



**COMMUNICATION A LA COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES ET A LA MISSION D'EVALUATION ET DE CONTROLE
DES LOIS DE FINANCEMENT DE L'ASSEMBLEE NATIONALE**

(ARTICLE L.O. 132-3-1 DU CODE DES JURIDICTIONS FINANCIERES)

Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie

Juillet 2012

Sommaire

AVERTISSEMENT	5
RESUME	7
RECOMMANDATIONS.....	11
INTRODUCTION	13
CHAPITRE I UNE REALITE MAL APPREHENDEE	15
I - Une couverture très inégale	15
A - Des différences importantes en termes de couverture de base	15
B - Une extrême hétérogénéité des compléments de garantie dans le secteur privé	20
II - Une dépense dynamique aux déterminants insuffisamment analysés	29
A - Une dépense croissante.....	29
B - Des déterminants encore insuffisamment analysés	33
 CHAPITRE II LA COMPLEXITE DE LA GESTION DES INDEMNITES JOURNALIERES AU SEIN DU REGIME GENERAL	45
I - Une réglementation délicate à mettre en œuvre.....	46
A - Un mode de calcul des indemnités journalières particulièrement complexe.....	46
B - Un mouvement de spécialisation et de professionnalisation de la gestion qui bute sur une simplification inaboutie	53
C - Un processus en voie rapide d'industrialisation à travers le déploiement de nouveaux systèmes d'information	57
D - Un objectif de délai de paiement difficile à améliorer à législation constante	62
II - La simplification de la réglementation : une condition de la modernisation de la gestion et de la garantie de l'équité.....	65
A - Une simplification toujours en devenir.....	65
B - Des évolutions réglementaires souhaitables a minima	67

C - L'évolution de l'assiette, condition d'une réelle simplification	71
D - Une subrogation peu développée mais un levier complémentaire de modernisation	77

CHAPITRE III LA NECESSITE D'UN RENFORCEMENT DES ACTIONS DE REGULATION DE LA DEPENSE 83

I - Une grande hétérogénéité dans les contrôles.....	83
A - Des contrôles administratifs très inégalement mis en œuvre	83
B - Un contrôle médical hétérogène	87
C - Le contrôle médical à l'initiative de l'employeur : une complémentarité à mieux articuler avec les contrôles de l'assurance maladie	97
D - Une relation à optimiser entre les caisses et les échelons locaux du service médical.....	100
II - Une lutte contre la fraude à reconsidérer	102
A - Des contrôles effectués par les comptables qui ne sécurisent pas toujours suffisamment la liquidation des indemnités	102
B - Un faible nombre de fraudes détectées	104
III - Des actions de régulation à accentuer	111
A - Des actions auprès des médecins à visée plus pédagogique que contraignante.....	111
B - Les actions auprès des assurés	118
C - Les actions auprès des entreprises	119
IV - La participation de la CNAMTS au contrôle des arrêts maladie dans les fonctions publiques : vers une approche globale de la population salariée ..	121
A - Le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires : un dispositif spécifique	121
B - L'expérimentation du contrôle des arrêts maladie des agents publics par les CPAM	121
C - La perspective d'une généralisation des contrôles des arrêts maladie des agents des fonctions publiques par l'assurance maladie.....	124

CONCLUSION GENERALE..... 129

ANNEXES 133

Avertissement

En application des dispositions de l'article L.0. 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a été saisie par les présidents de la commission des affaires sociales et de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale (lettre du 15 décembre 2011 : cf. annexe 1) d'une demande d'enquête sur « les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie ».

L'instruction a été conduite à partir de l'exploitation des documents existants, des réponses reçues aux questionnaires et d'entretiens conduits auprès des administrations concernées (cf. annexe 3). Elle s'est appuyée sur les travaux effectués dans le cadre d'une enquête notifiée antérieurement à la demande parlementaire le 5 octobre 2011, au directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie, au directeur de la sécurité sociale, à la directrice des études, de l'évaluation et des statistiques, au directeur de l'animation de la recherche, des études et des statistiques et au directeur général du travail, puis au directeur général de l'administration et de la fonction publique et au directeur du budget le 23 novembre 2011. Cette instruction a comporté des missions dans les caisses primaires d'assurance maladie et les échelons locaux du service médical de Bayonne, Melun, Troyes et Macon.

Un relevé d'observations provisoires a été communiqué aux administrations concernées le 30 avril 2012. Le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie, le directeur de la sécurité sociale et le directeur du budget y ont répondu le 5 juin et le directeur général de l'administration et de la fonction publique le 6 juin 2012.

Le présent rapport, qui constitue la synthèse définitive de l'enquête effectuée, a été délibéré le 11 juin 2012 par la sixième chambre présidée par M. Durrleman, président de chambre, et composée de M. Babusiaux, président de chambre maintenu, Mme Levy-Rosenwald, M. Charpy, MM. Diricq, Jamet, conseillers maîtres, le rapporteur étant Mme Métails, rapporteur extérieur, et M. Braunstein, conseiller maître, étant contre-rapporteur.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 25 juin 2012 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, Bénard, procureur général, Descheemaeker, Bayle, Bertrand, rapporteur général du comité, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Levy, Lefas, Briet, présidents de chambre.

Résumé

La mauvaise connaissance de la couverture du risque de perte de rémunération pour cause de maladie de la population active et des déterminants des arrêts maladie rend difficile le pilotage d'une dépense importante et dynamique.

Les modalités de couverture financière des arrêts maladie sont difficiles à appréhender dans leur globalité, car elles relèvent de droits liés à la situation de chaque actif. La situation des salariés apparaît à cet égard très différenciée en fonction de leur statut. Les salariés du secteur privé bénéficient, sous certaines conditions, à partir du 4^{ème} jour d'absence d'indemnités journalières versées par l'assurance maladie à hauteur de 50 % de leur rémunération brute d'activité, alors que les fonctionnaires bénéficient à partir désormais du 2^{ème} jour d'absence d'un maintien de salaire - intégral ou partiel en fonction de la durée de la maladie - de la part de leur administration.

Pour les salariés du régime général, des indemnisations complémentaires prévues par la loi, les conventions collectives ou d'autres dispositifs de prévoyance individuels ou collectifs, s'ajoutent souvent à cette couverture de base et rendent difficile l'appréciation des types et niveaux de couverture du risque d'arrêt maladie de la population salariée. Si l'essentiel de la population salariée bénéficie de garanties complémentaires en plus des indemnités journalières de la sécurité sociale, le niveau et la durée de ces garanties sont hétérogènes et mal connus. En revanche, une partie de la population salariée - de 20 à 30 % - bénéficie seulement des indemnités journalières de l'assurance maladie, voire d'aucune couverture, pour les salariés ne remplissant pas les conditions réglementaires d'ouverture de droits, dont le nombre n'est pas connu.

Les dépenses d'indemnités journalières maladie sont dynamiques : pour le seul régime général, elles ont progressé de près de 50 % entre 2000 et 2011 pour atteindre 6,4Md€, correspondant à la prise en charge de 204 millions de journées. Si la progression de cette dépense est liée pour une part importante à des facteurs exogènes, en particulier l'évolution de la masse salariale et de la structure d'emploi, son évolution discontinue et les disparités territoriales qui se constatent dans la fréquence du recours aux arrêts maladie, ainsi que le rôle du comportement des acteurs - assurés et médecins - sont trop

insuffisamment analysées pour permettre un pilotage mieux ciblé des actions de régulation.

La poursuite de la modernisation de la gestion des indemnités journalières en cours au sein du régime général est conditionnée par une simplification de la réglementation.

La réglementation relative aux indemnités journalières se caractérise par son extrême complexité. Les conditions d'ouverture de droits et les modalités de calcul découlent pour l'essentiel de dispositions qui n'ont pas fondamentalement évolué depuis 1945 et, qui visent à prendre en compte de nombreux cas particuliers. Les modes opératoires locaux et la part d'interprétation laissée aux techniciens qui liquident les indemnités journalières sont un facteur d'inégalités entre assurés et de fragilité juridique du dispositif.

Il en résulte aussi des coûts élevés pour l'assurance maladie, qui consacre 5300 agents ETP à la liquidation des indemnités journalières (tous risques confondus). La CNAMTS a dernièrement amorcé un important mouvement de professionnalisation et de modernisation de la gestion des indemnités journalières. Celui-ci repose notamment sur le déploiement d'outils de dématérialisation des arrêts de travail et des attestations de salaire, en vue d'une automatisation croissante du processus de liquidation. La portée de ces chantiers de modernisation est toutefois limitée par la nécessité de traiter manuellement une part significative des dossiers du fait de leur complexité. Il en résulte un délai de paiement des indemnités journalières insatisfaisant, de 38,5 jours en moyenne, qui peut être considérablement supérieur pour des situations particulières qui concernent en général les salariés les plus précaires.

La simplification de la réglementation apparaît de fait comme un préalable à la poursuite du processus de modernisation de la gestion des arrêts maladie et à l'amélioration de la qualité de service et de l'égalité de traitement entre assurés. Si la réforme a minima de quelques points de réglementation semble indispensable, une réforme d'ampleur doit s'attacher à moderniser la procédure par laquelle les caisses disposent des éléments de rémunération nécessaires au calcul des indemnités voire l'assiette de calcul de ces dernières. A ce titre, la perspective de déclaration sociale nominative apparaît prometteuse à terme, mais ne doit pas être envisagée à réglementation constante au risque de reproduire les travers actuels. Sa complexité de mise en œuvre peut au demeurant en retarder la mise en place effective au-delà de 2016, ce qui nécessite sans doute d'examiner en parallèle d'autres hypothèses. En outre, le développement de la subrogation, qui permet à un employeur de percevoir directement les indemnités journalières des salariés dont il maintient le salaire, devrait être intégré à ce chantier.

Un renforcement des outils et une approche globale de la régulation sont indispensables à l'amélioration du pilotage des arrêts maladie.

Au-delà de la gestion de la prestation, l'amélioration du pilotage de la dépense induite par les arrêts maladie suppose le renforcement des outils de régulation existants.

Ces derniers consistent essentiellement en des contrôles administratifs et médicaux portant sur les assurés. Les contrôles administratifs révèlent peu de fraudes *stricto sensu*, qui sont le fait de comportements individuels. Mais l'assurance maladie commence seulement à déployer une politique de contrôle plus ciblée et ne s'est pas préoccupée de chercher à détecter des fraudes organisées de plus grande ampleur. Par ailleurs, l'ensemble des contrôles administratifs et médicaux se caractérise par une très grande hétérogénéité des pratiques locales.

L'action des services du contrôle médical vis-à-vis des médecins prescripteurs demeure à la fois partielle - les médecins hospitaliers ne sont pratiquement pas concernés alors qu'ils prescrivent presque 20 % des arrêts de travail – et encore conçue de manière insuffisamment large. Elle se concentre en effet sur les très gros prescripteurs, avec des résultats inégalement efficaces en fonction de la nature des dispositifs. La diffusion toute récente d'un référentiel de prescription en fonction des pathologies devrait toutefois constituer un levier pour permettre de sensibiliser l'ensemble du corps médical aux bonnes pratiques. Encore faudrait-il que la CNAMTS intègre cette dimension dans sa politique conventionnelle et notamment la nouvelle rémunération à la performance des médecins généralistes, ce qui n'est pas le cas.

Au-delà, l'efficacité de la politique de régulation des arrêts maladie en termes de responsabilisation des assurés et des médecins est conditionnée par une approche globale et harmonisée pour les différentes catégories de la population active. Une meilleure discipline collective suppose en particulier qu'il n'y ait pas de différences significatives d'intensité de contrôle selon les professions et les statuts. De ce point de vue l'expérimentation en cours du contrôle des arrêts maladie des agents des trois fonctions publiques par l'assurance maladie est lourde d'enjeux et son évaluation en 2014 devra très précisément mesurer l'apport que sa généralisation pourrait permettre à cet égard.

Recommandations

1. *Améliorer la connaissance de la réalité de la couverture des arrêts maladie de l'ensemble des actifs, notamment par la mise en place d'une base de données permettant d'avoir des informations précises et suivies sur les garanties complémentaires conventionnelles dont bénéficient les salariés*
2. *Identifier plus particulièrement les caractéristiques et suivre l'évolution de la population non couverte*
3. *Affiner et actualiser les études sur les déterminants des arrêts maladie*
4. *Déterminer précisément les dépenses de maintien de salaire de la fonction publique d'Etat, de la SNCF et de la RATP prises en compte dans le périmètre de l'ONDAM*
5. *Ajouter un objectif de transmission dématérialisée des arrêts de travail dans le cadre de la rémunération à la performance des médecins, dès que les outils informatiques appropriés auront été complètement déployés*
6. *Reprendre les travaux conduits par la CNAMTS en 2003 en vue de procéder à une simplification réglementaire a minima indispensable sur les points suivants :*
 - *l'articulation entre indemnités journalières et indemnisation chômage avec l'étude d'un transfert systématique des données de salaires par Pôle emploi et des possibilités d'une subrogation des indemnités journalières*
 - *le paiement d'une indemnité journalière identique à celle de l'arrêt précédent en cas de pluralité d'arrêts sur une période donnée*
 - *la simplification des attestations de salaire*
7. *Moderniser la transmission de l'assiette salariale nécessaire au calcul des indemnités journalières par le recours à la future déclaration sociale nominative, en simplifiant concomitamment la réglementation et en s'assurant de la couverture de l'ensemble des entreprises*
8. *Evaluer en parallèle la possibilité d'utiliser les données fiscales comme source d'une nouvelle assiette, comme alternative au projet de déclaration sociale nominative*
9. *Etudier la possibilité d'une harmonisation de l'assiette des indemnités journalières sur la base du salaire brut soumis à cotisations*
10. *Inciter à généraliser la subrogation des indemnités journalières dans le cadre du projet de déclaration sociale nominative*

11. *Evaluer l'impact et la pertinence des contrôles administratifs en vue d'en redéfinir les objectifs et la doctrine d'emploi*
12. *Structurer la méthodologie et le ciblage du contrôle médical des arrêts maladie :*
 - *en développant le ciblage du contrôle des arrêts de courte durée, en définissant un objectif en termes de pourcentage d'arrêts à contrôler et en s'assurant notamment de l'effectivité des orientations définies par la CNAMTS en mai 2012*
 - *en définissant pour les arrêts de longue durée, un objectif de délai de stabilisation et d'économie associée en termes de dépenses d'indemnités journalières*
 - *en revoyant l'organisation des activités administratives et médicales au sein du service médical en lien avec le déploiement des nouveaux outils*
13. *Inscrire dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG), un axe spécifique définissant les objectifs en matière de contrôles administratifs et médicaux des arrêts maladie*
14. *Envisager la communication systématique des avis négatifs de contrevisites (y compris non médicaux) aux CPAM et une procédure de reconnaissance de ceux-ci par ces dernières*
15. *Améliorer la capacité à détecter les fraudes organisées en donnant un accès aux CPAM aux fichiers des autres administrations sociales et fiscales (notamment à ceux de l'URSSAF et de Pôle emploi)*
16. *Poursuivre les actions de maîtrise des prescriptions à travers :*
 - *l'inclusion des médecins hospitaliers dans le dispositif global de régulation des prescriptions d'indemnités journalières*
 - *la prise en compte d'indicateurs relatifs aux prescriptions d'indemnités journalières et au respect du référentiel dans la rémunération à la performance des médecins, à travers un avenant à la convention de juillet 2011*
 - *la mise à disposition des CPAM et échelons locaux du service médical d'outils de régulation contraignants permettant d'agir sur les gros prescripteurs à l'échelle de leur territoire (sur la base de critères régionaux ou départementaux)*
17. *Communiquer plus fortement et plus régulièrement auprès des assurés sur la maîtrise des arrêts maladie et les actions engagées, notamment à travers des supports spécifiques de communication sur l'existence d'un référentiel de prescription de manière à éviter des sollicitations des médecins contraires aux bonnes pratiques*
18. *Evaluer de manière rigoureuse l'expérimentation en cours du contrôle des arrêts de travail de la fonction publique par l'assurance maladie en vue d'en envisager la généralisation.*

Introduction

Lorsqu'un assuré social malade se trouve dans l'incapacité de travailler, le médecin peut lui prescrire une interruption temporaire d'activité professionnelle sous la forme d'un arrêt de travail.

Le régime d'assurance maladie auquel il est rattaché lui verse alors sous certaines conditions d'ouverture des droits une prestation en espèces, sous forme d'indemnités journalières destinées à lui assurer un revenu de remplacement, dont le montant est plafonné par rapport à la rémunération d'activité et la durée limitée.

Ce dispositif de prise en charge est très largement majoritaire, mais n'est pas général. Professions libérales et exploitants agricoles ne bénéficient pas de revenus de substitution en cas d'arrêt de travail. Les agents des trois fonctions publiques et les salariés de la SNCF et de la RATP voient pour leur part leurs rémunérations maintenues en cas d'arrêt de travail pour maladie selon des modalités définies par leurs statuts.

L'enquête conduite par la Cour s'est concentrée sur les arrêts de travail pour maladie des salariés du secteur privé et la gestion des indemnités journalières correspondantes¹ par la branche maladie du régime général, tout en examinant en tant que de besoin certains aspects de la prise en charge d'autres catégories de la population, notamment des fonctionnaires. C'est en effet le régime général qui supporte de très loin l'essentiel de la dépense d'indemnités journalières pour maladie. Pour la CNAMTS, elles ont représenté un montant de 6,3 Md€ en 2010², contre 212 M€ pour le régime social des indépendants (RSI) qui couvre à cet égard les artisans et commerçants et 222 M€ pour la mutualité sociale agricole (MSA) au titre des salariés agricoles, correspondant à la prise en charge de 202 millions de journées au bénéfice de 4,6 millions d'assurés. Cette dépense a connu une progression dynamique de 47 % entre 2000 et 2010 (soit environ 3,6 % par an).

