécurité sociale brutes de CSG et de CRDS

Financement de l'ensemble des prestations prévoyance = 0,8 % du</td><td>▪ Montant = Principe : 100 % ou 50 % du salaire mensuel de base, versée par l'employeur ou par un tiers mandaté, dans les conditions définies ci-après :
<table><tr><th>Ancienneté</th><th>Maintien du salaire à 100 %</th><th>Maintien du salaire à 50 %</th></tr><tr><td>De 1 à 5 ans</td><td>2 mois</td><td>2 mois</td></tr><tr><td>De 5 à</td><td>3 mois</td><td>3 mois</td></tr></table></td><td>1) Incapacité de travail n'excédant pas 12 mois (article 14)
▪ Montant = différentiel entre les montant des IS de la sécurité sociale ainsi que les indemnités dues par des tiers responsables ou l'assurance de ces derniers à concurrence de 85 % de sa rémunération brute ;
▪ Rémunération brute = rémunération</td><td>1) Régime des cadres (article 8 Avenant n° 2, 17 janv. 2013, étendu par arrêté du 2 octobre 2013)

Les partenaires sociaux sont convenus de ne pas fixer le niveau minimum des prestations ni de privilégier telle ou telle garantie mais de prévoir une obligation de couverture pour le risque incapacité temporaire mais aussi décès ainsi</td><td>▪ Montant =
A partir du 91ème jour, le cadre sera couvert par un régime de prévoyance garantissant des prestations d'indemnités journalières équivalentes à celles du régime de base de prévoyance des cadres, telles que définies à l'article 5. Y compris indemnités de la SS :
Hors accident du travail et maladie professionnelle :
Base : 65 % de S
Majoration / enfant à</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th></th><th>Bureaux d'études techniques (SYNTEC) IDCC 1486</th><th>Médicament (LEEM) IDCC 176</th><th>Plasturgie (FP) IDCC 292</th><th>Banques (FBF) IDCC 2120</th><th>Assurances (FFA) IDCC 1672</th><th>Propreté (FEP) IDCC 3043</th><th>Travaux publics (FNTP) Cadres IDCC 2409</th></tr>
<tr>
<td></td>
<td>rémunérations brutes perçues au cours de 12 mois précédents l'évènement. Il tient compte de tous les éléments contractuels du salaire soumis à cotisations limité aux tranches A, B et C des rémunérations telles que définies par l'AGIRC-</td>
<td>la Sécurité sociale.

Base des garanties = Sommes des éléments rentrant dans l'assiette des cotisations définies à l'article L.242-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale perçus par l'intéressé au cours des douze derniers mois de pleine activité précédant celui au cours duquel s'est produit l'arrêt de travail.
Avec un plafond fixé à huit fois le plafond annuel du régime général de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période, pour les prestations à verser en cas d'arrêt de travail.

Financement de l'ensemble des prestations</td>
<td>salaire brut servant de base au calcul des prestations comprenant :
▪ une cotisation patronale minimale de 0,4 % ;
▪ une cotisation salariale de 0,4 %.

Cessation de perception des IJ =
Au moment de la reprise du travail ou au 1 095e jour d'arrêt ou à la date de mise en invalidité, ou à la date de liquidation de la pension de vieillesse.</td>
<td><table>
<tr><td>10 ans</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>De 10 à 15 ans</td><td>4 mois</td><td>4 mois</td></tr>
<tr><td>De 15 à 20 ans</td><td>5 mois</td><td>5 mois</td></tr>
<tr><td>Plus de 20 ans</td><td>6 mois</td><td>6 mois</td></tr>
</table>
<u>Source</u> : Medef

Dérogation :
Pour les salariés ayant au moins un enfant à charge au sens fiscal du terme, la durée d'indemnisation à demi-salaire est :
▪ de 1 à 5 ans : 5 mois ;
▪ de 5 à 10 ans : 6 mois ;
▪ au-delà de 10 ans : 8 mois.

En cas d'ancienneté bancaire d'au moins 3 ans, le salaire est maintenu à 100 % pendant 2 mois puis à 50 % pendant les deux mois suivants. À compter d'un an</td>
<td>brute fixe et variable des 12 derniers mois précédant la date du sinistre. Les bénéficiaires de moins de 12 mois d'ancienneté chez l'employeur, le traitement de base est déterminé à partir des rémunérations brutes fixes et variables calculées au prorata temporis.
▪ Cessation de perception des IJ = fin du douzième mois qui suivra l'interruption du travail

2) Incapacité de travail excédant 12 mois (art. 15 modifié par avenant 15 juin 2015, non étendu)
▪ Montant =</td>
<td>qu'invalidité et incapacité permanente professionnelle

▪ Montant = indemnité journalière égale à :
- sur la tranche A, 40 % du salaire brut de référence,
- sur la tranche B, 75 % du salaire brut de référence.

Financement de l'ensemble des prestations prévoyance = 1,50 % TA uniquement employeur
1,04 % TB au moins 50 % employeur

2) Régime des non-cadres et ETAM (article 8.1.5 de l'accord du modifié par avenant n° 9, 13</td>
<td>charge : 10 % de l'indemnité complétant celle de la S.S.
- Accident du travail et maladie professionnelle : 100 % de S</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><th></th><th>Bureaux d'études techniques (SYNTEC) IDCC 1486</th><th>Médicament (LEEM) IDCC 176</th><th>Plasturgie (FP) IDCC 292</th><th>Banques (FBF) IDCC 2120</th><th>Assurances (FFA) IDCC 1672</th><th>Propreté (FEP) IDCC 3043</th><th>Travaux publics (FNTP) Cadres IDCC 2409</th></tr>
<tr>
<td></td>
<td>ARRCO.

Cessation de perception des IJ = Au moment du classement en invalidité par la sécurité sociale

Financement de l'ensemble des prestations prévoyance =

Pour l'ensemble des risques garantis par l'accord prévoyance du 27 mars 1997, les entreprises adhérentes au régime de branche</td>
<td>prévoyance = Pour l'année 2017, la cotisation afférente au risque Décès-Incapacité-Invalidité sera appelée à 96,66 % de son montant, soit au taux de 1,45 % de la base des cotisations.

La répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :
▪ 60 % pour la part employeur ;
▪ 40 % pour la part salarié</td>
<td></td>
<td>d'ancienneté dans l'entreprise, le barème figurant dans le tableau précédent lui est applicable.

Salaire mensuel de base = 1/13 du salaire de base annuel contractuel (défini à l'article 39 qui précise qu'il s'agit salaire y compris le treizième mois mais à l'exclusion de toute prime fixe ou exceptionnelle ainsi que de tout élément variable) ou 1/12 si le salaire est versé sur 12 mois.</td>
<td>différentiel entre les montant des IS de la sécurité sociale ainsi que les indemnités dues par des tiers responsables ou l'assurance de ces derniers à concurrence de 70 % de sa rémunération brute ;
▪ Rémunération brute = 1/360ème de la rémunération brute fixe et variable des 12 derniers mois précédant la date du sinistre.
▪ Cessation de perception des IJ = au terme du 36ème mois</td>
<td>octobre 2016, non étendu)
a) Garantie incapacité temporaire : prestation dite « de complément »
b) Montant =

<table>
<tr><th>Ancienneté</th><th>Maintien du salaire à 90 %</th><th>Maintien du salaire à 2/3 + 12 %</th></tr>
<tr><td>À partir d'un an</td><td>30 jours</td><td>30 jours</td></tr>
<tr><td>À partir de six ans</td><td>40 jours</td><td>40 jours</td></tr>
<tr><td>À partir de dix ans</td><td>50 jours</td><td>50 jours</td></tr>
<tr><td>À partir de quinze ans</td><td>60 jours</td><td>5 mois</td></tr>
<tr><td>À partir de 20 ans</td><td>80 jours</td><td>80 jours</td></tr>
<tr><td>À</td><td>90</td><td>90</td></tr>
</table>
</td>
<td></td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><th></th><th>Bureaux d'études techniques (SYNTEC) IDCC 1486</th><th>Médicament (LEEM) IDCC 176</th><th>Plasturgie (FP) IDCC 292</th><th>Banques (FBF) IDCC 2120</th><th>Assurances (FFA) IDCC 1672</th><th>Propreté (FEP) IDCC 3043</th><th>Travaux publics (FNTP) Cadres IDCC 2409</th></tr>
<tr><td></td><td>auprès des organismes désignés acquitteront une cotisation calculée ainsi que suit :
▪ sur la tranche A : 0,74 % ;
▪ sur la tranche B : 1,13 % ;
▪ sur la tranche C : 1,13 %

La répartition des cotisations sera faite dans chaque entreprise en fonction de ses règles propres sans</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td><table><tr><td>partir de 25 ans</td><td>jours</td><td>jours</td></tr><tr><td>À partir de 30 ans</td><td>100 jours</td><td>100 jours</td></tr></table>
<u>Source</u> : Medef</td><td></td></tr>
</table>

	Bureaux d'études techniques (SYNTEC) IDCC 1486	Médicament (LEEM) IDCC 176	Plasturgie (FP) IDCC 292	Banques (FBF) IDCC 2120	Assurances (FFA) IDCC 1672	Propreté (FEP) IDCC 3043	Travaux publics (FNTP) Cadres IDCC 2409
	que la part salarié excède 50 % du montant total des cotisations quel que soit l'organisme assureur.						
Clause d'ordre public	Le montant total perçu au titre des IJ ne peut excéder le salaire net du salarié lorsqu'il est en activité	L'indemnisation nette du salarié ne pourra pas être supérieure à 100 % de la rémunération nette équivalant à la base annuelle des garanties. Indemnisation nette et rémunération nette s'entendent y compris après déduction des contributions CSG (Contribution Sociale Généralisée) et CRDS (Contribution au Redressement de la Dette Sociale		Le complément de salaire ne peut permettre au salarié de recevoir un revenu de substitution global - indemnités journalières de Sécurité sociale ou prestations en espèces versées par un tiers mandaté et complément employeur cumulés - supérieur (dans la limite de 100 % ou 50 % suivant le mode d'indemnisation) au salaire net qu'il aurait perçu, au titre du salaire de base, s'il avait travaillé pendant cette même	En aucun cas, la somme des rémunérations et indemnités complémentaires nettes de charges versées au salarié ne peut excéder 100 % de la rémunération nette qu'aurait perçu le salarié en activité.	▪ Cadres : en tout état de cause, le cumul des indemnités perçues au titre du régime général de sécurité sociale et du régime de prévoyance ne pourront excéder 100 % du revenu net qu'aurait perçu le cadre s'il poursuivait son activité. ▪ Non-cadres : en tout état de cause, le cumul des indemnités nettes de CSG et de CRDS perçues	

	Bureaux d'études techniques (SYNTEC) IDCC 1486	Médicament (LEEM) IDCC 176	Plasturgie (FP) IDCC 292	Banques (FBF) IDCC 2120	Assurances (FFA) IDCC 1672	Propreté (FEP) IDCC 3043	Travaux publics (FNTP) Cadres IDCC 2409
				période.		au titre du régime général de la sécurité sociale et du régime de prévoyance et du complément employeur ne pourra excéder 100 % du revenu net qu'aurait perçu le salarié s'il poursuivait son activité.	

Source : Medef.

1.2.4. La subrogation permet aux employeurs de percevoir les indemnités journalières à la place du salarié

En cas de maintien total ou partiel du salaire, l'employeur peut percevoir les indemnités journalières à la place du salarié : on parle alors de subrogation. L'article R. 323-11 du code de la sécurité sociale précise que l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré dans ses droits aux indemnités journalières dans deux situations :

- lorsque le salaire est maintenu en totalité, quelles que soient les clauses du contrat individuel ou collectif ;
- lorsque le salaire est maintenu en totalité ou en partie, l'employeur est subrogé de plein droit si le salaire maintenu soit au moins égal au montant des indemnités journalières. Cette disposition a été introduite par le décret n°2013-266 du 28 mars 2013, avant lequel la subrogation n'était pas de plein droit.

À défaut, l'employeur a seulement la possibilité de recouvrer les sommes correspondantes auprès de l'assuré, sous réserve de l'accord de celui-ci et dans la limite du salaire maintenu pendant la période.

2. Les non salariés agricoles et non agricoles peuvent également percevoir des indemnités journalières

2.1. Le régime social des indépendants verse des indemnités journalières aux non salariés non agricoles

Le régime social des indépendants (RSI) verse des indemnités journalières aux travailleurs non salariés non agricoles sous réserve de remplir des conditions d'ouverture des droits (*cf. infra*). Les dispositions en vigueur doivent être divisées en deux branches :

- accidents et maladies (sans distinction entre l'origine professionnelle ou personnelle de ceux-ci[117]) et hospitalisations ;
- maternité, paternité et adoption.

2.1.1. Les conditions d'ouverture des droits reposent sur la durée d'affiliation au RSI

2.1.1.1. En cas d'accident et de maladie

Les articles D. 613-16 et D. 613-28 du code de la sécurité sociale conditionnent le versement des indemnités à plusieurs éléments :

- les chefs d'entreprise et conjoints collaborateurs doivent être affiliés depuis au moins un an au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés non agricoles ;
- ceux-ci doivent être à jour des cotisations de base et supplémentaires ;
- pour ceux qui sont affiliés depuis moins d'un an mais qui relevaient précédemment d'un ou de plusieurs régimes, la période d'affiliation antérieure est prise en compte à condition qu'il n'y ait pas eu d'interruption entre les affiliations.

[117] En effet, il n'y a pas de branche accidents du travail et maladies professionnelles au sein du RSI.

2.1.1.2. En cas de maternité, de paternité et d'adoption

Des indemnités de maternité et de paternité peuvent être versées aux hommes et aux femmes artisans, commerçants et exerçant une profession libérale. Pour cela, les articles L. 613-19 et L. 613-19-2 précisent qu'ils doivent relever à titre personnel du RSI et cesser toute activité professionnelle[118] :

- pendant au moins 44 jours consécutifs, dont quatorze avant la date présumée de l'accouchement, pour les femmes enceintes. Cette période peut être prolongée par une ou deux périodes de quinze jours consécutifs à la demande de l'assurée ;
- pendant au plus onze jours consécutifs, devant débuter dans les quatre mois suivant l'accouchement. En cas de naissances multiples, la durée est portée à 18 jours.Le décret n°2017-612 du 24 avril 2017 prévoit l'introduction d'une condition supplémentaire à compter du 1er janvier 2018 : les assurées devront justifier de 10 mois d'affiliation au titre d'une activité non salariée à la date présumée de l'accouchement ou de l'adoption pour ouvrir droit au bénéfice des prestations en espèces.

2.1.2. L'indemnité versée, forfaitaire en cas de maternité, de paternité et d'adoption, dépend du revenu d'activité annuel moyen des assurés victimes d'un accident ou d'une maladie

2.1.2.1. En cas d'accident et de maladie

Une distinction doit être opérée entre les chefs d'entreprise et les conjoints collaborateurs :

- pour les chefs d'entreprise, les indemnités sont égales au revenu d'activité annuel moyen des trois dernières années précédant la date de constatation de l'incapacité de travail, divisé par 730, dans la limite du PASS[119] ; ce dernier étant égal à 39 228 € en 2017, l'indemnité journalière ne peut dépasser 53,74 € cette année. En revanche, depuis le 4 février 2015, aucune indemnité n'est attribuée si le revenu annuel moyen calculé est inférieur à 3 806,80 €, correspondant à 10 % de la moyenne des trois derniers PASS[120].
- pour les conjoints collaborateurs, un montant forfaire est versé, lequel correspond à 40 % du PASS, divisé par 730[121], soit 21,49 € en 2017.

2.1.2.2. En cas de maternité, de paternité et d'adoption

L'indemnisation de maternité et de paternité est forfaitaire. Le montant afférent est égal à la valeur du PASS divisée par 730[122], soit 53,74 € en 2017.

---

[118] Article D. 613-4-2 du code de la sécurité sociale.

[119] Article D. 613-21 du code de la sécurité sociale.

[120] Article D. 613-30 du code de la sécurité sociale.

[121] Article D. 613-28 du code de la sécurité sociale.

[122] Article D. 613-4-2 du code de la sécurité sociale.

L'article D613-29 du code de la sécurité sociale précise toutefois que cette somme est divisée par dix lorsque le revenu annuel moyen est inférieur à 10 % de la moyenne des trois derniers PASS, égale à 3 806,80 €. Cette disposition est entrée en vigueur le 1er mai 2015, en application du décret n° 2015-101 du 2 février 2015[123]. Auparavant, le montant forfaitaire était versé uniformément. Cette ancienne disposition était, en théorie, plus coûteuse.

2.1.2.3. Le traitement fiscal et social des indemnités

2.1.2.3.1. L'impôt sur le revenu

Les indemnités sont imposées sur le revenu[124]. Depuis le 1er janvier 2017, date d'entrée en vigueur de l'article 78 de la loi de finances pour 2016[125], les travailleurs non salariés non agricoles en sont exonérés lorsqu'ils sont atteints d'une affection nécessitant un traitement prolongé et des soins coûteux.

2.1.2.3.2. Les contributions et cotisations sociales

Les indemnités sont soumises à la CSG et à la CRDS dans la même proportion que les indemnités du régime général[126].

2.1.2.4. Les règles de cumul

2.1.2.4.1. Les indemnités journalières

L'article D. 613-18 du code de la sécurité sociale précise que les indemnités journalières de maternité, de paternité et d'adoption ne peuvent être cumulées avec les indemnités versées pour maladie, accident et hospitalisation.

2.1.2.4.2. L'allocation forfaitaire de repos maternel

Les indemnités de maternité des femmes chefs d'entreprise peuvent être cumulées avec une allocation forfaitaire de repos maternel[127]. Les conditions requises pour en bénéficier sont moins contraignantes : aucune durée d'interruption de l'activité n'est par exemple exigée. Égale au PMSS, soit 3 269 € en 2017, cette prestation est versée à la fin du septième mois de grossesse pour moitié et après l'accouchement pour moitié[128].

Les conjointes collaboratrices et les conjoints collaborateurs bénéficient également de prestations en cas de maternité et de paternité :

- l'allocation de repos maternel précédemment évoquée peut être versée aux conjointes collaboratrices, de même qu'une indemnité de remplacement ;

---

[123] Décret n° 2015-101 du 2 février 2015 relatif au calcul des prestations en espèces versées aux assurés au régime social des indépendants.

[124] Article 80 quinquies du code général des impôts.

[125] Loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016.

[126] Article L. 136-2 du code de la sécurité sociale.

[127] Article L. 613-19 du code de la sécurité sociale.

[128] Article D. 615-4-1 du code de la sécurité sociale.

- une indemnité de remplacement peut également être versée aux conjoints collaborateurs[129].

2.1.3. Un délai de carence de sept jours est appliqué en cas d'accident et de maladie

2.1.3.1. En cas d'accident et de maladie

En vertu de l'article D. 613-19 du code de la sécurité sociale, l'indemnité est versée à partir du quatrième jour d'hospitalisation et du huitième en cas d'accident ou de maladie. Ce délai de carence n'est appliqué qu'une fois en cas de nouvel arrêt dans le cadre d'une ALD ou à la suite d'un accident. Il est supprimé lorsque l'incapacité de travail a été provoquée par un acte de terrorisme et en cas de grossesse pathologique[130].

À partir du 1er janvier 2018, le délai de carence est soit fixé à trois jours lorsque l'arrêt de travail est supérieur à sept jours ou en cas d'hospitalisation, soit fixé à sept jours lorsque l'arrêt de travail est inférieur ou égal à sept jours[131].

L'article D. 613-20 du code de la sécurité sociale limite la durée de versement à trois ans et le nombre d'indemnités journalières versées à 360, cette dernière limitation étant supprimée en cas d'affection ou de soins de longue durée. Cette disposition rapproche le RSI du régime général de la sécurité sociale.

2.1.3.2. En cas de maternité, de paternité et d'adoption

Les indemnités sont versées dès le premier jour et pendant la durée d'interruption mentionnée au 2.1.1.2.

---

[129] Article L. 613-19-2 du code de la sécurité sociale.

[130] Article L. 613-19 du code de la sécurité sociale.

[131] Décret n°2017-612 du 24 avril 2017.

Tableau 4 : Régime social des indépendants (RSI), à la date de rédaction du rapport

	Maladie, accident et hospitalisation	Maternité, paternité et adoption
Conditions d'ouverture des droits	▪ pour les chefs d'entreprise : être artisan ou commerçant en activité, affilié au RSI au titre de l'assurance maladie depuis au moins un an et à jour des cotisations de base et supplémentaires ; ▪ pour les conjoints collaborateurs : être conjoint collaborateur d'un artisan ou d'un commerçant en activité, être affilié au RSI depuis au moins un an et à jour des cotisations de base et supplémentaires.	▪ pour les femmes chefs d'entreprise : relever à titre personnel du RSI et cesser toute activité professionnelle pendant au moins 44 jours consécutifs, dont quatorze avant la date présumée de l'accouchement ; ▪ pour les chefs d'entreprise : relever à titre personnel du RSI, cesser toute activité professionnelle pendant onze jours au plus et débuter le congé dans les quatre mois suivant l'accouchement.
Revenu pris en compte dans le calcul de l'indemnité	Revenu d'activité annuel moyen des trois dernières années, dans la limite du PASS, égal à 39 228 € en 2017	Aucun (indemnisation forfaitaire)
Montant de l'indemnité journalière	▪ pour les chefs d'entreprise : nul pour les revenus annuels moyens inférieurs à 10 % de la moyenne des trois derniers PASS, soit à 3 806,80 € en 2017 ; à partir de cette somme, 1/730e du revenu, avec une limite égale au PASS de l'année en cours divisé par 730, égal à 53,74 € en 2017 ; ▪ pour le conjoint collaborateur : montant forfaitaire de 21,49 €.	Pour les femmes et les hommes chefs d'entreprise : égal au PASS de l'année en cours divisé par 730, soit 53,74 € en 2017, si les revenus annuels moyens sont au moins égaux à 10 % de la moyenne des trois derniers PASS, soit à 3 806,80 € en 2017 ; égal à 10 % de cette somme, soit 5,37 € en 2017, en deçà de ce revenu
Délai de carence	▪ trois jours en cas d'hospitalisation ; ▪ sept jours en cas d'accident ou de maladie ; ▪ aucun en cas de grossesse pathologique, de nouvel arrêt dans le cadre d'une ALD, à la suite d'un accident ou lorsque l'incapacité a été provoquée par un acte de terrorisme.	Aucun
Durée d'indemnisation	▪ hors ALD : 360 jours d'indemnisation pendant trois ans ; ▪ dans le cadre d'une ALD ou de soins de longue durée (SLD) : trois ans.	▪ pour les femmes chefs d'entreprise : 44 jours, pouvant être prolongés pour une ou deux périodes de quinze jours consécutifs, voire plus dans certains cas ; ▪ pour les hommes chefs d'entreprise : onze jours consécutifs en cas de naissance simple, 18 en cas de naissance multiple.
Traitement fiscal et social	▪ impôt sur le revenu (sauf ALD) ; ▪ CSG (6,20 %) et CRDS (0,50 %).	▪ impôt sur le revenu ; ▪ CSG (6,20 %) et CRDS (0,50 %).
Cumul	Impossible avec les indemnités journalières de maternité et de paternité	Impossible avec les indemnités journalières d'accident, de maladie et d'hospitalisation

Source : Code de la sécurité sociale et code général des impôts.

2.2. La mutualité sociale agricole verse des indemnités journalières aux non salariés agricoles

À côté du régime général et du régime social des indépendants, la mutualité sociale agricole peut également verser des indemnités journalières aux non salariés agricoles.

2.2.1. La couverture des accidents non professionnels et des accidents de la vie privée complète, depuis 2014, celle dont bénéficiaient les non salariés agricoles en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle

2.2.1.1. En cas d'accident de la vie privée et de maladie non professionnelle

2.2.1.1.1. Un dispositif récent

L'indemnisation d'un arrêt pour maladie non professionnelle et pour accident de la vie privée des non salariés non agricoles a été instaurée par la loi du 17 décembre 2012[132].

2.2.1.1.2. Deux conditions

Depuis le 1er janvier 2014, des indemnités journalières peuvent donc être versées aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, à leurs collaborateurs et à leurs aides familiaux[133]. L'article D. 732-2-1 du code rural et de la pêche maritime précise qu'ils sont tenus de remplir deux conditions :

- être affilié au régime de l'assurance maladie des exploitants agricoles (Amexa) depuis un an au moins ;
- être à jour de la cotisation indemnités journalières au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'incapacité de travail a été constatée par un médecin.

2.2.1.2. En cas d'accident du travail et de maladie professionnelle

2.2.1.2.1. Un dispositif plus ancien pour les chefs d'entreprise

Ce dispositif complète la protection dont bénéficiaient déjà, en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, leurs aides familiaux et leurs collaborateurs[134]. Ces derniers sont obligatoirement affiliés à l'assurance accidents du travail des exploitants agricoles[135] (Atexa), créée par la loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001[136] et applicable depuis le 1er avril 2002.

---

[132] Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

[133] Article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime.

[134] Article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime.

[135] Article L. 752-1 du code rural et de la pêche maritime.

[136] Loi n° 2001-1128 du 30 novembre 2001 portant amélioration de la couverture des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

2.2.1.2.2. Une extension pour les aides familiaux et les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole en 2015

Contrairement aux chefs d'entreprise, les aides familiaux et les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole ne peuvent bénéficier des indemnités pour accident du travail et maladie professionnelle que depuis le 1er janvier 2015, date de l'entrée en vigueur de l'article 83 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014.

Cet alignement est susceptible d'être un facteur d'augmentation des dépenses.

2.2.2. L'indemnité versée, forfaitaire, est majorée à partir du 29ème jour d'arrêt

Quelle que soit l'origine de la maladie ou de l'accident, le montant des indemnités est égal à 60 % du gain forfaire annuel divisé par 365 les 28 premiers jours d'arrêt, puis 80 % à partir du 29ème jour[137].

L'arrêté du 15 mars 2016[138] a fixé le montant de ce dernier à 12 809,03 € du 1er avril 2016 au 31 mars 2017. Aussi, les indemnités journalières correspondantes sont de 21,05 €, puis 28,07 €, au cours de période.

2.2.2.1. Le traitement fiscal et social des indemnités

Le traitement fiscal et social des indemnités est aligné sur celui du régime général de la sécurité sociale[139].

2.2.2.2. Les règles de cumul

Les indemnités journalières Amexa et Atexa ne peuvent être cumulées entre elles ou avec les allocations de remplacement de maternité et de paternité[140].

2.2.2.3. Les allocations de maternité et de paternité

Bien que ne percevant pas d'indemnités journalières, les non salariés agricoles peuvent percevoir des prestations en cas de maternité, de paternité et d'adoption :

- une allocation de remplacement maternité peut être versée aux non salariées non agricoles[141] ;
- une allocation de remplacement paternité peut être versée aux non salariés non agricoles[142].

Ces allocations de remplacement peuvent être servies selon les mêmes durées que celles prévues au régime général.

---

[137] Articles D. 732-2-5 et D. 752-23 du code rural et de la pêche maritime.

[138] Arrêté du 15 mars 2016 fixant pour la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017 le gain annuel minimum susceptible d'être déclaré par les exploitants agricoles qui ont contracté une assurance complémentaire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, le gain forfaitaire annuel et le pourcentage de ce gain, mentionnés aux articles L. 752-5 et L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime.

[139] Article 80 quinquies du code général des impôts.

[140] D. 732-2-6 du code rural et de la pêche maritime.

[141] Articles L. 732-10 et R. 732-17 du code rural et de pêche maritime.

[142] Articles L. 732-12-1 et D. 732-27 du code rural et de pêche maritime.

Son montant est égal au coût du remplacement, hors contributions sociales (CSG, CRDS) qui restent à la charge de l'assuré. Le montant du prix de journée est fixé par le service de remplacement.

2.2.3. Un délai de carence de sept jours est appliqué en cas d'accident et de maladie, quelle que soit leur origine

2.2.3.1. En cas d'accident de la vie privée et de maladie non professionnelle

2.2.3.1.1. Le délai de carence

Les indemnités sont versées à partir du quatrième jour en cas d'hospitalisation et à partir du huitième en cas de maladie non professionnelle et d'accident de la vie privée[143]. Ce délai de carence ne s'applique qu'au premier des arrêts dus à une ALD pendant une période de trois ans.

2.2.3.1.2. La durée maximale d'indemnisation

L'article D. 732-2-4 du code rural et de la pêche maritime prévoit que les indemnités journalières puissent être versées pendant trois ans, dans la limite de 360 indemnisés pour les arrêts de moins de six mois. Cette dernière limitation ne concerne pas les arrêts de plus de six mois et ceux générés par des ALD.

2.2.3.2. En cas d'accident du travail et de maladie professionnelle

Un délai de carence de sept jours est appliqué, sauf en cas de rechute[144]. L'article L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime prévoit l'indemnisation de toute la période d'interruption, jusqu'à la guérison complète, la consolidation de la blessure ou le décès.

[143] Article D. 732-2-2 du code rural et de la pêche maritime.

[144] Article D. 752-22 du code rural et de pêche maritime.

Tableau 5 : Mutualité sociale agricole, à la date de rédaction du rapport

	Maladie non professionnelle, accident de la vie privée et hospitalisation	Maladie professionnelle et accident du travail
Conditions d'ouverture des droits	▪ être chef, aide familial ou collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole ; ▪ être affilié à l'Amexa depuis un an minimum ; ▪ être à jour de la cotisation indemnité journalière Amexa au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'incapacité de travail a été constatée	Être chef, aide familial ou collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole
Montant de l'indemnité journalière	▪ 60 % du gain forfaitaire annuel divisé par 365, soit 21,05 € du 1er avril 2016 au 31 mars 2017, pour les 28 premiers jours d'arrêt ; ▪ 80 % de ce même gain divisé par 365, soit 28,07 €, à partir du 29ème jour.	▪ 60 % du gain forfaitaire annuel divisé par 365, soit 21,05 € du 1er avril 2016 au 31 mars 2017, pour les 28 premiers jours d'arrêt ; ▪ 80 % de ce même gain divisé par 365, soit 28,07 €, à partir du 29ème jour.
Délai de carence	▪ trois jours en cas d'hospitalisation ; ▪ sept jours en cas de maladie ou d'accident.	Sept jours
Durée d'indemnisation	▪ 360 jours maximum sur une période de trois ans pour les arrêts inférieurs à six mois ; ▪ trois ans pour un arrêt de plus de six mois ou dans le cas d'une affection de longue durée.	Égale à la période d'incapacité précédant la guérison complète, la consolidation de la blessure ou le décès
Traitement fiscal et social	Aligné sur le régime général pour l'impôt sur le revenu, la CSG et la CRDS	Aligné sur le régime général pour l'impôt sur le revenu, la CSG et la CRDS
Cumul	Impossible avec les indemnités Atexa et les allocations de remplacement de maternité et de paternité	Impossible avec les indemnités Amexa et les allocations de remplacement de maternité et de paternité

Source : Code rural et de la pêche maritime et code général des impôts

3. Le versement des indemnités est encadré par les contrôles administratifs, médicaux et organisés à la demande de l'employeur, ainsi que par les dispositifs visant à favoriser la reprise du travail

3.1. Plusieurs types de contrôle, administratifs, médicaux ou organisés à la demande de l'employeur, sont prévus par le code de la sécurité sociale

3.1.1. Le contrôle médical[145] porte sur l'intérêt thérapeutique de l'arrêt de travail

3.1.1.1. L'objet du contrôle médical

L'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale dispose que le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical commandant l'attribution et le service des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

3.1.1.2. Le service du contrôle médical

3.1.1.2.1. Le rôle du service du contrôle médical

3.1.1.2.1.1. Auprès des prescripteurs

Le service du contrôle médical est chargé de constater les abus en matière de prescription d'arrêt de travail. Des contrôles systématiques des prescriptions sont organisés, dans les conditions prévues par la convention d'objectifs et de gestion, lorsque l'activité de prescription semble anormalement élevée[146].

3.1.1.2.1.2. Au sein des établissements de santé

L'activité des établissements de santé admettant des bénéficiaires de l'assurance maladie est l'objet d'une analyse médicale[147].

3.1.1.2.1.3. Avec les assurés

L'article L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale précise que le service du contrôle médical peut convoquer les assurés s'il estime nécessaire d'évaluer l'intérêt thérapeutique de leur arrêt de travail au vu de leur fréquence ou du montant en jeu. Des recommandations sur les soins et les traitements appropriés peuvent être formulées par le service, le cas échéant avec un médecin conjoint choisi par l'assuré

Les assurés sont tenus de se soumettre aux contrôles du service du contrôle médical. À défaut, le versement des indemnités journalières est suspendu par la caisse[148].

---

[145] Les articles L. 613-13 du code de la sécurité sociale et L. 732-5 du code rural et de la pêche maritime disposent que les dispositions relatives au contrôle médical s'appliquent également au régime social des indépendants.

[146] Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

[147] Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

En cas d'arrêt de travail de plus de trois de mois, l'article D. 323-3 du code de la sécurité sociale dispose que le médecin-conseil peut, à son initiative ou à l'initiative du médecin traitant, saisir le médecin du travail pour obtenir un avis sur la capacité de l'assuré de reprendre son travail. Ce dernier doit communiquer les éléments pertinents au médecin-conseil dans les 20 jours suivant sa saisine.

3.1.1.2.2. L'accès aux données de santé

Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes agissant sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel, dans le respect du secret médical, que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission[149].

3.1.1.2.3. Les conséquences pour les assurés

3.1.1.2.3.1. La suspension du versement des indemnités journalières

Si le service estime que le versement des indemnités journalières n'est pas médicalement justifié, celui-ci est suspendu après que la caisse en a informé l'assuré et l'employeur. Le praticien-conseil en informe directement l'assuré après l'avoir examiné lorsqu'il estime que l'arrêt de travail n'est pas ou plus médicalement justifié[150].

3.1.1.2.3.2. La date de la suspension

La suspension prononcée par la caisse prend effet dès la date à laquelle l'assuré a été informé, sauf décision contraire du praticien-conseil[151].

3.1.1.2.3.3. Les effets des avis

L'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale précise que les avis du service du contrôle médical s'imposent à l'organisme de prise en charge.

3.1.1.2.3.4. Les contestations d'ordre médical

En cas de contestation d'ordre médical de la décision, une procédure d'expertise médicale a lieu dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État[152].

---

[148] Article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

[149] Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

[150] Article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

[151] Article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

[152] Article L. 141-1 du code de la sécurité sociale.

3.1.1.2.3.5. Les pénalités

L'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale dispose que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut infliger une pénalité aux bénéficiaires des prestations, aux employeurs et aux professionnels de santé en cas d'abus, de refus d'accès à une information, de réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à une demande d'information, de pièce justificative ou de convocation de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical. Le montant de la pénalité, qui peut être doublé en cas de récidive, est déterminé par la gravité des faits reprochés ; il ne peut excéder 50 % des sommes concernées ou, à défaut, deux fois le PMSS.

Après avoir notifié les faits reprochés aux personnes concernées et avoir reçu, le cas échéant, leurs observations, le directeur peut :

- mettre un terme à la procédure ;
- notifier un avertissement à l'intéressé ;
- ou saisir une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie, laquelle apprécie la responsabilité de la personne et propose le prononcé et le montant d'une pénalité le cas échéant. Après réception de l'avis de la commission, le directeur peut :
  - mettre un terme à la procédure ;
  - infliger une pénalité à l'assuré, qui doit être informé du délai dans lequel il doit s'en acquitter et des modalités qu'il doit suivre à cette fin.

En cas de fraude :

- la pénalité peut être infligée sans saisine de la commission ;
- les plafonds évoqués ci-dessus sont respectivement portés à 200 % des sommes concernées et à quatre fois le PMSS ;
- la pénalité ne peut être inférieure :
  - à un dixième du PMSS pour les bénéficiaires des prestations ;
  - au PMSS pour les employeurs ;
  - à la moitié du PMSS pour les professionnels de santé.

3.1.1.2.4. Le contrôle spécifique des arrêts de plus de six mois

En cas d'affection de longue durée et d'interruption ou de soins continus de plus de six mois, la caisse d'assurance maladie est tenue de faire procéder à un examen de l'assuré conjointement par le médecin traitant et le médecin-conseil[153]. L'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale dispose que le médecin traitant doit déterminer le traitement que l'assuré doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption. Pour continuer à bénéficier des prestations de l'assurance maladie, ce dernier devra :

- suivre les mesures et les traitements prescrits par le médecin traitant. En cas de désaccord avec le service du contrôle médical, il devra se soumettre aux recommandations d'un expert ;
- se soumettre aux visites médicales et aux contrôles de la caisse ;
- s'abstenir de toute activité non autorisée ;
- accomplir les exercices prescrits en vue de sa rééducation ou de son reclassement.

À défaut, les prestations peuvent être suspendues, réduites ou supprimées par la caisse.

[153] Articles D. 613-19-1 du code la sécurité sociale et D. 732-2-3 du code rural et de la pêche maritime.

Le médecin traitant doit en outre établir un protocole de soins précisant les actes et prestations nécessités par le traitement et pour lesquels la participation de l'assuré peut être supprimée ou limitée. Le protocole est transmis au service du contrôle médical, dont l'avis est communiqué à la caisse avant que soit décidée la suppression ou la limitation de la participation de l'assuré par le directeur de la caisse.

3.1.2. Le contrôle administratif permet de vérifier que le bénéficiaire s'acquitte de ses obligations

3.1.2.1. Les obligations du bénéficiaire

L'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale dispose que les bénéficiaires des indemnités journalières doivent :

- observer les prescriptions du médecin ;
- se soumettre aux contrôles du service du contrôle médical mentionné au 3.1.1.2 ;
- respecter les heures de sorties autorisées par le médecin ;
- s'abstenir de toute activité non autorisée ;
- informer sans délai la caisse de toute reprise d'activité lorsque celle-ci intervient avant l'écoulement du délai de l'arrêt de travail.

3.1.2.2. Le contrôle afférent

L'article R. 114-18 du code de la sécurité sociale dispose que des agents agréés et assermentés des organismes d'assurance maladie procèdent à des contrôles sur pièces et sur place pour vérifier l'exactitude des déclarations, des attestations et des justificatifs fournis pour bénéficier des prestations.

À cet égard, toutes les personnes physiques ou morales susceptibles de garantir l'exactitude des informations communiquées peuvent être interrogées. Les documents comportant des informations relevant du service médical doivent être adressés ou remis au praticien-conseil.

L'article D. 732-2-9 du code rural et de la pêche maritime prévoit que le contrôle par la mutualité sociale agricole du respect des obligations mentionnées au 3.1.2.1 est également assuré par des agents agréés et assermentés, les fonctions des CPAM étant alors dévolues aux caisses de MSA[154].

3.1.2.3. Les conséquences pour le salarié

En cas de manquement à ces obligations, l'assuré doit restituer les indemnités correspondantes à la caisse. Une sanction financière peut également être prononcée dans les conditions évoquées au 1.1.1.1.1.12[155] s'il a exercé une activité ayant donné lieu à des gains, à une rémunération ou à des revenus professionnels[156].

---

[154] Article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime.

[155] Article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

[156] Article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

3.1.3. Les manquements constatés peuvent donner lieu à des poursuites administratives et pénales

Les manquements relatifs aux indemnités journalières peuvent donner lieu à des poursuites :

- administratives :
  - pour faute, lorsque les bénéficiaires ont fourni de fausses déclarations, omis la modification d'une ou de plusieurs d'entre elles, falsifié, dupliqué, prêté ou emprunté des documents conditionnant la prise en charge ou empêché ou tenté d'empêcher le contrôle d'un organisme d'assurance maladie[157] ;
  - pour fraude, en cas d'établissement ou d'usage de faux, d'utilisation des facilités conférées par un emploi au sein d'un organisme local d'assurance maladie ou d'exercice d'une activité ayant donné lieu à rémunération, revenus ou gains[158] ;
  - pour fraude en bande organisée, lorsque deux ou plusieurs acteurs ont agi de façon organisée dans le but d'en retirer directement ou indirectement un profit, un avantage ou un bénéfice[159].
- pénales :
  - en cas d'escroquerie en banque organisée, caractérisée par l'usage d'un faux nom, d'une fausse qualité, l'abus d'une qualité vraie ou l'emploi de manœuvres frauduleuses ; l'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende[160] ;
  - en cas de faux et usage de faux, qui sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende[161].

3.1.4. Des procédures de mise sous objectifs et mise sous accord préalableeuvent être engagées auprès des professionnels de santé

Le directeur de la caisse d'assurance maladie peut décider de subordonner le versement des indemnités journalières à l'accord préalable du service du contrôle médical si le nombre ou la durée des arrêts de travail prescrits par un médecin par rapport au nombre de consultations est significativement supérieur aux données moyennes constatées pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou du même organisme local d'assurance maladie[162]. La mise sous accord préalable (MSAP) ne peut excéder six mois et doit être décidée après que le médecin, assisté par une personne de son choix le cas échéant[163], a pu présenter ses observations et après avis d'une commission mentionnée au 1.1.1.1.1.12. Le directeur peut alors[164] :

- abandonner la procédure de MSAP ;
- saisir le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui disposera d'un délai d'un mois pour rendre un avis[165] :
  - si l'avis est défavorable, le directeur abandonne la procédure[166] ;

---

[157] Article R. 147-6 du code de la sécurité sociale.

[158] Article R. 147-11 du code de la sécurité sociale.

[159] Article R. 147-12 du code de la sécurité sociale.

[160] Article 313-1 du code pénal.

[161] Article 441-1 du code pénal.

[162] Article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale.

[163] Article R. 148-1 du code de la sécurité sociale.

[164] Article R. 148-1 du code de la sécurité sociale.

[165] Article R. 148-8 du code de la sécurité sociale.

  - si l'avis est favorable, le directeur notifie au médecin sa décision de subordonner les prescriptions à l'accord préalable du service du contrôle médical et lui précise les modalités de mise en œuvre de la procédure, notamment relatives à l'information de patients[167] ;
- proposer, conjointement avec le service du contrôle médical, un objectif de réduction des prescriptions devant être atteint dans un délai compris entre quatre et six mois ;
  - En cas d'acceptation de la proposition, un praticien-conseil référent désigné par le directeur de l'organisme d'assurance maladie et par le médecin-conseil chef de service sera chargé du suivi personnalisé du médecin[168]. Un bilan détaillé de l'objectif de réduction est transmis au médecin au plus tard dans les six mois suivant le terme de la période fixée pour atteindre l'objectif[169] ;
  - S'il refuse la proposition dans un délai de quinze jours, le médecin s'expose à la procédure de MSAP[170].

Une pénalité peut être prononcée, dans les conditions évoquées au 1.1.1.1.1.12, par le directeur de l'organisme[171] :

- si le niveau de prescriptions demeure significativement supérieur à la moyenne régionale après deux périodes de MSAP[172] ; le montant de la pénalité ne peut excéder la valeur du PMSS[173] ;
- ou si le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ; le montant de la pénalité ne peut être égal à plus de deux fois le PMSS[174].

3.1.5. Un contrôle peut également être réalisé à la demande de l'employeur

Le versement des indemnités complémentaires est notamment conditionné au suivi, le cas échéant, d'une contre-visite médicale organisée à la demande de l'employeur[175]. Si elle conclut à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou si l'examen de l'assuré est impossible, l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le médecin transmette dans les 48 heures son rapport au service du contrôle médical de la caisse. Ce dernier a deux possibilités :

- demander à la caisse la suspension du versement des indemnités journalières. L'assuré peut alors demander à sa caisse d'assurance maladie de saisir le service du contrôle médical pour un examen de sa situation dans les dix jours suivant la notification de suspension des indemnités journalières ; le service du contrôle médical disposera de quatre jours à compter de la réception de la saisine de l'assuré pour se prononcer sur sa demande[176] ;
- ou procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré, lequel est de droit en cas d'impossibilité d'examen de l'assuré lors du contrôle.

---

[166] Article R. 148-9 du code de la sécurité sociale.

[167] Article R. 148-9 du code de la sécurité sociale.

[168] Article R. 148-5 du code de la sécurité sociale.

[169] Article R. 148-6 du code de la sécurité sociale.

[170] Article R. 148-3 du code de la sécurité sociale.

[171] Article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.

[172] Article R. 147-8 du code de la sécurité sociale.

[173] Article R. 147-8-1 du code de la sécurité sociale.

[174] Article R. 147-8-1 du code de la sécurité sociale.

[175] Article L. 1226-1 du code du travail.

[176] Article D. 315-4 du code de la sécurité sociale.

3.2. Plusieurs dispositifs visent à favoriser la reprise du travail

3.2.1. Les assurés reprenant leur travail de manière anticipée doivent en informer leur caisse

3.2.1.1. Le régime général

3.2.1.1.1. En cas de maladie, professionnelle ou non, et d'accident du travail

Les articles L. 323-6 et L. 433-1 du code de la sécurité sociale disposent que les assurés reprenant leur activité de manière anticipée sont tenus d'en informer sans délai l'assurance maladie.

Cette obligation revient à l'employeur subrogé dans les droits du salarié. À défaut, une sanction financière pourrait être prononcée[177]. Cette disposition a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017[178].

3.2.1.1.2. En cas de maternité

L'indemnisation est conditionnée à la cessation de toute activité professionnelle pendant huit semaines au moins[179]. En cas de reprise anticipée, le versement des indemnités journalières n'est donc possible que si la durée minimale d'interruption est respectée.

3.2.1.2. Le RSI et la MSA

Comme pour le régime général, les assurés reprenant leur travail de manière anticipée doivent en informer leur caisse de base. Une déclaration sur l'honneur indiquant la date de reprise doit être transmise dans les deux jours suivant celle-ci[180].

3.2.2. Le travail à temps partiel pour motif thérapeutique a été assoupli en 2011

3.2.2.1. Le régime général

3.2.2.1.1. En cas de maladie

L'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale précise qu'une indemnité journalière peut être versée en totalité ou en partie aux salariés travaillant à temps partiel pour motif thérapeutique, celui-ci faisant suite à un arrêt de travail indemnisé à temps complet :

- lorsque le travail est de nature à favoriser l'amélioration de leur état de santé ;
- ou lorsqu'ils doivent faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle afin de recouvrer un travail compatible avec leur état de santé.

---

[177] Article L. 323-6-1 du code de la sécurité sociale.

[178] Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

[179] Article L. 331-3 du code de la sécurité sociale.

[180] Article D. 613-23 du code de la sécurité sociale et article D. 732-2-7 du code rural et de la pêche maritime.

Le montant de l'indemnité ne peut porter leur gain à un chiffre supérieur au salaire normal des autres travailleurs de la catégorie professionnelle, sauf cas exceptionnel apprécié par la caisse.

La durée de versement de l'indemnité ne peut excéder d'un an le délai de versement maximal de trois ans[181].

3.2.2.2. En cas d'affection de longue durée

Depuis le 23 décembre 2011, les assurés qui se trouvent dans l'impossibilité de poursuivre leur activité à temps complet en raison d'une affection de longue durée ne sont pas tenus d'avoir été indemnisés à temps complet à l'occasion d'un arrêt de travail précédent immédiatement la reprise à temps partiel[182].

3.2.2.2.1. En cas d'accident du travail et de maladie professionnelle

Une indemnité peut également être versée aux assurés reprenant un travail léger[183] :

- quand la reprise est autorisée par le médecin traitant ;
- et quand le médecin-conseil de la caisse primaire ou le médecin expert estiment que la reprise est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.

Le montant total servi ne peut excéder le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière s'il est plus élevé.

La victime doit immédiatement informer de cette reprise[184] sa caisse primaire, qui décide du maintien total ou partiel de l'indemnité.

Depuis le 23 décembre 2011[185], les assurés qui n'étaient pas préalablement en arrêt de travail peuvent également bénéficier directement d'indemnités journalières à l'occasion d'un temps partiel.

3.2.2.3. Le RSI et la MSA

Depuis le 1er janvier 2017, la possibilité de bénéficier d'un temps partiel pour motif thérapeutique et de percevoir des indemnités journalières à cette occasion est étendue aux indépendants[186].

En vertu de l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017[187], les non salariés agricoles pourront également en bénéficier à partir du 1er janvier 2018[188].

---

[181] Article R. 323-3 du code de la sécurité sociale.

[182] Article L. 323-3 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

[183] Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale.

[184] Article R. 433-15 du code de la sécurité sociale.

[185] Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

[186] Article L. 613-20 du code de la sécurité sociale.

[187] Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

[188] Article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime.

Sous réserve de l'accord du médecin traitant, l'article R. 751-56 du code rural et de la pêche maritime précise toutefois qu'ils peuvent d'ores et déjà reprendre un travail léger tout en bénéficiant d'une partie ou de la totalité des indemnités.

3.2.3. Des actions d'accompagnement et de formation sont également prévues

3.2.3.1. Des actions communes aux trois régimes

Sous réserve de l'accord de leur médecin traitant, les salariés, les non salariés non agricoles et les non salariés agricoles peuvent bénéficier des indemnités journalières tout en réalisant des actions d'accompagnement, d'évaluation, d'information, de conseil et de formation si[189] :

- la durée de ces actions est jugée compatible avec la durée de l'arrêt de travail par le médecin-conseil pour les salariés et les non salariés agricoles, par le service médical pour les non salariés non agricoles ;
- leur caisse de base y participe.

3.2.3.2. Dans le régime général

Au-delà de trois mois d'interruption, l'article L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le médecin-conseil, en liaison avec le médecin traitant, puisse solliciter le médecin du travail pour préparer et étudier les conditions et les modalités de la reprise du travail.

[189] Articles L. 323-3-1 et D. 613-17 du code de la sécurité sociale et article L. 752-5-2 du code rural et de la pêche maritime.

4. La couverture des fonctionnaires est régie par des dispositions spécifiques

4.1. Les fonctionnaires en arrêt de travail pour maladie peuvent être placés en congé de maladie ordinaire (CMO), en congé de longue maladie (CLM) ou en congé de longue durée (CLD)

4.1.1. Les fonctionnaires en CMO perçoivent l'intégralité de leur traitement indiciaire pendant trois mois

4.1.1.1. Les fonctionnaires doivent envoyer l'avis d'interruption de travail à leur administration dans les 48 heures

Les fonctionnaires disposant d'un avis d'interruption de travail prescrit par un médecin, un dentiste ou une sage-femme peuvent être placés en CMO s'ils adressent les volets n° 2 et 3 de l'avis[190] à leur administration dans les 48 heures[191].

À défaut, leur traitement indiciaire brut, leurs primes et leurs indemnités peuvent être réduites de moitié pendant la période comprise entre la date d'établissement de l'arrêt de travail et la date d'envoi en cas de nouveau dépassement du délai dans les 24 mois suivant le premier arrêt de travail[192].

4.1.1.2. Le traitement indiciaire est intégralement maintenu pendant trois mois, puis diminué de moitié les neuf mois suivants

La durée d'un CMO est limitée à un an, mais la prolongation d'un congé de six mois consécutifs ne peut intervenir qu'après avis du comité médical[193]. Au cours de cette période, qui est prise en compte pour l'avancement à l'ancienneté et le droit à la retraite, l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat dispose que :

- le traitement indiciaire du fonctionnaire est maintenu en intégralité pendant trois mois, puis réduit de moitié les neuf mois suivants ; une indemnité différentielle est versée lorsque le demi-traitement est inférieur au montant des indemnités journalières de la sécurité sociale ;
- l'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés en intégralité ;
- les primes et indemnités :

---

[190] Circulaire du 24 juillet 2003 concernant le traitement des certificats médicaux d'arrêt de travail pour maladie des fonctionnaires.

[191] Article 15 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux.

[192] Cette réduction n'est pas appliquée en cas d'hospitalisation ou d'impossibilité de transmettre l'avis dans les 48 heures.

[193] Article 7 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

- sont maintenues en intégralité pendant trois mois, puis réduites de moitié les neuf mois suivants, dans la fonction publique d'État[194] ;
- sont fixées par délibération de la collectivité territoriale dans la fonction publique territoriale ;
- ne sont mentionnées dans aucune disposition dans la fonction publique hospitalière.

4.1.1.3. Le fonctionnaire doit respecter plusieurs obligations

Pendant son arrêt maladie, le fonctionnaire est tenu de[195] :

- respecter les prescriptions et les visites que son état de santé implique ;
- se soumettre aux visites de contrôle demandées par son administration ou par le comité médical ;
- cesser tout travail, à l'exception des activités ordonnées en vue de la réadaptation à l'emploi ;
- signaler tout changement de résidence à son administration.

À défaut, sa rémunération peut être interrompue, le bénéfice du congé de maladie perdu.

4.1.1.4. La reprise du travail peut être subordonnée à l'avis du comité médical si l'arrêt dure au moins douze mois

À l'issue du congé, le fonctionnaire :

- reprend ses fonctions sans avoir fait vérifier son aptitude à les exercer si l'arrêt dure moins de douze mois ;
- en cas d'arrêt de douze mois ou plus[196] ;
  - si le comité médical rend un avis positif, il reprend ses fonctions et l'administration peut être amenée, le cas échéant, à adapter le poste de travail ;
  - si le comité médical rend un avis défavorable, il peut être mis en disponibilité d'office, reclassé dans un autre emploi ou reconnu définitivement inapte à l'exercice d'un emploi et admis pour invalidité à la retraite.

4.1.2. Le CLM vise à couvrir les pathologies les plus graves

4.1.2.1. Une demande de CLM peut être effectuée par l'administration ou par le fonctionnaire en cas de pathologie dont la gravité est confirmée

Les fonctionnaires peuvent être placés en CLM[197] :

---

[194] Article 1 du décret n° 2010-997 du 26 août 2010 relatif au régime de maintien des primes et indemnités des agents publics de l'État et des magistrats de l'ordre judiciaire dans certaines situations de congés.

[195] Décret n° 2014-1133 du 3 octobre 2014 relatif à la procédure de contrôle des arrêts de maladie des fonctionnaires.

[196] Article 7 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

- s'ils sont atteints d'une affection mentionnée sur une liste fixée par arrêté ministériel[198] ;
- ou s'ils sont reconnus, après avis du comité médical, atteints d'une maladie présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée et nécessitant un traitement et des soins prolongés.

La demande de CLM peut être effectuée :

- par le fonctionnaire, qui doit adresser à son administration une demande et un certificat médical de son médecin traitant. Une contre-visite médicale est organisée par le comité médical, dont l'avis peut faire l'objet d'un recours devant le comité médical supérieur[199] ;
- ou par l'administration, si elle estime que l'état de santé du fonctionnaire le justifie au vu d'une attestation médicale ou d'un rapport hiérarchique. Le comité médical doit alors être consulté, et le fonctionnaire constitue une faute disciplinaire s'il refuse l'examen médical[200].

4.1.2.2. Le traitement indiciaire est versé en intégralité pendant un an, puis diminué de moitié les deux années suivantes

La durée du CLM, qui est fixée, sur proposition du comité médical, par l'administration, est limitée à trois ans, mais le congé doit être accordé et renouvelé tous les trois à six mois[201]. Un CMO peut être requalifié en CLM ; la date de la première constatation de la maladie constituera alors le point de départ de la période de CLM.

Au cours de cette période[202], qui est prise en compte l'avancement à l'ancienneté et le droit à la retraite[203] :

- le traitement indiciaire est versé en intégralité pendant un an, puis porté à 50 % les deux années suivantes ; comme pour le CMO, une indemnité différentielle peut être versée si le montant du demi-traitement est inférieur à celui des indemnités journalières ;
- l'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont intégralement maintenus ;

---

[197] Article 28 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

[198] Arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie.

[199] Article 35 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

[200] Article 34 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

[201] Article 36 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

[202] Articles 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

[203] Article 40 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

- les primes et indemnités :
  - cessent d'être versées lorsqu'elles sont liées à l'exercice des fonctions ou lorsqu'elles consistent en un remboursement de frais, et continuent de l'être, dans les mêmes proportions que le traitement indiciaire, lorsqu'elles ne le sont pas, dans la fonction publique d'État ;
  - sont fixées par délibération de la collectivité territoriale dans la fonction publique territoriale ;
  - ne sont mentionnées dans aucune disposition dans la fonction publique hospitalière.

4.1.2.3. Les fonctionnaires en CLM et en CMO sont astreints aux mêmes obligations

Les fonctionnaires en CLM sont tenus de se soumettre aux obligations mentionnées au 4.1.1.3.

4.1.2.4. La reprise du travail n'est possible qu'après examen par un médecin agréé et avis favorable du comité médical

À l'issue du CLM, la reprise du travail n'est possible qu'après examen par un médecin agréé et avis favorable du comité médical[204] :

- s'il est reconnu apte à exercer ses fonctions, le fonctionnaire est réintégré, le cas échéant avec des aménagements des conditions de travail ;
- s'il est inapte, il peut être mis en disponibilité d'office, reclassé dans un autre emploi ou reconnu définitivement inapte à l'exercice d'un emploi et admis à la retraite pour invalidité.

4.1.3. Le CLD constitue le prolongement éventuel du CLM

4.1.3.1. Le CLM peut être prolongé en CLD après avis du comité médical

Un fonctionnaire peut être placé en CLD, après avis du comité médical[205] :

- s'il est atteint d'une affection cancéreuse, d'une maladie mentale, d'une tuberculose, d'une poliomyélite ou d'un déficit immunitaire grave et acquis ;
- et s'il a épuisé l'année de CLM rémunérée à plein traitement ; le fonctionnaire peut néanmoins demander à rester en CLM à son administration, qui peut accepter[206] ou refuser après avis du comité médical[207].

---

[204] Article 42 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

[205] Article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et article 41 et la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

[206] Le fonctionnaire ne pourra alors plus être en CLD pour la même maladie, sauf s'il a repris ses fonctions au moins une année entre la fin du CLM et le début du CLD.

[207] Article 30 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

La demande de CLD présente les mêmes caractéristiques que celle de CLM évoquée au 4.1.2.1.

4.1.3.2. La durée d'indemnisation est portée à cinq ans, voire huit si la maladie est d'origine professionnelle

La rémunération d'un fonctionnaire en CLD correspond à celle qu'il toucherait en CLM, à deux exceptions près[208] :

- dans le cas général, la durée d'un CLD est limitée à cinq ans, au cours desquels le traitement indiciaire est intégralement maintenu pendant trois ans, puis réduit de moitié pendant deux ans ;
- lorsque la maladie est d'origine professionnelle, la durée est limitée à huit ans, au cours desquels le traitement indiciaire est intégralement maintenu pendant cinq ans, puis réduit de moitié pendant trois ans.

Les obligations du fonctionnaire pendant le CLD les règles relatives à la fin de son congé sont les mêmes que pendant un CLM.

4.2. Un congé pour accident de service ou maladie professionnelle est également prévu

4.2.1. Les fonctionnaires peuvent être placés en congé pour accident de service ou maladie professionnelle après avoir apporté la preuve de l'origine professionnelle de leur interruption

Pour être placés en congé pour accident de service ou maladie professionnelle, les fonctionnaires doivent :

- avoir été victimes :
  - d'un accident dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions ;
  - d'un accident de trajet entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail ;
  - d'une maladie contractée ou aggravée durant l'exercice de leurs fonctions ;
- adresser un certificat médical à leur employeur ;
- apporter la preuve de l'origine professionnelle de leur interruption ;
- attendre la consultation de la commission de réforme sur l'origine de l'accident ou de la maladie, sauf si l'employeur reconnaît qu'ils sont imputables au service[209].

---

[208] Article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et article 41 et la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

[209] Article 26 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires, article 16 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux et article 16 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière.

4.2.2. Le traitement indiciaire est maintenu jusqu'à la reprise du service ou la consolidation des séquelles[210]

Avant la reprise du service ou la consolidation des séquelles, sont versées :

- le traitement indiciaire, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement et la nouvelle bonification indiciaire dans les trois fonctions publiques ;
- les primes et les indemnités dans la fonction publique d'État ; dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, leur versement dépend de l'administration ou de l'autorité.

Au cours de cette période, les obligations des fonctionnaires et les règles de prise en compte du temps passé en congé pour l'avancement à l'ancienneté et le droit à la retraite sont les mêmes que pour le CMO.

4.2.3. La fin du congé débouche sur la reprise de service, l'adaptation du poste, le reclassement ou la mise à la retraite

À l'issue de son congé, le fonctionnaire[211] :

- reprend son activité, le cas échéant dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique[212] ;
- occuper son poste de travail après adaptation de celui-ci si son état physique le nécessite ;
- être reclassé sur un autre poste si l'adaptation du poste est impossible ;
- être mis à la retraite si le reclassement est impossible.

4.3. Le jour de carence introduit en 2012 et 2013 a été supprimé

En 2012 et 2013 avait été introduit un jour de carence dans la fonction publique. Cette mesure était prévue par l'article 105 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, qui disposait qu' « hormis les cas de congé de longue maladie, de congé de longue durée ou si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, les agents publics civils et militaires en congé de maladie, ainsi que les salariés dont l'indemnisation du congé de maladie n'est pas assurée par un régime obligatoire de sécurité sociale, ne perçoivent pas leur rémunération au titre du premier jour de ce congé ».

L'article 126 de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014, entré en application le 1er janvier 2014, a supprimé le jour de carence dans la fonction publique.

---

[210] Article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, article 57 de la loi n° Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et article 40 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

[211] Article 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

[212] Article 34 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, article 57 de la loi n° Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et article 41-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

ANNEXE IV

Analyse des déterminants et des outils de pilotage de l'évolution de la dépense d'indemnités journalières

SOMMAIRE

1. LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES SONT SUIVIES DANS LE CADRE DES COMPTES DE LA SANTÉ ET DE L'ONDAM : LEUR ÉVOLUTION EST DYNAMIQUE AVEC UNE HAUSSE DE 300 M€ EN MOYENNE CHAQUE ANNÉE 1

1.1. Les comptes de la nation assurent le suivi de la dépense courante de santé incluant la dépense d'indemnités journalières (IJ) avec le périmètre le plus large, cet indicateur montre que la dépense d'IJ a augmenté de 62 % entre 2000 et 2015 1

1.1.1. Les indemnités journalières pèsent seulement 5 % de la dépense courante de santé (DCS). 1

1.1.2. La dépense d'IJ est essentiellement portée par le régime général (91 % de la dépense) et concerne pour plus de la moitié le risque maladie 3

1.1.3. Les indemnités journalières évoluent sur longue période au même rythme que la dépense courante de santé mais l'évolution des IJ est plus heurtée avec une alternance de hausse et de stabilisation 4

1.1.4. La dépense d'IJ est en grande partie liée à l'évolution de la population active française, elle pourrait ainsi ralentir et atteindre 15 Md€ en 2025 (à cadre constant) 8

1.2. Les indemnités journalières ne sont pas toutes retenues dans le champ ONDAM ; elles représentent 6 % de l'objectif avec une croissance plus rapide que ce dernier selon les périodes 8

1.2.1. Les indemnités journalières font partie des dépenses de soins de ville de l'ONDAM avec un périmètre différant des comptes nationaux de santé : les IJ maternités sont exclus 8

1.2.2. Le poste IJ représente 6 % de l'ONDAM mais son évolution est plus dynamique en 2015 et 2016 10

1.3. Un panorama des dépenses d'IJ et de leur évolution selon le risque et le régime 13

1.3.1. Un panorama du régime général selon les risques maladie, AT-MP et maternité 13

1.3.2. Le régime agricole a été marqué par l'ouverture des droits aux IJ maladie pour les non-salariés affiliés à la MSA en 2014 27

1.3.3. L'augmentation de la dépense d'IJ du régime social des indépendants peut s'expliquer en partie par des effets d'aubaine en bénéficiant d'indemnisations sans paiement de cotisation 34

2. DES TRAVAUX ÉCONOMÉTRIQUES RÉALISÉS PAR LE SERVICE STATISTIQUE PUBLIC, LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE OU LE MONDE ACADÉMIQUE MONTRENT QUE LES DÉTERMINANTS DU RECOURS AUX ARRÊTS DE TRAVAIL ET DE LEUR DURÉE SONT DE TROIS ORDRES : LES EFFETS INDIVIDUELS, LES EFFETS DU CONTEXTE PROFESSIONNEL ET LES EFFETS DE L'ENVIRONNEMENT NON PROFESSIONNEL 36

2.1. Les déterminants individuels ou de composition 37

2.1.1. Les caractéristiques individuelles sociodémographiques et de santé 38

2.1.2. Les caractéristiques individuelles liées à l'emploi (temps de travail, contrat, salaire) 43

2.2. Les déterminants de contexte (économique, professionnel, géographique) 44

2.2.1. Le contexte économique et professionnel 44

2.2.2. Le contexte géographique 47

2.2.3. Les actions d'accompagnement sur les prescriptions d'arrêts de travail ont un impact sur la prescription d'IJ maladie et AT-MP *49*
2.2.4. Une première évaluation de l'impact de la tarification à l'expérience pour les troubles musculo-squelettiques montre une limitation de ce risque dans les entreprises *50*
2.3. L'influence du système d'indemnisation est très peu étudiée dans la littérature faute de connaissance précise de la couverture complémentaire des salariés 51
2.3.1. Une étude conjointe de l'IRDES et de l'Insee mesure l'effet des conventions collectives, du délai de carence et du taux d'indemnisation sur les arrêts maladies *51*
2.3.2. Deux études récentes de la DREES complètent le manque de connaissance au sujet de l'efficacité des incitations financières dans la régulation des arrêts maladie *53*
2.3.3. Quelques études internationales existent sur les déterminants et l'impact du régime d'indemnisation sur le recours aux arrêts de travail *55*

3. LES DÉTERMINANTS DE L'ÉVOLUTION DE LONG TERME DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES SONT APPRÉHENDÉS GRÂCE À DES MODÉLISATIONS ÉCONOMÉTRIQUES : DÉMOGRAPHIE, MARCHÉ DU TRAVAIL, ÉPIDÉMIES, POLITIQUE DE CONTRÔLE DE LA CNAM 59

3.1. La DSS mène quelques travaux sur les facteurs macroéconomiques de la dynamique des IJ maladie et AT-MP dans le cadre de la commission des comptes de la sécurité sociale 61
3.1.1. Deux modélisations des IJ maladie (régime général) mettent en avant l'importance de l'emploi salarié, du chômage, de la précarité de l'emploi et de la politique de contrôles de la CNAM *61*
3.1.2. Une modélisation des IJ AT-MP (régime général) qui dépend du contexte économique et de l'évolution de l'emploi salarié sur la période 1994-2010 ..... *63*
3.2. La DREES a mené des études économétriques entre 2003 et 2007 sur la dynamique des IJ maladie et AT-MP, elle différencie les déterminants des IJ maladie selon leur durée mais ne parvient pas à établir de modélisation pour les IJ AT-MP 63
3.2.1. Une modélisation du volume d'indemnités journalières maladie par salarié met en évidence le rôle important de l'activité des médecins *64*
3.2.2. La modélisation des IJ AT-MP n'a pas permis de mettre en évidence des déterminants statistiquement signifiants *67*
3.3. La CNAM réalise des travaux économétriques sur les déterminants macroéconomiques de la dynamique du nombre d'IJ du régime général 68
3.3.1. Une étude de la CNAM de 2006 modélise le nombre d'IJ de courte durée par salarié *68*
3.3.2. Depuis 2011, la CNAM utilise un modèle à correction d'erreur pour analyser les déterminants de l'évolution du dénombrement d'IJ maladie et AT-MP *70*

4. DES OUTILS DE PILOTAGE PERFECTIBLES GRÂCE À UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES PARAMÈTRES PROPRES À LA LIQUIDATION DES DROITS..... 81

4.1. Une prévision qui n'est pas si éloignée de la réalité mais améliorable par un meilleur suivi chiffré des mesures réglementaires proposées et par une clarification de l'objectif de maîtrise médicalisé sur le poste IJ 81
4.1.1. Le tendanciel se détermine en fonction du taux de croissance moyen annuel du régime général *82*

4.1.2. Un chiffrage ex-ante des mesures nouvelles pour déterminer l'ONDAM tendanciel est réalisé avec le peu d'informations disponibles et devient impossible à effectuer ex-post faute de remontée au niveau national des paramètres liés à la liquidation ... 85

4.1.3. Un objectif politique affiché de maîtrise médicalisée fixé par la CNAM qui est suivi mensuellement dans les caisses locales sans être forcément accompagné de mesures chiffrées en contrepartie, rendant ainsi sa réalisation aléatoire et servant d'explication à l'écart entre la prévision et la dépense réalisée ... 88

4.1.4. Les limites méthodologiques des prévisions de dépenses sont à relativiser puisque les écarts avec les montants réalisés sont faibles, de l'ordre de 1,3 % en 2015 ... 92

4.1.5. Une dépense qui fait l'objet d'un suivi attentif afin de renforcer l'efficience du système de soins et de développer la maîtrise médicalisée des dépenses mais nécessite une actualisation de la définition de l'indicateur de performance suite aux dernières réformes réglementaires et objectifs d'économies décidés ... 93

4.2. La décomposition du taux d'évolution de la dépense d'IJ en plusieurs effets (par exemple volume, prix, hausse du nombre de bénéficiaires, de la durée) sert à l'orientation des contrôles mais reste sujette à caution ... 95

4.2.1. Régime général : la décomposition des effets du taux d'évolution de la dépense d'IJ fait l'objet d'un suivi particulier au niveau national et au niveau des CPAM car elle peut orienter les contrôles du service médical ; elle n'est cependant pas robuste faute de connaissance des prix réels ... 95

4.2.2. La décomposition de la croissance de la dépense d'IJ pour les autres régimes ... 101

4.3. Une amélioration du pilotage pourrait passer par la mise en place d'un outil de micro simulation qui nécessite une remontée d'informations des CPAM concernant les paramètres de la liquidation ... 105

4.3.1. Deux informations essentielles à la connaissance des déterminants et à l'analyse de l'évolution des IJ sont aujourd'hui inconnues par tous les acteurs : le motif de l'arrêt et le salaire réel plafonné ... 105

4.3.2. Le développement d'un outil de micro-simulation permettrait de réaliser des évaluations ex-post des réformes décidées en PLFSS et d'améliorer le chiffrage des futures propositions ... 106

1. Les indemnités journalières sont suivies dans le cadre des comptes de la santé et de l'ONDAM : leur évolution est dynamique avec une hausse de 300 M€ en moyenne chaque année

Les indemnités journalières sont suivies dans le cadre de deux grands agrégats :

- la dépense courante de santé (DCS), qui est suivie dans le cadre des comptes nationaux de la santé ;
- le périmètre des soins de ville dans le cadre de l'Ondam.

1.1. Les comptes de la nation assurent le suivi de la dépense courante de santé incluant la dépense d'indemnités journalières (IJ) avec le périmètre le plus large, cet indicateur montre que la dépense d'IJ a augmenté de 62 % entre 2000 et 2015

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) établit les comptes nationaux de la santé, qui sont un compte satellite des comptes nationaux de l'Insee. Il s'agit de retracer l'ensemble des dépenses engagées par les finances du système de santé : sécurité sociale (régime général, régime agricole (MSA), régime social des indépendants (RSI) et régimes spéciaux[1]), État, collectivités locales, organismes de protection complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages.

Deux indicateurs économiques sont principalement mis en avant :

- la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) ;
- la dépense courante de santé (DCS).

Pour retracer les dépenses effectuées au cours de l'année N, un travail de révision est réalisé par la DREES pendant trois années pour intégrer les corrections sur l'année considérée. Ainsi pour un exercice N, les comptes sont provisoires en N+1, semi-définitifs en N+2 et définitifs en N+3. Les comptes de la santé font l'objet d'une publication annuelle par la DREES, ainsi dans l'édition 2016 sont présentés les comptes provisoires de 2015, les comptes semi-définitifs de 2014 et définitifs pour les années antérieures.

1.1.1. Les indemnités journalières pèsent seulement 5 % de la dépense courante de santé (DCS).

La dépense courante de santé correspond à l'ensemble des dépenses courantes[2] effectuées dans le secteur de la santé. Elle regroupe les composantes suivantes :

- les dépenses pour les malades qui sont constituées de (cf. tableau 1) :
  - la consommation de soins et biens médicaux (CSBM, cf. encadré 1), qui s'élève à 194,6 Md€ en 2015, soit 74 % de la DCS ;

[1] Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP), Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN), Banque de France, Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), Établissement national des invalides de la marine (ENIM), RATP, SNCF.

[2] Cet agrégat ne prend pas en compte les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux.

- les soins de longue durée (services de soins infirmiers à domicile, soins aux personnes âgées en établissement, soins aux personnes handicapées en établissement et services) qui s'élèvent à 20,1 Md€, soit 8 % de la DCS ;
- **les indemnités journalières (maladie, accident du travail, maladie professionnelle et maternité) qui s'élèvent à 13,7 Md€, soit 5 % de la DCS** ;
- les autres dépenses en faveur des malades qui s'élèvent à 0,6 Md€ ;

- les dépenses de prévention des maladies, qui peut être soit individuelle (dépistages, vaccination) soit collective (campagnes d'information et d'éducation à la santé). Elles s'élèvent à 5,8 Md€, soit 2 % de la DCS ;
- les dépenses en faveur du système de soins (subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles, subventions au système de soins, remises conventionnelles, recherche médicale et pharmaceutique, formation), qui s'élèvent à 12,2 Md€, soit 5 % de la DCS ;
- les coûts de gestion de la santé, qui s'élèvent à 15,1 Md€, soit 6 % de la DCS. Les comptes nationaux de la santé ne permettent pas d'obtenir un détail plus fin afin d'identifier notamment les coûts de gestion des indemnités journalières.

La DCS s'élève à 262 Md€ en 2015, soit 12 % du PIB.

Tableau 1 : Décomposition de la DCS en fonction des différents postes en 2015

	Montant (M€)	Part des composantes dans la DCS (%)
CSBM	194 567	74 %
Soins de longue durée	20 070	8 %
Indemnités journalières	13 706	5 %
Autres dépenses en faveur des malades	619	0 %
Prévention	5 761	2 %
Dépenses en faveur du système de soins	12 206	5 %
Coût de gestion de la santé	15 116	6 %
Total	***262 046***	**-**

Source : PLFSS, annexe 7.

Encadré 1 : La consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) décrit les dépenses engagées sur ce périmètre par la Sécurité sociale, l'État, les collectivités locales, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et les ménages. Elle ne correspond qu'au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé.

Elle se décompose de la manière suivante :

- la consommation des soins hospitaliers (y compris les honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé), qui représente 90,8 Md€ en 2015, soit 47 % de la CSBM;
- la consommation de soins de ville (soins en cabinets libéraux, en dispensaires, soins de laboratoires et cures thermales), qui représente 50,5 Md€, soit 26 % de la CSBM ;
- la consommation de médicaments[3] en ambulatoire, qui représente 34,0 Md€, soit 17 % de la CSBM ;
- la consommation d'autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements), qui représente 14,7 Md€, soit 8 % de la CSBM ;
- la consommation de transports de malades, qui s'élève à 4,6 Md€, soit 2 % de la CSBM.

La CSBM s'élève à 194,6 Md€ en 2015, soit 9 % du PIB.

[3] Sur l'ensemble du territoire français (y compris les DOM) par les résidents et les non-résidents pour des soins urgents ou au titre de l'aide médicale d'État.

Tableau 2 : Décomposition de la CSBM en fonction des différents postes en 2015

	Montant (M€)
Soins hospitaliers	90 790
Soins de ville	50 546
Médicaments	33 963
Autres biens médicaux	14 677
Transports de malades	4 591
Total	***194 567***

Source : Comptes de la santé, édition 2016, DREES.

Source : Mission.

1.1.2. La dépense d'IJ est essentiellement portée par le régime général (91 % de la dépense) et concerne pour plus de la moitié le risque maladie

Les comptes nationaux de la santé permettent de distinguer la dépense des indemnités journalières :

- **selon le risque pris en charge** (cf. tableau 3 en 2015) :
  - 56 % sont des IJ maladie ;
  - 22 % sont des IJ AT-MP ;
  - 22 % sont des IJ maternité.

Tableau 3 : Décomposition des indemnités journalières en fonction du risque en 2015

	Montant (M€)
Ensemble	**13 706**
Maladie	7 629
Maternité	3 051
Accidents du travail - maladies professionnelles	3 025

Source : Comptes de la santé, édition 2016, DREES.

- **selon le régime** (cf. tableau 4 en 2015) :
  - 91 % de la dépense relève du régime général ;
  - 5 % de la MSA ;
  - 3 % du RSI ;
  - 1 % de la SNCF et 1 % de la RATP. Les autres régimes ne sont pas significatifs (moins de 1 %).

Tableau 4 : Décomposition des indemnités journalières en fonction du régime en 2015

	Montant (M€)
Ensemble	**13 706**
Régime général	12 417
MSA	620
RSI	376
SNCF	142
RATP	83
CRPCEN (uniquement maladie)	43

	Montant (M€)
ENIM	23
CANSSM	2
BDF (uniquement AT)	1

Source : Données transmises par la DREES.

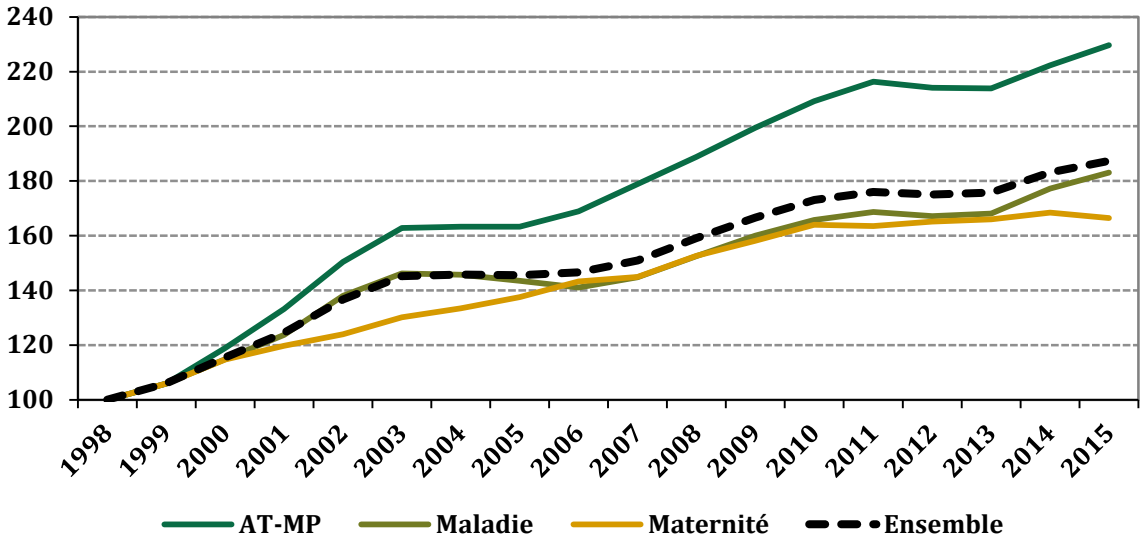
1.1.3. Les indemnités journalières évoluent sur longue période au même rythme que la dépense courante de santé mais l'évolution des IJ est plus heurtée avec une alternance de hausse et de stabilisation

1.1.3.1. La dépense d'indemnités journalières alterne entre hausse et stabilisation sur la période 1998-2015

La dépense d'IJ est dynamique sur la période 1998-2015, avec une augmentation de 87 %. Selon le risque, cette tendance est toutefois différente (cf. graphique 1) :

- plusieurs phases apparaissent clairement identifiables concernant les dépenses d'IJ maladie et AT-MP :
  - une forte hausse entre 1998 et 2003, avec un taux de croissance moyen annuel de 7,9 % pour le risque AT-MP et de 5,4 % pour la maladie ;
  - un « effet seuil » entre 2003 et 2005 ;
  - une augmentation entre 2004 et 2011, avec un taux de croissance moyen annuel de 4,1 % pour le risque AT-MP et de 2,1 % pour la maladie ;
  - une nouvelle stabilisation entre 2011 et 2013, avec une légère baisse de 0,6 % pour le risque AT-MP et de 0,2 % pour la maladie ;
  - une nouvelle augmentation depuis 2014, de 3,3 % pour les risques AT-MP (+ 112 M€ entre 2013 et 2014 et + 97 M€ entre 2014 et 2015) et maladie (+ 381 M€ entre 2013 et 2014 et + 247 M€ entre 2014 et 2015). Le montant de ces hausses est comparable aux évolutions constatées sur la période 1999-2003 et sur la période 2007-2009 ;
- la dépense d'IJ maternité augmente entre 1998 et 2010 à un taux moyen annuel de 4,2 % puis stagne depuis 2010 (taux de croissance moyen annuel de 0,7 %) et diminue en 2015.

Graphique 1 : Évolution de la dépense d'IJ entre 2007 et 2015 (tous régimes, base 100 1998)

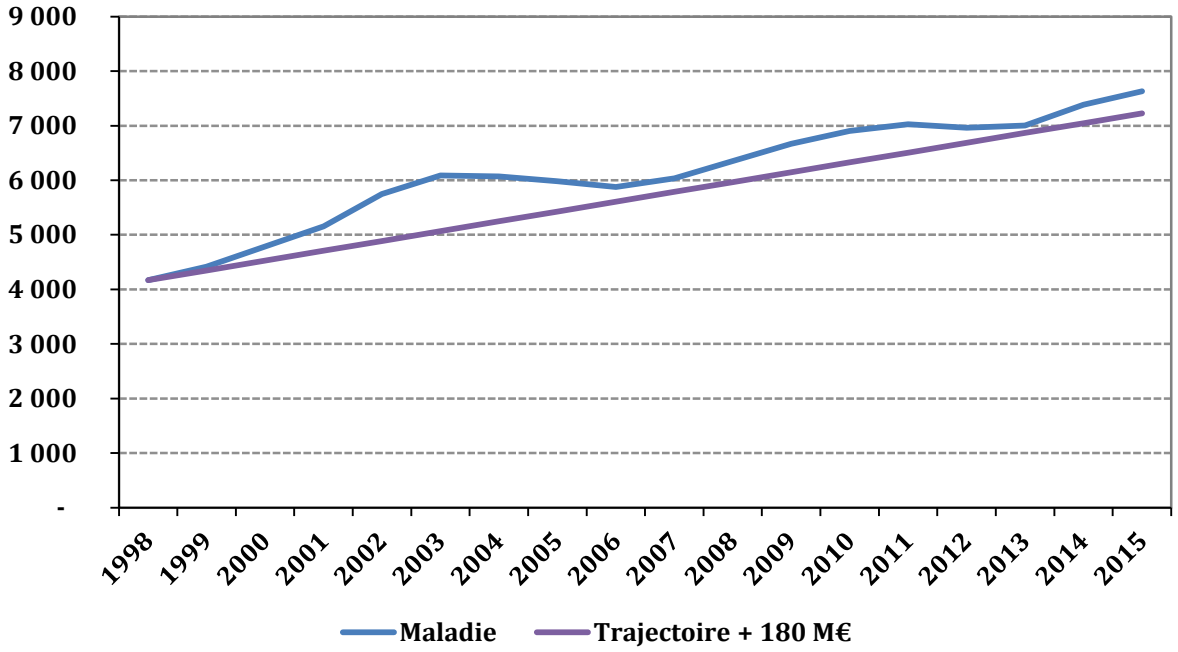


Source : Mission, d'après les données communiquées par la DREES.

