

ASSEMBLÉE NATIONALE

18 octobre 2012

FINANCEMENT SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013 - (N° 287)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

AMENDEMENT

N ° 102 (Rect)

présenté par

M. Robinet, Mme Dalloz, M. Lazaro, M. Darmanin, M. Philippe Armand Martin, M. Decool,
M. Morel-A-L'Huissier, Mme Fort, M. Terrier, M. Straumann, M. Jacquat, Mme Poletti,
M. Daubresse, Mme Grommerch, M. Vitel, M. Perrut, M. Philippe Vigier, M. Heinrich et
Mme Rohfritsch

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 76, insérer l'article suivant:**

Le II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après la deuxième occurrence du mot : « travail », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée :
« après examen de l'assuré, ce médecin transmet un rapport au service du contrôle médical de la
caisse dans un délai maximal de soixante-douze heures. Au vu de ce rapport, ce service : » ;

2° Après le mot : « examen », la fin de la première phrase du 2° est ainsi rédigée : « médical de
l'assuré » ;

3° Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de
l'article L. 1226-1 du code du travail, fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré,
l'employeur ou l'organisme mandaté par l'employeur pour ce contrôle transmet cette information à
la caisse dans un délai maximal de soixante-douze heures.

« Au vu de cette information, la caisse :

« 1° Soit décide de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter
de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à
son organisme de prise en charge un nouvel examen de sa situation. La caisse se prononce dans un
délai fixé par décret ;

« 2° Soit demande au service du contrôle médical de la caisse de procéder à un examen de l'assuré ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les dépenses d'indemnités journalières (maladie, maternité, accidents du travail), qui se sont élevées à 13 Mds€ en 2011, ont connu une croissance forte au cours de ces dernières années, supérieure à 4 % de 2008 à 2010. En 2011, ces dépenses ont commencé à ralentir avec une progression limitée à 2,4 %. Le nombre de journées indemnisées est resté stable.

Cette évolution s'explique par la politique conduite par la CNAMTS en matière de gestion du risque : renforcement des contrôles des arrêts de travail, engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins, diffusion de référentiels visant à harmoniser les durées d'arrêts par pathologie sur le territoire et actions visant à prévenir la désinsertion professionnelle.

Le dispositif de la contre-visite à l'initiative de l'employeur, qui existe depuis 1978 et a été rendu plus efficace par de récentes modifications législatives, a également contribué à cette régulation. Cette faculté est une contrepartie de l'obligation de maintien total ou partiel pour certains salariés. Depuis 2010, le service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie, qui est tenu de donner une suite à l'avis de contre-visite, peut suspendre les indemnités journalières.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale (RALFSS) rendu public le 13 septembre 2012, la Cour des comptes souligne que le dispositif de la contre-visite pourrait encore être amélioré par une plus grande synergie entre les contrôles de l'assurance maladie et le contrôle employeur. Il souligne notamment que « la mise en relation de la contre-visite et du seul contrôle médical de l'assurance maladie fonctionne mal en raison de la lourdeur de la procédure prévue ».

Ce constat est partagé par un certain nombre d'acteurs de terrain qui soulignent le manque de coordination entre les différents intervenants d'autant plus regrettable dans ce domaine où les intérêts de l'assurance maladie rejoignent ceux des entreprises.

Sur la base de ces recommandations, le présent amendement propose plusieurs modifications de l'article L.315-1 du code de la Sécurité sociale :

1) Il distingue de manière explicite le cas où le médecin diligenté par l'employeur a procédé à un examen médical ayant conclu à l'absence de justification de l'arrêt de travail (environ 6 % des cas) et le cas où le médecin n'a pas pu procéder à l'examen médical de l'assuré en raison notamment de son absence à son domicile (environ 40 % des cas). L'objectif est de permettre l'exploitation des éléments non médicaux des avis de contre-visite dont la Cour des comptes regrette qu'ils ne puissent être exploités par les CPAM en complément des contrôles administratifs.

2) Il allonge le délai de transmission du rapport médical et l'information relative à l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré de quarante-huit heures à soixante-douze heures. Aujourd'hui, certains cas ne peuvent être examinés faute d'avoir été transmis dans les délais légaux.

3) Il est enfin proposé de permettre à l'employeur ou à l'organisme mandaté par l'employeur pour effectuer la contrevisite de transmettre les éléments administratifs de la contre-visite directement à la caisse.

Le dispositif proposé permet à la caisse d'exploiter directement les informations administratives sans passer par le service du contrôle médical. Celui-ci sera ainsi déchargé du traitement d'éléments ne relevant pas de sa compétence.