¹ Qui seront respectivement désignées dans la présente communication sous les termes d'« arrêts maladie » et d'« indemnités journalières maladie » pour les distinguer des arrêts de travail et des indemnités journalières liés à la maternité et aux accidents du travail auxquels il est souvent fait référence.

² Les indemnités journalières versées au titre de la maternité et des accidents du travail et maladies professionnelles, qui obéissent à des règles spécifiques, ont pour leur part représenté en 2010 respectivement 3 et 2,5 Md€.

La Cour a d'abord constaté que malgré son importance à la fois sous l'angle social et financier ce champ demeurait très insuffisamment analysé, qu'il s'agisse du degré exact de couverture de la population en cas d'arrêt maladie ou des déterminants de la dépense, ce qui rend difficiles les choix de politique publique en ce domaine (I). Elle a ensuite examiné les modalités de gestion des indemnités journalières au sein du régime général, dont la modernisation en cours reste limitée par la grande complexité de la réglementation à appliquer (II). Elle a enfin cherché à apprécier l'efficacité des mécanismes de régulation mis en œuvre, dont les insuffisances nécessitent un très sensible renforcement à la fois pour des raisons de maîtrise de la dépense, dans un contexte de vieillissement de la population active³, et pour des motifs d'équité (III).

³ Selon l'INSEE (données issues de l'enquête emploi), les 50-64 ans représentaient en 2008 24 % de la population active contre 20 % dans les années 1980.

Chapitre I

Une réalité mal appréhendée

I - Une couverture très inégale

A - Des différences importantes en termes de couverture de base

Les modalités de prise en charge des arrêts maladie (indemnités journalières ou maintien de salaire) et les conditions d'ouverture de droits ont été définies en fonction du contexte professionnel du salarié et diffèrent de ce fait fortement selon les catégories.

1 - Les modalités de prise en charge des salariés du secteur privé par le régime général

Le régime général d'assurance maladie prévoit pour les salariés du secteur privé le versement à partir du 4^{ème} jour⁴ suivant l'acte médical prescrivant l'arrêt de travail d'une indemnité journalière correspondant à 50 % ⁵ du gain journalier⁶ brut pris en considération dans la limite de 1,8

⁴ Dans le cadre des discussions sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, l'instauration d'un 4^{ème} jour de carence a été proposée par le gouvernement à la suite du rejet de sa proposition initiale relative à l'harmonisation des assiettes des IJ maladie, maternité et AT-MP, mais n'a finalement pas été adoptée.

⁵ L'indemnité est portée aux 2/3 à partir du 31^{ème} jour si l'assuré a la charge d'au moins 3 enfants et majorée au-delà du 6^{ème} mois.

SMIC pour une durée maximale de trois ans et dans la limite de 360 jours indemnisés, hors affections de longue durée. L'assiette prise en compte pour le calcul des IJ maladie est plafonnée, limitant le montant de l'IJ à 41,38 euros au 1^{er} janvier 2012⁷.

Le bénéfice des indemnités journalières (IJ) est non seulement soumis à une condition d'affiliation à l'assurance maladie, mais aussi à une durée minimale de cotisations, variant en fonction du temps global de travail ayant précédé l'arrêt maladie (200 heures travaillées sur les trois derniers mois ou 800 heures sur une année) ou à l'acquittement d'un montant minimal de cotisations (1015 fois le SMIC horaire ou 2030 fois si l'indemnisation se prolonge au-delà de six mois).

Les conditions d'ouverture de droits et les modalités de calcul des indemnités journalières maladie se caractérisent ainsi par une grande complexité des règles à appliquer, qui diffèrent au demeurant fortement de celles retenues pour les indemnités journalières versées au titre de la maternité et du risque AT-MP⁸, tant en termes d'assiette (salaire brut pour le risque maladie et les AT-MP, ou net pour la maternité), sans lissage des primes ou avec lissage (pour les IJ AT-MP), que de période de référence⁹.

Une partie de la population salariée ne bénéficie pas en tout état de cause de couverture contre ce risque. Il s'agit des salariés n'ayant pas travaillé 200 heures au cours des trois derniers mois (ou acquitté l'équivalent de 1015 fois le SMIC horaire au cours des six derniers mois) et qui ne remplissent pas les conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières. Cette population à la fois précaire et mouvante ne fait l'objet d'aucune estimation, alors même que la situation du marché de l'emploi et la discontinuité accrue des parcours professionnels qui en résulte ont pour effet vraisemblable d'accroître ce type de situations.

⁶ En fonction d'un salaire de référence défini comme le salaire journalier moyen versé à l'assuré pendant les trois mois précédant la date d'examen de son droit à indemnité.

⁷ Les indemnités journalières sont soumises par ailleurs à la CSG (au taux de 6,2 %) et à la CRDS.

⁸ Cf. annexes 5 et 6 : modalités de calcul des indemnités journalières maladie et différences IJ maladie, AT-MP, maternité.

⁹ Trois mois pour la maladie et la maternité, voire 12 mois en cas d'activité discontinue, 1 mois pour les AT-MP.

2 - Des règles très diverses au sein des autres régimes d'assurance maladie

Au sein des autres régimes, les conditions de couverture des arrêts maladie sont diverses. Certains sont alignés globalement sur le régime général, avec parfois le maintien de quelques spécificités :

- au sein de la mutualité sociale agricole (MSA), les salariés agricoles bénéficient de conditions d'ouverture de droits (200 heures), de salaire de référence et de modalités de calcul identiques à celles du régime général ;
- au sein du régime social des indépendants (RSI), les artisans (depuis 1995) et les commerçants (depuis 2000) peuvent prétendre à des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie. Ce dispositif d'indemnisation des arrêts maladie a été rapproché en 2002 de celui du régime général, avec un alignement de la durée maximale d'indemnisation à trois ans et un calcul des IJ correspondant à la moitié du montant du revenu professionnel moyen des trois dernières années ;
- les clercs et employés des offices de notaires bénéficient de conditions similaires à celles du régime général, sans toutefois de délai de carence.

En revanche, certaines catégories de professions ne disposent d'aucune couverture : ainsi les professions libérales au sein du RSI et les non salariés agricoles au sein de la MSA ne bénéficient d'aucune indemnité journalière.

D'autres régimes offrent des conditions plus favorables que celle du régime général :

- le régime des mines prévoit des conditions d'ouverture de droit plus souples (droit aux IJ pour une durée de 6 mois sans condition de durée de travail avec pour seule condition l'affiliation à la date de l'évènement) et des modalités de calcul spécifiques. L'indemnité journalière n'est pas fonction du salaire de la personne mais du salaire de base dans l'exploitation de référence ;
- le régime des marins est également plus généreux (condition de 50 jours de cotisations dans les 90 derniers jours ou de 200 jours dans les 360 derniers) ;
- les salariés de la SNCF et la RATP bénéficient pour leur part d'un maintien de salaire dans des conditions proches des fonctions publiques.

3 - Des modalités spécifiques de couverture pour les agents des fonctions publiques

La prise en charge, la gestion et le contrôle des arrêts maladie sont régis pour les agents statutaires par des règles spécifiques aux trois fonctions publiques (fonction publique d'Etat, fonction publique territoriale, fonction publique hospitalière). Les fonctionnaires ne bénéficient pas d'indemnités journalières mais d'un maintien de salaire¹⁰ par leur employeur, qui évolue en fonction de la durée de l'arrêt maladie¹¹ sous le contrôle du comité médical, instance propre aux administrations.

Jusqu'en 2011, les agents des fonctions publiques bénéficiaient de ce maintien de salaire dès le premier jour de leur arrêt maladie, sans jour de carence. L'instauration d'une journée de carence pour l'ensemble des fonctions publiques est effective depuis le 1^{er} janvier 2012.

L'introduction d'un jour de carence pour les agents publics

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, le gouvernement a instauré un jour de carence pour les agents de la fonction publique en arrêt maladie. À compter du 1^{er} janvier 2012, le maintien de salaire débute désormais le deuxième jour de leur arrêt maladie. Par exception au principe du maintien de salaire, l'article 105 de la loi de finances pour 2012 n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 prévoit en effet le non versement à ces agents de la rémunération au titre du premier jour de congé de maladie.

L'économie de 120 M€ attendue de cette mesure repose toutefois sur une estimation très globale réalisée à partir d'hypothèses de nombre moyen de congés maladies par agent observé dans les enquêtes de la direction générale de l'administration et de la fonction publique sur 2004, appliqué aux effectifs 2009 de la fonction publique (données rapport public DGAFP). Cette estimation du nombre de congés maladies a ensuite été multipliée par le coût quotidien d'un agent hors cotisations et hors prestations.

¹⁰ Il existe en matière de maintien de salaire des pratiques divergentes selon les fonctions publiques en raison du manque de règles communes en ce qui concerne l'incidence de ces absences sur le régime indemnitaire des agents. Si pour la fonction publique d'Etat un décret du 26 août 2010 a précisé le périmètre du maintien de la rémunération, ce n'est pas le cas pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière, aux pratiques très hétérogènes selon les employeurs.

¹¹ Congé maladie ordinaire (CMO) : trois mois de plein traitement et neuf mois de demi-traitement ; congé de longue maladie (CLM) : un an de plein traitement et deux ans de demi-traitement ; congé de longue durée (CLD) : trois ans de plein traitement et deux ans de demi-traitement.

Le délai de carence ne s'applique ni dans le cas d'un congé pour accident de service ou accident du travail ou maladie professionnelle ni dans le cas d'un congé de longue maladie, ou de longue durée, d'un congé de grave maladie, d'un congé de maternité, d'un congé de paternité ou d'un congé d'adoption.

En ce qui concerne plus particulièrement l'appréciation des droits à congé de maladie rémunéré à plein ou à demi-traitement, qui s'effectuait, pour les fonctionnaires, sur une base de 90 jours à plein traitement sur une année de référence mobile, le jour de carence doit également être décompté. Ainsi, par exemple, si un fonctionnaire est en congé maladie pendant plus de trois mois, le passage à demi-traitement s'opère désormais après 89 jours de congé maladie rémunérés à plein traitement. En revanche, lorsque l'agent bénéficie d'un congé de maladie et est placé, rétroactivement, après avis du comité médical, en congé de longue maladie ou de longue durée, il a droit au remboursement de la retenue opérée au titre du jour de carence.

Une circulaire du 24 février 2012 a précisé quels sont les personnels concernés, les modalités de calcul, ainsi que les exceptions à la retenue du jour de carence. Elle prévoit en outre un reporting trimestriel par ministère sous la forme d'un tableau recensant le nombre de jours de carence mis en œuvre, le nombre d'agents concernés et les montants retenus. L'adaptation des systèmes de paye permettant d'identifier la retenue d'1/30ème de la rémunération correspondant au jour de carence rencontre toutefois des difficultés de mise en œuvre opérationnelle, ce qui n'est pas sans conséquence sur le suivi de la mesure par les administrations¹². Son application effective semble au demeurant, au vu des premières informations disponibles, inégale selon les ministères, notamment pour les enseignants.

Dans les fonctions publiques d'Etat et hospitalière, les agents non titulaires sont pour leur part rattachés au régime général. Toutefois, leur qualité d'agent non titulaire de la fonction publique leur assure, sous certaines conditions, le maintien de leur plein ou demi-traitement, sous réserve de l'instauration du jour de carence qui leur est également applicable. Lorsqu'ils bénéficient d'un tel maintien, les indemnités journalières sont déduites du plein ou du demi-traitement assuré par l'administration. Les agents doivent en principe communiquer à leur employeur le montant des indemnités journalières qu'ils perçoivent. L'administration peut suspendre le versement du traitement ou demi-traitement jusqu'à la transmission de ces informations.

Dans la fonction publique territoriale, ce n'est pas la qualité de non titulaire qui détermine le rattachement au régime général mais le temps de travail. Les agents travaillant moins de 28 heures bénéficient

¹² Cf. annexe 7 - Les difficultés opérationnelles de mise en œuvre du jour de carence dans la fonction publique.

d'indemnités journalières versées par le régime général et d'un complément de salaire selon les mêmes modalités de traitement que les fonctionnaires (les indemnités venant en déduction du maintien de salaire).

B - Une extrême hétérogénéité des compléments de garantie dans le secteur privé

Pour les salariés du secteur privé le versement d'indemnités journalières versées par l'assurance maladie ne constitue souvent qu'un premier niveau de protection en cas d'arrêt maladie. En effet, 55 % à 80 %¹³ d'entre eux bénéficient de garanties complémentaires, très diverses et variables dans leur étendue en fonction :

- de leur origine : compléments prévus par la loi, une convention collective, un accord d'entreprise ou une assurance individuelle ;
- de leur nature : couverture du délai de carence, maintien de salaire total ou partiel et de durée variable.

En raison de la complexité de ces dispositions qui parfois se superposent en se complétant, il n'en existe pas de recensement exhaustif et il n'est pas possible de dresser une cartographie précise du degré effectif de prise en charge du risque de perte de revenu du fait d'un arrêt maladie pour l'ensemble de la population salariée. Seules sont disponibles des données partielles.

1 - Une couverture complémentaire très largement répandue

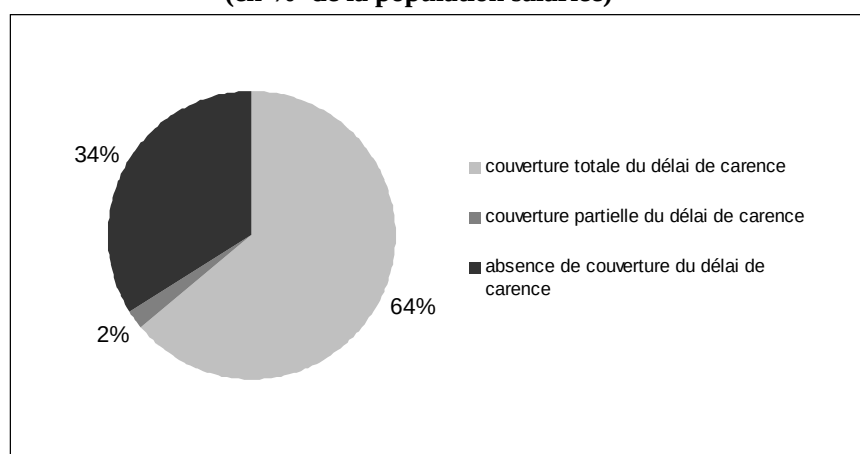
L'enquête Protection sociale et complémentaire d'entreprise (PSCE) réalisée en 2009 par l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) en interrogeant un échantillon représentatif (construit avec l'INSEE) de 1700 entreprises sur les dispositifs de couverture collective permet de disposer d'une vision globale de la couverture des salariés de plus de cinq ans d'ancienneté, incluant les éléments obligatoires (loi sur la mensualisation), conventionnels (conventions collectives) ou issus d'accords d'entreprises.

Cette enquête permet de mettre en évidence une prise en charge du délai de carence (totale ou partielle) par 55 % des entreprises pour les

¹³ Evaluation réalisée par l'IRDES dans le cadre de l'enquête Protection sociale et complémentaire d'entreprise réalisée en 2009 (publication prévue pour juin 2012)

salariés ayant plus de cinq ans d'ancienneté, correspondant à environ 66 % de la population salariée. Cette couverture varie en fonction du secteur d'activité (34 % des entreprises dans le secteur de la construction couvrent le délai de carence contre 53 % dans l'industrie et 56 % dans les services), de la taille de l'entreprise (47 % des très petites entreprises -TPE- couvrent le délai de carence contre 77 % des entreprises de plus de 250 salariés) et du statut des salariés. Ainsi, 82 % des cadres sont couverts intégralement pour les 3 jours de carence, ainsi que 80 % des techniciens et agents de maîtrise (ETAM). Ce n'est le cas que de 56 % des employés et 51 % des ouvriers.

Graphique n° 1 : Prise en charge du délai de carence par l'entreprise en 2011
(en % de la population salariée)

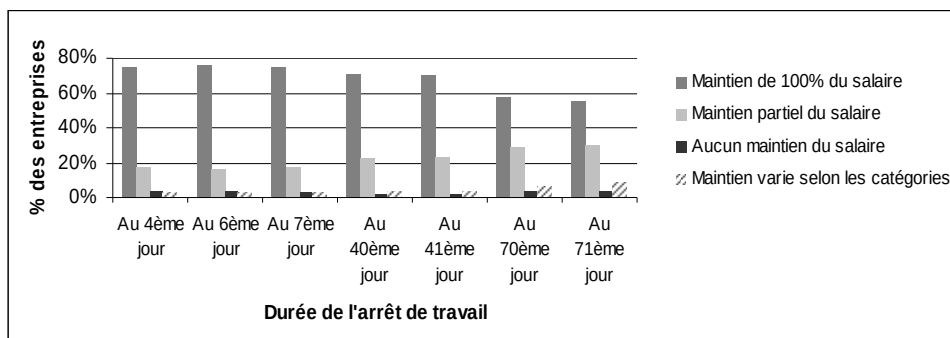


Source : Cour des comptes – données IRDES

L'enquête de l'IRDES permet également d'apprécier le degré de couverture au-delà du délai de carence par maintien du salaire. Ainsi, au 4^{ème} jour d'arrêt de travail, 75 % des entreprises maintiennent l'intégralité du salaire de leurs salariés dont l'ancienneté est supérieure à cinq ans, contre 56 % au 71^{ème} jour d'arrêt de travail. Cette compensation totale tend donc à diminuer dans la durée, même si elle est généralement remplacée par un maintien partiel de salaire. La couverture globale varie surtout en fonction du secteur d'activité (83 % des entreprises de la construction maintiennent le salaire à 100 % au 4^{ème} jour, contre 77 % dans l'industrie et 73 % dans les services), de la taille des entreprises (72 % dans les TPE contre 86 % dans les entreprises de plus

de 250 salariés) et du statut (cadre/non cadre). En termes de population couverte, l'étude évalue à 80 % la part des salariés bénéficiant d'un maintien de salaire au 4^{ème} jour d'arrêt de travail. Cette couverture concerne encore 66 % des salariés au 71^{ème} jour d'arrêt. Elle varie toutefois substantiellement selon le statut du salarié. Ainsi, 91 % des cadres bénéficient d'un maintien de salaire au 4^{ème} jour d'arrêt, mais seulement 72 % des ouvriers et 76 % des employés. Cette inégalité persiste au 71^{ème} jour d'arrêt, où 81 % des cadres bénéficient d'un maintien de salaire, qui ne concerne que 62 % des ouvriers et 53 % des employés.