Depuis les années 2000, l'évolution des dépenses des IJ maladie et AT-MP suit une tendance linéaire, tout en alternant avec des phases d'accélération et des phases de stagnation.

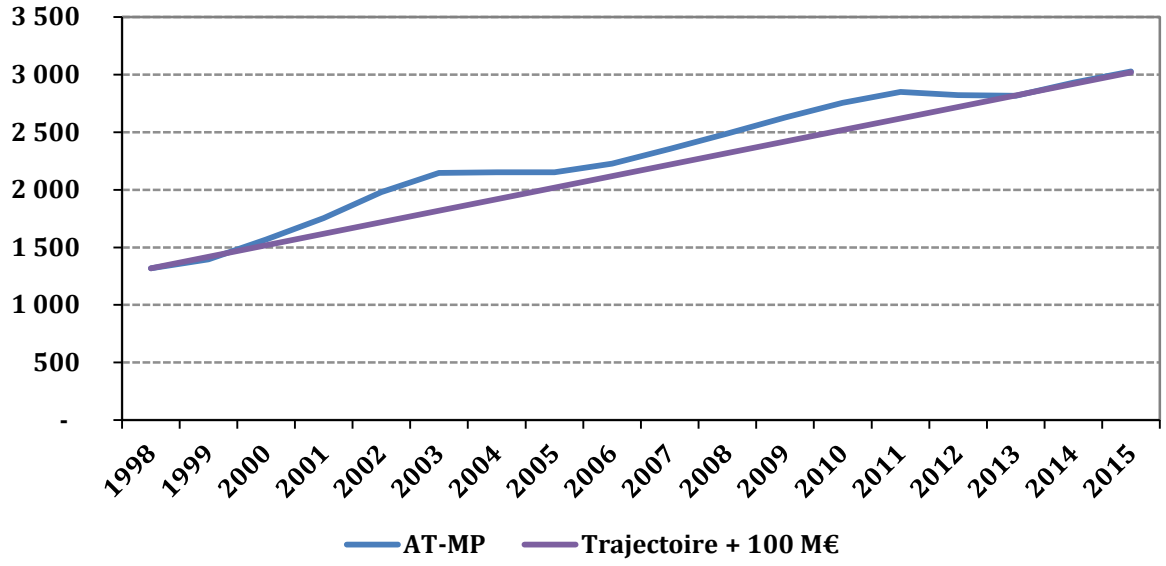
En estimant une tendance linéaire, il est possible de modéliser à grande maille l'évolution des IJ maladie et AT-MP. Sur la période 1998-2015, la dépense d'IJ maladie augmenterait à un rythme de + 180 M€ annuellement (cf. graphique 2) et celle des IJ AT-MP de + 100 M€ (cf. graphique 3).

Graphique 2 : Évolution de la dépense d'IJ maladie (tous régimes, en M€)



Source : Mission, d'après les données communiquées par la DREES. Note de lecture : le coefficient de la régression linéaire sur la série de la dépense d'IJ maladie (sans contrainte) est de 180 M€. Ce coefficient est ensuite appliqué à partir du montant de l'année 1999. La droite peut être interprétée comme l'évolution tendancielle.

Graphique 3 : Évolution de la dépense d'IJ AT-MP (tous régimes, M€)



Source : Mission, d'après les données communiquées par la DREES. Note de lecture : le coefficient de la régression linéaire sur la série de la dépense d'IJ AT-MP (sans contrainte) est de 100 M€. Ce coefficient est ensuite appliqué à partir du montant de l'année 1999. La droite peut être interprétée comme l'évolution tendancielle.

1.1.3.2. La dépense d'IJ est plus dynamique que la DCS globale, sauf entre 2011 et 2013 (effet de pallier de la dépense), ce qui conduit à une évolution de même ampleur sur longue période

La DCS est en continuelle hausse, avec une augmentation de 14 % entre 2009 et 2015, tandis que celle des indemnités journalières est de 12 % et a cependant connu un palier entre 2011 et 2013, avant de repartir à la hausse (cf. graphique 4).

Tableau 5 : Évolution de la dépense courante de santé et des indemnités journalières (M€)

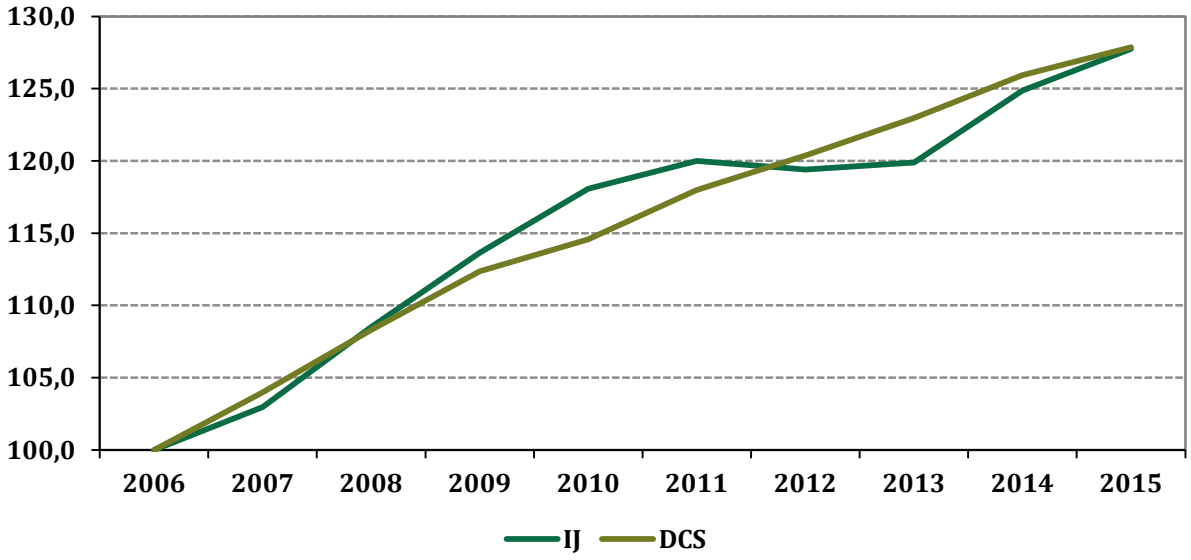
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépense courante de santé	**230 243**	**234 794**	**241 779**	**246 717**	**251 989**	**258 099**	**262 046**
CSBM	169 836	173 477	178 741	182 600	186 071	191 158	194 567
Indemnités journalières (maladie, AT-MP, maternité)	**12 193**	**12 667**	**12 875**	**12 811**	**12 862**	**13 399**	**13 706**
Maladie	6 668	6 897	7 028	6 963	7 002	7 383	7 629
Maternité	2 898	3 002	2 998	3 028	3 044	3 088	3 051
Accidents du travail - maladies professionnelles	2 627	2 768	2 849	2 821	2 816	2 928	3 025
IJ /DCS (%)	**5,3**	**5,4**	**5,3**	**5,2**	**5,1**	**5,2**	**5,2**

Source : Mission, à partir de l'Annexe 7, PLFSS 2017, et des Comptes de la santé, édition 2016, DREES.

L'évolution annuelle de la dépense des indemnités journalières est plus dynamique que la DCS sur certaines périodes : entre 2008 et 2010 et sur la période récente 2014-2015 (cf. graphique 5). Cependant, avec le ralentissement de la dépense d'IJ sur 2011-2013, l'évolution de la DCS sur longue période (2006-2015) est semblable à celle des IJ maladie et AT-MP (+28 % dans les deux cas).

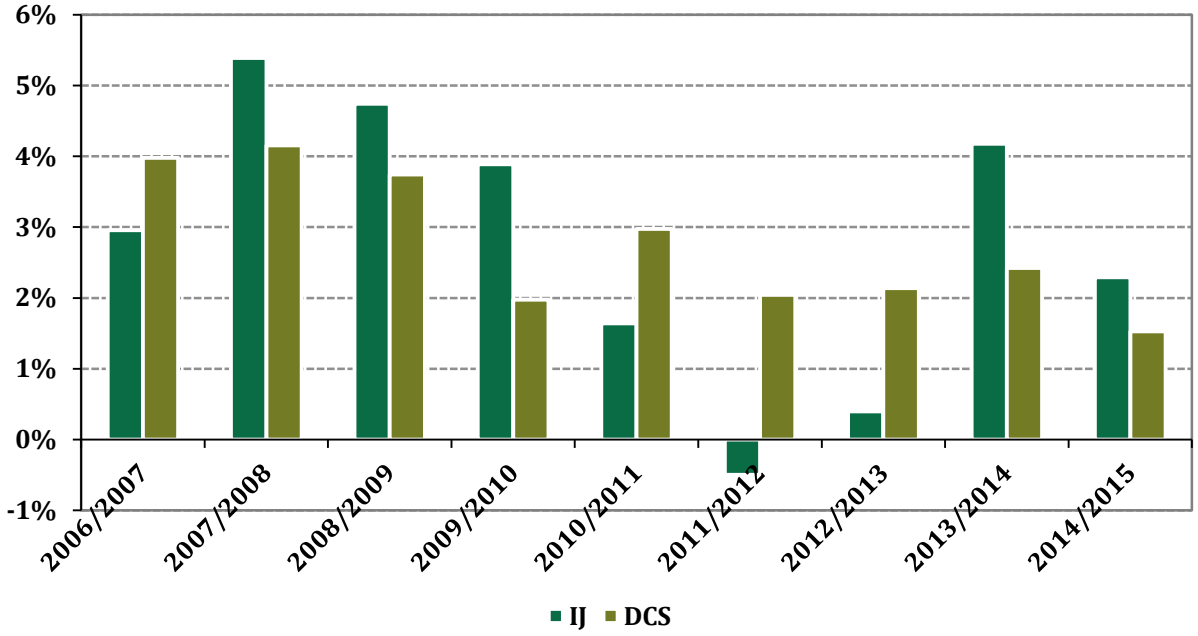
Le poids des indemnités journalières au sein des DCS est par ailleurs stable au cours du temps, autour de 5 % (cf. tableau 5).

Graphique 4 : Évolution du montant des indemnités journalières et de la DCS en base 100 (M€)



Source : Annexe 7, PLFSS 2017. Base 100 pour 2006.

Graphique 5 : Évolution annuelle de la DCS et des IJ



Source : Mission, d'après Annexe 7, PLFSS 2017. Base 100 pour 2006. Note de lecture : il s'agit des IJ des trois risques maladie, AT-MP et maternité.

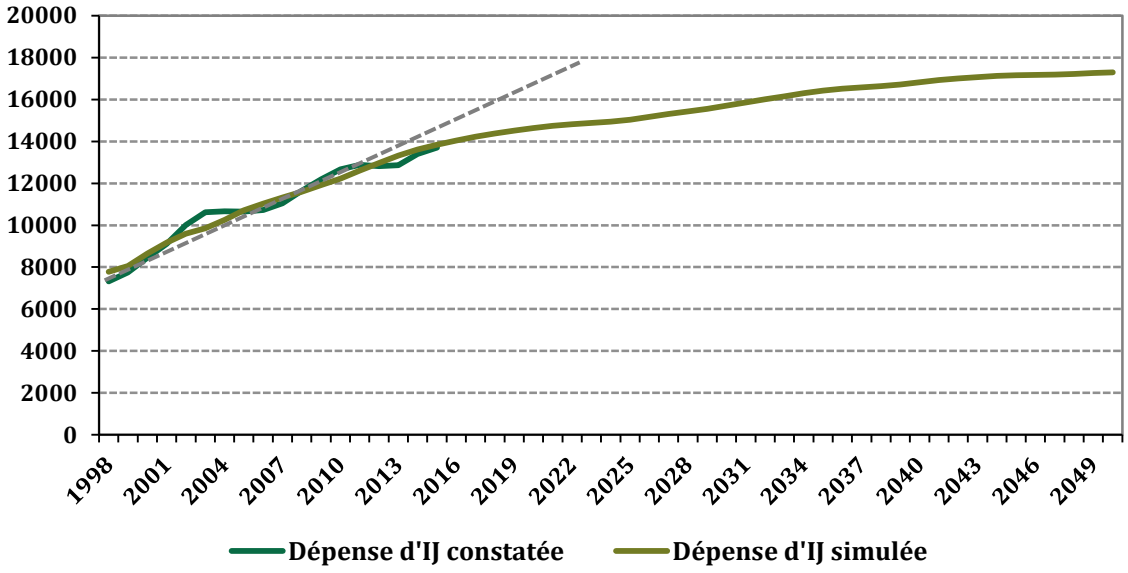
1.1.4. La dépense d'IJ est en grande partie liée à l'évolution de la population active française, elle pourrait ainsi ralentir et atteindre 15 Md€ en 2025 (à cadre constant)

La dépense d'IJ sur ce périmètre est fortement liée à l'évolution de la population active. En effet, le coefficient de corrélation entre ces deux séries est de 0,98[4].

En s'appuyant sur les projections de population active 2016-2070 de l'Insee et une régression linéaire de la dépense d'IJ sur la population active, il est alors possible de prévoir la dépense future d'IJ.

Cette simple simulation montre que **la dépense d'IJ devrait augmenter à un rythme moins élevé dans le futur et atteindre 15 Md€ en 2025**, soit + 1,2 Md€ entre 2015 et 2025 contre +3,1 Md€ entre 2005 et 2015 (cf. graphique 6). Ces résultats supposent l'absence de réformes significatives sur les IJ.

Graphique 6 : Évolution à long terme de la dépense d'IJ tous régimes et tous risques



Source : Mission, d'après les projections de la population active 2016-2070 de l'Insee et comptes nationaux de la santé de la Drees. Note de lecture : la dépense d'IJ simulée provient de l'équation de régression linéaire estimée avec un facteur explicatif, la population active, dont le R^2 est de 98 %. La droite en pointillée prolonge linéairement la tendance actuelle de la dépense d'IJ.

1.2. Les indemnités journalières ne sont pas toutes retenues dans le champ ONDAM ; elles représentent 6 % de l'objectif avec une croissance plus rapide que ce dernier selon les périodes

1.2.1. Les indemnités journalières font partie des dépenses de soins de ville de l'ONDAM avec un périmètre différant des comptes nationaux de santé : les IJ maternités sont exclus

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est inscrit dans les lois de financement de la sécurité sociale adoptées chaque année par le Parlement.

[4] Plus le coefficient de corrélation entre deux séries est proche de un en valeur absolue, plus les deux séries sont corrélées.

Contrairement aux comptes nationaux de la santé, l'ONDAM comptabilise uniquement les dépenses de l'assurance maladie et certaines dépenses de la branche AT-MP[5].

Encadré 2 : Description de l'ONDAM et passage des comptes nationaux de la santé à l'ONDAM

L'ONDAM est composé de plusieurs composantes :

- les dépenses de soins de ville qui s'élèvent à 83,1 Md€ en 2015, soit 46 % de l'ONDAM ;
- les dépenses relatives aux établissements de santé qui s'élèvent à 76,4 Md€ en 2015, soit 42 % de l'ONDAM ;
- les dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux (contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées) qui s'élèvent à 17,7 Md€ en 2015, soit 10 % de l'ONDAM ;
- les dépenses relatives aux autres modes de prise en charge (avec une distinction sur les dépenses relatives au fonds d'action régionale) qui s'élèvent à 4,6 Md€ en 2015, soit 3 % de l'ONDAM.

L'ONDAM se détermine à partir de la CSBM calculée dans les comptes nationaux de la santé. Le passage est décrit dans l'encadré III.1 de l'annexe 7 du PLFSS 2017 et est effectué par la commission des Comptes de Sécurité sociale (CCSS).

L'ONDAM correspond donc à la somme :

- de la CSBM pour la partie financée par la Sécurité sociale (ie sans les prestations complémentaires obligatoires Alsace-Moselle et CAMIEG) ;
- des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail et de maladies professionnelles (hors maternité et hors indemnités journalières SNCF et RATP) ;
- des soins de longue durée aux personnes âgés délivrés en institution ou réalisés à domicile ;
- des soins aux personnes handicapées ou en situation précaire hébergées en établissement ;
- des dépenses du fonds d'intervention régional non comprises dans la CSBM ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, des dotations à certains fonds ;
- des prises en charge des ressortissants français à l'étranger.

Source : Mission.

Les indemnités journalières figurent dans le volet « dépenses de soins de ville » de l'ONDAM et ne correspondent pas à celles retenues dans les comptes nationaux de santé (cf. graphique 7).

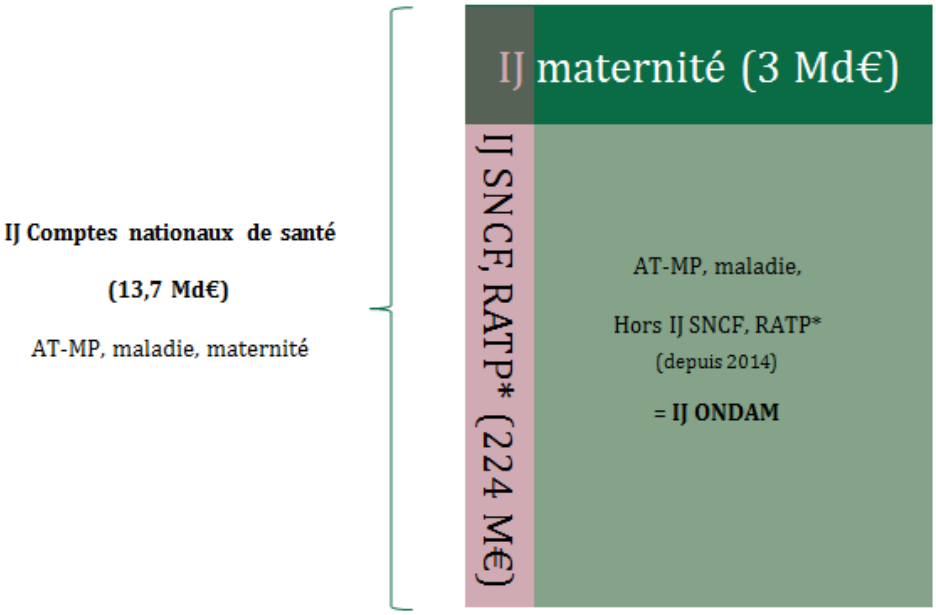
La dépense d'IJ ONDAM en 2015 s'est établie à 10,4 Md€, soit 76 % des IJ (tous régimes et tous risques[6]). En 2005, cette part était de 74 %.

Les IJ ONDAM représentent environ 10 % du poste des dépenses de soins de ville.

[5] Il existe une différence supplémentaire dans la comptabilisation des montants retenus puisque l'exécution de l'ONDAM est, une fois intégrées les corrections de provisions, définitivement arrêtée en mars de l'année N+2 et non de l'année N+3.

[6] Soit 13,7 Md€, *cf. supra*.

Graphique 7 : Différence de périmètre pour les indemnités journalières ONDAM et les comptes de la santé en 2015



*Source : Mission. Note de lecture : * les indemnités journalières SNCF et RATP ne sont plus prises en compte à partir de 2014 car correspondent à un revenu de compensation et non de substitution. De plus, avant 2014 la dépense relative à la fonction publique d'État correspondant aux congés longue maladie était inclue dans le périmètre IJ ONDAM mais non présente dans les comptes nationaux de la santé.*

1.2.2. Le poste IJ représente 6 % de l'ONDAM mais son évolution est plus dynamique en 2015 et 2016

Le poids des indemnités journalières dans l'ONDAM est de 6 % en 2015, soit 10,4 Md€ par rapport à 181,8 Md€. Le poids des IJ est de 13 % dans les dépenses de soins de ville en 2015 (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Dépenses dans le cadre de l'ONDAM (Md€)

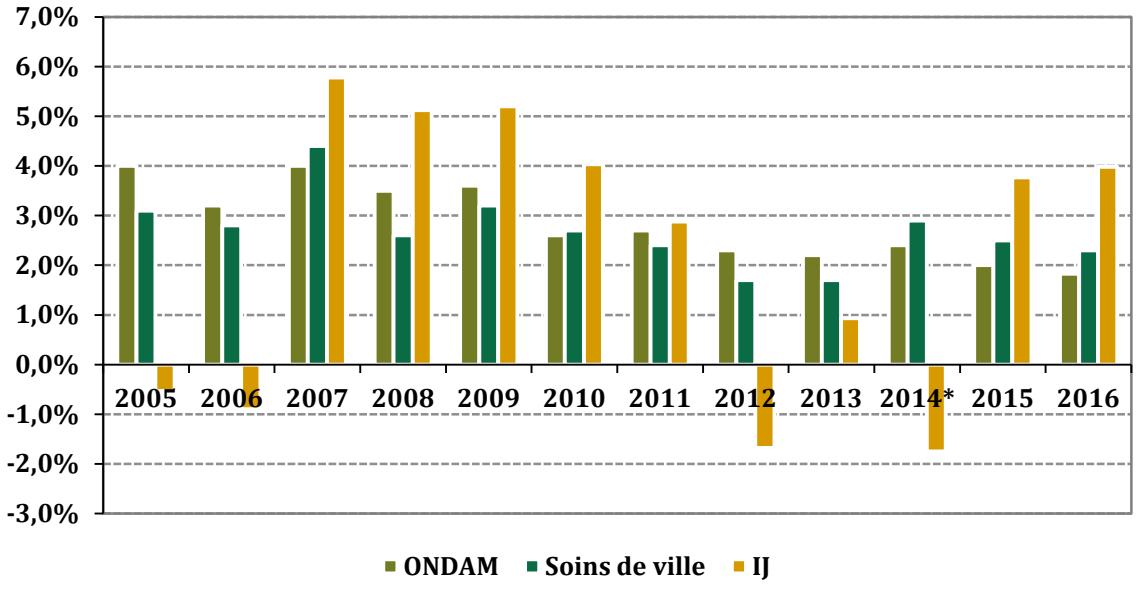
Montant constaté dans le PLFSS N+2	2011	2012	2013	2014	2015
ONDAM	***166,3***	***170,1***	***173,8***	***178***	***181,8***
dont dépenses de soins de ville	76,7	77,9	79,2	80,9	83,1
dont IJ (hors maternité, SNCF RATP)	10,3	10,1	10,2	10	10,4

Source : Annexe 7 des PLFSS 2013 à 2017.

L'évolution de la dépense d'indemnités journalières évolue plus rapidement que l'ONDAM et que la dépense de soins de ville sur 2007-2011 et sur la période récente 2015-2016 (cf. graphique 8).

Sur la période 2005-2006, la dépense d'IJ diminuait, c'est le cas également en 2012 et 2014. Pour cette dernière année, cette baisse est due à un changement de périmètre. En effet, les dispositifs de maintiens de salaires pour l'État, la SNCF et la RATP ne sont plus intégrés dans le montant total des IJ. Cependant cette tendance n'est pas observable dans celle de l'ONDAM car celui-ci est présenté à périmètre constant.

Graphique 8 : Taux d'évolution annuel de l'ONDAM, de la dépense de soins de ville et des IJ



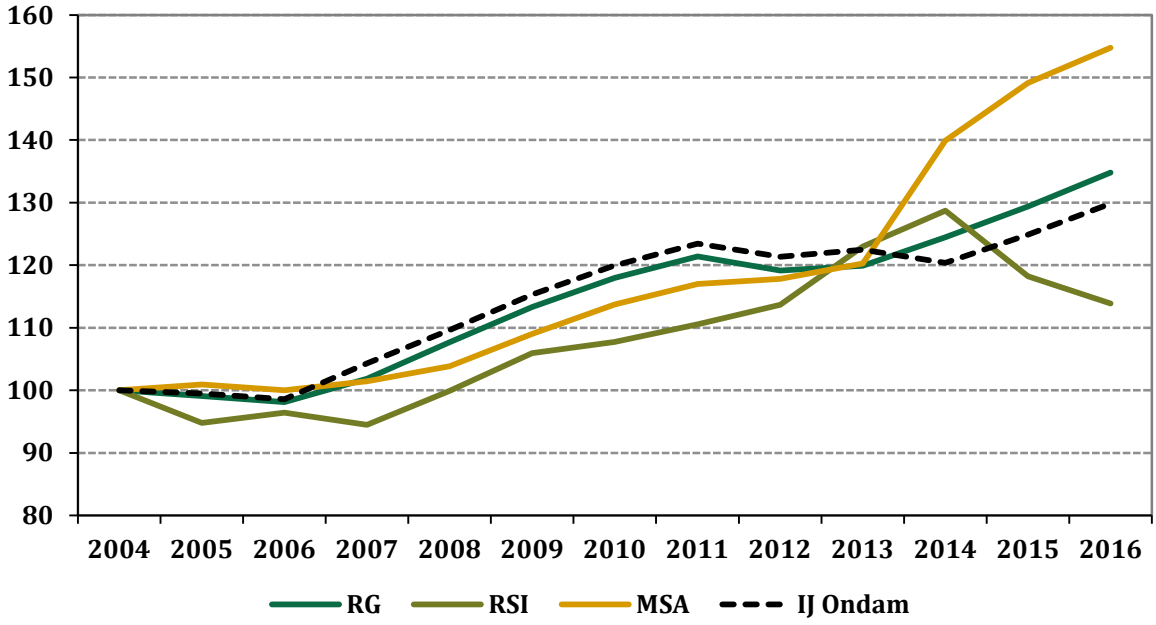
*Source : Mission. Annexe 7 du PLFSS. Note de lecture : Évolution entre N-1 et N ; * Les données transmises par la DSS ne sont pas à périmètre constant pour les IJ. La baisse de 2014 est due à la non prise en compte des maintiens de salaires pour l'État, la SNCF et la RATP. A l'inverse, le montant ONDAM tient compte de ce changement de périmètre.*

Les évolutions de la dépense d'IJ (maladie et AT-MP) dans le cadre de l'ONDAM entre 2002 et 2015 apparaissent différenciées selon le régime d'indemnisation (cf. graphique 9 et tableau 7) :

- une forte hausse pour le régime du RSI sur 2007-2014 : +36 % sur la période, puis une diminution de -12 % entre 2014 et 2016 ;
- une augmentation conséquente pour le régime MSA à partir de 2013, avec une hausse de 16 % entre 2013 et 2014 suite à la mise en place des IJ pour les exploitants agricoles (*ie* non-salariés) et de +29 % entre 2013 et 2016.

Néanmoins, compte tenu des poids respectifs des différents régimes, l'évolution des IJ relevant de l'ONDAM est surtout tirée par le régime général (cf. les contributions, tableau 8).

Graphique 9 : Évolution des IJ dans le cadre de l'ONDAM selon les principaux régimes (RG, MSA, RSI sur les risques maladie et AT-MP, base 100 en 2004)



Source : Mission, d'après les données communiquées par la DSS.

Tableau 7 : Évolution annuelle des IJ dans le cadre de l'ONDAM sur la période 2010-2015

	Évolution 2010-2011	Évolution 2011-2012	Évolution 2012-2013	Évolution 2013-2014	Évolution 2014-2015	Évolution 2015-2016
IJ Périmètre ONDAM	**2,9 %**	**-1,7 %**	**0,9 %**	**-1,7 %**	**3,8 %**	**4,0 %**
RG	2,9 %	-1,8 %	0,6 %	3,8 %	4,0 %	4,2 %
MSA	2,9 %	0,7 %	2,1 %	16,3 %	6,6 %	3,8 %
RSI	2,6 %	2,8 %	8,2 %	4,7 %	-8,2 %	-3,7 %

Source : Mission, d'après les données communiquées par la DSS.

Tableau 8 : Contribution à l'évolution annuelle des IJ dans le cadre de l'ONDAM sur la période récente

	Évolution 2010-2011	Évolution 2011-2012	Évolution 2012-2013	Évolution 2013-2014	Évolution 2014-2015	Évolution 2015-2016
RG	88 %	96 %	58 %	-189 %	97 %	97 %
MSA	2 %	-4 %	19 %	-6 %	-5 %	-2 %
RSI	4 %	-2 %	9 %	-38 %	8 %	5 %

Source : Mission, d'après les données communiquées par la DSS. Note de lecture : Le total ne fait pas 100 % car l'ONDAM prend en compte d'autres régimes également (hors SNCF et RATP depuis 2014). L'évolution 2013-2014 est difficilement interprétable du fait du changement de périmètre de comptabilisation de la dépense.

1.3. Un panorama des dépenses d'IJ et de leur évolution selon le risque et le régime

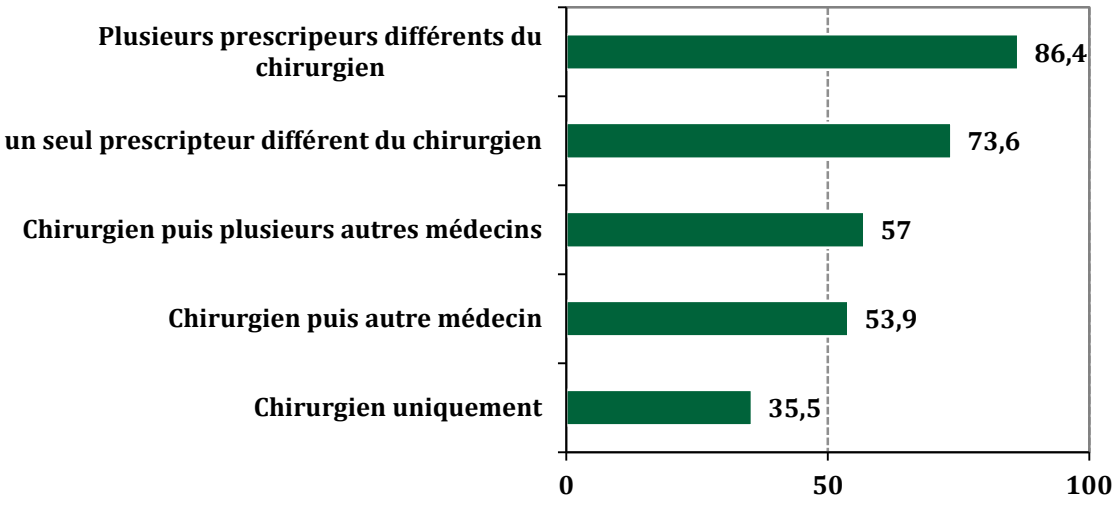
1.3.1. Un panorama du régime général selon les risques maladie, AT-MP et maternité

1.3.1.1. Panorama des IJ maladie : âge des bénéficiaires, durée des arrêts, secteur d'activité du salarié, pathologie reconstituée du bénéficiaire

Pour l'année 2015, **la CNAM comptabilise 6,7 millions d'arrêts maladie, d'une durée moyenne de 34 jours**[7] **bénéficiant à 4,8 millions d'individus. Ces arrêts représentent 218 millions d'IJ (hors délai de carence)** pour un montant total de 6,8 Md€.

Cette dépense provient majoritairement d'IJ prescrites par des omnipraticiens libéraux (65 % de la dépense remboursée en décembre 2016), viennent ensuite les spécialistes libéraux (18 %) et les praticiens dans les établissements de santé (17 %). La mission n'a pas pu obtenir de données sur longue période de la part de la CNAM, cependant entre décembre 2015 et décembre 2016, la dépense d'IJ de courte durée augmente plus rapidement qu'au niveau global pour les omnipraticiens libéraux, et celle des IJ de longue durée pour les spécialistes libéraux. Enfin, une étude de la CPAM d'Amiens[8] montre que la durée d'un arrêt faisant suite à une intervention chirurgicale (ici le canal carpien) augmente sensiblement lorsqu'un médecin libéral intervient dans la séquence de prescription d'IJ (cf. graphique 10).

Graphique 10 : Durée moyenne de l'arrêt faisant suite à l'opération du canal carpien (en jours)



Source : Mission, d'après données de la CPAM d'Amiens (Somme). Note de lecture : la HAS préconise une durée d'arrêt se situant entre 7 et 45 jours.

[7] Moyenne calculée pour les arrêts terminés en 2015 (durée depuis le début de l'arrêt).

[8] Analyse des durées d'IJ liées aux interventions chirurgicales visées par une fiche repère, CPAM de la Somme, Codex avril 2017.

Encadré 3 : Plusieurs modes de comptabilisation des arrêts maladie

La CNAM dispose de deux jeux de données sur les indemnités journalières, selon la date de leur comptabilisation :

- **en date de remboursement** (soit en décaissement effectif par les CPAM) : la CNAM publie mensuellement un tableau de bord en début de mois sur les IJ du régime général en France métropolitaine et un communiqué de presse fin du mois en corrigeant la série des variations calendaires et saisonnières. Cette série en date de remboursement reflète donc l'activité de paiement au titre des IJ par les CPAM ;
- **en date de soins** (soit en « droits constatés ») : cette série reflète l'activité réelle de prescription des arrêts de travail mais repose sur une estimation (appelée complétude) qui est labellisée par l'autorité de statistique publique. Cette série est également corrigée des jours ouvrables et des variations saisonnières. Un bénéficiaire dispose d'un délai de deux ans pour demander à la CPAM dont il dépend le paiement de ses indemnités journalières. Ainsi un mois est totalement connu après 25 mois de remboursements. Schématiquement, la méthode de la complétude développée par la CNAM consiste à compléter le mois M_i en divisant les remboursements cumulés des soins du mois appartenant au M_i dans les mois M_i à M_j, dernier mois de remboursement connu, par le taux de complétude. Ce dernier est une moyenne de la part des soins remboursés appartenant au mois M_k dans les mois M_k à M_j pour k allant de i-12 à i.

La CNAM reconstitue les arrêts maladies par un travail de chaînage de bases de données grâce au système d'information SNIIR-AM et plus particulièrement de la base de données DCIR (données de consommation inter régimes) qui comporte des données individuelles des patients.

Pour cela, elle chaîne les bases de données sur plusieurs années (un arrêt pouvant durer jusqu'à trois ans). Un arrêt maladie est reconstitué à l'année N s'il y a au moins une journée indemnisée durant l'année N. De plus, un bénéficiaire peut demander à sa caisse d'assurance maladie le paiement des indemnités journalières jusqu'à deux ans. Par convention, la CNAM reconstitue les arrêts uniquement liquidés durant le mois civil du début de la période d'arrêt ou les six mois civils qui suivent. Si la liquidation intervient après ces six mois, l'arrêt n'est pas comptabilisé pour éviter de biaiser les données.

Deux comptabilisations existent :

- **l'ensemble des arrêts de l'année N** : La CNAM reconstitue les arrêts avec au moins une journée indemnisée durant l'année N. Ainsi, un arrêt qui débute en novembre N et qui se termine en mars N+1 est comptabilisé pour 1 en N et pour 1 en N+1 ;
- **les arrêts terminés à l'année N** : La CNAM reconstitue les arrêts avec au moins une journée indemnisée durant l'année N et dont la date de fin est au plus tard le 30 décembre de l'année N. Ainsi, un arrêt qui débute en novembre N et qui se termine en mars N+1 est comptabilisé pour 0 en N et pour 1 en N+1.

Les statistiques sont hors délai de carence et concernent la France entière.

Source : Mission.

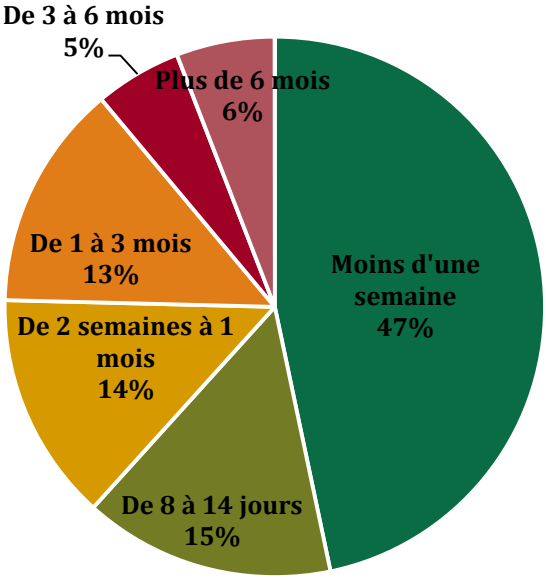
1.3.1.1.1. Les arrêts courts (moins d'une semaine) représentent près de la moitié des arrêts pour 4 % de la dépense ; cette dernière étant tirée par les arrêts de plus de 6 mois (6 % des arrêts pour 44 % de la dépense)

Sur les 6,7 millions d'arrêts maladies pour 218 millions de journées indemnisées en 2015, près de la moitié des arrêts sont de très courte durée (moins d'une semaine[9]). L'essentiel des arrêts (89 %) sont d'une durée de moins de 3 mois. Les arrêts de plus de 6 mois correspondent à 6 % des arrêts totaux, soit un peu moins de 400 000 arrêts. Les arrêts d'une durée de plus d'un an s'établissent à 150 000 et ceux de plus de 2 ans à 50 000 (cf. graphique 11).

[9] Hors délai de carence.

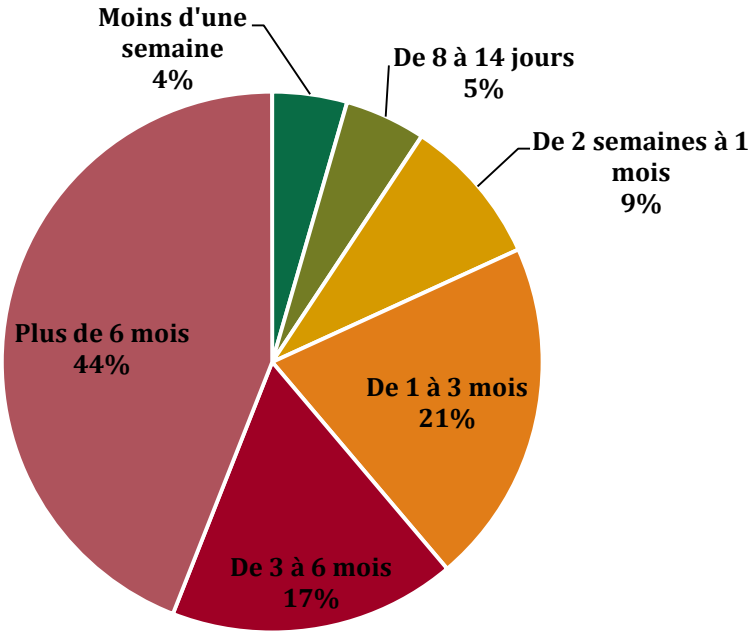
Cependant les masses financières associées aux différentes durées précitées se retrouvent inversée en termes de dépenses puisque les arrêts de moins de 3 mois représentent 39 % des 6,8 Md€ (les arrêts de moins d'une semaine représentent seulement 4 % de la dépense) alors que les arrêts de plus de 6 mois correspondent à 44 % de la dépense (cf. graphique 12).

Graphique 11 : Répartition des arrêts en fonction de leur durée en 2015



Source : Mission, d'après données de la CNAM. Note de lecture : il s'agit de la totalité des arrêts ayant au moins une journée indemnisée en 2015, ie la totalité des journées indemnisées en 2015.

Graphique 12 : Répartition des dépenses d'IJ en fonction de la durée de l'arrêt en 2015



Source : Mission, d'après données de la CNAM. Note de lecture : il s'agit de la totalité des arrêts ayant au moins une journée indemnisée en 2015, ie la totalité des journées indemnisées en 2015 ainsi que les dépenses associées.

Pour appréhender la variation du nombre d'arrêts entre les années N-1 et N, il est nécessaire de travailler sur les seuls arrêts terminés en N, afin d'éviter les double-comptes (cf. tableau 9).

En appliquant cette méthodologie, **une hausse continuelle du nombre d'arrêts est observable pour les arrêts d'une durée de trois mois à un an depuis 2010, avec un taux de croissance moyen annuel de 1,8 %**. Parmi eux, l'évolution des arrêts de 6 mois à un an est la plus dynamique (cf. graphique 13).

Concernant les arrêts courts (d'une semaine à trois mois), le nombre d'arrêts augmente à partir de 2014 au rythme annuel de 1,8 %. Pour les arrêts de plus d'un an, leur nombre augmente en 2015 de + 5,3 %.

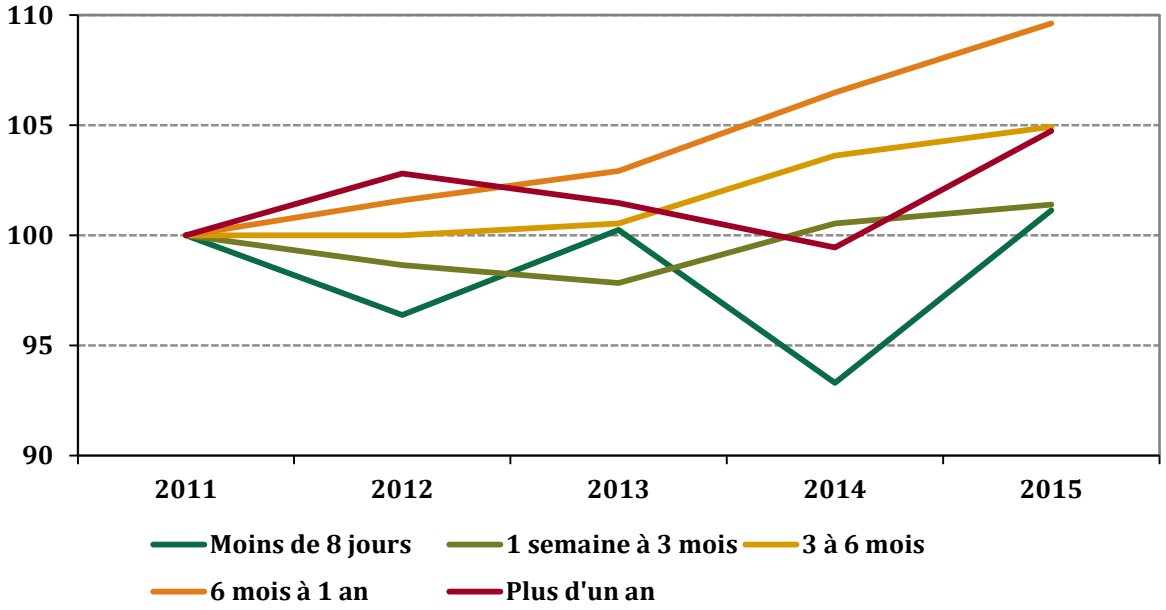
Le nombre d'arrêts de très courte durée (moins d'une semaine) est quant à lui très volatil dans le temps. **Cependant c'est cette catégorie d'arrêts qui, au vu du poids qu'elle représente, contribue le plus à l'évolution totale du nombre d'arrêts**. Entre 2014 et 2015, la croissance du nombre d'arrêts est ainsi due à 88 % à celle des arrêts de moins d'une semaine.

Tableau 9 : Évolution du nombre d'arrêts maladie terminés selon leur durée entre 2010 et 2015 (en milliers)

Nombre d'arrêts maladie	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Moins d'une semaine	2 936,6	3 063,2	2 952,3	3 070,9	2 858,0	3 097,7
1 semaine	945,2	962,4	941,9	935,0	947,8	964,8
Entre deux semaines et un mois	825,5	837,9	829,7	817,9	841,6	841,3
Entre 1 et 3 mois	716,8	733,1	727,4	725,6	757,6	762,8
Entre 3 et 6 mois	236,0	243,3	243,3	244,6	252,0	255,2
Entre 6 mois et 1 an	97,2	100,3	101,9	103,2	106,8	109,9
Entre 1 an et 2 ans	*	68,1	71,8	71,7	70,9	75,3
Plus de 2 ans	*	33,1	32,2	31,0	29,7	30,7
Ensemble	***5 862,3***	***6 041,3***	***5 900,5***	***5 999,7***	***5 864,4***	***6 137,7***
Évolution du nombre d'arrêts maladie	-	3,1 %	-2,3 %	1,7 %	-2,3 %	4,7 %
Évolution du nombre de bénéficiaires	-	3,0 %	-2,3 %	2,1 %	-2,7 %	4,1 %

*Source : Données CNAM. Note de lecture : Il s'agit des arrêts reconstitués avec au moins une journée indemnisée durant l'année N. * données pour lesquelles la CNAM n'a pas pu remonter un historique de données assez important pour reconstituer les arrêts les plus anciens, ce qui ne permet pas d'avoir des chiffres comparables.*

Graphique 13 : Évolution du nombre d'arrêts terminés à l'année N selon leur durée (base 100 = 2011)



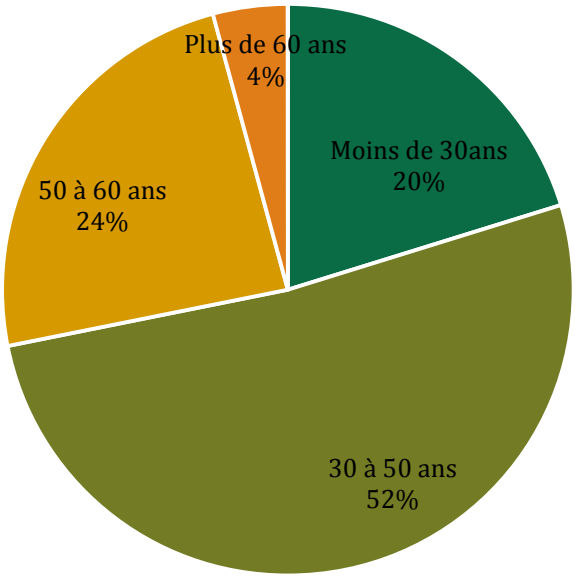
Source : Mission, d'après données CNAM. Note de lecture : Il s'agit des arrêts reconstitués avec au moins une journée indemnisée durant l'année N.

1.3.1.1.2. Une augmentation continue et dynamique des IJ pour les plus de 50 ans entre 2009 et 2015

Mis à part les moins de 25 ans et les plus de 60 ans, la proportion d'arrêts maladie selon les tranches d'âge (de 5 ans) est quasi équiréparti entre 11 et 13 % du nombre total. **La durée de l'arrêt varie en revanche fortement et s'allonge avec l'âge**. La durée des plus de 60 ans en 2015 est près de quatre fois supérieure à celle des moins de 24 ans (cf. tableau 10). La différence est perceptible sur les arrêts très courts (moins d'une semaine) : ils concernent 53 % des arrêts terminés des moins de 30 ans, contre 46 % des plus de 50 ans en 2015 ; et sur les arrêts de plus de 3 mois : ils concernent 5 % des arrêts des moins de 30 ans, contre 11 % des arrêts des plus de 50 ans. La proportion des arrêts entre 8 jours et 3 mois au sein des classes d'âge ne varie pas.

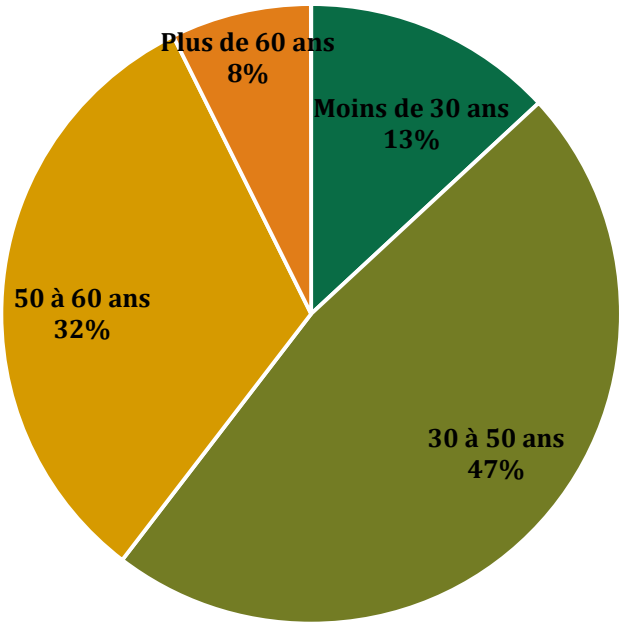
En termes de grandes masses, les plus de 50 ans représentent 28 % des arrêts en 2015, mais 40 % des IJ versées, alors que les moins de 30 ans représentent 20 % des arrêts pour 13 % des IJ versées (cf. graphique 14 et graphique 15).

Graphique 14 : Répartition du nombre d'arrêts maladie selon l'âge en 2015



Source : Mission, d'après données CNAM. Note de lecture : il s'agit du nombre d'arrêts total avec au moins une journée indemnisée durant l'année N.

Graphique 15 : Répartition du nombre d'indemnités journalières selon l'âge en 2015



Source : Mission, d'après données CNAM. Note de lecture : il s'agit du nombre d'arrêts total avec au moins une journée indemnisée durant l'année N.

Tableau 10 : Nombre moyen de journées indemnisées par arrêt selon l'âge (depuis le début de l'arrêt)

Age en fin d'année	Moyenne du nombre de journées indemnisés par arrêt pour les arrêts terminés* en 2015
Moins de 24 ans	18,5
25-29 ans	23,0
30-34 ans	25,2
35-39 ans	27,4
40-44 ans	31,9
45-49 ans	37,2
50-54 ans	42,6
55-59 ans	50,0
Plus de 60 ans	71,8
Ensemble	***33,7***

*Source : Mission, d'après données CNAM. Note de lecture : dans la catégorie « Ensemble », il y a également une catégorie « Inconnu » qui regroupe les arrêts dont on ne sait pas identifier l'âge du bénéficiaire. * : il s'agit des arrêts reconstitués avec au moins une journée indemnisée durant l'année N et dont la date de fin est au plus tard le 30 décembre de l'année N.*

Le recours aux IJ augmente pour les plus de 30 ans et surtout pour les plus de 50 ans sur la période 2009-2015 (cf. graphique 16). En effet, le nombre d'IJ a progressé de +21,2 % entre 2009 et 2015 pour ces derniers, ce qui fait suite notamment au vieillissement de la population ou à un moins bon état de santé puisque le nombre de bénéficiaires a augmenté de +18,4 % sur la même période[10]. Le nombre d'IJ a pratiquement doublé pour la classe d'âge des plus de 60 ans : il est passé de 8 millions à près de 16 millions sur la même période (pour + 93 % d'augmentation du nombre de bénéficiaires). **Les plus de 60 ans contribuent à raison d'un quart à la croissance du nombre d'IJ total en 2014 et en 2015**[11].

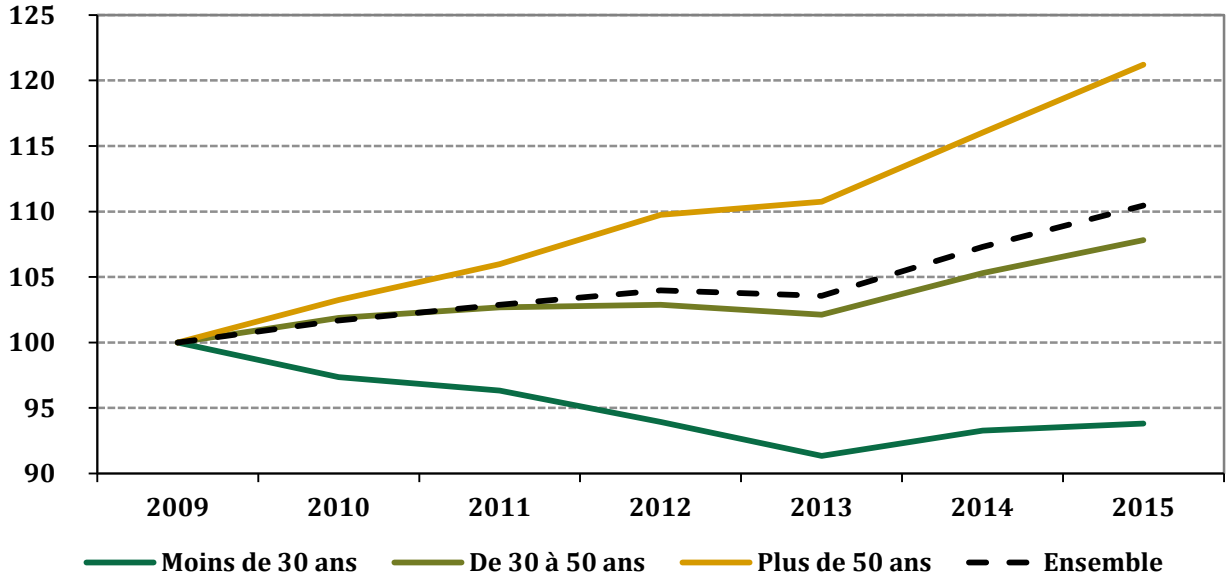
À l'inverse, le nombre d'IJ des moins de 30 ans diminue de -9 % entre 2009 et 2013 (notamment avec la diminution du nombre de bénéficiaires, -19 %) mais repart à la hausse à partir de 2014 (+2 % malgré une baisse du nombre de bénéficiaires ; + 1 % en 2015 avec une hausse de +2 % du nombre de bénéficiaires).

À partir de 2013, le nombre d'IJ augmente pour toutes les classes d'âge.

[10] Cette augmentation du nombre de bénéficiaires des plus de 50 ans correspond à l'augmentation de la population éligible. En effet, la part des plus de 50 ans dans la population salariée principalement marchande a augmenté de 18 % entre 2009 et 2015.

[11] Les plus de 50 ans contribuent à la croissance du nombre d'IJ total en 2015 pour près de 60 %.

Graphique 16 : Évolution du nombre d'indemnités journalières par tranche d'âge au cours de l'année N (base 100=2009)



Source : Mission, d'après données de la CNAM.

Tableau 11 : Évolution du nombre d'indemnités journalières et du nombre de bénéficiaires entre 2011 et 2015

Tranche d'âge	Évolution du nombre d'arrêts	Évolution du nombre d'IJ (depuis le début de l'arrêt)	Évolution du nombre de bénéficiaires
Moins de 30 ans	-9 %	-4 %	-10 %
De 30 à 50 ans	0 %	4 %	- 1 %
Plus de 50 ans	16 %	14 %	15 %
Ensemble	2 %	6 %	1 %

Source : Mission, d'après données de la CNAM. Note de lecture : arrêts terminés à l'année N.

1.3.1.1.3. Des recours aux arrêts maladie plus ou moins forts selon le secteur d'activité

Depuis 2014, il est possible d'identifier le secteur d'activité auquel appartient le salarié dans le système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie.

Cette cartographie des montants d'IJ versés en fonction du secteur d'activité montre que trois secteurs représentent la moitié de la dépense[12] : l'industrie manufacturière pour 18 %, le commerce/ réparation d'automobiles et de motocycles pour 16 % et le secteur de la santé humaine et action sociale pour 15 %.

En ajoutant le secteur de la construction (9 %), des transports et entreposage (7 %), des activités de services administratifs et de soutien (7 %), près de trois quart de la dépense d'IJ se situent dans ces six secteurs.

Une autre approche consiste à rapporter le nombre de bénéficiaires sur l'emploi salarié d'un secteur donné (cf. tableau 12).

Ce ratio est compris entre 1 % pour le secteur de la production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné à 27,8 % pour l'administration publique.

[12] 45 % de la dépense si on conserve les codes NAF non reconnus ou numéros d'employeurs non renseignés.

Dans tous les secteurs, le nombre de bénéficiaires rapporté à l'emploi salarié augmente. Cette progression est d'autant plus forte dans l'administration publique, le secteur santé humaine et action sociale, l'enseignement, et les industries extractives.

Tableau 12 : Rapport du nombre de bénéficiaires sur l'emploi salarié selon le secteur d'activité en 2014 et 2015

Section du code NAF de l'employeur	2014	2015	Écarts (points)
O - Administration publique	27,8%	31,7%	3,9
Q - Santé humaine et action sociale	8,6%	9,6%	1,0
C - Industrie manufacturière	6,7%	7,3%	0,6
P - Enseignement	6,4%	7,3%	0,9
F - Construction	5,8%	6,3%	0,5
E - Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution	5,7%	6,2%	0,5
S - Autres activités de services	5,6%	6,1%	0,4
G - Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	5,4%	5,9%	0,5
K - Activités financières et d'assurance	5,3%	5,8%	0,5
L - Activités immobilières	5,2%	5,7%	0,5
B - Industries extractives	5,1%	6,1%	0,9
H - Transports et entreposage	5,0%	5,5%	0,5
I - Hébergement et restauration	4,8%	5,2%	0,4
N - Activités de services administratifs et de soutien	4,2%	4,7%	0,4
M - Activités spécialisées, scientifiques et techniques	3,8%	4,1%	0,3
J - Information et communication	3,8%	4,1%	0,4
U - Activités extra-territoriales	3,2%	3,7%	0,5
A - Agriculture, sylviculture et pêche	3,1%	3,5%	0,4
R - Arts, spectacles et activités récréatives	3,0%	3,3%	0,3
D - Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné	1,0%	1,0%	0,0

Source : Calculs de la mission d'après données de la CNAM et données Acoss (régime général).

1.3.1.1.4. Le motif des arrêts peut être reconstitué par la cartographie médicalisée réalisée par la CNAM ; plus de la moitié de la dépense concerne des soins ponctuels sans pathologie diagnostiquée ; parmi les pathologies identifiables, le principal poste concerne la santé mentale

Le Sniiram permet de connaître les motifs médicaux des arrêts maladie d'une durée supérieure à 6 mois.

Le rapport « charges et produits » de l'Assurance Maladie de 2016, à partir des données de 2014, fait mention des principaux motifs de ces arrêts longs : 56 % sont dus à des pathologies ostéo-articulaires et troubles mentaux ; 14 % à des tumeurs et 9 % à des traumatismes.

Pour analyser plus finement les motifs médicaux, en l'absence d'information à ce sujet dans le système d'information de l'Assurance Maladie, la CNAM a développé un algorithme pour réaliser une analyse médicalisée des dépenses sur les dernières années. Cette cartographie n'est pas figée et continue de s'améliorer chaque année.

Chaque bénéficiaire est classé par algorithme dans un des 56 groupes de population correspondant à une combinaison de pathologies, états de santé et traitements. De plus, pour chaque individu, les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire peuvent être affectées selon les postes soins de ville, soins hospitaliers et prestations en espèce. Ainsi pour chaque groupe de population il est possible par sommation d'obtenir le montant de dépenses par poste[13].

Cette analyse permet également de connaître la répartition du poste IJ maladie/AT-MP[14] selon différents groupes :

- 42,1 % des dépenses d'IJ maladie/AT-MP concernent des pathologies avec diagnostics ou traitements spécifiques identifiables en 2014. Le principal poste correspond aux pathologies en lien avec la santé mentale (22,3 %). Ce poste augmente au cours du temps car la part était de 21,6 % en 2012. L'analyse de ce poste montre que :
  - 70,7 % des dépenses concernent des personnes qui n'ont eu que des traitements en lien avec la santé mentale (sans pathologie psychiatrique avec un diagnostic identifiable à partir des informations présentes dans le Sniiram) : 34,6 % pour des traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, 25,7 % pour des traitements anxiolytiques et 10,3 % pour des traitements neuroleptiques et hypnotiques ;
  - 29,3 % des dépenses sont à destinations des personnes souffrant de maladies psychiatriques dont la majeure partie concerne les troubles névrotiques et de l'humeur (21,1 %) ;
- 57,9 % de la dépense d'IJ maladie/AT-MP concerne des soins courants (5,1 %), des hospitalisations ponctuelles (hospitalisations sans lien avec les pathologies chronique repérées, pour 27,0 %), la maternité (avec ou sans pathologies, pour 5,2 %), des traitements antalgique ou anti-inflammatoire (hors pathologies ou traitements, pour 4,7 %) et d'autres cas de soins ponctuels (15,9 %) ;

Ces parts varient peu entre 2012 et 2014.

Enfin le poids des IJ maladie/AT-MP dans le total des dépenses d'un groupe est hétérogène en 2014, il occupe une place importante pour les personnes traitées par antalgiques ou anti-inflammatoires de façon chronique (personnes n'ayant pas d'autre pathologie chronique, ni hospitalisation ponctuelle) car cette part atteint 30 %. Les IJ maladie/AT-MP sont un poste important également pour les personnes traitées par psychotropes (11 %) et celles par les soins courants (10 %).

1.3.1.1.5. Des disparités en termes de recours aux arrêts de travail existent entre territoires

Le rapport de la CNAM sur les indemnités journalières coordonné par Dominique Polton, « *Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions* », montre que le nombre de jours indemnisés pour des arrêts de moins de trois mois rapporté à la population en âge d'activité (15 à 69 ans) du département[15] varie du simple au double : 0,92 jour pour Paris, 2,11 jours pour la Haute-Saône. Selon la CNAM, cette variabilité serait constante puisque Paris et la Haute-Saône étaient déjà les extrêmes en 2005. Les écarts sont accentués pour les arrêts longs, avec 0,75 pour Paris à 2,05 en Corse du Sud.

---

[13] L'annexe 4 du rapport « Charges et produits » 2017 développe la méthodologie de la cartographie médicalisée des dépenses pour les années 2012-2014.

[14] Les données transmises à la mission ne permettent pas de distinguer séparément les IJ maladie et les IJ AT-MP.

[15] La population ne s'identifie pas strictement à celle pouvant percevoir des indemnités journalières car elle comprend également, entre autres, des inactifs ou des retraités. Cette limite peut introduire un biais statistique dans la comparaison entre départements.

Encadré 4 : Des disparités territoriales concernant les arrêts post-opératoires.

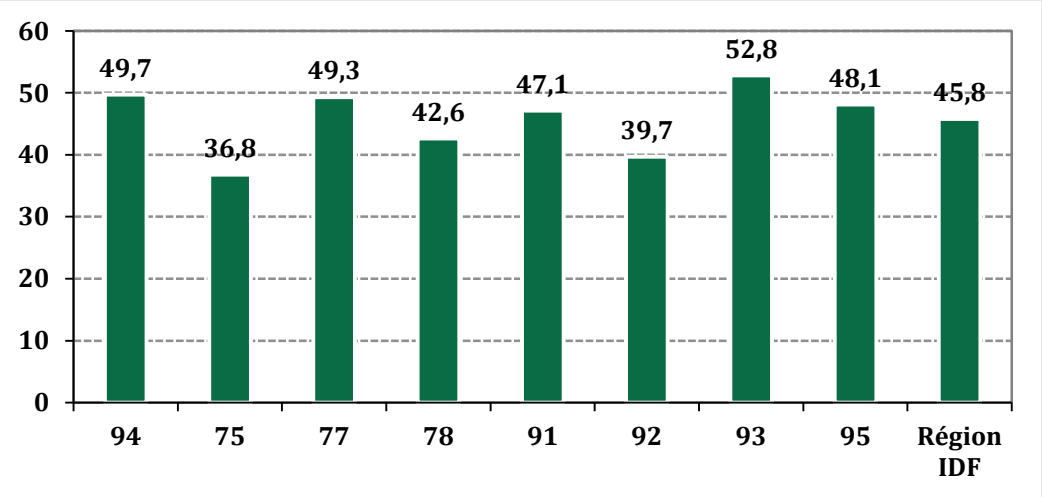
La lettre réseau LR-DDO-21/2014 fixe comme objectif le renforcement de l'efficacité des contrôles par un meilleur ciblage des personnes à convoquer par le service médical en fonction de la nature des interventions chirurgicales visées par une fiche repère.

Le contrat pluriannuel de gestion (CPG) instaure un indicateur se basant sur un taux de réduction de X % des IJ payées au-delà des bornes définies par la Haute Autorité de la Santé (HAS). Le suivi des durées des IJ liées aux actes chirurgicaux permet de détecter les interventions qui contribuent le plus à la non-atteinte des résultats et de détecter les prescripteurs atypiques.

Ainsi pour la CPAM de la Somme, une étude sur janvier 2014 à décembre 2016 montre que 41,5 % des arrêts ont une durée supérieure au maximum préconisé par la HAS.

La durée moyenne des arrêts liés à une intervention chirurgicale couverte par une fiche repère au 3ème trimestre 2016 varie selon les CPAM. La durée moyenne est de 45,8 jours en Ile-de-France (IDF) pour un objectif de 43,6 jours.

Graphique 17 : Durée moyenne d'un arrêt de travail suite à une intervention chirurgicale (en jours)



Source : Mission, d'après données communiquées par la CPAM de Créteil.

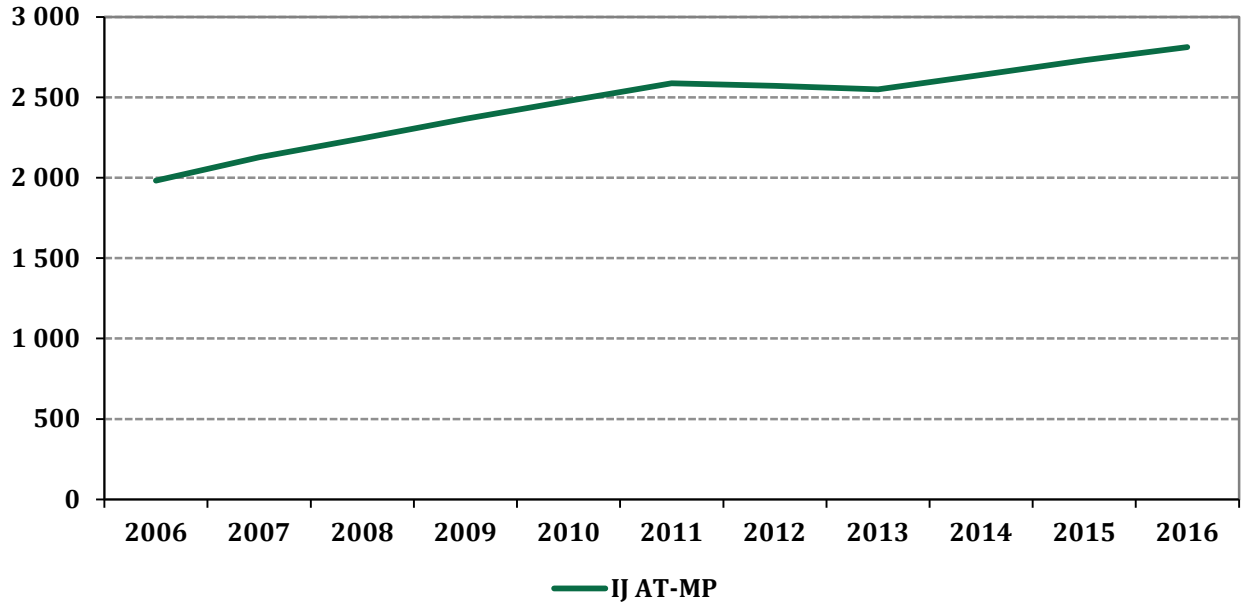
Un autre exemple signalé à la mission concerne la durée d'un arrêt suite à l'opération du canal carpien. En effet, la HAS préconise une durée entre 7 et 45 jours. La moyenne nationale est de 39,5 jours, de 54,9 jours pour le Finistère, 58,1 jours pour la Somme et de 44 jours en Ile-de-France.

Source : Mission.

1.3.1.2. La dépense d'IJ AT-MP est la plus dynamique avec une augmentation de 41 % entre 2005 et 2015 contre 27 % pour les IJ maladie

Le montant des IJ AT-MP en 2015 est de 2,7 Md€. Il a augmenté de 42 % entre 2006 et 2016, passant de 1,9 Md€ à 2,8 M€ avec un effet de pallier entre 2011-2013 (cf. graphique 18). Sur longue période, l'évolution de la dépense d'IJ AT-MP est plus importante que celle des IJ maladie (+41 % entre 2005 et 2015 contre + 27 %).

Graphique 18 : Évolution de la dépense des IJ AT-MP



Source : CNAM. Note de lecture : données en date de remboursements.

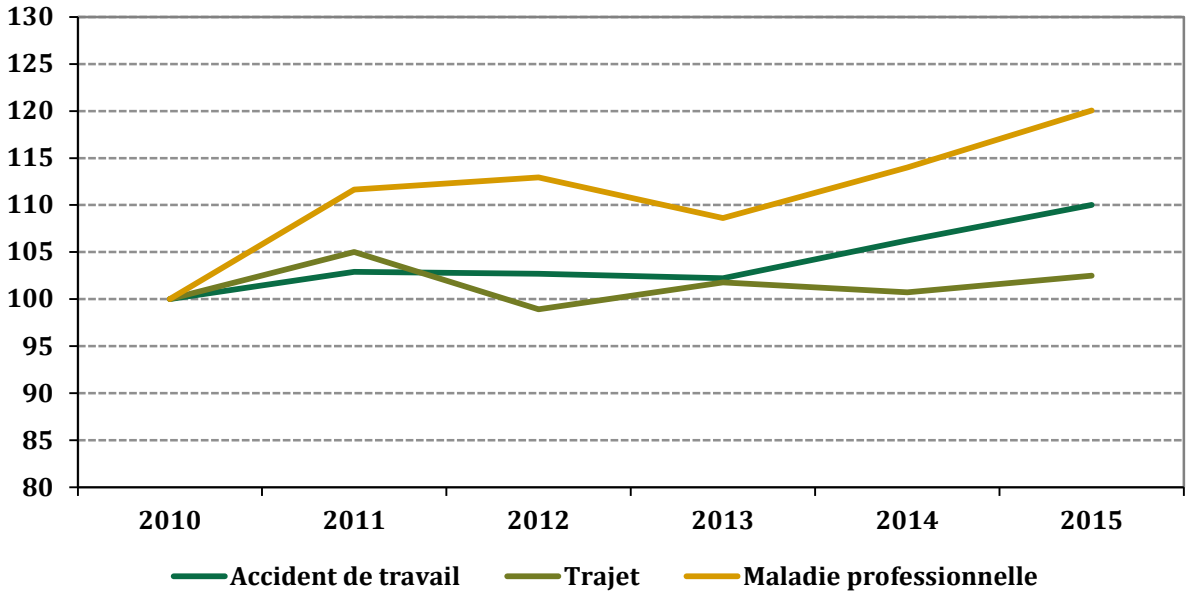
La dépense provient d'IJ prescrites majoritairement par les omnipraticiens libéraux (71 % de la dépense remboursée en décembre 2016, contre 65 % pour la dépense d'IJ maladie), viennent ensuite les praticiens dans les établissements de santé (15 %) puis les spécialistes libéraux (14 %). La mission n'a pas pu obtenir de données sur longue période de la part de la CNAM, cependant entre décembre 2015 et décembre 2016, la dépense d'IJ AT-MP augmente dans le secteur libéral alors qu'elle diminue dans les établissements de santé.

Les IJ AT-MP peuvent être classées en trois risques : les accidents du travail (AT), ceux de trajet (TJ) et les maladies professionnelles (MP). En 2015, le risque AT représente 70 % du montant d'IJ AT-MP versées, le risque trajet 10 % et les maladies professionnelles 20 %. La durée moyenne des arrêts varie également selon le risque avec 93 jours pour les AT, 108 jours pour les TJ et 288 jours pour les MP[16].

En cinq ans, la dépense d'IJ a le plus augmenté pour les maladies professionnelles (+20 %), viennent ensuite les IJ pour accident de travail (+10 %) et celles pour le risque trajet (+2 %) (cf. graphique 19). La faible évolution du risque trajet serait due à une réduction de la sinistralité par la prévention routière.

[16] D'après une étude une étude des sinistres donnant lieu à IJ en 2014 (Rapport de gestion 2014 de l'Assurance Maladie, risques professionnels).

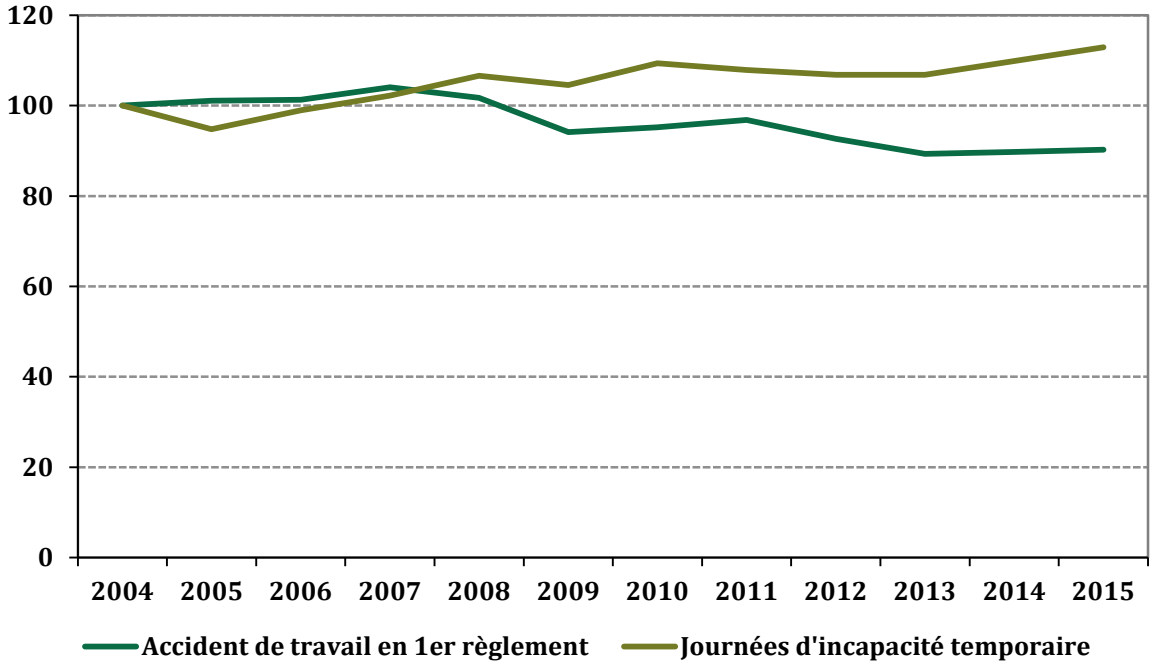
Graphique 19 : Évolution de la dépense des IJ AT-MP selon les trois risques (base 100=2010)



Source : Mission, d'après données des rapports de gestion de l'Assurance Maladie, risques professionnels.

Le palier observé pour la dépense d'IJ AT-MP en 2011-2013 pourrait s'expliquer par la diminution des IJ du risque accident de travail faisant suite à une baisse importante du nombre d'accidents du travail (-4,3 % en 2012 et – 3,6 % en 2013, cf. graphique 20).

Graphique 20 : Évolution du nombre d'accidents du travail et du nombre de journées d'incapacité temporaire (base 100= 2004)



Source : Mission, d'après données des rapports de gestion de l'Assurance Maladie, risques professionnels.

Pour les AT et les TJ, l'âge est un déterminant important puisque la durée des arrêts augmente avec l'âge de 2 à 4 jours par an pour atteindre un plafond entre 40 ans et 60 ans (excepté pour les AT, la durée réaugmente à partir de 58 ans). La CNAM explique ce phénomène par l'allongement de la durée physiologique de récupération avec l'âge et par le déclenchement systématique des contrôles des médecins-conseil pour les patients de 40 ans.

Pour les maladies professionnelles, la durée augmente avec l'âge jusqu'à 40 ans comme pour les AT et les TJ mais à un rythme plus élevé (hausse de 12 jours par an). Contrairement aux autres risques, après 40 ans, la durée des arrêts pour MP diminue avec l'âge (325 jours en moyenne à 40 ans contre 275 jours à 60 ans).

Comme pour les IJ maladie, des disparités territoriales existent également pour les IJ AT-MP.

Encadré 5 : La lombalgie liée au travail représente un problème de santé important

D'après le rapport « charges et produits 2017 » de la CNAM, la lombalgie constitue le 2ème motif de recours au médecin traitant et donne lieu à un arrêt de travail une fois sur cinq. Ce motif représente 30 % des arrêts de travail de plus de six mois.

La part des lombalgies au sein des accidents de travail passe de 13,2 % en 2005 à 19,1 %. De plus, dans la majorité des cas, la lombalgie reconnue en AT-MP débouche sur un arrêt de travail (84 % en 2015). Ainsi, le poids du nombre de jours d'arrêt liés à des lombalgies AT-MP augmente entre 2012 et 2015, passant de 19,8 % à 20,8 % (soit de 11,2 millions à 12,2 millions de jours indemnisés). En termes de dépense, en 2015 les lombalgies AT-MP représentent 574 M€, soit 20,7 % des IJ AT-MP.

La durée de l'arrêt varie selon le risque : 70 % des lombalgies consécutives à des accidents de travail ou de trajets durent moins d'un mois, contre 7 % pour le risque maladie professionnelle.

Source : Mission. D'après l'étude de décembre 2016 de la CNAM (Direction des risques professionnels) « Enjeux Santé Travail 2016 : éléments statistiques sur les lombalgies ».

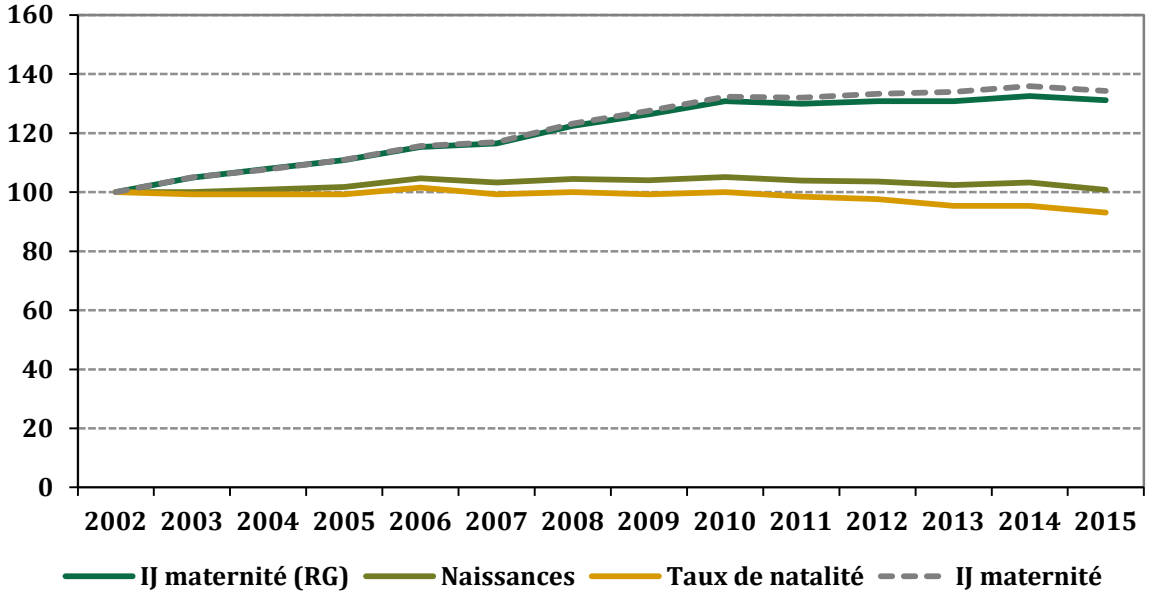
1.3.1.3. Une croissance sur longue période de la dépense d'IJ maternité qui est moins liée à l'évolution des indicateurs de natalité qu'à celle de la masse salariale plafonnée

Les IJ maternité du régime général ont augmenté à un taux de croissance moyen de 2,1 % entre 2002 et 2015, passant de 2,1 à 2,8 Md€. Cette hausse a surtout eu lieu entre 2002 et 2010 avant de se stabiliser par la suite et de diminuer en 2015.

L'augmentation de la dépense d'IJ est surtout liée à l'évolution de la masse salariale plafonnée[17] (cf. graphique 22). Par contre, elle n'est pas significativement corrélée au nombre de naissances vivantes et au taux de natalité. En effet, sur longue période les indicateurs liés à la natalité diminuent, ce qui n'est pas le cas des IJ maternité (cf. graphique 21). Cependant, à partir de 2010, la dépense d'IJ suit plus l'évolution des indicateurs de natalité. La création du congé de paternité entré en application le 1er janvier 2002 peut également expliquer l'augmentation de la dépense.

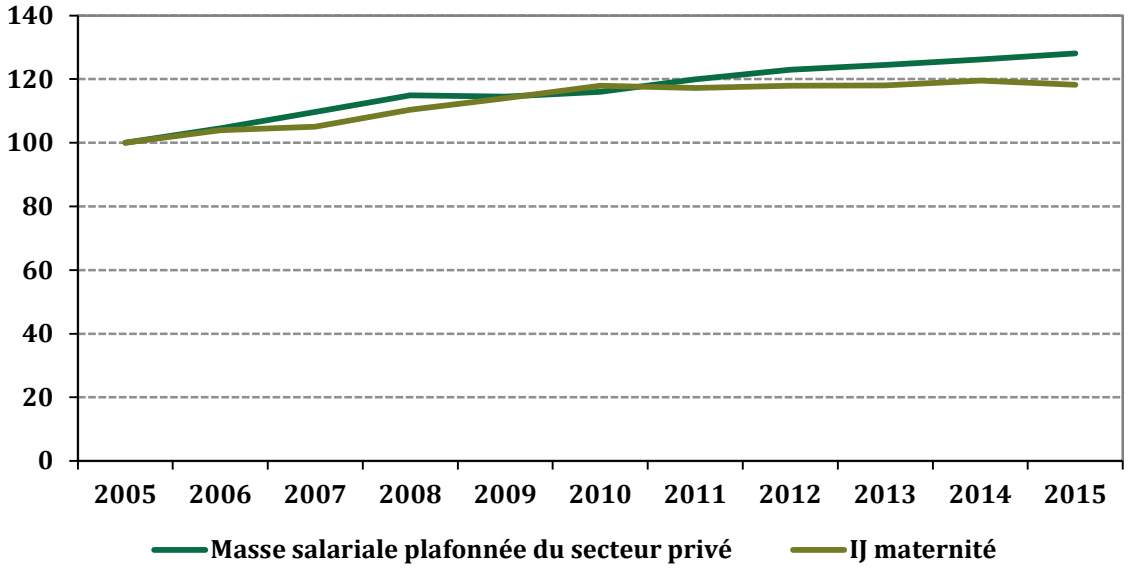
[17] En effet les salaires bruts servant de base au calcul de l'indemnité sont plafonnés par le plafond annuel de la sécurité sociale.

Graphique 21 : Évolution comparée de la dépense d'IJ maternité, du nombre de naissances et du taux de natalité (base 100 = 2002)



Source : Mission, d'après données de l'Insee et de la Drees. Note de lecture : Il s'agit des naissances vivantes, France entière et du taux de natalité France entière. En 2014, l'Insee intègre Mayotte dans ses séries.

Graphique 22 : Évolution comparée de la dépense d'IJ maternité du régime général et de la masse salariale plafonnée



Source : Mission, d'après données de la Drees et des PLFSS 2010 à 2017 (annexe I).

1.3.2. Le régime agricole a été marqué par l'ouverture des droits aux IJ maladie pour les non-salariés affiliés à la MSA en 2014

La MSA couvre une population qui regroupe à la fois des salariés et des non-salariés, dont les régimes d'IJ présentent des différences (cf. annexe III).

1.3.2.1. La dépense d'indemnités journalières à destination des salariés agricoles, qui représente 80 % de la dépense d'IJ de la MSA, est dynamique pour les risques maladie et AT

La dépense d'IJ pour les salariés agricoles représente 509 M€ en 2016, **soit 80 % de la dépense totale d'IJ du MSA**.

L'évolution de la dépense d'IJ maladie et AT pour les salariés agricoles est dynamique : +13 %, respectivement +15 % entre 2013 et 2015 (cf. tableau 13).

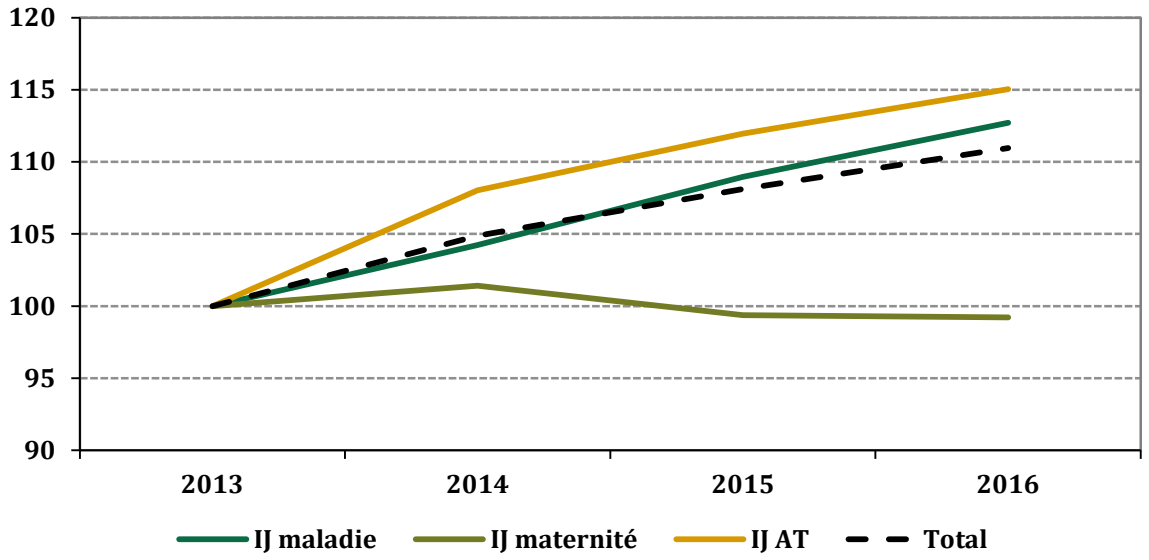
À l'inverse, la dépense d'IJ maternité diminue sur la période 2013 à 2016 de -1 % (cf. graphique 23).

Tableau 13 : Montants totaux remboursés sur la population des salariés agricoles (M€)

	2013	2 014	2015	2016	Évolution de la dépense[18] 2013-2016	Évolution du nombre d'IJ 2013-2016
IJ maladie	234,9	244,9	256,0	264,8	13 %	9 %
IJ maternité	83,8	85,0	83,3	83,1	-1 %	-5 %
IJ AT	140,0	151,3	156,7	161,1	15 %	8 %
Total	***458,7***	***481,1***	***496,0***	***509,0***	***11 %***	***7 %***

Source : Mission, d'après données de la MSA.

Graphique 23 : Évolution de la dépense d'IJ pour les salariés agricoles (base 100 en 2013)

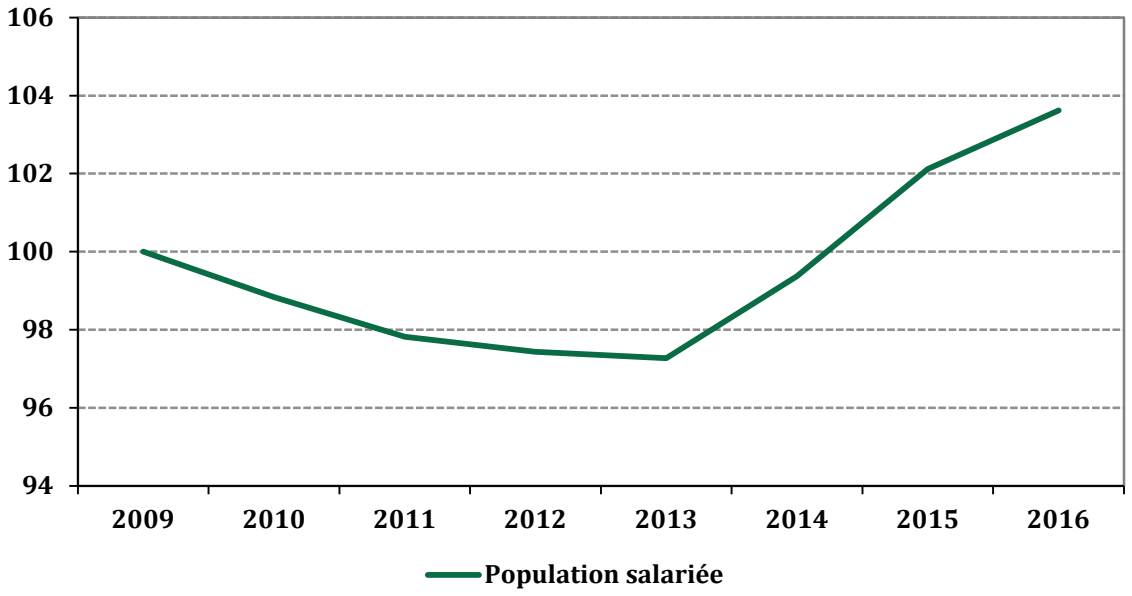


Source : Mission, d'après données de la MSA.

[18] En euros courants.

Cette hausse de la dépense d'IJ constatée entre 2013 et 2015 peut s'expliquer par une forte évolution de la population salariée sur la même période (cf. graphique 24). En effet elle évolue en moyenne annuellement de 2,1 % sur cette période. Selon le tableau de bord de février 2016 de la direction des études des répertoires et des statistiques de la MSA, la hausse observée pourrait venir d'une situation favorable à l'emploi dans les entreprises relevant du régime agricole depuis fin 2012, ainsi que de modifications réglementaires assouplissant les conditions d'ouverture et de maintien des droits sur les risques maladie, maternité et invalidité (cf. décret n°2013-1260 du 27 décembre 2013 et décret n°2015-86 du 30 janvier 2015).

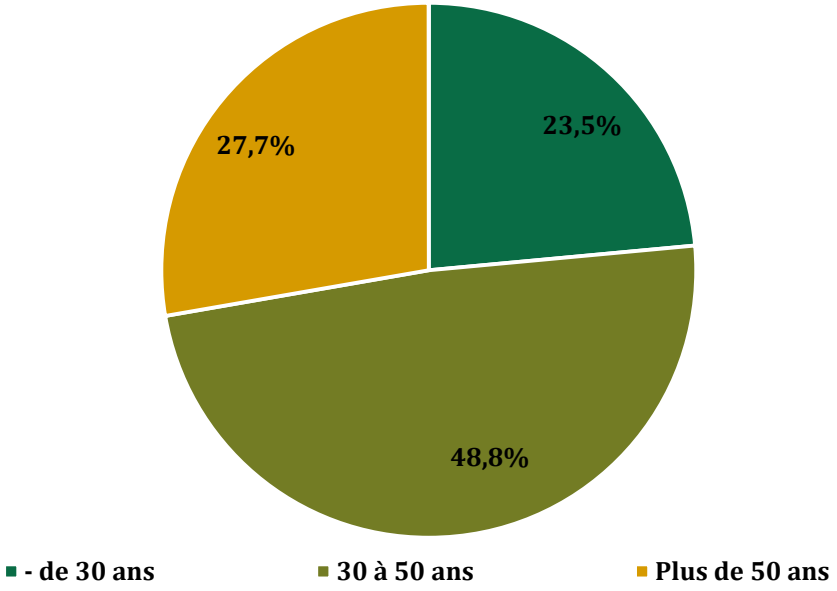
Graphique 24 : Évolution de la population salariée agricole



Source : Mission, d'après données de la MSA.

Concernant les bénéficiaires de ces indemnités journalières, près de la moitié des arrêts initiés en 2014 pour le risque maladie sont dus par des salariés de 30 à 50 ans. Pour le risque AT-MP, les moins de 30 ans représentent 33 % des bénéficiaires et les 30 à 50 ans, 44 % (cf. graphique 25).

Graphique 25 : Répartition du nombre d'arrêts de travail initiés en 2014 pour le risque maladie selon l'âge du salarié agricole

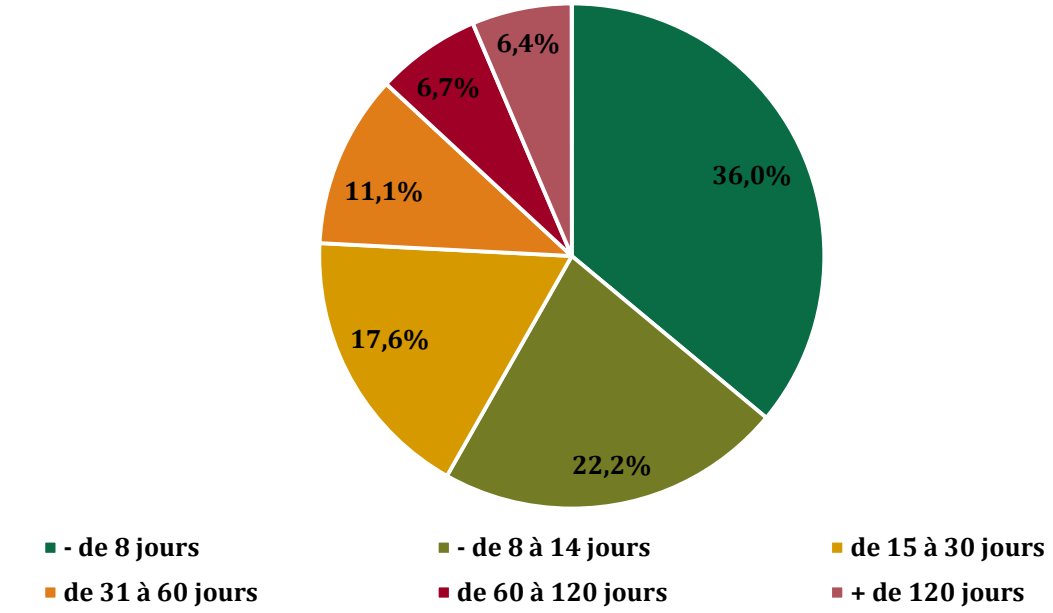


Source : Mission, d'après données du MSA.

En 2014, la durée moyenne des arrêts de travail initiés pour maladie est de 37 jours[19]. Elle augmente avec l'âge, passant de 26 jours pour les moins de 30 ans à 57 jours pour les plus de 60 ans.

Les arrêts de moins de 8 jours représentent plus d'un tiers du nombre total d'arrêts initiés, et ceux de moins d'un moins comptent pour trois quart. Ce poids des arrêts de moins d'un mois est équivalent à celui observé pour le régime général (cf. graphique 26).

Graphique 26 : Répartition du nombre d'arrêts de travail initiés en 2014 selon la durée



Source : MSA.

[19] Contrairement aux statistiques du régime général, les durées d'arrêt de la MSA tiennent compte de la période de carence. Par contre, les arrêts de travail dont la durée n'excède pas le délai de carence (journées non indemnisées) ne sont pas pris en compte (comme pour le régime général).

Concernant les arrêts de travail pour AT-MP, la durée moyenne est de 57 jours en 2014, passant de 32 jours pour les moins de 30 ans à 104 jours pour les plus de 60 ans. Le poids des arrêts se distord par rapport au risque maladie : il est de 2/3 pour les arrêts de moins d'un mois et d'1/3 pour les arrêts de plus d'un mois.

1.3.2.2. Une forte évolution suite à la création des IJ maladie en 2014 pour les non-salariés agricole mais une diminution des IJ maternité et AT

La dépense d'IJ pour les non-salariés représente 123 M€ en 2016, soit 20 % de la dépense totale d'IJ de la MSA.

Tableau 14 : Montants totaux remboursés sur la population des non-salariés (M€)

	2013	2 014	2015	2016	Évolution de la dépense 2014-2016	Évolution du nombre d'IJ 2014-2016
IJ maladie	0	42,5	61,9	65,8	55 %	50 %
IJ maternité	17,1	17,3	16,4	16,8	-3 %	-5 %
IJ AT	40,9	42,7	42,0	40,8	-4 %	-5 %
Total	57,9	102,5	120,2	123,4	20 %	22 %

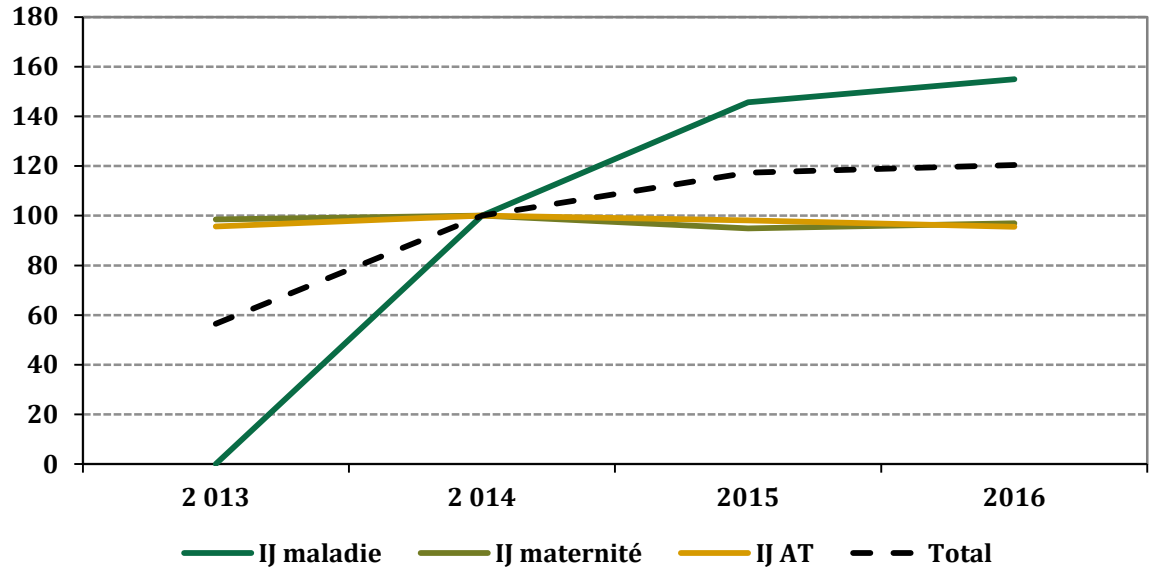
Source : Mission, d'après données de la MSA.

Deux particularités sont identifiables (cf. graphique 27 et tableau 14) :

- les non-salariés peuvent bénéficier d'IJ maladie que depuis 2014, d'où l'augmentation de +55 % de la dépense entre 2014 et 2016 correspondant à une montée en charge du dispositif ;
- la dépense d'IJ AT diminue depuis 2014 de 3 %, ce qui s'explique en partie par la baisse du nombre de la population couverte (cf. *infra*) et de celle de la fréquence des AT-MP (cf. tableau 15).

Concernant le risque maternité, la dépense d'IJ diminue en 2014 et 2015 mais augmente légèrement en 2016.

Graphique 27 : Évolution de la dépense d'IJ pour les non-salariés (base 100 en 2014)



Source : Mission, d'après données de la MSA.

Tableau 15 : Taux de fréquence AT et AT donnant lieu à arrêts de travail indemnisés (Nombre d'AT-MP pour 1 000 affiliés)

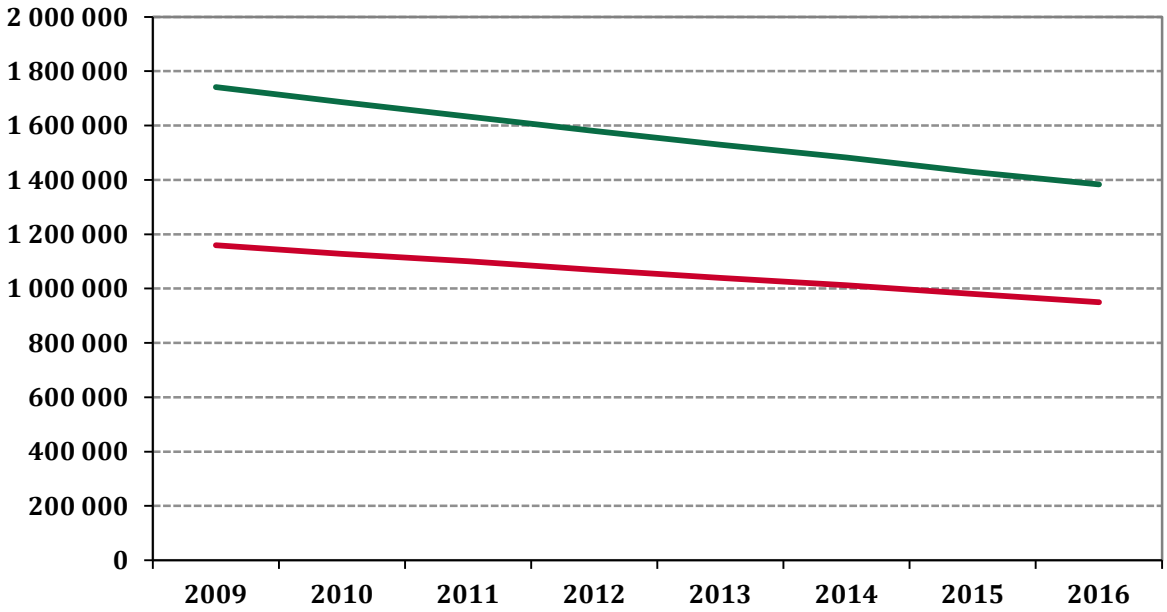
	2012	2013	2014	2015	2016*
Taux de fréquence AT (%)	53,8	52,5	51,1	48,8	43,5
Taux de fréquence AT avec arrêt de travail indemnisé (%)	36,0	33,7	32,9	30,7	30,1

*Source : MSA. Note de lecture : * données provisoires.*

La population non-salariée protégée est en continuelle baisse sur la période 2009-2016, à un taux de croissance moyen annuel de -3,2 % et est âgée puisqu'en 2016, 69 % des non-salariés ont plus de 55 ans (cf. graphique 28). Ces caractéristiques peuvent expliquer l'évolution à la baisse du nombre d'IJ AT.

La création d'un nouveau dispositif d'indemnisation pour les non-salariés en cas de maladie a provoqué un surcroit de dépense mais qui reste modérée et se stabilise dès 2016.

Graphique 28 : Évolution de la population agricole non-salariée



Source : Mission, d'après données de la MSA.

En 2016, 21 474 personnes ont bénéficié d'au moins un arrêt de travail[20] en métropole pour cause de maladie ou à la suite d'un accident de la vie privée. Près de 94,6 % de cette population sont les exploitants eux-mêmes (dont deux tiers sont des hommes), 5,1 % leurs conjoints, les autres bénéficiaires étant d'autres membres de la famille travaillant sur l'exploitation (cf. tableau 15). D'après la MSA, le taux de recours aux arrêts de travail est faible, il s'établit à 6 % de la population éligible. Enfin, le nombre de bénéficiaires diminue entre 2014 et 2016 selon un taux de moyen annuel de - 8,3 %. Ces bénéficiaires totalisent 24 174 arrêts initiés en 2016, un nombre en baisse de 8,7 % depuis 2014.

Tableau 16 : Nombre d'arrêts initiés en 2016 par des bénéficiaires non-salariés agricoles

Tranche âge	Exploitants		Conjoints collaborateurs	Aides familiaux	Total
	Hommes	Femmes			
- de 30 ans	651	249	28	3	931
30-39 ans	1 870	940	84	4	2 898

[20] Il s'agit des arrêts de travail initiés pendant l'année N. Le régime général ne possède pas de telles données.

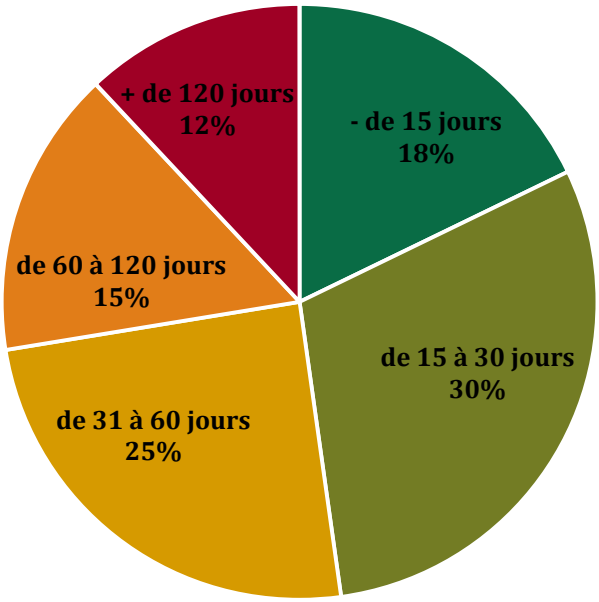
Tranche âge	Exploitants		Conjoints collaborateurs	Aides familiaux	Total
	Hommes	Femmes			
40-49 ans	3 466	1 710	271	20	5 467
50-59 ans	7 189	3 147	733	29	11 098
60 ans et +	2 422	1 211	140	7	3 780
Total	15 598	7 257	1 256	63	24 174

Source : MSA.

Les personnes atteintes d'une affection de longue durée reconnue (ALD) sont au nombre de 5 265, soit 25 % des bénéficiaires d'arrêts en 2016. Cette proportion est en diminution par rapport à 2014 (29 %) mais cela peut s'expliquer par le fait qu'une partie des personnes en ALD sont déjà en arrêts (prescription à N-1 ou N-2)[21].

Près de la moitié des arrêts durent moins d'un mois. Cependant, en identifiant séparément les personnes atteintes d'une ALD, la moitié des arrêts durent plus de 4 mois (cf. graphique 29).

Graphique 29 : Répartition du nombre d'arrêts de travail initiés en 2016 selon la durée



Source : MSA.

En 2014, la durée moyenne d'un arrêt est de 113 jours[22]. Des différences sont observables :

- selon le bénéficiaire : les conjoints et les aides familiaux ont des durées d'arrêts supérieures (respectivement 137 et 160 jours). Les femmes s'arrêtent plus longtemps que les hommes en moyenne (respectivement 124 et 106 jours) ;
- selon l'âge : la durée augmente avec l'âge : 56 jours pour les moins de 30 ans, 136 jours pour les plus de 60 ans ;
- selon le fait d'être atteint d'une ALD : les durées sont supérieures et atteignent en moyenne 207 jours.

[21] 6 500 non-salariés sont indemnisés pour des arrêts débutés avant 2016, dont 3 200 sont en ALD.

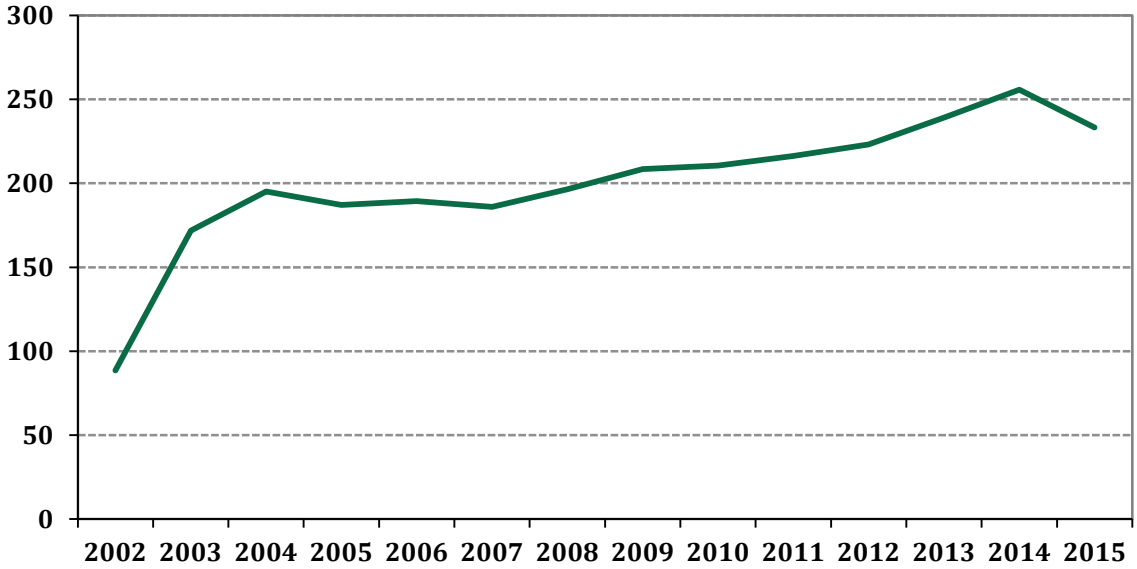
[22] L'analyse de la durée la plus fiable est celle de 2014 car des arrêts initiés en 2015 peuvent toujours être en cours au 31 décembre 2016.

1.3.3. L'augmentation de la dépense d'IJ du régime social des indépendants peut s'expliquer en partie par des effets d'aubaine en bénéficiant d'indemnisations sans paiement de cotisation

Le régime social des indépendants (RSI) offre des droits aux indemnités journalières pour les accidents et maladie (sans distinction entre l'origine professionnelle ou personnelle de ceux-ci) et maternité.

Le doublement de la dépense entre 2002 et 2003 (cf. graphique 30) fait suite à une réforme profonde du dispositif d'indemnisation des arrêts de travail des artisans et des commerçants en s'alignant sur le régime général (alignement de la durée maximale d'indemnisation à trois ans et le montant de l'IJ valant la moitié du montant du revenu professionnel moyen des trois dernières années).

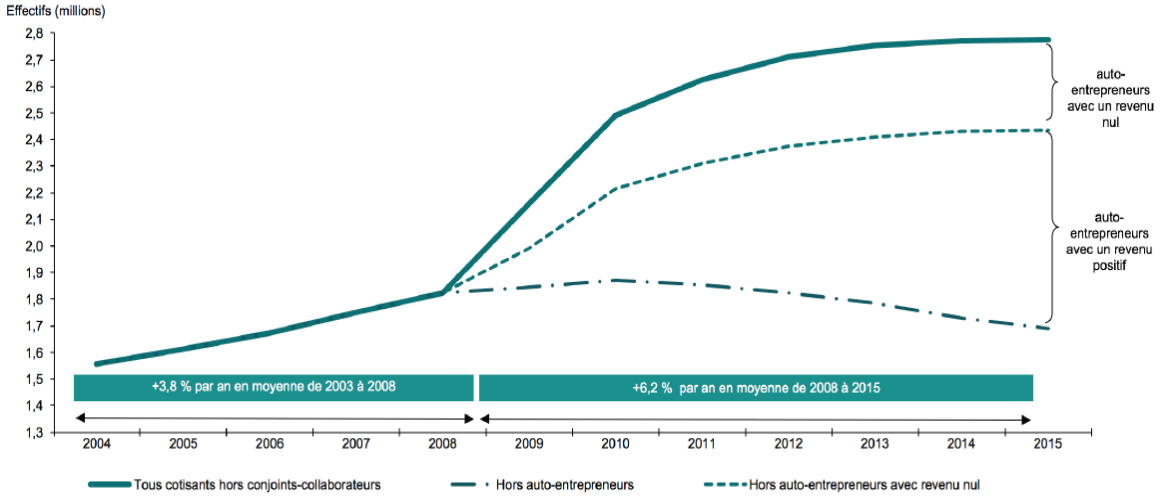
Graphique 30 : Évolution de la dépense d'IJ maladie pour le RSI (M€)



Source : Mission, d'après données de la DREES.

La dépense s'est ensuite stabilisée sur la période 2004-2007 avant de repartir à la hausse jusqu'en 2014 (+70 M€), ce qui s'explique par la création du statut d'autoentrepreneurs en 2008 (cf. graphique 31).

Graphique 31 : Évolution du nombre de cotisants du RSI de fin 2004 à fin 2015 (hors conjoints collaborateurs)



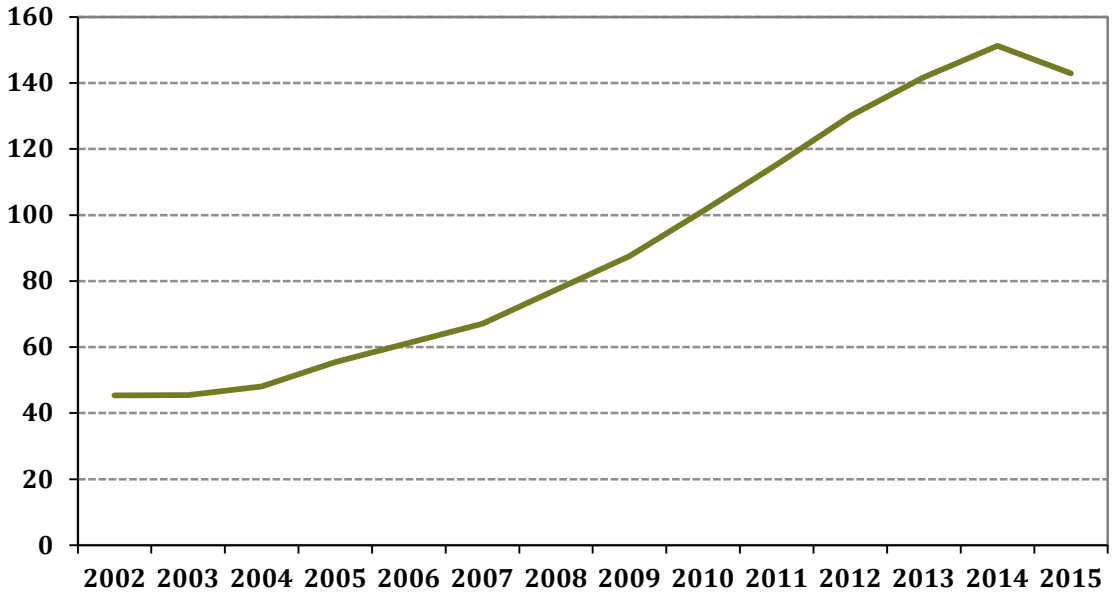
Source : L'essentiel du RSI en chiffres, édition 2016.

En 2015, la dépense diminue suite à la mise en application du décret du 2 février 2015 modifiant l'ouverture des droits. En effet, les assurés dont les revenus cotisés sont inférieurs à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) moyen des trois dernières années ne peuvent plus bénéficier du droit aux IJ ; enfin le montant de l'IJ versée est désormais proportionnel au revenu cotisé. Autrement dit, l'autoentrepreneur ne peut plus accéder à un niveau d'IJ minimal sans payer de cotisation minimale. L'effet est directement observable puisque le poids des IJ des autoentrepreneurs dans la dépense totale diminue, passant de 15 % en 2014 à 7% en 2015.

La dépense d'IJ maternité a plus que triplé entre 2002 et 2014 (cf. graphique 32). Cette évolution est expliquée par le RSI par la création du statut de l'autoentrepreneur en 2009 et la féminisation de la population cotisante induite par ce statut.

La diminution constatée en 2015 est due en partie à la baisse des naissances mais également à l'application du décret du 2 février 2015. Ainsi, le montant de la prestation versée est désormais en phase avec le montant des cotisations effectivement acquittées, ce qui n'était pas le cas par le passé : une femme enceinte n'avait pas besoin de cotisation minimale pour bénéficier d'une indemnisation à taux plein.

Graphique 32 : Évolution de la dépense d'IJ maternité pour le RSI (M€)



Source : Mission, d'après données de la DREES.

2. Des travaux économétriques réalisés par le service statistique public, les caisses d'assurance maladie ou le monde académique montrent que les déterminants du recours aux arrêts de travail et de leur durée sont de trois ordres : les effets individuels, les effets du contexte professionnel et les effets de l'environnement non professionnel

Le monde académique, les caisses d'assurance maladie ainsi que la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ont étudié les déterminants microéconomiques du recours aux indemnités journalières en élaborant dans la mesure du possible des modèles économétriques. L'avantage de ces derniers est de permettre le test simultané de plusieurs facteurs explicatifs et de quantifier leur impact sur les IJ, toutes choses égales par ailleurs. **À ce stade, les travaux se sont essentiellement concentrés sur les IJ du risque maladie du régime général.**

La littérature économique est peu abondante sur les déterminants de l'absentéisme professionnel. Quatre courants sont néanmoins identifiables[23] et peuvent permettre de fixer un cadre d'analyse :

- le modèle d'arbitrage standard entre travail et loisir (cf. travaux d'Allen en 1981) : l'individu ajuste ses absences en fonction de la perte de revenu entraînée. Ce modèle conduit les agents à s'absenter quand leur temps de travail contractuel est supérieur au temps de travail désiré. De plus, l'absentéisme évolue en sens inverse de la lourdeur des pénalités prévues à l'encontre du salarié en termes de revenus ou de sanctions ;

[23] *D'après « Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie : le cas des horaires irréguliers », Économie et prévision 2009, Afsa et Givord ; « L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé », Dossiers solidarité et santé, N°58, janvier 2015 de Catherine Pollak.*

- le modèle développé par Shapiro et Stiglitz en 1984 (*shirking model*) repose sur le principe du principal-agent en économie industrielle : le salarié accomplit une action pour son employeur (principal) dont le résultat dépend d'un paramètre uniquement connu de lui-même. L'employeur fait face à un **problème d'aléa moral** car il ne connaît ni l'état de santé du travailleur ni sa fonction d'effort, d'autant plus que le salarié cherchera à minimiser son niveau d'effort pour maximiser son utilité. L'absentéisme peut alors s'interpréter comme l'écart entre l'effort fourni et le temps de travail prévu. Dans ce cas, le durcissement de la réglementation de l'ouverture des droits aux IJ permet de limiter les arrêts. De plus, un contexte économique dégradé peut également avoir un impact puisque le salarié hésite à prendre des IJ par crainte de perdre son emploi ;
- le modèle développé par Ose en 2005 introduit les conditions de travail : pour la première fois l'absence est vue comme la résultante de conditions de travail dégradées ou de la maladie et non comme choix individuel et volontaire ;
- Chatterji et Tilley montrent en 2002[24] qu'une entreprise a intérêt à indemniser ses salariés pour limiter les coûts indirects dus au présentéisme.

2.1. Les déterminants individuels ou de composition

Plusieurs études ont mis en avant l'importance des déterminants individuels ou de composition pour expliquer le comportement de recours aux arrêts maladie. Ces analyses ont pu être réalisées grâce aux travaux de construction de la base Hygie par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES, dont le programme de recherche pour les années futures est présenté dans l'encadré 7). En effet, la base construite permet de croiser des données sur la consommation médicale de l'assuré et son parcours professionnel (cf. encadré 6). Néanmoins d'autres bases résultant d'enquêtes existent également et ont permis à d'autres travaux de voir le jour (l'enquête Emploi de l'Insee[25] et son volet complémentaire en 2005 sur « santé, handicap et travail », l'enquête décennale de Santé de l'Insee, l'enquête conditions de travail de l'Insee, l'enquête sur la santé et la protection sociale de l'IRDES, et l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES et la DREES).

Encadré 6 : Base Hygie

La base Hygie a été construite par l'IRDES grâce à un financement de la DREES. Cette base permet de décrire les arrêts maladie pour un échantillon représentatif du régime général de la Sécurité sociale. Elle provient du croisement de deux fichiers administratifs :

- **un fichier de données issues du système d'informations de la CNAM** (SNIIRAM) avec les remboursements effectués par les régimes de l'Assurance maladie et sur les caractéristiques de l'employeur ;
- **un fichier de la caisse nationale d'Assurance vieillesse** (CNAV) recensant les informations individuelles sur les bénéficiaires, notamment leur carrière professionnelle sur un échantillon aléatoire de bénéficiaires âgés de 22 à 70 ans ayant cotisé au moins une fois au régime général de retraite. Les données sont issues du système national de gestion des carrières pour les salariés du secteur privé et du système national statistique prestataires qui regroupe les retraités du secteur privé.

Les travaux recensés se basent sur la première base qui couvre uniquement le régime général sur la période 2005-2008 (538 870 bénéficiaires), elle a été actualisée et couvre désormais la période 2005-

[24] *Sickness, absenteeism, presenteeism and sick pay*, Oxford Economic papers, 2002, M.Chatterji et C.J.Tilley.

[25] Dans le cadre de cette enquête, il est prévu d'interroger les personnes en emploi n'ayant pas exercé leur activité au cours de la semaine de référence sur les raisons de leur absence. La modalité « congé maladie (y compris garde d'enfant), accident de travail » est prévue.

2012.

L'IRDES prévoit pour l'actualisation sur la période 2013-2015 un élargissement de la base au RSI et au MSA. Les nouvelles données permettront d'enrichir la base avec des détails sur la consommation de soins qui permettent d'identifier les différentes pathologies. La nouvelle base devrait être disponible courant 2018 (d'après le programme de recherche de l'IRDES 2017-2019).

Source : Mission.

Encadré 7 : Programme de recherche de l'IRDES (2017-2019)

Plusieurs travaux sont prévus dans le programme de recherche 2017-2019 de l'IRDES, dont un certain nombre ont débuté il y a quelques années :

- **le projet : « expositions professionnelles et insécurité de l'emploi : effets sur les arrêts de travail et les consommations médicales »** (2011-2019). Il s'agit notamment d'étudier les effets suite à la fermeture d'une entreprise ou d'un licenciement massif sur la santé et les consommations médicales des individus ;
- **le projet « quels sont les liens entre les expositions professionnelles (pénibilité physique et psychosociale) et les arrêts de travail ? Peut-on quantifier ce lien ? »** (2011-2019) ;
- **l'étude internationale de comparaison des systèmes d'indemnités journalières (IJ) maladie et AT/MP** (2016-2017). Cette étude est réalisée en collaboration avec la DREES et la DSS. Elle permettra de situer la France par rapport à ses voisins et de tirer des bonnes pratiques sur leurs systèmes ;
- **le projet « évaluation de la réforme de la Tarification des risques AT/MP. La tarification au risque permet-elle d'améliorer la prévention ? »** (2014-2018) : l'objectif est d'évaluer l'efficacité du financement par les entreprises selon leur sinistralité des risques AT/MP et de mesurer l'influence de ce mode de régulation sur les pratiques de l'entreprises (diminution de des expositions professionnelles nuisibles pour la santé des salariés, développement de démarches préventives primaires et secondaires, développement de comportements).

Deux projets sont également formulés pour l'avenir :

- **Une mesure de l'effectivité de la prise d'arrêts maladie en période de chômage**. Les indemnités versées aux personnes au chômage en mauvais état de santé (stoppant ainsi leurs allocations chômage mais en les reportant d'autant de jours par la suite) sont relativement faibles et pourraient désinciter à recourir aux arrêts ;
- **une amélioration de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise** (PSCE) dont la partie sur la complémentaire santé en entreprise et la partie observation de la prévoyance sont minimalistes (et notamment pour les arrêts maladie).

Source : Mission, d'après le programme de recherche de l'IRDES 2017-2019.

2.1.1. Les caractéristiques individuelles sociodémographiques et de santé

Les études économétriques permettent d'identifier les différents facteurs individuels (i) sur le recours aux arrêts maladie et (ii) sur la durée des arrêts (cf. encadré 8).

Encadré 8 : Modèles économétriques

A/ La modélisation du recours à un arrêt

Les études économétriques se basent sur une modélisation économétrique du type *probit* ou *logit*. Ces modèles permettent de modéliser la probabilité d'avoir recours à un arrêt maladie et de connaître ainsi les facteurs qui influencent positivement ou négativement cette probabilité et ceux qui n'ont pas d'impact significatif, toutes choses égales par ailleurs.

La modélisation s'écrit formellement de la manière suivante :

$$Y_{it}^{*} = X_{it}\beta + \varepsilon_{it}$$

Et $Y_{it} = \begin{cases} 1 \; si \; Y_{it}^{*} > 0 \\ 0 \; sinon \end{cases}$

- Y_{it} vaut 1 lorsque l'individu i a été en arrêt à l'année t ;

- Y_{it}^* est une variable latente (inobservable) traduisant la propension à recourir à un arrêt ;
- X_{it} est l'ensemble des variables explicatives testées ;
- β sont les paramètres associés aux variables explicatives et traduisent l'impact de ces dernières sur la probabilité de recours à un arrêt ;
- ε_{it} un terme d'erreur.

La probabilité d'absence au travail est alors :

$$P(Y_{it} = 1) = \frac{\exp(X_{it}\beta)}{1 + \exp(X_{it}\beta)}$$

Le plus souvent, une modélisation à effets fixes est choisie ($Y_{it}^* = \alpha_i + X_{it}\beta + \varepsilon_{it}$) où α_i est une constante propre à chaque individu. Cette spécification permet de tenir compte de l'hétérogénéité individuelle.

B/ La modélisation de la durée d'un arrêt

La durée peut être appréhendée par deux types de modèle :

B.1. Le modèle de Poisson (modèle de comptage) permet d'estimer la distribution de probabilité de la durée de l'arrêt

Selon certaines hypothèses (nombre de jours d'arrêt indépendamment et identiquement distribués, égalité entre espérance et variance du nombre de jours d'arrêt conditionnellement aux variables explicatives), la probabilité est la suivante :

$$P(Y_{it} = y_{it}) = \frac{e^{-\mu_{it}}\mu^{y_{it}}}{y_{it}!}$$

- y_{it} est le nombre de jours d'arrêt maladie ;
- μ_{it} est le paramètre de la loi de Poisson qui vaut : $\ln(\mu_{it}) = \alpha_i + \beta X_{it}$
- X_{it} est l'ensemble des variables explicatives testées ;
- α_i le terme d'hétérogénéité individuelle

Ce modèle permet alors d'étudier l'impact des variables testées sur l'espérance de la durée d'arrêt toutes choses égales par ailleurs.

B.2. Un autre modèle est également utilisé dans la littérature se basant sur la gamme des modèles de durée. La probabilité modélisée est cette d'interrompre son arrêt au bout de t jours.

La durée est ici la période passée en arrêt maladie. À chaque instant t d'un arrêt, le salarié est soit encore en arrêt (l'état vaut 1), soit il ne l'est plus (l'état vaut 0). L'objectif est de modéliser la probabilité d'interrompre l'arrêt de travail au bout de t jours, sachant que l'individu est resté en arrêt jusqu'à ce temps t ($\lambda_{i,t}$, encore appelée fonction de hasard). Plusieurs méthodes existent dans la littérature, la plus courante est celle du hasard proportionnel qui permet d'écrire $\lambda_{i,t} = \lambda_0\varphi(X, \beta)$ et d'estimer $\varphi(X, \beta)$ par un modèle de Cox ($\varphi(X, \beta) = \exp(X_{it}\beta)$. X_{it} correspond à l'ensemble des variables explicatives testées et λ_0 au hasard de base.

L'interprétation des résultats d'un tel modèle permet de quantifier l'impact d'une variable explicative sur la probabilité de quitter l'état d'arrêt de travail, toutes choses égales par ailleurs.

L'inconvénient des modèles de durée est de travailler sur la seule population des individus qui sont en arrêt.

C/ La méthode de différence de différence

Cette méthode est souvent utilisée pour mesurer l'impact d'une réforme pour un groupe d'individu. Pour cela, il faut disposer de deux groupes : le premier dit « traité » et le second dit « témoin », non concerné par un changement d'indemnisation avant et après réforme. Cette méthode permet de prendre en compte les différences de caractéristiques individuelles et les modifications de l'environnement.

L'estimateur en différence de différence est alors (la variable d'intérêt y comptabilisant le nombre de jours d'arrêts) :

$$\delta = (y_{traités,après\ réforme} - y_{traités,avant\ réforme}) - (y_{non\ traités,après\ réforme} - y_{non\ traités,avant\ réforme})$$

Il est possible d'estimer ce coefficient grâce à une régression linéaire :

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_1 1_{t=après\ réforme} + \beta_2 1_{i=traités} + \delta\ 1_{t=après\ réforme} 1_{i=traités} + \varepsilon$$

- $1_{t=après\ réforme}$ capte les effets temporels communs aux deux groupes (indicatrice valant 0 si la date *t* est avant la réforme, 1 si la date *t* est après la réforme) ;
- $1_{i=traités}$ capte les différences systématiques entre les deux groupes (indicatrice valant 1 si l'individu est dans le groupe traité, 0 s'il fait partie du groupe témoin).

Source : Mission.

Les études montrent que les caractéristiques sociodémographiques ont un rôle déterminant. Les principaux facteurs identifiés sont les suivants[26] :

- **le genre** : les hommes s'arrêtent moins que les femmes et moins longtemps. La DREES a tenté d'expliquer les raisons en 2014[27] ;
- **l'âge** : le recours aux arrêts maladie augmente avec l'âge mais la relation n'est pas linéaire. Elle comporterait deux points d'inflexion à 35 ans et à 55 ans[28]. L'étude de la DARES[29] souligne ce constat et montre que les 60-64 ans s'absentent moins que les 55-59 ans ; la DREES[30] montre également que les plus de 50 ans ont une probabilité plus faible que leurs cadets de recourir à des arrêts ; enfin une autre étude met en avant une probabilité d'être en arrêt de travail qui diminue rapidement à partir de 30 ans[31]. Ainsi, selon la plupart des études, **la fréquence des arrêts n'augmente pas avec l'âge**, ce qui est souvent expliqué dans la littérature par un effet de sélection des seniors en emploi[32]. **Par contre, le vieillissement à un impact sur la durée, montré par toutes les études**. Pour les hommes, le vieillissement augmente bien la durée des arrêts. Pour les femmes, la relation semble moins nette mais les salariées de 55 à 65 ans ont une durée d'arrêt plus longue. Plusieurs raisons avancées à cet allongement de la durée sont (i) l'état de santé qui se dégrade avec l'âge, (ii) une prescription d'IJ de longue durée afin de sortir du marché du travail avant la retraite ;

[26] Sans précision d'une étude spécifique, les facteurs sont identifiés grâce à la base Hygie par les études de l'IRDES : (i) Durée d'arrêt de travail, salaire et Assurance maladie : application microéconomique à partir de la base Hygie, Mohamed Ali Ben Halima et Thierry Debrand, septembre 2011 ; (ii) Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? Mohamed Ali Ben Halima, Thierry Debrand, Camille Regaert, Questions d'économie de la santé n°177 juin 2012 ; (iii) Arrêt maladie : comprendre les disparités départementales, Mohamed Ali Ben Halima, Thierry Debrand, Camille Regaert, novembre 2010.

[27] « Les grossesses expliquent 37 % des différences d'arrêt maladie indemnisés entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans », Les dépenses de santé en 2014, Claire Marbot et Catherine Pollak.

[28] Cela signifie que la prescription d'IJ est croissante avec l'âge mais ralentit pour former un plateau autour des 35 ans puis réaccélère. Ce même phénomène s'observe autour de 55 ans. La dernière accélération témoigne de l'augmentation de la fréquence des arrêts maladie à l'approche de la retraite.

[29] Les conditions de travail : « les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail », DARES Analayse, N°009 février 2013 de Ceren Inan. Les données utilisées sont celles de l'enquête Emploi de l'Insee sur la période 2003-2011.

[30] Les arrêts de travail des séniors en emploi, Dossiers solidarité et santé N°2 2007, Nathalie Missègue. Les données utilisées sont celles de l'enquête décennale de Santé réalisée par l'Insee en 2002-2003 qui concerne uniquement les personnes actives.

[31] *Sickness and injury leave in France: moral hazard or strain* ?, M. Grignon (McMaster University), T. Renaud (IRDES), février 2007, Document de travail. Les données utilisées reposent sur l'enquête sur la santé et la protection sociale de 1995 à 1997.

[32] In which ways do unhealhty people older than 50 exit the Labour Market in France ?, European Journal of Health Economics, 2010, T. Barnay.

Encadré 9 : Travaux de la DREES sur les écarts de durées des arrêts maladie entre les hommes et les femmes

L'écart entre les durées d'arrêts maladie des femmes de 21 à 45 ans et des hommes du même âge est de 4,9 jours en plus par an en 2011. Une étude de la DREES de 2014[33] permet de trouver les déterminants de cette différence de situation sur le champ du secteur privé non agricole.

Les grossesses expliquent 37 % de l'écart de durée, soit 1,8 des 4,9 jours. Ces arrêts, en dehors des IJ maternité, ont pour raison des menaces d'accouchement prématuré ou des problèmes ostéo-articulaires. Selon la classe d'âge, l'écart peut être différent. La grossesse explique quasiment la totalité de la différence entre les hommes et les femmes de 21 à 25 ans et seulement 61 % pour la classe d'âge de 26 à 30 ans.

La différence de salaire entre hommes et femmes expliquerait selon les auteurs 8 % des écarts de recours à un arrêt maladie entre les hommes et les femmes de 21 à 60 ans et 5 % pour la classe d'âge de 21 à 45 ans.

Une fois isolés l'âge et le niveau de salaire, le facteur grossesse n'explique pas entièrement l'écart. Près ou plus de la moitié de la différence entre les hommes et les femmes reste inexpliqué pour les 31 ans et plus.

L'étude avance certains facteurs pour expliquer l'écart résiduel en s'appuyant sur d'autres études de la DREES et la DARES (cf. *supra*) : l'emploi peu qualifié, des pénibilités souvent moins objectivées[34], la plus grande proximité des femmes avec le système de soins[35] ou encore le recours à la prévention. Selon une étude de la DREES en 2009, près d'une femme sur trois est exposée au stress au travail, contre un homme sur cinq[36].

Source : Mission.

- **l'arrivée plus tardive sur le marché du travail** diminue la durée des arrêts. Ce facteur peut être considéré comme un *proxy* du niveau d'études et potentiellement des conditions de travail[37]. L'étude de N. Missègue[38] montre également que dans ce cas, la fréquence de recours aux arrêts de travail est plus faible ;
- **la catégorie socioprofessionnelle** : l'étude de la DARES souligne que l'absentéisme pour maladie est plus marqué selon la catégorie socioprofessionnelle que selon le secteur d'activité, toutes choses égales par ailleurs. Ainsi les ouvriers sont plus souvent absents que les cadres. Cet effet avait été mis en avant également dans un document de travail de l'IRDES[39] ;

[33] « Les grossesses expliquent 37 % des différences d'arrêt maladie indemnisés entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans », Les dépenses de santé en 2014, Claire Marbot et Catherine Pollak.

[34] Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles, DARES Analyses, n°081, décembre 2010, T. Coutrot, C. Mermilliod.

[35] Études et résultats, DREES, n °834 mars 2013, « la santé des femmes en France » N. Fourcade, L. Gonzalez, S. Rey, M. Husson.

[36] « Les femmes occupent des emplois où le travail semble moins épanouissant », DARES Analyses, n°082, décembre 2010, S. Amira

[37] L'impact du niveau des études est souligné dans l'étude de T. Renaud, M. Grignon *« Sickness and injury leave in France : moral hazard or strain ? »* (2004) : le niveau d'études supérieur au baccalauréat a tendance à réduire la probabilité par deux de prescription d'un arrêt maladie.

[38] Les arrêts de travail des séniors en emploi, Dossiers solidarité et santé N°2 2007, Nathalie Missègue.

[39] *Sickness and injury leave in France: moral hazard or strain* ?, M. Grignon (McMaster University), T. Renaud (IRDES), février 2007, Document de travail.

- **l'état de santé** : le fait d'être en ALD augmente la durée des arrêts à cause d'un état de santé dégradé. Une étude récente de chercheurs du centre d'études de l'emploi (CEE)[40] a cherché à isoler les effets propres du cancer sur les arrêts-maladie grâce à la méthode des différences de différences[41]. Les résultats montrent un fort recours aux arrêts la première année suivant l'enregistrement administratif du cancer en ALD. Par la suite, le cancer continue de favoriser le recours aux arrêts mais cet effet diminue sur les trois premières années pour atteindre un seuil minimal au bout de 4 années. Des différences de comportement sont notables entre hommes et femmes. Si l'effet est le plus fort la première année parmi les femmes, il diminue plus rapidement dans cette population que parmi les hommes ; ainsi au bout de quatre ans les hommes sont plus souvent en arrêts maladie que les femmes. Enfin les salariés les mieux rémunérés à leur entrée sur le marché du travail ont moins recours aux arrêts et leurs durées sont moins importantes ;
- **la vie en couple** : toutes choses égales par ailleurs, les salariés vivant en couple ont moins souvent d'arrêts maladie, selon la DARES. Une des raisons évoquées par les auteurs est que le mauvais état de santé impacte les chances d'être en couple[42]. Néanmoins ce facteur n'est pas partagé dans toutes les études, il pourrait n'avoir aucun impact sur la fréquence d'arrêts[43] ;
- **la présence d'enfant dans le foyer** : la probabilité de s'absenter pour maladie augmente pour les personnes des deux sexes vivants seules avec un enfant de bas âge mais pas pour les femmes en couple, selon l'étude de la DARES. Les raisons avancées pourraient être liées aux difficultés de trouver des relais quand leurs enfants sont malades et au choix du parent de rester auprès de son enfant malade ;
- **le comportement des salariés** : les salariés ayant déjà pris des arrêts maladies les années précédentes ont une probabilité plus élevée d'en prendre à nouveau et que la durée du futur arrêt soit plus importante.

Encadré 10 : Pour les indépendants, le secteur d'activité et l'état de santé sont les plus déterminants du recours aux arrêts maladie

Peu d'études existent sur les déterminants des arrêts de travail pour le régime des indépendants. Une étude économétrique des caisses Provence-Alpes et Languedoc-Roussillon du RSI cherche à identifier des facteurs non liés à la santé expliquant le recours à des arrêts de travail sur une cohorte d'individus de 2002 à 2008[44].

Les variables testées sont le sexe, l'âge, le lieu de naissance, le département de résidence, le type de commune de résidence, la situation familiale du travailleur, la présence d'un conjoint ou d'un concubin à la charge du travailleur, la présence d'enfant(s) à charge, le groupe professionnel du travailleur (commerçant/artisan), l'activité professionnelle principale, l'ancienneté, l'exonération de cotisation

[40] « La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie », Document de travail du CEE, avril 2015 de T. Barnay, M. Ali Ben Halima, E. Duguet, J. Lanfranchi, C. le Clainche. La base de données utilisée est la base Hygie.

[41] Méthode qui cherche à éliminer l'hétérogénéité individuelle observable et non observable, invariante ou non dans le temps. Pour cela, il s'agit de constituer de groupes d'individus aux caractéristiques observables identiques, ne dépendant pas de la survenue du cancer. L'un des groupes est affecté par une ALD cancer et l'autre groupe non (individus jumeaux du groupe témoin). La valeur de l'impact du cancer sur l'arrêt maladie est obtenue par la différence des différences des mesures avant et après la survenue du cancer dans chaque groupe (dans le cas du groupe témoin, la différence est faite en prenant la date de survenue du cancer de l'individu jumeau malade).

[42] «L'accès à la vie de couple des personnes vivant avec un problème de santé durable et handicapant : une analyse démographique et sociologique », Revue française des affaires sociales, M. Banens, 2007.

[43] Les arrêts de travail des séniors en emploi, Dossiers solidarité et santé N°2 2007, Nathalie Missègue.

[44] Taux d'incidence et déterminants individuels des arrêts de travail chez les artisans et commerçants indépendants, intérêt épidémiologique, Pratiques et organisation des soins, volume n°40/avril-juin 2009.

sociale ainsi que le bénéfice d'une prise en charge à 100 % pour ALD.

Le modèle développé dans l'étude permet de modéliser la probabilité (ou « le risque »[45]) de recours à un arrêt maladie. L'étude montre que tous les facteurs testés à l'exception de l'exonération de cotisation sont des déterminants des arrêts de travail pour au moins une classe d'âge.

Les déterminants les plus significatifs sont le **secteur de la construction et le fait d'être en ALD (état de santé)**. Les autres facteurs présents dans le modèle sont :

- le taux d'incidence d'arrêt de travail qui augmenterait à partir de 50 ans, à l'inverse de la situation dans le régime général ;
- les femmes ont un risque plus important de prescription d'IJ, notamment pour les classes d'âge les plus jeunes ;
- la localisation géographique de résidence qui déterminerait le comportement d'arrêt maladie. Les auteurs interprètent ce résultat par une variable tierce telle que la densité de l'offre médicale ;
- **le fait d'être marié augmente la probabilité de recours aux IJ**, notamment avant 39 ans. Ce n'était pas le cas pour le régime général[46]. Les auteurs interprètent ce résultat par le fait que le montant des IJ ne couvre pas les charges engendrées par l'embauche d'un remplaçant, mais que le salaire du conjoint permet d'y faire face. Les travailleurs indépendants ayant un ou des enfants à charge sont également plus susceptibles de prendre des arrêts maladie.

L'exonération de cotisation n'est pas un facteur déterminant de la prescription d'arrêt maladie car elle est liée à l'ancienneté dans l'activité. L'exonération est valable seulement sur la ou les deux premières années après l'installation. Les explications apportées par les auteurs sont l'envie de faire ses preuves pour le nouvel installé et l'existence d'un an de carence de droit durant la première année d'installation.

Les auteurs pointent cependant des limites qui amènent à prendre avec précaution les déterminants mis en avant :

- la sous-déclaration : le médecin traitant ne peut pas obliger à arrêter un indépendant de travailler alors que pour le salarié ce pouvoir est détenu par le médecin du travail ;
- la sur-déclaration : le médecin traitant remplit l'interruption de travail à la demande de son patient et mentionne les éléments d'ordre médical qui la justifient aux yeux de son patient (articles du code de la Sécurité sociale D615-17 pour les artisans et D615-37 pour les commerçants). Certains secteurs sont plus susceptibles que d'autres de faire face à des sur-déclarations, faussant ainsi les coefficients dans les modélisations.

Source : Mission.

2.1.2. Les caractéristiques individuelles liées à l'emploi (temps de travail, contrat, salaire)

Les différentes études montrent que les principaux facteurs identifiés au niveau de l'activité professionnelle sont les suivants :

- **le temps de travail** : la probabilité de recours à un arrêt maladie est plus faible pour les salariés à temps partiel ou travaillant à domicile. La durée des arrêts de ces mêmes salariés est plus longue par rapport aux autres, ce qui peut s'expliquer en partie par les moins bonnes conditions de travail. Une autre étude de l'IRDES[47] met en évidence que les individus travaillant plus de 41 heures par semaine ou moins de 32 heures s'arrêtent plus souvent que ceux ayant des rythmes de travail « plus classiques » ;

[45] Régression de Cox (modèle de survie).

[46] Des études américaines montrent que le facteur divorce augmenterait la durée des arrêts dans le cas des salariés (par exemple : *Factors influencing the duration of work-related disabilit : a population-based study of Washington State worker's compensation*, A. Cheadle, G. Franklin, C. Wolfhagen, J. Savarino ; PY Liu).

[47] *Sickness and injury leave in France: moral hazard or strain* ?, M. Grignon (McMaster University), T. Renaud (IRDES), février 2007, Document de travail.

- **le contrat de travail** : l'étude de la DARES montre qu'un salarié avec un CDI et plus d'un an d'ancienneté ainsi que les fonctionnaires ont une probabilité plus importante d'être absent pour maladie que les personnes en CDD ou récemment embauchées en CDI. Cet effet avait été mis en avant également dans un document de travail de l'IRDES[48] par contre le type de contrat n'aurait pas d'impact selon cette étude sur la durée d'arrêt ;
- **l'effet du salaire** : il existe une corrélation entre le montant du salaire et la durée des arrêts de travail est négative. De plus, la relation entre l'indice de progression du salaire depuis le début de carrière et la durée des arrêts de travail est négative pour les hommes mais positive pour les femmes.

Outre les déterminants individuels liés à l'activité professionnelle, **l'arrêt maladie peut avoir des conséquences importantes sur la carrière professionnelle** (cf. encadré 11).

Encadré 11 : Une étude de la DREES sur l'impact des arrêts maladies sur la trajectoire professionnelle

Une étude de la DREES a cherché à identifier les effets de l'arrêt maladie de longue durée (supérieur à 60 jours) sur les trajectoires professionnelles des individus à partir de la base Hygie (2005-2008).

Les trois principaux résultats sont les suivants :

- **après un arrêt de longue durée, la probabilité de transition vers une période d'inactivité ou de chômage est plus importante l'année suivante** (pour les femmes 18,9 % contre 7,1 %, pour les hommes 14,2 % contre 4,4 %). Cet impact reste significatif à niveau de qualification, salaire ou stabilité de l'emploi égal. Il ressort également que les femmes sont plus fréquemment au chômage que les hommes (18,9 % contre 14,2 %) après un arrêt de longue durée. Cependant, quand le modèle tient compte des différences d'insertion sur le marché du travail entre un homme et une femme, l'impact différencié selon le genre n'est pas significatif ;
- **le passage par un congé maternité conduit plus souvent à une période d'inactivité qu'un arrêt pour longue maladie**. Par contre, si la femme se maintient en emploi, elle le fait sans interruption l'année suivante contrairement à une femme exposée à une longue maladie ;
- **un individu ayant subi une période d'inactivité a moins tendance à s'arrêter par la suite qu'une personne restée en emploi** ; ce constat vaut aussi bien pour les femmes que pour les hommes.

Source : Mission, d'après l'article « Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles », Études et résultats, octobre 2015, T. Barnay, J. Favrot, C. Pollak.

2.2. Les déterminants de contexte (économique, professionnel, géographique)

2.2.1. Le contexte économique et professionnel

Les principaux facteurs identifiés au niveau de l'activité professionnelle sont les suivants :

- **la taille de l'entreprise** : les salariés des PME prennent moins d'arrêts maladie que ceux des grands établissements. De plus un salarié d'une grande entreprise a tendance à se voir prescrire des arrêts plus longs. Les principales raisons sont un contrôle des arrêts plus faible dans ces entreprises, un sentiment du salarié d'être moins indispensable et une importance accrue des contrats d'assurance complémentaire proposés ;
- **le secteur d'activité** a un impact sur la durée de l'arrêt : selon les études,

[48] *Sickness and injury leave in France: moral hazard or strain* ?, M. Grignon (McMaster University), T. Renaud (IRDES), février 2007, Document de travail.

- la probabilité d'arrêts est plus élevée dans le secteur public[49] ;
- **à partir de l'enquête décennale Santé de l'Insee** (2002-2003) qui concerne uniquement les personnes actives, les assurés prennent plus d'arrêts dans certains secteurs comme l'industrie, l'administration que dans le commerce mais pour des durées plus courtes. Le secteur de l'éducation, santé, action sociale subit des arrêts plus fréquents et plus longs[50]. Deux focus sont réalisés sur (i) les ouvriers qui sont des salariés avec une plus forte probabilité de s'arrêter et avec des durées plus longues, alors même qu'il existe un effet de sélection chez les ouvriers au travail posté ou avec une pénibilité physique accrue[51]; (ii) le secteur du commerce avec des salariés qui s'arrêtent moins mais plus longtemps, ce qui peut s'expliquer, selon les auteurs, par les fortes contraintes organisationnelles du secteur leur laissant peu de latitude pour s'absenter. La durée plus longue pourrait également s'expliquer par les conditions de travail (tension psychique, stress) désincitatives à la reprise ;
- **à partir de la base Hygie**, (i) l'IRDES montre que les salariés des secteurs de la santé et de l'industrie s'arrêtent plus longtemps contrairement à ceux de l'agriculture et de l'hôtellerie-restauration ; (ii) une équipe de chercheurs montre que la fréquence des arrêts dans les secteurs de la construction, des hôtels/restaurants et de l'immobilier sont significativement moins nombreux[52]. Ces chercheurs avancent des explications liées à la meilleure sécurisation des salariés en termes de conditions de travail et de couverture dans certains secteurs (à caractéristique individuelle constante[53]) ;

- **le cas des non-salariés** (agriculteurs, artisans, commerçants, professions libérales) : la probabilité de recourir à des arrêts maladie est plus faible et les durées sont plus courtes ; ce qui peut s'expliquer en partie par des activités nécessitant leur présence à la tête de l'activité[54]. L'étude permet également de prendre en compte leur opinion en matière de santé : (i) les artisans, commerçants et professions libérales se jugent en meilleur état de santé que les ouvriers (population de référence) ce qui peut expliquer qu'ils aient moins besoins d'arrêts (ii) par contre ce n'est pas le cas des agriculteurs exploitants, ce qui peut s'expliquer par un système d'indemnisation moins favorable que pour les salariés ;
- **le chômage :** la probabilité de prendre un arrêt malade est moins élevée pour des salariés ayant été au chômage, conformément au modèle de Shapiro et Stiglitz. Cette relation est surtout vérifiée pour les arrêts courts ;
- **les conditions de travail** : la pénibilité du travail augmente la probabilité de prescription d'arrêt maladie. Plusieurs études de la DARES cherchent à caractériser l'impact des conditions de travail sur l'absentéisme pour maladie :

---

[49] Les absences au travail : une analyse à partir des données françaises du Panel européen des ménages, Économie et Statistique, S. Chaupain-Guillot et O. Guillot, 2007.

[50] Les arrêts de travail des séniors en emploi, Dossiers solidarité et santé, Nathalie Missègue, 2007. Base étudiée : Enquête décennale sur la santé (2002-2003) sans distinction des IJ maladie et des IJ AT-MP.

[51] Bilan de santé des carrières d'ouvrier, Economie et statistiques, Insee, J. Bourget-Devouassouxx, S. Volkoff, 1991.

[52] Document de travail, Les disparités de prise d'arrêts maladie entre secteurs d'activité en France : une analyse longitudinale sur données administrative, T. Barnay, S. Juin (université Paris-Est Créteil), R. Legal (DREES).

[53] Cette étude a le mérite de tenir compte des effets individuels inobservés. En effet certaines caractéristiques individuelles non observées pourraient être corrélées à la fois au recours aux IJ et aux variables explicatives testées (par exemple le secteur d'activité).

[54] Les arrêts de travail des séniors en emploi, Dossiers solidarité et santé N°2 2007, Nathalie Missègue.

- dans une étude de la DARES de 2009[55], les auteurs supposent que les conditions de travail peuvent avoir un effet indirect sur le comportement d'absence des salariés *via* deux effets opposés :
  - l'effet revenu (théorie économique des différences compensatrices[56]) : la rémunération plus élevée désincite au recours d'arrêts maladie ;
  - l'effet santé : les conditions difficiles de travail nuisent au capital santé du salarié.

  L'étude met en avant l'irrégularité des horaires comme rôle significatif dans les absences pour maladie. Cette raison expliquerait 1/5ème des arrêts maladie pris par les ouvriers travaillant de tels horaires. Cet impact augmente avec l'âge du salarié, la part atteint 30 % pour les 50 à 59 ans.
- dans une étude de la DARES de 2013[57], l'auteur montre que la probabilité de recours à un arrêt maladie augmente avec le niveau d'exposition aux contraintes physique et psychosociales. Pour cela, les analyses se basent sur l'enquête Conditions de travail de 2005 et le module européen « Santé, handicap et travail » complémentaire à l'enquête Emploi de 2007 pour construire des indicateurs (cotation de 0 à 3 selon l'exposition à aucun, 1, 2 ou 3 risques dans l'entreprise) :
  - contraintes physiques : l'exposition à des poussières et des produits dangereux, le port de charges lourdes, les postures pénibles, les vibrations ou le bruit ;
  - contraintes psychosociales : le risque d'agression physique ou verbale dans le travail, le risque d'accident, l'obligation de devoir se dépêcher pour faire son travail ;

  Enfin, en tenant compte des conditions de travail, l'impact des variables socioprofessionnelles est fortement diminué et celui du secteur d'activité n'est plus significatif sur la probabilité d'absentéisme pour raisons de maladie.

Une nouvelle étude de la DARES examinant le lien entre absences pour maladie et conditions de travail à partir des données de l'enquête Conditions de travail de 2013 est prévue au troisième trimestre de 2017. Néanmoins, ces données ont déjà fait l'objet d'une publication en 2014[58] montrant une reprise de l'intensification du travail chez les salariés entre 2005 et 2013 (par exemple des changements organisationnels ou des contraintes sur les rythmes de travail). Ces modifications des conditions de travail pourraient avoir un impact sur le recours aux indemnités journalières.

Encadré 12 : Sondage sur l'absentéisme au travail (Securex et IFOP) : l'importance des conditions de travail et du management pour éviter le recours à certains arrêts maladie

La société de contre-visites médicales Securex a mené une enquête récente avec l'Institut français d'opinion publique (IFOP) sur l'absentéisme au travail (avril 2017).

L'enquête a été menée auprès d'un échantillon de 1 291 personnes en tenant compte de la

[55] « Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie : le cas des horaires irréguliers », *Économie et prévisions 2009.*

[56] La théorie des différences compensatrices renvoie à des écarts de salaires entre entreprises ou secteurs liés à des différences de conditions de travail (par exemple pénibilité des tâches, diversité des compétences des travailleurs). Dans ce cadre, ces différences pourraient s'interpréter de la manière suivante : l'employeur incorpore aux salaires une prime compensant une moindre occurrence d'arrêts maladie.

[57] « Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail », DARES Analyse, N°009 février 2013 de Ceren Inan.

[58] « Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés », DARES Analyse, N°049 juillet 2014 d'Elisabeth Algava en collaboration avec Emma Davie, Julien Loquet et Lydie Vinck.

représentativité des actifs de plus de 18 ans, actuellement en poste par la méthode des quotas (sexe, âge, profession de la personne interrogée) après stratification par région et catégorie d'agglomération.

Le sondage met en avant :

- **l'importance des conditions de travail dans le recours aux indemnités journalières**. En effet, pour la moitié des actifs en poste affirmant avoir déjà eu recours à un arrêt pour des raisons autres que sa santé, l'explication tient au facteur humain et relationnel au travail : pour 21 % il s'agit d'une surcharge de travail ou du non-paiement des heures supplémentaires, pour 13 % un conflit avec un collaborateur ou un supérieur hiérarchique, pour 18 % une absence de motivation, un sentiment de reconnaissance insuffisant du travail. Selon Securex, des solutions pourraient être trouvées au niveau de l'entreprise pour éviter ces arrêts maladie par du management préventif, de l'écoute et du dialogue ;
- **le caractère préjudiciable des arrêts pour l'efficacité du travail et l'organisation de l'entreprise.** En effet, deux tiers des actifs en poste estiment que leur travail a été impacté par les absences de collègues (surcharge de travail, horaires décalés voire changement de poste). Parmi ces actifs, deux tiers également jugent que les absences des collègues ont pu être préjudiciables aux performances de l'entreprise. Ces opinions sont plus exacerbées dans les entreprises à faible effectif (20 à 49 salariés) pour lesquelles l'absence d'une personne désorganise l'activité et est plus difficilement remplaçable en interne ;
- **le recours à des arrêts de confort**. En effet, un actif en poste sur cinq estime qu'il aurait pu aller travailler pendant son arrêt de travail. Cette proportion est plus forte pour les hommes (27 %), pour les moins de 35 ans (28 %) et pour les habitants de l'agglomération parisienne (36 %). Enfin, parmi les actifs ayant eu recours à des arrêts pour des raisons autres que médicales, le motif pour 19 % d'entre eux est la convenance personnelle.

Source : Mission.

2.2.2. Le contexte géographique

Des études sur les disparités départementales du recours aux IJ maladie ont été menées par l'IRDES et la CNAM.

Les principaux facteurs des disparités départementales mis en évidence par l'IRDES[59] sur les données de 2005 sont :

- l'âge d'entrée sur le marché du travail qui explique 23 % de la variance interdépartementale[60] ;
- la proportion des arrêts de travail contrôlés qui explique 31,4 % de la variance interdépartementale ;
- la densité d'omnipraticiens pour 28,7 % de la variance interdépartementale.

La CNAM a mené une étude[61] pour appréhender les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières pour cause de maladie en 2006 sur le champ du régime général hors sections locales mutualistes. Les variables explicatives testées peuvent être regroupées en quatre catégories : l'état de santé de la population, l'activité économique et le marché du travail, la structure de l'offre de soins et les actions des organismes de l'Assurance Maladie. Deux modélisations sont effectuées selon la durée des indemnités journalières. Les arrêts de moins et de plus de trois mois sont distingués.

---

[59] Document de travail *Arrêt maladie : comprendre les disparités départementales*, Mohamed Ali Ben Halima, Thierry Debrand, Camille Regaert, novembre 2010 ; *Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales* ? Mohamed Ali Ben Halima, Thierry Debrand, Camille Regaert, Questions d'économie de la santé n°177 juin 2012 IRDES.

[60] Écart quadratique moyen des probabilités d'être en arrêts de travail pour l'ensemble des départements.

[61] Points de repère CNAMTS n°11 novembre 2007, les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières en maladie. Aude Expert.

2.2.2.1. Le contexte économique et la démographie expliquent les disparités départementales des IJ de courte durée

La régression linéaire visant à expliquer le nombre d'IJ de courte durée par personne assurée et âgée de 20 à 64 ans par département met en avant les facteurs explicatifs des disparités départementales suivants :

- le nombre de contrôles pour 1 000 IJ explique 41 % de la variance ;
- la proportion de cadres et de professions intellectuelles supérieures dans la population active explique 15 % de la variance ;
- le taux de chômage explique 9 % de la variance ;
- la proportion d'employés explique 2 % de la variance.

L'équation de régression est la suivante :

Nombre d'IJ de courte durée par personne protégée et âgée de 20-64 ans par département

= 4,74 – 0,19 (nombre de contrôles pour 1 000 IJ) – 0,03 (% de cadres)

–0,04 (taux de chômage) – 0,02 (% employés)

R^2 ajusté=0,66[62]

L'augmentation du nombre de contrôles pour 1000 IJ joue à la baisse sur le nombre d'IJ de courte durée. Les auteurs de l'étude émettent un doute sur cette relation car le nombre de contrôles pourrait tout aussi bien s'expliquer par le nombre de personnes ayant recours aux IJ. Une autre estimation du modèle expliquant les disparités départementales des IJ en omettant la variable sur les contrôles donne les résultats suivants :

- la proportion d'entreprises dans le tertiaire explique 41 % de la variance ;
- le taux de chômage explique 9 % de la variance ;
- la proportion des 20-29 ans dans la population protégée explique 4 % de la variance.

Nombre d'IJ de courte durée par personne protégée et âgée de 20-64 ans par département

= 3,06 – 0,02 (% entreprises dans le tertiaire) – 0,05 (taux de chômage)

+ 0,06 (% 20-29 ans dans la population protégée)

R^2 ajusté=0,52

Les structures économiques (conjoncture et secteur d'activité) et démographiques sont deux facteurs important dans l'explication du volume d'IJ de courte durée.

2.2.2.2. L'état de santé et l'offre médicale sont des variables expliquant les disparités départementales du nombre d'IJ de longue durée

La régression linaire visant à expliquer le nombre d'IJ de longue durée par personne protégée et âgée de 20 à 64 ans par département met en avant les facteurs explicatifs des disparités départementales suivants :

[62] Le R^2 ajusté est un indicateur de qualité de la régression. Plus il est proche de 1, meilleur est l'ajustement des données simulées à partir de l'équation aux données observées. Il est ajusté pour tenir compte du nombre de variables explicatives dans le modèle, sinon plus le nombre de variables est important, plus le R^2 est élevé.

- le montant moyen des remboursements d'actes de masso-kinésithérapie par personne explique 43 % de la variance ;
- la proportion de cadres et de professions intellectuelles supérieures dans la population active explique 15 % de la variance ;
- la proportion de personnes en ALD explique 4 % de la variance ;
- la densité de généralistes explique 3 % de la variance ;
- la proportion d'entreprises dans la construction explique 1 % de la variance.

L'équation de régression est la suivante :

Nombre d'IJ de longue durée par personne protégée et âgée de 20-64 ans par département

= 25,21+ 0,069 (montant moyen remboursé d'actes de masso-kinésithérapie par personne)

– 0,075 (% de cadres) - 0,027 (densité de généralistes) + 0,195 (% ALD)

- 0,079 (% entreprises de la construction) – 0,423 (âge moyen médecins)

R^2 ajusté=0,66

L'état de santé (personnes en ALD, montant des actes de masso-kinésithérapie) a un rôle important dans les disparités départementales du nombre d'IJ de longue durée. Le modèle met également en évidence deux autres facteurs : la densité de médecins qui réduirait le risque de prescription d'arrêt de travail et leur âge moyen ferait diminuer le nombre d'IJ de longue durée.

Pour éviter tout biais méthodologique, la consommation d'actes de masso-kinésithérapie est omise[63]. Le nouveau modèle met en évidence deux variables explicatives :

- la proportion de personnes en ALD explique 32 % de la variance ;
- l'âge moyen des médecins explique 14 % de la variance : plus les médecins sont jeunes dans un département, plus il y a d'IJ longue durée dans ce département.

Nombre d'IJ de longue durée par personne protégée de 20-64 ans par département

= 28,49 + 0,40 (% ALD) – 0,58 (âge moyen des médecins)

R^2 ajusté=0,44

L'état de santé reste le facteur explicatif le plus important.

2.2.3. Les actions d'accompagnement sur les prescriptions d'arrêts de travail ont un impact sur la prescription d'IJ maladie et AT-MP

La CNAM a effectué des expérimentations randomisées contrôlées sur les CPAM de la Marne, de Nantes et de Strasbourg de mai à octobre 2004[64]. L'objectif de l'expérimentation est d'étudier l'impact d'actions d'accompagnement sur la prescription des IJ.

La CNAM a réalisé trois groupes distincts de 100 médecins généralistes :

- un groupe pour lequel l'accompagnement proposé était l'envoi d'une lettre de sensibilisation et d'une documentation par le service du contrôle médical ;

[63] En effet, il s'agit d'une consommation médicale. Un département avec une forte dépense de santé par personne l'est en général sur plusieurs postes (indemnités journalières, actes médicaux etc).

[64] Prescriptions d'arrêts de travail : impact de deux actions d'accompagnement menées par le service médical de l'Assurance maladie, Pratiques et organisation des soins, volume 37 n°3/juillet-septembre 2006.

- un groupe pour lequel l'accompagnement proposé était un entretien confraternel renforcé par des rappels réguliers avec proposition d'une aide aux prescripteurs par les médecins-conseils.
- un groupe témoin sans mesure d'accompagnement.

La sélection des médecins généralistes s'est faite selon le volume d'arrêts de travail indemnisés (maladie ou AT-MP) et selon le nombre d'assurés ayant perçu des IJ sur le nombre total d'assurés actifs en 2003. Seuls les plus gros prescripteurs sont retenus. Les médecins ont été répartis aléatoirement dans les groupes pour assurer au maximum l'homogénéité.

Les résultats de l'étude mettent en avant que :

- les actions d'accompagnement permettent de réduire la prescription d'arrêts de travail. En moyenne, la différence entre le groupe témoin et les groupes avec accompagnement est de 36 jours d'arrêt de moins par médecin et par mois sur le dernier trimestre 2014 ;
- la différence entre les deux types d'accompagnement n'est pas statistiquement significative. Ainsi, un simple courrier de sensibilisation personnalisé avec les profils individuels de prescription suffit. Deux arguments sont avancés dans l'étude : l'absence de référentiel et les causes multifactorielles des arrêts minorent l'impact des entretiens confraternels. Enfin, d'après les auteurs, certains médecins ne considèrent pas la prescription d'IJ comme un acte médical et seraient prêts à la déléguer à un organisme de contrôle.

2.2.4. Une première évaluation de l'impact de la tarification à l'expérience pour les troubles musculo-squelettiques montre une limitation de ce risque dans les entreprises

Dans le cadre de l'assurance des risques professionnels du régime général des travailleurs salariés, les moyennes et grandes entreprises paient une cotisation annuelle modulée selon le montant des prestations d'accidents du travail et maladies professionnelles dont elles seraient responsables. Cette tarification à l'expérience incite l'entreprise à adopter une démarche de prévention des risques.

Peu d'études ont été menées sur la question de l'efficience de ce mode de tarification. L'IRDES a mené des travaux en 2016 sur l'efficacité du dispositif en termes de diminution des risques professionnels, notamment sur les troubles musculo-squelettiques (TMS) qui représentent la majeure partie des cas[65]. Les travaux reposent sur la méthode de différence de différence puisque les chercheurs ont repéré une expérience naturelle de changement de règles d'imputation des TMS aux entreprises en 2007 dans la région Hauts de France (Nord-Pas-de-Calais-Picardie). En effet, avant 2007, les CPAM avaient des pratiques hétérogènes d'imputation des maladies professionnelle au compte des entreprises. Après 2007, avec la convention d'objectif et de gestion 2007-2012 de la branche Risques professionnels de l'Assurance maladie a permis d'homogénéiser les comportements. Deux groupes ont pu être constitués, des régions qui pratiquaient déjà systématiquement cette imputation (le groupe témoin regroupe les régions Centre, Bretagne, Bourgogne Franche-Comté) et les Hauts de France qui ont connu une modification de comportement en 2007.

[65]Tarification à l'expérience, incidence des troubles musculo-squelettiques et arrêts de travail, Pascale Lengagne, Aniassa Afrite, IRDES, *Question d'économie de la santé*, février 2016.