Graphique n° 2 : Maintien de salaire pratiqué par les entreprises en 2011



Source : Cour des comptes – données IRDES

L'étude de l'IRDES corrobore les résultats d'une enquête demandée en 2009 par la direction de la sécurité sociale¹⁴. Celle-ci avait évalué à 57 % la part des salariés recevant un complément de salaire de leur employeur dès le 4^{ème} jour d'arrêt de travail et indiquait aussi que 80 % de la population couverte à titre complémentaire bénéficiait d'une indemnisation inférieure à 6 mois.

¹⁴ « Les pratiques des employeurs en matière de compléments de salaires lorsque les salariés sont en arrêt de travail pour cause de maladie », direction de la sécurité sociale, juin 2009.

2 - Des dispositifs essentiellement conventionnels

a) Des obligations législatives limitées

Depuis la loi de mensualisation de 1978¹⁵, l'employeur a une obligation de maintien de salaire partiel de ses salariés en fonction de leur ancienneté. Cette disposition (article L. 1226-1 du code du travail), qui concernait à l'origine les salariés bénéficiant d'au moins trois ans d'ancienneté, a été étendue aux salariés d'un an d'ancienneté en 2008 par la loi de modernisation du marché du travail¹⁶. Cette indemnité complémentaire s'élève à 90 % de la rémunération brute dans les 30 premiers jours d'arrêt, puis aux deux tiers pendant les 30 jours suivants. Les durées d'indemnisation sont augmentées de 10 jours par période entière de cinq ans d'ancienneté supplémentaire, sans que chacune d'elle puisse dépasser 90 jours¹⁷.

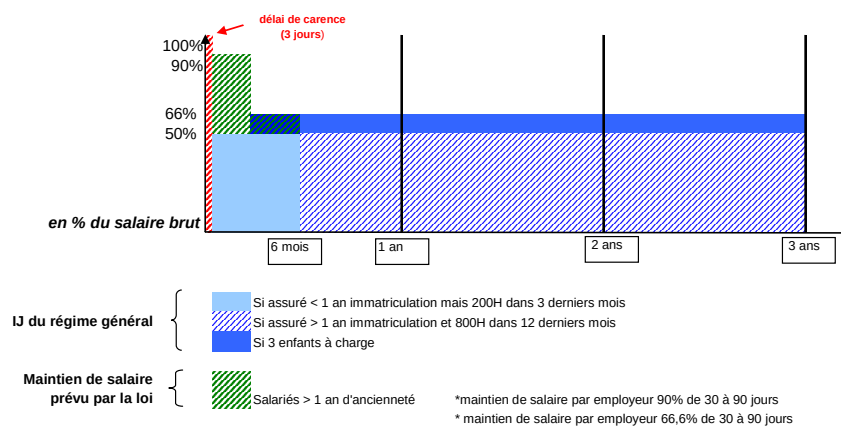
Par ailleurs, le droit du travail en Alsace Moselle, héritage de la législation allemande, prévoit un maintien intégral du salaire sans délai de carence pour l'ensemble des salariés en cas d'arrêt de travail, sans condition d'ancienneté. La rémunération maintenue est celle que le salarié aurait perçue s'il avait travaillé, déduction faite des indemnités journalières de la sécurité sociale. Dans les cas de subrogation, le maintien de salaire est intégral puisque l'employeur perçoit les indemnités journalières.

¹⁵ Loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle

¹⁶ Loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail

¹⁷ Articles D. 1226-1 et D.1226-2 du code du travail issus du décret n° 2008-744 du 7 mars 2008.

**Graphique n° 3 : Couverture des salariés du régime général
(couverture de base sécurité sociale et maintien de salaire employeur)**



Source : Cour des comptes

b) Des garanties complémentaires incluses dans de nombreuses conventions collectives

Au-delà du complément de salaire dû par l'employeur du fait de la loi, la plupart des conventions collectives prévoient des garanties complémentaires en matière de prise en charge des arrêts de travail, portant d'une part sur la couverture du délai de carence et d'autre part sur le maintien de salaire, total ou partiel. Il est cependant impossible de recenser précisément ces garanties et la population qu'elles couvrent, en raison de la diversité de ces dispositions et de leurs conditions de mise en œuvre.

Un premier obstacle réside dans l'absence de base de données exhaustive sur les conventions collectives en vigueur, certes toutes disponibles sur Legifrance, mais non dans une base consolidée qui puisse être interrogée. Cette difficulté est accrue par la structuration même du système conventionnel, qui ne permet pas de savoir précisément quelle population est couverte par ces dispositions. En effet, sur les 693 conventions collectives en vigueur recensées par la direction générale du travail, 416 ont été étendues et ont donc force contraignante vis-à-vis de l'ensemble des entreprises du secteur, mais seules 242 sont nationales, les autres étant régionales ou locales. Celles qui n'ont pas fait l'objet d'une extension n'engagent que les entreprises adhérentes des organisations patronales qui les ont signées.

L'analyse se heurte également à la grande diversité des dispositions conventionnelles, qui prévoient notamment fréquemment des garanties différentes selon l'ancienneté, le statut (cadre/non cadre).

Dans le cadre de l'enquête, la Cour a, avec l'appui de la direction générale du travail (DGT), recensé les dispositions présentes dans les 14 conventions collectives les plus importantes¹⁸, couvrant chacune plus de 300 000 salariés, soit au total 7 millions de salariés (environ 44 % de la population salariée du secteur privé).

Ce recensement permet d'illustrer la diversité des garanties en matière de couverture complémentaire et d'en mettre en évidence les principales caractéristiques.

- *La couverture du délai de carence*

Sur les 14 conventions étudiées, six couvrent le délai de carence. Les autres appliquent le délai de carence de trois jours à la mise en œuvre d'un maintien de salaire (3 conventions), voire prévoient un délai de carence supérieur (allant de 5 à 10 jours) pour la mise en œuvre des garanties complémentaires par l'employeur (voir tableaux n° 1 et 2).

Selon une étude conduite par la direction de la sécurité sociale à l'automne 2011, portant sur les 105 plus grandes branches, 38 % des salariés relevant de ces branches (soit 5 millions de salariés) bénéficieraient d'une couverture conventionnelle du délai de carence¹⁹.

¹⁸ Cf. annexe 8 – Recensement des dispositions conventionnelles relatives aux couvertures complémentaires d'arrêts maladie (14 conventions couvrant plus de 300 000 salariés).

¹⁹ Etude sur la couverture des arrêts maladie dans les 105 plus grandes branches, couvrant plus de 30 000 salariés, soit un total de près de 13 millions de salariés.

Tableau n° 1 : Délai de carence prévu par les conventions collectives pour la mise en œuvre du maintien de salaire
(105 conventions de branche, couvrant au total 13 millions de salariés)

Délai de carence (en jours)	Nombre de régimes	Nombre de salariés	Part	Cumul
0	50	5 009 205	38%	38%
1	1	85 000	1%	39%
2	1	40 400	0%	39%
3	29	3 243 181	25%	64%
5	2	601 006	5%	69%
6	1	39 400	0%	69%
7	28	3 653 700	28%	97%
0 pour les premiers arrêts	1	20 361	0%	97%
Délai de carence IJSS	2	335 700	3%	100%
Total	115	13 027 953		

Source : DSS

Le niveau du maintien de salaire est très variable (100 % , 80 % , 2/3 ou 50 %). Celui-ci peut être total ou partiel, stable ou dégressif dans le temps. Les modalités de calcul apparaissent très diverses : certaines conventions privilégient une indemnisation à 100 % mais de courte durée (par exemple pour les ouvriers du bâtiment), alors que d'autres prévoient une indemnisation dégressive dans le temps mais d'une durée supérieure. Plus globalement, les dispositions de couverture complémentaire sont libellées dans des termes très variés. Certaines conventions collectives font référence à un maintien de salaire (formulé lui-même de manière différente), d'autres sont exprimées en termes de complément aux indemnités journalières du régime de sécurité sociale.

- La durée du maintien de salaire

Le maintien de salaire est généralement dégressif dans le temps et d'une durée inférieure à la durée maximale de couverture par l'assurance maladie. Les durées maximales constatées dans les 14 conventions étudiées sont de six mois, mais sont parfois plus courtes ou exprimées en total de journées indemnisables sur une période : ainsi la convention des services automobile limite le maintien de salaire à 45 jours par année civile.

Tableau n° 2 : Délai de carence prévu par les conventions collectives pour la mise en œuvre du complément de salaire employeur
(14 conventions de plus de 300 000 salariés, couvrant au total 7 millions de salariés)

Titre abrégé de la convention collective	Carence pour complément de salaire employeur	
	Carence	Ancienneté requise
PARTICULIER EMPLOYEUR SALARIÉS	7 jours	6 mois
BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES	0	1 an
COMMERCE DÉTAIL ET GROS À PRÉDOMINANCE ALIMENTAIRE	7 jours (sauf hospitalisation ou arrêt maladie > 2 mois et cadres)	1 an
TRANSPORTS ROUTIERS	5 jours (ouvriers, employés) mais 0 (TAM, IC)	3 ans
BÂTIMENT OUVRIERS (PLUS DE 10 SALARIÉS)	3 jours	1 à 3 mois
HÔTELS CAFÉS RESTAURANTS (HCR)	10 jours	3 ans
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES	0	1 an
SERVICES DE L'AUTOMOBILE	0	1 an
MÉTALLURGIE INGÉNIEURS ET CADRES	0	1 an
BÂTIMENT OUVRIERS (JUSQU'À 10 SALARIÉS)	3 jours	1 à 3 mois
COMMERCE DE GROS	10 jours (0 pour hospitalisation et pour les cadres > 3 ans ancienneté)	1 an
PROPRETÉ ENTREPRISES	7 jours (3 jours pour ETAM et 0 pour cadres)	12 mois
MÉTALLURGIE OETAM RÉGION PARISIENNE	0	1 an
BANQUE	0 pour le 1er et 2nd arrêt; 3 jours pour les arrêts suivants	1 an

Source : Cour des comptes

Les garanties complémentaires varient en fonction de plusieurs paramètres :

- L'ancienneté des salariés

L'ancienneté est une condition d'accès au maintien de salaire de l'employeur et à la couverture éventuelle des jours de carence. Comme le confirme l'étude de la DSS, la plupart des accords de branche fixent une ancienneté minimale d'un an. Dans les 14 conventions étudiées par la Cour, une durée moyenne d'un an d'ancienneté est nécessaire au bénéfice de ces garanties. Celle-ci peut cependant être plus courte (un à trois mois pour les ouvriers du bâtiment dans les entreprises de moins de 10 salariés contre trois ans dans le transport routier). L'ancienneté module par ailleurs d'une part le niveau du maintien de salaire et d'autre part sa durée. Peu de conventions prévoient un niveau et une durée unique : elles accordent généralement de meilleur taux de remplacement et des durées plus longues de couverture aux salariés bénéficiant de l'ancienneté la plus importante.

- Le statut des salariés

Certaines conventions collectives prévoient des dispositions distinctes pour les cadres et les non cadres. D'autres conventions concernent spécifiquement les ouvriers ou les cadres, comme par exemple celles des ouvriers du bâtiment et celles des cadres et ingénieurs de la métallurgie. Parmi les 105 conventions de branche étudiées par la direction de la sécurité sociale, seules 6 font une distinction en fonction de la catégorie du salarié. C'est le cas notamment du transport routier (5 jours de délai de carence pour les ouvriers et employés mais pas de délai pour les autres catégories) et de l'hospitalisation privée (3 jours de délai de carence pour les non cadres mais pas de délai pour les cadres). Dans cette hypothèse des dispositions plus favorables en termes de délai de carence, de durée ou de niveau du maintien de salaire sont ainsi généralement prévues pour les cadres.

- Le risque couvert

La plupart des conventions offrent des garanties plus complètes en cas d'arrêt de travail du fait d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (risque AT-MP) que pour celui lié à une maladie ordinaire le risque, tant en termes de niveau de maintien de salaire que de durée. Elles n'appliquent en général pas de délai de carence pour les arrêts de travail AT-MP.

c) Des dispositions d'entreprise difficiles à analyser

La négociation collective pouvant être déconcentrée au niveau de l'entreprise, de nombreux accords d'entreprises prévoient des garanties complémentaires en matière de prévoyance pour leurs salariés, parmi lesquelles peuvent figurer des compléments d'indemnisation pour les arrêts de travail. Bien qu'il existe un recensement national des accords d'entreprise, réalisé au niveau local par les DIRECCTE²⁰ et exploité par la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) au niveau national, celui-ci ne permet pas de disposer du détail des dispositions contenues dans ces accords, ce qui n'autorise pas l'appréciation du niveau de couverture complémentaire offert par les accords d'entreprises en matière d'arrêts maladie. En outre, il est possible que certaines entreprises pratiquent un maintien de salaire de leur propre initiative sans l'avoir formalisé dans un accord d'entreprise. Ces pratiques sont par définition non recensables.

²⁰ Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail, de l'emploi.

*

La DREES compte cependant mettre en place à compter de 2013 une base de données sur la prévoyance, alimentée par un système de remontée contraignante d'information auprès des assurances et mutuelles (dispositions réglementaires prévues dans le code monétaire et financier et dans le code des assurances). Ce dispositif permettra à terme de disposer d'une connaissance plus fine des couvertures complémentaires de l'ensemble de la population, notamment en matière d'arrêts maladie, tant collectives qu'individuelles, chaque actif pouvant en effet souscrire à son initiative une couverture complémentaire sur ce point auprès d'une société d'assurance ou d'une mutuelle.

De fait en effet, une partie de la population salariée ne bénéficie pas de couverture complémentaire d'un arrêt de travail par l'employeur, soit parce qu'elle ne remplit pas les conditions légales (un an d'ancienneté au minimum), soit parce qu'aucune garantie collective n'est prévue. Selon les résultats de l'étude de l'IRDES (cf. supra), ces situations concernent de 20 % à 30 % de la population salariée.

II - Une dépense dynamique aux déterminants insuffisamment analysés

A - Une dépense croissante

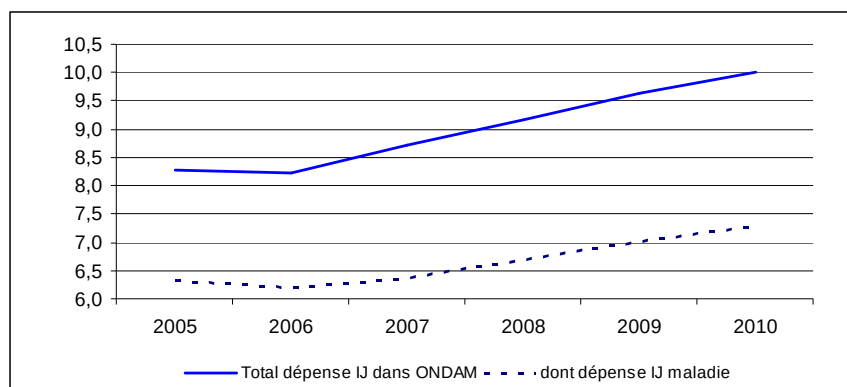
1 - Une augmentation sensible au cours de la dernière période

Les dépenses d'indemnités journalières (IJ) maladie pour l'ensemble des régimes, suivies dans le cadre de l'ONDAM, se sont élevées à 7,3 Md€ en 2010²¹, représentant 10 % environ de l'enveloppe de soins de ville (74,8 Md€) et 4,5 % de la totalité de l'ONDAM.

Les dépenses d'indemnités journalières maladie du régime général constituent la majorité de ce montant (6,3 Md€ sur les 7,3 Md€ suivis).

²¹ Les dépenses d'IJ AT-MP ont représenté pour leur part en 2010 2,7 Md€, portant le total de la dépense d'IJ suivie dans le cadre de l'ONDAM à 10 Md€ en 2010. Les IJ maternité ne sont pas incluses dans l'ONDAM.