Les résultats de l'étude montrent qu'en contrôlant les caractéristiques des établissements, **l'augmentation de la contribution des entreprises aux dépenses de santé liées aux TMS a pour conséquence une maîtrise de ce coût supplémentaire et donc permet de limiter ces troubles**. En plus du coût financier, un autre facteur a pu intervenir dans cette modification de comportement : la CNAM a développé un dispositif d'informations aux entreprises sur leur risque, leur permettant ainsi de prendre conscience de ces risques dans leur entreprise et d'adopter des démarches de préventions.

Néanmoins ce type de tarification peut impliquer des effets non désirés, comme le rappellent les auteurs : effet de sélection des travailleurs selon leur état de santé, sous-déclaration des accidents et maladies professionnels, recours à l'externalisation des taches les plus risquées.

2.3. L'influence du système d'indemnisation est très peu étudiée dans la littérature faute de connaissance précise de la couverture complémentaire des salariés

2.3.1. Une étude conjointe de l'IRDES et de l'Insee mesure l'effet des conventions collectives, du délai de carence et du taux d'indemnisation sur les arrêts maladies

Des chercheurs de l'IRDES, avec la collaboration du département des études économiques de l'Insee, ont mené une étude en 2015 sur l'effet de l'indemnisation des arrêts de travail pour maladie sur le nombre et la durée des arrêts[66]. C'est la première étude qui cherche à quantifier l'indemnisation complémentaire employeur au titre de la convention collective dont il dépend. **La limite de cette étude est d'exclure, par manque de données, les indemnités complémentaires négociée à l'échelon de l'entreprise** (en plus de l'indemnité complémentaire minimale et la convention collective) ainsi que tout ce qui relève des régimes complémentaires de prévoyance souscrits par l'employeur.

Pour mener à bien ce travail, ces chercheurs ont effectué une analyse des 46 conventions les plus représentées dans la base Hygie, ce qui correspond à 79 dispositifs d'indemnisation différents sur la période 2005-2008.

La base construite permet d'obtenir pour chaque catégorie socioprofessionnelle les informations suivantes :

- ancienneté requise ;
- durée du délai de carence ;
- taux maximal d'indemnisation et durée d'indemnisation au taux maximum ;
- taux minimal d'indemnisation et durée au taux minimum ;
- liens vers les articles de référence.

La base statistique propose également une décomposition par sous-période de l'arrêt avec le taux d'indemnisation correspondant.

À partir de cette base, les auteurs ont effectué trois modélisations : la probabilité d'avoir un arrêt dans l'année, le nombre de jours d'arrêt annuel et la durée d'arrêt maladie (cf. graphique 33).

[66] « Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ? » mai 2015, M. Ali Ben Halima (CEE, ESCP Europe), V. Hyafil-Solelhac, M. Koubi (INSEE), C. Regart (IRDES). Document de travail n'engageant que les auteurs. Ces résultats seront repris dans un article en cours d'écriture : « The effects of the complementary compensation on sickness absence : an approach based on collective bargaining agreements in France ».

Les estimations montrent que le fait d'être couvert par une convention collective a un effet positif et significatif sur les trois indicateurs modélisés.

Concernant le délai de carence, un délai plus court augmente la probabilité d'arrêt ainsi que sa durée.

Graphique 33 : Résultat des estimations des trois modèles

Variable dépendante	Avoir au moins un arrêt annuel			Nombre de jours d'arrêts annuel			Durée des arrêts		
Présence de convention collective	0,077***			0,103***			0,934***		
Réf. : absence	-			-			-		
Délai de carence 0-3		0,108***			0,164***			0,976***	
Délai de carence 4-9		0,043***			0,035***			0,947***	
Réf. : délai=10		-			-			-	
Taux de remplacement 1-3			ns			0,002***			1,001***
Taux de remplacement 4-10			0,001**			0,001***			0,999***
Taux de remplacement 41-70			ns			ns			ns
Taux de remplacement 71-90			ns			- 0,001**			0,999***
Hétérogénéité individuelle inobservée	Effets fixes individuels			Effets fixes individuels			Paramétrique : loi Gamma		
Variables de contrôle	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Nombre d'observations	295 527	295 527	295 527	316 861	316 861	316 861	3 536 597	3 536 597	3 536 597

Source : IRDES, Insee.

Note de lecture : un coefficient est significatif au seuil de 5 % si le nombre d'étoiles est de deux ou trois. Les variables de contrôle sont les variables du type âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, condition d'emploi, salaire, taille et secteur de l'établissement, taux de chômage départemental, région. Les coefficients de chacune de ces variables ne sont pas présentés pour des raisons de présentation[67].

Exemple : la présence de convention collective a un impact positif (coefficient >0) et significatif (3 étoiles) sur le fait d'avoir au moins un arrêt annuel par rapport à l'absence de convention collectif (modalité de référence).

Le taux moyen d'indemnisation :

- du 4ème au 10ème jour a un impact positif et significatif sur la prescription d'un arrêt maladie ;
- des 10 premiers jours a un impact positif et significatif sur le volume d'arrêts maladie ;
- à partir du 4ème jour joue positivement sur la durée d'arrêt.

Un raffinement des modèles prenant en compte le taux moyen des arrêts sur des sous-périodes permet de conclure qu'un taux de remplacement élevé pendant les trois premiers jours a un effet positif et significatif sur la durée de l'arrêt maladie. Par contre, un taux élevé juste après le délai de carence (4ème au 7ème jour) ne tend pas à prolonger l'arrêt maladie. Enfin, un taux élevé du 7ème au 45ème jour augmente la durée d'arrêt.

L'étude met en évidence un effet différencié selon la catégorie socioprofessionnelle. En effet, les cadres sont peu sensibles aux différents taux d'indemnisation sur les sous-périodes, contrairement aux non-cadres.

[67] L'impact de ces variables de contrôle sur la durée sont analysés dans l'étude. La plupart des effets sont communs dans la littérature. Il est à noter que les travailleurs des secteurs de l'industrie, de la construction, des hôtels et restaurants, des activités financières, de l'immobilier, de la location et des services aux entreprises, de l'administration publique, de la santé et de l'action sociale et des activités extraterritoriales ont des durées d'arrêt moins longues que pour le secteur du commerce. Enfin, la durée d'arrêt maladie est significativement plus longue lorsqu'il débute un samedi, un dimanche, la veille ou le lendemain d'un jour férié.

2.3.2. Deux études récentes de la DREES complètent le manque de connaissance au sujet de l'efficacité des incitations financières dans la régulation des arrêts maladie

2.3.2.1. Une étude mesure l'effet de la prise en charge du délai de carence pour certains salariés

La principale limite des études réalisées concerne l'absence de prise en compte du système d'indemnisation qui peut conduire à mal interpréter les effets du salaire, contrat de travail ou salaire d'activité puisque ces facteurs peuvent être liés à la fois aux conditions de travail, à la sécurité de l'emploi mais également au niveau de couverture. Ainsi, l'amélioration de la connaissance des déterminants passe par la prise en compte de l'effet propre du niveau d'indemnisation.

L'étude de C. Pollak[68] se base sur l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de 2009[69], financée par la DREES et l'IRDES. Elle permet d'étudier l'effet des garanties offertes par les entreprises concernant la prise en charge du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie. Seuls les salariés ayant plus de 5 ans d'ancienneté sont concernés par l'enquête dont on peut penser qu'ils sont les plus informés du niveau de leur indemnisation en cas d'absence (cf. encadré 13).

Encadré 13 : La prise en charge du délai de carence dans l'Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise

L'enquête de 2009 avait prévu quatre questions sur la prise en charge des absences pour arrêts maladie :

- l'existence de différences de couverture selon les catégories de salarié en cas d'arrêt maladie (question 28) ;
- la possibilité d'une prise en charge des salariés au-delà des obligations légales imposées par la loi de mensualisation (question 29) ;
- les taux d'indemnisation sur différentes périodes si l'entreprise dépassait les obligations légales, notamment les trois premiers jours (question 30) ;
- le délai prévu de la prise en charge par l'entreprise ou le contrat de prévoyance (en dehors du passage à la situation d'invalidité (question 31).

L'exploitation de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de 2009 sur les salariés ayant plus de 5 ans d'ancienneté montre sur les 78 % établissements enquêtés ayant renseigné le niveau de prise en charge du délai de carence, 61 % dépassent leurs obligations légales en prenant en charge l'indemnisation de leurs salariés pendant le délai de carence, ce qui représente **2/3 des salariés français du secteur privé**.

La prise en charge du délai de carence est le plus souvent soit totale, soit nulle ; seuls 2 % des établissements déclarent une couverture d'indemnisation partielle. Elle est différenciée selon les catégories de salariés pour seulement moins de 5 % des établissements.

L'enquête de 2003 montrait déjà :

- qu'une majorité des établissements (82 %) couvraient les salariés de la même manière quelle que

[68] L'effet du délai de carence sur le recours aux arrêts maladie des salariés du secteur privé, Dossiers solidarité et santé N°58, janvier 2015, Catherine Pollak.

[69] La première ayant eu lieu en 2003. La prochaine vient d'être lancée en 2017. Quelques questions porteront sur l'existence d'un contrat de prévoyance et d'autres sur l'indemnisation du délai de carence (Comment le niveau de prise en charge des arrêts maladie a-t-il été décidé ? Dans votre établissement, certains salariés sont-ils indemnisés pour les trois premiers jours d'arrêt maladie ? Quels critères déterminent le fait d'être indemnisé (ou le niveau d'indemnisation s'il existe des différences entre certains salariés indemnisés) ?)

soit la catégorie ;

- que plus de la moitié des établissements (56 %) couvraient à 100 % le délai de carence, seulement 6 % avec une rémunération partielle et 38 % sans rémunération. De fortes disparités existent néanmoins selon les secteurs d'activité (les salariés ne sont pas couverts pour le délai de carence pour 59 % des établissements dans le BTP, contre 46 % dans l'industrie et 33 % dans le secteur des services.

L'enquête de 2003 permettait d'aller plus loin en distinguant la provenance de la garantie : (i) un contrat de prévoyance souscrit par l'entreprise ; (ii) un versement directement par l'entreprise[70].

38 % des établissements prenant en charge le délai de carence (en partie ou en totalité) le fait au titre d'un contrat de prévoyance. Selon les secteurs cette proposition diffère : 74 % dans la construction, 35 % dans le secteur des services et 26 % dans l'industrie.

Source : « L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009 » M Perronnin, A. Pierre et T. Rochereau, 2012. « Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en France, méthodologie et premiers résultats », A. Couffinhal, N. Grandfils, M. Grignon, T. Rochereau, 2004.

Les résultats permettent de caractériser les entreprises qui prennent le plus souvent en charge le délai de carence :

- ce sont les établissements, quelle que soit leur taille, au sein d'une grande entreprise, qui ont tendance à offrir la prise en charge du délai de carence ;
- les couvertures les plus généreuses des établissements sont plus souvent du ressort des secteurs de l'industrie, des services ou des activités à forte valeur ajoutée et moins des établissements du commerce et de la construction.

La couverture par un dispositif mutualiste ou d'entreprise du délai de carence n'a pas d'effet sur la probabilité de recours à un arrêt maladie, mais diminue la durée de l'arrêt à hauteur de 2,8 jours[71]**.** L'étude met en avant deux facteurs explicatifs potentiels :

- un effet présentéisme : ceux qui ne sont pas couverts sont incités à rester au travail, ce qui peut conduire à une dégradation de leur état de santé et donc des arrêts plus longs par la suite ;
- un effet d'aléa moral ex post, les salariés non couverts pourraient recourir plus fréquemment à des arrêts longs partiellement indemnisés par rapport à des arrêts courts non indemnisés.

La prise en compte du système d'indemnisation conduit à nuancer l'effet du salaire : lorsque les salariés ne bénéficient pas de la couverture du délai de carence, l'effet du salaire sur la probabilité de recours à un arrêt maladie n'est pas significatif ; il l'est néanmoins, de manière négative, pour les salariés bénéficiaires de la couverture du délai de carence.

2.3.2.2. Une étude mesure l'effet de la hausse des taux de remplacement suite à l'accord national interprofessionnel de 2008

La réforme de l'indemnité complémentaire obligatoire versée par l'employeur aux salariés du secteur privé en France introduite par l'accord national interprofessionnel (ANI) 2008 présente plusieurs changements :

- l'ancienneté nécessaire passe de trois à un an ;
- le délai de carence est réduit de 10 à 7 jours pour l'ensemble des salariés de plus d'un an d'ancienneté.

---

[70] La question posée était : « Cette couverture fait-elle partie du contrat de prévoyance ? Consigne enquêteur : Pour un salarié dans l'établissement depuis quelques années, il s'agit de savoir si l'employeur assume lui-même ce risque ou s'il est assuré auprès de son organisme de prévoyance ».

[71] Il y a donc un risque pour que, *a contrario*, l'absence de couverture entraîne un allongement de la durée de l'arrêt.

L'étude[72] cherche à mesurer l'effet de l'augmentation des taux de remplacement prévue par la loi entre le 11ème et le 67ème jour sur les comportements de recours aux arrêts de travail grâce à une méthode de différence de différence. Cette technique convient bien à cette expérience naturelle, puisque seulement une partie des salariés est concernée[73]. La base de données utilisée est la base Hygie 2005-2010, elle ne permet pas néanmoins de connaître le niveau réel de l'indemnisation dont bénéficient les individus.

L'étude montre que cette modification n'a pas eu d'effet significatif sur le recours aux arrêts maladie, ni sur leur durée, que ce soit en 2009 (court terme) et en 2010 (moyen terme). Les auteurs invoquent plusieurs raisons :

- une réforme peu visible car la communication autour de l'ANI 2008 était axée sur l'instauration de la rupture conventionnelle ;
- trois quarts des conventions collectives prévoyaient déjà l'éligibilité aux indemnités complémentaires des salariés d'un an d'ancienneté (étude du centre technique des institutions de prévoyance de 2008) ;
- un recours faible des salariés avec peu d'ancienneté aux arrêts quel que soit le niveau d'indemnisation (par exemple crainte sur la progression de la carrière).

2.3.3. Quelques études internationales existent sur les déterminants et l'impact du régime d'indemnisation sur le recours aux arrêts de travail

Peu de travaux existent sur les déterminants et leurs disparités entre pays au niveau international. Les études les plus récentes sont celle de Chaupain-Guillot et Guillot (2009 et 2010) et celle de Frick et Malo (2008).

L'analyse de Chaupain-Guillot et Guillot s'appuie sur le panel européen des ménages (*European Community Household Panel*) enquêté de 1994 à 2001[74]. Ces données concernent les salariés de 17 à 64 ans dont la durée hebdomadaire de travail est d'au moins 15 heures. Les pays correspondent à l'UE-15 à l'exception de la Suède (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Finlande, Grèce, Italie, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal et Royaume-Uni). Le questionnaire permet de savoir si les salariés se sont absentés au cours des quatre dernières semaines, néanmoins les données ne permettent pas d'identifier le motif de l'arrêt.

L'étude met en évidence les déterminants individuels suivants sur le recours à un arrêt (toutes choses égales par ailleurs) :

- **l'âge** : le Portugal est le seul pays où les salariés de plus de 50 ans ont une plus forte probabilité de s'arrêter (dans les autres pays, la probabilité n'est pas significativement différente des 30-40 ans, ou est moins élevées – par exemple pour les Pays-Bas, le Royaume-Uni, les pays Nordiques, l'Italie et la France) ;
- **l'état de santé** : les salariés ayant une maladie chronique ou un handicap s'arrêtent plus fréquemment ;

---

[72] L'effet d'une extension des indemnités complémentaires sur les arrêts maladie, une évaluation de l'ANI de 2008, Dossiers solidarité et santé, n°69 octobre 2015, S. Ménard, C. Pollak.

[73] Le groupe subissant cette modification rassemble les habitants hors Alsace-Moselle, ayant une ancienneté de 1 à 3 ans. Avant la réforme de l'ANI 2008, il n'avait pas de compléments obligatoires sur les arrêts de 11 à 67 jours.

[74] «Les déterminants individuels des absences au travail : une comparaison européenne », S. Chaupain-Guillot, O. Guillot, juin 2010.

- **la vie de famille :** les femmes avec des enfants de moins de trois ans ont une probabilité plus importante de s'arrêter sauf en Grèce (effet non significatif) et en Autriche (effet inverse). Pour certains pays, la probabilité d'arrêt augmente pour les hommes ayant un enfant en bas âge (France, Allemagne, Italie, Portugal et pays nordiques) ;
- **les ressources du ménage** : un revenu élevé diminue la probabilité de recours à un arrêt, ce qui ne corrobore pas le modèle d'Allen mais est cohérent avec la théorie des différences compensatrices. En effet, selon les auteurs, les ménages avec plus de ressources sont en meilleure santé car ont des métiers moins pénibles, et ont également les moyens de recourir aux services à domicile ou de proximité. Le niveau de rémunération joue davantage chez les hommes que chez les femmes. Par contre pour les femmes, un effet positif est mis en évidence en France et en Autriche ;
- **le secteur d'activité** : la probabilité d'arrêt est plus forte dans le secteur tertiaire public notamment en France, en Irlande et en Finlande à la fois pour les hommes et les femmes et uniquement pour l'un des deux sexes pour les autres pays ;
- **le temps d'activité** : les femmes s'absentent moins lorsqu'elles travaillent à temps partiel. Chez les hommes l'effet a moins d'impact sauf pour l'Espagne et le Portugal avec un effet positif.
- **le contrat de travail** : le fait d'être en CDD a un effet négatif sur la probabilité de recours à un arrêt en Grèce, en France, en Irlande, en Italie et en Finlande ;
- **la taille de l'établissement** : la probabilité d'arrêt est plus forte pour les établissements de plus de 500 salariés, cet effet est davantage mis en évidence chez les hommes ;
- **le degré de satisfaction dans l'emploi** : cette satisfaction au travail a un impact négatif sur le recours aux arrêts. Ce lien n'est pas mis en évidence pour les hommes en Grèce et en Finlande, et chez les femmes en Grèce et au Luxembourg ;
- la probabilité d'absence est plus forte pour les salariés membres d'une association ou/et pour ceux qui s'occupent d'une personne malade, handicapée ou âgée.

Il ressort de cette étude une **grande hétérogénéité des comportements** selon les pays, néanmoins quelques déterminants sont communs : l'état de santé, la satisfaction au travail, les femmes ayant un enfant de bas âge. Les auteurs incombent les disparités entre pays aux différences entre régimes d'indemnisation. En effet, le degré de générosité du pays en matière d'IJ maladie est plus faible (délai de carence de trois jours) lorsque le salaire a un effet significativement négatif sur la probabilité d'absence au travail. Dans les autres pays, l'indemnisation a lieu dès le premier jour d'arrêt ce qui peut expliquer que le niveau de rémunération n'a pas d'impact sur la probabilité d'arrêt.

Sur le même panel européen, une autre analyse de Chaupain-Guillot et Guillot se concentre spécifiquement sur les effets du système d'indemnisation des arrêts maladie[75]. Les résultats de l'étude montrent que :

- lorsque l'indemnisation débute dès le premier jour de la maladie, la probabilité de s'absenter est plus élevée (aussi bien pour les femmes que pour les hommes) toutes choses égales par ailleurs. Cependant cet effet n'est pas mis en évidence à chaque édition de l'enquête : pour la version 1996, l'effet est peu significatif alors qu'il l'est nettement en 2001 ;
- en introduisant la perte de salaire éventuelle lors du premier jour d'absence, les auteurs montrent que plus cette perte est importante, moins les salariés auront tendance à s'arrêter[76].

[75] « Les absences au travail en Europe : quel impact du régime d'indemnisation maladie et de la législation de protection de l'emploi sur les comportements des salariés ? », Travail et Emploi n°120, 2009, S. Chaupain-Guillot, O. Guillot.

L'étude de Frick et Malo conduit à des conclusions proches à partir des données de l'enquête européenne sur les conditions de travail datant de 2000[77]. Leur analyse met en évidence que le système d'indemnisation[78] est en partie responsable des écarts de durée des arrêts maladie pour des pays à caractéristiques socioéconomiques semblables (un système plus généreux conduirait à un allongement de la durée d'arrêt de 2 jours) mais que les caractéristiques individuelles jouent également un rôle essentiel[79].

[76] Ceci pourrait aussi expliquer pourquoi les salariés aux revenus élevés recourent moins aux arrêts de travail.

[77] L'enquête permet d'obtenir le nombre de jours d'absence pour maladie au cours des douze derniers mois.

[78] Une des limites des études étudiant le système d'indemnisation est de simplifier ces systèmes à un ou deux indicateurs. Dans l'étude de Frick et Malo, une cotation caractérisant la générosité du système d'indemnisation est créée sur une échelle de 1 à 3 en prenant en compte les variables suivantes : population couverte, délai de carence, délai maximal d'indemnisation et taux de remplacement.

[79] Moins de variables sont testées mais l'étude met en évidence les mêmes relations pour le genre, le taux de chômage, l'impact de l'âge sur la durée de l'arrêt, la taille de l'entreprise, le secteur public.

Encadré 14 : Des systèmes d'indemnisation variés et des effets contrastés selon les réformes

Tableau 17 : Les caractéristiques des systèmes d'indemnisations des absences pour maladie au niveau européen

Pays	Certificat médical exigible au premier jour	Délai de carence (jours)	Montant	Durée maximale d'indemnisation
Belgique	Non	1	60 % du salaire	52 semaines
Danemark	Non	0	calculé sur la base du salaire horaire et du nombre d'heures de travail	52 semaines
Allemagne	Non	0	70 % du salaire	78 semaines
Grèce	Oui	3	Forfaitaire	182, 360 ou 720 jours
Espagne	Non	3	60 % du salaire	12 mois
France	Oui	3*	50 % du salaire	360 jours
Irlande	Oui	3	Forfaitaire	52 semaines
Italie	Oui	3	50 % du salaire	180 jours
Luxembourg	Non	0	100 % du salaire	52 semaines
Pays-Bas	Oui	0 (3*)	70 % du salaire	52 semaines *(104 semaines)*
Autriche	Non	3	50 % du salaire	52 semaines
Portugal	Oui	3	65 % du salaire	1 095 jours
Finlande	Oui	0	Jusqu'à 70 % du salaire	300 jours
Suède	Non	1	80 % du salaire	Pas de limite
Royaume-Uni	Non	3 (7*)	Forfaitaire	52 semaines

*Source : Travail et emploi n°120, 2009, S. Chaupain-Guillot et O. Guillot (données datant de 2001). Note de lecture : les données entre parenthèses correspondent à un changement de réglementation indiqué dans une étude en cours de réalisation de l'IRDES et la Drees. * correspond à la partie prévue par l'assurance maladie mais ce délai peut être réduit par une obligation d'indemnisation versée par l'employeur. Ce délai est nul pour les Pays-Bas, le Royaume-Uni mais est de 7 jours pour la France.*

C. Pollak et S. Ménard recensent dans une étude de 2015[80] les effets associés aux différentes réformes du système d'indemnisation en Europe :

- **Italie** : une réforme en 2008 réduisant le niveau d'indemnisation des 10 premiers jours dans le secteur public qui a eu pour effet une baisse des arrêts courts et une hausse de la durée des arrêts longs[81] ;
- **Suède** : l'introduction d'une journée de carence en 1993 a eu pour effet une augmentation des arrêts longs[82] ; sa suppression a réduit le nombre total d'arrêt maladie[83]. Enfin une baisse de l'indemnisation des arrêts longs dans les années 1990 a réduit la durée moyenne des arrêts[84] et une baisse du niveau d'indemnisation durant les trois premier mois a diminué les arrêts courts et augmenter la durée des arrêts longs[85] ;

[80] L'effet d'une extension des indemnités complémentaires sur les arrêts maladie, une évaluation de l'ANI de 2008, Dossiers solidarité et santé, n°69 octobre 2015, S. Ménard, C. Pollak.

[81] Absenteeism in the Italian Public Sector: the effects of changes in sick leave policy" Journal of Labor Economics, M. De Paola, V. Scoppa, V. Pupo, 2014.

[82] Changes in sickness absenteeism following the introduction of qualifying day for sickness benefit – findings from Sweden Post, Scandinavian Journal of Public Health, M. Voss, B. Floredus, F. Diderichsen, 2001.

[83] Temporary disability insurance and labor supply: evidence from a natural experiment, The Scandinavian Journal of Economics, P. Pettersson-Lidbom, P. Skogman Thousie, 2013.

[84] The effect on sick leave of changes in the sicknes insurance system, Journal of Labor Econmics, M. Henrekson, M. Persson, 2004.

[85] Moral hazard and sickness insurance, Journal of Public Economics, P. Johansson, M. Palme (2005).

- **Allemagne** : En 1996, le taux de l'indemnisation versée par les entreprises pendant les six premières semaines a diminué conduisant à une baisse du nombre d'arrêt et une baisse de la durée de ces arrêts[86]. En 1999, ce taux d'indemnisation a augmenté et a conduit à une hausse du nombre d'arrêts[87].

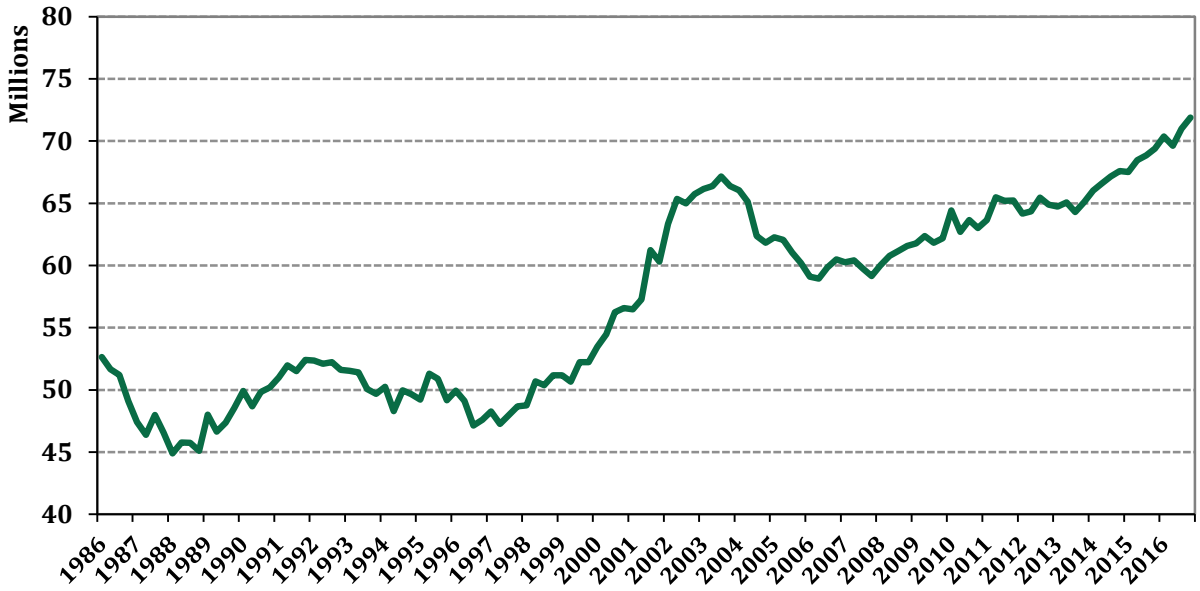
À partir de cette revue de littérature, les auteurs semblent mettre en avant le fait qu'**une indemnisation progressive augmenterait le coût du retour à l'emploi et inciterait les salariés à prolonger leurs arrêts. À l'inverse, une dégressivité de l'indemnisation pourrait limiter la durée des arrêts maladie.**

Source : Mission.

3. Les déterminants de l'évolution de long terme des indemnités journalières sont appréhendés grâce à des modélisations économétriques : démographie, marché du travail, épidémies, politique de contrôle de la CNAM

Sur longue période, l'évolution du nombre d'IJ maladie et AT-MP du régime général a fortement augmenté entre 1997 et 2003, avant de diminuer jusqu'en 2008 et de repartir à la hausse par la suite (cf. graphique 34).

Graphique 34 : Évolution du nombre d'IJ maladie et AT-MP (régime général) sur la période 1986-2016 (corrigée des variations saisonnières et calendaires)



Source : CNAM.

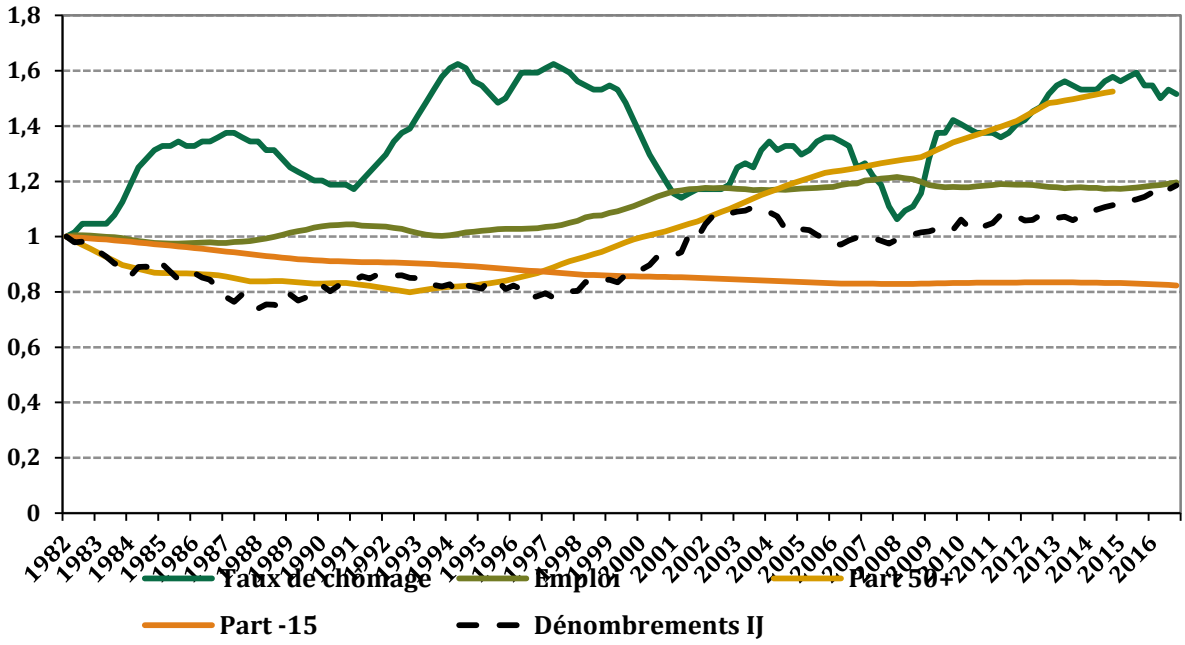
[86] The effects of a sick pay reform on absence and on health-related outcomes, Journal of Health Economics, P.A. Puhani, K. Sonderhof, 2010; A natural experiment on sick pay cuts, sickness absence, and labor costs, Journal of Public Economics, M. Karlsson, N. Ziebarth, 2010.

[87] The effect of expanding the generosity of the statutory sickness insurance system", Journal of Applied Econometrics, M. Karlsson, N. Ziebarth, 2013.

Une **analyse descriptive** des séries montre que les principaux déterminants macroéconomiques de l'évolution du dénombrement d'IJ sur longue période sont l'évolution de la population en emploi[88] (secteur marchand hors agriculture, administration, éducation, santé et action sociale) et le vieillissement de la population en emploi (part des plus de 50 ans) (cf. graphique 35) :

- le dénombrement d'IJ suit la tendance de l'évolution de la population en emploi avec environ un an de retard, mais moins sur la période récente (à partir du milieu des années 2000). Les deux séries sont fortement corrélées puisque le coefficient de corrélation s'établit à 0,82[89] ;
- la part des plus de 50 ans est bien corrélée à l'évolution du dénombrement d'IJ sur 1982-2003 ; l'évolution est ensuite moins dynamique pour le nombre d'IJ que pour celle du nombre d'IJ. Les deux séries restent fortement corrélées avec un coefficient de corrélation de 0,86 ;
- le taux de chômage est difficile à interpréter : il pourrait avoir un impact à la baisse pour les arrêts de courte durée (par crainte de perdre un emploi) ; la superposition des deux courbes illustre ce phénomène sur quelques périodes 1982-87 ; 1989-2001 ; post-2015. Sans qu'il y ait une forte hausse du taux de chômage, son niveau élevé pourrait conduire également à une baisse du nombre d'IJ sur la période 2003-2007. Le coefficient de corrélation des deux séries est bien négatif indiquant un effet opposé lors de l'augmentation du chômage sur l'évolution des IJ ; sa valeur de -0,20 signifie que ces variables sont faiblement corrélées.

Graphique 35 : Comparaison des évolutions des IJ maladie et AT-MP (régime général) sur la période 1982-2016 avec celles du chômage, de la population en emploi, des plus de 50 ans, des moins de 15 ans



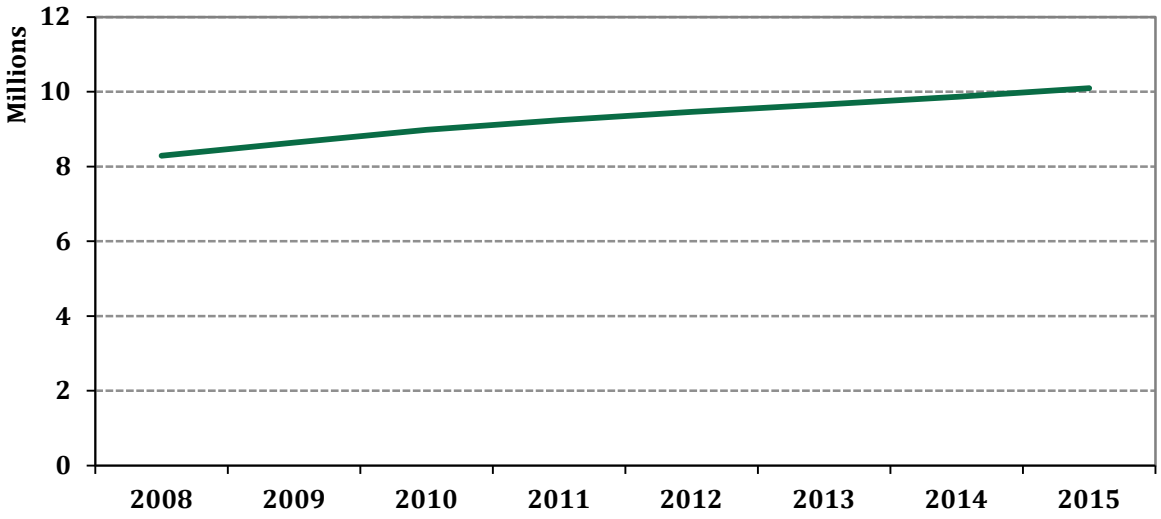
Source : Base de données de la CNAM (à partir de séries de l'Insee). La population en emploi couverte par le régime général est considérée comme proche du secteur marchand hors agriculture, administration, éducation, santé et action sociale. La part des plus de 50 ans et des moins de 15 ans dans la population en emploi repose sur un choix méthodologique pour se rapprocher de la population couverte par le régime général (population en emploi sans les agriculteurs exploitants, les artisans et les militaires).

[88] Il ne s'agit pas de la population active. Les chômeurs ne sont pas pris en compte.

[89] Plus le coefficient de corrélation est proche de un en valeur absolue, plus les deux séries sont corrélées.

- un autre facteur clé pouvant impacter l'évolution du nombre d'IJ est l'augmentation des pathologies chroniques qui est appréhendée par l'évolution du nombre de patients exonérés au titre des $ALD_{30\text{-}31\text{-}32}$[90] (cf. graphique 36).

Graphique 36 : Évolution du nombre de patients exonérés au titre des $ALD_{30\text{-}31\text{-}32}$



Source : Mission, d'après données CNAM sur AMELI. Note de lecture : un patient peut être exonéré au titre de plusieurs ALD.

En aval de ces analyses descriptives, la DSS et la CNAM pour le régime général et la DREES sur le périmètre ONDAM ont construit des modèles économétriques qui permettent de connaître et de caractériser les principaux déterminants du nombre d'indemnités journalières (ou de la dépense d'IJ en volume) sur le long terme.

3.1. La DSS mène quelques travaux sur les facteurs macroéconomiques de la dynamique des IJ maladie et AT-MP dans le cadre de la commission des comptes de la sécurité sociale

La commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) a publié trois fiches « éclairages sur la dynamique des indemnités journalières » en 2009, 2011 et 2013 en reprenant des travaux réalisés par la direction de la sécurité sociale (DSS). Les modèles développés sont minimalistes car ils dépendent des données recueillies par la direction.

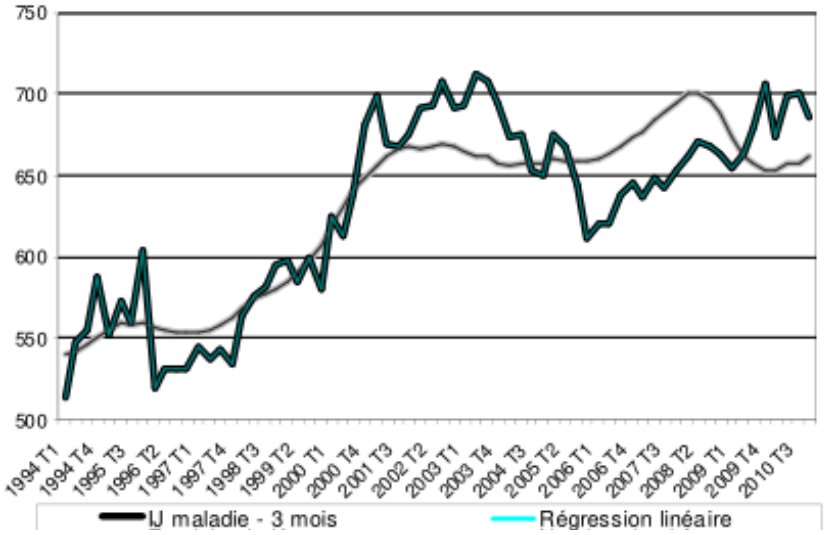
3.1.1. Deux modélisations des IJ maladie (régime général) mettent en avant l'importance de l'emploi salarié, du chômage, de la précarité de l'emploi et de la politique de contrôles de la CNAM

La DSS a cherché à modéliser la dépense en volume[91] trimestrielle d'IJ maladie de moins de trois mois à partir d'une régression linéaire avec comme variables explicatives le nombre de chômeurs et l'emploi salarié. La modélisation avec seulement deux variables explicatives suit en tendance la dépense en volume (cf. graphique 37).

[90] Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé. Les ALD 30 sont des affections inscrites sur une liste, les ALD 31 sont dites « hors liste » et les ALD 32 correspondent à des affections entraînant un état pathologique invalidant.

[91] La dépense en valeur est ajustée par un indice d'évolution des salaires.

Graphique 37 : Modélisation de la dépense trimestrielle d'IJ maladie de moins de 3 mois en volume (M€)



Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2011. Champ : régime général.

A l'occasion du rapport de la CCSS de septembre 2013, la DSS a sophistiqué son modèle en utilisant un modèle à correction d'erreur afin de tenir compte à la fois d'une relation de long terme et d'une relation de court terme (cf. encadré 15). Elle a également ajouté deux variables explicatives supplémentaires (cf. graphique 38) :

- le ratio des déclarations uniques d'embauche de moins d'un mois par rapport au total des déclarations uniques d'embauche ;
- une variable indicatrice[92] sur le dernier semestre 2003 pour repérer la politique de contrôles engagée par la CNAM.

Graphique 38 : Modélisation de la dépense trimestrielle d'IJ maladie en volume du régime général

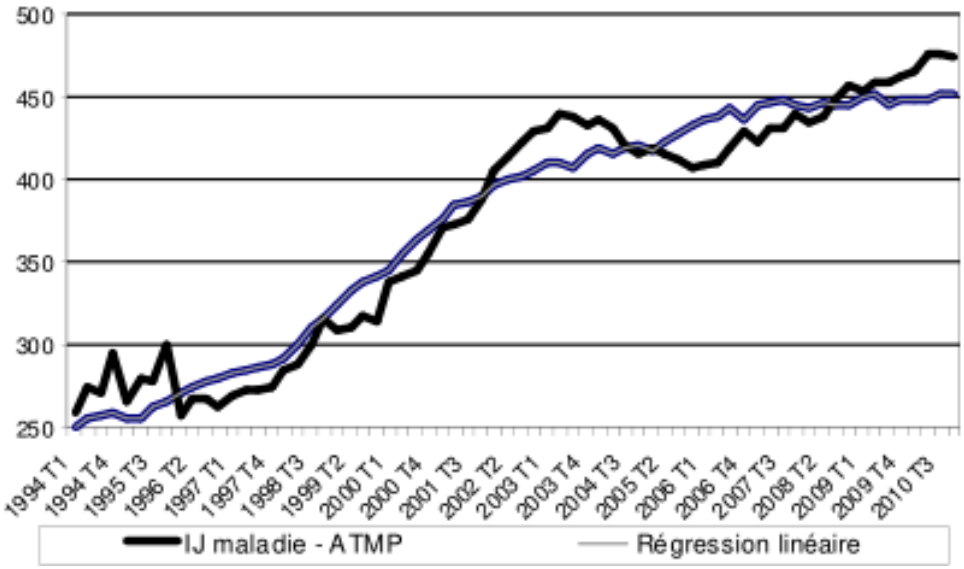
Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2013. Champ : régime général.

[92] Variable qui prend seulement deux valeurs possibles : un ou zéro.

3.1.2. Une modélisation des IJ AT-MP (régime général) qui dépend du contexte économique et de l'évolution de l'emploi salarié sur la période 1994-2010

La modélisation de la dépense trimestrielle d'IJ accident de travail-maladie professionnelle (AT-MP) de moins de 3 mois en volume repose sur une régression avec comme variables explicatives le nombre de chômeurs et l'emploi salarié (cf. graphique 39).

Graphique 39 : Modélisation de la dépense trimestrielle d'IJ AT-MP en volume (M€)



Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2011. Champ : régime général.

3.2. La DREES a mené des études économétriques entre 2003 et 2007 sur la dynamique des IJ maladie et AT-MP, elle différencie les déterminants des IJ maladie selon leur durée mais ne parvient pas à établir de modélisation pour les IJ AT-MP

La DREES a mené des études économétriques sur l'évolution des dépenses de soins de ville, dont la dépense d'indemnités journalières, sur la période 2003-2007. La modélisation et le suivi conjoncturel des indemnités journalières n'est plus effectué par la DREES depuis cette période, il est réalisé désormais par les régimes d'assurance maladie et piloté par la DSS dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

3.2.1. Une modélisation du volume d'indemnités journalières maladie par salarié met en évidence le rôle important de l'activité des médecins

Dans une étude de 2007[93], la DREES a cherché à mettre en évidence les déterminants du volume d'indemnités journalières par salarié. Afin de neutraliser l'effet de la masse salariale, la dépense d'IJ est corrigée par un indice d'évolution de l'emploi salarié[94] retardé de trois trimestres pour tenir compte de la période minimale de cotisation et du salaire moyen par tête. Le champ retenu dans l'étude est le régime général.

Les variables explicatives testées sont les suivantes :

- les honoraires des praticiens corrigés par l'emploi salarié. Cette variable permet de mesurer l'impact sur les IJ d'une activité des médecins plus dynamique que l'activité économique ;
- le taux de chômage ;
- la proportion de personnes âgées de plus de 55 ans dans la population active ;
- la politique de contrôles effectuée par la CNAM (indicatrice repérant la période d'intensification des contrôles) ;
- le nombre d'épidémies ;
- le nombre d'accidents de la route ;
- la part des salariés du BTP ;
- diverses variables démographiques.

Le modèle économétrique retenu est un modèle trimestriel à correction d'erreur qui permet d'obtenir une équation de l'évolution de long terme des indemnités journalières et une équation de dynamique de court terme. Cette dernière équation peut être interprétée comme une force d'ajustement. Ainsi lorsque le nombre d'IJ s'écarte de sa tendance de long terme, le mécanisme de rappel l'en rapproche au trimestre suivant plus ou moins fortement (cf. encadré 15).

Encadré 15 : Modélisation économétrique

La modélisation de base en économétrie est la **régression linéaire**, elle permet d'expliquer une variable à partir d'autres facteurs selon certaines hypothèses statistiques.

Le travail statistique consiste à tester un certain nombre de variables explicatives de la variable à expliquer. Des tests permettent de savoir si le facteur jugé explicatif est réellement significatif[95].

L'équation finalement obtenue est de la forme suivante :

$$Y_i = \alpha + \sum_{i=1}^{p} \beta_i x_i + \varepsilon_i$$

Où :

- α est une constante ;
- les β_i sont les coefficients associés aux p facteurs explicatifs significatifs. Ils s'interprètent de la manière suivante : une augmentation de 1 point de la variable x_i a un impact de β_i sur la variable Y ;

[93] Études et résultats DREES n°592, septembre 2007, « les indemnités journalières » de François Lé et Denis Raynaud.

[94] À partir des données, les auteurs considèrent que les chômeurs perçoivent très peu d'arrêts de courte durée mais plutôt des arrêts de longue durée. Si l'analyse est réalisée avec la correction de la dépense d'IJ par la population active, les auteurs affirment que les résultats restent valables.

[95] Tests de Student avec un seuil de référence pris est 5 %. La probabilité que cette variable explicative n'ait pas d'impact finalement est de moins de 5 %.

- ε_t correspond aux résidus, *ie* la partie inexpliquée par le modèle.

Dans une **modélisation temporelle**, la forme de l'équation ne diffère pas et s'écrit de la manière suivante :

$$Y_{i,t} = \alpha + \sum_{i,j=1}^{(p,T)} \beta_{i,t-j} x_{i,t-j} + \varepsilon_{i,t}$$

La modélisation prévoit de tester des facteurs explicatifs à l'instant t mais également ces mêmes facteurs retardés (t-1, t-2, jusqu'à t-T).

L'équation obtenue est une **relation de long terme**. Si un choc se produit à l'instant t sur la variable à expliquer Y_t, à t+1 l'équation ne prévoit pas une déformation de la trajectoire et Y_{t+1} est expliqué de nouveau par les mêmes facteurs avec les mêmes coefficients.

Le **modèle à correction d'erreur** (VECM) autorise un retour progressif de la variable à expliquer vers son évolution de long terme. Il permet également une dynamique de court terme différente de celle de long terme de la variable à expliquer. Cette modélisation permet d'obtenir deux équations :

- une équation de long terme (ou encore appelée relation de cointégration), similaire à une équation de régression linéaire (les variables explicatives et à expliquer sont en niveau) ;
- une équation de court terme qui décrit l'ajustement des variables prises en taux de croissance à court terme. Cette équation fait également intervenir une force de rappel de la variable à expliquer quand elle s'éloigne de sa cible de long terme.

Il est commun de transformer les variables du modèle en logarithme pour des raisons statistiques. Le principal avantage[96] concerne l'interprétation des coefficients obtenus : ils se lisent comme une **élasticité**, *ie* le pourcentage de variation de la variable à expliquer suite à un changement de 1 % de la variable explicative.

Source : Mission.

3.2.1.1. Les IJ de courte durée dépendent de l'activité des médecins et du contexte économique

L'équation de long terme obtenue est la suivante :

Log (IJ courtes[97]) = - 2,88 + 1,39 Log (honoraires[98])

– 0,31 log (taux de chômage) – 0,06 contrôles

Dans ce modèle, les coefficients sont des élasticités. L'augmentation de 1 % des variables a un impact de X % sur le nombre d'IJ courtes par salarié (où X est le coefficient devant la variable explicative).

L'équation met en avant trois facteurs déterminants le volume d'IJ de courte durée par salarié :

- les IJ courtes augmentent lorsque le chômage diminue. La crainte du risque d'une perte d'emploi pèse sur le recours aux IJ dans un contexte économique dégradé ;
- lorsque l'activité des médecins augmente plus vite que l'activité économique (*proxy* de l'emploi salarié), le nombre d'IJ courtes[99] par salarié augmente ;
- la politique de contrôles de la CNAM conduit à une diminution du nombre d'IJ courtes par salarié.

---

[96] Un second avantage concerne la réduction de l'hétéroscédasticité des séries, ie la variance des erreurs du modèle n'est pas la même pour toutes les observations. Cela a un impact sur les résultats de l'estimation des modèles économétriques car ils reposent sur certaines hypothèses dont l'homoscédasticité.

[97] Dépense corrigée de l'évolution de l'emploi salarié et des salaires.

[98] Montant des honoraires déflaté de l'emploi salarié.

[99] En réalité dépense d'IJ maladie par salarié qui est interprétée comme un nombre d'IJ maladie par salarié dans l'étude.

Le taux d'actifs de plus de 55 ans n'a pas d'impact significatif sur la consommation d'IJ courtes. La variable sur les épidémies n'intervient pas non plus dans l'équation, la raison vient de la spécification du modèle puisque le facteur épidémiologique est déjà pris en compte dans les honoraires des médecins[100].

L'équation de court terme s'écrit :

ΔLog(IJ courtes)= - 0,008 -0,75 ε_{t-1} +0,80 ΔLog(honoraire) -0,76 ΔLog (taux de chômage)

Où $\Delta X = X_t - X_{t-1}$, et ε_{t-1} correspond au résidu de la relation de long terme à la période t-1.

La force de rappel (le terme en ε_{t-1}) est importante puisque lorsque l'évolution des IJ de courte durée s'écarte de sa tendance, le mécanisme les en ramène de 75 % le trimestre suivant.

3.2.1.2. Les IJ longue durée dépendent du vieillissement de la population

Dans les données de la CNAM, les trois premiers mois des arrêts maladie de longue durée sont déjà comptabilisés dans les arrêts maladie de moins de trois mois. Il existe donc une forte corrélation entre les IJ de longue durée et les IJ de courte durée. Or, la politique de contrôle et le taux de chômage étant corrélés aux IJ de courte durée, les auteurs ont recalculé une variable IJ longue durée. Pour cela, ils la corrigent des variations du taux de chômage et des contrôles et en la retardant d'un trimestre pour ensuite tester spécifiquement ces deux facteurs sur la dynamique des IJ de longue durée.

L'équation de long terme obtenue est la suivante :

Log (IJ longues) = - 5,14 + 1,47 Log (IJ longues recalculées)

+ 0,89 log (% des plus de 55 ans) – 0,14 contrôles

Dans ce modèle, les coefficients sont des élasticités. L'augmentation de 1 % des variables a un impact de X % sur le nombre d'IJ de longue durée par salarié (où X est le coefficient devant la variable explicative).

L'équation met en avant deux facteurs déterminants le volume d'IJ de longue durée par salarié :

- le vieillissement de la population avec la proportion des plus de 55 ans dans la population active ;
- la politique de contrôles de la CNAM conduit à une diminution du nombre d'IJ longues par salarié.

Le contexte économique n'influe pas sur la dynamique des IJ de longue durée par salarié. L'analyse de l'impact du taux de chômage à court terme ne peut être reconduite car le salarié n'a pas la même attitude face à un souci de santé plus sérieux. Enfin les chômeurs auraient tendance à avoir d'avantage d'arrêts maladie de longue durée pouvant s'expliquer, selon les auteurs, par le système d'indemnisation du chômage. En effet les IJ de longue durée peuvent permettre une prolongation de la durée d'indemnisation du chômage.

L'équation de court terme s'écrit :

ΔLog(IJ longues par salarié)= -0,009 -0,34 ε_{t-1}

-0.36 ΔLog(IJcourtes) +0,15 ΔLog (% des plus de 55 ans).

La force de rappel (le terme en ε_{t-1}) est de l'ordre de 34 %. Le taux de croissance des IJ courtes est également intégré à l'évolution des IJ longue durée et aurait tendance à diminuer le taux de croissance des IJ de longue durée.

[100] De plus, la modélisation nécessite d'avoir corrigé les variations calendaires et saisonnières.

Encadré 16 : Des études similaires de la DREES en 2003, 2005 et 2006

La DREES avait mené des études équivalentes de suivi économétrique des évolutions des dépenses de soins de ville en 2003, 2005 et 2006.

Ces modèles portent sur la dépense d'indemnités journalières **sans distinguer les IJ maladie/AT-MP et sans distinction de durée**.

Le modèle obtenu en 2006 sur les dépenses de 2005 est le suivant :

Log (IJ corrigé de l'emploi salarié)= 3,87 + 0,38 Log (honoraires)

– 0,15 Log (nombre de chômeurs)

+0,21 Log (% 55 ans et plus dans la population active)

ΔLog (IJ corrigé de l'emploi salarié) = -0,001 – 0,45 ε_{t-1} + 0,71 ΔLog (honoraires).

Les facteurs déterminants étaient le montant des honoraires, le nombre de chômeurs au sens du BIT, la part des 55 ans et plus dans la population active. Les variables explicatives retenues n'ont pas évolué selon les études. Dans celle de 2003, les auteurs avaient cherché à mesurer l'impact de la diminution du nombre de préretraités sur la croissance de la dépense d'IJ. Le nombre de d'entrées en préretraites n'est pas significatif. La diminution des préretraités n'a pas un effet de substitution direct sur la prescription d'IJ mais peut s'interpréter comme une modification structurelle aboutissant au maintien d'une population plus âgée sur le marché du travail.

La force de rappel (le terme en ε_{t-1}) est importante puisque lorsque les IJ s'écartent de leur tendance, le mécanisme les en ramène de 45 % au trimestre suivant.

Source : Mission, d'après Études et résultats n°511, août 2006 « Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2005 » de Karim Azizi ; Études et résultats n°414, août 2005 « Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2004» de Karim Azizi, Marie Hennion et Marie Podevin ; Études et résultats n°256, août 2003 « Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général d'assurance maladie, une analyse économétrique sur la période 1998-2002 » de Karim Azizi et Didier Balsan.

3.2.2. La modélisation des IJ AT-MP n'a pas permis de mettre en évidence des déterminants statistiquement signifiants

À partir de la même méthodologie et des mêmes variables explicatives, la DREES a cherché à expliquer l'évolution des IJ AT-MP. Les résultats obtenus n'ont pas permis de mettre en avant un modèle avec des facteurs statistiquement significatifs.

Les auteurs avancent des déterminants possibles : l'évolution des conditions de travail dans les entreprises, le développement de maladies liées à la tertiarisation croissante de l'économie et la prise de conscience accrue des risques liés à l'activité professionnelle. Cependant ces facteurs n'ont pas pu être objectivés faute de données.

3.3. La CNAM réalise des travaux économétriques sur les déterminants macroéconomiques de la dynamique du nombre d'IJ du régime général

3.3.1. Une étude de la CNAM de 2006 modélise le nombre d'IJ de courte durée par salarié

3.3.1.1. Une modélisation à long terme du nombre d'IJ de courte durée par salarié du secteur privé : les facteurs prédominants sont le contexte économique, le vieillissement de la population et la politique de contrôle de la CNAM

La CNAM a modélisé l'évolution le nombre d'IJ par salarié du secteur privé de moins de trois mois sur la période 1990-2005 à l'aide d'une régression linéaire[101]. L'objectif est de mesurer le rôle accélérateur de certaines variables sur le nombre d'IJ par rapport à l'augmentation de l'emploi salarié.

Les variables explicatives testées sont les suivantes :

- le taux de chômage au sens du BIT, par trimestre ;
- le taux de natalité, par trimestre, retardé d'un trimestre,
- la part des actifs âgés de 50 à 54 ans dans la population active totale par année ;
- la part des actifs âgés de 55 à 59 ans dans la population active totale ou la part des actifs âgés de 55 ans et plus dans la population active totale par année ;
- la part des enfants âgés de 0 à 4 ans dans la population totale par année ;
- une variable contrôle qui prend les modalités « 0 » jusqu'au troisième trimestre 2003, « 1 » du quatrième trimestre 2003 au quatrième trimestre 2004 et « 2 » à partir du premier trimestre 2005 : l'objectif étant de quantifier l'impact de la politique d'intensification des contrôles mis en place par la CNAM fin 2003.

Les variables explicatives ayant réellement un impact sur le nombre d'IJ de courte durée par salarié sont décrites dans le tableau suivant.

Tableau 18 : Résultat de la régression

Variable explicatives ayant un impact significatif sur le nombre d'IJ par salarié	Part de la variance expliquée
Taux de chômage	46,2 %
Contrôles	18,5 %
Part des actifs âgés de 55 à 59 ans	6,0 %
Part des enfants âgés de 0 à 4 ans	3,2 %

Source : CNAM.

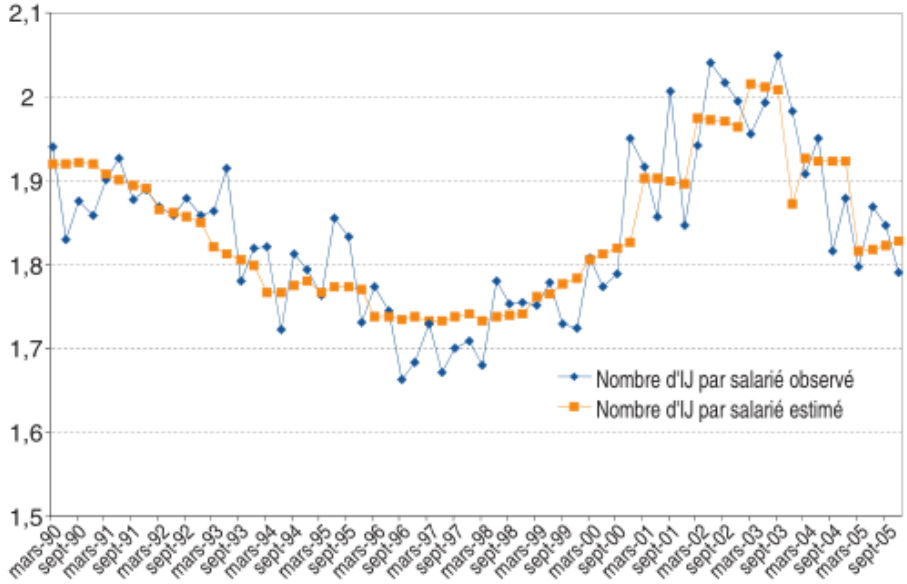
L'équation de la modélisation est la suivante :

Nombre d'IJ salarié= 0,84 – 2,26 Taux de chômage – 0,13 Contrôles + 9,51 Part des 55-59 ans + 9,45 Part des 0-4 ans

[101] Points de repère CNAMTS n°5 novembre 2006, les déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie. Odile Kusnik-Joinville, Céline Lamy, Yvon Merlière, Dominique Polton

Cette modélisation est tout à fait satisfaisante avec un R^2 de 73,9 % (cf. graphique 40). Elle montre que la conjoncture économique a tendance à diminuer le nombre d'IJ par salarié, tout comme la politique d'intensification des contrôles de la CNAM. À l'inverse, la part des personnes âgées a tendance à accélérer le nombre d'IJ par rapport à l'augmentation du nombre de salariés tout comme la part des enfants âgés de 0 à 4 ans, ce qui peut être interprété comme « *l'impact des maladies infantiles sur les arrêts de travail des parents* ».

Graphique 40 : Modélisation du nombre d'IJ courtes par salarié



Source : CNAM.

3.3.1.2. D'autres facteurs recensés par la CNAM ne figurant pas dans la modélisation économétrique : l'effet démographique et l'épidémiologie

Dans son étude de 2006, la CNAM réalise une revue de littérature sur d'autres déterminants de la dynamique des IJ et met également en évidence certains facteurs :

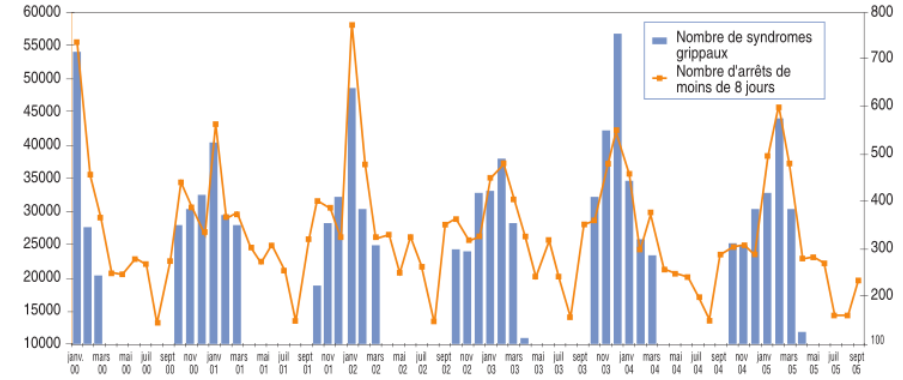
- l'évolution de l'effectif des salariés du privé est plus corrélée à l'évolution du nombre d'IJ que celle de la population active. En effet, les chômeurs perçoivent peu d'IJ alors qu'ils y ont droit[102] ;
- le vieillissement de la population se traduit par un allongement de la durée moyenne des arrêts tandis que la proportion d'assurés arrêtés est plus faible : les salariés de plus de 55 ans sont surreprésentés dans les arrêts de longue durée d'après une enquête réalisée par le service médical de la CNAM en 2004 sur les arrêts de 2 à 4 mois.

Les auteurs chiffrent l'impact de ces deux facteurs : ils expliqueraient une croissance de 17 % du nombre d'indemnités journalières entre 1997 et 2002 par rapport à une hausse observée de 34 %.

[102] La mission ne dispose pas de données au niveau national, cependant ce constat est confirmé au niveau de la CPAM de Créteil, 0,6 % de la population ciblée a bénéficié d'un arrêt indemnisé en 2016 pour une durée moyenne de 55,3 jours. Ainsi les chômeurs ont moins recours aux arrêts maladie mais pour des durées plus longues.

L'épidémiologie est également une thématique abordée avec les deux enquêtes de la CNAM en 1993 et 2004. Elles montrent que les trois principaux motifs des arrêts de travail sont les maladies du système ostéo-articulaire, les troubles mentaux et les lésions traumatiques. Pour les arrêts courts, les épidémies de grippe ont un rôle important comme le montre l'adéquation des courbes du nombre de syndromes grippaux[103] et du nombre d'arrêts de moins de 8 jours (cf. graphique 41).

Graphique 41 : Arrêts maladie de moins de 8 jours et épidémies hivernales



Nombre d'arrêts : Source CNAMTS / EPAS
Nombre de syndromes : Source réseau sentinelle

Source : CNAM sur l'EPAS.

Un autre facteur évoqué serait l'effet de l'évolution du nombre d'accidents de la route : 2004 et 2005 sont des années avec moins d'accidents. Après avoir testé cette hypothèse, les auteurs jugent très faible son impact sur le nombre d'IJ maladie (de l'ordre de grandeur de 0,1 % en 2004 et négligeable en 2005).

À la suite du rapport IGAS-IGF de 2003 préconisant une accélération du passage en invalidité des personnes en arrêt de longue durée, une tentative de mesure de cet effet est réalisée par les auteurs[104]. Cette accélération pourrait expliquer 20 à 25 % de la baisse du nombre d'IJ en 2004 et 8 % en 2005.

3.3.2. Depuis 2011, la CNAM utilise un modèle à correction d'erreur pour analyser les déterminants de l'évolution du dénombrement d'IJ maladie et AT-MP

Pour modéliser l'évolution du nombre d'IJ sur la période 1985-2016, la CNAM a estimé un modèle à correction d'erreur qui permet de tenir compte de deux relations : une relation de long terme et une relation de court terme. Le modèle n'est pas réestimé chaque année mais a connu certaines modifications (des variables significatives par le passé qui ne le sont plus actuellement et inversement). Les données utilisées sont le nombre trimestriel d'IJ en date de remboursements.

Encadré 17 : Le choix de certaines variables provient d'un travail préliminaire de 2008

En 2008, la CNAM a modélisé les évolutions des indemnités journalières à l'aide d'une régression linéaire. Dans un premier temps, elle a déterminé les variables les plus significatives à utiliser :

- elle a testé la série d'IJ en date de remboursement et celle en date de soins. Il s'avère que la série en date de soins s'ajuste mieux aux données ;

[103] Données provenant du réseau sentinelle.

[104] Le point de départ est l'observation d'une accélération des dépenses d'invalidité et une baisse du nombre d'IJ de longue durée sur les mêmes années concernées. Le principal facteur avancé par les auteurs et la Commission des comptes de la Sécurité sociale (rapport juin 2006) reste le vieillissement de la population active.

- elle a testé les séries en dénombrement, en montant remboursé déflaté de l'indice des salaires moyens de base, en montant remboursé déflaté de l'indice des salaires moyens par tête. La série en dénombrement et celle en montant déflaté de l'indice des salaires moyens de base s'ajustent mieux aux données ;
- elle a testé deux variables d'emplois : celle des emplois salariés des secteurs principalement marchands (Insee-DARES) et celles de l'emploi salarié de l'Unédic. La série de l'Insee-DARES est plus explicative.

Lors de cette étude, la CNAM retenait les variables explicatives suivantes : le nombre de salariés retardé de trois trimestres, le taux de chômage et la part des plus de 55 ans dans la population active. La variable la plus explicative était l'évolution de l'emploi salarié.

Source : Mission, d'après les études transmises par la CNAM.

3.3.2.1. Résultats de l'estimation du modèle à correction d'erreur

L'évolution du dénombrement d'IJ entre 1985 et 2016 peut être expliquée par une relation de long terme impliquant **le nombre d'employés dans le secteur marchand non agricole au trimestre T-5, la part des moins de 15 ans dans la population au trimestre T et le nombre de contrôles des assurés par le service médical effectués par l'assurance maladie à la date t** (cf. encadré 18):

- l'emploi affecte l'évolution du nombre d'IJ avec un délai de l'ordre d'un an (cinq trimestres). Les raisons avancées par la CNAM pour expliquer ce décalage sont :
  - le délai de liquidation puisque le nombre de jours indemnisés retenu dans la modélisation est en date de remboursements ;
  - la période d'essai pour les salariés nouvellement embauchés. En effet, ils ne peuvent pas bénéficier immédiatement d'indemnités journalières ;
  - la reprise de l'emploi qui se fait d'abord dans le secteur intérimaire. Les salariés de ce secteur sont plus réticents à demander un arrêt de travail ou n'ont pas travaillé suffisamment d'heures pour ouvrir des droits aux IJ.

  La relation entre l'emploi et le nombre d'IJ est positive : une hausse de 1 point de pourcentage de l'emploi se traduit à long terme par une hausse de 2 points de pourcentage du nombre de jours indemnisés ;
- la part des moins de 15 ans dans la population affecte aussi à la hausse le nombre d'IJ. Selon la CNAM, cela peut s'expliquer par le fait qu'une part plus importante des moins de 15 ans conduit à une plus forte probabilité de maladie infantile, ce qui peut augmenter le recours des parents à un arrêt de travail (de courte durée) pour s'occuper de leur enfant[105] ;
- la politique de contrôle de la CNAM affecte à la baisse le nombre d'IJ. Une hausse de 1 point de pourcentage du nombre de contrôles se traduit par une baisse de 0,15 point de pourcentage du nombre de jours indemnisés ;
- la tendance déterministe signifie que le nombre d'IJ augmente linéairement avec le temps. Ce facteur peut capter plusieurs facteurs explicatifs dont le vieillissement de la population et la progression des maladies chroniques dans la population.

[105] Cette variable a été ajoutée sur lors d'échanges entre la CNAM et la DREES. Les prévisions du modèle estimé sans ce facteur explicatif sont significativement moins performantes.

Encadré 18 : Modélisation de l'équation de long terme

$$\ln IJ_t = -3{,}7 + 2{,}0 \ln E_{t-5} + 18{,}4 P15_t - 0{,}15 \ln cont_t + 0{,}005t + \varepsilon_t$$

Où

- $\ln IJ_t$ est le logarithme du nombre de jours indemnisés à la date t ;
- $\ln E_{t-5}$est le nombre d'employés dans le secteur marchand non agricole à la date t-5 ;
- $P15_t$est la part des moins de 15 ans dans la population à la date t ;
- $\ln cont_t$est le logarithme du nombre de contrôles (des assurés par le service médical) effectués par l'assurance maladie à la date t ;
- t est une tendance déterministe qui augmente linéairement avec le temps. Elle peut s'interpréter, en partie, comme le vieillissement de la population.

Source : CNAM.

Si le nombre d'IJ dévie de sa trajectoire de long terme, il peut ne pas la retrouver immédiatement après sa modification. C'est pourquoi le modèle prévoit une trajectoire de court terme qui peut être différente, mais qui finira par se rapprocher de la relation de long terme *via* la force de rappel présente dans l'équation.

L'estimation de la relation de court terme retient comme variables significatives l'emploi, l'injection automatique des attestations de salaires dans le logiciel de liquidation des arrêts de la CNAM (Progrès) et des facteurs épidémiologiques. La hausse de ces facteurs conduit à une augmentation à court terme du nombre de jours indemnisés.

L'augmentation du nombre d'IJ retardées d'un trimestre influe également la croissance du nombre d'IJ au trimestre suivant. Ce lien peut être considéré comme mécanique puisque les IJ des trois premiers mois d'un arrêt long figurent dans les arrêts courts (moins de trois mois) dans les données en date de remboursement ; il illustre aussi le fait qu'une modification de l'activité des médecins sur les arrêts courts impacte les arrêts longs.

Enfin, la force de rappel à l'œuvre dans l'évolution de court terme du nombre d'IJ est importante. En effet, lorsqu'il s'écarte de sa tendance de long terme, le mécanisme de rappel l'en rapproche de 41 % au trimestre suivant (cf. encadré 19).

Encadré 19 : Modélisation de l'équation de court terme

$$\Delta \ln IJ_t = -0{,}001 + 0{,}34\, \Delta \ln IJ_{t-3} + 1{,}53\, \Delta \ln E_{t-2} + 0{,}02\, 1_{inj2011} + 0{,}003\, \Delta \ln Senti_t + 0{,}001 \Delta \ln Senti_{t-2} + 0{,}002 \Delta \ln Senti_{t-3} - 0{,}41\, \varepsilon_{t-1} + u_t$$

Où

- l'opérateur Δ correspond à la différenciation de la variable : $\Delta X_t = X_t - X_{t-1}$. Avec le passage au logarithme, la variable explicative transformée peut se lire comme un taux de croissance ;
- $\ln IJ_t$ est le logarithme du nombre de jours indemnisés à la date t ;
- $\ln E_{t-2}$est le nombre d'employés dans le secteur marchand non agricole à la date t-2 ;
- $\ln Senti_t$ est le logarithme du nombre de symptômes grippaux à la date t ;
- $1_{inj2011}$ est une indicatrice pour tenir compte de l'accélération du rythme de liquidation au moment de l'injection automatique des attestations de salaires en 2011 :
- ε_{t-1} est le résidu de la relation de long terme à la période t-1.

Source : CNAM.

L'analyse des contributions permet d'analyser l'apport de chacune des composantes à la croissance annuelle du dénombrement modélisé d'IJ et donc de prioriser les facteurs explicatifs selon les années[106] (cf. graphique 42) :

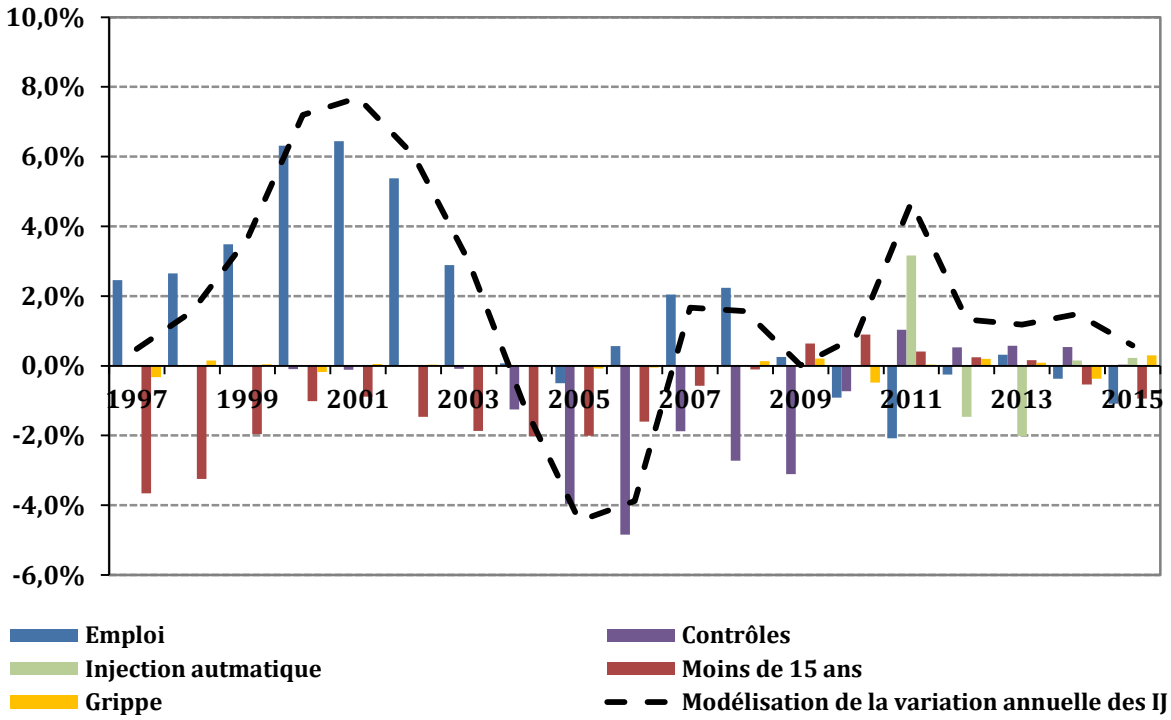
- l'évolution de l'emploi salarié a contribué de manière importante à la croissance du nombre d'IJ sur la période 1998-2003 et en 2007-2008. Cette variable contribue à la baisse sur les périodes 2010-2011 et 2014-2015 ;
- le nombre de contrôles des assurés effectués par le service médical de l'assurance maladie a contribué à faire baisser le taux de croissance du nombre d'IJ sur la période 2004-2010. Cela a en partie expliqué la diminution du nombre d'IJ sur 2004-2007 et empêché une plus forte augmentation du nombre d'IJ sur 2008-2010. Sur la période post-2011 le nombre de contrôles a une contribution faible. La difficulté d'interprétation de cette variable explicative repose sur le fait qu'il s'agit uniquement de l'aspect quantitatif et non qualitatif. Ainsi, le nombre de contrôles a pu diminuer récemment mais être accompagné d'une amélioration de leur qualité ;
- la part des moins de 15 ans a eu un impact important à la baisse sur le taux d'évolution du nombre d'IJ entre 1997 et 2008 ; légèrement à la hausse entre 2009 et 2013 puis à la baisse en 2014 et 2015. Cette proportion peut s'interpréter comme une prévalence de maladies infantiles induisant des arrêts courts des parents. L'interprétation de cette variable n'est pas évidente mais permet de bien expliquer l'évolution passée[107].
- l'injection automatique des salaires dans le système de liquidation des CPAM a permis d'accélérer le paiement des IJ en 2011[108], ce qui a eu pour effet d'augmenter le nombre d'arrêts pris en charge au cours de cette année. Pour les années suivantes, 2012 et 2013, la contribution est négative ; en effet ce nouveau *process* peut s'interpréter comme un choc conjoncturel intervenu en 2011 or le modèle à correction d'erreur prévoit une « force de rappel » qui automatiquement conduit l'évolution du nombre d'IJ vers un équilibre ;
- la contribution de la grippe à l'évolution du dénombrement d'IJ est faible mais semble plus importante à partir de 2009 avec une contribution supérieure à 0,20 % en valeur absolue sauf en 2011 et 2013.

[106] La contribution d'une variable X au dénombrement d'IJ est calculée comme la différence entre la variation entre deux trimestres du dénombrement réalisé et du dénombrement prévu sans la variable X dans l'équation du modèle.

[107] Cette variable permet également de garantir la relation de long terme (relation de cointégration). Sans cette variable, la relation de cointégration entre les différentes variables n'est pas présente, empêchant l'utilisation d'un tel modèle.

[108] Jusqu'à présent, l'attestation de salaire était saisie par l'entrepreneur sur *net-entreprises.fr*. Ces déclarations, baptisées DSIJ, étaient ensuite ressaisies manuellement dans l'outil Progrès par les techniciens de la CPAM.

Graphique 42 : Analyse des contributions des facteurs explicatifs au taux de croissance annuel du dénombrement d'IJ estimé grâce au modèle

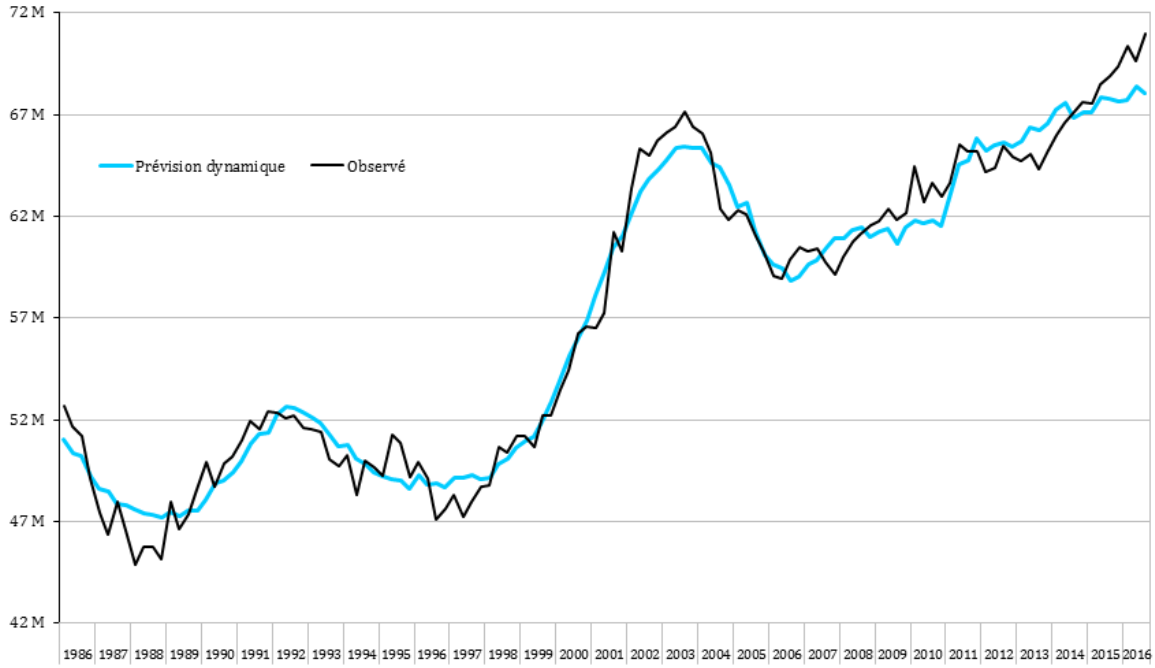


Source : Mission, d'après le modèle estimé par la CNAM. Note de lecture : La somme des contributions de chaque variable explicative correspond au taux de croissance annuel du dénombrement d'IJ calculé avec le modèle.

3.3.2.2. Analyse globale de la performance du modèle

Les résultats de ce modèle montrent que les facteurs explicatifs retenus permettent de modéliser très correctement l'évolution du nombre d'IJ sur le long terme (1986-2016) (cf. graphique 43).

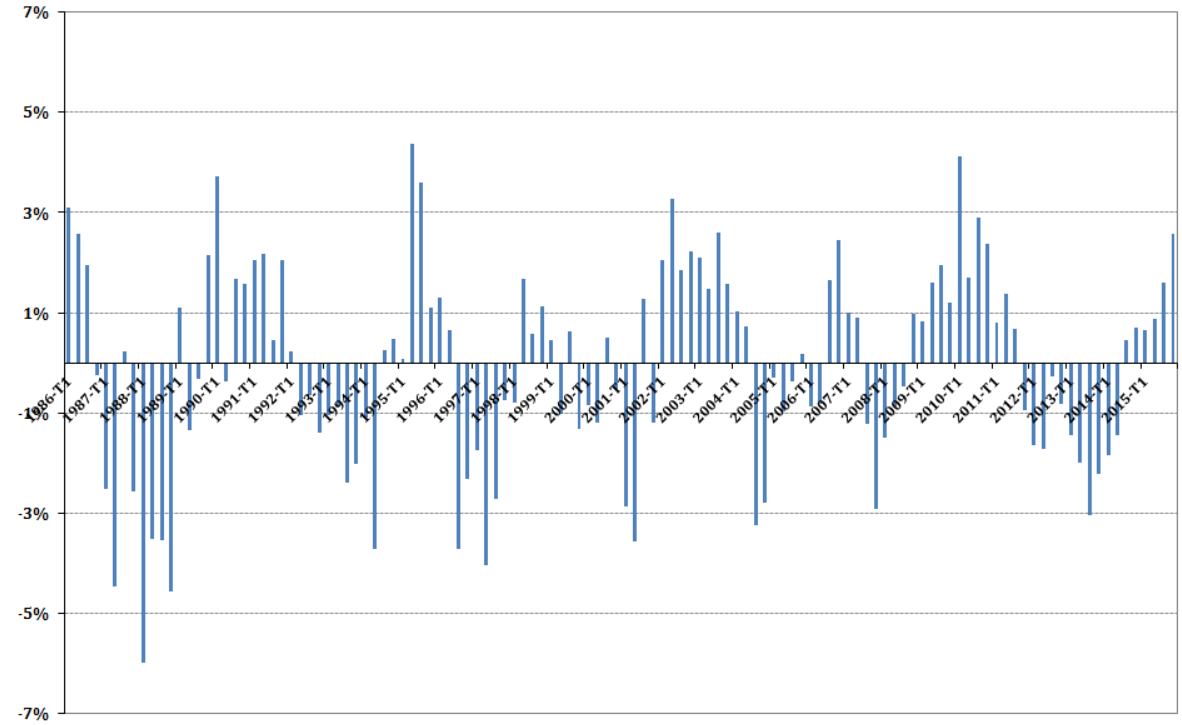
Graphique 43 : Comparaison de l'évolution du nombre d'IJ (maladie et AT-MP) prévue et réalisée



Source : Mission, d'après le modèle estimé par la CNAM.

Les erreurs relatives de prévisions du modèle ($\frac{réalisé-prévu}{réalisé}$) sont comprises entre -6 % et +4 % (cf. graphique 44), soit environ une erreur de plus ou moins 3 millions d'IJ au maximum par trimestre depuis 1986 (par rapport à 69 millions d'IJ en moyenne par trimestre en 2015).

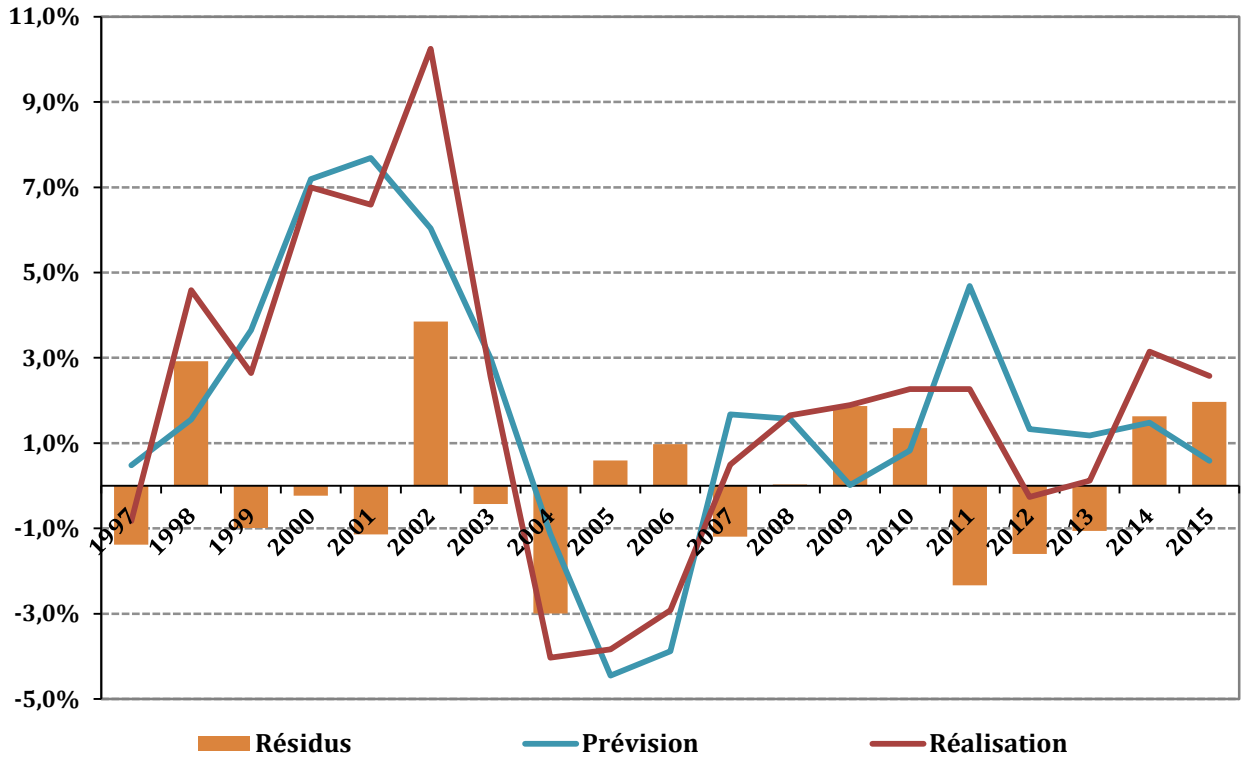
Graphique 44 : Erreur relative de prévision du modèle pour le dénombrement des IJ



Source : Mission, d'après le modèle estimé par la CNAM.

Sur les dix-neuf dernières années, l'erreur de prévision du taux de croissance du nombre d'IJ est inférieure à 1 % pour un tiers de ces années (soit un écart évalué à environ 2,5 millions d'IJ[109]), et inférieure à 1,5 % (soit un écart évalué à environ 3,6 millions d'IJ) pour 60 % d'entre elles. L'erreur sur 2011-2012 et 2014-2015 est supérieure à 1,5 % (cf. graphique 45).

Graphique 45 : Croissance annuelle du dénombrement des IJ en date de remboursement et contribution des résidus



Source : CNAM. Note de lecture : la contribution des résidus est la différence entre le taux prédit par le modèle et celui réalisé.

Encadré 20 : Un modèle économétrique qui évolue au cours des années pour tenter de mieux s'ajuster aux données

En 2011, le premier modèle à correction d'erreur pour expliquer le nombre **d'IJ maladie** retenait le taux de chômage, la part des actifs de plus de 50 ans, le nombre d'emplois salariés et une indicatrice mettant en avant les années postérieures à 2003 correspondant à une intensification des contrôles. Ce modèle ne retenait pas la part des plus de 50 ans dans la population active comme facteur explicatif. De plus, il ne permettait pas de prévoir la baisse du nombre d'IJ en 2010 faisant suite à une baisse de l'emploi et une hausse du chômage l'année passée.

Pour corriger les insuffisances du modèle, la CNAM a fait évoluer son modèle en insérant le nombre de contrôles (et pas simplement une indicatrice), le nombre de syndromes grippaux calculé par le réseau Sentinelles et la part des plus de 50 ans dans la population en emploi. De plus, le modèle explique les **IJ maladie et AT-MP.** Le modèle ainsi obtenu s'ajustait mieux aux données.

En 2012, la CNAM retient l'emploi dans le secteur marchand non agricole et conserve les autres variables. Ce modèle s'ajuste bien aux données mais ne permet pas d'expliquer la hausse du nombre d'IJ en 2011. Pour expliquer cette augmentation, la CNAM met en avant le rôle joué potentiellement par l'injection automatique des indemnités journalières. Elle estime[110] l'effet de cette automatisation sur la

[109] Le nombre moyen d'IJ observées sur ces dix-neuf années est de 240 millions d'IJ/an.

[110] La méthodologie du chiffrage repose sur la comparaison du dénombrement d'IJ en date de remboursement avec celui qui aurait été obtenu sans l'injection automatique.

croissance du nombre d'IJ entre 1,4 et 1,7 point (à titre de comparaison, l'écart du rythme d'évolution entre le modèle et l'observation est de 1,5 point).

En 2013, la CNAM corrige son modèle en insérant une indicatrice tenant compte de l'impact de l'injection automatique en 2011. Le vieillissement de la population des salariés n'est plus estimé par la part des plus de 50 ans en emploi mais par une tendance déterministe à la hausse. Enfin la part des individus de moins de 15 ans dans la population totale a été introduite. Le modèle s'ajuste aux données et les erreurs de prévisions sont toutes inférieures à 1 point de pourcentage.

Source : Mission.

Ce modèle permet donc d'identifier les principaux facteurs suivants :

- **le contexte économique** :
  - l'évolution de la population en emploi. En effet le recours aux IJ est conditionné à l'évolution du nombre de travailleurs[111] ;
  - le taux de chômage pourrait jouer un effet amplificateur sur la baisse du nombre d'IJ de courte durée (son impact n'est plus démontré dans les estimations récentes du modèle) ;
- **le contexte sociodémograhique** : le vieillissement de la population est un facteur clé puisque la durée des arrêts augmente avec l'âge (présence de la tendance déterministe dans le modèle) ;
- **le contexte épidémiologique** :
  - les épidémies de grippe ont un impact sur les arrêts courts mais qui reste très limité
  - le développement de pathologies chroniques influe sur les arrêts longs (tendance déterministe dans le modèle)
- **des facteurs liés aux politiques publiques** : la politique de gestion et de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières est prise en compte avec le nombre de contrôles médicaux effectués. D'autres facteurs identifiables ne sont pas pris en compte à ce jour : les réformes des droits à pension, les réformes des règles d'indemnisations des IJ (ouverture des droits, montant).

L'analyse de la performance du modèle montre que celui-ci permet d'expliquer sur le long terme les tendances structurelles de la dépense d'indemnités journalières. L'ampleur des variations annuelles est cependant moins prévisible : la quasi-stabilité du nombre d'IJ en 2012 et leur hausse depuis 2014 n'ont pas été anticipés.

3.3.2.3. La CNAM cherche à expliquer la tendance récente de la dynamique des indemnités journalières sans pouvoir encore y parvenir compte tenu du caractère très récent d'un certain nombre de mesures

3.3.2.3.1. Éléments de chiffrages ex-post de certaines réformes réglementaires à partir de la modélisation

En 2014, le modèle n'a pas été modifié mais ne permet pas d'expliquer l'évolution à la hausse du nombre d'IJ. L'écart entre le taux d'évolution prévu par le modèle et celui constaté est de 2,8 %. La CNAM a cherché plusieurs facteurs dans les mesures réglementaires pouvant expliquer la croissance du nombre d'IJ :

---

[111] Le nombre de chômeurs n'est pas pris en compte alors qu'ils peuvent être bénéficiaires d'IJ, cependant cette catégorie a peu recours aux IJ.

- **la suppression des délais de rétention** (derniers jours non payés dans l'attente de la date de reprise du travail) : dans le cadre de la mise en place de la déclaration sociale nominative (DSN), l'extension des règles du décret du 28 mars 2013 rend effectif la suppression des jours de rétention à partir du 1er juillet 2013. La CNAM évalue l'impact de cette suppression sur la hausse du nombre d'IJ entre 0,08 % et 1,60 % grâce à une étude sur l'ensemble des CPAM ;
- **le temps partiel thérapeutique** (TPT) faisant suite à une modification législative réellement appliquée en 2014 qui facilite la prescription d'un TPT pour les patients en ALD a un impact sur l'écart des taux de croissance du nombre d'IJ entre 0,16 et 0,23 %. Pour cela, elle a comparé l'évolution réelle du dénombrement d'IJ à celle sans cette modification législative. La modélisation de cette dernière série repose sur deux scénarii : (i) l'application du taux d'évolution du nombre d'IJ de moins de trois mois hors TPT sur l'année ; (ii) l'application du taux moyen d'évolution du nombre d'IJ TPT sur les deux dernières années ;
- **l'assouplissement des conditions d'ouverture de droit aux IJ de plus de 6 mois au 1er janvier 2014** est évalué entre 0,26 et 0,98 % : la CNAM a comparé l'évolution des IJ de plus de 3 mois (seules données à disposition) à celle sans cette disposition. Le tendanciel repose sur deux scenarii : (i) l'application du taux d'évolution du nombre d'IJ de moins de trois mois hors TPT ; (ii) l'application du taux moyen d'évolution du nombre d'IJ de plus de trois mois sur les deux dernières années ;
- **l'accélération de la liquidation** : les délais moyens de versements continuent de diminuer. Pour chiffrer l'impact sur 2014, la CNAM reprend l'estimation passée (pour une réduction de 3,3 jours du délai de versements de la première IJ non subrogée, le taux d'évolution est évalué à 1,5 %), pour calculer la hausse équivalente à une réduction du délai de versement de 2,4 jours, soit une augmentation de 1,1 %.

Les évolutions réglementaires montrent la limite de l'exercice de modélisation lors de réformes intervenant pendant une année (conditions d'ouverture, maintien des droits, prix) et qui ne sont pas prises en compte car non totalement chiffrées, faute d'outils de simulation.

3.3.2.3.2. Un rapport de la CNAM, demandé par le ministre, sur l'évolution récente des IJ explore également des pistes liées aux dernières réformes réglementaires

Un rapport demandé par le ministre en 2015 à la CNAM tente d'apporter des explications à l'évolution de la dépense d'indemnités journalières entre 2013 et 2014.

La première difficulté pour ce type d'analyse concerne les données mobilisables. En effet, toutes les données détenues dans les CPAM ne sont pas remontées au niveau national (par exemple le salaire servant au calcul de l'IJ liquidée) ; ce qui nécessite de travailler sur des échantillons et faire remonter certaines infos des CPAM pour réaliser un focus particulier. Un autre point concerne l'utilisation de données « en arrêts terminés » pour tenir compte de la durée totale de l'arrêt et donc de se restreindre par rapport à l'ensemble des arrêts d'une année N.

L'étude réalisée par la CNAM révèle que trois facteurs ont eu un impact significatif sur l'évolution des IJ entre 2013 et 2014 :

- **une forte progression des IJ pour les plus de 60 ans** : selon le rapport la dépense d'IJ pour cette catégorie a augmenté de +11 % entre 2013 et 2014 *versus* +1,5 % pour les bénéficiaires de 55 à 59 ans[112]. **Cependant, comme le rappelle l'étude, cette croissance est à relativiser car elle était déjà perceptible par le passé** ; elle a néanmoins été accentuée par deux effets : la hausse du nombre de bénéficiaires et celle de la durée moyenne d'arrêt. (selon le rapport, le nombre moyen d'IJ par bénéficiaire avait baissé entre 2012 et 2013)[113] ;
- **une forte dynamique du temps partiel thérapeutique** (TPT) : selon le rapport de la CNAM l'augmentation de la dépense des IJ liées aux temps partiels thérapeutiques explique 15 % de la croissance des IJ totales, alors qu'elles représentent seulement 6 % de la dépense. Les raisons proviennent de la mise en œuvre en 2014 des mesures du PLFSS 2012 sur la systématisation du maintien d'IJ maladie dans le cadre d'un TPT et l'assouplissement des conditions d'indemnisation du TPT pour les assurés d'une ALD ou d'un AT-MP. Une analyse complémentaire de la CNAM était programmée sur l'impact du TPT mais n'a pas été terminée à la connaissance de la mission.

Encadré 21 : Analyse de la base de Créteil

Une analyse sur les bases de la CPAM de Créteil montre une évolution des IJ de + 13,2 % entre 2010 et 2016 ; trois composantes sont notables :

- l'évolution des IJ normales de moins de trois mois qui ont augmenté de +10 % sur 2010-2016 et contribué à 44 % à la croissance du poste IJ ;
- l'évolution des IJ normales de plus de trois mois qui ont augmenté de +9,5 % sur 2010-2016 et contribué à 25 % à la croissance du poste IJ ;
- le temps partiel thérapeutique qui a augmenté de +49 % sur 2010-2016 et contribue à la croissance du poste IJ de 25 %.

Sur la période récente, l'augmentation entre 2014 et 2016 est de +280 000 IJ : cette augmentation s'explique à 98 % par + 120 000 IJ de moins de trois mois (+6 %), + 86 000 IJ de plus de trois mois (+7 %), + 67 000 IJ de temps partiel thérapeutiques (+47 %). Les autres types d'IJ sont celles qui sont majorées, les IJ pour cure thermale.

Source : Mission.

- **une forte progression des IJ chez les personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité** : + 7,7 % pour les pensionnés de catégorie 1 et + 5,2 % pour les pensionnés de catégorie 2, selon la CNAM. Cette augmentation ne serait pas due à la progression de la part des invalides ayant des IJ (environ 1/3) mais à celle du nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité qui progresse à un rythme de 4 à 5 % par an. La CNAM avance comme raisons l'allongement de l'âge de départ en retraite et la réforme du PLFSS 2010 maintenant la pension d'invalidité au-delà de 60 ans à l'assuré invalide qui exerce une activité professionnelle. Sur les seuls pensionnés de plus de 60 ans de catégorie 1, la progression de la dépense d'IJ est de 29 %.

[112] Les données du rapport Polton concernent les arrêts terminés en2013 et 2014 sur les 10 premiers mois. Avec le recul, la mission a pu obtenir les données sur des années complètes : les évolutions sont respectivement 13,1 % et 1,5 %.

[113] Cette analyse des effets est à relativiser. En effet, le ratio nombre d'IJ par bénéficiaire repose sur les notions : « nombre de journées indemnisées appartenant à l'année N pour les arrêts dont la date de fin est au plus tard le 30 décembre de l'année N » et « nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un arrêt avec au moins une journée indemnisée durant l'année N ». Or le numérateur de ce ratio pourrait être l'ensemble de journées indemnisées pour les arrêts dont la date de fin est au plus tard le 30 décembre de l'année N. Dans ce cas, le ratio augmente entre 2012 et 2013.

3.3.2.3.3. Les CPAM réalisent également des études statistiques pour appréhender la dynamique récente

Le service études et statistiques de la CPAM Hauts-de-Seine a étudié de manière approfondie l'évolution des arrêts maladie échus en 2015 et 2016 et montre que les principaux facteurs explicatifs sont les suivants[114] :

- une multiplication des arrêts de très courte durée pour des assurés plutôt jeunes mais avec peu d'impact sur les dépenses ;
- un allongement des arrêts de longue durée pour des assurés plus âgés ;

Cet allongement des arrêts de longue durée est d'autant plus marqué pour les assurés exonérés au titre d'une affection de longue durée (ALD). Il est à noter que le nombre de bénéficiaires d'arrêts s'accentue avec l'âge et que le coût d'une indemnité journalière augmente également avec l'âge.

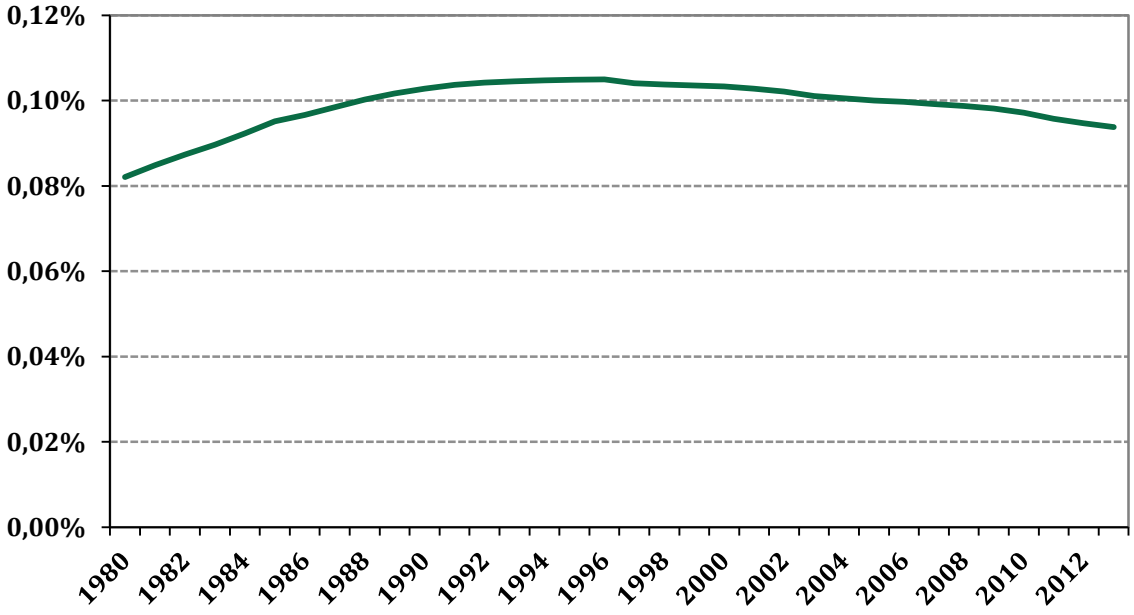
3.3.2.4. Des améliorations de la connaissance des déterminants sont possibles en tenant compte par exemple des actions de contrôle auprès des professionnels, des modifications réglementaires, de l'offre de soins

La mission a travaillé en collaboration avec la CNAM pour identifier d'autres facteurs explicatifs.

Si certains facteurs comme le taux de patients en ALD (représentant un *proxy* de l'état de santé de la population) peuvent être interprétés comme déjà inclus dans le modèle par le biais de la tendance déterministe à la hausse, d'autres variables mériteraient d'être testées :

- **l'offre de soins** : cette variable semble avoir de l'influence sur la prescription comme le montre une étude de la CNAM (cf. partie II). Un facteur pourrait être la densité d'omnipraticiens (cf. graphique 46) ;

Graphique 46 : Évolution de la densité d'omnipraticiens en France métropolitaine



Source : Mission, d'après données de la CNAM et de l'Insee.

[114] Étude « Une flambée des indemnités journalières en 2016 qui explique près de la moitié de la croissance des dépenses de soins de ville », Assurance maladie Hauts-de-Seine, janvier 2017.

- **la politique de contrôle des professionnels** : à ce stade, le modèle économétrique de la CNAM ne tient compte que des contrôles des assurés (convocations au service médical). Or la CNAM a développé des actions envers les professionnels : visites des délégués de l'Assurance Maladie, « échanges confraternels » entre médecins conseils et praticiens, mises sous objectif (MSO), mises sous accord préalable (MSAP). L'évolution de ces actions pourrait avoir un impact sur celle du dénombrement d'IJ.

D'autres facteurs pourraient améliorer la connaissance des déterminants mais sont plus difficilement appréhendables en l'état :

- au niveau des variables explicatives :
  - **la connaissance du motif** de l'arrêt de travail permettrait de connaître les tendances récentes. Or aujourd'hui la pathologie est absente des bases de données car n'est pas codée dans le système d'information ;
  - **le temps d'accès aux équipements médicaux** pour confirmer le diagnostic d'un médecin pourrait avoir une influence sur le nombre d'IJ ;
  - **les modifications réglementaires** : les réformes sur les conditions d'ouverture, le maintien des droits ou du prix des IJ peuvent avoir une conséquence sur le comportement des bénéficiaires, elles ne sont pas pris en compte faute de connaissance précise (manque de données, d'outil de simulation). D'autres points ont peu été investigués : le lien avec l'assurance chômage, le passage de l'arrêt maladie vers la mise en invalidité, les réformes récentes sur les conditions d'accès à la retraite. La prise en compte de *proxys* de l'impact de ces politiques publiques permettrait d'améliorer les estimations des différents paramètres. ;
- au niveau de la variable à expliquer : **le dénombrement des arrêts de travail** serait une variable plus judicieuse que le nombre d'IJ. En effet, l'évolution actuelle du nombre d'IJ est difficile à interpréter puisqu'elle peut résulter d'une hausse du nombre d'arrêts ou d'un allongement de leur durée. Cependant, la connaissance du nombre d'arrêts nécessite un retraitement des informations issues du système d'information de l'Assurance Maladie et rend difficile un exercice de prévision conjoncturelle.

4. Des outils de pilotage perfectibles grâce à une meilleure connaissance des paramètres propres à la liquidation des droits

4.1. Une prévision qui n'est pas si éloignée de la réalité mais améliorable par un meilleur suivi chiffré des mesures réglementaires proposées et par une clarification de l'objectif de maîtrise médicalisé sur le poste IJ

Le bureau 6B « économie de la santé » de la DSS assure le pilotage de l'élaboration et du suivi de l'ONDAM. Ce travail s'effectue en étroite collaboration avec les caisses de sécurité sociale (CNAM, RSI, MSA), la direction générale du trésor (DGT) et la direction du budget (DB) et les organismes en charge des dépenses (DGOS, DGCS, ATIH, CNSA).

La prévision de l'évolution de la dépense d'IJ dans le cadre de l'ONDAM inscrite dans le PLFSS de l'année N repose sur la constitution d'un tendanciel à partir duquel sont ajoutés (i) l'effet des mesures nouvelles prévues dans la LFSS, (ii) l'impact de la lutte contre la fraude et (iii) les pistes d'économies de l'enveloppe médicalisée.

4.1.1. Le tendanciel se détermine en fonction du taux de croissance moyen annuel du régime général

La DSS coordonne l'élaboration du tendanciel du poste IJ de l'ONDAM (*ie* avant les mesures proposées en PLFSS) : la CNAM, la DG Trésor et la DSS construisent des tendanciels qui seront ensuite présentés pour arbitrage en mai de chaque année. La prévision de l'évolution des indemnités journalières est arrêtée en septembre de l'année N pour déterminer l'évolution de l'ONDAM et du poste IJ de l'année N+1 qui sera présenté en PLFSS de l'année N+1.

4.1.1.1. Le tendanciel construit par la CNAM repose sur la convergence de prévisions issues d'une prolongation de la tendance passée et du modèle économétrique intégrant des variables explicatives

En mai de l'année N, la CNAM prépare un tendanciel de l'évolution de la dépense d'indemnités journalières du régime général pour l'année N+1. En réalité, il s'agit d'un exercice de prévision à deux ans puisque les dernières données dont elle dispose sont celles de janvier de l'année N.

Pour cela, les équipes de la CNAM s'appuient sur trois modèles de prévisions de l'évolution **du nombre d'indemnités journalières** (maladie et AT-MP) du régime général avec des données en input et des limites méthodologiques différentes (cf. encadré 22).

Encadré 22 : Modèles de prévisions du dénombrement d'IJ maladie et AT-MP

Trois modèles de prévisions sont réalisés :

- **un modèle ARIMA** (*autoregressive integrated moving average model)* qui permet de décrire une série stationnaire autour d'une tendance déterministe. À partir de l'observation de la série sur les mois précédents, après les corrections calendaires et saisonnières (CJO-CVS), la modélisation statistique ARMA permet de prévoir l'évolution du nombre d'IJ pour le mois suivant. Deux inconvénients de cette modélisation sont identifiables :
  - (i) si la dynamique change sur la période récente, le modèle n'en tient compte que très partiellement puisqu'il s'agit d'une dynamique moyenne sur l'ensemble de la trajectoire de la série ;
  - (ii) l'horizon de la prévision. En effet, un écart de prévision sur M+1 aura des conséquences importantes par accumulation sur M+12, voire M+18, où M correspond au mois.
- **un lissage exponentiel linéaire de Holt** qui comprend deux étapes (après corrections calendaires et saisonnières) :
  - (i) l'application d'un filtre de Hodrick-Prescott qui permet de décomposer la série en une composante cyclique et une composante tendancielle ;
  - (ii) le lissage exponentiel de Holt permet de prolonger la composante tendancielle. Elle repose sur l'hypothèse d'une fonction de prévision localement linéaire qui s'écrit de la manière suivante : Nombre d'$IJ_{t+h} = A_{t+h} \times B_t$, où A_t et B_t dépendent de t. Des équations de récurrence permettent de calculer ces deux coefficients.

  L'inconvénient de ce modèle est également l'horizon de la prévision. Il s'agit d'une méthode de prévisions à très court terme. En cas de rupture de tendance, la série mettra du temps à s'ajuster.
- **un modèle VECM** (cf. *supra, encadré 15*). Le modèle de la CNAM rend difficile le suivi conjoncturel des indemnités journalières car il est construit à partir des données en date de remboursement. Dans ce cas, toute modification des délais de liquidation peut avoir un impact important sur les versements et donc l'évolution des IJ ; ce qui peut conduire à mal interpréter certaines inflexions. Or la mise en place des injecteurs DSIJ a contribué à augmenter les versements en 2011 alors que la série en date de soins évolue à un rythme moins soutenu.

Tableau 19 : Synthèse des trois modélisations avec des paramètres différents

	ARIMA	Lissage exponentiel	VECM
Input	Date de soins	Date de soins	Date de remboursement
Horizon	mensuel	mensuel	Trimestriel

Source : Mission.

Source : Mission.

À partir de ces trois modélisations du nombre d'indemnités journalières qu'elle essaie de faire converger, la CNAM construit une projection financière en date de soins pour respecter le périmètre de l'ONDAM (partie régime général).

Pour cela, plusieurs hypothèses sont prises :

- la CNAM assimile l'évolution en dénombrement à l'évolution en volume d'indemnités journalières. En effet, des différences pourraient exister venant de changement de la part des différents risques dans le total, de la structure des catégories professionnelles, de la structure d'âge des personnes indemnisées. Selon la CNAM, l'effet structure est nul en moyenne sur les années passées ;
- elle ajoute ensuite l'effet prix qui repose sur l'évolution des salaires. Néanmoins la CNAM ne dispose pas de la série des salaires de référence mais d'une série des salaires moyens mensuels de base (*ie* sans effet de structure, cf. encadré 23) qui ne tient pas compte du plafonnement. De plus, cet effet prix tient compte de certaines mesures réglementaires affectant le montant de l'IJ lorsqu'elles ont pu être chiffrées par la DSS (ou la CNAM) ; c'est le cas par exemple de la baisse du plafond des IJ ;
- sur longue période, la CNAM considère équivalentes les évolutions des dépenses en date de soins et dépenses en date de remboursement (pour le modèle VECM).

Enfin sont ajoutées les variations calendaires et saisonnières (CJO-CVS) et le montant des IJ Outre-mer.

Encadré 23 : Indice des salaires

L'évolution des salaires peut être mesurée par :

- **Le salaire moyen par tête** (SMPT) qui rapporte les masses salariales brutes versées par l'ensemble des entreprises (prise en compte des primes et heures supplémentaires mais pas de l'épargne salariale) au nombre de salariés en personnes physiques. Il est calculé par l'Acoss.

  L'évolution du SMPT reflète l'évolution des qualifications et de la quotité du travail (effets de structure) et celle de la rémunération des heures supplémentaires et des primes (effets saisonniers et liés à la conjoncture).
- **Le salaire mensuel de base** (SMB) qui correspond au salaire brut avant déduction des cotisations sociales et avant versement des prestations sociales. Il ne comprend ni les primes ni les heures supplémentaires. Cet indice est calculé à structure des catégories socio-professionnelles constante.

Source : Mission, d'après l'Insee.

4.1.1.2. La prévision élaborée par la DGT repose sur l'évolution de la population active du privé

La DGT réalise une prévision en deux temps :

- une prévision de l'effet volume qui repose sur celle de l'évolution de la population active du privé ;

- une prévision de l'effet prix qui correspond à l'évolution la plus basse entre celle du salaire moyen par tête et celle des plafonds retenus (SMIC pour le risque maladie, plafond de la sécurité sociale pour le risque AT-MP).

4.1.1.3. Le tendanciel construit par la DSS repose sur un taux de croissance annuel moyen du régime général qui est déformé pour tenir compte des autres régimes

La DSS construit un tendanciel en calculant un taux de croissance annuel moyen sur longue période de la dépense d'IJ du régime général[115] (en date de soins).

À ce taux d'évolution est retranchée une clé de transformation permettant de passer du régime général au périmètre tous régimes. En effet, la dépense du régime général croît plus rapidement que celle des autres régimes. La DSS a estimé ce décalage d'évolution à 0,2 % à partir de données comptables.

Enfin, le taux de croissance annuel moyen est calculé sur les données de la dépense réalisée et donc tient compte de la maîtrise médicalisée passée (cf. *infra*). Afin de neutraliser cet effet, il est ajouté 1 %, ce qui correspond environ 100 M€.

Les avantages mis en avant par la DSS de ce tendanciel sont les suivants :

- la forte variabilité des IJ rend difficile la prolongation de la série à partir de son passé (modèle autorégressif de la CNAM) ;
- le modèle à correction d'erreur faisant intervenir des variables explicatives n'est pas jugé assez performant sur les dernières années, les résidus (la part non expliquée par les variables retenues) sont estimés trop importants. À partir des données communiquées à la mission, la mission évalue l'erreur de prévision à environ 90 M€ par année pour le régime général[116].

Cette construction comporte néanmoins des limites car elle ne se base que sur l'évolution passée et peut donc conduire à des erreurs.

Cette dernière méthode sert de base à la concertation entre la CNAM, la DB et la DG Trésor lors de la réunion d'arbitrage mi-mai. Le tendanciel définitivement retenu suite aux échanges n'est donc pas toujours celui initialement proposé par la DSS.

Enfin, il est à noter que la construction du tendanciel ne tient compte des autres régimes que par la seule prise en compte d'une clé de passage. Un exercice propre de prévision pour ces régimes n'est pas prévu au vu de leur poids dans la dépense d'IJ.

---

[115] La DSS ne possède que cette série sur longue période et non celle en tous régimes.

[116] Sur la période 1997-2015, l'écart moyen (en valeur absolue) est de 2,9 millions IJ et le prix moyen d'une IJ calculé par la mission est de 30,9 €.

Encadré 24 : Prévision des IJ maternités par la DSS

La DSS réalise également un exercice annuel de prévision des IJ maternité qui est présenté à la commission des comptes de la santé (CCSS) qui se tient au printemps et à l'automne.

Ce chiffrage repose sur un taux d'évolution calculé en deux étapes :

- une prévision de l'effet volume : l'évolution du nombre de naissances prévues sur l'année. Pour cela, la DSS s'appuie sur l'hypothèse d'évolution des naissances faite par la CNAF pour réaliser ses prévisions de primes à la naissance ;
- une prévision de l'effet prix : le salaire moyen par tête du secteur privé est retenu comme proxy de l'effet prix.

Le taux ainsi obtenu (somme de l'effet prix et de l'effet volume) est multiplié par le dernier montant comptable connu. Des correctifs peuvent être introduits dans la prévision annuelle afin que cette dernière soit cohérente avec les remontées comptables infra-annuelles.

Source : Mission.

4.1.2. Un chiffrage *ex-ante* des mesures nouvelles pour déterminer l'ONDAM tendanciel est réalisé avec le peu d'informations disponibles et devient impossible à effectuer *ex-post* faute de remontée au niveau national des paramètres liés à la liquidation

La DSS chiffre les mesures nouvelles d'économies décidées avant le PLFSS pour corriger la trajectoire de l'Ondam spontané. Elle peut également demander l'aide de la CNAM pour réaliser ces chiffrages *ex-ante* (cf. tableau 20).

Toutes les nouvelles mesures réglementaires ne font pas l'objet de chiffrage. La mission en comptabilise sept dans ce cas parmi les principales modifications réglementaires depuis 2010. De plus, la méthodologie de chiffrage n'a pas toujours pu être transmise à la mission selon les mesures réglementaires ; et quand elle a été communiquée, les impacts sont en général estimés à partir des seules informations à disposition : données de l'enquête Emploi de l'Insee par exemple.

Tableau 20 : Chiffrage des principales modifications réglementaires depuis 2010

Mesure	Décret	Chiffrage de la DSS
La détermination d'un salaire journalier de référence égal au salaire annuel des assurés exerçant un travail discontinu ou à caractère saisonnier divisé par 365, et non plus 360	décret n°2010-1305 du 29 octobre 2010	Chiffré à 110 M€ dont 100 M€ en 2011
Le salaire journalier pris en compte pour le calcul des indemnités maladie est limité à 1,8 fois le montant du Smic mensuel		Chiffré à 125 M€ en 2012 et 180 M€ en année pleine
Le plafond pris en compte est celui en vigueur le dernier jour du mois précédant celui de l'arrêt et non plus celui en vigueur pour chaque mois de versement	décret n° 2014-953 du 20 août 2014	Pas de chiffrage
L'extension de la subrogation	décret n° 2013-266 du 28 mars 2013	Pas d'impact

Mesure	Décret	Chiffrage de la DSS
L'assouplissement des conditions d'ouverture des droits aux IJ versées pour maladie, maternité et paternité	décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 décret n° 2015-86 du 30 janvier 2015	Le chiffrage de la suppression de la condition des 200 h dans les 800 h avait été estimée à un coût de 5 M€ environ. Le passage de 200h à 150h avait été estimé à 30 M€ (sur la base de l'enquête Emploi de l'Insee)
La déduction d'un taux forfaitaire représentatif des cotisations salariales, égal à 21%, du gain journalier de base en cas de maternité et de paternité ; et en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle	décret n° 2013-266 du 28 mars 2013 décret n° 2014-953 du 20 août 2014	Sans impact, le taux de 21 % correspondant aux cotisations salariales et à la CSG
Simplification des règles de prise en compte du salaire journalier de référence	Décret n°2014-953 du 20 août 2014	Pas de chiffrage
L'assouplissement du travail à temps partiel pour motif thérapeutique	Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 (Régime général) Loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 (RSI) Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 (MSA)	Régime général : négligeable (entre -1,5 à 11 M€) Autres régimes : pas de chiffrage
La suppression du versement des indemnités d'accident et de maladie aux assurés dont le revenu annuel moyen est inférieur à 10 % de la moyenne des trois derniers PASS	décret n° 2015-101 du 2 février 2015	Estimation à 30 M€ sur la base des dépenses constatées
L'extension du versement des IJ aux aides familiaux et aux collaborateurs d'exploitants d'entreprise agricole	Loi n°214-1554 du 22 décembre 2014	Pas de chiffrage
L'extension du versement des IJ maladie des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales relevant du RSI aux conjoints collaborateurs	Décret n°2014-20 du 9 janvier 2014	Chiffrage du RSI à 5 M€

Source : Mission, d'après chiffrages communiqués par la DSS à la mission.

Par contre aucune évaluation *ex-post* n'est réalisée. **Ainsi, il n'est pas possible de savoir si le chiffrage de la mesure est correct ou non, ni de connaître son impact réel**. En effet, pour cela il faudrait connaître l'ensemble des informations liées à la liquidation des IJ de l'année N pour simuler les paramètres avant puis après modification réglementaire. Or aujourd'hui, le système d'information de la CNAM dédié aux IJ n'intègre pas ces éléments, notamment les salaires. Ces paramètres sont néanmoins bien présents au niveau des systèmes d'informations des CPAM.

Enfin, il semble difficile de rapprocher les chiffrages communiqués par la DSS avec les montants retenus dans l'élaboration des prévisions (cf. tableau 21).

- concernant les économies :
  - pour 2011 : les 100 M€ correspondent à la modification de la détermination d'un salaire journalier de référence (le salaire annuel des assurés exerçant un travail discontinu ou à caractère saisonnier est divisé par 365 et non plus 360) ;

- pour 2012 : les 155 M€ correspondent à l'impact de la baisse du plafond (1,8 SMIC) pour 150 M€[117] et à celui de la lutte contre la fraude pour 5 M€ ;
- pour 2013 : les 7 M€ sont l'effet attendu de la lutte contre la fraude ;
- pour 2015 : les 9 M€ sont les économies de lutte contre la fraude.

◆ concernant les provisions[118] :

- pour 2014 : les 14 M€ correspondent à la mesure relative à l'assouplissement des conditions d'ouverture des droits aux IJ (10 M€ pour le passage de 200h à 150h et 1,1 M€ pour la suppression de la condition des 200h) et à l'amélioration de la protection sociale des femmes affiliées au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés en cas d'arrêt maladie lié à la grossesse pour 2,5 M€[119] ;
- pour 2015 : les 25 M€ correspondent à la fois à l'impact de la mesure relative à l'assouplissement des conditions d'ouverture des droits aux IJ (20 M€[120] dont 10 M€ de report des provisions de l'ONDAM 2014) et à l'impact de la réforme sur les conjoints collaborateurs (5 M€) ;
- pour 2016 : les 15 M€ correspondent à l'effet report de la modification du seuil d'ouverture des droits pour les autoentrepreneurs (RSI).

Tableau 21 : Évolution du montant des économies à intégrer dans le tendanciel (M€)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prévision tendanciel spontané	10 206	10 548	10 925	10 822	9 994	10 343	10 725
Montant des économies (hors maîtrise médicalisée)	130	100	155	7		9	
Provisions[121]					14	25	-15

Source : DSS.

[117] Le tableau 20 mentionne 125 M€ pour 2012, et 180 M€ en année pleine.

[118] Les provisions désignent l'impact à la hausse ou à la baisse de mesures qui interviendront au cours de l'exercice sans qu'on en connaisse le contenu et le chiffrage précis.

[119] Article 30 de l'annexe 10 du PLFSS 2014.

[120] Le coût de la mesure avait été évalué à 30 M€ (20 M€ pour les IJ maladie, 10 M€ pour les IJ maternité, 0,3 M€ pour les IJ paternité).

[121] Les provisions désignent l'impact à la hausse ou à la baisse de mesures qui interviendront au cours de l'exercice sans qu'on en connaisse le contenu et le chiffrage précis.

4.1.3. Un objectif politique affiché de maîtrise médicalisée fixé par la CNAM qui est suivi mensuellement dans les caisses locales sans être forcément accompagné de mesures chiffrées en contrepartie, rendant ainsi sa réalisation aléatoire et servant d'explication à l'écart entre la prévision et la dépense réalisée

4.1.3.1. Un objectif d'économies normatif est fixé par la CNAM au niveau national puis réparti entre les régimes

La CNAM fixe une enveloppe d'économies annuelles à réaliser au titre de la maîtrise médicalisée qui vise « *à promouvoir le « juste soin », pertinent, efficace, conforme aux recommandations, organisé de la manière la plus efficiente possible, en évitant de gaspiller des ressources sans valeur ajoutée pour la santé* »[122]. Cet objectif d'économies s'insère dans le plan d'économies 2015-2017 de 11 Md€ réparti en 4 parties : l'efficacité de la dépense hospitalière, le virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement, les produits de santé et promotion des génériques, pertinence et bon usage des soins (ou aussi appelée maîtrise médicalisée). Ces économies résultent d'un engagement des professionnels avec la sécurité sociale.

Cet objectif global est ensuite ventilé selon les différents postes. Une première répartition est effectuée par la DSS en septembre de l'année N-1 pour le PLFSS de l'année N. Cependant ce n'est qu'en février de l'année N que la CNAM établit la ventilation définitive qui sera ensuite reprise par la DSS pour le suivi de l'ONDAM[123]. Concernant le poste des IJ, 100 M€ de réduction annuelle sont fixés par rapport au tendanciel financier arrêté dans le cadre de l'ONDAM avec une distinction pour le libéral (78 M€) et pour les établissements de santé (22 M€) depuis 2012.

Le montant de maîtrise médicalisée sur le poste IJ est ensuite réparti selon les régimes en fonction de leur poids dans la dépense. Ainsi sur l'objectif de 100 M€, le régime général doit réaliser 92,6 M€ d'économies, la MSA 4,9 M€ et le RSI 2,2 M€.

4.1.3.2. Cet objectif d'économies est décliné au sein du régime général par caisses mais ne fait pas l'objet en contrepartie d'actions chiffrées en amont

À partir de l'objectif d'économie défini, un objectif local est fixé pour chaque caisse en fonction de leur poids ($objectif_{caisse} = \frac{dépense\ IJ_{caisse}}{dépense\ IJ_{\ national}} \times objectif_{\ national}$).

Ainsi l'effort demandé à chaque caisse est le même (défini comme le ratio objectif de la caisse sur dépense d'IJ de la caisse), il ne tient pas compte des efforts déjà réalisés par le passé par chacune des caisses[124].

Cet indicateur de pilotage est inscrit dans le contrat pluriannuel de gestion (CPG) des caisses et fait l'objet d'un suivi mensuel spécifique. Pour cela, un outil est mis à disposition des CPAM pour suivre les économies réalisées sur l'année pour atteindre l'objectif. Il repose sur la formule suivante :

$$E_N = M_{N-1}(montant\ tendanciel_{PCAP} - évolution\ constatée_{\ PCAP})$$

Où :

- E_N est l'estimation du montant d'économie pour l'année N ;

---

[122] Rapport charges et produits 2017 de l'Assurance Maladie.

[123] Des différences sur le poste IJ ont existé entre 2010 et 2012 : en 2010 96 M€ pour la ventilation PLFSS et 88 M€ pour celle de la CNAM, en 2011 : 48 M€ *versus* 74 M€ ; en 2012 : 103 M€ *versus* 100 M€.

[124] Pour l'objectif 2017, la CNAM tiendra compte des efforts déjà réalisés par chaque caisse.

- M_{N-1} est le montant des IJ pour l'année N-1 ;
- le taux tendanciel en PCAP (entre le mois M de l'année N-1 et de l'année N) provient de la somme :
  - d'un taux tendanciel en volume pour chaque CPAM déterminé de telle manière que la somme pondérée des évolutions tendancielles en volume de chaque caisse (en date de remboursements) correspond à l'évolution tendancielle nationale du volume en date de soins fixée pour la construction de l'ONDAM[125] ;
  - d'un effet prix calculé au niveau national à partir de l'indice du salaire mensuel de base ;
  - d'un effet correction des jours ouvrés et variation saisonnière calculé pour chaque CPAM ;
- le PCAP brut est fourni mensuellement, il correspond à l'évolution du montant versé des IJ de janvier au mois M de l'année N par rapport au montant versé des IJ de janvier au mois M de l'année N-1.

Cependant, si les caisses sont sensibilisées et mettent en œuvre des programmes pour atteindre cet objectif de réduction de dépenses ; **aucune mesure chiffrée d'action de gain de productivité n'a pu être mise en regard de ce montant d'économie, au niveau national comme au niveau local, et encore moins en séparant le poste IJ entre établissements de santé et médecine libérale**.

Dans ces conditions, le pilotage de cet objectif sans plan d'actions chiffré au préalable semble hasardeux. En 2016, 40 caisses ont atteint l'objectif et 66 n'ont pas réussi.

4.1.3.3. Les limites de l'objectif de maîtrise médicalisée sur le sous-poste des IJ : une méthodologie de calcul peu lisible, non partagée entre les régimes et qui sert à expliquer l'écart entre la prévision et le réalisé sans pouvoir être observé directement

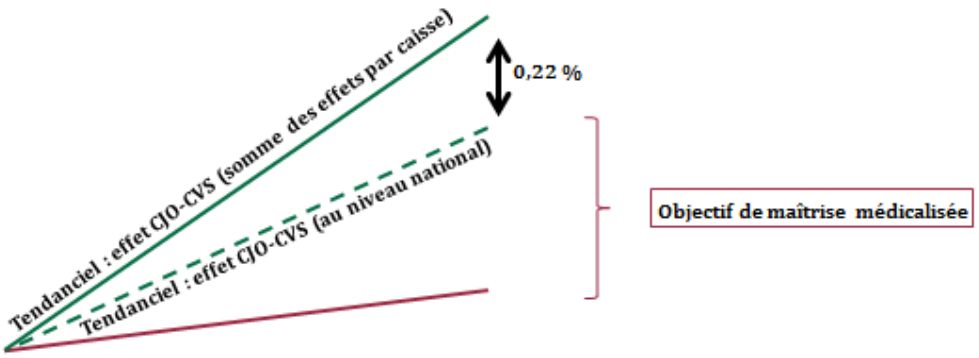
4.1.3.3.1. Le montant d'économies du régime général au niveau national ne correspond pas tout à fait à la somme des économies de chaque CPAM du fait de la méthodologie de calcul adoptée

Pour déterminer le montant des économies réalisées pour le régime général, la CNAM reçoit celui de chaque CPAM. En 2016, les économies s'élèvent à 45,7 M€. Néanmoins, il ne s'agit pas du montant d'économies annoncé par la CNAM au niveau national.

Cette différence s'explique par une différence d'effet des jours ouvrés et des variations saisonnières (effet CJO-CVS) entre le niveau national et celui des caisses. En effet, d'après les calculs de la CNAM, l'effet CJO-CVS national agrégé à partir des effets CJO-CVS de chaque caisse ne correspond pas à l'effet CJO-CVS calculé directement au niveau national ; la CNAM estime l'écart à 0,22 point. Ainsi, l'évolution tendancielle nationale du montant brut estimée à partir des évolutions tendancielles du montant brut des caisses est de 0,22 % plus élevée que l'évolution tendancielle nationale du montant brut estimée directement à partir de la série nationale (cf. graphique 47).

[125] Au départ les évolutions tendancielles (corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières) sont calculées pour chaque caisse indépendamment. L'agrégation des différents montants prévisionnels des caisses permet de calculer une évolution nationale. Cependant, ce taux peut s'écarter de la cible ONDAM définie. La différence est alors éliminée en pondérant les évolutions de chaque caisse selon leur poids respectif en montant dans la dépense totale.

Graphique 47 : Le passage des économies de chaque caisse au montant de l'objectif de maîtrise médicalisée au niveau national



Source : Mission.

Finalement, le montant d'économies pour le régime général (hors SLM) affiché est alors de 22 M€[126].

4.1.3.3.2. La CNAM a la mainmise sur l'objectif de maîtrise médicalisée, aucune communication n'a lieu entre les différents régimes pour partager et valider la méthodologie

Pour sa part, la MSA calcule un montant d'économies réalisées pour chaque caisse en comparant le taux brut d'évolution constaté au taux d'évolution attendu. Ce dernier est la somme du taux d'évolution tendancielle[127] au 1er janvier de l'année N (au niveau local), d'un effet démographique (au niveau local), d'un effet prix (au niveau national) et d'une correction des jours ouvrés (au niveau national).

Avec cette méthode de calcul, la MSA affiche une économie de 10 M€ en 2016 sur les 4,9 M€ attendus.

Cependant, malgré un suivi des différents régimes de la maîtrise médicalisée, la CNAM gère elle-même le calcul des économies réalisées. Ainsi, le montant d'économies affiché de 24 M€ (cf. tableau 22) provient du montant réalisé par le régime général (22 M€) qui est ensuite multiplié par une clé de passage fonction du poids du régime (1/92,6 %) pour définir le montant tous régimes (la clé est la même que celle qui a permis de définir le montant d'économies à réaliser pour le régime général sur l'ensemble des 100 M€).

Il n'y a donc pas de communication entre régimes sur le suivi de cet objectif de maîtrise, ni de vérification de la réalité du montant avancé. La DSS admet également ne pas avoir les outils pour contre-expertiser le montant annoncé par la CNAM.

Une expertise des différents chiffres doit être menée rapidement pour fiabiliser les montants d'économies annoncés. En effet, si le régime général annonce 22 M€ et la MSA 10 M€, or, à moins de fortes dépenses des autres régimes, cela ne correspond pas à 24 M€.

[126] En 2016, la dépense d'IJ ONDAM régime général est de 10 Md€. Ainsi l'écart CJO-CVS serait de 22 M€, ce qui donnerait une économie agrégée par caisse de 44 M€.

[127] Évolution moyenne du nombre de jours indemnisés des trois dernières années.

4.1.3.3.3. La non-réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée sert à justifier l'écart entre la prévision et la dépense réalisée mais est difficilement observable dans les données du fait d'une différence de méthodologie de comptabilisation et d'un effet de base

La non-réalisation de cet objectif justifie l'écart entre la prévision et la dépense réalisée. Or l'écart pourrait résulter aussi bien d'une prévision imparfaite suite à des facteurs exogènes ou suite à l'impact non prévu de réformes réglementaires sur l'accès aux IJ, que d'actions mises en regard des 100 M€ qui n'ont pas été concluantes. Si un plan préalable chiffré existait, un bilan pourrait expliciter les raisons de la non-atteinte des objectifs et de faire la différence entre ces deux effets.

De plus, **cette justification n'est pas observable dans les données**. En effet l'écart entre la dépense réalisée et la prévision ne correspond pas au montant d'économies non réalisées (cf. ligne (J) et (L) du tableau 22). La CNAM avance les explications suivantes :

- le montant de l'objectif de maîtrise médicalisée est en date de remboursement et non en date de soins (méthodologie retenue pour le périmètre ONDAM). Cependant le montant prévisionnel correspond à une différence d'un montant en date de soins et d'un montant en date de remboursement ;
- le montant de l'objectif de maîtrise médicalisée couvre également les sections locales mutualistes, or ces IJ ne sont plus comptabilisées dans le périmètre ONDAM depuis 2014 ;
- le montant correspondant au tendanciel spontané provient de la multiplication d'un taux d'évolution à une base qui est le montant du tendanciel spontané de l'année passée (qui peut d'ailleurs être révisé notamment suite à un changement de périmètre). Or l'interprétation de l'objectif de maîtrise médicalisée s'interprète par rapport à la base réelle (dépense effectuée en N-1) qui peut être différente. En effet la non-réalisation de la maîtrise médicalisée correspond à l'écart entre montant prévisionnel sans l'objectif de maîtrise médicalisé calculé à partir de la dépense effective et le montant réalisé (cf. ligne (M) du tableau 22).

Tableau 22 : Évolution du montant des économies à intégrer dans le tendanciel (M€)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
(A) Base retenue	9 630	10 043	10 400	10 406	9 645	9 983	10 327
(B) Tendanciel spontané (taux d'évolution arrêté lors de la réunion d'arbitrage)	6,0 %	5,0 %	5,0 %	4,0 %	3,6 %	3,6 %	3,9 %
(C) Prévision tendanciel spontané (A x B)	10 206	10 548	10 925	10 822	9 994	10 343	10 725
(D) Montant des économies (hors maîtrise médicalisée)	130	100	155	7	-	9	-
(E) Provisions	-	-	-	-	14	25	-15
(F) Montant de l'objectif de maîtrise médicalisée	88	74	100	100	100	100	100
(G) Prévision (C-D+E-F)	9 980	10 400	10 667	10 660[128]	9 908	10 258	10 610
(H) Montant réalisé	10 008	10 243	10 116	10 172	10 058	10 392	-
(I) Taux d'évolution réalisé (à partir de H)	4,0 %	2,4 %	-1,2 %	0,6 %	-1,1 %	3,3 %	4,2 %
(J) Écarts (H-G)	27	-156	-551	-488	150	134	-
(K) Économies réalisées dans le cadre de l'objectif de maîtrise médicalisée	0	140	200	100	4	54	24

[128] La prévision ne correspond pas à la prévision du tendanciel plus les provisions moins les économies (mesures nouvelles et objectif de maîtrise médicalisée). La DSS n'a pas été en mesure d'en expliquer la raison.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
(L) Économies non réalisées (F-K)	88	-66*	-100*	0	96	46	76
(M) Écarts recalculés **	-	-37	-165	-246	546	78	67

Source : DSS et CNAM pour les économies réalisées. Note de lecture : les provisions correspondent aux modifications réglementaires ayant pour effet de diminuer la dépense d'IJ. (*) Un nombre négatif signifie qu'il s'agit d'économies réalisées et qui n'avaient pas été prévues. (**) Cet écart provient de la différence entre le montant prévisionnel (montant réalisé en N-1 multiplié par le taux prévisionnel) et le montant réalisé de l'année N.

Encadré 25 : La réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée sur le poste IJ est minimisée dans le rapport de la CCSS

Si la réalisation de l'ensemble de l'objectif de maîtrise médicalisée (médicaments, dispositifs médicaux, IJ, transports, kinésithérapie, biologies et actes) est performante en 2015 (85 %, cf. tableau 23), elle masque des différences selon les postes. Cependant, d'après le rapport de la CCSS de juin 2016, « *le taux d'atteinte s'apprécie globalement, les taux d'atteinte par sous-postes n'étant pas forcément significatifs compte tenu à la fois de la faiblesse relative des objectifs initiaux retenus par sous-poste et de facteurs exogènes ayant pu intervenir en cours d'année* ». **Ainsi, les objectifs annoncés sur le poste IJ doivent être considérés comme approximatifs ; seule l'atteinte de l'objectif global devant être considérée comme significative** (*cf.* tableau 23).

Tableau 23 : Réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée en 2015

	Objectif (M€)	Réalisation (M€)	Taux d'atteinte
Médicaments	385	349	91 %
Dispositifs médicaux	50	25	50 %
Indemnités journalières	100	54	54 %
Transports	75	47	63 %
Kinésithérapie	30	65	217 %
Biologie	30	56	187 %
Actes	30	1	3 %
Total	700	597	85 %

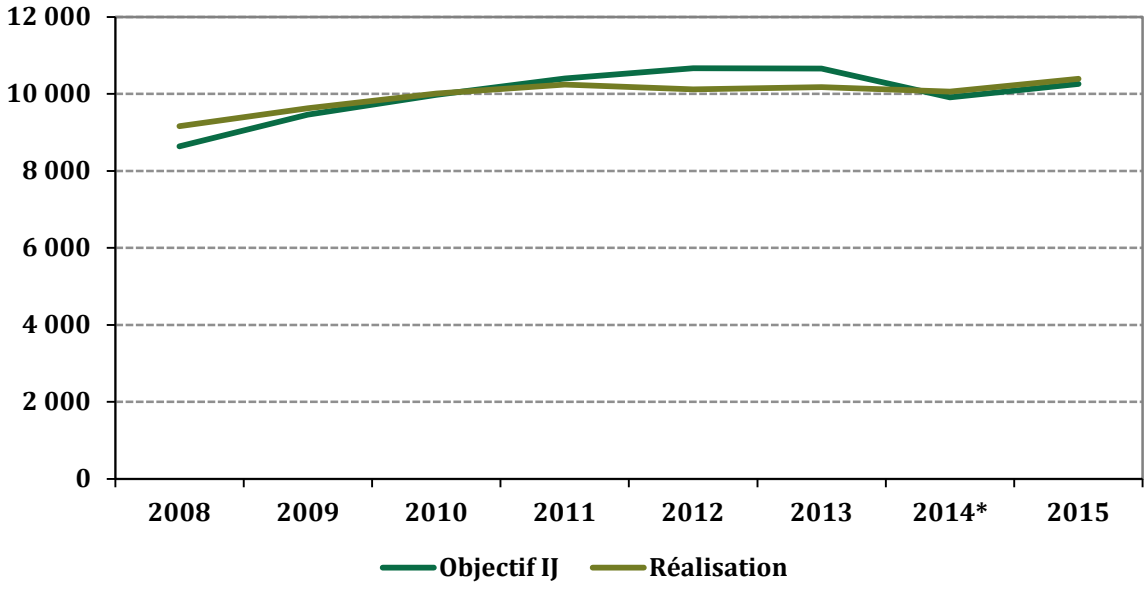
Source : Rapport de la CCSS juin 2016.

Source : Mission.

4.1.4. Les limites méthodologiques des prévisions de dépenses sont à relativiser puisque les écarts avec les montants réalisés sont faibles, de l'ordre de 1,3 % en 2015

Malgré les différentes limites de la prévision, les écarts entre l'objectif et sa réalisation sont à relativiser puisque l'écart moyen en valeur absolue sur 2008-2015 est de 3 %, soit 274 M€ par rapport à une dépense de 10 Md€. Sur la période récente, l'écart rapporté à la réalisation est de 1,5 % en 2014 et 1,3 % en 2015 (cf. graphique 48).

Graphique 48 : Comparaison entre l'objectif et la réalisation de la dépense d'IJ depuis 2008



*Source : DSS. Note de lecture : * changement de périmètre avec sortie des maintiens de salaire pour arrêt maladie des fonctionnaires d'état, et des agents de la SNCF et de la RATP.*

Sur 2008-2015, en sommant les montants prévisionnels d'une part, et ceux réalisés d'autre part, l'écart est de 200 M€ en faveur d'une économie par rapport aux objectifs fixés.

4.1.5. Une dépense qui fait l'objet d'un suivi attentif afin de renforcer l'efficience du système de soins et de développer la maîtrise médicalisée des dépenses mais nécessite une actualisation de la définition de l'indicateur de performance suite aux dernières réformes réglementaires et objectifs d'économies décidés

La dépense d'IJ fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre du groupe de suivi de l'exécution des soins de ville de l'ONDAM qui est piloté mensuellement par la DSS. Les participants produisent des notes de constat sur leurs dépenses en date de soins et en date de remboursements. De plus, divers exercices de prévision d'actualisation sont à nouveau programmés entre août et février.

La construction de la prévision de dépense d'IJ et sa réalisation font également l'objet de l'attention du comité d'alerte en mai de chaque année[129]. Lors des auditions menées par ce comité, une nouvelle estimation du tendanciel est présentée à partir de la connaissance des données les plus récentes (effet d'acquis), ainsi que l'ensemble des mesures d'économies et de l'objectif de maîtrise médicalisée.

L'évolution de la dépense d'IJ maladie fait également l'objet d'un objectif annuel chiffré dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (« programme qualité et efficience », annexe I du PLFSS).

[129] Le comité d'alerte a été créé par l'article 40 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont la mission est « d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement ». Le comité rend un avis avant le 1er juin.

Sur la période 2013-2018, l'objectif fixé est une croissance annuelle moyenne inférieure à celle de la masse salariale plafonnée du secteur privé[130] diminuée de 0,5 %[131]. La DSS a construit cet indicateur en partant du principe que l'évolution de la dépense d'IJ *« est principalement liée à l'emploi et au salaire, [ce qui] doit être proche de celle de la masse salariale privée »*. Ainsi les efforts réalisés par les CPAM sur l'objectif de maîtrise médicalisée devraient permettre d'atteindre l'objectif puisque la correction de 0,5 % est équivalente à 30 M€.

L'atteinte de l'objectif fluctue, (cf. tableau 24 et encadré 26), avec des réalisations bien supérieures aux objectifs entre 2011 et 2013 et bien inférieures aux objectifs entre 2009 et 2010 et depuis 2014.

Tableau 24 : Évolution du remboursement des indemnités journalières de la branche maladie

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
IJ maladie, montants (en M€)	5 959	6 179	6 280	6 220	6 231	6 522	6 774
IJ maladie, taux d'évolution	5,0 %	3,7 %	1,6 %	-1,0 %	0,2 %	4,7 %	3,9 %
Masse salariale plafonnée du secteur privé	-0,3 %	1,3 %	3,4 %	2,5 %	1,2 %	1,4 %	1,5 %

Source : Annexe I PQE, PLFSS 2017.

La méthode d'élaboration de cet indicateur est cependant obsolète à plusieurs titres :

- la masse salariale plafonnée n'a plus de sens avec la réforme du plafonnement du salaire journalier : il est désormais limité à 1,8 fois le montant du Smic mensuel et non plus au plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- la diminution de 0,5 % de cet objectif signale une volonté de réaliser des économies. Cependant l'objectif de maîtrise médicalisé est plus ambitieux puisqu'il est fixé à environ 1 %.

Il semble donc nécessaire d'actualiser cet indicateur pour tenir compte des modifications réglementaires liées au plafonnement des IJ maladie et de l'objectif de maîtrise médicalisée fixé.

La principale difficulté est de mesurer l'effet prix du à l'augmentation des salaires sans la connaissance précise de ces derniers plafonnés à 1,8 Smic.

Encadré 26 : Atteinte de l'objectif en 2012

Les PLFSS 2016 et 2017 expliquent la réalisation de l'objectif en 2012 par les raisons suivantes :

- **la baisse du volume d'IJ** qui est due à une réduction de l'emploi de -0,2 % en moyenne annuelle et à un effet structure favorable reflétant les bons résultats obtenus en matière de maîtrise médicalisée cette même année ;
- **la décélération de l'effet prix** par l'atténuation de la hausse des salaires *via* la baisse du plafond servant au calcul de l'IJ et la mesure modifiant son calcul.

En 2013, les IJ se sont stabilisées. Les explications avancées sont (i) la baisse de l'emploi salarié de 0,6 % et (ii) une évolution modérée des salaires de 1,8 %.

Source : Mission, d'après annexe I PQE, PLFSS 2016 et 2017.

[130] Les chômeurs ont également droit aux IJ mais l'indicateur construit n'en tient pas compte car ils sont par nature exclus du champ de la masse salariale.

[131] La correction de 0,5 % rapportée à la dépense d'IJ maladie du régime général de 6Md€ correspond à 30 M€.

4.2. La décomposition du taux d'évolution de la dépense d'IJ en plusieurs effets (par exemple volume, prix, hausse du nombre de bénéficiaires, de la durée) sert à l'orientation des contrôles mais reste sujette à caution

4.2.1. Régime général : la décomposition des effets du taux d'évolution de la dépense d'IJ fait l'objet d'un suivi particulier au niveau national et au niveau des CPAM car elle peut orienter les contrôles du service médical ; elle n'est cependant pas robuste faute de connaissance des prix réels

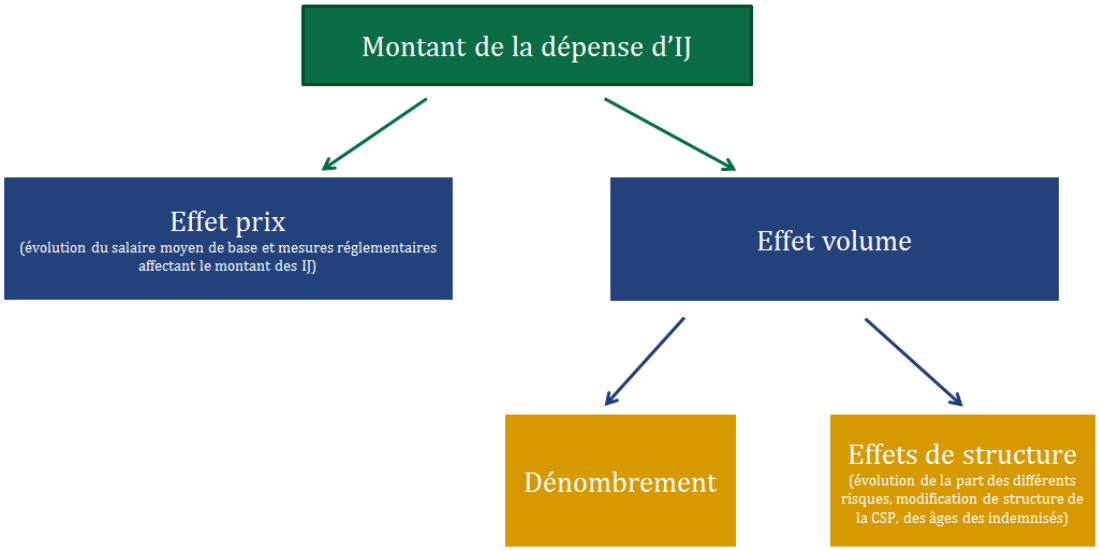
Afin d'expliquer ces évolutions, la CNAM tente de distinguer (cf. graphique 49) :

- l'« effet prix », soit la part de l'évolution due au niveau des salaires pris en compte et des mesures réglementaires affectant le montant des IJ (chiffrage effectué par la DSS pour l'ouverture des droits avec le passage de 360 à 365 jours et de la baisse du plafond des IJ) ;
- l'« effet volume », soit la part restante d'évolution, se répartissant entre une augmentation du nombre d'IJ (qui peut être due à une augmentation du nombre de bénéficiaire ou à un allongement de la durée des IJ) et un effet résiduel encore appelé « structure » puisqu'il correspond à l'évolution de la part des différents risques, de la modification de la structure des bénéficiaires par CSP et par âge.

Cette décomposition est imparfaite car :

- le salaire de référence pris en compte dans le calcul des IJ n'est pas connu de la CNAM. Ainsi le proxy utilisé est l'évolution du salaire moyen de base ;
- le chiffrage des mesures réglementaires affectant le montant des IJ est incomplet rendant l'effet prix incertain ;
- l'effet résiduel est difficilement interprétable et, bien que classé par la CNAM comme faisant partie de l'effet volume, il a surtout un impact sur le prix des IJ.

Graphique 49 : Décomposition de l'évolution du montant d'indemnités journalières par la CNAM



Source : Mission. Note de lecture : les IJ sont initialement corrigées des variations saisonnières et calendaires.

Selon cette approche, l'effet prix ralentit entre 2006 et 2012 pour les IJ maladie avant de repartir à la hausse (cf. graphique 50). Le ralentissement peut être expliqué par deux modifications réglementaires :

- la modification du salaire journalier servant de référence au calcul des indemnités journalières puisque le salaire de l'assuré est désormais divisé par 365, et non plus 360, depuis le 1er novembre 2010 ;
- la forte baisse constatée en 2012 vient de l'abaissement du plafonnement des IJ à 1,8 fois le SMIC.

Le nombre d'IJ maladie a diminué en 2006 et 2007 avant d'augmenter puis ralentir sur la période 2011-2013 et enfin reprendre une dynamique positive à partir de 2014 (cf. graphique *infra*). Cet infléchissement peut être en partie dû à l'évolution de l'emploi salarié non agricole sur ces mêmes années.

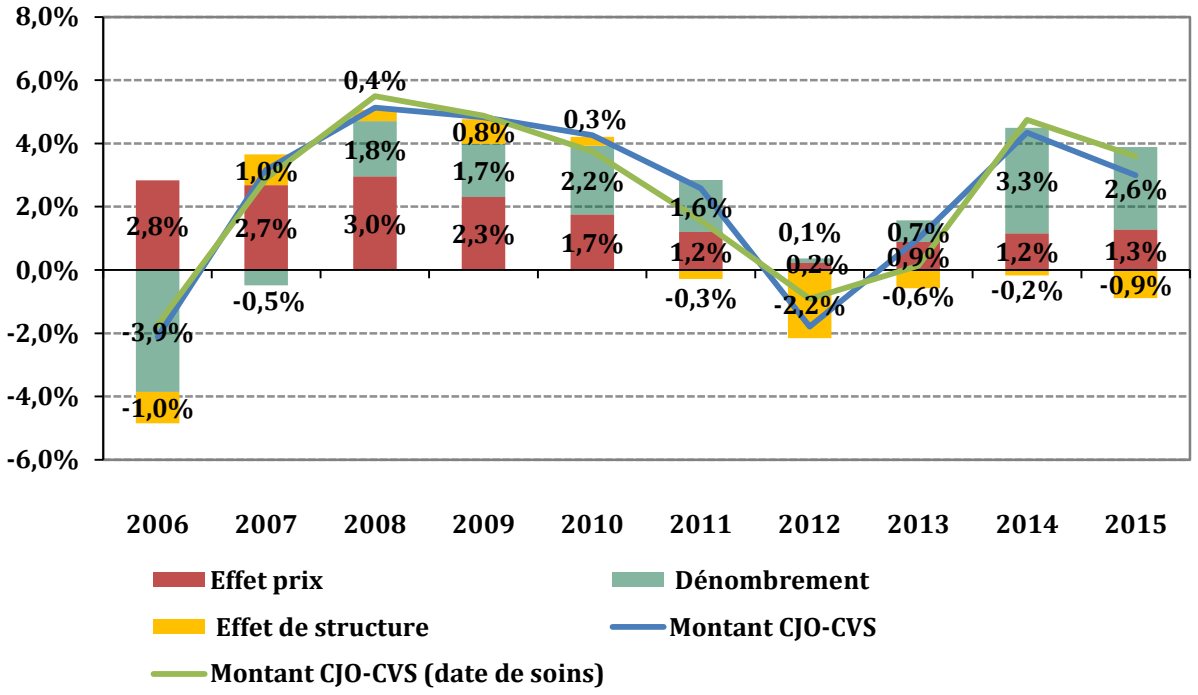
Il est possible d'obtenir une distinction entre les IJ de moins de trois mois et les IJ de plus de trois mois[132] ; les évolutions sont différentes mais sont à prendre avec précaution puisqu'une partie des IJ de plus de trois mois résulte des IJ de moins de trois mois « en devenir », ainsi la dynamique des IJ de plus de trois mois est en partie liée aux IJ de moins de trois mois :

- **concernant les IJ de moins de trois mois** (cf. graphique 51) : des ralentissements de la dynamique sont observables certaines années (2009, 2012, 2015) ;
- **concernant les IJ de plus de trois mois** (cf. graphique 52) : la période 2010-2013 se distingue avec soit de faibles hausses ou des baisses alors qu'en 2009 ; 2014 et 2015 l'évolution est de plus de + 4 %. Le rapport sur les comptes de la santé 2015 de la DREES met en avant deux facteurs explicatifs : l'entrée en vigueur en 2014 de l'obligation des caisses de sécurité sociale de payer les IJ de mi-temps thérapeutique et l'assouplissement des conditions d'ouverture de droits aux IJ de longue durée.

L'évolution de la dépense n'est pas totalement expliquée par l'effet prix et le dénombrement puisque l'effet résiduel (ou de structure) est conséquent en 2012, et sur la période 2012-2015 pour les IJ de plus de 3 mois qui reste non interprétable à ce jour (par exemple modification de la structure des qualifications, de l'âge des bénéficiaires etc.).

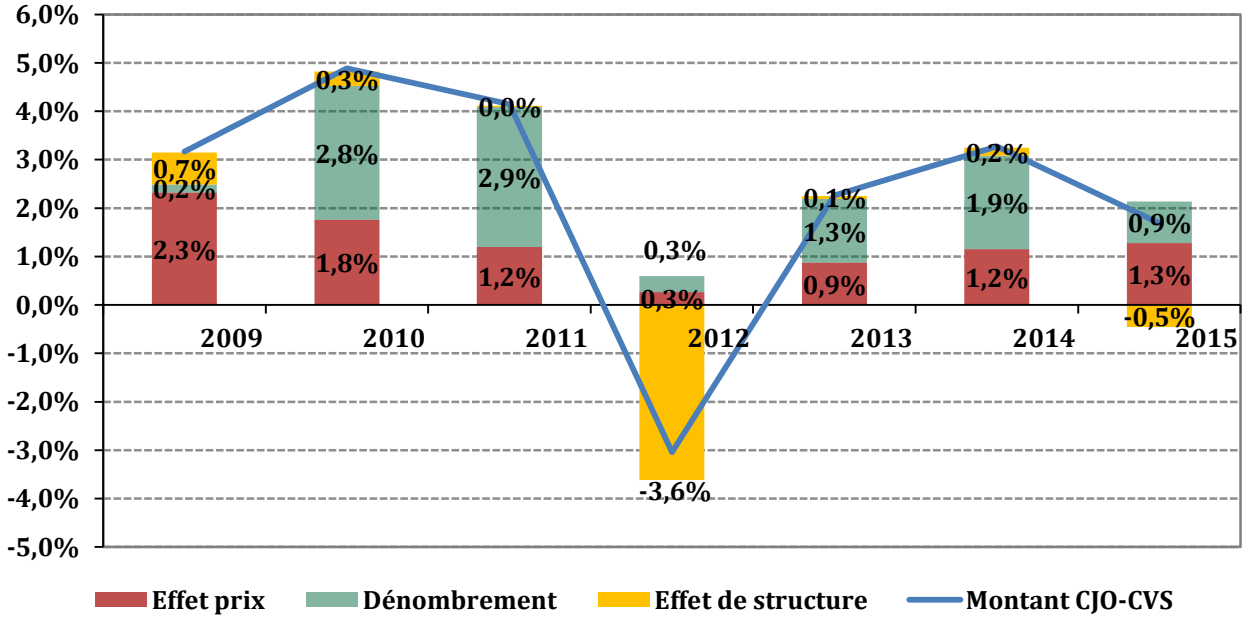
[132] La distinction IJ de moins et de plus de trois mois est arbitraire et provient du calibrage des SI. La remontée est automatique dans les systèmes d'information de la CNAM sous cette forme.

Graphique 50 : Décomposition du taux de croissance de la dépense d'IJ maladie (corrigée des variations saisonnières et calendaires)



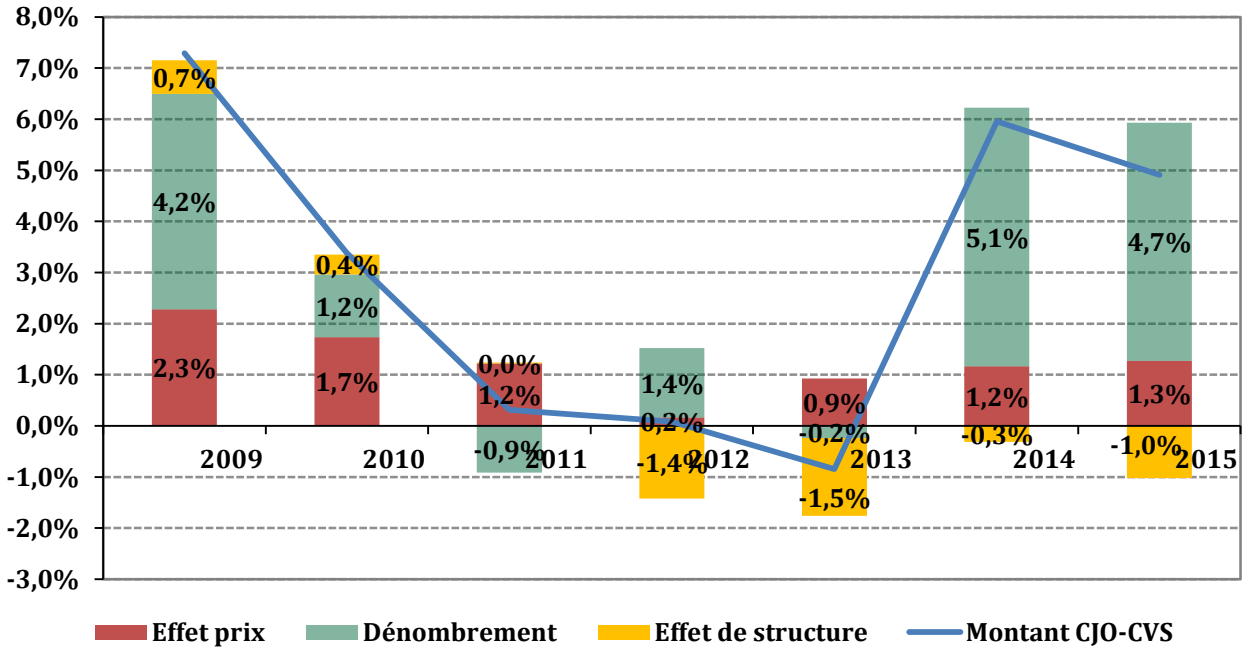
Source : CNAM. Note de lecture : données en date de remboursements. La décomposition des différents effets n'est pas réalisée en date de soins par la CNAM. Les données en date de soins sont en théorie plus significatives car elles éliminent la variation des délais de remboursement. Cependant, les deux courbes montrent que la différence d'évolution n'est pas si significative, à part sur la période 2011-2013, suite à l'injection automatique des salaires dans les systèmes d'information de la CNAM ce qui a réduit les délais de remboursement (cf. supra). L'année N s'interprète comme l'évolution entre N-1 et N.

Graphique 51 : Décomposition du taux de croissance de la dépense d'IJ maladie de moins de 3 mois (corrigée des variations saisonnières et calendaires)



Source : CNAM. Note de lecture : données en date de remboursements. L'année N s'interprète comme l'évolution entre N-1 et N.

Graphique 52 : Décomposition du taux de croissance de la dépense d'IJ maladie de plus de 3 mois (corrigée des variations saisonnières et calendaires)

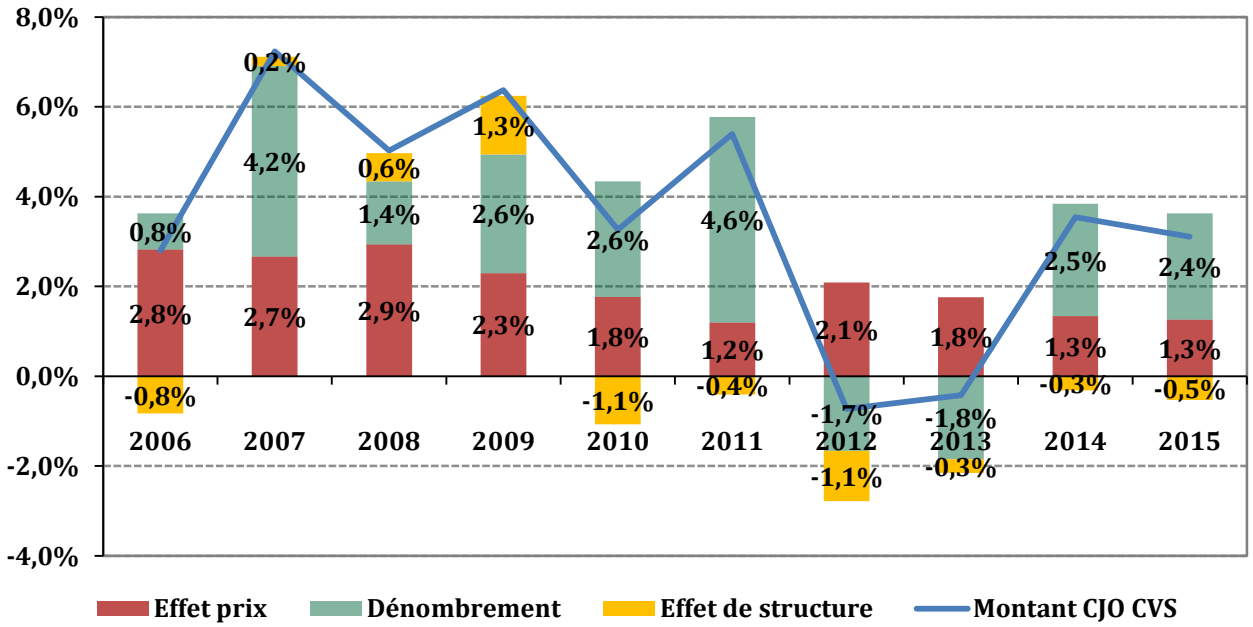


Source : CNAM. Note de lecture : données en date de remboursements. L'année N s'interprète comme l'évolution entre N-1 et N.

La décomposition des composantes de l'évolution de la dépense d'IJ AT-MP montre une variation importante du nombre d'IJ et moins de l'effet prix (cf. graphique 53).

Contrairement aux IJ maladie, il n'y a pas eu d'effet prix à la baisse en 2011-2013. En effet, pour le risque AT-MP le plafond n'a pas été modifié. Au contraire, il a augmenté par rapport à 2011. **L'effet du palier sur 2011-2013 vient d'une baisse du nombre d'IJ**. Il reste néanmoins une partie résiduelle importante sur l'évolution 2011-2012 comme pour le risque maladie.

Graphique 53 : Décomposition de l'évolution des IJ AT-MP



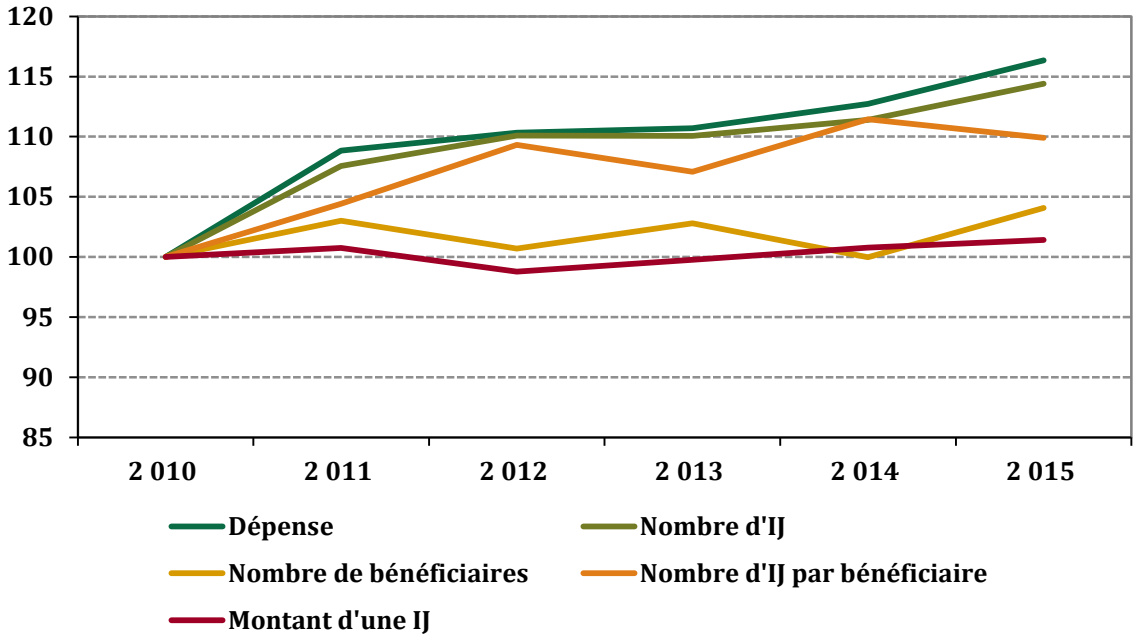
Source : CNAM. Note de lecture : données en date de remboursements. L'année N s'interprète comme l'évolution entre N-1 et N.