**Graphique n° 4 -Evolution des dépenses d'IJ incluses dans l'ONDAM
(2005-2010) en Md€**

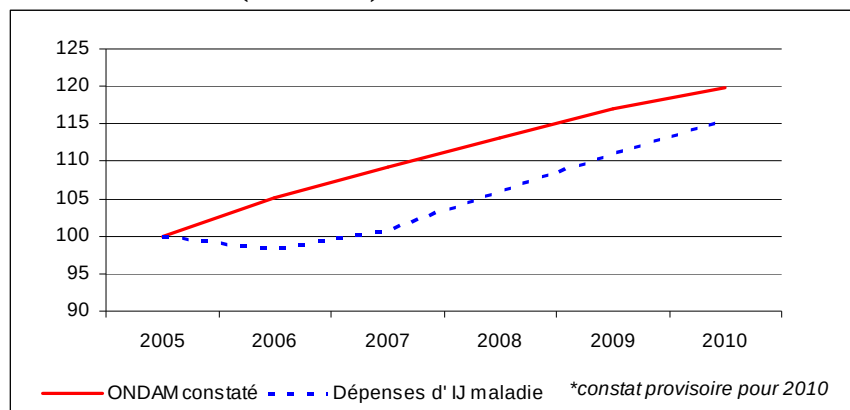


Source : données DSS – graphique Cour des comptes²²

Les dépenses d'indemnités journalières maladie tous régimes ont progressé de 15 % en cinq ans, à un rythme légèrement inférieur à la progression de l'ONDAM sur la période (+20 %), mais se sont singularisées par une évolution plus dynamique à compter de 2006.

²² La direction de la sécurité sociale ne dispose pas de la ventilation des dépenses d'indemnités journalières au sein de l'ONDAM avant 2005, le suivi et la construction de l'ONDAM ayant été établis à un niveau très agrégé avant cette date. Ce n'est qu'à compter de 2006 (conformément à la loi organique de 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale) que l'objectif national a été subdivisé en six objectifs distincts comportant un niveau de détail plus fin et distinguant au sein des soins de ville, les dépenses relatives aux indemnités journalières respectivement pour les risques maladie et AT-MP.

Graphique n° 5 – Evolution comparée de l'ONDAM réalisé et de sa composante IJ maladie (2005-2010), Base 100 en 2005



Source : données DSS – graphique Cour des comptes

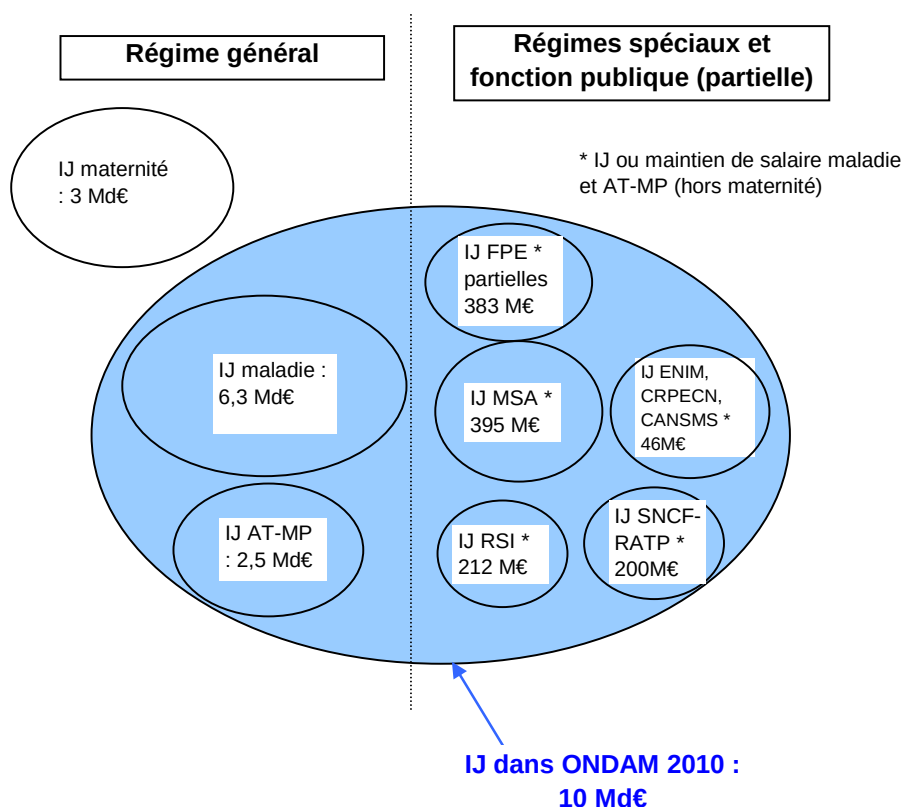
2 - Une dépense spécifiquement suivie pour le seul régime général

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale²³, seules les dépenses d'indemnités journalières maladie du régime général font l'objet d'un objectif annuel chiffré (indicateur 4-4 du programme qualité et efficience maladie au titre de l'objectif 4 : *Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses*). Ce dernier correspond à une progression égale à celle de la masse salariée du secteur privé minorée de 0,5 % .

Comme le montre le schéma suivant, le champ ainsi suivi correspond à 63 % de la dépense globale d'indemnités journalières prise en compte dans l'ONDAM.

²³ Annexe 1 du PLFSS 2012 – Programme qualité et efficience maladie

Schéma n° 1 - Composition de la dépense d'indemnités journalières et de maintien de salaires retenue dans l'ONDAM (2010)



Source : Cour des comptes – données DSS

L'ONDAM prend, au-delà des indemnités journalières, partiellement en compte les dépenses de maintien de salaires des fonctionnaires, et des agents de la SNCF et de la RATP. Le périmètre que recouvrent ces dépenses apparaît toutefois très imprécis. Comme l'a confirmé la direction de la sécurité sociale, les données transmises par la RATP et la SNCF ne sont pas assorties de spécifications de périmètre. S'agissant de la dépense relative à la fonction publique d'Etat, la direction de la sécurité sociale et la direction du budget n'ont pu préciser

à quoi correspondent exactement les 383 M€ retenus²⁴. Cette enveloppe est depuis 2005 revalorisée en fonction de l'évolution globale des dépenses. La Cour avait souligné à cet égard dans le RALFSS 2010 que *« le constat des dépenses dans le champ de l'ONDAM (sous objectif soins de ville) prend en compte certaines indemnités journalières d'agents de la fonction publique d'Etat, alors que le montant est établi sur une base forfaitaire. Certes, la prise en compte de ces indemnités n'a pas d'incidence sur le constat, du fait que la même dépense a été prise en compte pour la détermination de l'objectif. Il reste qu'un élément est ainsi inutilement introduit »*²⁵. Cette situation n'a pas évolué.

B - Des déterminants encore insuffisamment analysés

1 - Des disparités territoriales importantes

L'analyse des caractéristiques des indemnités journalières maladie versées par le régime général révèle d'importantes disparités territoriales.

- Le nombre de journées indemnisées par salarié²⁶

La comparaison du ratio du nombre d'indemnités journalières payées par l'assurance maladie rapporté à la population salariée des départements²⁷ permet de mettre en évidence la densité variable du recours à l'indemnisation des arrêts maladie.

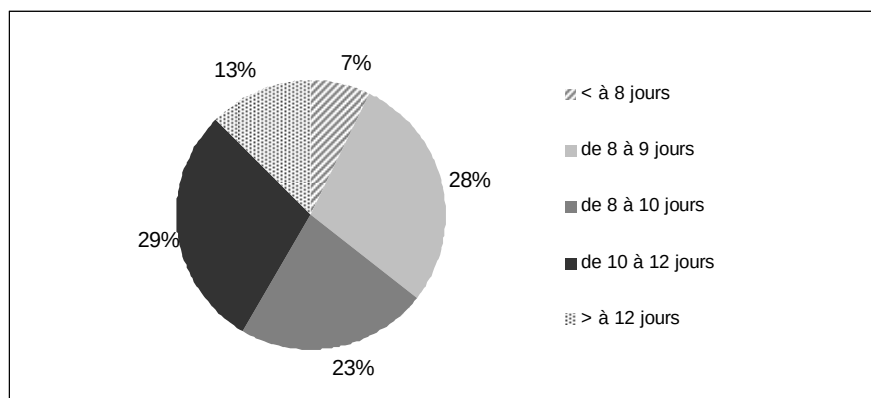
²⁴ Il est au demeurant impossible d'évaluer globalement la dépense publique annuelle provoquée par les arrêts maladie dans la fonction publique car il n'existe pas de suivi précis et de consolidation des journées d'absence maladie pour les trois fonctions publiques qui permettrait un calcul même approximatif.

²⁵ Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2010, chapitre II, «L'objectif national de dépenses d'assurance maladie» (p.42), Cour des comptes, septembre 2010.

²⁶ Cf. annexe 9 - Nombre moyen de journées d'arrêt maladie indemnisées par salarié en 2010 – Ratio par département

²⁷ Données CNAMTS 2010 et INSEE 2008

**Graphique n° 6 : Nombre moyen de journées indemnisées par salarié
(ventilation par département)**



10 départements aux ratios les plus faibles

Paris	2,7
Hauts de seine	4,0
Lozère	6,5
Val de Marne	7,3
Marne	7,5
Lot	7,6
Yvelines	7,9
Calvados	8,0
Haute-Garonne	8,0
Gers	8,1

10 départements aux ratios les plus élevés

Gard	12,1
Loire	12,4
Isère	12,4
Pas de Calais	12,8
Haute-Corse	12,8
Eure	12,8
Haute-Loire	12,8
Tarn	13,0
Ain	13,1
Var	13,2

Source : Cour des comptes – données CNAMTS et INSEE

Le nombre moyen de journées indemnisées au titre de la maladie est en métropole de 9,1 par salarié²⁸ en 2010, mais varie de un à deux (en isolant Paris et les Hauts-de-Seine). Ces écarts observés en termes de nombre d'indemnités journalières par salarié n'apparaissent pas corrélés aux caractéristiques socio-économiques des départements, au vu de la diversité des départements présentant les ratios les plus faibles ou les plus élevés. En outre, ces disparités apparaissent structurelles puisque le positionnement de l'ensemble des départements n'a guère varié au cours des trois dernières années.

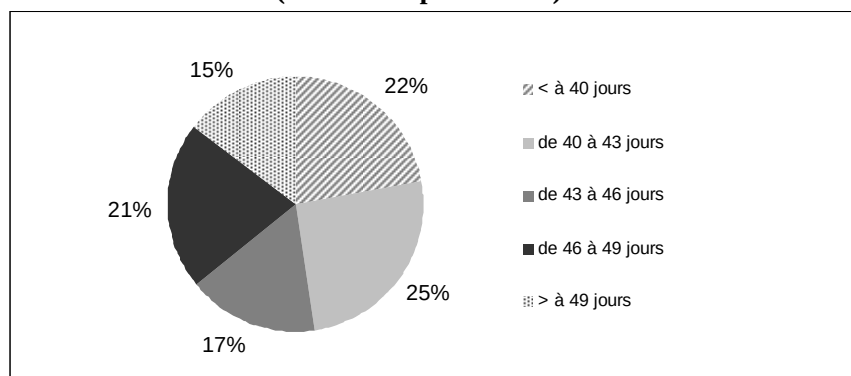
²⁸ Rapport entre le nombre d'indemnités journalières payées par l'assurance maladie et la population salariée des départements (données CNAMTS 2010 et INSEE 2008).

- *Le nombre de journées indemnisées par patient*

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2006²⁹, la Cour avait constaté que le nombre d'indemnités journalières par patient³⁰ variait en 2005 de un à trois selon les départements. L'analyse de cette dispersion en 2010 confirme ces écarts, qui varient toutefois désormais plutôt de un à deux.

Le nombre moyen de journées maladie indemnisées au titre de la maladie en 2010 était de 43,9 jours par patient. Ce nombre moyen varie toutefois de 35,4 jours en Lozère à 63 en Corse, 57 dans les Bouches du Rhône et 54 dans le Var. Cette dispersion entre départements résulte notamment du poids relatif des arrêts longue durée dans le total des arrêts. Un ratio élevé d'IJ par patient consommant illustre la situation d'un département présentant une proportion importante d'arrêts longue durée ou une fréquence élevée d'arrêts maladie concernant les mêmes patients.

Graphique n° 7 : Nombre moyen de journées indemnisées par patient (ventilation par CPAM)



Source : Cour des comptes – données CNAMTS

- *Le montant moyen de l'indemnité journalière*

Le montant moyen de l'IJ maladie a été de 31€ en 2010. Cette moyenne fait cependant apparaître d'importantes disparités entre les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Ainsi, le montant moyen de l'IJ est de 37€ à Paris contre 27€ à La Roche-sur-Yon. Les différences

²⁹ Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2006, chapitre V, «Les suites données à certaines recommandations précédentes de la Cour» (p.146), Cour des comptes, septembre 2006

³⁰ Patient ayant eu au moins une journée d'arrêt maladie indemnisée dans l'année.

de montant moyen résultent principalement de différences de niveau de salaires entre départements, la dispersion de ce montant étant au final assez limitée car la plupart des CPAM présente un montant moyen d'IJ compris entre 29 et 32€, soit 870 à 960€ par mois³¹.

- *Le montant moyen par bénéficiaire*

La dispersion du montant moyen réglé dans l'année à chaque bénéficiaire résulte d'une part des différences de montant moyen journalier de l'indemnité (cf. supra) et d'autre part de la durée moyenne de l'arrêt de travail.

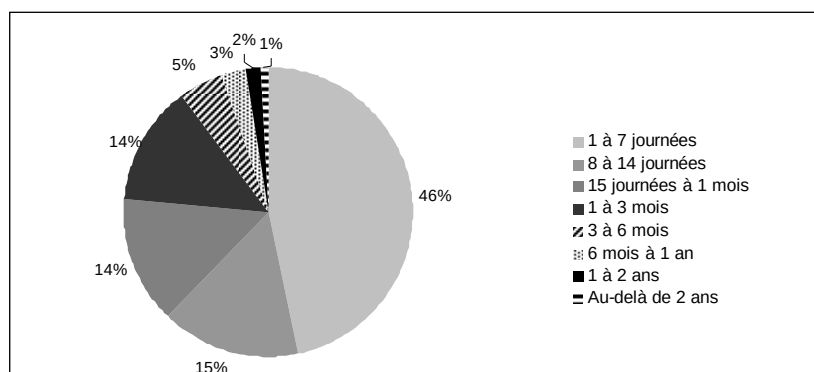
Pour les IJ maladie, le montant moyen payé par bénéficiaire a atteint 1341€ en 2010. Inférieur à 1000€ dans les DOM, il se situe autour de 1100 € pour quelques CPAM (Cahors, Pau, Troyes, Poitiers, Tarbes, Tulle, Guéret) et est parfois supérieur à 1500€ (Ajaccio, Bastia, Marseille, Nice, Nîmes, Toulon, Avignon, Isère et Albi)³².

- *La durée des arrêts*

Toutes pathologies confondues, la durée moyenne de 43 jours par arrêt maladie observée au niveau national masque en fait une forte dispersion des durées d'arrêt sur le territoire. Ainsi, la proportion d'arrêts de longue durée est plus importante dans certains départements. Alors que les arrêts de plus de trois mois représentent, en moyenne, 11% du total des arrêts maladie en 2010, leur part est supérieure en Corse (17%), dans les Bouches du Rhône (15%), dans le Var, le Vaucluse ou le Tarn (14%). En revanche leur proportion est sensiblement inférieure en Ile de France, en Alsace, dans l'Aube et le Doubs, où les arrêts de plus de trois mois ne représentent que 7 à 8% du total des arrêts.

³¹ En matière d'AT-MP, le montant de moyen de l'IJ est supérieur à celui des arrêts maladie, du fait du non plafonnement du montant de l'IJ AT-MP³¹. En 2010, il s'élève à 45€, mais présente une dispersion plus importante que le montant moyen de l'IJ maladie.

³² En AT-MP, le montant moyen payé par bénéficiaire est deux fois supérieur à celui de la maladie, s'élevant en 2010 à 2 617€, et présente une dispersion encore plus grande.

Graphique n° 8 : Répartition des arrêts maladie par durée

Source : Cour des comptes – données CNAMTS

De la même manière, les durées moyennes d'arrêt de travail varient fortement sur le territoire national et pour chaque pathologie. Ainsi, à titre d'exemple, les durées moyennes d'arrêts post-opératoires se caractérisent par une forte hétérogénéité. Si une opération de la cataracte donne lieu à 21,5 jours d'arrêts en moyenne, un quart des patients est arrêté en moyenne 6 jours, alors que 20% le sont pour plus de 34 jours. De même les arrêts post-opération chirurgicale de la main (canal carpien) sont en moyenne d'une durée de 57 jours, mais varient de 29 jours pour un quart des patients à 123 jours pour 20% d'entre eux.

2 - Une prépondérance des déterminants socio-économiques dans l'évolution de la dépense

Selon les études conduites par la CNAMTS³³, à la suite des observations de la Cour en 2006, sur les inégalités territoriales et la décomposition des facteurs d'évolution de la croissance de la dépense d'indemnités journalières, les variables exogènes semblent expliquer de la moitié aux deux tiers des évolutions des arrêts maladie.

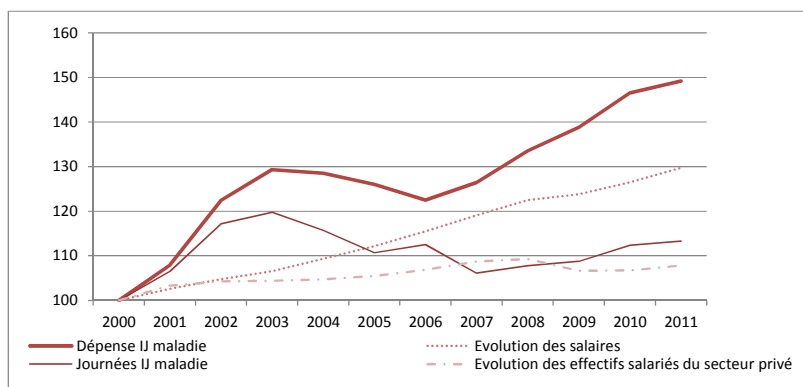
a) L'évolution de la dépense : les facteurs explicatifs

Les seules dépenses du régime général ont progressé de près de 50 % en onze ans, passant de 4,3 Md€ à 6,4 Md€ en 2011.