D'autres indicateurs pourraient être suivis à partir des arrêts pour identifier l'effet de la hausse du nombre de bénéficiaires, celle du nombre de jours consommés par individu et l'effet tarif (prenant en compte à la fois l'évolution du montant des IJ et de la déformation de la structure). **Ce suivi nécessite de s'appuyer sur les données des arrêts terminés qui permettent de reconstituer la durée totale d'un arrêt**.

Ces indicateurs confirment la baisse de la dépense d'IJ en 2012, une forte hausse à partir de 2014. Ils permettent de mettre en évidence (cf. graphique 54) :

- **la forte variabilité du nombre de bénéficiaires d'IJ selon les années** : une année à la hausse et l'année suivante à la baisse. Cette évolution est très proche de celle du nombre d'arrêts maladie. De plus cette variabilité de la série se retrouve dans l'évolution du nombre d'IJ par bénéficiaire (ou nombre d'IJ par arrêt)[133] ;
- **la forte hausse de 2014 serait due à une forte augmentation de la durée des arrêts** (+5,5 % du ratio nombre d'IJ par bénéficiaire par rapport à l'année précédente). Par contre en 2015 il s'agit plutôt d'une hausse du nombre de bénéficiaires ;
- **l'effet prix[134] a diminué en 2012 puis réaugmente à partir de 2013.**

Graphique 54 : Évolution des principaux indicateurs liés aux arrêts maladies terminés à l'année N



Source : Calculs de la mission à partir des données de la CNAM. Données pour les arrêts terminés à l'année N.

Encadré 27 : Des décompositions différentes selon les CPAM

Une requête nationale a été élaborée par la CNAM permettant de décomposer les coûts afin d'analyser l'évolution de indemnités journalières. Trois effets sont identifiés : (i) l'évolution du nombre de bénéficiaires ; (ii) l'évolution de la durée (nombre d'IJ par bénéficiaire) ; (iii) l'évolution de l'effet prix (tarif).

Ces analyses sont réalisées dans chaque CPAM et ensuite partagées avec le service médical[135]

[133] Cette forte variabilité est également constatée pour le nombre de bénéficiaires

[134] Évolution du montant moyen pour une journée indemnisée.

qui axe son programme de contrôle en fonction de l'évolution des deux premiers effets (nombre de bénéficiaire, durée).

Les effets explicatifs de l'évolution de la dépense diffèrent selon les CPAM. La mission s'est rendue à Créteil et à Marseille et a pu comparer deux études sur la comparaison des montants remboursés entre le 1er janvier et le 31 décembre 201 avec celles effectuées entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015.

- **CPAM de Créteil : une hausse de la dépense en 2016 impactée par le coût par individu**

Une analyse du service études et statistiques montre que la dépense d'IJ maladie a augmenté de 3,9 % dont 2,8 % sont expliqués par l'évolution des IJ de moins de 3 mois et 0,7 % par les IJ de plus de trois mois. Au global, cette évolution est surtout expliquée par l'augmentation du coût d'IJ par bénéficiaire de 2,7 % (+1,4 % de la durée par bénéficiaire et +1,3 % pour l'effet prix) et également de la hausse du nombre de bénéficiaires (+1,1 %).

Pour les IJ maladie de moins de 3 mois hors ALD, la dépense évolue au rythme de 4 %, ce qui est expliqué principalement par l'augmentation du montant de consommation d'IJ par bénéficiaire (3,3 %, dont 1,7 % pour un effet prix et 1,6 % pour un effet allongement de la durée de l'arrêt – nombre d'IJ par personne) et 0,6 % par une augmentation du nombre de bénéficiaires.

Les IJ AT-MP ont fortement augmenté entre 2015 et 2016, + 5,1 %, ce qui est expliqué principalement par l'augmentation du montant de consommation d'IJ par bénéficiaire (4,1 %, dont 2,0 % pour un effet prix et 2,1 % pour un effet allongement de la durée de l'arrêt – nombre d'IJ par personne) et 0,9 % par une augmentation du nombre de bénéficiaires.

- **CPAM de Marseille : une hausse de la dépense en 2016 impactée par l'augmentation du nombre de bénéficiaires**

La dépense d'IJ maladie a augmenté de 3,9 % avec une évolution des IJ de moins de 3 mois de 5,4 % et de 3,2 % pour les IJ de plus de trois mois. Au global, cette évolution est expliquée par la très forte augmentation du nombre de bénéficiaires (+4,9 %) alors que le coût d'IJ par bénéficiaire diminue de 1,0 % en raison de la baisse de -1,2 % de la durée par bénéficiaire et une hausse de l'effet prix de 0,2 %. Ces raisons sont également valables en séparant les IJ maladie selon leur durée (moins de trois mois et plus de trois mois).

Les IJ AT-MP ont diminué entre 2015 et 2016 de -2,3 %, ce qui est expliqué principalement par la baisse de la durée des arrêts (-5,4 %) alors que l'effet tarif est positif (+2,2%) et le nombre de bénéficiaires augmente (+1,0 %).

Tableau 25 : Synthèse de la décomposition des effets

	IJ maladie	IJ maladie < 3 mois	IJ maladie > 3 mois	IJ AT-MP
Créteil	Hausse (prix et durée)	Hausse (prix et durée)	-	**Hausse** (prix et durée)
Marseille	Hausse (bénéficiaires)	Forte* hausse (bénéficiaires)	Hausse (bénéficiaires)	**Baisse** (durée)

Source : Mission, d'après les études transmises par la CPAM de Marseille et celle de Créteil. Note de lecture : « forte hausse » signifie hausse plus importante que celle des IJ de plus de 3 mois. Le facteur prédominant est mentionné entre parenthèses.

Source : Mission.

Cette analyse de la décomposition des effets (hausse du nombre de bénéficiaires, hausse de la durée moyenne d'un arrêt) est néanmoins difficile à appréhender toutes choses égales par ailleurs. En effet, des facteurs épidémiologiques plus importants certaines années peuvent induire une hausse d'arrêts courts biaisant mécaniquement les ratios nombre d'IJ/ nombre de bénéficiaires et nombre d'IJ/ nombre d'arrêts.

[135] Ces analyses peuvent également faire l'objet de publication comme celle de la direction régionale du service médical d'Ile-de-France : « Évolution et décomposition des IJ en2016 », *Études, analyses, statistique* n°1-2017.

Ainsi, l'étude de la CNAM montre qu'en neutralisant le facteur épidémie de grippe, l'évolution de la dépense entre 2013 et 2014 est surtout liée à une augmentation du nombre de personnes ayant recours à des arrêts et non à un allongement des arrêts.

4.2.2. La décomposition de la croissance de la dépense d'IJ pour les autres régimes

4.2.2.1. RSI : cet exercice est présenté chaque année dans la publication de l'essentiel du RSI en chiffres pour les IJ maladie

Le RSI prévoit une analyse de la décomposition de la croissance de la dépense d'IJ avec les effets suivants :

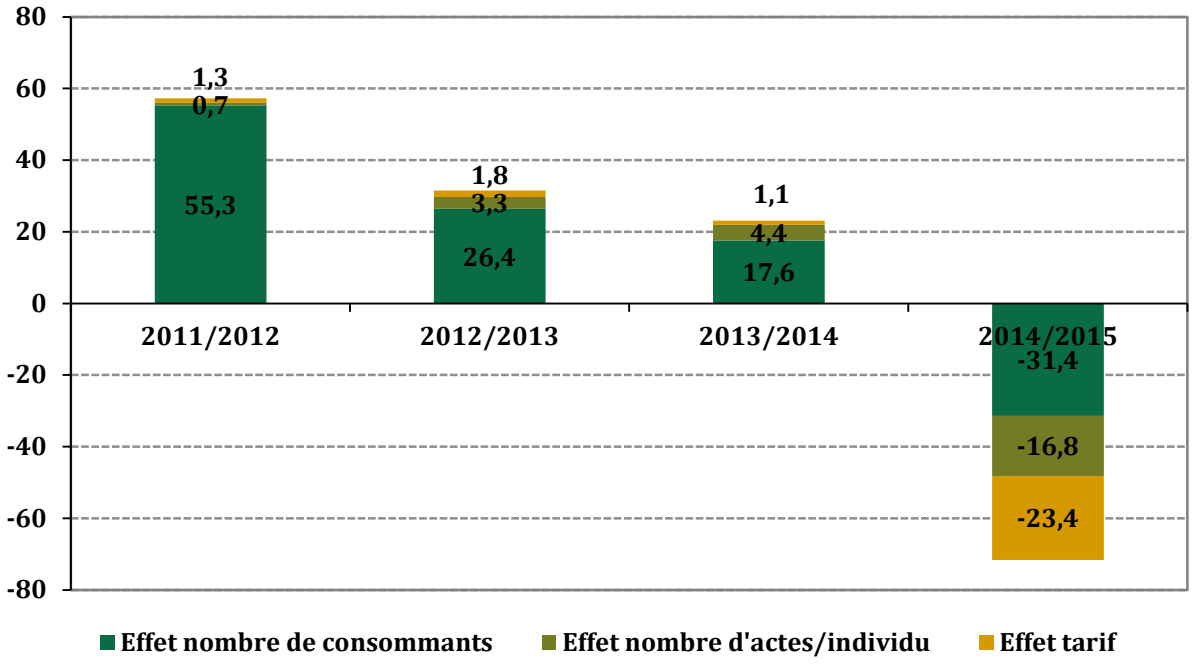
- un effet nombre de bénéficiaires ;
- un effet consommation par individu qui regroupe :
  - un effet volume : le nombre d'IJ par individu ;
  - un effet prix : il s'agit de l'effet résiduel (calculé en dernier) qui intègre à la fois l'effet tarif de l'IJ et de structure.

L'analyse annuelle est décomposée selon la population des bénéficiaires, les autoentrepreneurs et les autres cotisants.

Pour les autoentrepreneurs, le nombre de bénéficiaires permet d'expliquer les différentes évolutions observées sur 2012-2015 (cf. graphique 55). La baisse en 2015 fait écho à la mise en application du décret du 2 février 2015 modifiant l'ouverture des droits puisque les assurés dont les revenus cotisés sont inférieurs à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) moyen des trois dernières années ne peuvent plus bénéficier du droit aux IJ.

Entre 2014-2015, la durée (nombre d'actes) moyenne par bénéficiaire a diminué ainsi que le prix moyen des IJ, ce qui fait également suite au décret de 2015 rendant l'IJ versée proportionnelle au revenu cotisé.

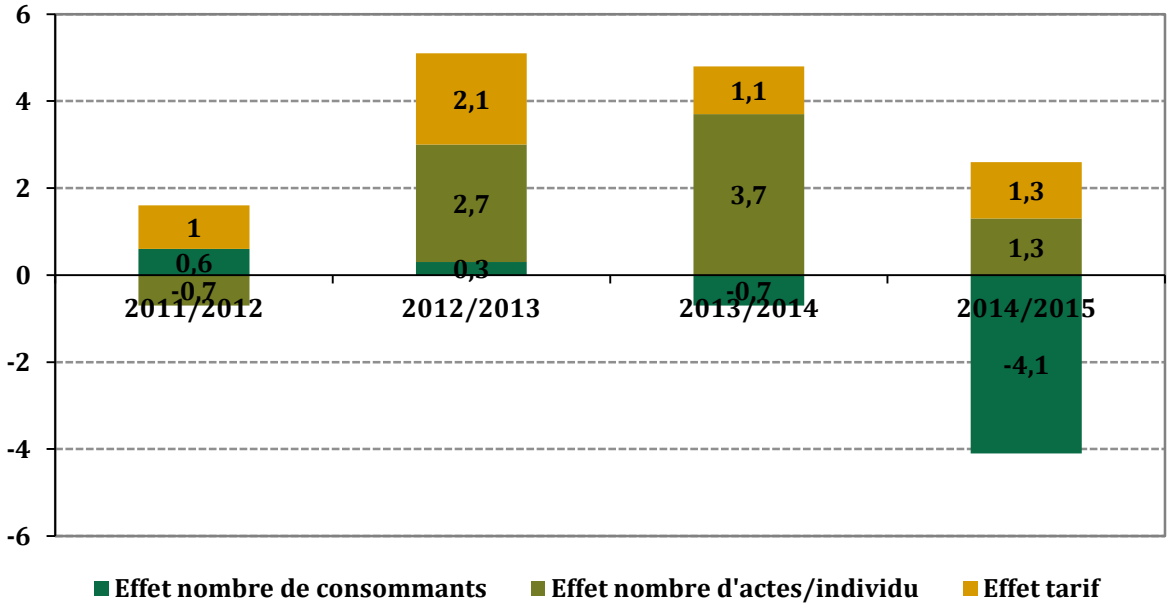
Graphique 55 : Décomposition de la croissance des versements d'IJ pour les autoentrepreneurs



Source : Mission, d'après l'essentiel du RSI en chiffres. Note de lecture : données globales en date de soins, champ : artisans et commerçants, France entière.

Pour les autres bénéficiaires du RSI, le nombre de bénéficiaires ralentit en 2012 et 2013 avant de diminuer depuis (cf. graphique 56). À l'inverse les effets de durée et de prix sont positifs.

Graphique 56 : Décomposition de la croissance des versements d'IJ pour les autres bénéficiaires



Source : Mission, d'après l'essentiel du RSI en chiffres. Note de lecture : données globales en date de soins, champ : artisans et commerçants, France entière.

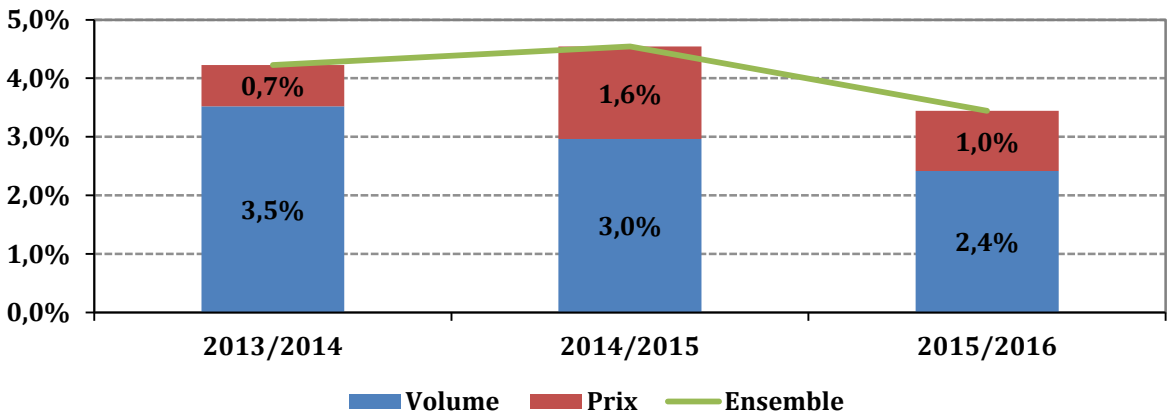
4.2.2.2. MSA : une telle décomposition n'est pas présentée par le régime

La mission a mené une analyse similaire pour la MSA en réalisant une décomposition en effet prix – effet volume. La seule donnée connue étant le dénombrement d'IJ pour une année N, l'effet prix est alors la différence entre l'évolution de la dépense et celle du dénombrement. En comparant à l'analyse du régime général, l'effet prix ainsi calculé correspond à l'effet prix du régime général et de l'effet résiduel.

4.2.2.2.1. Salariés agricoles

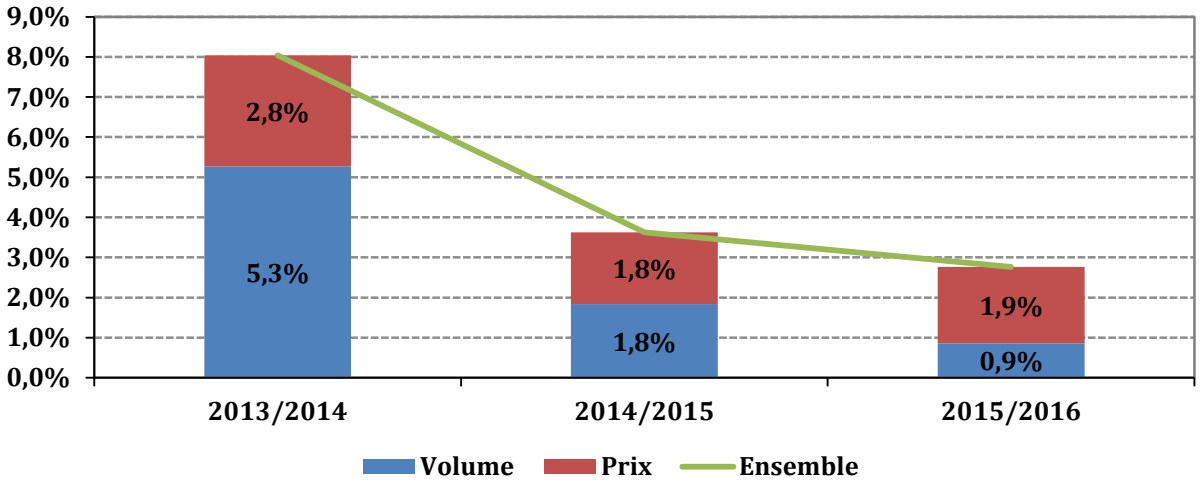
Si l'évolution du nombre d'IJ maladie et AT pour les salariés agricoles reste dynamique, elle ralentit à partir de 2014 pour les deux risques, et de manière très importante pour les AT (cf. graphique 57 et graphique 58).

Graphique 57 : Décomposition de l'effet volume et de l'effet prix pour les IJ maladie



Source : Mission, d'après données de la MSA. L'effet volume correspond au dénombrement des IJ.

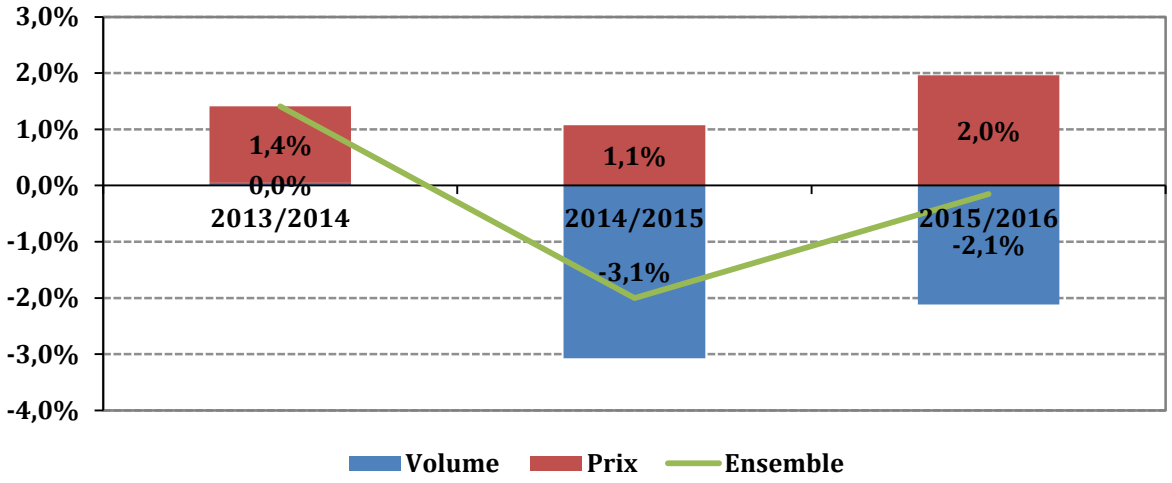
Graphique 58 : Décomposition de l'effet volume et de l'effet prix pour les IJ AT



Source : Mission, d'après données de la MSA. L'effet volume correspond au dénombrement des IJ.

Concernant le risque maternité, le nombre d'IJ diminue depuis 2015 (cf. graphique 59).

Graphique 59 : Décomposition de l'effet volume et de l'effet prix pour les IJ maternité

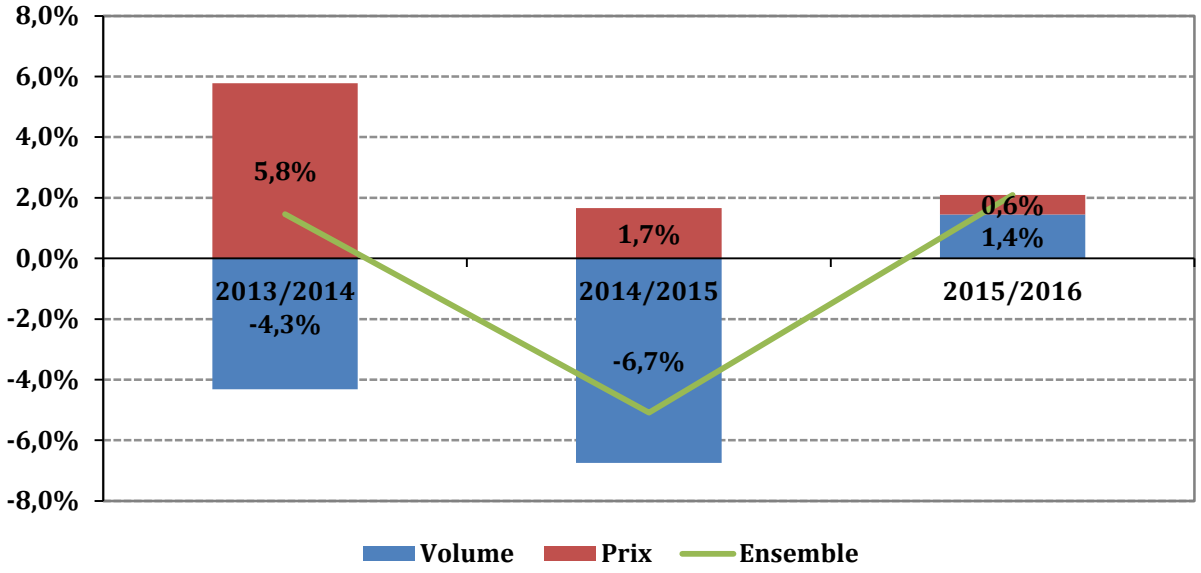


Source : Mission, d'après données de la MSA. L'effet volume correspond au dénombrement des IJ.

4.2.2.2.2. Non-salariés agricoles

Concernant le risque maternité, le nombre d'IJ diminue depuis 2013 à l'exception de 2016, année pour laquelle les IJ progresse de 1,4 %. Entre 2013 et 2014, la diminution du nombre ne s'est pas traduite par une baisse de la dépense en raison d'un effet prix fort (cf. graphique 60).

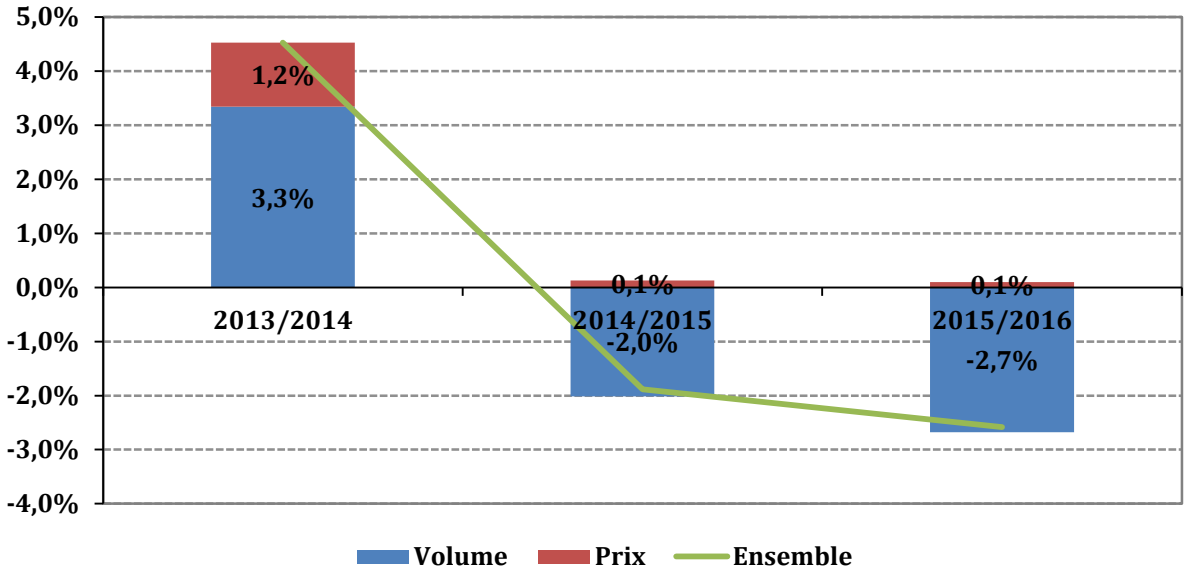
Graphique 60 : Décomposition de l'effet volume et de l'effet prix pour les IJ maternité



Source : Mission, d'après données de la MSA.

Concernant le risque AT, le nombre d'IJ diminue depuis 2014 et l'effet prix n'évolue pas sur la période, ce qui se traduit par une diminution de la dépense d'IJ (cf. graphique 61).

Graphique 61 : Décomposition de l'effet volume et de l'effet prix pour les IJ AT



Source : Mission, d'après données de la MSA.

4.3. Une amélioration du pilotage pourrait passer par la mise en place d'un outil de micro simulation qui nécessite une remontée d'informations des CPAM concernant les paramètres de la liquidation

4.3.1. Deux informations essentielles à la connaissance des déterminants et à l'analyse de l'évolution des IJ sont aujourd'hui inconnues par tous les acteurs : le motif de l'arrêt et le salaire réel plafonné

Les outils de pilotage de la dépense d'indemnités journalières montrent des faiblesses liées à l'absence de connaissance :

- **du motif médical** : la pathologie n'est pas connue et pourrait améliorer la connaissance des déterminants de la dépense d'IJ et orienter également certains contrôles médicaux (absence de motifs, motifs qui n'en sont pas etc.) ;
- **de l'effet prix** : une décomposition robuste des effets prix-effets volume est utile au service médical pour orienter les contrôles et donc impactant directement la dépense de l'année future. Aujourd'hui, l'analyse des différents effets est imprécise car l'effet prix n'est pas identifiable faute de connaissance sur le salaire. La mesure précise de cet effet a des impacts nationaux directs : suivi des indicateurs PQE, décomposition fiable de l'évolution de la dépense (déterminer un effet prix réel), amélioration des prévisions financières.

Il semble dès lors nécessaire de disposer des données sur les motifs d'arrêt de travail et les salaires réels plafonnés.

Concernant le motif médical, deux étapes sont à prévoir :

- pallier le manque de connaissance en local de la pathologie en promouvant les arrêts dématérialisés. En effet, actuellement il n'est pas prévu de coder la pathologie figurant sur l'arrêt de travail papier, par contre, pour les arrêts dématérialisés cette information est enregistrée ;
- transmettre les informations au niveau national en prévoyant une remontée des données de chaque CPAM chaque trimestre dans le système d'informations.

Concernant les salaires, une remontée nationale en adaptant les systèmes d'informations est indispensable.

4.3.2. Le développement d'un outil de micro-simulation permettrait de réaliser des évaluations *ex-post* des réformes décidées en PLFSS et d'améliorer le chiffrage des futures propositions

En plus des faiblesses répertoriées précédemment, les effets des dernières mesures réglementaires sont peu documentés et non pris en compte dans le modèle à correction d'erreur de la CNAM faute de connaissance précise sur les paramètres propres à la liquidation, or ces modifications pourraient avoir un réel impact budgétaire.

Il est donc impératif d'améliorer le système d'informations actuel de la CNAM afin d'élaborer un outil de micro-simulation permettant à la DSS et aux différents régimes de réaliser un suivi plus fin des mesures réglementaires présentées et adoptées.

Un outil de micro-simulation pourrait servir dans deux cas : l'évaluation *ex-post* d'une réforme et la simulation d'une modification future.

4.3.2.1. L'évaluation ex-post d'une réforme requiert des données sur les bénéficiaires de l'année écoulée

Pour effectuer une évaluation *ex-post* d'une modification réglementaire liée aux paramètres de liquidation, l'évaluateur doit bénéficier de l'ensemble des éléments propres au calcul des indemnités versées pour pouvoir simuler la modification des paramètres concernés par la mesure.

La mission a recensé l'ensemble des paramètres impactant la liquidation des indemnités journalières :

- pour le régime général :
  - prix : salaire plafonné, nombre d'enfants à la charge de l'assuré ;
  - conditions d'ouverture : employeurs, période effectuée sous cet employeur, nombre d'heures travaillées ;
  - durée de l'arrêt : nombre de jours, délai de carence ;
- pour le RSI :
  - prix : le revenu d'activité annuel moyen des trois dernières années plafonné au plafond annuel de la sécurité sociale ;
  - conditions d'ouverture : durée d'affiliation au RSI et cotisation à jour ;
  - durée de l'arrêt : nombre de jours ; délai de carence ;
- Pour la MSA :
  - prix : gain forfaitaire annuel ;
  - conditions d'ouverture : durée d'affiliation à l'Amexa et cotisation à jour ;
  - durée de l'arrêt : nombre de jours ; délai de carence.

Pour le régime général, ces variables sont présentes dans le logiciel Progrès des CPAM mais ne remontent pas au niveau national. Une évaluation *ex-post* robuste d'une réforme liée aux IJ nécessite la connaissance de l'ensemble des paramètres listés rassemblés dans une seule base de données au niveau national.

4.3.2.2. L'évaluation des impacts d'une nouvelle réforme requiert des informations sur l'ensemble des bénéficiaires potentiels ; elle pourrait s'appuyer sur la déclaration sociale nominative contenant les paramètres essentiels liés à l'ouverture des droits

À la différence de la situation précédente, l'évaluation *ex-ante* d'une modification d'un paramètre lié à l'ouverture des droits nécessite une connaissance de l'ensemble des bénéficiaires potentiels. En effet, il ne suffit pas de simuler la modification du paramètre sur le profil des bénéficiaires de l'année passée car la réforme peut permettre à plus (ou moins) d'individus d'avoir accès à une indemnisation de son arrêt. Cette méthode peut servir de première approche mais conduirait à des biais.

Ces informations sont contenues dans la déclaration sociale nominative (DSN). Cette base regroupe l'ensemble des données mensuelles des employeurs sur les rémunérations qu'ils versent à leurs salariés, elle contient les informations suivantes par individu : employeur, nombre d'heures travaillées, période effectuée sous cet employeur, nombre d'enfants à charge.

Cette base pourrait alors être croisée avec celle constituée, au niveau national, à partir des informations contenues dans le logiciel Progrès. Ainsi, ces deux bases de données permettraient de chiffrer les mesures en lien avec une modification de l'ouverture des droits (pour l'année N) en élargissant le champ des bénéficiaires de l'année N-1 (connus à partir d'une base « Progrès nationale ») en trouvant des individus éligibles avec les nouvelles conditions dans la base DSN de l'année N-1. Il faudrait ensuite appliquer un taux de recours aux arrêts de travail à la nouvelle population éligible (en considérant que la maladie est exogène, le ratio suivant pourrait être considéré nombre de bénéficiaires / nombre de personnes éligibles avant modification des paramètres).

Cet outil de micro-simulation pourrait s'appuyer un échantillon représentatif de la DSN au 1/20ème par exemple. À défaut de la mise en place d'un tel outil, des chiffrages par cas-type doivent être systématisés.

ANNEXE V

Les modalités de suivi, de contrôle et de pilotage de la dépense d'IJ (CNAMTS)

SOMMAIRE

1. LE PILOTAGE DU RISQUE IJ 1

1.1. Le programme national de gestion du risque et d'efficience « IJ » 2016-2017 1
1.2. Le risque IJ dans la COG État-CNAMTS 2014-2017 3
1.3. La stratégie de la caisse nationale 6
1.4. La déclinaison du risque IJ au niveau local 10

2. LE TRAITEMENT DES AVIS D'ARRÊTS DE TRAVAIL (AAT) ET DES ATTESTATIONS DE SALAIRES 14

2.1. L'arrêt de travail 14
2.1.1. Les AAT papier 14
2.1.2. L'AAT en ligne 18
2.2. Les attestations de salaire 19

3. LES ACTIONS DE MAÎTRISE ET DE CONTRÔLE DES DÉPENSES D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES 23

3.1. Les actions de gestion du risque envers les assurés 23
3.1.1. L'accès à l'information 24
3.1.2. Les actions d'accompagnement 26
3.1.3. Le contrôle du respect des obligations administratives de l'assuré 28
3.1.4. Le contrôle des assurés arrêtés sur une très courte durée 30
3.2. Les actions de gestion du risque pour les prescripteurs. 32
3.2.1. La gradation de la démarche d'accompagnement 32
3.2.2. L'information des prescripteurs (RIAP, fiches repères) 34
3.2.3. La visite des DAM 37
3.2.4. L'action des conseillers informatique service en faveur de l'AAT en ligne 40
3.2.5. Les échanges « confraternels » (EC) 41
3.2.6. Les procédures de MSO / MSAP 42
3.2.7. La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) 47
3.3. Les actions incitatives envers les employeurs 48
3.3.1. L'information 48
3.3.2. L'accompagnement 49
3.3.3. L'aide au contrôle des employés en arrêt de travail 50

4. LA POLITIQUE DE CONTRÔLE 52

4.1. L'activité 52
4.2. Les moyens 53
4.3. Le contrôle de la justification médicale des arrêts de travail 57
4.3.1. Organisation 57
4.3.2. Une politique de contrôle de masse 58
4.3.3. La faible médicalisation des contrôles 60
4.3.4. Autres pistes d'économies 61
4.4. Les actions de lutte contre la fraude 62
4.4.1. Organisation 62
4.4.2. Les programmes locaux 64

4.4.3. Résultats *65*

1. Le pilotage du risque IJ

La gestion du risque IJ consiste, pour l'assurance maladie, à l'évaluer, le prévenir, le réduire ou réduire ses conséquences financières. Elle s'inscrit dans le cadre plus large de la stratégie de gestion du risque mise en place par l'assurance maladie par la loi du 13 août 2004[1], initiée avec la mise en place d'une politique de régulation des dépenses et de maîtrise médicalisée (1996). Elle s'inscrit ainsi dans la démarche de maîtrise des dépenses de santé.

1.1. Le programme national de gestion du risque et d'efficience « IJ » 2016-2017

Le plan ONDAM confie la gestion du bloc opérationnel qui concerne la prescription des indemnités journalières à l'Assurance maladie[2]. Depuis plusieurs années, l'objectif de la maîtrise de l'évolution des dépenses d'IJ se traduit par un ensemble d'actions répertoriées dans plusieurs documents stratégiques ou opérationnels qui ont pour objectif de mobiliser les services de l'État et de l'assurance maladie, au niveau national, régional et local pour améliorer l'efficience du système et assurer le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS) entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) 2016-2017, qui reprend les quatre objectifs du plan ONDAM, définit une nouvelle architecture avec des programmes nationaux de gestion du risque, qui sont déclinés régionalement et mis en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) et les réseaux de l'assurance maladie, pour certains conjointement. L'assurance maladie prend quatre engagements dans le programme IJ :

- l'accompagnement des prescripteurs par des entretiens confraternels auprès des médecins généralistes ;
- la visite des délégués de l'assurance maladie (DAM) auprès des médecins généralistes ;
- l'expérimentation et la généralisation d' « agent facilitateur » IJ ;
- une réflexion autour de la mise en place d'un indicateur de télétransmission des avis d'arrêt de travail (AAT) dématérialisé dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

On note que ces engagements portent plus sur des actions visant à inciter les acteurs à modifier leur comportement qu'à les contraindre, et s'adressent plus aux professionnels de santé qu'aux assurés (mis à part le « facilitateur IJ ») ou aux employeurs.

[1] Article L. 221-3 du code de la sécurité sociale.

[2] Le plan est découpé en 12 blocs opérationnels, pilotés soit par les ARS, soit par le réseau de l'assurance maladie, ou de manière conjointe.

Annexe V

Graphique 1 : PNGDRESS « indemnités journalières prescrites en ville »

1.1 Priorités 2016-2017

Champ ciblé : Les établissements ciblés privés / publics, les professionnels de santé libéraux ciblés

- Campagne d'entretiens confraternels (EC) : elle tiendra compte des résultats de l'évaluation de la campagne 2015 ;
- Visites des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) : elles visent à accompagner les prescripteurs dans certaines situations en leur apportant des informations et des conseils juridiques (notamment AT/MP avec le certificat initial) ;
- Mise à disposition d'un mémo destiné aux professionnels de santé sur la réglementation en matière d'arrêts de travail ;
- Campagne de mise sous objectifs (MSO) et de mise sous accord préalable (MSAP) auprès de forts prescripteurs d'indemnités journalières ;
- Actions de prévention de la désinsertion professionnelle : Expérimentation de la fonction d'agent facilitateur pour le régime général, action auprès des travailleurs indépendants pour le RSI (MAPI), action de prévention par la Cellule pluri-professionnelle de repérage et d'accompagnement auprès des agriculteurs pour la MSA ;
- Actions d'accompagnement du parcours de soins des patients lombalgiques ;
- Déploiement des Services en ligne : l'avis d'arrêt de travail en ligne (action également développée auprès des établissements de santé).

Engagements	Calendrier	Acteurs
1. Entretiens confraternels auprès des médecins généralistes		
Action 1 : Accompagnement sur thème "MSO-MSAP"	T1 2016 (fin février 2016)	AM
Action 2 : Accompagnement sur thème "Parcours de soins Lombalgie - Ciblage"	T4 2016	AM
Action 3 : Accompagnement "IJ renforcés" (cible : 8 800 médecins cumulés)	T4 2016	AM
2. Visites des DAM auprès des médecins généralistes		
Action 1 : Accompagnement "Arrêts de travail" auprès de médecins généralistes ciblés	T2 2016	AM
Action 2 : Accompagnement " Certificat médical initial - AT/MP" (cible : 45 000 contacts)	T2 2016	AM
3. Expérimentation « Agent facilitateur »		
Action 1 : Expérimentation sur 3 ELSM au 1er semestre et extension à 17 sites (1 ELSM par région) en juin 2016	1er semestre 2016	Régime général
Action 2 : Généralisation de l'expérimentation "Agent facilitateur", si bilan positif, avec définition du profil des assurés à cibler et information aux médecins sur le dispositif	Juin 2016 Année 2017	AM
4. Réflexion autour d'un indicateur de télétransmission AAT dématérialisé dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : 2017		

Source : PNGDRESS 2016-2017.

Ce programme IJ présente un progrès formel par rapport aux dispositifs contractuels précédents. En effet, le suivi du programme est effectué via une série d'indicateurs quantitatifs : durée moyenne d'arrêts liés aux interventions chirurgicales, nombre d'arrêts indemnisés de moins de sept jours, nombre d'arrêts indemnisés de plus de six mois, montant des arrêts indemnisés chez les patients de plus de 55 ans, nombre de patients accompagnés et taux de reprise d'activité.

Encadré 1 : Les outils précédents

Le **contrat signé entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour la période 2010-2013** était structuré autour de cinq priorités et de 20 objectifs. Le douzième objectif visait à renforcer « l'action sur les pratiques individuelles de prescription (…) sur l'ensemble des champs l'offre de soins – ville, hôpital, secteur médico-social et sur les postes à forts enjeux financiers : médicaments, arrêts de travail, biologie, transports sanitaires, imagerie médicale ». S'agissant des arrêts de travail, l'objectif général était de réduire le nombre d'arrêts de travail non médicalement justifié et de diffuser de nouveaux référentiels sur la durée des arrêts de travail. Les plans régionaux reprenaient les indicateurs inscrits aux contrats pluriannuels de gestion de l'assurance maladie fixant des objectifs d'évolution des dépenses et des volumes d'arrêts de travail.

Le **Programme national de gestion du risque 2015** prévoyait le renforcement des actions de maîtrise des indemnités journalières, notamment :

- l'amélioration du ciblage du contrôle des arrêts de travail par le service médical (cf. LR DDO 194/2015 du 18/12/2015[3]) ;
- l'orientation des fiches repères vers des recommandations de prescriptions de l'arrêt de travail pour des pathologies chroniques et la promotion de la pertinence de l'arrêt de travail dans le cadre de parcours de soins pour des pathologies génératrices d'IJ (exemple pour le canal carpien) auprès des PS médecins généralistes et spécialistes concernés. Il est prévu qu'un volet spécifique soit développé pour les arrêts de travail au cours de la grossesse. De même que des préconisations en termes d'application du temps partiel thérapeutique ;
- l'accompagnement renforcé des médecins forts prescripteurs d'IJ appuyé sur des outils individualisés (dont profils) en plus des fiches repères ;
- l'accompagnement des assurés vers la reprise d'activité et la prévention de la désinsertion professionnelle avec information sur les dispositifs dont ils peuvent bénéficier, notamment auprès du service social (campagnes de courriers à 60 jours d'arrêt de travail), et en facilitant la recherche de solutions avec le médecin du travail et le médecin traitant ;
- le développement de la maitrise médicalisée en entreprise en renforçant le dialogue entre les 3 médecins (traitant, du travail et conseil) autour de la réinsertion professionnelle des salariés souffrant de TMS ;
- des travaux d'analyse du parcours de soins des patients lombalgiques.

Source : Mission.

1.2. Le risque IJ dans la COG État-CNAMTS 2014-2017

La COG, qui détermine les objectifs pluriannuel de gestion et les moyens de fonctionnement de la branche, prévoit la mise en œuvre d'une série d'actions concernant les IJ déclinées par objectif. Sur les 21 fiches thématiques, dix présentent des actions qui concernent les arrêts de travail ou les indemnités journalières.

Encadré 2 : Liste des actions IJ prévue par la COG 2014-2017

- « *simplifier la réglementation des indemnités journalières en veillant à préserver les droits des assurés tout en évitant de créer une charge financière supplémentaire pour l'assurance maladie et les employeurs* »[4] . L'échéance fixée, pour proposer des mesures de simplification documentées (mesures d'impact) relatives aux règles d'ouverture de droit et de calcul est fixée à 2014[5].

[3] LR-DDGOS-36/2015 du 29/04/2015, *Diffusion du programme national de gestion du risque UNCAM 2015.*

[4] Fiche thématique n°1 : « simplifier les démarches des assurés en favorisant la continuité des droits » , page 26 de la COG.

[5] P. 7 de la COG.

Promouvoir de nouveaux services :

- diffuser des recommandations nationales sur le versement d'indemnités journalières provisoires (échéance prévue : 2015), la prévention des risques de précarisation des assurés en arrêt de travail (action prévue au cours de la période 2014-2017)[6] ;
- « *conforter les délais de paiement de la 1ère IJ non subrogée* » en s'appuyant sur les évolutions de la réglementation et les nouveaux outils de son système d'information (déploiement de la DSN, AAT)[7]. Un indicateur composite suit la performance du service, qui comprend le délai moyen de règlement à l'assuré de la 1ère IJ non subrogée ;
- proposer de nouvelles fonctionnalités de suivi de demande concernant l'indemnisation d'un arrêt de travail pour maladie dans le compte assuré[8] ;
- poursuivre la politique d'accompagnement des professionnels de santé par le réseau des DAM et des CIS pour fidéliser et renforcer l'usage des téléservices[9] . Le taux de dématérialisation de l'avis dématérialisé d'arrêt de travail fait partie des indicateurs retenus pour évaluer la performance du dispositif ;
- finaliser la dématérialisation des échanges avec les employeurs : préparer la généralisation de la déclaration sociale nominative (DSN) (échéance 2014-2015) et accompagner son déploiement, déployer BPIJ (échéance 2014-2015). Le taux de pénétration des attestations dématérialisées de Déclaration de salaire pour les indemnités journalières (DSIJ) est l'un des deux indicateurs retenus pour évaluer la performance du service[10] .

Concernant **le développement de référentiels** et de leur promotion auprès des patients et des professionnels de santé, la COG prévoit plusieurs actions[11] :

- réaliser en collaboration avec l'HAS des fiches repères pour des pathologies chroniques (2014-2015) ;
- poursuivre les campagnes d'accompagnement auprès des généralistes et spécialistes concernés (au cours de la période 2014-2017) ;
- évaluer l'impact de l'AAT en ligne sur la pratique du médecin en termes de respect des fiches repères (2014-2015) ;
- rénover le contrôle des arrêts de travail sur la base des fiches repères (2015) ;
- expérimenter une procédure d'accord préalable pour certaines pathologies (2016-2017). Le nombre d'établissements mis sous MSAP par an et le pourcentage des arrêts respectant les seuils préconisés par les fiches repères pour les motifs en suite d'intervention chirurgicale sont les deux indicateurs de suivi retenus sur cet axe de progrès ;
- promouvoir l'information des durées recommandées d'arrêt de travail (fiches repères) sur le site pour les assurés sur ameli-santé et développer des campagnes de courriers ciblés auprès des assurés ayant des arrêts de plus de 60 jours (montée en charge et bilan en 2014, généralisation à partir de 2015)[12] ;

---

[6] Fiche thématique n°2 : « développer une démarche active pour favoriser l'accès aux droits et aux prestations, notamment pour les assurés les plus fragiles » , page 28 de la COG.

[7] Fiche thématique n°5 : « Assurer un service de base performant et homogène sur l'ensemble du territoire », page 43 de la COG.

[8] Fiche n°6 « Favoriser le canal le plus adapté à la situation de l'assuré et développer l'offre de service en ligne », p 46.

[9] Fiche thématique n°8 : « développer de nouveaux services pour les professionnels et établissements de santé et renforcer leur promotion » , page 52 de la COG.

[10] Fiche n°9 Organiser la dématérialisation des échanges avec les employeurs.

[11] Fiche thématique n°12 : « Promouvoir le développement et la mise en œuvre de référentiels de bonnes pratiques médicales et paramédicales », page 68 de la COG.

[12] Fiche thématique n°13 : «Conforter la gestion du risque et l'efficience du système de soins ».

Concernant le renforcement de la lutte contre la fraude [13] :

- poursuivre l'extension de la MSO et de la MSAP des actes et prescriptions des professionnels de santé (2014-2017), déployer des programmes de contrôles fondés sur des échanges de données Cnamts/Cnavts dans le cadre de la lutte contre la fraude aux indemnités journalières (2014) et expérimenter un programme de contrôle relatif à la fraude aux indemnités journalières fondé sur des échanges de données avec le RSI (2015)[14] ;
- favoriser le fonctionnement en réseau entre les caisses et les services du contrôle médical et renforcer les expertises : Constituer des équipes pluridisciplinaires CPAM/ELSM, copilotées par la direction de la CPAM et le médecin-chef, dédiées aux services en santé, en charge de la promotion des produits auprès des assurés, des professionnels et des établissements de santé et déployer le dispositif PHARE global d'entraide, baptisé Programme Harmonisé d'Aide au Réseau (PHARE), destiné à fournir une aide conjoncturelle aux CPAM en difficultés sur la gestion des IJ (2015)[15].

Source : Mission.

Le dispositif d'entraide PHARE[16] pour aider les caisses qui connaissent des difficultés de gestion des IJ a été effectivement déployé dans 12 caisses en 2015, en débordant une partie des flux vers un pôle aidant, ce qui a permis l'instruction de 37 687 dossiers[17]. 34 caisses en difficulté sur les délais de traitement IJ ont été aidées en 2016[18] .

Un premier bilan en 2016 fait ressortir de bons résultats pour le service rendu à l'assuré, s'agissant de la rapidité d'exécution du paiement de la prestation. La valeur cible d'un délai moyen de 30 jours de règlement à l'assuré est atteint avec une année d'avance. Outre le fait que ce délai de paiement parait toujours trop long, en dépit des progrès obtenus au cours des dernières années, le service n'est pas rendu de manière homogène sur le territoire. Le nombre de caisses n'atteignant pas l'objectif cible s'est considérablement réduit, passant de 60 à 21. Il en reste 5 qui n'atteignent pas la valeur « socle » de 37 jours.

Les résultats du taux d'IJ dématérialisées et du taux des attestations de salaire dématérialisées sont également supérieurs aux objectifs. En revanche, on note la contre-performance du taux de dématérialisation annuel moyen des AAT, avec un taux de 15 % en 2015, en retrait par rapport à l'année précédente, et très en deçà de l'objectif annuel de 40 %. L'assurance maladie a proposé de revoir les objectifs prévisionnels pour 2016 et 2017 dans un souci de réalisme, l'objectif cible de 60 % en 2017 paraissant inaccessible.

Tableau 1 : Suivi des indicateurs relatifs aux indemnités journalières dans la COG

	2014		2015		2016	
	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat
Délai moyen de règlement à l'assuré de la 1ère IJ maladie et AT-MP non subrogée, en nb de jours (1)	30 (1)	33	30	30,4	30	28,9 (2)
Taux de relevés d'IJ dématérialisées, en %	60 %	45 %	65 %	80 %	50 %	22,7%

[13] Fiche n°15 Poursuivre et renforcer la lutte contre la fraude, les activités fautives et abusives.

[14] Fiche thématique n°1 : « simplifier les démarches des assurés en favorisant la continuité des droits , page 22 de la COG.

[15] Fiche n°16 « Approfondir le fonctionnement en réseau entre les caisses et les services du contrôle médical et renforcer les expertises ».

[16] Lettre réseau LR DDO 41/2014.

[17] Source : bilan COG 2015, mars 2016, CNAMTS-DSS.

[18] Source : TRAM_DSS V déf.ppt.

	2014		2015		2016	
	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat
Taux des attestations de salaires IJ dématérialisées (DSIJ), en %	65 %	66 %	67 %	74 %	68 %	n.c.
Taux de dématérialisation annuel moyen des avis d'arrêt de travail (AAT), en %	30 %	22 %	40 %	15 %	50 %	n.c.

Source : CNAMTS, bilan DSS 30 mars 2016. Note de lecture : (1) Objectifs : cible : 30 jours en 2017, socle : 37 jours ; (2) Valeur provisoire tirée du suivi hebdomadaire 16/03/2017 ; n.c. non communiqué.

1.3. La stratégie de la caisse nationale

Après une forte augmentation des IJ sur la période 1997-2003, l'évolution des courbes d'IJ s'inverse en 2003, année de lancement d'un premier programme de contrôle par l'assurance maladie. En 2007, l'impact de ce premier plan de gestion des risques est évalué à 1,3 Md€[19]. C'est notamment à la suite d'un rapport de l'IGAS/IGF[20] que l'assurance maladie développe une politique plus rigoureuse en matière de contrôle des arrêts de travail. L'accélération du passage en invalidité des personnes en arrêt longue durée, qui constituait une des recommandations du rapport, a contribué à réduire la durée des IJ avant mise en invalidité[21]. La baisse de l'évolution des IJ se maintient jusqu'en 2006, puis se stabilise entre 2006 et 2007.

Dans les années qui suivent (2007-2015), la CNAMTS poursuit sa politique d'actions de contrôle des assurés - contrôles administratifs et contrôle médical - et met en place une démarche graduée en direction des prescripteurs.

En amont de la prescription, la CNAMTS élabore des référentiels sur les durées d'arrêt de travail en fonction de la pathologie, développe les actions d'accompagnement des médecins prescripteurs, avec des profils de pratique et des visites des délégués de l'assurance maladie.

En aval des prescriptions, la CNAMTS se dote d'outils de coercition à l'encontre des médecins hyperprescripteurs pour encadrer leur pratique hors norme, avec des actions de mise sous objectifs et de mise sous accord préalable. Elle développe également des actions de lutte contre la fraude.

[19] Cf. travaux de la DREES et bilan 2008 de contrôle et de lutte contre la fraude CNAMTS (2009).

[20] Rapport IGAS-IGF n° 2003130 sur « les dépenses d'indemnités journalières », établi 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, octobre 2003.

[21] Source : rapport « Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions », groupe de travail coordonné par Dominique Polton, CNAMTS, 2015.

À partir de 2007, un ciblage « systématique » des arrêts de plus de 45 jours est instauré[22] dans le but d'éviter la « chronicisation » de l'arrêt. La lettre réseau de décembre 2015, qui complète le dispositif de contrôle à la suite du plan décidé en 2015, précise le sens de ce contrôle, qui représente une masse importante de la charge de travail des médecins conseil. Les autres actions consistent principalement en un contrôle entre 45 et 180 jours, centré à partir de 2016[23] sur l'accompagnement des personnes en affection longue durée[24] non exonérante pour prévenir la désinsertion professionnelle[25] et la prévention de l'entrée en arrêt de longue durée par un contrôle préalable.

En 2009, l'assurance maladie développe un programme portant sur le bon usage des arrêts de travail comprenant quatre volets axés sur les pratiques professionnelles (fiches repères, échanges confraternels), la gestion des indemnités journalières (détermination de seuils de déclenchement des contrôles d'arrêts de travail en suite d'intervention, entretiens de mise sous objectif), la détermination d'un indicateur IJ dans les CPG et une campagne de communication nationale auprès des assurés sur les dispositifs existants d'aide à la reprise du travail.

En 2015, la CNAMTS engage un nouveau plan portant sur les IJ, qui étend l'expérimentation de la fonction de « facilitateur » pour la gestion des arrêts de travail pour prévenir la désinsertion professionnelle à 17 sites. Il comprend des actions en direction des médecins et des assurés pour améliorer la pertinence de la prescription et du recours aux AT, et optimiser les processus de gestion et de contrôle[26].

---

[22] Lettre-réseau LR-DDO-199/2007 relative au contrôle des arrêts de travail à 45 jours d'indemnités journalières prescrites.

[23] LR DDO 194-2015.

[24] Affections qui nécessitent une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible égale ou supérieure à six mois mais qui n'ouvrent pas droit à l'exonération du ticket modérateur.

[25] En procédant à un contrôle avant 60 jours et avec examen pour les personnes dont l'analyse de la consommation de soins ne suffit pas à expliquer le motif de l'arrêt.

[26] « Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions », groupe de travail coordonné par Dominique Polton, CNAMTS, 2015.

Graphique 2 : Extrait du suivi de la mise en œuvre des propositions par la CNAMTS pour 2016, concernant les indemnités journalières

Proposition 25 : apporter des outils aux médecins pour la prescription d'arrêts de travail
• Mise à disposition de nouveaux profils pour les prescripteurs avec comparaison par commune et patientèle comparables (en support des EC et visites des DAM auprès des médecins généralistes). • Mise à disposition des médecins d'un mémo réglementaire indemnités journalières (IJ) sur ameli. • Campagnes d'échanges confraternels avec discussion autour de cas patients et diffusion des nouveaux profils. • Enrichissement en 2015 de l'avis d'arrêt de travail dématérialisé par la mise à disposition ou actualisation de 6 fiches repères complémentaires et mises en ligne sur Espace Pro dans la rubrique « Référentiels et Mémos » (notamment après intervention sur des varices des membres inférieurs et dans le cadre de la grippe saisonnière). • Référentiels parcours de soins « nodules thyroïdiens » et « cholécystectomie » diffusés dans le cadre des campagnes auprès des médecins généralistes et autres spécialistes concernés intégrant les durées d'arrêts de travail.
Proposition 26 : faire évoluer les processus de gestion et de contrôle des arrêts de travail pour une meilleure efficience
• Actualisation des seuils de contrôle des arrêts de travail, notamment en suites d'intervention chirurgicale, et diffusion d'un nouvel algorithme de ciblage des contrôles en février 2016. • Expérimentation d'une fonction de facilitation pour la gestion des arrêts de travail qui vient en appui du médecin traitant et du médecin-conseil. Dans un premier temps démarche expérimentée dans trois échelons locaux du service médical (ELSM), extension à 17 sites à partir d'avril 2016.
Proposition 27 : évaluer des actions pilotes menées en direction des entreprises en vue de leur diffusion éventuelle
• L'efficacité des actions menées (qui se fondaient sur de la communication et un accompagnement administratif) n'a pu être suffisamment mesurée. Des actions renouvelées plus ciblées avec des informations plus précises à destination des employeurs et comportant des solutions en termes de prévention prendront le relais dès septembre 2016.

Source : CNAMTS – Annexe au rapport charges produits pour 2017, p. 133

La stratégie poursuivie par l'assurance maladie est présentée dans plusieurs documents, notamment le rapport charges produits, et s'inscrit en cohérence avec les priorités déterminées par le programme national de gestion du risque et d'efficience IJ. Sa mise en œuvre est conditionnée par l'application dans le réseau de l'ensemble des instructions de la caisse nationale, publiées sous la forme de lettres réseau et rédigées par les directions chargées de la gestion du risque (DDGOS, DDO, DACCRF). La liste présentée ci-dessous, non exhaustive, illustre leur foisonnement.

Tableau 2 : Principales lettres réseau relatives à la gestion et au contrôle des arrêts de travail

Gestion des IJ	- Référentiel réglementaire relative aux IJ maladies (LR-DDGOS-52-2012) - Évolutions relatives aux reprises anticipées du travail, au taux forfaitaire de cotisation maternité, au calcul de l'IJ et à la subrogation (LR-DDO-107-2013) - Présentation des évolutions du service l'Avis d'Arrêt de Travail en ligne prévues pour novembre 2014 et le dispositif d'accompagnement associé (LR-DDGOS 78-2014) - Mise en œuvre de l'observatoire IJ (LR-DDO-102-2011) - Préconisations de traitement de l'injecteur DSIJ (LR-DDO-53-2013) - Déploiement des liaisons médico-administratives automatisées (LR-DDO-93-2014) - Projet harmonisé d'aide au réseau (LR-DDO-41-2014)
Contrôle des arrêts de travail	Contrôle des assurés en arrêt de travail (LR-DDGOS-52-2012) Diverses mesures visant à compléter et renforcer les dispositifs actuels de contrôle et de gestion médico-administrative des arrêts de travail (LR-

	DDO-194-2015) Modifications apportées à la procédure de contrôle de l'envoi des avis d'arrêts de travail (CIR-24-2016) La circulaire de présentation de la convention médicale (CIR-24-2016) Campagne d'accompagnement sur la prescription d'arrêt de travail (LR-DDGOS-75-2016 LR-DDGOS-50-2015) Campagne d'accompagnement sur la prescription d'arrêt de travail en direction des chirurgiens orthopédistes (LR-DDGOS-78-2011) Campagne d'échanges confraternels sur le thème du parcours de soins canal carpien et du bon usage de l'arrêt de travail (LR-DDGOS-88-2013) Diffusion d'aides à l'évaluation de l'incapacité permanente (CIR-15-2013)
Lutte contre la fraude	Définitions opérationnelles de la fraude, des activités fautives et abusives pour l'assurance maladie (CIR-1-2012) Débouchés contentieux préconisés en cas de fraude, activités fautives ou abusives (LR-DACCRF-4-2016) Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance Maladie (CIR-10-2012) Organisation de la coordination régionale de la Lutte contre la Fraude (LR DDO 53-2016) Diffusion d'un programme national de lutte contre la fraude aux indemnités journalières (LR-DACCRF-12-2014) Plan annuel 2017 de contrôle contentieux et de lutte contre la fraude et les activités abusives et fautives (LR-DACCRF-7-2017) Plan annuel de contrôle contentieux et de lutte contre les fraudes et les activités fautives et abusives (LR DACCRF 3-2015) Entretiens préalables à la campagne MSO MSAP (LR-DACCRF-26-2016, LR-DDGOS-2-2016, LR-DACCRF-20-2016) La Campagne 2015-2016 MSO MSAP (LR-DACCRF-10-2015) Campagne MSO MSAP 2016 2017 (LR-DACCRF-20-2016) Programme de lutte contre la fraude des entreprises « coquilles vides » (LR-DACCRF-1-2014) Fiche acteur relative aux activités non autorisées pendant un arrêt de travail et modalités d'application de l'article L323-6 du Code de la Sécurité Sociale (LR-DACCRF-1-2015) Fiche acteur relative aux dirigeants d'entreprise en situation d'arrêt de travail et relevant du Régime Général (LR-DACCRF-4-2017)

Source : Mission.

Par ailleurs, l'assurance maladie développe des référentiels nationaux de processus pour améliorer la performance des organismes dans le cadre d'un système de management intégré (SMI). En 2015, l'analyse du processus de gestion des arrêts de travail pour les risques maladie, la maternité, la paternité et l'adoption a été choisi comme premier référentiel national et son pilotage confié à la CPAM de Bayonne.

Encadré 3 : Référentiel national de processus IJ

L'objectif du référentiel est d'identifier et de maîtriser les risques liés au versement de l'indemnité journalière : éviter les ruptures de paiement, fiabiliser les données, articuler les taches médicales et administratives nécessaires au versement de la prestation et intégrer les changements intervenus dans la gestion du processus sous l'effet de la dématérialisation. Le processus, décomposé en tâches médico-administratives, a fait l'objet d'une analyse de risques à chaque étape de la procédure :

- gérer la prescription d'arrêt de travail ;
- gérer le suivi médico-administratif de l'arrêt de travail ;
- ordonnancer l'IJ tout au long de l'arrêt de travail ;
- gérer l'ouverture de droits à 6 mois.

Un plan national d'amélioration et d'optimisation du processus de gestion des arrêts de travail maladie a été établi à la suite de son établissement.

Source : Mission.

Globalement, cette démarche répond au besoin de garantir le bon usage de la dépense publique en renforçant la maîtrise du risque financier et la maîtrise médicalisée des dépenses tout en améliorant la qualité du service rendu aux assurés. Elle permet également à l'assurance maladie de minimiser les risques d'écart de traitement et de prise en charge sur le territoire en harmonisant les pratiques (bonne application de la législation / réglementation, PLANIR, PDP, ...) et en réduisant les écarts de performance entre les organismes. Enfin elle améliore le service rendu à l'usager (information, accès) et facilite l'appropriation par les agents des évolutions organisationnelles ou réglementaires.

Les caisses, via les référents SMI et les directeurs, ont été étroitement associées à l'élaboration et au déploiement du référentiel RNP IJ, qui a été publié en juillet 2015. Ils sont intéressés à la réalisation d'une revue annuelle du SMI local via le dispositif de *scoring* mis en place dans le CPG. Nos interlocuteurs ont souligné les difficultés de mise en œuvre liés à la complexité du processus mais aussi les apports de cette démarche, notamment une meilleure coordination et le travail en commun des services médico-administratifs.

Cette démarche complète les outils qui préexistent localement entre les CPAM et la DRSM pour articuler leurs activités, tels que les protocoles d'accord régionaux (PAR).

Dans le cadre de la mission d'évaluation de la COG de la CNAMTS, avec l'appui du SGMAP, un examen approfondi du processus IJ a été conduit.

1.4. La déclinaison du risque IJ au niveau local

Les contrats pluriannuels de gestion (CPG) adressés aux DRSM, aux ELSM et aux CPAM déclinent localement les modalités de mise en œuvre des orientations stratégiques fixées par la COG 2014-2017 au moyen d'indicateurs de moyens et de résultat. Les performances des organismes sont valorisées par le biais d'un système incitatif d'intéressement, reposant sur un score attribué à chacun d'eux, en fonction des résultats obtenus par indicateur au niveau régional et/ou au niveau local. Un bonus est accordé en cas d'atteinte régionale de l'objectif d'économie sur l'ONDAM. Plusieurs indicateurs sont partagés par les services médico-administratifs, ce qui incite à mettre en place un partenariat commun et des plans d'actions renforcés (cf. § 4.4.2).

Tableau 3 : Déclinaison des indicateurs IJ dans les CPG (2016)

Thèmes	Indicateurs	DRSM/ ELSM	CPAM
Gestion des droits	Taux d'avis sur arrêt de travail avant 180 jours pour les assurés admis au bénéf du L324-1 *	X	
AXE 2 : Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers			
Performance du service de base	Délai moyen de règlement 1ère IJ AS et ATMP non subrogée		X
Offre téléservices assurés	Taux de relevés IJ dématérialisés		X
Offre téléservices PS	Taux de certificat médical AT/MP dématérialisé	X	X
	Taux d'AAT dématérialisés	X	X
Offre téléservices employeurs	Taux d'attestations employeurs dématérialisées		X
AXE 3 : Contribuer à la stratégie nationale de santé et à l'efficience du système de santé			
Arrêts de travail	Economies sur les montants d'indemnités journalières remboursés	X	X
	Durée moyenne des arrêts de travail liés aux interventions chirurgicales (nombre de jours des fiches repères HAS)	X	X
	Taux d'arrêts de travail, tous risques, de plus de 45 jours, avec contrôle ciblé et examen sur personne avant 65 jours	X	
	Taux d'arrêts de travail (risque maladie), de plus de 100 jours contrôlés « sur pièce » et « sur personne » avant 150 jours	X	
	Taux d'arrêts de travail (risque maladie), de plus de 100 jours contrôlés « sur personne » avant 150 jours	X	
	Taux d'arrêts de travail (risque AT/MP) de plus de 100 jours contrôlés « sur personne » avant 130 jours	X	
	Taux d'arrêts de travail (risque AT/MP) de plus de 100 jours contrôlés « sur pièce » et « sur personne » avant 130 jours	X	
	Taux de bénéficiaires d'une intervention individuelle du service social suite aux signalements du service médical	X	
L'accompagnement des offreurs de soins	Nombre de contacts avec les PS (DAM + EC + CIS) (*)		X
	Nombre d'entretiens confraternels (*)	X	
Axe 4 : renforcer l'efficacité collective de l'assurance maladie			
Fiabilité des activités et des processus métiers	Réduction des discordances entre les arrêts de travail AT/MP saisis dans ORPHEE et les IJ payées	X	
Lutte contre la fraude (*)	Taux de préjudice subi	X	X
	Taux de préjudice évité		X
	Nombre de fraudes détectées		X
	Taux de fraude avec suites contentieuses		X
	Taux d'analyse d'activité avec anomalies donnant lieu à suites contentieuses	X	

Source : CNAMTS - (*) inclus IJ et autres thématiques.

L'objectif ONDAM est réparti entre les caisses. Le montant des économies à atteindre est fixé en fonction du poids de la caisse dans l'ensemble des dépenses et à partir d'un tendanciel calculé par une régression par rapport aux évolutions enregistrées au cours des dernières années. Les comparaisons pluriannuelles de cet indicateur est compliqué par ses ajustements successifs, le dernier étant intervenu en 2015.

Au cours des trois dernières années, les résultats en termes de taux d'atteinte de l'objectif varient sensiblement d'une caisse et d'un échelon local à l'autre, comme le montre le suivi de l'indicateur des économies réalisées sur le montant des IJ remboursées (cf. tableau ci-dessous). Certaines caisses l'atteignent systématiquement au cours des trois dernières années (Digne-les Bains, Niort, Belfort, Guadeloupe), d'autres non[27].

Tableau 4 : Taux d'atteinte des CPAM de leurs objectifs en matière d'évolution des montants d'IJ (indicateur CPG 2014) et d'économies sur les montants d'indemnités journalières remboursées (CPG 2015 et 2016)

CPAM	2014	2015	2016
DIGNE-LES-BAINS	100,00 %	100,00 %	100,00 %
NIORT	100,00 %	100,00 %	100,00 %
BELFORT	100,00 %	100,00 %	100,00 %
GUADELOUPE	100,00 %	100,00 %	100,00 %
AVIGNON	96,14 %	100,00 %	100,00 %
CHATEAUROUX	91,27 %	100,00 %	100,00 %
BOBIGNY	78,57 %	100,00 %	100,00 %
TULLE	58,25 %	100,00 %	100,00 %
FOIX	51,80 %	100,00 %	100,00 %
MELUN	28,28 %	100,00 %	100,00 %
BORDEAUX	24,09 %	100,00 %	100,00 %
BAR-LE-DUC	9,52 %	100,00 %	100,00 %
BOURG-EN-BRESSE	0,00 %	100,00 %	100,00 %
SAINT-BRIEUC	0,00 %	100,00 %	100,00 %
CHARTRES	0,00 %	100,00 %	100,00 %
TOURS	0,00 %	100,00 %	100,00 %
AGEN	0,00 %	100,00 %	100,00 %
LILLE-DOUAI	0,00 %	100,00 %	100,00 %
COTE OPALE	0,00 %	100,00 %	100,00 %
MACON	0,00 %	100,00 %	100,00 %
ROUEN-ELBEUF-DIEPPE	0,00 %	100,00 %	100,00 %
MONTAUBAN	0,00 %	100,00 %	100,00 %
TOULON	0,00 %	100,00 %	100,00 %
LA ROCHE-SUR-YON	0,00 %	100,00 %	100,00 %
POITIERS	0,00 %	100,00 %	100,00 %
MEURTHE-ET-MOSELLE	100,00 %	70,76 %	100,00 %

CPAM	2014	2015	2016
LAVAL	0,00 %	100,00 %	86,26 %
OISE	0,00 %	64,53 %	83,37 %
SAINT-LO	0,00 %	100,00 %	82,96 %
PARIS	0,00 %	0,00 %	76,38 %
LE MANS	18,00 %	100,00 %	64,20 %
MAINE-ET-LOIRE	34,04 %	0,00 %	63,00 %
FLANDRES	0,00 %	100,00 %	58,46 %
AUCH	100,00 %	0,00 %	56,68 %
TARBES	0,00 %	0,00 %	38,50 %
ALBI	0,00 %	100,00 %	34,39 %
NICE	92,83 %	0,00 %	28,56 %
TOULOUSE	14,94 %	0,00 %	27,63 %
MARSEILLE	89,41 %	0,00 %	26,04 %
ROUBAIX-TOURCOING	0,00 %	0,00 %	13,77 %
REIMS	20,35 %	0,00 %	7,56 %
VANNES	56,69 %	0,00 %	4,60 %
AUXERRE	0,00 %	100,00 %	4,05 %
VALENCE	0,00 %	0,00 %	0,04 %
DOUBS	100,00 %	100,00 %	0,00 %
PAU	100,00 %	100,00 %	0,00 %
RHONE	90,18 %	100,00 %	0,00 %
BASTIA	69,81 %	100,00 %	0,00 %
BLOIS	39,73 %	100,00 %	0,00 %
VERSAILLES	32,70 %	100,00 %	0,00 %
GAP	11,98 %	100,00 %	0,00 %
AURILLAC	2,99 %	100,00 %	0,00 %

[27] ARDECHE TROYES FINISTERE ALENCON ARTOIS EPINAL LA ROCHELLE AJACCIO GUERET EVREUX NIMES MONT-DE-MARSAN LE PUY-EN-VELAY ORLEANS CAHORS MENDE.

Annexe V

CPAM	2014	2015	2016
CERGY PONTOISE	0,00 %	61,77 %	100,00 %
BAS-RHIN	100,00 %	39,33 %	100,00 %
MOSELLE	100,00 %	0,00 %	100,00 %
HAUT-RHIN	100,00 %	0,00 %	100,00 %
ANNECY	100,00 %	0,00 %	100,00 %
MARTINIQUE	100,00 %	0,00 %	100,00 %
EVRY	82,17 %	0,00 %	100,00 %
HAINAUT	55,53 %	0,00 %	100,00 %
CHAMBERY	46,78 %	0,00 %	100,00 %
AISNE	0,00 %	0,00 %	100,00 %
MOULINS	0,00 %	0,00 %	100,00 %
CHAUMONT	0,00 %	0,00 %	100,00 %
VESOUL	0,00 %	0,00 %	100,00 %
LIMOGES	0,00 %	0,00 %	100,00 %
CRETEIL	24,51 %	100,00 %	96,27 %
AMIENS	86,83 %	100,00 %	94,59 %
LONS-LE-SAUNIER	0,00 %	100,00 %	89,43 %
PERPIGNAN	93,65 %	0,00 %	0,00 %
RÉUNION	85,61 %	0,00 %	0,00 %
LE HAVRE	83,56 %	0,00 %	0,00 %
CLERMONT-FERRAND	77,66 %	0,00 %	0,00 %
RENNES	68,41 %	0,00 %	0,00 %
NEVERS	24,93 %	0,00 %	0,00 %
HERAULT	16,62 %	0,00 %	0,00 %
LOIRE	5,37 %	0,00 %	0,00 %
CARCASSONNE	0,00 %	0,00 %	0,00 %
ANGOULEME	0,00 %	0,00 %	0,00 %

CPAM	2014	2015	2016
RODEZ	0,00 %	100,00 %	0,00 %
CAEN	0,00 %	100,00 %	0,00 %
BOURGES	0,00 %	100,00 %	0,00 %
DIJON	0,00 %	100,00 %	0,00 %
BAYONNE	0,00 %	100,00 %	0,00 %
NANTERRE	0,00 %	100,00 %	0,00 %
GUYANE	0,00 %	100,00 %	0,00 %
PERIGUEUX	0,00 %	75,43 %	0,00 %
CHARLEVILLE	100,00 %	71,03 %	0,00 %
LOIRE-ATLANTIQUE	0,00 %	52,43 %	0,00 %
ISERE	26,72 %	35,08 %	0,00 %
ARDECHE	100,00 %	0,00 %	0,00 %
TROYES	100,00 %	0,00 %	0,00 %
FINISTERE	100,00 %	0,00 %	0,00 %
ALENCON	100,00 %	0,00 %	0,00 %
ARTOIS	100,00 %	0,00 %	0,00 %
EPINAL	100,00 %	0,00 %	0,00 %
LA ROCHELLE	0,00 %	0,00 %	0,00 %
AJACCIO	0,00 %	0,00 %	0,00 %
GUERET	0,00 %	0,00 %	0,00 %
EVREUX	0,00 %	0,00 %	0,00 %
NIMES	0,00 %	0,00 %	0,00 %
MONT-DE-MARSAN	0,00 %	0,00 %	0,00 %
LE PUY-EN-VELAY	0,00 %	0,00 %	0,00 %
ORLEANS	0,00 %	0,00 %	0,00 %
CAHORS	0,00 %	0,00 %	0,00 %
MENDE	0,00 %	0,00 %	0,00 %

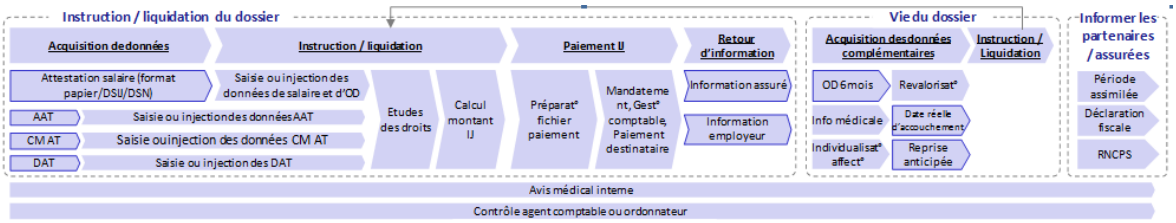
Source : CNAMTS.

Il arrive que les indicateurs contenus dans les CPG ne soient pas toujours cohérents avec les objectifs poursuivis en matière de contrôle médical, faute de mise à jour. Par exemple, les orientations pour le contrôle des assurés en arrêt de travail ont été fixées par la lettre réseau de 2012, puis complétées en 2015 sur le contrôle des arrêts courts (moins de 45 jours). Ces ajustements n'ont pas été pris en compte dans la dernière génération de CPG (2014). Il en a résulté au premier semestre 2016 une baisse sensible du nombre d'avis rendus sur les arrêts de travail de moins de 45 jours dans plusieurs échelons, et une hausse des contrôles de longue durée. Cette situation a pris fin avec la réintroduction en 2017 de l'indicateur portant sur le taux de contrôle des arrêts de courte durée, qui avait été supprimé entre 2013 à 2016.

2. Le traitement des avis d'arrêts de travail (AAT) et des attestations de salaires

Le processus de traitement des IJ, qui permet d'assurer le paiement de la prestation et de suivre son évolution, est constitué d'une phase d'acquisition des données (réceptions des avis d'arrêt de travail, des données de salaire, des certificats médicaux, des données de déclaration AT/MP), d'une phase d'instruction/liquidation (saisie/injection des données, étude des conditions d'ouverture de droits, liquidation du montant), et d'une phase de paiement (à l'assuré ou l'employeur en cas de subrogation). Il est mis en œuvre par 3 096 agents ETP en 2015, soit 14 % des effectifs ETP chargés de production. Leur nombre diminue fortement au cours de la période récente (4 034 agents ETP en 2014, 2 954 agents ETP prévus en 2016)[28].

Graphique 3 : Processus de traitement des indemnités journalières maladie, maternité, paternité et AT/MP



Source : CNAMTS.

La mission s'est particulièrement intéressée aux mesures d'automatisation du processus, qui permettent d'en fiabiliser la gestion, d'optimiser les relations avec les assurés et les employeurs et qui sont une source d'économies pour l'assurance maladie.

2.1. L'arrêt de travail

2.1.1. Les AAT papier

Dans les organismes visités, la plateforme courrier de la caisse est commune aux services administratifs et médicaux. A sa réception, la feuille de prescription de l'arrêt de travail est numérisée et indexée par le logiciel DIADEME. Lors de cette étape, la mission a noté que le logiciel de numérisation ne procède pas à la reconnaissance optique de l'ensemble des caractères. Il n'est pas vérifié le renseignement des zones qui doivent être obligatoirement servies, telles que le motif médical de l'arrêt de travail. Suivant les caisses, les agents sont ou non formés pour détecter visuellement les surcharges de durée.

Les techniciens administratifs qui procèdent à la numérisation des données disposent d'une habilitation du médecin chef de l'ELSM. Ils masquent les zones protégées par le secret médical lors de la numérisation de la feuille d'avis d'arrêt de travail dans les lots qui seront constitués pour le service administratif. L'information numérisée du motif médical est visible dans les lots constitués pour le service médical. Les techniciens ne procèdent pas à sa saisie.

Une fois acquises, les données sont « injectées » dans le système d'information. Ce traitement n'est pas transactionnel mais différé, ce qui rallonge les délais de paiement d'au minimum une journée. Les lots qui ne sont pas prêts en milieu d'après-midi sont traités deux jours après. Ceux qui sont traités en début de journée sont instanciés le lendemain dans le logiciel BO AAT, qui référence les arrêts de travail papier et électroniques.

[28] Cette baisse est en partie due à une rupture méthodologique dans la comptabilité analytique.

D'après nos interlocuteurs, entre 50 % et 75 % des lots injectés sont signalés ou rejetés (chevauchement de date, anomalie, pièce jointe, formats verts des bulletins d'hospitalisation, cachets illisibles…). Le délai moyen d'injection est de six jours (hors week-end). Les arrêts signalés ou rejetés nécessitent l'intervention d'un technicien. C'est à l'injection que sont notamment détectés l'envoi tardif d'une prescription, ou les anomalies liées à la fin d'IJ (reprise thérapeutique, guérison ou consolidation). Le paramétrage de « *blacklists* » permet à cette étape permet de repérer les hyperprescripteurs, ou les assurés ayant des arrêts itératifs.

Les remarques de la mission, à l'issue de ces phases d'acquisition / intégration, sont les suivantes :

(1) le contrôle de l'existence des éléments d'ordre médicaux figurant sur l'avis d'arrêt de travail

En application de l'article L 162-4-1 1er alinéa, « *les médecins sont tenus de mentionner sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical : 1° Lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail donnant lieu à l'octroi de l'indemnité mentionnée à l'article L. 321-1, les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail* ».

Comme le rappelle la CNAMTS dans une circulaire en 2000[29], « *l'intégration obligatoire des éléments d'ordre médical a pour objectif de mieux responsabiliser les prescripteurs, libéraux et hospitaliers, en leur demandant de justifier médicalement l'interruption de travail. Elle doit également faciliter la tâche du service médical lors des contrôles. Il appartient aux seuls services médicaux des organismes d'apprécier le contenu des informations médicales indiquées par le prescripteur et de faire connaître aux services administratifs les dossiers pour lesquels ces informations sont insuffisantes ou absentes. Dans ces cas, les organismes notifieront un refus administratif de prise en charge à l'assuré(e), assorti des voies de recours habituelles. Ce sont également les services médicaux, en fonction des diverses situations de non-respect des nouvelles règles d'établissement des avis d'arrêt de travail, qui apprécieront l'opportunité de déclencher, à l'encontre du prescripteur, la procédure prévue à l'article L 315-3 du code de la sécurité sociale.* »

Il s'avère que l'obligation faite aux prescripteurs de mentionner le motif médical n'est pas vérifiée ni à la réception des formulaires papier, ni lors de la saisie ou à réception des formulaires électroniques, alors même qu'elle conditionne l'octroi de l'indemnité[30]. Sur les 500 arrêts qui ont été codés lors de l'expérimentation de saisie menée par la CPAM du Doubs en 2015, 7 % des arrêts ne comprenaient pas de motif, 3 % des motifs étaient illisibles, et 11 % des motifs étaient lisibles mais incodables.

Le Conseil de l'ordre des médecins précise qu'il « *n'est pas demandé aux médecins d'indiquer un diagnostic mais seulement de préciser les éléments cliniques constatés justifiant l'incapacité temporaire de travail et permettant au service du contrôle médical d'être en mesure de mieux évaluer l'arrêt de travail. Les médecins doivent compléter cette rubrique avec précaution sans aller au-delà des constatations médicales qu'ils ont pu faire* »[31] .Quand bien même il est renseigné, le contenu du motif médical n'est pas systématiquement vérifié par le service médical. Il arrive que les prescripteurs renseignent des symptômes (fatigue, hémoptysie…) ou des motifs non médicaux (allaitement). L'arrêt se déroule et est indemnisé sans qu'il soit signalé, sauf s'il rentre dans la catégorie des arrêts contrôlés du fait de leur durée ou s'il fait l'objet d'un contrôle aléatoire (cf. *infra*).

---

[29] circulaire CNAMTS n° 103/2000 du 11/08/2000.

[30] Les médecins sont tenus de mentionner les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail (article L 162-4-1 du code de la sécurité sociale).

[31] Article sur les arrêts de travail publié en ligne par le Conseil.

La zone de codification du motif médical n'est pas non plus renseignée, dès lors qu'elle n'est pas obligatoire. 80 % des arrêts n'ont pas de codage[32]. Les prescripteurs sont d'autant moins allants à renseigner cette zone que la codification du motif médical prévue sur l'arrêt de travail n'est pas celle qu'ils connaissent (CIM-10) mais une codification spécifique à l'assurance maladie – publiée sur ameli[33]. Des travaux sont en cours pour harmoniser les motifs médicaux de codification des différents outils informatiques utilisés par les professionnels de santé et les caisses.

(2) le contrôle de l'envoi de l'avis d'arrêt de travail ou de prolongation d'arrêt de travail dans les 48 heures

L'inobservance de l'obligation d'envoi de l'avis sous 48 heures peut avoir des conséquences financières pour l'assuré. Au premier manquement, le technicien procède alors à l'envoi d'un courrier d'avertissement à l'assuré. En cas de nouvel envoi tardif dans les 24 mois, la sanction encourue par l'assuré est une diminution de 50 % du montant des indemnités journalières afférentes à la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt et la date d'envoi de l'avis[34], voire la déchéance du droit aux indemnités journalières en cas de défaut d'envoi. Dans la Somme, la caisse a procédé à 2 356 avertissements de janvier à novembre 2016 et 239 sanctions financières (38 K€) ont été notifiés à des assurés n'ayant pas respecté le délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail[35].