³³ « Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières maladie », Point de Repère, CNAMTS, novembre 2007

Graphique n° 9 : Evolution comparée du nombre de journées et des dépenses d'indemnités journalières maladie du régime général (2000-2011)

Base 100 en 2000



Source : données CNAMTS et ACOSS – graphique Cour des comptes

La croissance moyenne de la dépense de 3,4 % de 2000 à 2011 peut en grande partie être expliquée par des facteurs macro-économiques, la masse salariale ayant progressé de 2,8 % par an en moyenne sur la période.

Ainsi, l'évolution des effectifs salariés pourrait avoir contribué pour 0,6 % par an à cette croissance, expliquant ainsi un peu plus de la moitié de l'augmentation du nombre de journées indemnisées, qui a progressé au rythme de 1% par an (en passant de 180 millions de journées indemnisées en 2000 à 204 millions en 2011). La comparaison des évolutions de l'emploi salarié et du nombre d'IJ maladie confirme sur longue période la corrélation tendancielle entre ces deux paramètres. L'emploi salarié constitue en effet le principal effet volume sur l'évolution du nombre de journées indemnisées.

Parallèlement, la croissance générale des salaires, de l'ordre de 2,2 % par an sur la période, aurait participé à la progression de la dépense en renchérissant le coût moyen des arrêts.

Au total, la progression de la masse salariale, si elle explique 2,8 points de croissance de la dépense par an, ne permet cependant pas de rendre compte de la totalité de la progression (3,4 %), 0,6 points de croissance demeurant donc inexpliqués.

Au-delà du fait qu'elle n'offre qu'une explication partielle de la croissance, la pertinence d'une analyse en moyenne annuelle est d'autant plus limitée qu'elle ne permet pas d'éclairer l'évolution non linéaire de la

dépense au cours de la décennie passée. Des oscillations marquées apparaissent en effet d'une année sur l'autre, même si plusieurs périodes se dessinent. En effet, après une progression rapide de 2000 à 2003 (+6,6 % par an), avec une augmentation culminant à 13,4 % en 2002, elle a nettement mais provisoirement diminué entre 2004 et 2006 (-1,8 % par an en moyenne), avant de reprendre une vive croissance au rythme moyen de 4,6 % par an jusqu'en 2010, où le taux de progression a atteint 5,6 %. L'année 2011, avec un rythme de progression ramené à 1,8 %, traduit une nette décélération dont il est impossible d'anticiper la prolongation, compte tenu des variations importantes constatées d'une année sur l'autre qui n'ont fait l'objet d'aucune analyse cherchant à les expliquer.

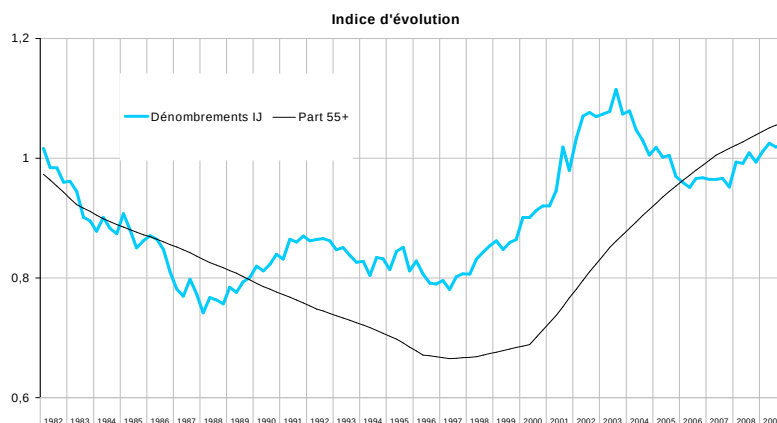
Le recul constaté entre 2004 et 2006 coïncide avec la diminution du nombre de journées indemnisées que la CNAMTS attribue au renforcement de sa politique de contrôle à partir de 2004. La croissance continue du nombre de contrôles médicaux (en moyenne de +4 % par an depuis 2003) n'a toutefois pas permis de contenir l'augmentation du nombre de journées au-delà de 2007, ce qui tend à très fortement relativiser la corrélation ainsi faite.

La rupture de la croissance de la dépense d'arrêts maladie observée au milieu de la décennie 2000 révèle cependant la capacité d'infléchissement d'une tendance tirée par la progression de la masse salariale (effectifs et salaires), à travers une action sur le comportement des acteurs.

b) La structure de la population salariée, le chômage et l'état de santé de la population : des facteurs difficiles à quantifier

Le vieillissement de la population salariée exerce un effet sur le volume et le montant moyen des arrêts maladie, particulièrement ceux de longue durée, les plus coûteux. En effet, les plus de 55 ans ne représentent que 13 % des assurés ayant eu un arrêt maladie en 2010, mais plus de 20 % du total des journées maladie indemnisées et de la dépense totale au titre de la maladie.

Graphique n° 10 : Evolution comparée du volume des indemnités journalières et de la part des plus de 55 ans dans la population salariée



Source : CNAMTS

Au vu de la corrélation entre l'âge de la population salariée et le volume des indemnités journalières (confirmée sur 30 ans à l'exception de la période de 2003 à 2007), le report progressif de l'âge de départ à la retraite devrait logiquement impliquer une augmentation des indemnités journalières, tant en volume qu'en dépenses.

La progression de l'âge moyen des assurés indemnisés au titre des arrêts de travail confirme le vieillissement de la population salariée en cours. L'âge moyen de 40 ans observé en 2010 est en progression par rapport à 2008 et 2009, où il était de 39 ans.

Ce vieillissement devrait s'accompagner d'une croissance des arrêts de longue durée, puisque ces arrêts concernent plus fréquemment les plus de 50 ans. Cette progression devrait également s'accompagner d'une croissance des dépenses d'indemnités journalières. En effet, les arrêts maladie de plus de 3 mois ne représentent que 10 % du total des arrêts maladie (cf.supra), mais ils pèsent pour 60 % dans la dépense annuelle d'IJ.

En outre, le vieillissement de la population active participe à la croissance du montant moyen de l'IJ maladie, du fait de niveaux de salaire généralement plus élevés en fin de carrière. Or, ce montant a progressé de 2,3 % par an en moyenne entre 2000 et 2011, passant de

24 euros à 31 euros, soit une progression d'environ un tiers de 2000 à 2011.

Le niveau de chômage semble exercer des effets complexes et doit être interprété avec prudence. Plusieurs études montrent son impact sur les arrêts maladie de courte durée, qui tendent à être modérés par un niveau de chômage élevé, la crainte de perte d'emploi exercerait un effet a priori de contrainte sur les salariés. En revanche, la persistance d'un chômage de longue durée semble avoir un effet ambivalent.

L'état de santé de la population apparaît comme un facteur d'évolution des arrêts maladie, tant de courte durée (impactés par les épidémies) que de longue durée. Si les arrêts courts sont affectés par des épidémies au caractère en général récurrent et saisonnier, les arrêts longs évoluent tendanciellement en fonction des pathologies chroniques ou affections de longue durée (ALD).

La CNAMTS estime ainsi à plus d'un tiers la contribution des personnes en ALD à la croissance des indemnités journalières maladie en 2009. Les pathologies cardio-vasculaires, les tumeurs malignes et les affections psychiatriques de longue durée figurent parmi les principales pathologies contribuant à cette croissance. Les personnes non en ALD contribuent tout de même aux deux tiers de la croissance et sont majoritairement affectées par des maladies chroniques (douleurs ostéoarticulaires et dorsopathie, diabète, certains troubles mentaux).

Au-delà de ces déterminants directs, le volume des arrêts maladie peut également être impacté par la façon dont sont mis en œuvre d'autres dispositifs d'indemnisation, notamment des accidents de travail et maladie professionnelle. L'existence d'une sous-déclaration structurelle de ces derniers conduit à une prise en charge partielle de journées d'arrêts de travail au titre du risque maladie³⁴. Cet effet de vases communicants est également constaté avec la prise en charge de l'invalidité. La pratique du contrôle médical consistant à anticiper le passage en invalidité d'une fraction des assurés a eu pour conséquence une croissance rapide des pensionnées d'invalidité à partir de 2004, qui ont progressé de 28 % entre 2000 et 2007³⁵, mais toutes choses égales par ailleurs a eu un effet de limitation de la croissance des arrêts maladie de longue durée.

³⁴ Rapport pour la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, juillet 2008.

³⁵ Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2010, chapitre XV, « L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général » (p.393 à 425), Cour des comptes, septembre 2010.

3 - Des effets de comportement permettant d'identifier des leviers de régulation

Le comportement des acteurs expliquerait selon la CNAMTS entre un tiers et la moitié de l'évolution des indemnités journalières.

- **Le comportement des salariés en termes d'absentéisme au travail** apparaît largement corrélé aux conditions de travail. Une étude de l'INSEE³⁶ met en évidence le lien entre conditions de travail et état de santé des salariés, ainsi que le rôle significatif de l'irrégularité des horaires dans les absences pour maladie : elle serait responsable d'un cinquième des arrêts maladie pris par les ouvriers concernés. D'autres études tendent à relativiser la part de l'absentéisme attitudinal (lié au comportement des salariés) dans l'absentéisme maladie et mettent en évidence l'influence de nouvelles pratiques organisationnelles (responsabilisation, autonomisation, densité et intensité du travail), liées à l'émergence d'une nouvelle forme d'organisation du travail, sur l'absentéisme³⁷. Si ces facteurs semblent jouer un rôle important, ils demeurent difficiles à objectiver et évaluer précisément.

- **Les praticiens, et plus globalement l'offre de soins**, jouent un rôle essentiel dans l'évolution des indemnités journalières, puisqu'ils sont à l'origine de la prescription des arrêts de travail. La DREES a notamment mis en évidence la corrélation entre l'activité des médecins estimée en volume d'honoraires et les prescriptions d'indemnités journalières³⁸. Cette relation entre la densité de l'offre médicale et le nombre d'IJ par salarié n'a cependant pas pu être confirmée dans le cadre de l'enquête, le rapprochement des ratios du nombre de médecins pour 100 000 habitants et du nombre d'IJ par salarié par département ne mettant pas en évidence de corrélation significative. L'analyse d'indicateurs plus fins semble ainsi nécessaire, en particulier pour identifier comment les caractéristiques locales de l'offre de soins sont susceptibles d'impacter le volume des arrêts maladie. Les caisses de certains territoires ruraux observent ainsi une croissance des indemnités

³⁶ « *Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie* », Cédric AFSA et Pauline GIVORD, septembre 2006, Document de travail, Direction des études et synthèses économiques, INSEE.

³⁷ « *La progression de l'absentéisme : nouveaux comportements des salariés ou nouvelles contraintes organisationnelles ?* » Gregor BOUVILLE, 2010 (Analyse réalisée sur la base de l'enquête SUMER 2002).

³⁸ « *Les indemnités journalières* », Etudes et Résultats, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), septembre 2007.

journalières dites « d'attente » liées aux difficultés d'accès aux plateaux techniques hospitaliers.

- Enfin, **les caisses et le contrôle médical** en agissant sur le comportement des salariés exercent un impact réel sur le volume des arrêts maladie. L'intensification des contrôles menés par la CNAMTS à partir de 2003, avec l'accroissement du contrôle des arrêts courts (multipliés par sept en deux ans) et le contrôle systématique des arrêts longs (plus de 60 jours jusqu'en 2007) a eu un impact significatif sur l'évolution du volume des indemnités journalières. Cet impact est évalué par la CNAMTS³⁹ et confirmé par la DREES qui observe que « *les contributions à la croissance du volume des indemnités journalières montrent que les baisses observées en 2004 et 2005 sont entièrement dues à la politique de contrôle, l'influence des autres variables du modèle tendant au contraire à une hausse des indemnités journalières* »⁴⁰. La DREES relève toutefois que cette politique de contrôle est sans doute à rendement décroissant.

Les analyses de l'IRDES réalisées à partir de la base Hygie⁴¹ en 2010 sur des données 2005⁴² mettent pour leur part en lumière le rôle prépondérant de la politique de contrôle et de la densité d'omnipraticiens dans l'explication des disparités départementales.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Malgré leur poids financier considérable, sous l'angle économique et pas seulement du fait de leur incidence sur les dépenses sociales, les arrêts de travail pour maladie demeurent ainsi une réalité très insuffisamment analysée, qu'il s'agisse du degré exact de couverture du risque de perte de revenu pour la population active ou des déterminants de la dépense.

³⁹ Voir Chapitre III.I.B.3

⁴⁰ Cf. supra

⁴¹ Le projet Hygie est un système d'information sur les indemnités journalières mis en place par l'IRDES dans le cadre d'un appel d'offre de la DREES, dans le cadre duquel il s'est vu confier une étude portant sur l'analyse des mécanismes d'arrêts de travail du secteur privé, en lien avec la nature et la spécificité des établissements qui les emploient.

⁴² « *Arrêts maladie : comprendre les disparités départementales* », Mohamed Ali Ben Halima, Thierry Debrand, Camille Regaert, IRDES, DT n° 39 février 2011.

En termes de protection sociale, il n'est pas normal de ne pas disposer de données régulièrement actualisées sur le degré et le niveau de couverture des différentes catégories d'actifs et en particulier d'une appréciation du nombre de ceux qui ne bénéficient d'aucune couverture. Les inégalités de prise en charge apparaissent en effet importantes et posent des questions d'équité qui mériteraient d'être beaucoup plus précisément appréhendées.

En termes de pilotage de la dépense, la connaissance insuffisamment fine de ses déterminants fait obstacle à la mise en place d'actions de régulation plus efficaces parce que mieux ciblées.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 1. améliorer la connaissance de la réalité de la couverture des arrêts maladie de l'ensemble des actifs, notamment par la mise en place d'une base de données permettant d'avoir des informations précises et suivies sur les garanties complémentaires conventionnelles dont bénéficient les salariés ;*
 - 2. identifier plus particulièrement les caractéristiques et suivre l'évolution de la population non couverte*
 - 3. affiner et actualiser les études sur les déterminants des arrêts maladie ;*
 - 4. déterminer précisément les dépenses de maintien de salaire de la fonction publique d'Etat, de la SNCF et de la RATP prises en compte dans le périmètre de l'ONDAM.*
-

Chapitre II

La complexité de la gestion des indemnités journalières au sein du régime général

La gestion des indemnités journalières représente pour la branche maladie du régime général une charge élevée. L'activité de liquidation des indemnités journalières se caractérise en effet par la très grande complexité de la réglementation qu'elle met en œuvre et qui pour l'essentiel n'a pas été modifiée depuis la création de la sécurité sociale. Cette activité, qui mobilisait 5 330 équivalents temps plein (ETP) dans les caisses selon la CNAMTS en 2010, a jusqu'ici été peu modernisée en vue d'en améliorer la productivité. Les efforts récents entrepris à cet égard trouvent leurs limites dès lors que dans le même temps n'a pas été mise en œuvre une simplification indispensable des règles de calcul.

I - Une réglementation délicate à mettre en œuvre

A - Un mode de calcul des indemnités journalières particulièrement complexe

1 - Des conditions d'ouverture de droits dont la reconstitution est parfois difficile

Les indemnités journalières constituant un revenu de remplacement mis en œuvre dans le cadre de la solidarité professionnelle, leur bénéfice ne résulte pas d'un droit universel auquel peut prétendre tout salarié. Ainsi, seuls les salariés ayant travaillé plus de 200 heures dans les trois derniers mois (pour avoir droit aux IJ pour une période de six mois), voire de 800 heures dans l'année écoulée et immatriculés depuis plus d'un an au régime général (pour avoir droit aux IJ au-delà de six mois) peuvent en bénéficier. Les conditions d'attribution des IJ (article R 313-3 du code de la sécurité sociale) sont exprimées en heures travaillées mais également en équivalent de salaire assujettis à cotisations sociales (soit 1015 fois le SMIC horaire sur les six derniers mois pour les 200 heures, et 2030 fois le SMIC horaire sur les 12 derniers mois pour les 800 heures).

La vérification de ces conditions d'ouverture de droits repose sur la communication par l'employeur des éléments actualisés de salaires à travers la transmission d'une « attestation de salaire »⁴³ à l'assurance maladie. Les indemnités maternité et AT-MP reposant sur des conditions d'ouverture de droits et de calcul différentes, il existe trois formulaires différents pour les employeurs à renseigner selon le fait générateur de l'arrêt de travail.