Le système d'information de l'assurance maladie effectue le contrôle par comparaison entre la date de prescription figurant sur l'arrêt de travail (ou la prolongation) et celle de la numérisation de l'avis – et non celle du cachet postal qui fait juridiquement foi. Le délai de 48 heures est remplacé par un délai de 6 jours pour tenir compte de l'engagement d'acheminement de la poste d'un courrier au tarif économique, qui sont de quatre jours. Il n'est pas exclu que certaines caisses ajoutent des jours de tolérance supplémentaires à ce délai de 6 jours pour tenir compte des délais de gestion, notamment dans le cas de services courriers multi-sites.

À son arrivée, l'enveloppe contenant l'avis d'arrêt de travail n'est pas numérisée et la date du cachet postal n'est pas saisie par le technicien[36]. L'enveloppe n'est pas conservée. Cette pratique fragilise juridiquement le contrôle, en cas de contentieux. Toutefois la jurisprudence précise que la charge de la preuve de l'envoi incombe à l'assuré, ce qui réduit le nombre de recours – les assurés envoyant rarement leur arrêt de travail en recommandé -, actuellement plus centrés sur la justification du retard de l'envoi que sur la contestation du délai[37] .

La mission note que le délai actuel, d'un total de six jours, est favorable à l'assuré, qui peut, en cas de retard, envoyer son courrier en tarif « prioritaire » pour éviter l'avertissement ou une sanction au 7ème jour.

(3) l'identification et le suivi des prescripteurs hospitaliers

---

[32] Rapport d'audit sur le paiement et le contrôle des indemnités journalières, 26/5/2015 - CNAMTS.

[33] Un mémo en février 2014 a été publié pour aider les médecins à codifier.

[34] sauf si l'assuré est hospitalisé ou s'il établit l'impossibilité d'envoyer son avis d'arrêt de travail en temps utile.

[35] CPAM Amiens.

[36] Lettre réseau 72-2012.

[37] arrêt Cour de Cassation du 23/10/2008 N°07-18.033.

Le contrôle des pratiques en matière d'arrêt de travail est subordonné à l'identification du prescripteur pour que le service médical puisse adapter son niveau d'accompagnement au risque. En application de l'article L 162-4-1 précité, « *[Les médecins] sont tenus de porter sur [les prescriptions d'arrêt de travail] les indications permettant leur identification par la caisse et l'authentification de leur prescription* ». Les médecins libéraux sont identifiés par leur numéro d'assurance maladie mentionnés sur l'avis d'arrêt de travail. Les praticiens qui prescrivent en établissement, ou en centre de santé, saisissent ou tamponne un cachet avec le numéro de l'établissement et le numéro RPPS du médecin salarié sur l'avis[38]. Ils sont identifiés par un numéro personnel, distinct du numéro identifiant la structure dans laquelle ils exercent leur activité[39] .

La mission a constaté que le logiciel de numérisation (DIADEME) ne permet actuellement pas de gérer et d'acquérir par lecture optique le numéro RPPS des médecins salariés dans les établissements de santé, quand bien même il figure sur l'avis. La procédure du recueil prévue par l'assurance maladie recommandée dans deux lettres réseau de 2010 et 2012, n'est pas mise en œuvre. La saisie manuelle du numéro RPPS dans PROGRES n'est pas réalisée. Nos interlocuteurs rapportent l'existence d'une procédure de refonte visant à modifier le formulaire de l'avis pour intégrer notamment une rubrique « RPPS », en cours depuis 2012[40].

Au total, ce sont près de 16 % des dépenses d'IJ, soit 1,6 Md€, pour lesquelles il n'est pas possible d'identifier individuellement le prescripteur, sauf son lieu d'exercice. Les établissements représentent 14,4 % des dépenses d'IJ de plus de 3 mois (18,4 % des dépenses d'IJ de moins de 3 mois).

Tableau 5 : Dépenses d'IJ remboursées à fin décembre 2016, en €

	Praticiens libéraux	Praticiens en établissement	Autres praticiens	Total
Montant IJ de moins 3 mois	3 417 137 150	771 779 959	14 674 436	4 203 591 545
Montant IJ de plus de trois mois	2 462 816 015	414 862 825	7 703 989	2 885 383 829
Total IJ M	5 879 953 165	1 186 642 784	22 378 425	7 088 975 374
Total IJ AT	2 422 046 638	421 236 790	9 065 300	2 852 348 727
Total	8 301 999 803	1 607 879 574	31 443 725	9 941 324 101

Source : Calculs mission à partir des données CNAMTS France entière – dépenses d'IJ cumulées à fin décembre 2016 – régime général hors SLM.

[38] L'identifiant personnel du professionnel ayant effectué les actes fait partie des éléments obligatoires dont l'indication conditionne la constatation des soins et le droit à remboursement de l'assuré (article R 161-42).

[39] Article L.162-5-15 du code de la sécurité sociale et cf. circulaire n°DHOS/E3/2008/234 du 16 juillet 2008 relative à la mise en oeuvre de l'identification des prescriptions hospitalières exécutées en ville

[40] LR-DDO-161-2010, réitéré par la lettre réseau LR 72/2012. Lettre réseau 72-2012 : « *En 2012, le contrôle des arrêts prescrits par des praticiens hospitaliers publics basé sur Diadème pourra être réalisé lorsque le nouveau formulaire d'avis d'arrêt de travail S3116, actuellement en cours de refonte et intégrant le numéro RPPS, sera diffusé. La gestion du numéro RPPS impliquera des évolutions fonctionnelles de Diadème (gestion d'un index supplémentaire en acquisition et en traitement GED, contrôle de lecture et de saisie du numéro RPPS par rapport au RFOS, définition de nouveaux formulaires de recherche utilisant cet index* »

2.1.2. L'AAT en ligne

Initiée en 2010, la dématérialisation de l'avis d'arrêts de travail (AAT) représente une mesure de simplification administrative pour l'usager, qui n'a plus à renvoyer le volet papier à la caisse. Elle est également une source importante d'économies de gestion pour l'assurance maladie, via la diminution des délais de traitement, et une source d'économie du fait de l'observance par les praticiens des durées indicatives par pathologie intégrées au formulaire.

L'assurance maladie promeut l'utilisation du téléservice (« l'AAT en 5 clics »). Chaque caisse dispose de Conseillers Informatique Service (CIS) qui sont chargés d'accompagner les professionnels de santé lors de leur informatisation et de promouvoir les services dématérialisés, notamment le recours au téléservice de l'AAT (cf. § 3.2.4).

A la fin de la consultation, le médecin libéral (généraliste ou spécialiste) saisit en ligne l'avis d'arrêt de travail (maladie ou maternité) sur présentation de la carte vitale. Les volets 1 et 2 sont envoyés directement par voie informatisée et sécurisée à votre Caisse d'Assurance Maladie. Le volet 3 du document est imprimé par le médecin, signé par ce dernier et remis à l'assuré pour qu'il le transmette à son employeur, dans un délai de 48 heures.

L'accès au téléservice s'opère en se connectant en ligne sur le site Espace pro, ou en utilisant la fonctionnalité intégrée dans les logiciels des professionnels de santé. La saisie en ligne est facilitée par une aide à la rédaction : données administratives pré-remplies, menus déroulants permettant de sélectionner le motif médical, tableau des durées indicatives d'arrêt de travail et fiches téléchargeables apparaissent pour un arrêt de travail à temps complet sans rapport avec une affection L.324-1. La mission a pu constater sa simplicité d'utilisation.

Cependant, comme le montre le tableau ci-dessous, le taux d'utilisation de l'AAT en ligne demeure faible, comparativement à d'autres téléservices. Le taux d'utilisation de l'AAT en ligne en 2016 est de 22,75 % au niveau national[41]. Dans le Val de Marne, 20 % des avis d'arrêt de travail sont dématérialisées, alors que plus de la moitié des protocoles de soins le sont, et deux tiers des déclarations de médecin traitant.

Tableau 6 :Taux d'utilisation des téléservices, CPAM Val de Marne

	2014	2015	2016
Taux d'avis d'arrêt de travail dématérialisés	52,09 %	14,32 %	20,27 %
Taux de protocoles de soins électronique dématérialisés	25,70 %	n.c.	50,00 %
Taux de déclarations du choix de médecin traitant dématérialisées	49,61 %	61,28 %	66,57 %

Source : CPAM Créteil – n.c. non communiqué.

Plusieurs explications sont avancées :

- la convention médicale du 26 juillet 2011 incite peu les médecins à utiliser cette téléprocédure, qui n'est pas obligatoire (cf. § infra sur la ROSP) ;
- l'informatisation des cabinets médicaux est encore incomplète ;
- il est toujours plus rapide pour un médecin de remplir un formulaire papier que de se connecter ;

[41] Source : taux provisoire - CNAMTS.

- l'arrêt n'est pas totalement dématérialisé. Le professionnel de santé doit imprimer et remettre à l'assuré le volet de l'AAT destiné à l'employeur (cf. § infra actions vers assurés / faciliter les démarches). Certains médecins y voient une « démédicalisation » progressive de l'arrêt de travail ou estiment que la gestion administrative n'est pas de leur ressort[42] .

L'utilisation de logiciels et de téléservices adaptés à la pratique médicale constitue un levier majeur de la qualité des soins au service du patient, notamment en ce qui concerne l'aide à la décision. La mission a pu constater que les contrôles de saisie, comme pour les formulaires papier, sont faibles. Il est possible de valider un AAT électronique en remplissant les motifs médicaux (prescription, sortie libre) avec un espace. La simplicité d'utilisation ne peut être un motif pour alléger des contrôles de saisie. Il convient notamment de renforcer des contrôles de saisie à l'arrivée des formulaires papier (cf. point 1. ci-dessus) pour inciter les prescripteurs à prescrire en ligne.

De plus, le téléservice de l'AAT en ligne, mis à disposition des médecins libéraux, n'est pas utilisé et promu auprès des établissements de santé publique. L'ensemble des établissements représentent près de 16 % des montants d'IJ remboursés en 2016. Étant donné les résultats positifs de son utilisation sur la maîtrise des dépenses de santé, cet outil devrait être déployé et généralisé dans les établissements.

S'agissant des fonctionnaires, l'arrêt de travail est toujours sous le format papier. L'AAT en ligne est un service qui ne leur est pas accessible. Les fonctionnaires ne sont pas tenus d'envoyer le volet médical papier de l'arrêt de travail à leur administration. Ils doivent conserver ce volet et le remettre au médecin agréé de l'administration en cas de contre-visite[43].

2.2. Les attestations de salaire

Le paiement de l'indemnité journalière intervient après réception de l'attestation de salaire du ou des employeurs. Sa dématérialisation fait partie des projets portés par l'assurance maladie pour simplifier les démarches administratives des entreprises et optimiser la performance de gestion des caisses. Elle permet de fiabiliser la transmission des données, d'éviter les erreurs de ressaisie, et de fiabiliser la liquidation, en évitant des erreurs courantes – confondre salaire brut et salaire net pour une IJ maternité.

L'attestation de salaire fournie par l'employeur est transmise à la caisse soit sous format papier, soit sous format dématérialisé (net entreprise, EDI ou DSN). Environ 12 millions d'attestations de salaire sont reçues annuellement par les différentes sources existantes dont dix millions environ sous forme dématérialisée (80 %)[44]. Trois canaux de communication dématérialisés sont disponibles :

- l'envoi d'un formulaire en ligne sur le portail net-entreprise. Cette formule n'est pas adaptée aux besoins des moyennes ou des grandes entreprises, dès lors que l'employeur doit effectuer une saisie par salarié ;
- le dépôt d'un fichier structuré, issu du logiciel de paie de l'employeur (format EDI) ;

[42] Source : CNAMTS citant notamment le rapport Kantar Health - Indemnités journalières : études exploratoires 2009/2010

[43] Circulaire du 20 avril 2015 relative au délai de transmission des arrêts de maladie des fonctionnaires dans la fonction publique de l'État

[44] Source : CNAMTS - XTRAIT AMOA Informatique - Revenu de substitution. Au niveau national, le taux d'attestations employeur dématérialisées est de 80,46 % en 2016 (taux provisoire)

- l'envoi d'une déclaration sociale nominative (DSN), qui remplace l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs aux organismes de protection sociale. Avec la DSN, les employeurs effectuent une transmission mensuelle de données individuelles des salariés à l'issue de la paie (DSN mensuelle) et des signalements référencés comme des « évènements » (arrêt maladie par exemple). Son déploiement est progressif (cf. tableau ci-dessous).

L'utilisation de la DSN réduit sensiblement les délais de paiement moyens. En janvier 2017, le délai de paiement était de 19,7 jours pour une transmission par la DSN, 22,6 jours par Net Entreprise, et de 41,7 jours pour une transmission sous format papier[45].

[45] Source : CNAMTS, « taux de montée en charge de la DSN ».

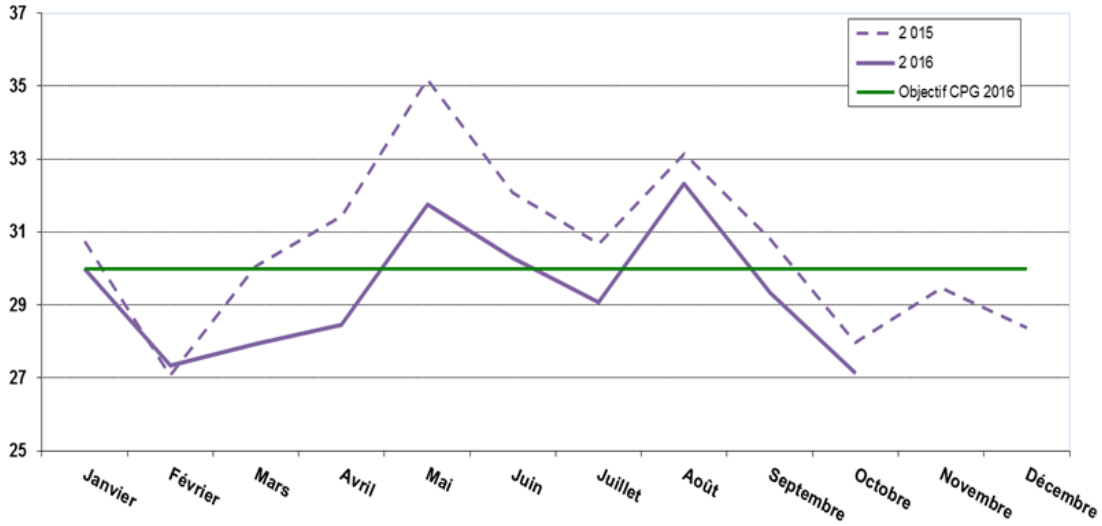
Tableau 7 : Taux de montée en charge de la DSN

		SEPTEMBRE (Dépôts Août)		OCTOBRE (Dépôts Septembre)		NOVEMBRE (Dépôts Octobre)		DECEMBRE (Dépôts Novembre)		JANVIER (Dépôts Décembre)		FEVRIER (Dépôts Janvier)		MARS (Dépôts Février)	
Indicateurs SI	Nombre total	154 979		216 003		275 652		306 472		350 101		445 206		490 772	
	Maladie/Maternité/Paternité /FEDT	142 741	92,10 %	198 443	94,90 %	256 011	92,90 %	286 917	93,60 %	330 139	94,30 %	421 048	94,60 %	458 905	93,50 %
	AT/MP	6 843	4,40 %	9052	4,20 %	9975	3,60 %	11598	3, 8 %	13189	3,80 %	15 744	3,50 %	20 012	4,10 %
	Arrêts de plus de 6 mois	5 395	3,50 %	8508	3,90 %	6701	2,40 %	7894	2,60 %	6773	1,90 %	8 414	1,90 %	11 855	2,40 %
Proportion DSN	Nb DSIJ DSN / DSIJ total CNAMTS canaux dématérialisés	25 %		25 %		30 %		30 %		29 %		38 %		43 %	
Délai de paiement moyen	DSN	21,4 jours		18,6 jours		18,0 jours		19,4 jours		17,8 jours		17,8 jours		19,7 jours	
	Net Entreprise	21,4 jours		19,8 jours		20,1 jours		21,9 jours		20,4 jours		20,7 jours		22,6 jours	
	Papier	43,7 jours		43,7 jours		41,6 jours		42,4 jours		42,2 jours		42,4 jours		41,7 jours	
	Global tous canaux	32 jours		29,3 jours		27,7 jours		28,6 jours		26,8 jours		26,5 jours		27,3 jours	
Utilisation des signalements DSIJ DSN	Nombre d'éditeurs et % par rapport au Nb d'éditeur en production	120	53 %	122	53 %	130	57 %	141	61 %	148	64 %				
	Nombre d'établissements	170 628		210 418		224 934		278 567		311 316		Non disponible		Non disponible	

Source : CNAMTS.

Le délai de règlement de la première IJ fait partie des indicateurs du service de base suivis mensuellement par la DDO pour repérer d'éventuels dérapages et mener une action corrective. En mars 2017, le délai de paiement moyen s'élevait à 27,3 jours. Il était de 38,5 jours en 2011. Les progrès enregistrés ces dernières années sont principalement dus à la dématérialisation des échanges.

Graphique 4 : Délai de règlement de la 1ère IJ – délai moyen de 2015 à fin octobre 2016



Source : CNAMTS.

Ce délai moyen varie sensiblement selon la situation professionnelle des usagers. Toutes les situations ne peuvent pas toutes être gérées par l'envoi d'une DSN. C'est actuellement le cas des fonctionnaires, des personnes sans emploi, des intermittents du spectacle, des salariés travaillant pour plusieurs particuliers employeurs, ou des salariés rémunérés par des CESU, notamment.

La mission a opéré quatre constats, à l'issue de ses déplacements :

(1) des difficultés de gestion des délais par les employeurs

L'employeur qui utilise la DSN est tenu de respecter un délai d'envoi d'une DSN sous cinq jours ouvrés à compter de la survenance de l'arrêt de travail ou de la reprise anticipée[46]. Une pénalité s'applique en cas de retard de transmission. Les employeurs interrogés par la mission évoquent un délai de transmission trop court, dès lors qu'il inclut le délai de 48 heures dont dispose le salarié pour informer son employeur et que les délais postaux retardent l'émission de l'attestation.

En revanche l'employeur n'est soumis à aucune obligation de délai pour l'envoi de l'attestation de salaire papier. D'après nos interlocuteurs, il arrive que les caisses gèrent les conflits entre employeurs et salariés.

(2) les attestations papier font l'objet d'une saisie manuelle

L'employeur qui établit l'attestation n'est pas tenu d'utiliser l'attestation de salaire normée[47]. À sa réception, l'attestation papier est numérisée dans DIADEME, sans qu'il soit possible de procéder à sa reconnaissance optique. Le technicien administratif effectue manuellement la reprise des données.

---

[46] « Charte relative à la généralisation de la DSN », 13 mars 2017, net-entreprise.fr.

[47] CERFA n° 11135*04.

(3) la réglementation est complexe, en particulier pour certaines catégories d'assurés, ce qui renchérit les coûts de gestion

Les assurés qui téléphonent à « Santé info droits » se plaignent de ne pas comprendre et de ne pas pouvoir reconstituer le calcul de leurs indemnités. La mission rejoint les constats opérés dans les rapports précédents sur la complexité actuelle de la réglementation (Cour des comptes, assemblée nationale, inspections…). Elle nuit à la fiabilité de la liquidation des indemnités, elle est une source d'inégalités entre assurés et d'insécurité juridique. Le niveau des erreurs et l'insuffisance du contrôle interne conduisent la Cour des comptes à renouveler ses réserves lors de la certification des comptes.

Les coûts de gestion liés au traitement des dossiers les plus complexes paraissent substantiels, comme la mission a pu le constater lors d'un de ses déplacements. Sur une quarantaine de dossiers prêts pour le paiement, seule une dizaine a été payée automatiquement. Dans le Val de Marne, en 2016, le pourcentage de dossiers payés automatiquement (DSIJ AT) est de 16,5 % pour les IJ/AT (44 % pour l'ensemble de la caisse). 71 % des dossiers nécessitent une reprise manuelle, 12,5 % sont rejetés[48].

Nos interlocuteurs estiment que pour 5 % à 10 % des dossiers les plus complexes, leur intervention dure entre 30 minutes et 1h30 avant de procéder à la liquidation. Ils procèdent à des opérations de reconstitution d'assiette ad hoc à l'aide de feuilles de calcul, par exemple dans le cas de salariés avec plusieurs employeurs ou dans le cas d'intermittents du spectacle. Il n'existe pas d'outil national d'aide au calcul pour la liquidation des prestations en espèces les plus complexes : intermittents, multi-employeurs, artistes auteurs, chômeurs[49].

(4) la promotion du recours à la subrogation des IJ par l'employeur n'est pas encouragée

La subrogation des IJ par les employeurs permet d'accélérer le délai d'indemnisation des salariés, de réduire les coûts de traitement des IJ par les caisses, et d'accroître l'implication les entreprises dans la gestion de l'absentéisme maladie de courte durée, dont la fréquence est généralement liée aux conditions de travail.

Le recours à la subrogation est plus fréquent dans les grandes entreprises, et est généralement corrélé au maintien de salaire. En 2010, la subrogation des IJ par les employeurs ne concerne environ qu'un tiers du total des IJ payées (33 % en 2010). Dans le Val de Marne, les employeurs utilisant la DSIJ, qui représentent la majorité des employeurs (89 %), ont majoritairement recours à la subrogation (55 % en 2016), du fait de la politique active menée par la caisse à ce sujet. Il n'existe toutefois pas d'indicateur dans les CPG qui incite les caisses à promouvoir ce dispositif.

3. Les actions de maîtrise et de contrôle des dépenses d'indemnités journalières

3.1. Les actions de gestion du risque envers les assurés

Les actions de gestion du risque visent à responsabiliser le patient, qui est l'acteur de sa santé. Non seulement il doit avoir accès à l'information, mais il doit être accompagné dans son parcours.

[48] Source : extraction OSCARR CPAM Créteil.

[49] Rapport d'audit sur le paiement et le contrôle des IJ, mai 2015, CNAMTS.

3.1.1. L'accès à l'information

Un rapport d'étude sur le contenu et représentations par les assurés et les prescripteurs[50] montre un déficit d'information sur la réglementation liée aux arrêts de travail : les assurés ne se posent pas de questions face à un système d'indemnisation qui fonctionne (« *l'arrêt de travail est un droit qui correspond à ce qu'ils ont cotisés* »).

- Les campagnes d'information générales

L'assurance maladie mène une politique de communication « grand public », en mettant en œuvre des outils et des supports de communication standard. Des dépliants d'information et des affiches sont élaborés au niveau national et mis à disposition du réseau :

- « *Je suis en arrêt de travail pour maladie* » présente les règles juridiques (avec un volet « *Ce que je fais en tant qu'assuré* » et un autre *« Ce que l'Assurance Maladie fait pour moi* »). Des dépliants similaires existent pour le risque AT/MP ;
- « *Je prépare mon retour au travail avec mon médecin traitant* » pour prévenir la désinsertion professionnelle et, au besoin, proposer des solutions adaptées (temps partiel thérapeutique, réaménagement du poste de travail, accompagnement individualisé) ;
- « *Quand mon état de santé devient un problème pour mon emploi* ».

Une campagne grand public sur la prise en charge de la lombalgie[51] est prévue au 2ème semestre 2017 qui prévoit un volet en faveur d'une durée d'arrêt de travail très courte ou d'une remobilisation précoce.

Les caisses, au niveau régional, réalisent également des campagnes de communication (Hauts de France, Seine Saint Denis, Auvergne…), notamment par la voie d'affiches remises aux médecins libéraux[52]. Les principaux axes de communication sont les suivants :

- les règles juridiques relatives aux arrêts de travail : droits, obligations et responsabilités respectives des assurés, médecins et employeurs ;
- l'arrêt de travail est un acte médical, sa prescription quand la situation le justifie relève de la responsabilité du médecin ;
- l'évolution des dépenses d'IJ, leur contextualisation locale, et les actions de gestion du risque mises en place par l'assurance maladie du fait de sa responsabilité vis-à-vis de la gestion de ressources publiques.

Un programme d'harmonisation des messages diffusés localement sur le thème des arrêts de travail est en cours par la DICOM en lien avec le réseau et les directions CNAMTS concernées[53] .

- Les actions d'information ciblées ou personnalisées

Sur le site ameli pour les assurés, l'information est généraliste. Le sommaire du dossier « *vous êtes en arrêt de travail pour maladie* » présente quatre liens : « *vos démarches et formalités, salariés : vos IJ, sans emploi : vos IJ, la reprise du travail, PAMC : vos IJ* », et le chapeau rappelle l'obligation d'envoi de l'arrêt de travail sous 48 heures.

---

[50] Rapport d'études de Kantar Health - Indemnités journalières : études exploratoires 2009/2010 –CNAMTS / DDGOS.

[51] Cette pathologie est un motif particulièrement fréquent d'arrêt de travail et la prévention de la chronicisation peut impacter les dépenses.

[52] Source : ameli.fr et CPAM/ELSM de la Somme.

[53] Source : DDGOS.

L'assuré a accès aux règles qui s'appliquent au cas général en matière d'ouverture des droits et de liquidation des IJ maladie. Un simulateur d'IJ est mis en ligne pour les IJ maternité, paternité et adoption pour les situations les plus courantes.

L'assuré a accès aux règles qui s'appliquent au cas général en matière d'ouverture des droits et de liquidation des IJ maladie. Un simulateur d'IJ est mis en ligne pour les IJ maternité, paternité et adoption pour les situations les plus courantes.

Il n'est toutefois pas possible pour un assuré d'avoir accès à la réglementation applicable pour des situations ou des statuts particuliers, ou pour sa situation personnelle. Ne sont également pas mis à disposition des assurés le référentiel réglementaire ou base de données réglementaires, sous la forme de textes de références, d'analyse juridiques et des interprétations de la réglementation par l'assurance maladie dans le domaine des IJ.

L'assuré n'a pas accès à l'ensemble des règles de gestion applicables à la liquidation de ses IJ, sauf à faire une recherche sur les sites généralistes de diffusion du droit. La méconnaissance par les assurés de l'état de la réglementation – sauf pour ceux confrontés à des difficultés récurrentes de traitement de leur dossier - ne les prépare pas à accueillir favorablement les mesures de refonte profonde qui s'imposent pour assurer l'égalité et l'équité de traitement, sécuriser juridiquement la liquidation et rendre un service de qualité.

3.1.1.1.1. La méconnaissance de l'existence de durées indicatives pour les arrêts de travail

Le site « ameli pour les assurés » ne fait pas la promotion des durées d'arrêt de travail recommandées par la HAS[54] . La COG[55] 2014-2017 prévoyait de porter ces informations à la connaissance des assurés en 2014-2015.

Le fait que ces informations soient connues des assurés peut les inciter à faire preuve de modération dans leur demande d'arrêt de travail à leur médecin traitant, ce dernier ayant toute latitude pour moduler la durée de l'arrêt en fonction de la gravité de la pathologie.

Les indications de durée par pathologie, dès lors qu'elle est connue des prescripteurs et des assurés, permettraient de mieux faire accepter le lancement de campagnes de contrôle ciblées sur les dépassements de durée.

Dans un but préventif, ils pourraient être sensibilisés au lancement des campagnes de contrôle, par exemple, le fait que leur caisse a choisi, cette année, de contrôler les patients dont la durée d'arrêt pour une grippe est supérieure à la durée recommandée.

Les assurés ne sont par ailleurs pas informés de la mise sous MSO / MSAP de leur médecin traitant. Ils prennent connaissance de cette information dans la salle d'attente, ou lors d'une consultation. Les assurés disposant d'un compte ameli[56] pourraient utilement être informés, par mail ou sms, de ces mesures.

---

[54] Les fiches repères, avec les durées recommandées, sont en revanche consultables sur le site « ameli pour les médecins » - ce qui suppose d'avoir fait une recherche préalable.

[55] page 79.

[56] Source : bilan COG CNAMTS.

3.1.2. Les actions d'accompagnement

3.1.2.1. La facilitation des démarches aux assurés

En 2015, près de 20 millions d'assurés avaient ouvert un compte ameli et le site enregistrait plus de 132 millions de visites. Depuis la mi-2015, de nouvelles actions ont été mises en place dans le compte ameli. Les assurés ont notamment la possibilité de suivre la réception de l'avis d'arrêt de travail dans ameli (rubrique « *Mes demandes* » => « *suivre mes arrêts de travail* »).

Autant l'utilisation de l'AAT en ligne fait l'objet d'actions de promotion auprès des prescripteurs, autant elle est moins connue des assurés, qui ne savent pas que leur médecin peut rédiger et transmettre l'avis d'arrêt de travail directement depuis son ordinateur. Quelques organismes en assurent la promotion de l'AAT sur « ameli pour les assurés » (« *L'avis d'arrêt de travail en ligne, vous connaissez ?* » sur le site de la caisse de Gironde, mis à jour en mars 2015).

Ce téléservice présente de nombreux avantages pour l'assuré malade : il n'aura plus à se déplacer pour affranchir et envoyer les deux volets de l'arrêt à la caisse primaire d'assurance maladie et au médecin conseil, il ne risque plus de dépasser le délai légal de 48 heures, et la caisse dispose rapidement des éléments nécessaires à la liquidation de l'arrêt.

La procédure n'est toutefois pas complètement dématérialisée. Lorsque le médecin établit un avis d'arrêt de travail en ligne, il doit procéder à l'impression du volet destiné à l'employeur et le remettre à son patient. Cette tâche administrative est l'un des arguments qui peut expliquer les réticences des prescripteurs à l'égard de ce téléservice. C'est également une source de contrainte pour l'assuré malade, qui doit se déplacer pour poster son arrêt. C'est enfin une source d'accroissement du délai de paiement de l'IJ à l'assuré, l'employeur ne pouvant juridiquement établir d'attestation de salaire – ou d'évènement DSN – avant d'avoir reçu le volet.

3.1.2.1.1. La prévention de la désinsertion professionnelle

Au bout de six mois d'arrêt, 50 % des salariés ne reprennent pas le travail, au bout d'un an, 70 % des salariés sont désinsérés[57].

« *L'accompagnement des travailleurs et des entreprises dans la prévention de la désinsertion professionnelle* » est l'une de ses principales lignes directrices du troisième plan santé travail (2016-2020). La reprise du travail est également un axe prioritaire de développement pour l'assurance maladie, qui, dans sa lettre réseau consacrée au contrôle des assurés en arrêt de travail[58] , rappelle que « *chaque intervenant doit avoir à l'esprit l'objectif qui est d'optimiser la prescription, en validant les arrêts médicalement justifiés mais également en favorisant la reprise du travail lorsque les critères médicaux sont réunis afin de prévenir les risques de désinsertion professionnelle* ».

En 2015, 548 000 assurés ont été identifiés en arrêt de travail de longue durée (90 jours), dont 276 000 ont été accompagnés par le service social[59] et 137 000 ont été accompagnés pour une problématique de prévention de la désinsertion professionnelle.

Plusieurs dispositifs sont en place pour faciliter la reprise :

---

[57] Au sens où ils ne sont plus en capacité de tenir un emploi dans la durée. Cf. rapport de l'Assemblée nationale sur le indemnités journalières, p. 58.

[58] LR 72-2012.

[59] Note CNAMTS « le développement de nouveaux parcours attentionnés ».

- des cellules de prévention et de désinsertion professionnelle sont mises en place dans les organismes, qui sont sollicitées « *pour toutes les situations nécessitant une action de prévention* »[60] ;
- des campagnes de courriers ciblés auprès des assurés en arrêt de travail de plus de 60 jours afin d'accompagner l'anticipation du retour à l'activité en lien avec les autres acteurs impliqués (médecin traitant, médecin du travail, service social)[61] . L'assurance maladie a fait pré-tester par la société BVA un mailing d'information auprès des assurés en arrêt de travail de plus de 60 jours. Ce courriel avait pour objectif de faire prendre à l'assuré conscience du bon usage de l'arrêt de travail, de faire comprendre les moyens mis à disposition pour l'accompagner dans sa reprise d'activité, et de l'inciter à parler à son médecin traitant de sa reprise d'activité. Le mailing a été bien reçu chez les assurés en demande d'accompagnement, qui ont toutefois regretté le manque de conseils pratiques ;
- l'expérimentation d'un « *appui complémentaire au médecin traitant* » par les agents du service médical pour faciliter la gestion des arrêts de travail détectés comme délicats (« fonction de facilitateur IJ, cf. *infra*).

3.1.2.2. L'expérimentation « facilitateur »

La gestion d'un arrêt de travail fait intervenir autour de l'assuré son médecin traitant, le médecin du travail, le médecin conseil, et parfois d'autres professionnels de santé ou du secteur social. Partant du constat que la coordination entre ces intervenants est mal assurée aujourd'hui, « avec des informations éparses et un suivi lacunaire[62] » , l'assurance maladie a expérimenté en 2015 la création d'une nouvelle fonction de « facilitateur IJ » dans plusieurs caisses (Bouches du Rhône, Doubs, Loire Atlantique). 400 agents pourraient être à terme être concernés par cette nouvelle activité.

Les techniciens du service médical prennent en charge la gestion des dossiers complexes pour améliorer la coordination entre les professionnels (médecin-conseil, médecin traitant, médecin du travail, service social) et l'assuré, dans le but de mieux coordonner le parcours de soin et de prévenir la désinsertion professionnelle. L'agent offre aux assurés un suivi de premier niveau, par téléphone, pour les informer et les orienter dans leurs démarches et favorise la coordination des professionnels de santé impliqués dans l'arrêt et la reprise du travail (médecin-conseil, médecin traitant, service social, service de santé au travail). Trois grands groupes de pathologies ont été suivis : états dépressifs, maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, lésions traumatiques. Un quart des dossiers traités ont abouti à une reprise du travail. La démarche est bien accueillie par les médecins et les assurés, mais l'évaluation de l'action du facilitateur est compliquée. Les arrêts ont été estimés optimisés par le facilitateur dans 20 % à 42 % des dossiers finalisés.

En 2016, l'expérimentation a été étendue à un département par région administrative, soit 17 ELSM avant sa généralisation. La mission s'est rendue sur l'un de ces sites (ELSM Amiens). Deux agents participent à l'expérimentation sans y consacrer un temps plein (0,2 ETP). Leur ressenti est positif. Leur rôle est celui d'« *un accompagnement bienveillant », d'« un soutien direct à l'assuré, indirect au médecin* », et d'inciter le patient « *passif* » à être « *pro-actif* ». Cette fonction représente un surcoût de coordination dont le retour sur investissement peut s'avérer positif en cas de reprise du travail par les assurés. Un bilan sera réalisé en juin.

---

[60] COG 2014-2017, p. 79.

[61] LR 72-2012.

[62] Cf. rapport « Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions », groupe de travail coordonné par Dominique Polton, CNAMTS, 2015.

3.1.3. Le contrôle du respect des obligations administratives de l'assuré

L'assuré en arrêt de travail doit, pour être indemnisé, suivre les prescriptions du praticien et respecter six obligations spécifiques :

1) envoyer son avis d'arrêt de travail dans le délai de 48 heures (cf. § supra) ;
2) se soumettre aux contrôles organisés par le service médical (article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, cf. § infra) ;
3) respecter les heures de sortie autorisées par le praticien ;
4) s'abstenir de toute activité non autorisée. Il est interdit à l'assuré de se livrer à une quelconque activité incompatible avec la prescription de repos (travaux de bricolage, compétition sportive). Cette règle ne s'applique pas lorsqu'il s'agit d'une reprise d'activité prescrite dans un but thérapeutique. Cette règle est également exclue lorsque la reprise d'activité consiste dans des actions visant à prévenir la désinsertion professionnelle, qui sont autorisées par la caisse primaire ;
5) ne pas quitter la circonscription de la caisse, sans avoir préalablement demandé l'autorisation du médecin-conseil. La même règle s'applique aux séjours à l'étranger réalisés durant une période d'arrêt de travail indemnisé ;
6) informer sans délai la caisse de toute reprise d'activité intervenant avant l'écoulement du délai de l'arrêt de travail. Cette obligation d'information de la caisse de toute reprise anticipée du travail, qui a été introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, incombe à l'employeur en cas de subrogation des droits du salarié en arrêt de travail et au salarié en cas de non subrogation, pour éviter le cumul des indemnités journalières avec sa rémunération[63].

La lettre réseau 72-2012 a mis en place une nouvelle stratégie d'analyse et de contrôle de ces obligations à la suite d'une enquête, qui constatait une application des sanctions hétérogène selon les caisses, et des divergences dans la gestion médico-administrative des contrôles.

3.1.3.1. Le contrôle de la présence au domicile

Pendant la durée de l'arrêt, le salarié est dispensé de travailler et demeure astreint à une obligation de repos. Le praticien doit indiquer sur l'arrêt de travail si les sorties sont ou non autorisées, et, dans le cas où il autorise les sorties sans restriction d'horaires, mentionner le motif médical. Dans le cas où le praticien autorise les sorties, le salarié a l'obligation d'être présent à son domicile de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux.

[63] Article L 323-6 et L 323-6-1 du code de la sécurité sociale. Cette obligation figure pour les salariés à l'article 37 de l'arrêté du 19 juin 1947 fixant le règlement intérieur modèle provisoire des CPAM pour le service des prestations : « *En cas de reprise anticipée du travail de la part d'un assuré malade avant l'expiration de la durée de son congé, l'assuré doit en avertir la caisse dans les vingt-quatre heures* ».

Le contrôle au domicile est réalisé par un agent assermenté pendant les heures obligatoires de présence, à l'adresse indiquée par l'assuré sur l'avis d'arrêt de travail. Il est compliqué faute d'accès au domicile (présence de digicodes…) et rendu coûteux par le temps consacré aux déplacements, voire à l'enquête de voisinage en cas d'absence. Lors de l'expérimentation menée dans l'Aube par l'assurance maladie en 2013, 26 % des salariés étaient absents de leur domicile. Les économies engendrées par la suspension des IJ (50 K€) avaient été en grande partie consommées par le coût de contrôle (gain net de 12 K€)[64] .

L'intérêt de ce contrôle tient moins aux économies qu'il permet de réaliser qu'à l'effet disciplinant sur le comportement des assurés, notamment s'agissant de la détection d'activités domestiques. Il paraît inégalement pratiqué selon les caisses et les méthodologies de ciblage varient localement. Nos interlocuteurs conviennent que le volume des contrôles à domicile est faible mais valorisent ses « *vertus pédagogiques* » et son caractère « *exemplaire* ». Il n'est pas possible d'évaluer son efficacité en l'absence de données nationales.

L'article R 323-12 du code de la sécurité sociale précise que la caisse est fondée à refuser le bénéfice des indemnités journalières pour la période pendant laquelle son contrôle a été rendu impossible. Sa mise en œuvre est compliquée par la jurisprudence, rendant parfois le contrôle inopérant :

(1) en cas d'absence de l'assuré

En cas d'adresse incomplète (absence ou changement du digicode d'entrée, par exemple), ou si l'assuré est absent, un avis de passage est laissé à l'assuré, qui doit justifier son absence sous 48 heures. Le service médical apprécie la situation de l'assuré au regard des justifications fournies et le convoque[65]. Sans réponse de l'assuré sous 6 jours, le service administratif procède à la suspension des indemnités journalières, à compter du jour du contrôle et jusqu'à la fin de la prescription.

Une décision de la Cour de cassation[66] précise que la seule existence d'une adresse incomplète ne caractérise pas la volonté du malade de se soustraire au contrôle de la caisse d'assurance maladie et ne saurait entraîner la suppression des indemnités journalières[67] .

(2) en l'absence de « contrôle surprise » pour les fonctionnaires

Nos interlocuteurs soulignent l'importance de l'effet de surprise. Si le salarié est présent mais réalise des travaux qui paraissent incompatibles avec son obligation de repos (maçonnerie, peinture…), l'agent établit un constat qui est transmis au service médical. Aussi, l'impossibilité d'organiser pour les fonctionnaires des contrôles inopinés vide en partie le contrôle administratif de son contenu. Pour le Conseil d'État, le contrôle de l'absence du domicile, en dehors des heures de sortie autorisées, lors d'une contre-visite inopinée ne peut justifier une suspension de sa rémunération[68].

(3) par l'émission de certificats médicaux « de complaisance » qui contredisent l'enquête de voisinage

---

[64] Rapport de l'Assemblée nationale, 2012.

[65] Article 37 de l'arrêté du 19 juin 1947 fixant le modèle provisoire des CPAM pour le service des prestations : « Si, au cours d'une visite de contrôle d'un assuré malade, celui-ci n'est pas présent à son domicile, en dehors des heures de sortie autorisées, l'assuré est convoqué devant le contrôle médical dans les huit jours qui suivent le passage de l'agent à son domicile ».

[66] Cour de cassation, chambre sociale, 16 novembre 1995, n°93-18322.

[67] L'article 41 de l'arrêté du 19 juin 1947 fixant le règlement intérieur modèle provisoire des CAPM pour le service des prestations précise : « *A l'assuré qui aurait volontairement enfreint le règlement des malades ou les prescriptions du médecin traitant, le conseil d'administration de la caisse ou un comité délégué par lui et composé d'administrateurs de la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières* ».

[68] Décision N°345238 du Conseil d'État du 28 septembre 2011.

L'assuré peut se soustraire à son obligation de repos en cas de soins et examens médicaux ou encore de convocation au service social de la caisse d'affiliation. Une décision de la cour de cassation[69] précise qu'en application des articles 37 et 41 du règlement intérieur des caisses primaires d'assurance maladie, annexé à l'arrêté du 19 juin 1947, les assurés malades ne doivent pas quitter leur domicile en dehors des heures de sortie autorisées, sauf accord préalable de la caisse, y compris pour se rendre chez son médecin. Nos interlocuteurs témoignent toutefois de la nombreuse production de certificats médicaux antidatés par les médecins traitant, en dépit du caractère anti-déontologique consistant à antidater un certificat médical pour faciliter l'obtention d'une prestation sociale, qui expose par ailleurs le praticien à des poursuites pénales et disciplinaires.

(4) en l'absence d'articulation avec la contre-visite mandatée avec l'employeur

Certaines sociétés de contre-visite permettent aux praticiens d'effectuer la contre-visite à leur cabinet, mais dans la majorité des cas, le contrôle est réalisé au domicile du patient. Il n'existe pas d'obligation pour le médecin – ou l'employeur de signaler l'absence de l'assuré à son domicile. Le Conseil de l'ordre a une position tranchée à ce sujet : « *Le médecin contrôleur a-t-il à vérifier les heures de sorties autorisées et à indiquer que le salarié est absent de son domicile ?(…) un tel rôle n'a aucun caractère médical même si des conventions collectives ont pu le mentionner, et sort de la compétence du médecin. Il incombe aux agents visiteurs de la sécurité sociale voire à des huissiers de justice, d'y procéder* »[70] . La présence du salarié étant une condition de la réalisation de l'examen médical, le médecin constate s'il est ou non absent et en rend compte à la société qui l'a mandaté.

De plus, les caisses ne peuvent pas invoquer le motif de l'absence du salarié à son domicile lors du contrôle effectué par l'employeur pour refuser le bénéfice des indemnités journalières. La contre visite médicale, mandatée par l'employeur, ne peut pas produire d'effet autre que sur la base d'un motif médical.

3.1.4. Le contrôle des assurés arrêtés sur une très courte durée

Une étude, réalisée par une mutuelle santé, montre que 30 % des arrêts de travail pour maladie d'un jour débutent un vendredi, et presque 70 % des arrêts de 2 à 5 jours débutent un lundi ou un mardi[71] . L'attentisme pour aller consulter et le moindre accès aux cabinets des médecins le week-end peuvent expliquer cette typologie. Elle peut aussi s'expliquer par des comportements abusifs ou de complaisance.

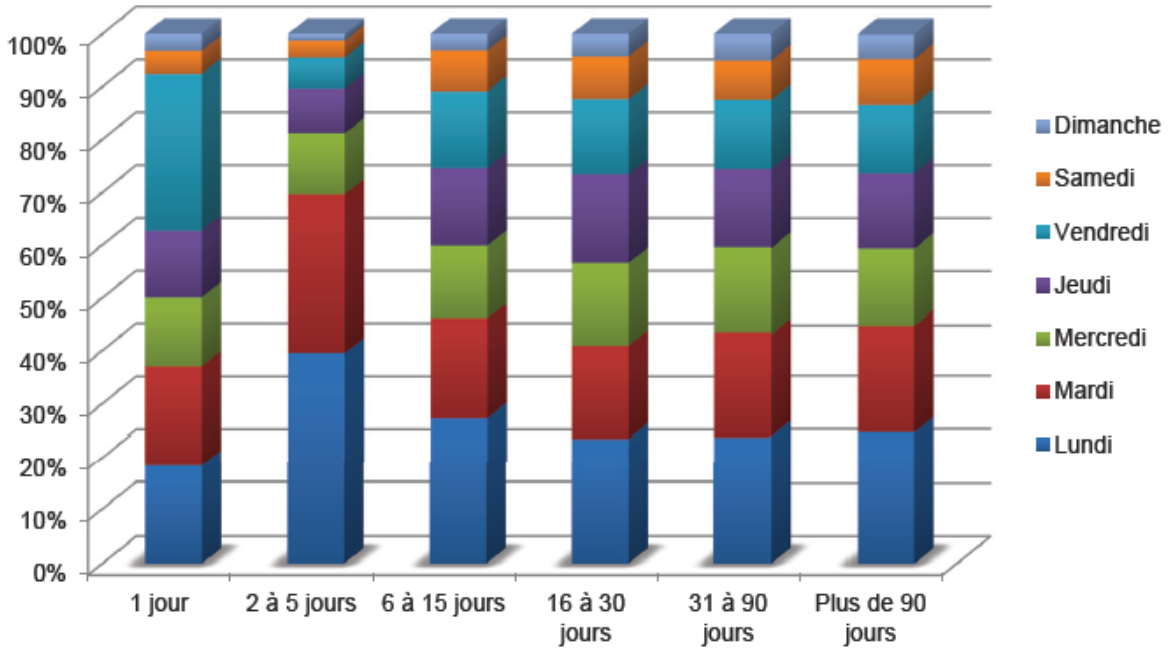
---

[69] Cour de cassation, chambre sociale, 4 juillet 1996, n° 94-16.936.

[70] site internet Conseil de l'ordre des médecins, article en ligne sur les arrêts de travail, mai 2017.

[71] Baromètre prévoyance Mercer, novembre 2014 – étude réalisée sur les arrêts de travail survenus en 2013 des salariés couverts par le régime complémentaire Mercer (plus de 500 000 individus). La durée des arrêts inclut le week-end et les jours fériés.

Graphique 5 : Répartition des arrêts de travail maladie selon le jour de début et leur durée



Source : Baromètre prévoyance Mercer, novembre 2014 – étude réalisée sur les arrêts de travail survenus en 2013 des salariés couverts par le régime complémentaire Mercer (plus de 500 000 individus). La durée des arrêts inclut le week-end et les jours fériés.

Les arrêts courts ne sont pas les plus coûteux pour les finances publiques, d'autant que, pour les arrêts de moins de 4 jours, le délai de carence en limite le coût à celui de la consultation du médecin, et au coût de gestion administratif de l'arrêt. Logiquement, l'assurance maladie axe sa politique de contrôle sur le suivi des arrêts de longue durée. Les contrôles des arrêts de moins de 45 jours sont ciblés sur des critères administratifs, médicaux, sur un assuré ou un prescripteur.

Il existe également une action spécifique de contrôle des arrêts itératifs[72]. Depuis 2012[73], un courrier de sensibilisation est systématiquement envoyé aux assurés ayant eu trois arrêts itératifs, dont la durée est inférieure à 15 jours au cours des 12 derniers mois. La CPAM de la Somme a ainsi adressé 1 011 courriers à des assurés ayant eu trois arrêts durant les 12 derniers mois. Une requête hebdomadaire permet par la suite d'établir une liste des assurés ayant un quatrième arrêt et au service médical d'organiser son contrôle, notamment en fonction de l'analyse de la consommation de soins. Cette action n'aboutit pas toujours. Il arrive fréquemment que l'assuré ait repris le travail au moment de la convocation, du fait du délai entre l'envoi de l'avis et son intégration par la caisse (six jours), de la fréquence du traitement informatique de ciblage des assurés « *récidivistes* » (hebdomadaire), ou encore des délais de convocation. Ainsi, au cours du mois de janvier 2017, l'ELSM de la Somme a pu convoquer 10 assurés sur les 36 assurés pré-identifiés ayant bénéficié d'un quatrième arrêt[74]. Nos interlocuteurs font état d'un faible nombre d'avis médicaux défavorables.

[72] Lettre réseau 72-2012.

[73] Enquête auprès des caisses citée dans la lettre réseau LR 72-2012. Avant 2012, seule la moitié des caisses avait mis en place cette procédure.

[74] L'ELSM d'Amiens enregistrait 455 assurés « blacklistés ».

Tous nos interlocuteurs en conviennent : « *les arrêts de cinq jours sont impossibles à contrôler (…)* ». « *le temps que l'arrêt arrive au service médical, l'arrêt prescrit est passé (…)* » « *le plus dissuasif, c'est le courrier qui a un effet radar* ». Certaines caisses ont adapté les modalités de contrôle. Par exemple, la CPAM des Bouches du Rhône, qui a modifié la requête nationale pour cibler les assurés dès le quatrième jour d'arrêt, associe un contrôle au domicile avec une convocation du service médical. L'ELSM de Roubaix a revu son organisation pour effectuer les convocations par téléphone. Sur sept assurés pré identifiés ayant bénéficié d'un quatrième arrêt, cinq se rendent à la convocation, et deux se voient fixer une date de reprise[75] .

3.2. Les actions de gestion du risque pour les prescripteurs.

3.2.1. La gradation de la démarche d'accompagnement

L'article R 4127-8 du code de la santé publique dispose que « *dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.* » L'article 8 du code de déontologie médicale reprend ces dispositions. Plusieurs difficultés sont évoquées par les médecins généralistes les plus prescripteurs pour expliquer leurs dérives [76] :

- les relations avec la médecine du travail, jugées complexes et peu satisfaisantes ;
- la pression des patients, le contexte socio-économique avec l'émergence des situations de conflit avec les employeurs et les situations de burn out et de dépression ;
- les délais de prise de rendez-vous auprès des spécialistes et pour des examens spécialisés ;
- les reports de prescriptions des spécialistes et des établissements sur les médecins traitants (en post opératoire par exemple) ;
- les pressions exercées sur les assurés pour les inciter à faire prolonger l'arrêt de travail « *pour faire baisser les chiffres du chômage* » ;
- la complexité et la méconnaissance de l'offre de prévention contre la désinsertion professionnelle.

Tous les praticiens n'ont pas les mêmes difficultés. L'assurance maladie propose une démarche graduée, qui adapte le niveau d'accompagnement aux besoins du praticien :

- un premier niveau d'accompagnement « classique », qui consiste à fournir au médecin des informations sur sa pratique (relevés), des outils (fiches repères, AAT en ligne), et, pour ceux qui ont en besoin d'un soutien, d'une aide ponctuelle à la prescription (entretiens DAM, facilitateur IJ, conseiller informatique CIS) ;
- un deuxième niveau d'accompagnement qui concerne quelques milliers de médecins qui sont de forts prescripteurs, et qui font l'objet d'un soutien appuyé et d'une aide à une meilleure prescription (échanges confraternels, entretiens de sensibilisation mis en place dans les Bouches du Rhône) ;

[75] Source : DRSM Hauts de France.

[76] Campagne d'entretiens avec les médecins généralistes forts prescripteurs d'arrêts de travail avant mise en œuvre d'une procédure MSO/MSAP 2016, CNAMTS.

- enfin un dernier niveau d'accompagnement concerne un nombre très limité de médecins « hors norme », dont la pratique de prescription est connue des organismes locaux et qui figurent parmi les plus forts prescripteurs (entretiens d'alerte, MSO, MSAP).

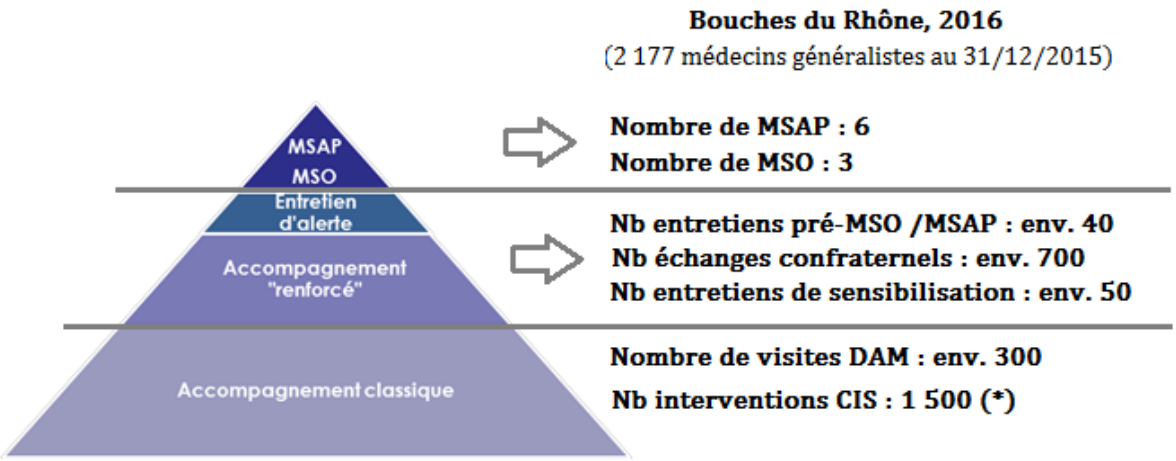
Tableau 8 : Nombre de praticiens suivis par dispositif (2010-2016)

Année / trimestre	Visites de délégués de l'assurance maladie (DAM) IJ	Entretiens confraternels IJ	Mise sous accord préalable (MSAP)	Mise sous objectif (MSO)
2010	18 537	9 159	181	-
2011	22 482	6 926	-	-
2012	7 355	2 652	106	269
2013	12 778	1 468	-	-
2014	21 262	3 036	54	448
2015	6 260	11 221	42	391
2016	6 659	5 544	En cours	En cours

Source : CNAMTS, DDGOS. Note de lecture : le nombre d'entretiens pré-MSO MSAP est d'environ 700.

Cette démarche fait l'objet d'adaptations locales (cf. ci-dessous). Par exemple, la CPAM/ELSM des Bouches du Rhône a mis en place un entretien intermédiaire (dit de « sensibilisation »). Au total, ce sont plus de 1 000 médecins généralistes qui ont été sensibilisés à leur niveau de prescription d'IJ en 2016 dans ce département, dans une logique de gradation des actions (soit environ 45 % de la population départementale des médecins généralistes). On y constate une baisse du nombre d'IJ prescrites par les médecins généralistes en 2016 (-0,7 %) alors qu'au niveau national a enregistré une hausse (+4,7 %).

Graphique 6 : Chiffres clés 2016 de la politique d'accompagnement gradué dans le département des Bouches du Rhône



Source : CNAMTS, CPAM/ELSM Bouches du Rhône – schéma mission (*) toutes thématiques confondues (AAT, etc.).

L'ensemble des actions menées par les caisses et les échelons locaux du service médical sont reprises dans un plan d'actions IJ commun ou un plan ONDAM[77].

[77] Par exemple, plan d'action IJ mené en 2012 et plan ONDAM IJ en 2015 par la CPAM/ELSM d'Amiens.

3.2.2. L'information des prescripteurs (RIAP, fiches repères)

3.2.2.1. Le relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP)

Les praticiens doivent pouvoir disposer d'outils de suivi de leur activité s'ils veulent mieux connaître leur patientèle tout en favorisant une prescription économe compatible avec l'état de santé de leur patient. A l'heure actuelle, le seul outil à la disposition de l'ensemble de la profession, qui retrace leur activité de prescription en matière d'arrêt de travail est le relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP), qui leur est transmis tous les trimestres. Il est adressé uniquement aux médecins libéraux conventionnés. Les médecins en établissement ne disposent pas de « tableau de bord » leur permettant de suivre leur activité en matière de prescriptions d'arrêt de travail.

Le contenu du RIAP est succinct. Dans la rubrique « *vos prescriptions* », une ligne retrace le nombre d'IJ ayant donné lieu à remboursement par les caisses depuis le début de l'année civile, en volume et par patient. En fonction de leur valeur, entre une et quatre étoiles permettent au prescripteur de se situer par rapport aux prescripteurs libéraux de la région de même discipline, quatre étoiles correspondant au quatrième quartile.

Le RIAP n'est pas réactualisé au rythme voulu pour en faire un outil efficace de changement des comportements (« *le RIAP, ils ne le lisent pas. Il faut le rendre plus pédagogique* »[78]). Il paraît peu pertinent, tant par sa fréquence, qui ne permet pas au médecin de constater rapidement si ses efforts pour ajuster son volume de prescription sont récompensés, que par le référentiel de comparaison régional, qui ne permet pas aux médecins de comparer leur pratique de prescription, à structure de patientèle équivalente.

Seuls les médecins ciblés par les délégués d'assurance maladie disposent d'une analyse détaillée de leur profil de prescription d'arrêt de travail (voir § 3.2.3). Plusieurs de nos interlocuteurs évoquent le fait que « *les médecins ne se rendent pas forcément compte de leur activité (…) Quand on entre dans une démarche d'entretien, souvent ils sont étonnés de constater où ils se situent*[79]. »

3.2.2.1.1. Les fiches repères

Le « médecin de famille » est amené à prendre en compte le travail, la situation personnelle, la situation financière, les antécédents du patient. La prescription d'un arrêt de travail fait partie des éléments de fidélisation. Au cours de la mission, nos interlocuteurs ont évoqué le fait que les médecins se sentaient parfois démunis face à la demande de leurs patients (« ils ont du mal à faire la part entre une pathologie avérée et un mal être profond social »[80]). Les études de médecine les préparent mal à établir une prescription d'arrêt de travail. Aussi, les outils qui peuvent aider les praticiens à s'inscrire dans une démarche de prescription pertinente, et qui peuvent faciliter le dialogue avec le patient, face aux demandes déraisonnables ou dans les situations les plus complexes, sont bien accueillis par la profession.

Les professionnels de santé disposent sur ameli pour les médecins d'informations diverses, notamment d'un mémo « *arrêts de travail* », qui présente une synthèse réglementaire et les dispositifs existants sur les arrêts de travail pour maladie.

---

[78] Propos extrait des entretiens

[79] Propos extrait des entretiens.

[80] Propos issus des entretiens.

Ils disposent également depuis 2009 de fiches repères pour les sensibiliser aux bonnes pratiques de prescription. Ces dernières mentionnent les durées indicatives d'arrêt de travail pour des situations cliniques particulières ou des pathologies courantes et en fonction du poste de travail occupé. Comme le rappelle l'assurance maladie, *« [elles] représentent la durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de retourner au travail en dehors des complications ou des comorbidités. Il s'agit d'une approche populationnelle et non d'une approche individuelle, chaque patient restant bien un cas clinique unique à étudier dans sa globalité*[81]». Elles sont établies par la CNAMTS, qui consulte la HAS, dont l'avis n'est pas toujours favorable[82].

Les durées de référence pour quelques maladies courantes sont par exemple de cinq jours pour une grippe saisonnière, trois jours pour une gastro-entérite, une sinusite maxillaire ou une angine, entre quatre et sept jours pour une bronchite aigüe selon le poste de travail occupé. La durée retenue pour un trouble anxieux-dépressif mineur est de quatorze jours.

Graphique 7 : Liste des 67 fiches repères de la CNAMTS, après avis de la HAS

Interventions chirurgicales	**Maladies virales et bactériennes**
1. Ablation d'un corps étranger profond de la cornée	1. Angine
2. Abrasion de la muqueuse utérine	2. Bronchite aiguë de l'adulte
3. Amygdalectomie	3. Gastro-entérite virale
4. Appendicectomie	4. Grippe saisonnière
5. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	5. Sinusite maxillaire
6. Arthroplastie de la hanche par prothèse totale	**Pathologies cardio-vasculaires**
7. Arthroplastie du genou par prothèse totale	1. Infarctus du myocarde
8. Chirurgie de la cataracte	2. Revascularisation coronarienne
9. Chirurgie de l'obésité morbide	3. Ulcère de jambe à prédominance veineuse
10. Cholécystectomie	**Rachialgies**
11. Conisation du col de l'utérus	1. Cervicalgie non spécifique
12. Cure de hernie de la paroi abdominale	2. Lombalgie commune
13. Cure de hernie discale par discectomie	3. Névralgie cervico-brachiale commune
14. Cure de hernie inguinale	4. Sciatique
15. Épicondylite latérale rebelle : traitement chirurgical	**Traumatismes**
16. Exérèse de polypes du colon et/ou du rectum par coloscopie totale	1. Entorse de la cheville
17. Exérèse d'une tumeur lipomateuse bénigne	2. Entorse du ligament collatéral médial du genou
18. Hémorroïdes : traitement chirurgical	3. Entorse du poignet
19. Hypertrophie bénigne de la prostate : traitement chirurgical	4. Fracture de côte(s) isolée - hors polytraumatisme
20. Hystérectomie	5. Fracture de l'extrémité inférieure du radius
21. Incontinence urinaire d'effort chez la femme : traitement chirurgical	6. Fracture de l'extrémité proximale de l'humérus
22. Kystectomie ovarienne / ovariectomie	7. Fracture de la clavicule ou de la scapula
23. Lésions anales : traitement chirurgical	8. Fracture des os du pied : phalanges et

[81] Source : LR 72-2012.

[82] Par exemple, réponse de la HAS à saisine du 10 novembre 2009 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale concernant le référentiel du canal carpien après chirurgie.

	métatarse
24. Lésions méniscales : traitement chirurgical	9. Fracture du calcaneum
25. Libération du nerf ulnaire au coude	10. Fracture du scaphoïde carpien
26. Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou	11. Fracture du tibia et de la fibula
27. Mastoplastie de réduction	12. Fractures de cheville : uni, bi et tri malléolaires
28. Ostéotomie pour hallux valgus	13. Fractures des os de la main
29. Plaies des tendons extenseurs et fléchisseurs de la main : traitement chirurgical	14. Fractures du coude
30. Plaies profondes de la main et des doigts : traitement chirurgical	Troubles mentaux :
31. Recalibrage lombaire	1. Troubles anxio-dépressifs mineurs
32. Rupture du tendon d'Achille : traitement chirurgical	Troubles ostéo-articulaires :
33. Septoplastie nasale	1. Rupture des tendons de la coiffe des rotateurs
34. Sinus pilonidal : traitement chirurgical	2. Syndrome du canal carpien
35. Ténosynovectomie des muscles de la main	3. Tendinopathie de la coiffe des rotateurs
36. Thyroïdectomie	
37. Varices des membres inférieurs	

Source : CNAMTS, ameli.fr.

Depuis 2014, les référentiels de parcours de soins développés par l'assurance maladie dans un objectif d'efficience de la prise en charge (programmes de maîtrise médicalisée de contrôle ou d'accompagnement) intègrent les préconisations de durée d'arrêts de travail des fiches repères.

Les constats de la mission sont les suivants :

1) Les fiches repères couvrent une minorité des pathologies et des dépenses.

Ces fiches ont vocation à couvrir les pathologies médicales et suites d'interventions courantes les plus fréquemment rencontrées dans la pratique des médecins. Sur les 67 fiches, la majorité (37) concerne des interventions chirurgicales, les autres concernant les pathologies ostéoarticulaires, traumatiques ou cardiaques. Au total elles couvrent environ 15 % des dépenses[83].

L'assurance maladie souhaite étendre ces fiches aux pathologies chroniques génératrices d'arrêt de travail (lombalgie, cancer du sein et état de grossesse, maladies respiratoires et cardiovasculaires chroniques), et aux arrêts de longue durée parmi lesquels on trouve des motifs médicaux comme les troubles musculo-squelettiques (mal de dos) et la santé mentale (dépression)[84]. Les recommandations devraient pouvoir être élaborées dans un délai de 6 mois à 12 mois.

2) Elles ne sont pas utilisées par l'assurance maladie pour identifier les hyperprescripteurs et encadrer leurs prescriptions.

[83] Rapport « Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions », groupe de travail coordonné par Dominique Polton, CNAMTS, 2015.

[84] Ibidem.

Depuis 2012, une partie des contrôles réalisés sur les assurés entre 45 et 180 jours correspond au contrôle d'arrêts postopératoires pour des interventions chirurgicales fréquentes couvertes par une fiches repères (cf. §infra) et font l'objet d'un indicateur inscrit au CPG. En 2012, sur un sous-ensemble de 19 motifs, la CNAMTS a observé une diminution de 4 % (2,7 jours) de la durée moyenne des arrêts. Elle estimait que sur le seul champ de la vingtaine d'interventions chirurgicales incluses dans les objectifs de contrôle des caisses, 70 millions d'euros pourraient être économisés si les pratiques se rapprochaient des durées indicatives proposées, soit 20 % du montant total des indemnités journalières correspondantes[85] .

Les durées indicatives des fiches repères ne sont pas utilisées par les services médicaux pour mieux cibler les contrôles en identifiant les praticiens qui s'en écartent sensiblement.

La CNAMTS estimait à 125 M€ en 2011 les économies attendues de l'application du référentiel par la convergence des durées moyennes vers la durée médiane.

3.2.3. La visite des DAM

Depuis 2005, les médecins généralistes reçoivent régulièrement la visite des délégués d'assurance maladie, qui sont chargés de promouvoir les bonnes pratiques médicales à travers des « *thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé* » prévues dans les conventions médicales. La thématique des indemnités journalières en fait partie. Quatre à cinq fois par an, ces professionnels présentent aux praticiens les informations relatives à leur comportement en comparaison de celles des autres médecins.

Le DAM dispose d'un outil de restitution, qui, critiqué pour son caractère sommaire et ses comparaisons inadaptées, a récemment évolué. L'établissement d'un profil détaillé sur deux pages, établi à partir de données de patientèle comparable, et l'analyse graphique de la pratique individuelle de prescription, a été bien accueilli par les praticiens. Il comprend, sur deux pages : une analyse de la patientèle, le nombre et le montant total d'IJ prescrites (toutes durées confondues, hors ALD), le nombre de patients ayant perçu des IJ (annuel, toutes durées confondues et moins de 3 mois), le nombre moyen d'IJ par patient de moins de 3 mois hors ALD et leur taux d'évolution, avec pour chaque donnée des éléments de comparaison régionale ou départementale.

Le délégué incite le médecin dont le comportement est déviant à faire des efforts (« *Quand on donne au prescripteur les bonnes informations en entretien, et qu'on lui dit que dans le même contexte les autres médecins prescrivent trois fois moins que lui, il prend conscience de sa différence* »[86]). Certains praticiens mettent en avant les informations communiquées par la caisse pour sensibiliser leurs patients (« *Le courrier de la caisse primaire qui indique le niveau de prescription est affiché dans la salle d'attente, donnant l'argument qu'il y a trop de prescription* » [87]).

---

[85] Source : Rapport charges et produits 2014, CNAMTS.

[86] Propos issus des entretiens.

[87] Propos issus des entretiens.

Graphique 8 : Exemple de profil personnalisé

PROFIL PERSONNALISE DE PRESCRIPTIONS DES ARRÊTS DE TRAVAIL

Période de référence : Septembre 2015 à Aout 2016

N°01100534 Docteur

Ce document vous permet de situer votre pratique en matière de prescription d'arrêt de travail par rapport à des prescripteurs ayant le même type de patientèle que vous.

Pour en savoir plus, contacter : Téléphone :
Courriel :

Votre patientèle ayant perçu des indemnités journalières (Hors patients en ALD pour cancer)

Sur la période de référence, le nombre de vos patients est de 1 748, parmi lesquels 635 sont en activité et 128 ont perçu des indemnités journalières.

ALD (hors ALD pour cancer) : 87,5 % des patients à qui vous avez prescrit un arrêt de travail indemnisé ne sont pas en ALD.

Source : CNAMTS.

Dans les établissements, les DAM mènent des entretiens collectifs. Des profils « établissements » sont établis pour les praticiens travaillant dans les établissements publics. Par exemple, le profil établissement à destination des chirurgiens orthopédistes donne une vision globale de l'activité de chirurgie orthopédique avec un zoom spécifique sur la prescription des arrêts de travail pour des actes couverts par les fiches repères. Parmi les indicateurs figurent la part des patients arrêtés pour une durée inférieure à la durée d'arrêt préconisée pour un travailleur sédentaire, la part des patients arrêtés pour une durée supérieure à la durée d'arrêt préconisée pour un travailleur physique lourd, la part des arrêts prescrits par l'établissement et prolongés ensuite par un autre professionnel de santé. Les pratiques de prescription sont comparées avec l'ensemble des établissements de même catégorie et avec celles de l'année précédente.

Les caisses constatent des écarts importants en termes de durées de prescriptions pour certaines pathologies, dans des cas similaires, d'un prescripteur à l'autre. Tous les praticiens ne sont pas concernés par les campagnes des délégués menées sur le thème des arrêts de travail, sauf pour celles qui portent sur un thème spécifique. Par exemple en 2014, dans le Val de Marne, la totalité des médecins généralistes ont reçu la visite du DAM sur la thématique « *syndrome du canal carpien et IJ* ». Généralement, les thématiques IJ sont destinées aux médecins qui en ont le plus besoin. Dans les Bouches du Rhône, en 2016, 296 prescripteurs (sur 9500 médecins généralistes ou spécialistes) ont bénéficié d'une visite thématique IJ par les DAM. Leur effet, mesuré sur 249 prescripteurs[88], a permis d'enregistrer une diminution de 8 % du nombre d'IJ prescrites, soit une économie de 1,4 M€ par rapport à la même période de l'année précédente.

Graphique 9 : Récapitulatif des campagnes nationales DAM et EC sur les arrêts de travail 2015 - 2017

Métier	Thème	Date formation nationale	Début campagne	Nb contacts	Cible	% réalisé	Date de fin d'observation
EC(*)	Arrêt de travail accompagnement renforcé)	21/05/2015	17/06/2015	7 310	8 803	83 %	31/12/2016
DAM	Arrêt de travail	14/03/2016	13/04/2016	6 659	8 346	80 %	30/11/2016
EC	IJ renforcé vague 289	13/10/2016	04/11/2016	5 221	7 604	69 %	27/03/2017

[88] Rencontrés par les DAM de mai à juin 2016.

[89] LR-DDGOS-75/2016 du 26/10/2016

Source : CNAMTS. (*) entretien confraternel

La difficulté pour un délégué, qui a un rôle de surveillance mais n'a pas de compétence médicale, est de faire passer au praticien un message clair sur le domaine abordé qui lui permette de faire évoluer sa pratique, sans lui donner l'impression de la remettre en cause. L'absence de relation d'autorité joue en faveur de l'établissement d'une relation durable. Les syndicats de médecins ont confirmé que les visites des DAM suscitent un vif intérêt.

Dans plusieurs départements, les caisses ont développé des outils d'accompagnement adaptés aux besoins locaux. Dans les Bouches du Rhône, l'ELSM a développé un niveau d'entretien intermédiaire pour les médecins qui n'adhèrent pas au message délivré par le DAM, qui permettent de les prendre en charge plus rapidement qu'ils ne le seront dans une démarche d'accompagnement renforcée pilotée depuis la caisse nationale (EC, EP, MSO MSAP). Dans ce département, à l'issue de la visite du délégué, 3 % des prescripteurs sont mitigés et 7 % ne s'engagent pas à modifier leur pratique. Ces derniers sont désormais convoqués en « entretien dits de sensibilisation » (46 entretiens en 2016). Ces entretiens sont réservés aux professionnels dont les écarts avec les données moyennes départementales sont les plus significatives. Les praticiens sont convoqués au siège et sont reçus par un binôme médico-administratif. Ce dernier dispose d'un profil statistique présentant les données de prescription, des données sur la patientèle par rapport à ses confrères du département de la même spécialité, ainsi qu'une liste des IJ versées par patient sur la période étudiée. Cette liste permet au praticien de prendre conscience du nombre d'IJ prescrit par patient et du montant indemnisé, et sert d'appui au médecin conseil pour aborder les cas patient qui peuvent poser problème. Trois ou six mois après l'entretien, la caisse constate une diminution moyenne du nombre d'IJ prescrites de 30 %. Sur une année, l'économie a été évaluée à 500 000 € en 2016 pour les 14 prescripteurs reçus en 2015. L'effet « report », qui consiste pour une partie des patients à changer de praticien pour obtenir satisfaction à sa demande de prescription, a été évalué à 16 %. Ces chiffres sont toutefois à prendre avec précaution, du fait de leur petit nombre (22 médecins concernés par l'évaluation de l'effet report, 14 médecins pour l'évaluation des mesures d'impact sur le nombre d'IJ prescrites).

L'ELSM de la Somme a mis en place une procédure de « suivi attentionné », qui concerne une centaine de praticiens par campagne. Ces derniers se voient proposer un entretien confraternel physique, suivi dans les deux mois d'un entretien téléphonique.

Ce département expérimente une réforme de l'accompagnement du DAM. Cette expérimentation nationale (« le plan personnalisé d'accompagnement ») a pour objectif de rénover le partenariat avec les professionnels de santé dont le comportement est atypique. Les médecins ciblés sont suivis sur deux ou trois thèmes de dépenses médicalisées pour lesquels leur comportement parait déviant. Un entretien a lieu entre le praticien, le médecin conseil et le DAM, qui permet de fixer dans un contrat des objectifs de prescription. Son profil est établi et lui est communiqué tous les mois pour mesurer l'évolution de la pratique. Ces résultats sont renforcés par une visite du délégué tous les deux ou trois mois pour commenter les résultats sur les thématiques ciblées, et par un entretien confraternel à mi-parcours avec le praticien conseil autour de cas concrets. Un bilan de cette expérimentation, qui se déroule dans 13 régions et 13 départements, sera établi en novembre 2017.

Ces deux expériences montrent le besoin de renforcer la démarche et le rôle du DAM, au-delà de la simple visite thématique.

3.2.4. L'action des conseillers informatique service en faveur de l'AAT en ligne

Lorsque les arrêts de travail sont prescrits en ligne, la CNAMTS observe que les durées moyennes d'arrêts initiaux pour les pathologies courantes sont conformes aux durées préconisées par les fiches repères[90]. L'étude menée par la CPAM des Bouches du Rhône met en évidence une relation inversement proportionnelle entre le taux d'utilisation de l'avis d'arrêt de travail en ligne et le nombre de jours d'indemnités journalières prescrites (cf. tableau ci-dessous). Plus le taux d'AAT en ligne est élevé chez les prescripteurs, moins le nombre de jours d'IJ prescrits est élevé. Le nombre de jours d'IJ moyen d'un arrêt établi par un prescripteur n'utilisant pas l'AAT est de 21 jours, alors que celui d'un prescripteur utilisant l'AAT entre 60 et 80 % des cas est de 14 jours.

Tableau 9 : Nombre et montant des IJ moyens constatés, suivant le taux d'utilisation de l'AAT en ligne

Taux d'AAT en ligne	Nombre de jours d'IJ moyen / arrêt de travail	Montant IJ moyen / arrêt de travail, en €
0 %	20,7	712,9
entre 0,1 % et 20 %	16,3	555,5
entre 20 % et 40 %	14,8	488,1
entre 40 % et 60 %	13,7	449,7
Entre 60 % et 80 %	14,1	470,5
Entre 80 % et 100 %	14,8	488,3
Total général	16,9	573,4

Source : CPAM Marseille – étude réalisée sur les professionnels de santé ayant prescrit au moins un arrêt de travail du 01/01/2016 au 31/01/2017.

Comme on l'a vu (tableaux 1 et 6), la majorité des praticiens n'a pas acquis le réflexe de prescrire l'AAT en ligne, contrairement à d'autres téléservices. Parmi les arguments avancés, on relève notamment une politique conventionnelle trop peu incitative (cf. §3.2.7), des réticences à l'utilisation du téléservice, perçu comme moins rapide que le papier et renforçant la démédicalisation de l'acte, ou l'informatisation incomplète des cabinets – notamment du fait de l'inactivation des mises à jour logicielles.

Ces difficultés a bien été identifiées par l'assurance maladie, qui a développé la fonction de conseiller informatique service (CIS). Ces derniers ont pour rôle de participer à l'installation des téléservices, d'assurer l'assistance technique et d'assurer leur promotion auprès des professionnels de santé. Ils ont un rôle de conseil et d'accompagnement personnalisé dans l'informatisation des cabinets médicaux, et suivent notamment les flux de facturation. Dans les Bouches du Rhône, les conseillers suivent les taux d'utilisation des téléservices par les professionnels de santé dans leurs secteurs géographiques respectifs et prennent contact avec les professionnels lorsque le taux d'utilisation diminue.

Des campagnes d'appels sortants de promotion de l'AAT en ligne sont réalisées localement. Dans le Val de Marne, les conseillers ont au moins un contact par an avec l'ensemble des médecins généralistes pour les inciter à utiliser l'AAT dématérialisé. Dans les Bouches du Rhône, les praticiens sont choisis en fonction du potentiel de progression du taux d'AAT en ligne et du volume d'AAT papier. L'équipement informatique, l'ancienneté d'exercice et l'usage d'autres téléservices sont également pris en compte.

[90] Source : Rapport charges et produits 2014, CNAMTS. En 2014, 20 % des arrêts de travail des généralistes étaient prescrits en ligne.

Ces éléments sont transmis sur demande sous la forme de profil d'utilisation des téléservices à l'ELSM en amont des campagnes d'entretiens confraternels menées sur la thématique de la maîtrise des dépenses d'indemnités journalières. L'objectif est de permettre aux médecins conseil de mieux personnaliser leur discours lors des entretiens avec les gros prescripteurs d'indemnités journalières et d'adapter le niveau d'incitation à l'utilisation de l'AAT en ligne.

De l'avis de nos interlocuteurs, le service rendu par les CIS est unanimement apprécié des médecins. Toutefois seuls ceux dont la pratique pose problème sont contactés par les CIS sur le sujet des IJ. Ceux qui utilisent largement le service ne disposent pas d'information spécifique sur leur accès au service.

3.2.5. Les échanges « confraternels » (EC)

L'assurance maladie met en place au niveau national des campagnes d'accompagnement gradué qui ciblent les praticiens selon leur volume des prescriptions d'IJ. Les campagnes d'échanges confraternels concernent les principaux prescripteurs d'arrêts de travail. Les prescripteurs visés par une autre action (visite thématique DAM, procédure MSO/MSAP, entretien d'alerte), ne font pas l'objet d'entretiens confraternels.

8 027 entretiens confraternels portant sur les IJ ont été programmés lors de la campagne 2014/2015, soit 12,6 % du nombre total d'EC réalisés[91], pour une économie estimée à 54 K€. Dans le Val de Marne, on observe au cours de la précédente campagne une forte proportion de praticiens qui refusent l'échange confraternel (21 % sur la campagne 2016-2017, 7 % sur les campagnes antérieures).

Les échanges confraternels, réalisés par téléphone ou au cabinet du praticien, s'appuient depuis 2015 sur un nouveau profil individuel médicalisé de prescription d'arrêt de travail, qui permet de comparer la pratique du médecin à celle de ses confrères en tenant compte des spécificités de sa patientèle et du caractère socio-économique de sa commune. Ils permettent d'évoquer des cas de patients choisis par le médecin conseil pour les discuter avec le médecin traitant, de renseigner le praticien sur les contacts possibles pour prévenir la désinsertion professionnelle (médecin conseil, service social, service de santé au travail...). Pour l'assurance maladie, « *l'idée est, au travers de cette étude de cas plus proche de la démarche médicale que la seule analyse de données statistiques, d'illustrer les recommandations, la nécessité d'une identification précoce des situations à risque de chronicisation, de présenter au médecin les aides mises à sa disposition, les interactions possibles entre médecin traitant, médecins conseil, médecin du travail et service social et de rechercher avec lui les actions envisageables pour prévenir la désinsertion professionnelle* »[92].

Encadré 4 : Neuf campagnes d'accompagnement ont eu lieu depuis 2010

Ces échanges approfondis sont mis en place auprès des médecins spécialistes (chirurgiens orthopédiques pour les campagnes d'EC de 2011 et 2013) et généralistes (principaux prescripteurs d'arrêts de travail, pour les campagnes d'EC de 2015 et 2016).

Les campagnes d'EC en direction des chirurgiens orthopédistes en 2011[93] a ainsi ciblé 2150 chirurgiens orthopédiques libéraux ainsi que les orthopédistes hospitaliers, pour sensibiliser les praticiens à la nécessité de procéder à des réévaluations régulières dans l'intérêt du patient. En 2013, la campagne d'échanges confraternels sur le parcours de soins canal carpien et le bon usage des arrêts

[91] Source : CNAMTS / Cour des comptes

[92] Rapport « Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions », groupe de travail coordonné par Dominique Polton, CNAMTS, 2015

[93] Lettre réseau LR-DDGOS-78/2011 du 11/10/2011

de travail auprès des chirurgiens orthopédistes libéraux a permis de renouveler le message de bon usage des arrêts de travail liés à la prise en charge dans le cadre d'un parcours de soins [94].

De juin à décembre 2015, la campagne d'accompagnement sur la prescription d'arrêts de travail[95] a ciblé 9 000 médecins généralistes. Dans les Bouches du Rhône, en 2016, 707 échanges ont été effectivement réalisés, ce qui correspond à 32 % de la population totale des MG[96]. Les entretiens confraternels sont suivis d'un appel téléphonique deux mois après l'entretien pour faire le point avec le médecin généraliste sur la maîtrise du volume de prescription.

Source : Mission.

Les dernières campagnes d'échanges confraternels, conçues au niveau national, concernent les médecins généralistes libéraux[97]. Ce choix, qui paraît justifié au niveau national, du fait des enjeux financiers, ne tient pas compte de la diversité des situations locales. Ainsi, dans le département des Bouches du Rhône, plus du quart des dépenses sont imputables aux spécialistes libéraux (98 M€). La caisse et l'ELSM ont décidé en 2017 de mettre en place un plan d'action local conjoint ciblant les médecins psychiatres, à l'origine de 53 % des montants d'IJ et de 56 % du nombre d'IJ prescrites en 2016. Une soixantaine d'EC et une trentaine d'entretiens de sensibilisation sont programmés.

Les résultats de l'évaluation menée par l'assurance maladie[98] sur les campagnes d'EC ciblant les médecins généralistes montrent, dans les trois mois qui suivent l'entretien, une évolution significative à la baisse sur la prescription d'IJ sur deux indicateurs. La part des patients percevant des IJ est passé de 13,5 % à 13,3 %, soit une baisse de 1,3 % (un point de plus que dans le groupe témoin) et le nombre moyen d'IJ par patient baisse de 34,4 à 32,9, soit -4,4 % (soit 3,8 points de plus que le groupe témoin). Cinq à sept mois après la visite, l'évolution est toujours baissière mais n'est plus significative, ce qui montre la nécessité de réitérer les messages pour inscrire le changement de pratique dans la durée. Nos interlocuteurs confirment le retour des mauvaises pratiques d'une année sur l'autre. Pour ces « récidivistes », après un nouvel échange confraternel, le médecin est convoqué à un entretien d'alerte, si le niveau des prescriptions ne n'est toujours pas maîtrisé.

3.2.6. Les procédures de MSO / MSAP

En 2011, l'institution de la MSO[99], alternative à la MSAP a rénové les modalités d'encadrement des pratiques des praticiens en leur offrant la possibilité d'accepter un objectif de réduction de leur niveau de prescription, négocié avec l'assurance maladie, sur une période déterminée. Depuis cette date, l'assurance maladie élabore au niveau national des campagnes conjointes MSO / MSAP dont la fréquence est annuelle. Les économies générées par ce dispositif ont été évaluées à 72 millions d'euros lors de la campagne 2014-2015.

---

[94] LR-DDGOS-88/2013 du 18/12/2013.

[95] Lettre réseau LR-DDGOS-50/2015 du 11/06/2015.

[96] 2177 médecins généralistes sur 2 358 omnipraticiens libéraux, 2 786 spécialistes libéraux, au 31/12/2015. Source : CNAMTS.

[97] Ces derniers représentent 67 % des montants d'IJ remboursés en 2016, loin devant les spécialistes libéraux (17 %) et les établissements (16,2%). Source : montants remboursés par catégorie et spécialités médicales - CNAMTS – RG – tous prescripteurs.

[98] Source : Évaluation de l'impact des échanges confraternels sur la prescription d'arrêts de travail auprès des MG ciblés en ville, DDGOS, février 2016. Champ : France métropolitaine, en date de soins, régime général hors SLM, hors ALD Cancer. Impact mesuré sur la période de septembre à novembre 2015 pour les EC réalisés EC réalisés de juin à août 2015 et impact mesuré sur la période d'avril à juin 2016 pour les EC réalisés de septembre à novembre 2015.

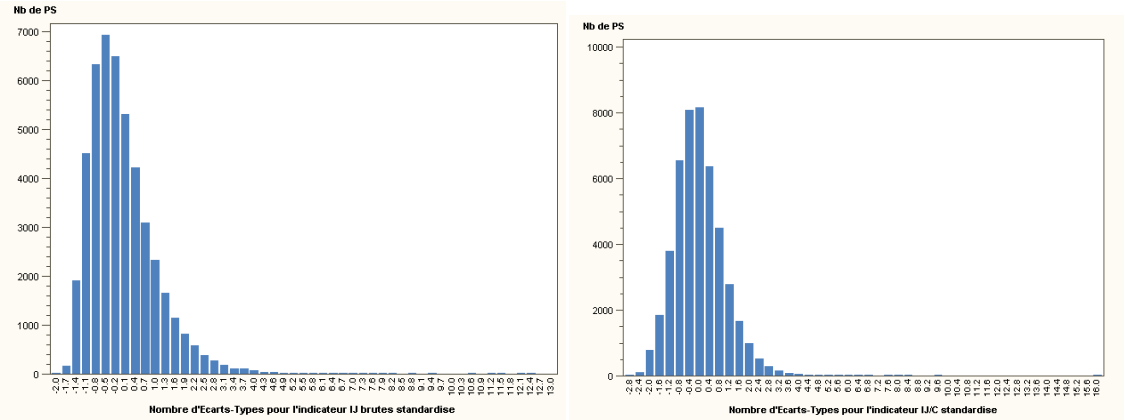
[99] Décret 19 mai 2011.

3.2.6.1. Le ciblage national

Les médecins peuvent être ciblés sur un ou deux critères : le nombre d'IJ prescrites et /ou le nombre d'IJ standardisées rapporté au nombre de consultations[100]. Pour chaque critère et afin de tenir compte des spécificités de certains exercices et de certaines patientèles, le seuil de ciblage est fixé à un nombre significatif d'écarts-types au-delà de la moyenne régionale des praticiens exerçant dans les groupes de communes comparables (respectivement +3,5 et +2,5 écarts type à la moyenne pour chacun des critères). Lors de la campagne 2015-2016, 236 prescripteurs ont été ciblés sur le premier critère (IJ brutes), 214 sur le second (IJ/C), et 6 sur les deux.

L'assurance maladie a affiné ses critères de ciblage au fil du temps. Depuis 2016, il est possible d'identifier les petits prescripteurs en volume mais prescrivant beaucoup d'IJ par patient en rapportant les IJ aux nombres de consultations des patients en âge de travailler. Le nombre d'IJ est redressé en tenant compte de la part des patients actifs en ALD, et des groupes de communes comparables ont été établis.

Graphique 10 : Courbes de distribution des professionnels de santé (PS) selon le nombre d'Ecarts-Types pour l'indicateur IJ brutes standardisé sur ALD et le nombre d'Ecarts-Types pour l'indicateur IJ/C standardisé sur ALD



Source : CNAMTS DACCRF/ Campagne MSO-MSAP IJ 2017-2018 - Période de ciblage : 01/03 au 30/06/2016 – effectifs PS : 46 791.

Tableau 10 : Ventilation des prescripteurs, selon le nombre d'écart-type d'IJ prescrites par rapport à la moyenne régionale (A) et selon le nombre d'écart-type d'IJ/C prescrites par rapport à la moyenne régionale (B)

Valeur Seuil	Nombre de prescripteurs > seuil (A)	Nombre de prescripteurs > seuil (B)
1	6 649	6 599
2	1 635	1 990
3	403	571
4	124	182
5	43	74
6	18	40
7	6	25
8	4	14
9	2	10
10	1	5

Source : CNAMTS DACCRF/ Campagne MSO-MSAP IJ 2017-2018 - Période de ciblage : 01/03 au 30/06/2016 – effectifs PS : 46 791.

[100] Article L162-1-15 du code de la sécurité sociale.

Seuls sont retenus dans le ciblage les prescripteurs avec une patientèle suffisante[101] et pour lesquels on dispose des données de l'année précédente, ce qui écarte d'office environ un tiers des effectifs. Comme le montre les schémas ci-dessus, ce ciblage aboutit à sélectionner un très faible nombre de médecins. Environ 700 sont pressentis pour une MSO/MSAP et vus en entretien d'alerte[102]. A l'issue de la procédure, les médecins placés sous MSO/MSAP sont très peu nombreux, comparativement à la population totale des médecins (environ 450 médecins généralistes par an, soit 0,8 % de la population des MG). Il arrive que des médecins ciblés cessent leur activité ou changent de département (5 % des médecins lors de la campagne 2015-2016).

Les prescripteurs qui ne sont pas retenus dans le ciblage, mais dont la prescription paraît significative font l'objet d'une mesure d'accompagnement, qui prend la forme d'un entretien confraternel (environ 7500 par campagne) ou d'une visite DAM (environ 7000 par campagne).

Les caisses n'ont pas la possibilité d'ajouter des médecins, non ciblés initialement par la caisse nationale. Les abandons doivent être validés par la caisse nationale. Par exemple, la caisse de Créteil fait régulièrement une ou deux demandes en ce sens (cessation d'activité, interdiction d'exercice, médecin sanctionné d'une pénalité financière pour non atteinte d'objectif fixé au cours d'une procédure précédente…)[103].

Le ciblage réalisé au niveau national est efficace, mais ne tient pas compte des fortes inégalités territoriales en matière d'IJ, dont on sait que leur consommation est inégalement distribuée sur le territoire[104] . Par exemple, la dernière campagne n'a pas permis de cibler de médecins dans le département de la Somme[105], et dans le Val de Marne, seul un médecin a été retenu (cf. schéma ci-dessous). Ce n'est pas tant le fait qu'il n'y ait pas de médecins ayant des pratiques déviantes dans ces départements, mais que le fait que leur pratique ne s'écarte pas suffisamment de la norme pour faire l'objet d'une procédure MSO/MSAP. Les caisses primaires, qui doivent s'en tenir aux ciblages élaborés au niveau national, se retrouvent ainsi démunies à l'encontre des prescripteurs locaux dont les pratiques sont considérées comme abusives au niveau local[106] mais que l'on peut considérer comme « modérées » au niveau régional.

---

[101] Au moins 20 patients avec IJ et 200 patients actifs.

[102] 693 sur la campagne 2017-2018.

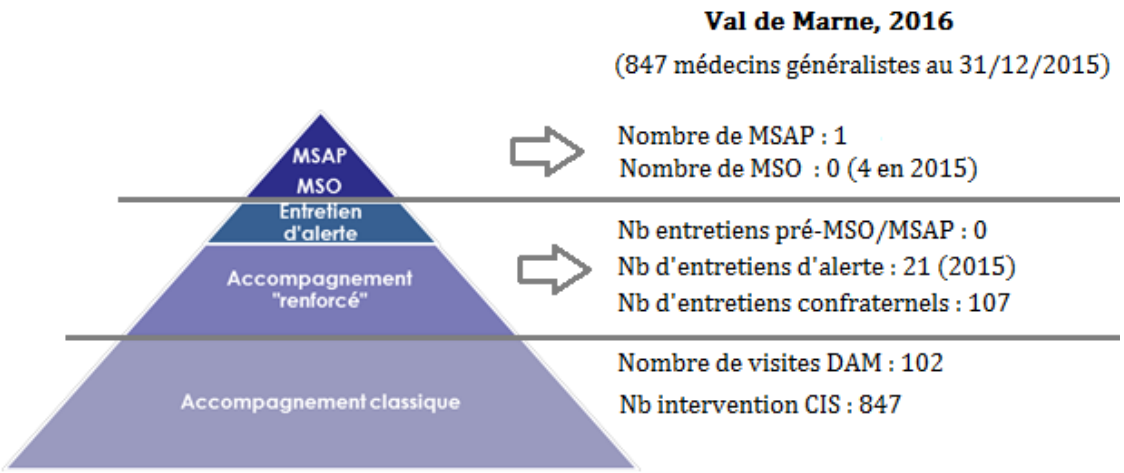
[103] La campagne de 2015 avait prévu la possibilité d'effectuer des ciblages sur des critères locaux et un échange entre le réseau et la caisse naitonale pour la constitution finale des listes Source : LR DACCRF 10-2015.

[104] Voir par exemple Points de repère, DREES, « les disparités journalières de consommation d'IJ maladie », n°11, novembre 2007.

[105] Un seul praticien du département avait été ciblé lors de la campagne MSO/MSAP précédente.

[106] Par rapport à une moyenne régionale, *cf. supra*.

Graphique 11 : Estimation du nombre annuel moyen de MG du Val de Marne concernés par les actions d'accompagnement (campagnes 2015-2016)



Source : CNAMTS, CPAM/ELSM Créteil – schéma mission.

Ces médecins, bien identifiés des caisses/ELSM, sont généralement vus en entretien d'alerte, par exemple dans les Bouches du Rhône. Le médecin est convoqué au siège de la caisse et est reçu par les directeurs de caisses primaires (ou un représentant) et les médecins-chefs. Cette modalité concerne un nombre de médecins très limité. Le département des Bouches du Rhône met en place à compter de 2017 des entretiens d'alerte avec les spécialistes (notamment les psychiatres fortement prescripteurs d'IJ).

3.2.6.2. La procédure de MSO / MSAP est longue

La MSAP est une mesure administrative qui subordonne à l'accord préalable du service médical toutes les prescriptions faites par un médecin avant leur indemnisation[107]. Cette mesure entraîne pour le service médical une charge de travail importante. Elle n'empêche pas le médecin de prescrire mais place simplement le praticien dans une situation temporairement inconfortable vis-à-vis de ses patients. En revanche, la MSO est un outil qui peut aboutir à une sanction financière pour le praticien s'il ne respecte pas ses objectifs de réduction de prescription.

[107] Article L162-1-15 du code de la sécurité sociale.

L'assurance maladie a posé le principe d'un accompagnement préalable des praticiens, en amont du déclenchement d'une procédure de MSO ou de MSAP. Depuis 2016, des entretiens préalables sont proposés systématiquement aux 700 médecins pressentis avant l'engagement d'une procédure de MSO / MSAP. Ces entretiens sont acceptés par 95 % des professionnels, dont 99 % s'engagent à réduire leurs prescriptions[108]. Le format de l'entretien (entretien d'alerte, EC) varie selon la situation du médecin – médecin ayant déjà fait l'objet d'une MSO/MSAP, médecin ayant fait l'objet d'EC, ou médecin n'ayant pas fait l'objet d'un accompagnement préalable. A l'issue de l'entretien, ils s'engagent à réduire leur volume de prescription pendant une période d'observation de quatre mois – s'ils refusent, ils sont placés directement en MSAP[109]. A l'issue de cette période, si l'évolution est négative mais que le médecin fait toujours l'objet d'un ciblage, une proposition de MSO lui est faite, qui peut la refuser et se voir notifier une MSAP[110]. Si l'évolution est positive, une proposition de MSAP est directement faite au médecin.

Ces dispositifs d'encadrement sont longs et lourds à mettre en œuvre. Leur application est temporaire (au maximum six mois pour une MSAP).

Avant d'être placé sous MSO / MSAP, le praticien fait l'objet d'une procédure d'accompagnement renforcé. Seul l'échec des actions menées par différents interlocuteurs, parfois réitérées (visite du DAM, EC, entretien d'alerte…) aboutira à la mise en œuvre de la procédure, si le médecin ne change pas de comportement à l'issue des périodes d'observations successives.

3.2.6.3. La procédure MSO/MSAP est efficace à court terme

La mesure d'impact de la campagne MSO/MSAP 2015-2016 réalisée par la DACCRF montre une diminution importante des prescriptions d'IJ dès réception du courrier les informant de la procédure, suivie d'un rebond trois mois après[111]. Cette étude ne permet pas de conclure sur l'effet réel à long terme sur la prescription d'IJ en raison du manque de recul. Cette étude évalue l'effet report à 4 870 IJ au cours des périodes de MSO/MSAP (170 K€) et les économies réalisées à 56,5 M€[112].

Les évaluations réalisées par la DGRCC des Bouches du Rhône montrent que l'effet des procédures s'estompe avec le temps :

- pendant la période de MSAP, la diminution moyenne des prescriptions d'arrêt de travail est de 38 %[113]. L'impact demeure important dans la période immédiate qui suit la MSAP, avec une stabilisation des prescriptions[114]. En revanche, sur le long terme, l'ensemble des praticiens reviennent à des niveaux de prescription significativement supérieurs à la moyenne[115]. Ces chiffres doivent être pris avec précaution, étant donné le petit nombre de procédures étudiées ;

---

108 Lettre réseau LR/DACCRF/20/2016.

109 Dans les Bouches du Rhône, sur la campagne 2017-2018 en cours, une procédure de MSAP concerne 3 praticiens qui ont refusé de recevoir l'assurance maladie ou de s'engager.

110 Article L162-1-14 du code de la sécurité sociale.

111 Note de la DACCRF/DRES, « mesure d'impact MSO MSAP IJ campagne 2015-2016.

112 Soit quatre mois (MSO) et 6 mois (MSAP).

113 Source : CPAM / ELSM Marseille – Evaluation de 15 MSAP, dont 3 ont concerné des psychiatres.

114 Source : CPAM / ELSM Marseille – Evaluation de la période de 13 MSAP (2013-2014-2015) avec la même période qui suit la procédure.

115 Source : CPAM / ELSM Marseille – Evaluation de 11 MSAP entre 2011 et 2015, dont 3 ont concerné des psychiatres.

- pendant une période de MSO, on constate une diminution moyenne des prescriptions entre 41 et 51 % selon les années[116]. La majorité des médecins atteignent leurs objectifs (83 %). Un an après, l'effet de la MSO est toujours présent, en dépit d'une augmentation de 24 % du nombre d'IJ prescrites, mais les prescripteurs ont retrouvé un niveau de prescription nettement supérieur à la moyenne départementale[117].

La procédure est dissuasive pour la majorité des prescripteurs qui modifient leur pratique de prescription à court terme. Elle est renouvelée pour une minorité d'entre eux. La prescription d'arrêt de travail ne fait pas partie des thématiques abordées lors des études de médecine. Il n'est pas étonnant que les mauvaises habitudes soient durablement ancrées dans la pratique. Nos interlocuteurs ont évoqué le cas de ces « récidivistes », face auxquels ils se sentent démunis. Dans les Bouches du Rhône, depuis 2011, 87 procédures de MSO /MSAP ont été engagées à l'encontre de 70 praticiens. Un quart des prescripteurs sont « récidivistes ». 16 prescripteurs ont été sélectionnés deux fois et un prescripteur trois fois. Dans le Val de Marne, la caisse a saisi la commission des pénalités financières à deux reprises (campagne 2015 et campagne 2016-2017).

3.2.7. La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)

3.2.7.1. L'absence d'indicateur d'efficience pour la prescription des IJ

La ROSP est une modalité de rémunération qui complète le paiement à l'acte et permet de récompenser financièrement les médecins libéraux conventionnés qui s'engagent en faveur d'une prescription plus économe compatible avec l'état de santé de leurs patients. Cette rémunération annuelle, d'environ 4 000 € en moyenne, est calculée en fonction du taux d'atteinte de plusieurs indicateurs.

La qualité de la prescription des arrêts de travail ne fait pas partie des thèmes retenus dans les trois volets qui définissent des indicateurs (suivi des pathologies chroniques, prévention, efficience)[118]. Pour chaque indicateur, l'atteinte de l'objectif cible ou la progression réalisée conditionne l'attribution d'un nombre de points (au total 900 points), chaque point étant valorisé 7 €.

La politique conventionnelle est actuellement très peu incitative en matière de prescription d'arrêt de travail. La dernière tentative de l'assurance maladie pour négocier son introduction dans la dernière convention médicale 2016-2020 avec les professionnels de santé a échoué.

Les bilans dressés chaque année dans les rapports charges produits par la CNAMTS ont montré l'efficacité de cet outil, et constatent une progression des pratiques vers les objectifs de santé prédéfinis.

---

[116] Source : CPAM / ELSM Marseille – Evaluation de 65 MSO entre 2012 et 2015.

[117] Ibidem.

[118] 24 indicateurs concernent la qualité de la pratique médicale pour les médecins traitant, 9 pour la cardiologie et les maladies vasculaires, 8 pour la gastro-entérologie et hépatologie.

3.2.7.2. La valorisation de l'utilisation de l'AAT dématérialisé.

La ROSP intègre un volet dédié à l'organisation du cabinet et à la qualité de service. Les indicateurs qui y figurent permettent de valoriser l'informatisation et la modernisation des cabinets médicaux. Ils témoignent de l'appropriation par les médecins des logiciels dans leur pratique quotidienne pour gérer les données médicales individuelles de suivi et analyser globalement leur pratique sur l'ensemble de la patientèle. Le taux d'équipement de logiciels d'aide à la prescription a ainsi progressé de 64 % en 2012 à 73 % en 2013[119].

La dernière convention médicale met en place un forfait « structure » de 250 points en 2017 (7 € le point), composé de deux volets. Le premier volet comprend des indicateurs en termes d'équipement et de taux de télétransmission en feuilles de soins électroniques qui sont prérequis pour le déclenchement du second volet. Il se décline en cinq indicateurs, dont un taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices. L'AAT électronique en fait partie. Le taux de dématérialisation à atteindre est fixé à 30 % en 2017, 40 % en 2018 et 50 % en 2019. Cet indicateur, affecté de 30 points en 2017, 60 en 2018 et 90 en 2019, paraît peu rémunérateur dans le forfait structure (250 points au total en 2017).

Le dispositif actuel, composite, se révèle peu incitatif, dès lors que le médecin peut déclencher la rémunération de l'ensemble des indicateurs de ce socle sans respecter les objectifs fixés pour l'AAT en ligne.

3.3. Les actions incitatives envers les employeurs

3.3.1. L'information

- **le canal « web »**

Les employeurs disposent d'informations pratiques sur le site www.ameli.fr (rubriques « *arrêt maladie-congés* » et « *attestation de salaire* » dans « *vos démarches* »). Il peut télécharger le dépliant d'information sur l'attestation de salaire en ligne et les formulaires d'attestation de salaire. Sur le site de la caisse du Val de Marne, les employeurs disposent des bulletins d'information « *flash info employeur* » d'une page. Le dernier numéro est consacré à la « *reprise anticipée du travail* ». Le site de la CPAM de la Somme met également en ligne des lettres d'information à leur intention[120].

On note, sur le site national, que l'employeur n'est pas informé qu'il peut signaler le cas d'un salarié dont l'arrêt paraît abusif, ni que la caisse s'engage à le traiter. De même, il ne lui est pas rappelé la faculté de mandater un médecin pour effectuer une contre-visite[121]. En revanche il peut – ou non - disposer de cette information sur le site de sa caisse, qui apparaît sous des formes diverses[122] . Sur le site de la caisse de l'Hérault, l'employeur est uniquement informé qu'il peut demander un contrôle de présence à domicile et qu'il peut mandater un médecin auprès de son salarié « *lorsqu'il verse des indemnités complémentaires au titre de la subrogation* ».

---

[119] Source : rapport charges et produits 2015.

[120] Le dernier numéro en ligne date de décembre 2015.

[121] Consultation par la mission du site ameli au 27 / 04 /2017.

[122] La CPAM du Val de Marne a publié une page « flash info » sur le contrôle du salarié par l'employeur, disponible dans les archives en ligne. La CPAM des Bouches du Rhône reprend l'information dans la rubrique « Vous informer / arrêt de travail », la CPAM de la Somme.

- **les autres canaux de communication**

Les principaux outils de communication à disposition des employeurs sont des dépliants d'information sur le thème de la prévention de la désinsertion professionnelle[123].

Plusieurs caisses organisent des rencontres mensuelles destinées aux entreprises (CPAM Val de Marne, Somme), sur une ou plusieurs thématiques (réglementation maladie et temps partiel thérapeutique pour la CPAM du Val de Marne).

3.3.2. L'accompagnement

Le 8ème baromètre de l'absentéisme indique qu'un tiers des services RH des entreprises interrogées a mis en place une politique d'engagement pour pallier l'absentéisme, dont les deux tiers ont pour objectif de faire baisser l'absentéisme[124]. L'absence au travail a un coût pour l'employeur, qui est estimé par une mutuelle à environ 400 euros par salarié et par an, tous secteurs et tous établissements confondus, que le salarié soit présent ou non[125] .

L'assurance maladie dispose des données permettant de détecter des difficultés au sein d'une entreprise (« *Les arrêts courts et fréquents sont les signaux qui montrent qu'une entreprise dérape* »). Les principales actions de sensibilisation et d'accompagnement qu'elle mène en direction des entreprises ont pour objectif de lutter contre l'absentéisme, de prévenir des risques professionnels, et d'encourager la reprise après l'arrêt de travail.

Au cours des dernières années, plusieurs expérimentations en direction des employeurs n'ont pas abouti[126] :

- en 2009-2010, des actions de maîtrise médicalisée en direction des entreprises ont été menées qui consistaient à sensibiliser des entreprises ciblées nationalement comme atypiques en matière d'absentéisme (IJ maladie et AT/MP). La visite en entreprise, qui associait un représentant du service prévention de la CARSAT, un représentant des CPAM et un médecin conseil de la DRSM, a permis une prise de conscience mais n'a pas débouché sur des actions concrètes, notamment en raison du secret médical sur les motifs d'arrêts de travail ;
- en 2012-2013, l'action de maîtrise médicalisée en direction des entreprises sur le syndrome du canal carpien n'a pas été évaluée ;

[123] « Prévention de la désinsertion professionnelle – Reprendre une activité professionnelle », « Prévention de la désinsertion professionnelle – La visite de pré-reprise ».

[124] 8ème baromètre de l'absentéisme, Alma consulting group, septembre 2016 – étude menée auprès de 26 230 entreprises employant plus de 960 000 salariés, y compris des TPE et PME. La majorité des causes d'absence des salariés européens sont professionnelles. 22 % des motifs d'absence sont liées à la santé des salariés, 6 % à l'état de santé des proches, et 5 % à l'âge.

[125] Baromètre Prévoyance Mercer, novembre 2014 – étude réalisée sur 500 000 salariés bénéficiant du régime de protection sociale complémentaire santé et prévoyance.

[126] Source : rapport « Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions », groupe de travail coordonné par Dominique Polton, CNAMTS, 2015.

- en 2014 la CPAM de la Manche a lancé une politique partenariale spécifique en direction des entreprises avec trois objectifs : renforcer les leviers de maîtrise des IJ ; communiquer auprès des assurés au sein de leur entreprise, accélérer la dématérialisation des échanges. Une fiche profil IJ et un guide employeurs, enrichi d'une offre de services de la CARSAT, ciblée en fonction des motifs d'arrêt d'origine professionnelle les plus fréquents[127] , sont les supports de dialogue avec l'entreprise. Une cinquantaine d'entreprises ont été rencontrées en 2015, représentant 30 000 employés. Un premier bilan réalisé en 2015 n'a pas permis d'évaluer l'impact en termes d'IJ.

L'assurance maladie relance actuellement une nouvelle expérimentation en direction des entreprises, pour faire prendre conscience à l'employeur qu'il a financièrement intérêt à travailler sur la prévention des risques professionnels pour limiter son absentéisme. Elle est prévue au second semestre 2017 auprès d'une cinquantaine d'entreprises, à partir d'un ciblage national sur les entreprises les plus atypiques en matière d'IJ maladie et ATMP, avec un maximum de cinq par département. Ces entreprises seront retenues au sein d'un même secteur d'activité et d'une même région au regard de leur atypie dans trois familles de pathologies identifiées comme engendrant des arrêts de travail nombreux et récurrents ou de longue durée : TMS (membre supérieur), lombalgie, RPS et après concertation avec CARSAT et les DRSM pour s'assurer de l'intérêt de la visite[128] . Il est prévu de présenter à l'entreprise son profil de risque en matière d'assurance maladie AT/MP : estimation du coût direct et indirect de l'absentéisme pour l'entreprise sur une année, communication de la ou des pathologie(s) la plus présente, transmission des volumes et/ou taux de chacune des pathologies ciblées rapportés à l'ensemble des arrêts de travail, comparaison à l'absentéisme pour le même secteur d'activité, photographie de l'absentéisme par tranche d'âge[129].

3.3.3. L'aide au contrôle des employés en arrêt de travail

En cas d'arrêt de travail d'un salarié bénéficiant d'un complément de salaire ou d'un maintien de salaire, l'employeur peut procéder à un contrôle au domicile du salarié par le médecin de son choix[130]. La jurisprudence de la Cour de cassation en précise le contenu, en l'absence du décret d'application qui devait fixer les formes et les conditions de la contre-visite[131].

Le contrôle est généralement effectué par des prestataires privés, qui passent des conventions avec des médecins généralistes rémunérés à l'acte. Lorsque le médecin contrôleur, après examen de l'assuré, ne justifie pas le repos ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, il transmet ses conclusions motivées au service médical de la caisse qui peut suspendre le versement des indemnités journalières, sans convoquer l'assuré.

---

[127] « *Ainsi, en cas de forte prévalence des TMS (troubles musculo-squelettiques), il pourra être proposé à l'entreprise de s'inscrire dans l'action TMS pro. Un réentrainement type école du dos pour certains lombalgiques pourra également être mis en place. De même, en cas de RPS (risques psycho-sociaux), une liste de consultants identifiés par les CARSAT sera transmise à l'employeur* ».

[128] Source : Direction risque ATMP de la CNAMTS.

[129] Le volume d'IJ ainsi que le choix de taille des entreprises (plus de 200 salariés) garantit le respect du secret médical pour les salariés de l'entreprise.

[130] Article L315-1 du code de la sécurité sociale.

[131] Article L. 1226-1 du code du travail.

L'employeur peut également signaler le cas d'un salarié et demander un contrôle d'un arrêt de travail à l'assurance maladie. Depuis 2012, les services médicaux de l'assurance maladie sont tenus de prendre en compte de manière systématique les signalements des employeurs dans le ciblage des arrêts de courte durée[132]. Toutefois la publicité de ce service est limitée, les caisses n'ayant pas les effectifs nécessaires pour répondre à des demandes massives. Ainsi le site de la caisse des Bouches du Rhône indique que cette demande de contrôle « à caractère exceptionnel » doit être motivée et adressée par mail, et qu' « *aucune information ne sera donnée à l'employeur suite à sa demande, les organismes de sécurité sociale étant soumis à l'obligation du secret professionnel* ». Dans la Somme, en 2016, sur 163 signalements externes enregistrés dans l'outil de suivi, 106 proviennent des partenaires (CAF, Pôle emploi, DGFIP, gendarmerie/police), 26 des employeurs, 14 sont de source anonyme, 10 proviennent des assurés, et 7 des professionnels de santé[133] .

Comme le montre le tableau ci-dessous, la proportion d'avis rendus à la suite d'une contre visite de l'employeur est négligeable (0,1 % du nombre total d'avis rendus en 2016) et s'inscrit en baisse au cours des trois dernières années.

Tableau 11 :Evolution du nombre d'avis d'arrêt de travail contrôlés par le service médical suite à un contrôle de l'employeur, du taux d'examen sur personne et du taux

	2014	2015	2016
Nombre d'avis produits	3 436	3 112	2 791
Taux d'examen sur personne	11,2 %	9,30 %	9,3 %
Taux d'avis défavorable médicaux	8,4 %	7,0 %	7,4 %

Source : CNAMTS, rapport d'activité HIPPOCRATE.

L'information circule mal. En 2012, moins de 5 % des rapports de contre-visite ont été transmis au service du contrôle médical, dont 70 % étaient irrecevables[134].

- pour être recevable, l'avis du médecin contrôleur doit être transmis au service médical par le médecin contrôleur, et non par l'employeur. Or, comme en attestent nos interlocuteurs, les médecins contrôleurs ne respectent pas leur obligation de communication au service médical, pour des raisons déontologiques et pratiques. Le conseil de l'ordre est réservé sur cette obligation de transmission. Les médecins ne connaissent pas toujours la caisse d'affiliation du salarié et considèrent que leur prestation n'inclut pas cette tache administrative ;
- le délai de 48 heures fixé au médecin contrôleur pour envoyer son avis par courrier ou par mail, et qui conditionne sa prise en compte par le service médical, n'est pas respecté – dans ce cas, instruction est donnée aux caisses de traiter l'information comme un signalement.

Certaines sociétés de contre visite transmettent directement le résultat du contrôle aux services médicaux. Les services médicaux disposent alors du résultat (« *avis médical injustifié* », etc.), sans les conclusions motivées du médecin ayant pratiqué la contre-visite. Les sociétés de contre visite regrettent qu'il ne soit pas tenu compte des résultats de leurs contrôles - environ 5 à 6 % des arrêts ne seraient pas médicalement justifiés, les cas de refus du contrôle comme de reprise anticipée seraient négligeables (moins de 2 %).

[132] Lettre réseau CNAMTS du 29 mai 2012.

[133] Rapport d'activité du service fraudes/ CPAM de la Somme, 2016.

[134] Source : CNAMTS rapport charges-produits 2014.

La procédure de suspension du versement des IJ, expérimentée en 2008 et renforcée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010[135], laisse au médecin conseil le choix de suspendre immédiatement le versement des IJ ou de procéder à un nouvel examen. Près de 10 % des assurés signalés ou qui ont fait l'objet d'une contre-visite sont convoqués et vus par le service médical. En pratique, les médecins conseil des services médicaux rencontrés sont réticents à suspendre les IJ, sans réexamen du dossier. Parmi les arguments évoqués à la mission, le fait que le service médical peut disposer dans son dossier d'éléments d'information que le médecin mandaté par l'employeur n'a pas, et qui contribuent à justifier le caractère médical de l'arrêt. Par ailleurs le délai dont dispose le service du contrôle médical pour se prononcer en cas de demande de réexamen par l'assuré, qui est fixé à quatre jours francs, n'est pas suffisant pour permettre à certains services médicaux de l'organiser[136].

Le réexamen par le service médical n'aboutit pas toujours à la même conclusion que celui effectué par le médecin mandaté par l'entreprise. Pour l'assuré et l'employeur, ces avis divergents posent la question de la crédibilité du contrôle médical effectué par les praticiens, une même situation pouvant donner lieu à deux diagnostics différents. Elle limite sensiblement l'intérêt et la portée de la contrevisite médicale financée pour l'employeur. Concrètement, pour les assurés qui ont un avis médical défavorable, émis par un médecin mandaté par l'employeur, n'a pas systématiquement d'effet sur le droit d'ouverture aux indemnités journalières. Ces dernières continuent d'être versées par la sécurité sociale, jusqu'à ce que le service médical se prononce sur le caractère justifié ou non de l'arrêt. Seule la part complémentaire due par l'employeur lui est ôtée.

On note enfin que cette possibilité de contrevisite n'existe pas pour les arrêts de moins de six semaines en Alsace Moselle.

4. La politique de contrôle

4.1. L'activité

Le nombre total d'arrêts de travail reconstitués avec au moins une journée indemnisée s'élève à 6,7 millions en 2015 pour le risque IJ maladie. Le service médical effectue environ 2,3 millions de contrôles par an. Un tiers d'entre eux donnent lieu à des contrôles médicaux (34 % en 2015), dont 10 % avec un examen de l'assuré. 11 % des dossiers examinés[137] donnent lieu à un avis médical défavorable, soit moins de 3 % du nombre total d'arrêts de travail en 2015.

Tableau 12 : Évolution du nombre total d'arrêt de travail, du nombre d'avis rendus par le service médical et du nombre d'examen sur personnes du service médical

	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre total d'arrêts de travail avec au moins une journée indemnisée durant l'année N	6 577 668	6 445 983	6 544 544	6 420 422	6 729 644
Nombre d'avis rendus par le service médical	2 286 777	2 206 195	2 159 289	2 239 464	2 296 912
Dont nombre d'examen sur personnes	766 070	719 220	719 043	727 826	698 261

[135] Procédure précisée dans la lettre réseau LR –DDO- 148/2011 du 20/09/2011.

[136] Article D 315-4 du code de la sécurité sociale.

[137] 2016.

	2011	2012	2013	2014	2015
Avis rendus / nb d'arrêts de travail	34,80 %	34,20 %	33,00 %	34,90 %	34,10 %
Nb d'examen sur personnes / nb d'arrêts de travail	11,60 %	11,20 %	11,00 %	11,30 %	10,40 %

Source : CNAMTS, calculs mission, rapport d'activité HIPPOCRATE.

Ce faible taux d'avis médicaux défavorables est le résultat d'une politique de contrôle de masse, insuffisamment ciblée sur les situations les plus à risques, du fait notamment de la méconnaissance des motifs médicaux ou de la durée totale des arrêts. L'essoufflement de cette stratégie se traduit ces dernières années par la baisse du taux d'avis médicaux défavorables, passant de 9,3 % à 8 % en 2015. À partir de 2016, une amélioration du ciblage des contrôles s'est traduite par une baisse sensible du nombre d'avis contrôlés par rapport à 2015 (- 15 %) et par une hausse du taux d'avis défavorable (+33 %).

Tableau 13 : Évolution du nombre d'avis d'arrêt de travail, du taux d'examen sur personne et du taux d'avis défavorables médicaux

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d'avis	2 286 777	2 206 195	2 159 289	2 239 464	2 296 912	1 946 088
Taux d'examen sur personne	33,50 %	32,60 %	33,30 %	32,50 %	30,40 %	38,90 %
Taux d'avis défavorables médicaux	9,30 %	9,20 %	9 %	8,40 %	8 %	10,70 %

Source : CNAMTS, rapport d'activité HIPPOCRATE.

L'assurance maladie effectue un suivi des économies potentielles imputables au contrôle des indemnités journalières. L'économie potentielle pour l'ensemble des arrêts interrompus ou stabilisés est évaluée à 375 M€ en 2014 par l'assurance maladie, soit 5 % ou 6 % du montant du montant des IJ versées. L'économie est en forte décroissance entre 2012 et 2014 (-12,3 %), après avoir un niveau de près de 430 M€. La méthode de chiffrage repose sur le calcul du nombre de jours évités à la suite d'arrêts stabilisés ou du nombre de jours de repos évités à la suite d'une interruption de prescription d'un arrêt de travail, multiplié par le montant de l'IJ. La Cour souligne dans son rapport que cette méthodologie gagnerait en robustesse sur le montant des IJ évitées était calculé sur la base des montants individuels des indemnités interrompues.

4.2. Les moyens

Le contrôle de la justification des arrêts de travail consiste en un examen de l'état de santé du patient, effectué par un médecin-conseil du service du contrôle médical afin d'apprécier le bien-fondé médical de l'arrêt, soit sur le patient lui-même, soit à partir des éléments de son dossier.

L'organisation du contrôle, au sein de la CNAMTS, incombe à deux entités : les caisses primaires chargées du contrôle administratif et les services médicaux chargés du contrôle médical. Le service médical est structuré autour de 20 directions régionales (DRSM) composées de 20 échelons régionaux et 106 échelons locaux (ELSM). Chaque DRSM est dirigée par un directeur régional du service médical, médecin conseil régional, assisté d'un médecin conseil régional adjoint. Elle a pour objectif l'harmonisation et la coordination des activités pour l'ensemble de la région. Chaque ELSM est dirigé par un médecin conseil chef, assisté d'un ou deux praticiens-conseils chefs de secteurs pour les échelons les plus importants. L'ELSM constitue la structure en rapport direct avec les assurés.

Les services médicaux rassemblent 7 784 ETP[138], dont 25 % de praticiens conseil. Une analyse de la répartition analytique des effectifs montre que 60 % d'entre eux sont affectés au contrôle individuel des prestations (pôle contrôle des prestations et des relations avec les assurés), 8 % sont chargés des relations avec les professionnels de santé et 10 % du suivi du contentieux.

Tableau 14 : Répartition analytique en nombre d'ETP du service médical, 2015

	Praticien conseil	Personnel administratif
pôle CPR2A, dont :	***966,9***	***3 011,2***
avis sur prestation	862,4	2 518,5
revue de dossier	5,5	7,9
action PDP	4,7	4,3
Pôle RPS, dont :	***250,3***	***272,6***
maîtrise médicalisée en ville	93,7	80
maîtrise médicalisée établissements et entreprises	58,2	101,4
suivi hors cadre conventionnel	31,3	26
Pôle contentieux, dont :	***334,9***	***337,4***
Etablissements	75,2	99,1
prestations en nature	60,8	58,1
Médicaments	30,2	36,5
Pôle activité transverse, dont :	***190,9***	***1 089,7***
pilotage stratégique dont CPG	100,3	356,7
formation	37,7	96,5
GRH	28,7	274,7
Total	***1 743***	***4 710,90***

Source : CNAMTS/DDO/DMOA/DPAM.

Le système d'information actuel se compose de logiciels métier spécifiques aux services administratifs et médicaux, dont l'interfaçage a parfois été opéré tardivement, et qui communiquent mal entre eux. L'application centrale pour le service médical est HIPPOCRATE, structurée autour de bases régionales contenant des données médicales nominatives et bénéficiant d'un serveur spécifique. Les maintenances successives et le support de ce logiciel technologiquement ancien ont permis de faciliter les communications entre applicatifs (interface LM2A, liens vers applicatifs) mais les ressaisies d'information demeurent nombreuses (écrans traitement et observations médicales notamment). Il a été également rapporté à la mission de problèmes matériels chroniques (temps de réponse, « bugs » applicatifs), liés à l'ancienneté des logiciels.

L'efficacité du contrôle dépend en partie de la capacité des services administratifs et médicaux à partager leurs données et leurs outils. Ces conditions ne sont que partiellement réunies :

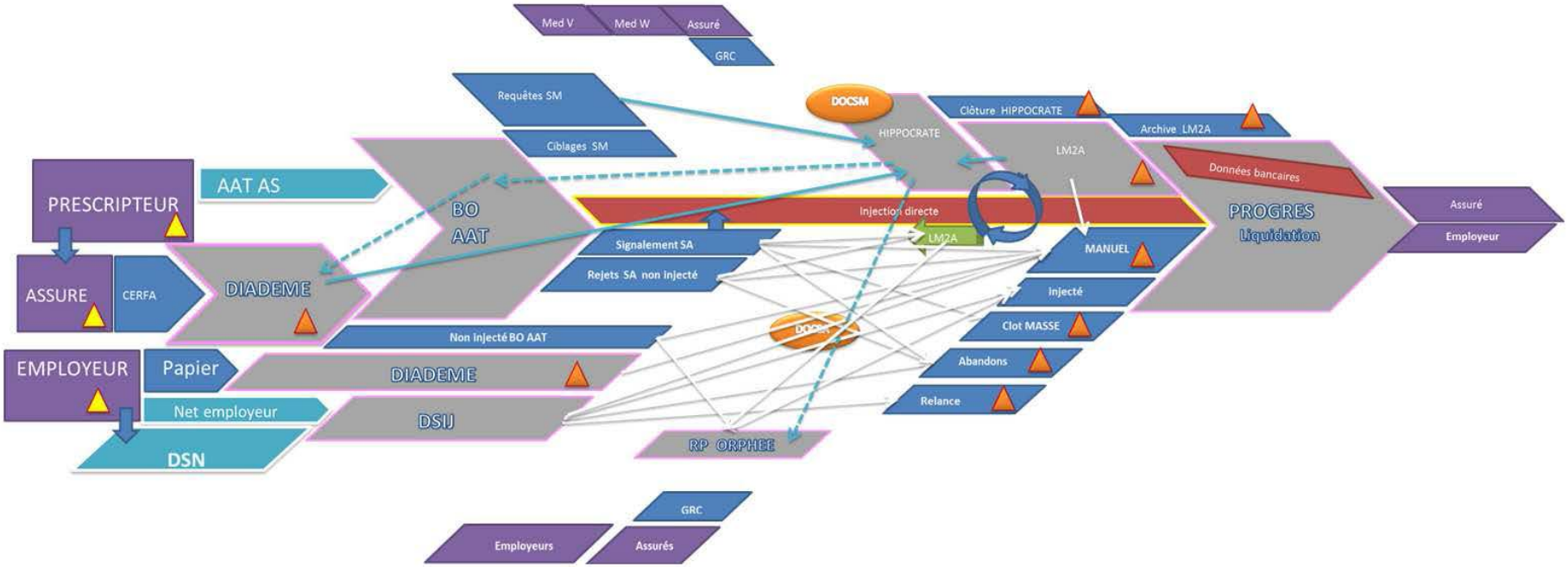
- l'instancier du logiciel HIPPOCRATE n'est pas systématiquement actualisé des données contenues dans les bases logicielles des services administratifs, ce qui conduit le service médical à travailler sur des situations obsolètes. L'inverse est aussi vrai, concernant la liquidation : la gestion des ATI génère de nombreuses manipulations dans PROGRES ;

[138] ETP moyen annuel CDI, décembre 2015. Source ; Base UCANSS

- les échanges internes entre les applicatifs médico-administratifs sont structurés par l'applicatif LM2A, qui ne couvre toutefois pas l'ensemble des échanges – ce qui conduit certaines caisses à en développer d'autres ;
- il n'existe pas de liaison entre BOAAT, qui centralise l'ensemble des arrêts de travail et HIPPOCRATE ;
- le paramétrage des applicatifs ne permet pas aux agents des deux services de bénéficier d'un droit de lecture ou de consultation des données qui ne sont pas confidentielles mais qui pourraient leur être utiles lorsqu'ils traitent un dossier / reçoivent ou contrôlent un assuré.

Pour remédier aux difficultés de traitement rencontrées, des logiciels locaux ont été développés par plusieurs équipes régionales (complément LM2A, modules de ciblage, aides à la relation client, outils d'aide à la décision…), dont certains ont été généralisés au niveau national. Comme le montre le schéma ci-dessous, la cartographie d'ensemble ressemble à un mille-feuille applicatif.

Graphique 12 : Cartographie applicative du processus médico-administratif IJ en 2015



Source : Rapport d'audit CNAMTS 2015. Note de lecture : La lecture se fait de gauche à droite. Les outils de l'organisme sont en gris. Par exemple si on part du prescripteur, il peut prescrire en dématérialisé via AAT et cette prescription va dans BOAAT.

Depuis 2014, la CNAMTS étudie les moyens de moderniser et de rénover le poste de travail des agents du service médical. L'objectif est de mettre à disposition des agents un outil de travail qui permettra d'améliorer l'intégration des processus métier et leur pilotage en centralisant via une interface d'entrée unique l'ensemble des besoins en termes de traitement, d'information et de services. L'audit de la CNAMTS préconise de développer un portail permettant d'intégrer et de rapprocher l'ensemble des instanciers présents dans les différents outils métiers.

Des travaux engagés en 2017 visent à identifier les évolutions prioritaires à court terme et à préparer le cadrage d'un éventuel projet de rénovation ou de refonte globale du SI du service médical, susceptible d'être inscrit à la prochaine COG.

4.3. Le contrôle de la justification médicale des arrêts de travail

4.3.1. Organisation

La politique menée par l'assurance maladie en matière de contrôle fait l'objet de plusieurs instructions nationales dont les principales sont les lettres réseau 72-2012 et 194-2015. Les orientations décidées au niveau national sont intégrées dans les plans locaux d'actions après validation en réunion de coordination de la gestion du risque. L'assurance maladie constate une forte hétérogénéité des organisations et des pratiques dans la mise en œuvre des orientations nationales, par exemple en matière de périodicité des ciblages, priorisation des contrôles, outils d'aide à la décision, gestion des échéances, répartition des tâches[139].

Leur réalisation est facilitée par l'introduction d'indicateurs dans les différentes générations de contrats de performance et de gestion (CPG), qui conditionnent une part de la rémunération variable des médecins conseil[140]. Ainsi, sur les arrêts de plus de 45 jours, l'objectif est de contrôler 95 % des arrêts avant le 120ème jour (depuis 2012), et de contrôler 35 % de ces arrêts sur personne, c'est-à-dire en convoquant et en procédant à un examen médical de l'assuré.

Les directeurs chargés de coordonner la gestion du risque et de la lutte contre la fraude la charge sont chargés de prioriser les contrôles à opérer en cours d'année. Les caisses regrettent qu'il ne soit pas plus tenu compte de la réalité des territoires. La marge de manœuvre paraît limitée pour organiser des contrôles au niveau local, d'autant que les indicateurs actualisés dans les CPG sont issus des directives nationales. L'ELSM de la Somme mène par exemple un contrôle des arrêts de travail supérieurs à cinq ans[141].

Les objectifs fixés ne sont pas atteints dans toutes les directions régionales. Les résultats régionaux sont présentés tous les trimestres en réunion de direction nationale. En 2017, les indicateurs des CPG ont été rafraîchis, en cohérence avec les orientations de la politique de contrôle (cf. tableau ci-dessous).

---

[139] Analyse de l'activité de contrôle des arrêts par l'assurance maladie en 2014

[140] Rapport « Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions », groupe de travail coordonné par Dominique Polton, CNAMTS, 2015

[141] Plan IJ 2016 de la CPAM/ELSM de la Somme

Tableau 15 : Liste des indicateurs mis à jour dans le CPG en 2017 (« score » en 2017 et 2018)

	Contractualisation avec	Finalité de l'indicateur
Taux de réduction du nombre d'IJ en écart au référentiel HAS pour les actes chirurgicaux	CPAM / DRSM	Agir sur les arrêts dont la prolongation au-delà de la durée de référence définie dans les fiches repères ne se justifie pas (8 interventions).
Taux d'arrêts de travail, risque AT/MP, de plus de 100 jours contrôlés sur personnes avant 130 jours	DRSM	Contrôler les assurés ayant un arrêt de travail AT/MP de plus de 100 jours prescrit
Taux d'arrêts de travail, tous risques avec contrôle ciblé et examen sur personne avant 65 jours	DRSM	Mettre fin aux arrêts médicalement injustifiés ou cibler une population avec une désinsertion importante
Taux de non rupture de prise en charge au titre d'une ALD exonérante suite à un traitement nécessaire par le service médical	DRSM	Éviter une rupture de prise en charge pour les assurés justifiant une prise en charge au titre de l'ALD exonérante.
Taux d'avis d'arrêt de travail donné par le SM avant 180 jours pour les assurés admis au bénéfice du L324-1 exonérant	DRSM	Garantir un avis signé du SM avant 180 jours permettant de prévenir une rupture de paiement concernant les affections sévères relevant d'une ALD exonérante
Taux d'avis d'arrêt de travail, risque maladie, contrôlés sur personne avant 180 jours pour les assurés admis en L 324-1 exonérant	DRSM	Maîtriser l'ouverture de l'article L324-1 dans le cadre des pathologies ne relevant pas d'une ALD exonérante. Lutter contre la désinsertion professionnelle
Taux d'arrêts de travail, tous risques contrôlés sur personne avant le 310ème jour	DRSM	Contrôler et accompagner les assurés ayant un arrêt de travail de longue durée, mettre en place un réseau de facilitateur IJ, voir les assurés jamais vus jusqu'à présent et revoir les assurés dont l'arrêt n'est plus justifié ou nécessitant un suivi ou mise en place d'une PDP.
Taux d'arrêts de travail, tous risques contrôlés sur pièces et sur personne avant le 310ème jour	DRSM	Contrôler et accompagner les assurés ayant un arrêt de travail de longue durée, mettre en place un réseau de facilitateur IJ

Source : CNAMTS / DDO / DRAC / DPPR.

4.3.2. Une politique de contrôle de masse

L'assurance maladie opère un suivi des arrêts de travail selon leur durée et concentre son effort sur les arrêts longs, aux enjeux financiers les plus importants. Cette politique de contrôle des flux, qui s'est inscrite dans une dynamique générale de renforcement des contrôles à partir 2003, s'est révélée efficace pour maitriser ce poste de dépenses après des années de forte croissance.

Depuis 2007, le principe est d'assurer un contrôle quasi-systématique de tous les arrêts qui dépassent 45 jours. En pratique, une requête hebdomadaire permet de signaler les arrêts de plus 45 jours qui doivent être contrôlés.

Jusqu'à récemment, un système de gestion par échéancement individuel des avis prévalait. Toutes les listes d'arrêts issues des requêtes étaient gérées manuellement par des techniciens, qui effectuaient le tri des dossiers pour écarter la majorité d'entre eux, lesquels faisaient l'objet d'un accord via une signature par lot et étaient « échéancés », jusqu'à la prochaine requête. Seuls étaient convoqués les assurés dont le contrôle à 45 jours paraît justifié. L'organisation et les modalités d'analyse, plus ou moins artisanales, variaient selon les caisses et les pratiques des agents, à partir du dossier Hippocrate, des données issues de la requête consommation soins et des fiches repères. Les opérations de recherche d'information nécessitaient l'ouverture de nombreuses applications métier et de référentiels internes et externes (jusqu'à 8 applications ouvertes simultanément), ce qui générait des temps de traitement importants un sentiment de démotivation des agents. Ces opérations de tri mobilisaient la plupart des ressources.

Ce système a atteint ses limites dans plusieurs caisses, du fait du risque de déconnexion de l'activité du service médical de celle des services administratifs en cas de retard dans l'échéancement des instanciers et des difficultés de mise à jour entre les logiciels HIPPOCRATE et PROGRES. Le suivi de l'activité et le pilotage stratégique sont devenus difficiles par le peu d'outils associés et la perte de traçabilité des dossiers entre les outils lors de l'activité de contrôle[142].

Plusieurs ELSM, dont les Bouches du Rhône et l'Ile de France ont abandonné le système d'échéancier et développé un système de pilotage par requête. L'audit de l'assurance maladie réalisé en 2016 prend acte de cette évolution : « *un levier essentiel est de contrôler les assurés au moment pertinent en fonction de leur situation de santé : certains à 45 jours, d'autres à une date ultérieure, voire dans certains cas plus précoce. Il faut donc pouvoir segmenter les patients sur des bases médicales solides, et pouvoir le faire automatiquement à partir d'un algorithme, qui permet un gain de temps et une homogénéité des pratiques*. »[143]

A partir de 2016, **la requête à 45 jours a été médicalisée**, ce qui permet de coder la pathologie et d'écarter favorablement 60 % des dossiers (arrêts codés par l'algorithme ou non codés à consommation suffisante). L'algorithme unique développé et testé par la DRSM Ile de France permet de gérer les priorités de convocation des assurés à 45 jours en fonction de la consommation de soins des patients. Ce système de codage prédictif demeure toutefois peu fiable, en l'absence de données exhaustives dans les bases de remboursement sur la consommation de soins (absence de la consommation à l'hôpital, des éléments de facturation de certains professionnels, tels que les kinésithérapeutes..). Les 40 % de dossiers restant, orientés en plusieurs catégories (lombalgique, anxieux, dépressifs, non consommants, peu consommants) sont examinés par les techniciens du service médical à partir du dossier Hippocrate, des données issues de la requête consommation soins et des fiches repères. En fonction de ces observations et des anomalies potentielles détectées, le dossier est échéancé ou le bénéficiaire est convoqué par le service médical.

Une partie des contrôles des arrêts de durée intermédiaire (entre 45 et 180 jours) sont réalisés sur personne et non sur dossier, à partir des interventions chirurgicales couvertes par une fiche repère (« KOP »)[144]. La requête de ciblage ne permet toutefois de repérer que les actes chirurgicaux réalisés en établissement privé. Pour les actes chirurgicaux dans le secteur public, l'assurance maladie effectue un ciblage des établissements atypiques sur leurs durées d'arrêts de travail pour permettre au réseau de rencontrer collectivement les praticiens concernés.

---

[142] Constats de la Synthèse MOAD, portail agent DRSM, novembre 2016.

[143] « Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions », groupe de travail coordonné par Dominique Polton, CNAMTS, 2015.

[144] Lésions méniscales, chirurgie du canal carpien, cure de hernie inguinale, lésions de l'épaule, cholécystectomie, cure de hernie discale, hallux valgus, Ténosynovectomie (interventions prises en compte dans le cadre du CPG 2017).

Les autres requêtes de ciblage (100 jours, 180 jours…) ne sont pas médicalisées. A 100 jours, seuls les patients en ALD ou qui ont déjà fait l'objet d'un avis sont exclus par la requête. Un avis est obligatoirement donné pour tout arrêt atteignant ce seuil. La moitié au moins des assurés doivent être convoqués dans chaque risque (maladie, AT/MP). La détection du risque de désinsertion professionnelle est réalisée à ce moment, lors de la convocation ou par le biais d'un courrier d'information à l'assuré.

Une requête permet de repérer les arrêts maladie sans L324-1 à 160 jours, pour éviter la rupture de paiement des IJ à 180 jours (« *il y a un point de vigilance important sur le franchissement du seuil de 6 mois, qui ouvre des droits à trois ans d'IJ (article L324-1), et il est donc essentiel que des assurés qu'il n'était pas utile de contrôler à 45 jours soient convoqués si leur arrêt se prolonge. Des gains financiers estimés a minima à une centaine de millions d'euros pourraient résulter d'un meilleur contrôle de ce moment charnière* »[145]). Ce seuil de six mois d'arrêt ouvre droit à trois ans d'IJ (article L 324-1), et induit un risque fort de chronicisation.

L'assurance maladie effectue également un contrôle des arrêts courts sur des motifs médicaux (cas d'orthopédie et de rhumatologie « simples », suite des congés maternités…)[146] ou résultant des signalements employeurs. Elle cible également ses contrôles sur certaines populations (arrêt des assurés de plus de 62 ans et de plus de 67 ans) ou situations (temps partiel thérapeutique, arrêts de travail des personnes en invalidité, cumul emploi –retraite).

Quatre autres requêtes permettent de lister les assurés en arrêt prolongé : 10 mois, 18 mois, 24 mois et 30 mois, dont le suivi ne fait pas l'objet d'un indicateur dans le CPG. Les assurés apparaissant dans ces listings sont convoqués en fonction des moyens disponibles.

4.3.3. La faible médicalisation des contrôles

Au niveau local, les ELSM parviennent à reconstituer, pour chaque bénéficiaire du régime général, les pathologies à l'aide d'algorithmes, en fonction des traitements et épisodes de soins observés (rapport charge produit CNAMTS pour 2015 p. 153). Ces reconstitutions sont coûteuses en temps et en ressources, sans être complètement fiables.

L'absence de base de données médicale exhaustive comprenant les motifs d'arrêts de travail ne permet pas d'analyser de manière rétroactive l'activité, ni de mener d'étude statistique permettant de prévoir l'évolution.

Comme on l'a vu (cf. § indexation *supra*), le renseignement du motif médical n'est pas vérifié lors de l'indexation. Il n'est pas non plus facilement consultable par les praticiens. Pour un AAT papier (environ 75 % des AAT), le motif médical visible en accédant à l'AAT dans DIADEME. Pour un AAT dématérialisé, le motif médical est disponible dans l'outil BO AAT mais sous la forme de codes spécifiques à l'outil. Trois codifications coexistent dans les outils actuels : celle utilisée pour l'AAT en ligne, la codification CIM-10 publiée par l'OMS et utilisée dans l'outil Hippocrate, enfin la codification utilisée dans l'outil BO AAT.

Encore la possibilité de consultation n'existe qu'à l'échelle d'un arrêt. Il n'est pas possible de faire apparaître une liste des arrêts affichant l'ensemble des motifs médicaux dans BO AAT, ni a fortiori d'effectuer des tris permettant de faire des présélections. Au niveau local, toute exploitation ou requête statistique sur cette zone est impossible.

Cette situation est préjudiciable à l'efficacité du contrôle médical, qui agit en « contrôleur aveugle ». La sélection des dossiers ne s'opère donc pas sur le motif de l'arrêt, mais sur des durées, ou à partir de critères populationnels, sans souvent tenir compte ou pouvoir croiser ces critères de ciblage avec la pathologie ayant motivé l'arrêt.

---

[145] Rapport « Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions », groupe de travail coordonné par Dominique Polton, CNAMTS, 2015.

[146] LR 72-2012.

Cette situation n'est pas satisfaisante, ni du point de vue du contrôleur, ni du point de vue des assurés, qui ne comprennent souvent pas les motivations des contrôleurs. Elle augmente les frustrations. Ainsi, un de nos interlocuteurs rapportait le cas d'un contrôleur qui s'était présenté dans son entreprise pour contrôler un assuré victime d'un AVC, encore hospitalisé, au motif qu'il était gérant d'une société, alors qu'au même moment, une salariée accumulait des arrêts de courte durée, sans pathologie ni consommation de soins.

En septembre 2015, la CPAM/l'ELSM du Doubs ont procédé à une expérimentation de la codification des motifs des AAT papier pour permettre à terme l'affichage dans BOAAT d'une information relative à la pathologie pour les AAT numérisés. Sur 500 arrêts, 80 % des motifs ont été codés par l'agent, et bien codés (81 %, après vérification du médecin conseil). 12 % des arrêts n'ont pu être codés, y compris par le médecin conseil. 80 % des motifs ont été considérés par le SA et SM comme aisément codifiables. Le temps moyen de codage est estimé de une à trois minutes, en fonction de la difficulté. L'assurance maladie n'a pas estimé le coût en ETP d'une telle opération, si la saisie devait être généralisée.[147]

4.3.4. Autres pistes d'économies

D'autres pistes d'économies ont été récemment investiguées par la CNAMTS. En 2015, un rapport d'audit thématique sur le paiement et le contrôle des indemnités journalières a chiffré le potentiel d'économies possibles en fonction des évolutions proposées dans trois domaines : maîtrise du processus et des délais, étude des pratiques dans le cadre du suivi de l'arrêt de travail, pratiques liées au statut de l'assuré. Comme le montre le tableau ci-dessous, le montant potentiel des économies varie sensiblement selon que l'on retienne une hypothèse basse ou haute, mais montre l'existence de gisements potentiels, en particulier en matière de gestion du L324-1 (155 M€), de la gestion des arrêts de longue durée (170 M€), la gestion des convocations (90 M€) et la maîtrise des dates de fin d'indemnisation (100 M€).

Tableau 16 : Potentiel d'économies annuel en fonction de l'amélioration des processus, en millions d'euros (2014)

	hypothèse basse	hypothèse haute	Paramétrage des hypothèses
Maitrise du processus et des délais			
analyse des entrées tardives dans le système d'information	9,5	93,5	réduction du nombre d'arrêts injustifiés sur les entrées tardives (plus d'entrée tardive après 30 jours, 60 jours ou 90 jours), en fonction du % d'arrêts injustifiés (5 % à 20 %)
gestion des convocations	19,7	156,1	délai de convocation réduit de 5, 10, 15, 23 jours, en fonction du % d'arrêts injustifiés
gestion de la date de fin d'indemnisation	23,5	137,5	délai date d'effet et date de convocation réduit de 5, 7, 10, 17 jours
gestion des expertises médicales suite à la contestation d'un assuré	2,1	77,3	réduction du délai d'expertise de 5 à 30 jours
Sous total	54,8	464,4	
Étude des pratiques de suivi des arrêts de travail			

[147] Sur les 4,4 millions de documents numérisés dans DIADEME chaque mois, près de 2 millions sont des arrêts de travail maladie ou maternité. En prenant pour référence 1 minute pour le codage, le nombre d'ETP nécessaire est estimé à 238 par la mission (2 000 000 minutes / 60 = 33 333 heures, / 1 agent = 35 heures = 952 semaines, / 4 semaines par mois = 238). Données au 1/10/2016 – Source : CNAMTS, présentation DIADEME, 3/1/2017 – Moyenne mensuelle du nombre de documents numérisés / mois / 6 mois : 1 983 519 documents IJ AS MA et 114 735 documents IJ AT/MP sur un total de doc numérisés de 4 484 177.

	hypothèse basse	hypothèse haute	Paramétrage des hypothèses
gestion de la bascule du risque professionnel par rapport au risque maladie	15,2	69,5	réduction de la durée moyenne des IJ AT pour se rapprocher de la durée moyenne observée en AS
gestion de l'article L324-1 en maladie	37,2	325,5	réduction durée d'IJ
gestion du temps partiel thérapeutique	-78,1	97,6	en fonction de l'augmentation de l'effectif et de la réduction de la durée moyenne du TPT
maîtrise des arrêts de longue durée	60	170	en fonction de la réduction des écarts à la moyenne nationale et de la réduction du délai de mise en invalidité à 30 jours, nombre de mise en invalidité réduit de 30 %
sous total	34,3	662,6	
Pratiques liées au statut de l'assuré			
IJ payées aux invalides	10	20	réduction de 50 % des IJ chez les invalides de catégorie 2 et de 90 % des IJ cat. 2 + 50 % cat. 1
IJ payées aux chômeurs	52	130	en fonction d'IJ non justifiées de 20 % ou de 50 %
IJ payées aux retraités	35	60	en fonction d'une réduction de 50 % ou de 80 % des IJ
sous total	97	210	
Total général	**186,1**	**1 337**	

Source : CNAMTS, DACCRF, DAG, mai 2015.

4.4. Les actions de lutte contre la fraude

4.4.1. Organisation

Aux termes de l'article L 114-9 du code de la sécurité sociale, « *les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, (…) sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires (…). Les organismes nationaux des différents régimes suivent les opérations réalisées par [ces] organismes* ».

Depuis 2005, l'assurance maladie a redéfini sa stratégie en matière de lutte contre la fraude, « *basée sur 7 principes fondamentaux dont le rappel des définitions relatives aux concepts de fraudes, fautes et abus* [148] *pour que chacun, dans le réseau, puisse s'approprier ces notions et les outils* »[149], concomitamment avec la création d'une direction chargée du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes (DACCRF).

En 2007, le programme de lutte contre la fraude aux IJ a été construit à partir des travaux d'un groupe de travail de six CPAM et d'une CRAM, pilotés par un directeur coordonnateur de la gestion du risque. Leur analyse a mis en évidence quatre principaux mécanismes de fraude administrative aux IJ, qui demeurent d'actualité :

- le cumul IJ - autres revenus, y compris sociaux ;
- la falsification, contrefaçon, création de faux documents et vol de documents nécessaires pour justifier de droits aux IJ ;

[148] Définies par la circulaire CNAMTS 1/2012.

[149] Bilan de la politique de lutte contre la fraude établi par l'assurance maladie (article 114-9 du code de la sécurité sociale), 2009.

- la fraude interne ;
- la fraude commise avec le concours d'un professionnel de santé (fraude en bande organisée).

Encadré 5 : Exemples de fraudes ou d'activités fautives

Parmi les **exemples de fraudes ou d'activités fautives** et de sanctions cités dans les bilans rendus publics par l'assurance maladie, on relève des mécanismes plus ou moins simples à mettre en œuvre, tels que :

- la falsification d'arrêt de travail par surcharge. C'est le fait pour un individu d'obtenir des indemnités journalières injustifiées, en falsifiant la durée de son arrêt de travail. Les sanctions associées : en agissant de la sorte, l'individu peut être condamné à payer des pénalités pouvant aller jusqu'à 3 170 €, en plus du remboursement des sommes trop perçues ;
- le cumul d'indemnités journalières et d'une activité rémunérée par un assuré : C'est le fait pour un individu bénéficiaire d'indemnités journalières suite à un arrêt de travail, de continuer à avoir une activité professionnelle rémunérée en parallèle. Les sanctions associées : en agissant de la sorte, l'individu viole le code de la sécurité sociale qui impose au bénéficiaire d'indemnités journalières de s'abstenir de toute activité non autorisée. Ces faits peuvent être qualifiés d'escroquerie et sont punis de 5 ans d'emprisonnement et de 375 000 € d'amende ;
- ainsi, dans le sud de la France, l'assurance maladie a détecté et stoppé la fraude d'un père et d'un fils qui se succédaient comme gérant et salarié de diverses sociétés pour bénéficier alternativement d'arrêt indemnisés sur la base d'attestations et de bulletins de salaires fictifs (250 000 € de préjudice)

Source : Mission.

Chaque année depuis 2006, un plan de lutte contre les fraudes, fautes et abus est diffusé par la DACCRF[150]. Elle établit des programmes thématiques nationaux, qui sont mis en œuvre par le réseau. Des instructions spécifiques à chaque programme sont diffusées en cours d'année. De sept programmes nationaux mis en œuvre en 2006, ce nombre est passé à plus de cinquante en 2009, puis à une trentaine en 2015. Parmi ces programmes, plusieurs sont reconduits chaque année, moyennant quelques adaptations. C'est le cas des deux programmes consacrés aux arrêts de travail :

- la mise sous accord préalable des prescripteurs libéraux dont la prescription est excessive. La requête de ciblage est intégralement paramétrée et pilotée par la caisse nationale. Le réseau est tenu d'opérer les contrôles des prescripteurs sélectionnés (cf. § 3.2.6). L'impact de la campagne 2014/2015 de MSO/MSAP, qui ciblait 502 praticiens, est évalué à 72 M€ d'économies ;
- le programme de lutte contre les fraudes aux indemnités journalières[151] . La caisse fournit une méthodologie d'investigation pour que les caisses exécutent des requêtes à partir des bases locales. Elles permettent de détecter les situations de cumul d'IJ avec une activité rémunérée ou de cibler les situations atypiques en matière de règlement des indemnités journalières, par l'intermédiaire des requêtes issues du Système national de gestion des carrières (SNGC) de la CNAV. Cette dernière requête a permis de détecter un préjudice global de 910 K€ en 2015 ;

[150] Lettre réseau de la LR DACCRF 3/2015 du 24 février 2015 relative au plan de contrôle contentieux annuel 2015, Lettre réseau DACCRF 7/2017 sur la présentation du plan annuel 2017 de contrôle contentieux contre les fraudes et les activités fautives et abusives.

[151] LR DACCRF 12/2014.

En 2017, les programmes de contrôle périodiques IJ portent sur les autoentrepreneurs et arrêt de travail indemnisé, les gérants salariés[152] et les « coquilles vides »[153].

Le pilotage de ces actions s'effectue par le biais de réunions dirigées par la DACCRF associant les cadres dirigeants des CPAM/ELSM et avec les pilotes des instances opérationnelles régionales pour suivre le fonctionnement et l'organisation du réseau, suivre la mise en œuvre des programmes ou des expérimentations en matière de lutte contre les fraudes, les fautes et les abus.

Depuis 2016, la CNAMTS revoit son organisation et ses outils au niveau régional. Les missions du directeur chargé de la lutte contre la fraude ont été précisées et des pôles d'expertise fraude établis[154]. Un nouvel outil de reporting du volet loco-régional a été déployé en 2017 (OG3S), qui permettra d'établir des tableaux de bord.

L'assurance maladie poursuit l'expérimentation des procédés de datamining sur d'autres champs que les indemnités journalières. Les expériences précédentes menées en 2009 par la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France n'avaient pas donné de résultats probants. Depuis 2015, le réseau dispose de l'outil « profileur », qui permet de mener des actions de datamining à l'égard des professionnels de santé.

4.4.2. Les programmes locaux

Les programmes nationaux connaissent des réussites variables selon les territoires. Par exemple, l'action de détection des « coquilles vides » n'a jamais abouti dans la Somme, alors que deux affaires importantes ont été repérées dans les Bouches du Rhône. À côté des programmes nationaux, les DRSM et les ELSM développent et appliquent un volet « loco-régional » de contrôles, qui peuvent inclure des contrôles IJ. Ces actions de détection à l'initiative du réseau sont menées sous réserve de l'accord de la CNAMTS[155] .

Les volets locaux sont à l'origine de la détection des deux tiers des montants de préjudices subi au niveau national[156]. Ces chiffres varient fortement, d'une CPAM à l'autre, au sein d'une même région. Par exemple, dans les Hauts de France, le volet loco-régional représente 74 % du montant du préjudice subi de la CPAM de la Somme, et 49 % de la CPAM du Hainaut. Dans la Somme, le ciblage national du programme MSO/MSAP ne suffit pas à alimenter l'activité des services, qui développent davantage d'actions locales, tant en terme de ciblages que de signalements pour atteindre les objectifs fixés (« *le maillage des contrôles, trop lâche au niveau national, est resserré au niveau local* »)[157] . La CPAM/ELSM effectue un ciblage des professionnels de santé dont la prescription excède la moyenne de plus de deux écarts-types. Elle travaille en partenariat avec les DIRECCTE pour détecter les situations de travail illégal ou sur certaines opérations de détection de trafics en coopération avec le procureur et les services de gendarmerie. Un groupe régional travaille sur les fraudes aux IJ.

[152] Fiche acteur LR/DACCRF 4/2017.

[153] LR/DACCRF/1 /2014.

[154] Lettre réseau LR/DDO/53/2016.

[155] Cf. charte de contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie, circulaire 10/2012.

[156] Rapport d'activité du service fraude direction adjointe / CPAM de la Somme année 2016.

[157] Propos issus des entretiens.

Des plans régionaux sont établis et suivis par les CPAM/ELSM en lien avec l'observatoire IJ. Ils permettent aux services de coordonner leurs actions en interne. Toujours dans la Somme, en 2016, un contrôle interne sur les reprises anticipées du travail, issu du plan maîtrise socle de l'ordonnateur, a permis de détecter 15 employeurs qui n'avaient pas informé de la reprise anticipée sur 288 dossiers étudiés. Des tableaux de suivi permettent d'en suivre les résultats. Dans l'exemple communiqué à la mission, on notait un taux d'avis défavorables de l'ordre de 34 % s'agissant du contrôle des arrêts itératifs, 74 % des arrêts maladie post maternité, 40 % des arrêts sans pharmacie, 44 % du contrôle des prescripteurs atypiques[158] .

Les relations et l'organisation des échanges avec les partenaires (CAF, URSSAF, CPAM, DGFIP…) varient selon les CPAM/ELSM mais ont paru satisfaisants dans les CPAM/ELSM rencontrés. Au niveau national, l'existence de ces échanges est attestée par la transmission de des fiches de signalement, dont 14 % de celles émises par les caisses d'assurances maladie vers les partenaires et 6 % des fiches reçues concernent spécifiquement les IJ (activité pendant un arrêt de travail ou situation de cumul IJ/ressources, 2015).

Tableau 17 : Nombre de fiches de signalements interpartenaires

	2014	2015
Fiches émise par les caisses d'assurance maladie		
Activité pendant arrêt de travail	297	298
Cumul IJ / ressources	329	274
Total des fiches émises	3 585	4 120
Fiches reçues par les caisses d'assurance maladie		
Activité pendant arrêt de travail	206	225
Cumul IJ / ressources	227	186
Total des fiches reçues	8 088	6 629

Source : CNAMTS / DACCRF.

4.4.3. Résultats

4.4.3.1. Nombre de fraudes et montant total du préjudice

Le bilan de la COG établi en 2015 fait ressortir de bons résultats sur le plan du renforcement de la lutte contre la fraude sur un plan global, toutes fraudes confondues. Les objectifs ont été atteints en 2014 et 2015, tant en termes de montant de préjudice détecté et stoppé (231 M€ pour un objectif de 210 M€ en 2015), qu'en terme de nombre de suites contentieuses engagées (6 512 pour un objectif de 4 150 en 2015)[159] .

Les objectifs sont déclinés dans les CPG au moyen de cinq indicateurs : le taux de préjudice subi (seul indicateur commun aux services médicaux et administratifs), le nombre de fraudes détectées, le taux de fraude avec suites contentieuses, taux d'analyse d'activité avec anomalies donnant lieu à suites contentieuses (cf. tableau supra sur le CPG). Une réflexion est en cours sur le déploiement d'un indicateur régional de lutte contre la fraude, afin d'en définir les besoins et le cas échéant les modalités dans la perspective de la future COG.

[158] Contrôles réalisés sur personne entre mai et décembre 2014, ELSM/CPAM de la Somme.

[159] CNAMTS.

Les données partielles qui suivent sont extraites du bilan que la DACCRF établit annuellement en matière de lutte contre la fraude, conformément à l'article L114-9 du code de la sécurité sociale. Ce bilan annuel ne présente que des données partielles, difficilement comparables d'une année sur l'autre, et ne permet pas d'évaluer, par CPAM, les performances des différents dispositifs. La CNAMTS n'a pas communiqué à la mission les données complémentaires demandées permettant d'analyser plus précisément l'évolution de l'activité en matière de lutte contre la fraude aux IJ.

Les fraudes administratives aux indemnités journalières représentent près des deux tiers du nombre de fraudes aux prestations en espèces, pour un montant total de 12,4 M€, soit 45 % du montant des fraudes aux prestations en espèces, mais seulement 5,3 % du montant total des fraudes détectées et stoppées en 2015.

En 2015, le cumul d'IJ avec d'autres activités (41 % des fraudes en nombre, pour un préjudice de 4,1 M€) et la falsification, contrefaçon, ou utilisation de fausses pièces justificatives (30 % des fraudes aux IJ, pour un préjudice de 5,6 M€) représentent toujours les principaux mécanismes de fraude[160] .

Tableau 18 : Dénombrement des fraudes ayant donné lieu à action et montant du préjudice subi ou évité par grief, à l'initiative du réseau

	2015 (€)
Accident du travail	
Montant du préjudice subi, en €	1 040 310
Montant du préjudice évité, en €	328 562
Nombre de fraudes détectées	115
Cumul IJ ou non-respect des règles de sortie	
Montant du préjudice subi, en €	4 269 943
Montant du préjudice évité, en €	388 566
Nombre de fraudes détectées	1 267
Fraudes espèces - falsifications pièces justificatives, arrêts de travail	
Montant du préjudice subi, en €	3 611 584
Montant du préjudice évité, en €	1 534 064
Nombre de fraudes détectées	300

*Source : Bilans annuel de lutte contre la fraude CNAMTS. Note de lecture : **Préjudice subi** : montant des prestations versées à tort tel que l'évalue la caisse après investigations et décision d'entreprendre une ou plusieurs actions. **Préjudice évité** : dans le cas où la fraude a été découverte avant paiement et où le préjudice subi est donc nul, le préjudice évité est égal au montant des prestations que la caisse aurait versé à tort si la fraude n'avait pas été détectée. Dans le cas où la fraude a été découverte après paiement, un préjudice a été subi et le préjudice évité est égal au montant des prestations que l'assurance maladie aurait continué à régler si la fraude n'avait pas été découverte et le paiement arrêté.*

Les bilans ne permettent pas d'effectuer une comparaison des données par mécanisme sur plusieurs années, sauf en matière de cumul des IJ ou le non-respect des règles de sortie, dont les résultats s'améliorent au cours des trois dernières années, tant sur le nombre de cas détectés (de 830 à 1267) qu'en termes de préjudice évité.

[160] Bilan DACCRF 2015.

Tableau 19 : Cumul IJ ou non-respect des règles de sortie

	2013	2014	2015
Montant du préjudice subi, en €	3 541 362	4 605 677	4 269 943
Montant du préjudice évité, en €	163 850	295 606	388 566
Nombre de fraudes détectées	830	952	1267

*Source : Bilans annuel de lutte contre la fraude CNAMTS. Note de lecture : **Préjudice subi** : montant des prestations versées à tort tel que l'évalue la caisse après investigations et décision d'entreprendre une ou plusieurs actions. **Préjudice évité** : dans le cas où la fraude a été découverte avant paiement et où le préjudice subi est donc nul, le préjudice évité est égal au montant des prestations que la caisse aurait versé à tort si la fraude n'avait pas été détectée. Dans le cas où la fraude a été découverte après paiement, un préjudice a été subi et le préjudice évité est égal au montant des prestations que l'assurance maladie aurait continué à régler si la fraude n'avait pas été découverte et le paiement arrêté.*

4.4.3.2. Les suites contentieuses

Les débouchés contentieux en cas de fraude, d'activité fautive et abusive sont précisés dans une circulaire de la CNAMTS qui articule les différents dispositifs de sanction prévus par la loi, le règlement ou dans la charte du contrôle des professionnels de santé. Chaque caisse est appelée à appliquer ces dispositions « *sous réserve des considérations intégrant le contexte local* » (primo infraction, jurisprudence, historique du dossier...)[161] . Les préconisations de la CNAMTS varient en fonction de la nature du manquement et du montant du préjudice financier (plus ou moins de 8 PMSS). Elles posent le principe de limitation du cumul des sanctions, sauf pour les dossiers dont l'enjeu financier ou d'image est important.

Encadré 6 : Principes

Lorsqu'une fraude ou une activité fautive est détectée, son auteur doit dans tous les cas payer les droits non acquittés ou rembourser les trop perçus versés à tort.

En cas de non paiement, des intérêts de retard s'ajoutent aux montants dus.

Outre le paiement des sommes dues et des intérêts, des sanctions administratives (pénalités financières), pénales ou disciplinaires peuvent être infligées au contrevenant.

Les pénalités financières sont prononcées par le directeur de la caisse de sécurité sociale qui a subi ou aurait pu subir le préjudice, après avis consultatif de la Commission des pénalités financières (ou sans avis en cas de fraude stricte) et après avis conforme du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Elles sont calculées en fonction de la gravité de la fraude ou de l'activité fautive et du type d'acteur concerné (assuré, professionnel de santé, employeur, établissement de soins).

Source : CNAMTS.

En 2015, sur les 2 654 pénalités financières ayant fait l'objet de demandes d'avis conforme du directeur général de l'UNCAM par les organismes du réseau au titre de l'article L114-17-1 du code de la sécurité sociale, pour un montant de 6 M€, 39 % concernent des fraudes aux indemnités journalières. Mis à part cette précision, le nombre de suites contentieuses n'est pas détaillé par prestation dans les bilans fournis. La mission ne peut donc pas se prononcer sur l'action des caisses en matière d'IJ.

Globalement, on constate une diminution du préjudice total en 2015, après plusieurs années de hausse. Le montant des indus notifiés, rapporté au préjudice subi, est en hausse constante au cours de la période 2012-2015 et atteint 54 % en 2015.

[161] Circulaire 5/2016.

Tableau 20 : Résultats des actions de répression des fraudes à l'initiative du réseau, en montants

	2012	2013	2014	2015
Montant du préjudice subi, en €	82 625 469	92 294 764	109 282 964	100 733 551
Montant total du préjudice (subi + évité), en €	92 408 381	98 932 568	125 962 039	119 352 418
Montant des indus notifiés, en €	40 901 424	43 715 895	58 888 714	54 843 955
Montant des transactions signées, en €	3 321 451	5 282 902	6 361 295	2 357 087
Montant des pénalités financières notifiées, en €	1 809 235	3 187 408	4 356 959	4 836 577
Montant des indus notifiés / montant du préjudice subi	49,50 %	47,40 %	53,90 %	54,40 %
Montant des transactions signées / préjudice total	3,60 %	5,30 %	5,10 %	2,00 %
Montant des pénalités financières notifiées / préjudice total	2,00 %	3,20 %	3,50 %	4,10 %

Source : Bilans annuel de lutte contre la fraude CNAMTS.

En 2015, l'assurance maladie a procédé à 813 retenues financières pour un montant de 2,3 M€ au titre de l'article L 323-6 du code de la sécurité sociale qui permet aux caisses de récupérer le montant des indemnités journalières versées en cas de cumul avec des activités rémunérées.

Signe d'une politique répressive accrue, le nombre total de pénalités financières augmente sensiblement, passant de 1 377 à 2 346 pénalités financières notifiées entre 2011 et 2015, ce qui représente 20 % du nombre de dossiers fraudés en 2015. De même le taux de pénalités rapporté au préjudice global double au cours des quatre dernières années, passant de 2 % à 4 % (+2 points).

Tableau 21 : Résultats des actions de répression des fraudes à l'initiative du réseau, en nombres

	2012	2013	2014	2015
Nombre de dossiers fraudés	14 678	15 505	17 441	11 453
Nombre de transactions	106	140	110	65
Nombre de pénalités financières notifiées	1 748	2 206	2 419	2 346
Nombre de pénalités financières notifiées / nb total de dossiers fraudés	11,9 %	14,2 %	13,9 %	20,5 %

Source : Bilans annuel de lutte contre la fraude CNAMTS.

L’ensemble des revues de dépenses est disponible sur :
www.performance-publique.budget.gouv.fr/