Au vu de la difficulté pour certaines situations professionnelles à réunir les éléments permettant l'ouverture de droits dans les conditions générales prévues par le code de la sécurité sociale, de nombreuses équivalences ont été progressivement mises en œuvre sur des bases juridiques diverses :

- des équivalences générales sont prévues par le code (articles R. 313-8 et R. 313-9). Ainsi sont équivalentes à une journée travaillée (6 heures de SMIC), les journées de stage, d'arrêt de

⁴³ Cf. annexe 12 – Attestation de salaire employeur – Arrêts de travail maladie, maternité et paternité - Cerfa n° 11135*2

travail au titre de la maladie, de la maternité ou des AT-MP, ou encore de détention provisoire ;

- les salariés intérimaires, saisonniers et/ou payés en chèque emploi service universel (CESU) bénéficient depuis 2008 d’une équivalence spécifique (article R. 313-7) qui simplifie leur accès aux IJ en distinguant les conditions d’ouverture de droit pour moins ou plus de six mois et en retenant comme seule condition les 800 heures travaillées dans les 12 derniers mois (ou 2030 SMIC horaires) sans condition de durée d’immatriculation ;
- plusieurs types de professions bénéficient d’équivalences reposant sur des dispositions administratives. Un arrêté dit « d’équivalence » de 1968 prévoyait des règles spécifiques permettant d’étudier les droits de certaines de ces catégories professionnelles (par exemple, les concierges ou les voyageurs représentant de commerce). Il s’agit notamment :
 - des enseignants non fonctionnaires (1 heure de cours = 1 heure 30 de salariat dans le 1^{er} degré et à 3 heures dans le secondaire) ;
 - des enseignants de la musique, de la danse, de l’art dramatique et des arts plastiques (1 heure de cours = 2 heures de salariat) ;
 - des assistants étrangers non titulaires (1 heure de cours = 1 heure 30 de salariat) ;
 - des assurés en situation de chômage partiel indemnisé quand ils sont dockers, travailleurs du bâtiment ou des travaux publics ou bénéficient d’une allocation spécifique de chômage partiel (1 heure de chômage partiel indemnisée = 1 heure travaillée)

L’arrêté de 1968 étant désormais caduc et certaines dispositions relevant d’autres textes administratifs, la CNAMTS a entrepris de réunir dans un référentiel national l’ensemble des dispositions ne relevant pas du domaine réglementaire.

Les demandeurs d’emploi sont par ailleurs pour leur part soumis à des règles particulières en matière de droits aux indemnités journalières. Ils bénéficient en effet d’un maintien de droit au titre de leur activité antérieure à leur période de chômage, mais le bénéfice des IJ suspend le versement de l’allocation chômage. Ainsi, un chômeur en arrêt maladie peut bénéficier d’IJ s’il répondait aux conditions d’ouverture de droits à la date de début de sa période de chômage et le montant de ses IJ est calculé sur la base de ses salaires antérieurs. Selon les situations, il peut même exceptionnellement arriver que le montant d’IJ soit supérieur au montant d’allocations chômage. Surtout, la période d’indemnisation au

titre d'un arrêt maladie a pour effet de suspendre le décompte des droits au chômage, ce qui peut permettre à certains assurés de reporter l'échéance de la fin de droits.

Ces dispositions concernent au minimum 15 % des IJ selon la CNAMTS. Ces dossiers sont réglés dans des délais peu raisonnables au vu de la difficulté à réunir et à vérifier des éléments de salaires souvent anciens, ce qui ne permet pas de servir rapidement les indemnités journalières à ces assurés en situation souvent précaire. Les copies des bulletins de salaires étant, en l'absence d'employeur, communiquées directement par l'assuré, le risque de fraude est plus important que dans le cadre d'une attestation de salaire employeur.

Il existe ainsi une vraie complexité de vérification des conditions d'ouverture de droits pour les salariés présentant les parcours les moins stables (successions de période d'activité et d'inactivité) et dépendant de plusieurs employeurs.

Enfin, les conditions d'ouverture de droits étant distinctes pour les IJ maladie inférieures à six mois et au-delà de six mois, les CPAM sont conduites à pratiquer une seconde ouverture de droits pour les assurés qui sont en arrêt pour une durée supérieure à six mois, supposant un examen sur la base d'une nouvelle attestation de salaire de l'employeur pour la vérification des conditions d'heures et de cotisations (attestation spécifique aux arrêts de plus de 6 mois⁴⁴).

2 - Une appréciation de la période de référence selon des règles qui peuvent varier

En application de l'article R. 323-4 du code de la sécurité sociale, le gain journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière est déterminé d'après la ou les dernières paies antérieures à la date de l'interruption du travail. Pour le risque maladie, le principe de la prise en compte des trois derniers mois de salaire est la règle comme également pour les IJ maternité mais contrairement aux IJ AT-MP qui reposent sur le dernier mois de salaire.

Cependant, certaines exceptions au calcul des IJ maladie sur les trois derniers mois de salaire sont prévues, soit par le code, soit sur la base d'instructions administratives de la CNAMTS qui précisent que pour certaines professions les caisses primaires peuvent examiner au cas par cas l'opportunité de retenir une période de 12 mois pour tenir compte du

⁴⁴ Cf. annexe 12– Attestation de salaire employeur – Arrêts de travail maladie se prolongeant au-delà de 6 mois – Cerfa n° 11136*2

caractère discontinu du travail ou de la rémunération de certaines professions (artistes payés au cachet, travailleurs intérimaires, journalistes rémunérés à la pige ou des vacataires). A ce titre, l'appréciation du caractère « discontinu ou saisonnier » du travail relevant aujourd'hui de la compétence des caisses, il serait utile que la CNAMTS harmonise les pratiques en déterminant par exemple une liste des professions répondant à ces critères.

3 - Une assiette qui diffère selon les risques indemnisés et repose sur la déclaration de l'employeur⁴⁵

Pour les IJ maladie, l'assiette de calcul des IJ est le salaire brut (en principe des trois derniers mois, cf. supra), c'est-à-dire le salaire servant de base au calcul des cotisations dues pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès, lors de chaque paie, dans la limite du plafond vieillesse correspondant (article R. 323-4 du code). Bien que déclarée sur le même formulaire Cerfa⁴⁶, cette assiette diffère pour les IJ maternité-paternité, pour lesquelles le salaire brut est minoré des cotisations salariales et de la CSG, mais pas de la CRDS (correspondant à un salaire proche du salaire net, soit un abattement théorique de 19,68 %). Quant à l'assiette retenue pour le calcul des IJ AT-MP, elle relève d'une attestation de salaire spécifique⁴⁷ et correspond au salaire brut du dernier mois, augmenté des primes annuelles proratisées.

La reconstitution des assiettes des IJ maternité et AT-MP est particulièrement complexe et donne lieu à des calculs manuels de la part des techniciens. Ainsi, les attestations de salaire pour la maternité étant dans environ la moitié des cas mal renseignées par l'employeur, car le salaire net hors CRDS est à indiquer sur le même formulaire que celui des IJ maladie, des clarifications sont souvent demandées aux employeurs. Lorsque les techniciens considèrent que le montant renseigné l'a été en brut et non en net, ils pratiquent un abattement forfaitaire de 19,68 % (21,23 % en Alsace Moselle) correspondant à un taux moyen de cotisation fixé par une lettre ministérielle de 2001, qui n'a jamais été revalorisé. C'est seulement en cas de réclamation de la part de l'assuré, ou de l'employeur, que l'indemnité journalière écrêtée est recalculée en fonction du taux réel de cotisations sur présentation des fiches de paye

⁴⁵ Cf. annexe 6 – Différences de modalités de calcul entre les IJ maladie, maternité, AT-MP

⁴⁶ Cf. annexe 12 – Attestation de salaire employeur – Arrêts de travail maladie, maternité et paternité - Cerfa n° 11135*2

⁴⁷ Cf. annexe 12 – Attestation de salaire employeur – Arrêts de travail AT-MP – Cerfa n° 11137*2

correspondantes. De même, pour les IJ AT-MP, les techniciens sont conduits à lisser les primes sur l'ensemble de l'année pour les réintégrer aux salaires des trois derniers mois à due proportion.

L'assiette prise en compte pour le calcul des IJ maladie est par ailleurs plafonnée (selon des modalités différentes de celle des IJ maternité et AT-MP) : auparavant limitée au plafond de sécurité sociale, elle est depuis le 1^{er} janvier 2012 plafonnée à un montant inférieur correspondant à 1,8 SMIC.

Les salaires de référence pris en compte sont ceux déclarés par l'employeur sur l'attestation de salaire et sous sa responsabilité. Ainsi, la circulaire CNAMTS n° 85/93 précise que : « ... les éléments de salaire doivent être déclarés à la caisse par l'employeur et sous sa seule responsabilité. ... la caisse primaire ne doit demander à l'assuré ses bulletins de paie, qu'en cas de carence manifeste de l'employeur. Toute pratique contraire ne respecterait pas l'esprit de la réglementation en vigueur, visant à considérer l'attestation de salaire comme un document déclaratif, engageant la responsabilité de son auteur ».

Si dans le cadre d'une liquidation manuelle d'indemnité journalière, le technicien est conduit à vérifier la cohérence des salaires déclarés par l'employeur lors de la saisie des éléments, cette vérification n'a pas lieu dans le cas d'une intégration automatique des données issues des attestations de salaires dématérialisées. Dans l'attente de contrôles embarqués pour sécuriser les flux intégrés automatiquement, la CNAMTS étudie cependant la possibilité de contrôles a posteriori par requête.

En outre, les caisses sont conduites à procéder à des rétablissements de salaires lorsque les trois derniers mois de salaires sont minorés par des pertes de rémunération liées à des absences dont le motif est considéré comme valable par le code de la sécurité sociale (absences pour maladie, AT-MP, maternité, chômage involontaire, absence non payée mais autorisée). Sur la base des éléments déclarés par les employeurs (heures, motifs de l'absence et salaire théorique), le salaire qui aurait dû être perçu est recalculé. Ces rétablissements de salaire donnent souvent lieu à des échanges avec les employeurs, afin de vérifier si l'absence était autorisée ou non et si l'attestation de salaire était bien renseignée.

Comme pour la détermination de la période de référence, la détermination de l'assiette donne lieu à de nombreuses exceptions et sa reconstitution est parfois complexe. Ainsi, les apprentis se voient par exemple appliquer une assiette forfaitaire (correspondant à un pourcentage du SMIC) en fonction de leur âge, du type de contrat, de leur ancienneté et de leur niveau de formation. Certaines professions font par

ailleurs l'objet de dispositions réglementaires ou administratives particulières (intérimaires, VRP, artistes, assistants maternels, salariés des compagnies aériennes, stagiaires de la formation professionnelle rémunérés par l'Etat) et bénéficient à ce titre de modalités spécifiques de reconstitution de l'assiette servant de base au calcul de leurs indemnités, rendue complexe par les caractéristiques de leur activité. Ainsi, à titre d'exemple pour les assistantes maternelles, les employeurs particuliers ayant souvent des difficultés à renseigner les formulaires d'attestations de salaire, l'assiette doit fréquemment être reconstituée par les caisses à partir des bulletins de salaires et nécessite de neutraliser notamment les indemnités d'entretien et de nourriture, ainsi que les congés payés (lissés mensuellement ou non), pour retrouver le salaire brut des trois derniers mois.

Concrètement les différences d'assiette pour les IJ maladie, maternité et AT-MP, peuvent conduire un employeur ayant trois employés absents à chacun de ces titres à devoir :

- renseigner l'attestation de salaire maladie-maternité pour y mentionner les salaires bruts sous plafond des 3 mois précédant l'arrêt de travail ;
- renseigner la même attestation, pour un salarié en congé maternité ou paternité, en y mentionnant les salaires sous plafond des 3 mois précédant l'arrêt mais déduction faite des cotisations salariales légales ou conventionnelles et de la CSG mais pas de la CRDS)
- renseigner l'attestation de salaire spécifique aux arrêts AT-MP, en y mentionnant le salaire brut du mois précédent l'arrêt de travail.

Cet exemple illustre la complexité liée aux conditions d'assiette et de calcul des indemnités journalières, source d'erreurs pour les entreprises et les salariés et de considérables difficultés de gestion pour les caisses.

4 - Des modalités de calcul des indemnités journalières non homogènes

Tout comme les assiettes et les périodes de référence, les modalités de calcul diffèrent selon les risques.

En maladie, une fois reconstituée l'assiette (salaire brut) sur la période de référence (3 derniers mois de salaire) dans la limite du plafond (de 1,8 SMIC à partir du 1^{er} janvier 2012), le calcul de l'IJ passe par le calcul d'un gain journalier brut) consistant à diviser la somme des salaires

bruts des trois derniers mois par un diviseur de 91,25 (correspondant à un quart de 365 jours). L'application d'un taux de remplacement de 50 % à ce gain journalier brut permet d'obtenir le montant de l'IJ maladie.

Le diviseur de 91,25 qui s'applique quand l'assiette porte sur trois mois de salaire, ce qui est la règle pour les IJ maladie, est ajusté à 365 lorsque l'assiette retenue porte exceptionnellement sur une période de un an pour les professions à l'activité discontinuée (cf. supra).

Pour les IJ maternité, le diviseur est le même (91,25) mais s'applique à une assiette différente (trois derniers salaires nets), limitée au plafond de sécurité sociale. Au vu des erreurs dans le renseignement du salaire net sur les attestations de salaire pour les IJ maternité, les caisses pratiquent souvent un abattement forfaitaire de 19,68 % sur le salaire brut pour reconstituer l'assiette. Ce gain journalier net correspond au montant de l'indemnité journalière.

Les IJ AT-MP sont calculées à partir d'une assiette encore différente (dernier mois de salaire brut assorti des primes) à laquelle s'applique un diviseur de 30,42, qui permet d'obtenir le gain journalier brut, qui ne peut excéder 0,834 % du plafond de sécurité sociale. L'application d'un taux de remplacement de 60 % à ce gain journalier brut (puis de 28 % au-delà de 28 jours) permet d'obtenir le montant de l'IJ AT-MP.

La complexité du calcul des indemnités est accrue dans certaines situations :

- l'IJ minimum : définie à $1/365^{\text{ème}}$ du montant de la pension d'invalidité par un arrêté de 1955, l'IJ minimum est applicable pour les arrêts au-delà de 6 mois, lorsque le calcul de l'IJ n'atteint pas ce niveau (et dans la limite du salaire journalier moyen des salaires du trimestre civil précédent l'arrêt de travail) ;
- les IJ servies en cas de rechute d'une ALD : les IJ pouvant être servies pour une durée de trois ans pour les affections de longue durée, la reconnaissance d'une ALD (maladies visées par l'article R. 324-1) entraîne pour l'assuré en cas de rechute durant cette période le bénéfice d'une IJ au moins égale à celle qu'il percevait avant la reprise de son activité ;
- les IJ multi-employeurs : pour les salariés travaillant simultanément pour plusieurs employeurs, le calcul de l'IJ impose de totaliser tous les salaires pour une même période de référence.

B - Un mouvement de spécialisation et de professionnalisation de la gestion qui bute sur une simplification inaboutie

La liquidation de la prestation reposait jusqu'en 2011 sur l'arrivée de flux papier d'arrêt de travail et d'attestations de salaires et sur la prise en compte de leurs éléments dans l'application métier dédiée à la liquidation des indemnités journalières PROGRES. Les démarches de spécialisation et de dématérialisation en cours apparaissent comme des leviers importants de réorganisation, dont la portée risque néanmoins d'être limitée si une simplification de la réglementation n'accompagne pas ces évolutions.

1 - Une gestion progressivement spécialisée

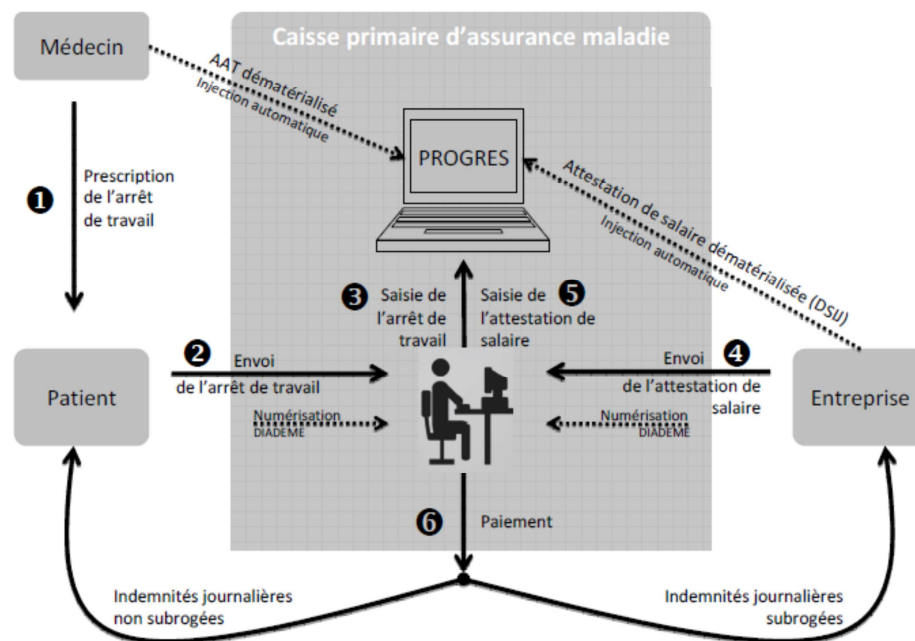
La complexité de la réglementation est un facteur de spécialisation de la liquidation des indemnités journalières. Cette activité, et notamment la liquidation des IJ AT-MP, est traditionnellement perçue comme une des plus nobles pour les techniciens.

Dans le cadre de la réorganisation territoriale de son réseau, la CNAMTS a incité les caisses à regrouper l'activité de liquidation des IJ et à accroître la spécialisation des agents qui en sont en charge. Cette nouvelle organisation, qui succède à l'organisation historique des caisses, déconcentrée sur plusieurs sites avec des agents polyvalents, est toujours en cours de consolidation. Elle aboutit généralement au regroupement de l'activité de liquidation des indemnités journalières sur un site voire deux ou trois, en fonction du type d'organisation retenue. La liquidation des IJ est en effet, soit rattachée dans son intégralité à un pôle prestations en espèces, soit assurée en partie pour sa partie AT-MP par un pôle AT-MP incluant la reconnaissance des accidents du travail. Quand plusieurs sites subsistent, la liquidation des IJ dites « complexes » (demandeurs d'emploi et intérimaires) est en principe confiée à un seul site. Par ailleurs, l'activité d'enregistrement des arrêts de travail à leur arrivée est de plus en plus souvent centralisée sur un seul site, dans le cadre du déploiement de l'applicatif DIADEME⁴⁸. Ce mouvement de spécialisation conduit même aujourd'hui certaines caisses à évoluer vers une mutualisation de la liquidation des indemnités journalières avec d'autres caisses, comme par exemple pour les CPAM de Macon et de Nevers dans le courant de 2012.

⁴⁸ Voir Chapitre II.I.C.2

Cette spécialisation des techniciens en charge de la liquidation des IJ a été renforcée par l'homogénéisation du processus métier provoquée par le déploiement du contrôle interne au sein du réseau de la CNAMTS. Le déploiement du plan de maîtrise socle IJ (PMS IJ) a en effet conduit les caisses à structurer ce processus, sous la responsabilité d'un pilote, et à responsabiliser les techniciens sur les points de suivis.

Schéma n° 2 : Description simplifiée du processus de liquidation des indemnités journalières maladie et des processus de dématérialisation en cours de déploiement



- 1** Prescription de l'arrêt de travail
.....> Possibilité d'envoi dématérialisé par le médecin (AAT dématérialisé)
- 2** Envoi de l'arrêt de travail par le patient à la CPAM (arrêt papier)
.....> Numérisation DIADEME à son arrivée au courrier de la CPAM
- 3** Saisie des éléments de l'arrêt de travail dans PROGRES (avec vérification de la cohérence des dates et prescripteurs)
- 4** Envoi de l'attestation de salaire par l'employeur (attestation papier)
.....> Numérisation DIADEME à son arrivée au courrier de la CPAM
.....> Possibilité d'envoi dématérialisé par l'employeur (DSIJ)
- 5** Saisie des éléments de salaires dans PROGRES
(3 derniers mois de salaire en maladie et exceptionnellement éléments renseignés manuellement, ex : intérimaires, chômeurs, saisonniers)
- 6** Paiement (automatique après validation de la liquidation dans PROGRES)

Source : Cour des comptes

2 - Une optimisation limitée par la complexité de la réglementation

La complexité des règles à appliquer est à l'origine de charges de travail importantes pour la prise en compte de certaines situations. Elle se révèle facteur d'inégalités de traitement et porteuse d'insécurité juridique.

La surcharge de travail liée à la liquidation des indemnités journalières dites « complexes » est difficile à quantifier en termes d'effectifs. Dans les caisses visitées dans le cadre de l'enquête, la charge observée peut parfois aller jusqu'à une journée de travail pour la liquidation d'une seule indemnité journalière (temps réparti sur plusieurs semaines en fonction des relances et de la communication des éléments). Cette difficulté est liée à la complexité des situations professionnelles des assurés, dont la prise en compte révèle une législation peu adaptée. La proportion de situations concernées est difficile à évaluer mais selon les techniciens rencontrés de 10 à 15 % des situations professionnelles poseraient des problèmes particuliers tant de vérification du droit aux indemnités que de calcul.

Il en résulte des délais de paiement allongés⁴⁹. La reconstitution des droits sur trois mois et le cas échéant sur un an, avec une alternance de périodes d'activité et de chômage voire plusieurs employeurs, nécessite des échanges multiples avec les salariés et les employeurs qui retardent d'autant le paiement.

Une liquidation complexe qui fait intervenir un calcul manuel de la part du technicien s'accompagne aussi d'un risque accru d'erreur. Ainsi, dans les situations de multi employeurs, les techniciens sont conduits à reconstituer les heures et les salaires mensuels associés à chaque employeur et/ou payées en chèque emploi service (CESU) sur une feuille Excel et à renseigner ensuite manuellement le total de salaires mensuels par employeur dans PROGRES. L'application n'acceptant que huit employeurs, il peut d'ailleurs parfois être nécessaire de créer un employeur fictif unique pour le besoin de la liquidation.

Il peut aussi en résulter des pratiques variables selon les caisses et des conditions de sécurité juridique inégales. Dans le souci d'améliorer le processus de gestion des indemnités journalières et d'accroître la convergence des pratiques, la CNAMTS a ainsi confié en 2011 une mission nationale au directeur de la CPAM de Bayonne. Cette mission nationale déléguée, qui repose sur l'équipe de la branche production et

⁴⁹ Voir Chapitre II.I.D

régulation de la CPAM de Bayonne, assistée d'un manager de projet dédié, a pour objectif de faire des propositions relatives à l'optimisation du processus de gestion des indemnités journalières. Il s'agit d'abord de recenser les écarts de pratiques entre les caisses pour ensuite proposer une convergence de celles-ci. La mission nationale déléguée a également pour objectif d'analyser les tâches respectives du service médical et des caisses en termes de gestion des indemnités journalières, pour identifier les marges de manœuvre qu'elles comportent. Si cette initiative réduira à terme à la marge les inégalités de pratiques⁵⁰, elle ne permettra cependant pas de réduire la part d'interprétation et d'intervention manuelle nécessaire à la liquidation de certaines indemnités journalières, qui est à l'origine d'inégalités entre assurés.

C - Un processus en voie rapide d'industrialisation à travers le déploiement de nouveaux systèmes d'information

Le déploiement des outils de dématérialisation des pièces justificatives des indemnités journalières (arrêt de travail et attestation de salaires) devrait permettre de réaliser des gains de productivité substantiels. Leur ampleur dépendra toutefois des capacités de réorganisation des activités dans les caisses et sera en tout état de cause limitée par la complexité de la réglementation.

A ce stade, les gains en ETP attendus par la CNAMTS de ses principaux projets de modernisation sont de l'ordre de 300 ETP pour l'ensemble du réseau de 2011 à 2013 (165 ETP au titre de la dématérialisation et de l'injection automatique des attestations de salaires et 120 ETP au titre de l'arrêt de travail dématérialisé).

1 - Une gestion qui repose sur deux outils métiers anciens et non interfacés

La gestion des indemnités journalières repose sur deux outils centraux, l'un propre aux services administratifs des caisses (PROGRES), l'autre propre au service médical (HIPPOCRATE).

⁵⁰ Elle s'inscrit dans le cadre d'une initiative d'harmonisation engagée par la CNAMTS (élaboration d'un référentiel réglementaire nécessitant quelques arbitrages de la DSS, projet national de mutualisation de la documentation, création d'une bibliothèque nationale unique répertoriant les courriers type du processus IJ).

PROGRES, outil de liquidation des indemnités journalières, est une application métier assez ancienne, mais surtout peu évolutive et qui ne comporte pas de fonction analytique. Elle se déverse dans la BDO (base de données opérante) famille et le SNIIR-AM (système national d'information inter-régime de l'assurance maladie), au moment du paiement des prestations. L'ensemble des projets de modernisation du processus de traitement des indemnités journalières conduits par la CNAMTS vise aujourd'hui à alimenter automatiquement PROGRES, en vue d'« industrialiser » la production d'IJ.

L'application utilisée par le service médical pour la gestion des contrôles médicaux est HIPPOCRATE. Cette application n'est pas renseignée pour tous les arrêts de travail, mais uniquement pour les arrêts de travail contrôlés. Ce renseignement n'est donc exhaustif que pour les arrêts de plus de 45 jours et ponctuel pour les arrêts qualifiés de « courte durée » (inférieurs à 45 jours).

Les deux applications de gestion des indemnités journalières ne communiquent pas entre elles, en raison de leurs objets distincts et du principe du secret médical.

2 - La numérisation des arrêts de travail et attestations de salaire grâce à l'appliquatif DIADEME

L'appliquatif DIADEME, outil de numérisation et d'archivage des documents papier à leur arrivée au courrier des caisses, couvre désormais les documents relatifs au processus IJ (arrêts de travail et attestations de salaire). Le déploiement de cet outil qui fonctionnait fin 2011 dans la moitié des caisses, sera achevé fin 2012. Il implique une évolution importante de l'organisation et des processus métiers.

La numérisation des documents à leur arrivée nécessite de centraliser l'arrivée du courrier afin que les pièces puissent être rapidement numérisées, typés et indexés. Le déploiement de DIADEME s'accompagne souvent d'une réorganisation du service courrier, encore éclaté sur plusieurs sites dans certaines caisses, où la proportion de courriers déposés est encore importante.

A travers la numérisation des documents papier, DIADEME permet le stockage et la consultation de ces documents par l'ensemble des acteurs de la chaîne, administratifs et médicaux. Comme il a pu être observé dans les caisses visitées dans le cadre de l'enquête dans lesquelles DIADEME n'était pas encore déployé, la circulation des arrêts de travail et attestations de salaires papier est synonyme de lenteur et de complexité (recherche d'archive systématique dès qu'un besoin de vérification d'une date, d'un montant ou d'un contrôle apparaît). En

L'absence de DIADEME, le technicien qui liquide l'indemnité journalière n'a pas directement accès à l'arrêt de travail mais seulement aux éléments, qui ont été saisis par un de ces collègues à l'arrivée de ce dernier.

Les mécanismes de distribution des documents en corbeilles prévus dans DIADEME et paramétrables par CPAM et par échelon local du service médical (ELSM) permettent de réorganiser le processus par activité, en substitution d'une organisation historique reposant sur un portefeuille d'assurés répartis par mois de naissance. En accédant aux corbeilles DIADEME, les agents traitent quotidiennement les documents arrivés (arrêts de travail ou attestations de salaires) et renseignent les éléments requis dans leur outil métier (PROGRES ou HIPPOCRATE).

DIADEME constitue enfin le support indispensable aux projets de mutualisation engagés dans certaines caisses, puisqu'il permet aux agents d'avoir accès aux documents quelle que soit leur localisation.

La CNAMTS envisage de développer pour la fin d'année 2012, un projet d'injection des données acquises à travers la numérisation dans DIADEME directement dans les applicatifs métiers, que sont PROGRES et HIPPOCRATE, évitant ainsi la saisie manuelle des éléments des arrêts de travail papier.

3 - Un déploiement très limité de l'avis d'arrêt de travail dématérialisé

Les avantages prêtés à l'arrêt de travail en ligne sont nombreux, en termes d'aide à la régulation des prescriptions, d'aide au contrôle et de productivité, mais ses perspectives de développement semblent dans le contexte actuel limitées, non seulement pour des raisons techniques, mais aussi parce qu'aucune contrainte n'incite les médecins à y recourir.

L'avis de travail dématérialisé (dit « AAT ») a été déployé à l'automne 2010 sur Espace pro⁵¹, mais n'a connu dans sa première version que peu de succès. En un an, 4 700 médecins l'auraient utilisé pour réaliser 46 000 AAT, soit 0,7 % du nombre annuel d'arrêts maladie. Malgré la campagne conduite par les conseillers informatique et les services des caisses, la faible ergonomie et les problèmes de disponibilité du serveur ont limité son succès auprès des médecins.

Au vu des défauts de la première version de l'AAT, l'objectif fixé aux caisses d'un taux de dématérialisation des AAT de 10 %, même revu

⁵¹ Portail de la CNAMTS offrant des services en ligne aux praticiens.

à 5 % en cours d'année, est apparu peu réaliste. Dans les caisses visitées dans le cadre de l'enquête, le taux de dématérialisation des AAT constaté fin 2011 était compris entre 1,5 % et 3,5 %.

Fin 2011, la CNAMTS a déployé un nouvel outil dit « AAT en 5 clics », plus ergonomique intégrant les durées d'arrêts de travail indicatives par pathologie du référentiel IJ⁵², mais qui reste à ce stade disponible sur Espace pro et suppose donc une connexion supplémentaire pour réaliser cette opération en plus de la connexion Sésame Vitale.

La CNAMTS mise surtout sur l'intégration de « l'AAT en 5 clics » dans les logiciels métiers des médecins pour en accélérer le déploiement courant 2012. Toutefois, cette intégration repose sur l'initiative des cinq éditeurs présents sur le marché, qui n'ont pas formulé à ce stade de demande d'agrément pour le module arrêt de travail, d'autres modules étant par ailleurs en cours d'intégration.

La montée en charge de ce nouvel outil auprès des médecins apparaît donc incertaine, d'autant qu'aucune contrainte ne leur est imposée. Dans la convention médicale du 26 juillet 2011, la gestion des arrêts de travail dématérialisée est présentée comme un des téléservices disponibles. Elle constitue à ce titre un des éléments de l'organisation du cabinet et de la qualité de service dans le cadre de la généralisation de la rémunération à la performance prévue par la convention. Cependant, l'AAT n'étant pas isolé au sein de l'indicateur « informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser les téléservices », ce n'est qu'un des éléments pris en compte dans les 75 points que représente cet indicateur sur un total des 1 300 points (article 26 de la convention

Au vu de l'intérêt que présente pourtant le déploiement de l'avis de travail dématérialisé, dont les données seront intégrées automatiquement dans PROGRES à compter de la fin de l'année 2012, la mise en œuvre d'une utilisation contraignante auprès des médecins semblerait pertinente. L'objectif de moyen en termes d'équipement défini dans la convention médicale devrait être complété par un objectif de transmission dématérialisée des arrêts dans la perspective de sa généralisation progressive la plus rapide possible

En effet, cet outil permet non seulement d'intégrer automatiquement les éléments de l'arrêt de travail dans les applications métiers PROGRES et HIPPOCRATE, facteur de gains de productivité, mais aussi de mettre à disposition ces éléments dès le début de l'arrêt de travail sur une base informatique facilitant les contrôles des arrêts courts

⁵² Voir Chapitre III.III.A.1

et leur ciblage. Enfin, l'AAT en 5 clics intégrant les données indicatives d'arrêt de travail par pathologie validées par la Haute autorité de santé dans le cadre du référentiel IJ constitue un outil puissant de convergence des pratiques en termes de prescription.

4 - La dématérialisation en cours des déclarations de salaire

Afin d'améliorer les délais de transmission des déclarations de salaire et d'accroître la productivité de la liquidation des indemnités journalières, une dématérialisation des attestations de salaire est en cours de déploiement. Dans sa version actuelle, la solution proposée aux entreprises consiste dans le renseignement d'un formulaire en ligne sur le portail Net-entreprise⁵³. Un outil, qualifié d'« injecteur DSIJ », vient ensuite intégrer les éléments de la déclaration de salaire dans PROGRES, rendant la liquidation de l'indemnité journalière automatique.

Le déploiement auprès des employeurs apparaît très encourageant : 67 % des attestations étaient transmises de manière dématérialisée fin 2011, alors que l'objectif fixé par la convention d'objectif et de gestion était pour 2011 de 42 % . La part des entreprises n'utilisant pas DSIJ semble toutefois difficile à réduire avec la solution actuelle sur Net-entreprises, qui implique une saisie des éléments pour chaque salarié et est donc peu adaptée aux grandes entreprises. Afin de répondre à leurs attentes, la CNAMTS travaille sur une nouvelle solution reposant sur des échanges de fichiers avec les logiciels de paie des entreprises.

L'injection automatique des données des attestations de salaires dématérialisées dans PROGRES apparaît en revanche moins satisfaisante. L'injecteur DSIJ est déployé début 2012 dans l'ensemble des caisses, mais le taux moyen de dossiers liquidés automatiquement sans aucune reprise manuelle est de 40 % . Ces dossiers simples correspondent à ceux pour lesquels l'assuré est mensualisé et dont les autres informations administratives sont correctes. L'injecteur DSIJ vérifie et intègre trois éléments : les salaires (3 derniers mois) / les heures (vérification des 200 heures) et l'existence ou non de subrogation (oui/non). Il vérifie enfin la présence d'une prescription d'arrêt de travail dans le système et contrôle la cohérence des dates de l'attestation de salaire et de l'arrêt de travail.

Les cas complexes font l'objet d'une reprise manuelle (60 % des dossiers). Il s'agit en particulier des catégories socioprofessionnelles particulières (travail discontinu, période de référence annuelle, apprentis

⁵³ Portail internet permettant aux entreprises de réaliser leurs déclarations sociales en ligne.

et salaires avec primes pour les AT), de même que tous les dossiers comportant des pièces jointes. Certains aspects sont par ailleurs difficilement pris en charge par l'injecteur. Ainsi, la déclaration de reprise reposant sur le même formulaire que l'attestation de salaire initiale, le système note une anomalie lorsque l'entreprise renseigne à nouveau les salaires.

Compte tenu de la complexité de la réglementation, il semble difficile d'améliorer significativement le taux d'intégration automatique des attestations de salaires. Le type d'anomalies nécessitant une reprise manuelle des dossiers conduit les caisses à évaluer à 40 % environ la proportion de dossiers qui ne pourront être intégrés automatiquement à réglementation constante.

En termes de choix stratégiques, la démarche de la CNAMTS fondée sur la poursuite de deux chantiers de dématérialisation concomitants, mais non convergents peut en tout état de cause être questionnée. Le premier repose certes sur la numérisation des documents papier et s'inscrit dans une démarche plus globale de modernisation de la gestion interne des caisses. Le déploiement récent de ces outils révèle les délais sans doute longs de montée en charge qu'anticipe la CNAMTS de l'autre volet de dématérialisation, qui repose sur une dématérialisation à la source chez le médecin et depuis l'entreprise. Le choix d'accélérer la mise en œuvre de ce scénario plus structurant et ambitieux suppose une attitude plus contraignante vis-à-vis des médecins et une simplification de l'assiette des indemnités journalières.

D - Un objectif de délai de paiement difficile à améliorer à législation constante

L'amélioration du délai de paiement des indemnités journalières est un des objectifs principaux de la CNAMTS en matière de qualité de service. L'objectif de versement des indemnités journalières dans un délai raisonnable a notamment été formalisé dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2010-2013, qui prévoit que « *dans l'attente des évolutions réglementaires, l'assurance maladie proposera les modalités selon lesquelles un dispositif d'avance adapté, permettant de limiter l'impact pour l'assuré d'une trop longue absence de revenus, pourrait être mis en place* ». ⁵⁴ Si la CNAMTS n'a pas formulé à ce jour de proposition en ce sens, elle s'est attachée à améliorer le délai de paiement

⁵⁴ Cf. annexe 10 - Extrait de la convention d'objectif et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2010-2013

en définissant un objectif national assigné aux caisses dans le cadre de leur contrat pluriannuel de gestion (CPG).

Pour 2011, l'objectif national, exprimé en délai moyen de paiement, était de 35 jours pour 38,5 jours constaté. Il est difficile d'analyser la manière dont ce délai a évolué ces dernières années car l'indicateur a été modifié à deux reprises depuis 2008. Le délai constaté en 2008 était ainsi de 53 jours en moyenne pour le 8^{ème} décile, et respectivement de 64 et 70 jours en 2009 et 2010 pour le 9^{ème} décile⁵⁵. L'absence de stabilité de cet indicateur et le raisonnement à compter de 2011 en délai global moyen tendent à confirmer que les progrès réalisés portent plus aujourd'hui sur la moyenne globale que sur les dossiers payés dans les délais les plus longs (dans les 8^{ème} et 9^{ème} déciles). Le paiement des indemnités journalières du 9^{ème} décile en 70 jours en moyenne en 2010 signifie que 10 à 20 % des indemnités journalières sont payées dans un délai supérieur à 70 jours. L'observation d'un délai de paiement supérieur à deux mois pour les 10 à 20 % des dossiers les plus complexes est confirmée par les délais constatés fin 2011 pour le 9^{ème} décile dans les caisses visitées dans le cadre de l'enquête. Le délai maximum constaté est en revanche peu significatif, puisqu'il concerne quelques dossiers marginaux, mais révèle néanmoins l'existence de délais de paiement parfois excessivement longs.

**Tableau n° 3 – Délais de paiement observés dans trois CPAM
(2011)**

Indemnité journalières non subrogées

CPAM	Délai maximum	Moyenne 9 ^{ème} décile	Moyenne 5 ^{ème} décile	Moyenne 1 ^{er} décile
Macon	727	54	28	9
Troyes	420	50	19	8
Melun	891	70	28	10

⁵⁵ Le délai moyen du 10^{ème} décile n'a pu être communiqué par la CNAMTS

Indemnités journalières subrogées

CPAM	Délai maximum	Moyenne 9 ^{ème} décile	Moyenne 5 ^{ème} décile	Moyenne 1 ^{er} décile
Macon	667	76	28	10
Troyes	735	56	23	9
Melun	1023	102	32	10

Source : Données extraites de Webdélai-CNAMTS (novembre 2011)

En ce qui concerne le délai moyen de paiement, une relative convergence est observée dans les caisses en 2011, la majorité d'entre elles (60 %) payant la prestation entre 30 et 40 jours. Un tiers des caisses ont cependant un délai moyen supérieur à 40 jours et pour 18 inférieur à 30 jours.

La difficulté pour les caisses à améliorer ce délai tient à plusieurs problèmes. Le délai démarre dès le 1er jour de l'arrêt et inclut donc le délai d'envoi de l'arrêt de travail par l'assuré -en principe dans les deux jours- et le délai d'envoi de l'attestation de salaire. Afin d'assurer la prise en charge anticipée des arrêts de travail dès leur arrivée, les caisses sont soumises dans le cadre de leur CPG à un objectif de saisie de ces arrêts sous sept jours. Le délai de saisie constaté en 2011 est de 10 jours.

Si le délai de 48 heures est généralement respecté par le salarié, l'employeur n'est soumis à aucune obligation de délai pour la communication de l'attestation de salaire. Or, les caisses ne liquident l'indemnité journalière qu'à réception des attestations de salaire et ne relancent les employeurs que lorsque le salarié signale à la caisse qu'il n'est pas encore payé. L'amélioration du délai de paiement est donc largement conditionnée par celle du délai d'envoi des attestations de salaire.

Le délai suivi ne porte par ailleurs que sur les indemnités journalières non subrogées, dans un souci de service rapide d'un revenu de remplacement à l'assuré. Dans une perspective de développement de la subrogation (cf.infra), il conviendrait d'inclure également un objectif de délai de paiement des indemnités journalières subrogées, à distinguer toutefois du délai non subrogé. Au regard des délais observés dans les trois caisses visitées, cette absence d'objectifs pour la subrogation semble conduire à des délais plus élevés pour les indemnités journalières posant des difficultés particulières (dans les déciles les plus élevés).

II - La simplification de la réglementation : une condition de la modernisation de la gestion et de la garantie de l'équité

Eu égard à la complexité de la réglementation relative aux IJ, la portée des processus de modernisation en cours risque d'être limitée par la nécessité de régler une partie importante des situations en marge du processus d'automatisation. Une réforme ambitieuse portant sur l'évolution de l'assiette apparaît donc nécessaire. Le recours encore limité à la subrogation des indemnités journalières subrogées (payées directement à l'employeur) pose par ailleurs la question de son développement comme complément à la modernisation globale de la gestion des indemnités journalières.

A - Une simplification toujours en devenir

Des initiatives locales tentent de surmonter la complexité de la réglementation à travers la structuration d'une activité de veille et de diffusion de l'information juridique. Ainsi, la CPAM de Melun met à disposition de ses techniciens un guide méthodologique complet relatif à la réglementation et aux procédures relatives aux IJ. Ce guide élaboré conjointement avec la CPAM d'Evry est régulièrement mis à jour par des techniciens référents, chargés de la veille réglementaire et des évolutions applicatives. La plupart des caisses ont par ailleurs développé des outils simples (formulaires de calcul de type Excel) permettant aux techniciens d'effectuer des calculs intermédiaires nécessaires à la liquidation des IJ.

Malgré ces initiatives, l'attente d'outils nationaux tant réglementaires qu'opérationnels est d'autant plus forte que ces guides et modes opératoires locaux font apparaître des différences de mise en œuvre des règles.

Comme déjà indiqué, la CNAMTS a entrepris un travail de mise à plat des dispositions applicables aux indemnités journalières qui est en phase de finalisation par un groupe de travail réunissant plusieurs directions de la CNAMTS en vue de l'élaboration d'un référentiel. En revanche, aucun outil méthodologique de type « mode opératoire national », qui déclinerait l'intégralité des actions de mise en œuvre de la réglementation dans chacune des applications métier n'est prévu à ce stade.

Surtout, malgré les recommandations de la Cour dans le RALFSS 2004 et dans celui de 2006⁵⁶, le dossier de la simplification de la réglementation n'a guère progressé. Ce dossier a certes fait l'objet de nombreux groupes de travail entre la CNAMTS et la direction de la sécurité sociale⁵⁷ mais n'a pas à ce jour conduit à des modifications d'ampleur, du fait souvent de la difficulté à chiffrer précisément le coût global et les transferts de charges associés à la réforme d'une réglementation particulièrement complexe, qui a freiné toute prise de décision en la matière.

La convention d'objectif et de gestion 2010-2013 prévoit cependant que l'assurance maladie et l'Etat doivent proposer une évolution de l'assiette, des salaires pris en compte et des périodes de référence en vue de simplifier et d'harmoniser les modalités de calcul des indemnités journalières⁵⁸. Elle insiste particulièrement sur la nécessité de simplifier la gestion des situations de chômage, de multi-employeurs et d'intérim. Aucune réforme n'a pourtant à ce stade débouché.

Seules quelques évolutions marginales ont été ainsi introduites ces dernières années, telles que :

- la modification du calcul du gain journalier en 2010. Alors que celui-ci était calculé sur une base de 360 jours, cette base est de 365 jours depuis le 1^{er} décembre 2010⁵⁹. Cette évolution est à l'origine d'une économie évaluée par la DSS à 115 M€ en année pleine (et de 105 M€ net de CSG et CRDS) ;

- la suppression de la majoration des IJ maladie. Cette majoration ne subsiste que pour les assurés ayant plus de 3 enfants et au-delà de 6 mois (article R. 323-5 du code de la sécurité sociale).

⁵⁶ Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2004, chapitre I, «Les dépenses de la sécurité sociale» (p.34 à 38), Cour des comptes, septembre 2004 et Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2006, chapitre V, «Les suites données à certaines recommandations précédentes de la Cour» (p.146), Cour des comptes, septembre 2006

⁵⁷ Par exemple « *Synthèse des propositions de réformes des indemnités journalières de la CNAMTS et positions de la DSS* » dans le cadre de l'observatoire de la complexité administrative.

⁵⁸ Cf. annexe 10 - Extrait de la convention d'objectif et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2010-2013.

⁵⁹ Décret n° 2010-1305 du 29 octobre 2010 (concrètement pour les IJ maladie et maternité, cette modification conduit à diviser la somme des 3 mois de salaires bruts pris en compte pour le calcul de l'IJ maladie par 91,25 et non plus par 90 et pour les IJ AT-MP à diviser le dernier salaire par 30,42 au lieu de 30).

L'absence de revalorisation en 2010 et 2011 des indemnités journalières de plus de trois mois est quant à elle plus une mesure d'économie, à hauteur de 10 M€, que de simplification.

Les pouvoirs publics ont cherché cependant à l'automne 2011 à proposer une harmonisation des assiettes pour les trois risques dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, mais ils ont renoncé à cette mesure lors de la discussion parlementaire, qui a en définitive abouti à plafonner le montant des IJ en fonction du salaire brut⁶⁰.

Cette réforme réduit le plafond maximal des indemnités journalières qui passe de 48,43 € à 41,38 € et modifie sa base de référence qui devient le SMIC et non plus le plafond de la sécurité sociale (un sept cent trentième du plafond de sécurité sociale en 2011 soit $1/730 \times 35\,352 \text{ €} = 48,43\text{€}$). A partir du 1^{er} janvier 2012, le montant maximal des indemnités journalières versé à l'occasion d'arrêts maladie au lieu d'être exprimé en fonction du plafond de sécurité sociale, est exprimé par référence à 1,8 SMIC. Le salaire maximal pris en compte pour le calcul de l'indemnité journalière est corrélativement diminué, passant du plafond de la sécurité sociale à 1,8 SMIC (soit $1\,398,37 \text{ €} \times 1,8 = 2\,517,07\text{€}$).

Si elle contribue à la limitation des dépenses d'indemnités journalières avec une économie évaluée à 200 M€, cette mesure ne répond pas aux objectifs de la COG, en termes de simplification de la réglementation relative aux indemnités journalières et ne permettra pas d'en améliorer la gestion.

B - Des évolutions réglementaires souhaitables a minima

Sans remettre en cause l'assiette de calcul des indemnités journalières, une simplification de leur gestion a minima est indispensable et suppose de faire évoluer sur quelques points la réglementation.

Dans le cadre de travaux conduits par la CNAMTS en 2003⁶¹, plusieurs sujets avaient été examinés. A défaut de réforme de plus large

⁶⁰ Voir Chapitre II.II.A

⁶¹ « Synthèse des propositions de réformes des indemnités journalières de la CNAMTS et positions de la DSS » faite dans le cadre de l'observatoire de la complexité administrative.

portée et dans la perspective du déploiement de la déclaration sociale nominative (DSN- cf infra), il est nécessaire que ce chantier soit repris et aboutisse à partir d'études d'impact précises en termes à la fois d'incidence sur les situations individuelles et d'appréciation de coût aux arbitrages souhaitables pour la poursuite des objectifs d'efficacité et de qualité de la gestion d'une part et d'équité des prestations d'autre part. A ce titre, une évolution vers une logique de plus grande forfaitisation pourrait sans doute apparaître, sur certains points, préférable au maintien de modalités de calcul qui semblent parfois inutilement complexes.

1 - Une meilleure articulation entre IJ et indemnisation chômage

La problématique de l'articulation de l'indemnisation maladie et de l'indemnisation chômage a été soulevée à plusieurs reprises⁶², sans aboutir. Or celle-ci soulève des questions d'efficience et de qualité de service pour la gestion des indemnités journalières à régler aux demandeurs d'emploi. Celles-ci sont généralement réglées dans des délais particulièrement longs du fait de la difficulté à reconstituer les éléments de salaires sur la base desquels les calculer. Ces données sont par ailleurs peu sécurisées car non issues de l'employeur ou de Pôle emploi, mais de bulletins de salaires communiqués par l'assuré.

Plusieurs mesures de simplification pourraient être envisagées permettant le règlement des indemnités journalières aux demandeurs d'emploi dans un délai raisonnable. Ainsi, alors que le calcul des IJ des demandeurs d'emploi repose sur la communication de copies des bulletins de salaires précédant la période de chômage, une communication systématique et automatique des données de salaire dont dispose Pôle emploi aux CPAM devrait tout d'abord être envisagée⁶³. En outre, de manière à ne pas entraîner de rupture de ressources pour les assurés, souvent déjà en situation sociale difficile, la possibilité de subrogation des IJ pourrait être examinée (l'assurance maladie remboursant Pôle emploi comme c'est le cas pour un employeur), sous l'angle d'une évaluation des échanges administratifs et des flux financiers nécessaires à cet effet, ainsi qu'au regard du traitement des situations

⁶² Rapport IGF-IGAS de 2003 et « *Synthèse des propositions de réformes des indemnités journalières de la CNAMTS et positions de la DSS* » dans le cadre de l'observatoire de la complexité administrative.

⁶³ Pôle emploi dispose des douze derniers mois de salaires, qui sont nécessaires au calcul de l'indemnisation chômage.

exceptionnelles pour lesquelles le niveau des indemnités journalières peut être supérieur à celui des allocations chômage⁶⁴.

2 - Le paiement de l'IJ de l'arrêt précédent en cas de pluralité d'arrêts sur une période donnée

Afin d'éviter le calcul à chaque nouvel arrêt d'une nouvelle IJ, alors même que le dernier arrêt est récent et qu'un nouveau calcul conduit souvent au même montant d'IJ, le montant d'IJ servi à l'occasion d'un premier arrêt pourrait être maintenu pour tous les arrêts prescrits durant une période à définir⁶⁵.

Ce dispositif, qui éviterait un nouveau calcul de l'indemnité, permettrait de réduire les délais de liquidation, d'améliorer la qualité de service aux assurés et de simplifier les formalités des entreprises qui n'auraient plus à renseigner plusieurs attestations de salaires successives. Il n'emporterait a priori que peu d'impact en termes de montants perçu pour la majorité des salariés et ne devrait donc pas avoir d'incidences sur la dépense globale. Une procédure corrective pourrait être étudiée pour les cas minoritaires de salariés qui verraient leurs revenus substantiellement varier au cours de l'année.

3 - La simplification des attestations de salaire

Dans la perspective d'une disparition des attestations de salaire au profit d'une récupération à la source des données de salaire des entreprises (projet de déclaration sociale nominative : DSN⁶⁶), la pertinence de certains éléments de l'attestation de salaire mérite d'être réexaminée :

- le rétablissement des salaires en cas d'absence autorisée

L'employeur doit actuellement indiquer sur l'attestation de salaire le nombre de journées d'absence des salariés sur les trois derniers mois et préciser si ces absences étaient autorisées, donc peuvent donner lieu à rétablissement de salaires pour le calcul des IJ. Au vu de la complexité à rétablir ces salaires, une mesure de simplification radicale pourrait

⁶⁴ Cette situation correspond au cas où le montant des indemnités journalières (calculé sur la base des salaires antérieurs à la période de chômage) peut se révéler supérieur au montant de l'allocation chômage précédant immédiatement l'arrêt de travail (notamment pour les chômeurs de longue durée).

⁶⁵ Les travaux conduits par la CNAMTS envisageaient une période de douze mois.

⁶⁶ Voir Chapitre II.II.C.1

consister à ne procéder à ces rétablissements que par exception, c'est-à-dire de permettre aux employeurs d'envoyer une attestation de salaire spécifique pour les seuls cas où ils jugent ce rétablissement nécessaire et à ne procéder à ce rétablissement que sur demande du salarié ou de l'employeur. Il est à noter que la déclaration sociale nominative (DSN) devrait évoluer dans ce sens en permettant de ne renseigner le salaire rétabli que lorsque cette donnée est nécessaire.

- la date de dernier jour effectif de travail

Sur l'attestation de salaire initiale, l'employeur doit indiquer le dernier jour de travail du salarié, qui constitue la date d'examen du droit aux prestations en espèces. En vue de simplifier les éléments à déclarer par l'entreprise, notamment dans la perspective d'une alimentation à la source des données de salaires des entreprises (projet DSN), il conviendrait d'envisager la possibilité de prendre en compte comme date de début des droits la date de début de l'arrêt de travail indiquée sur l'arrêt de travail par le médecin. Cette donnée présente l'avantage d'être déjà disponible et systématiquement renseignée dans PROGRES et constitue le début de la prescription médicale.

- la date de reprise

Dans de nombreuses caisses, l'employeur doit procéder successivement pour un même arrêt à l'envoi de deux attestations de salaires distinctes, et ceci bien que sur le plan juridique les textes n'exigent de nouvelle attestation que pour les reprises anticipées de travail. La première porte mention des salaires des trois derniers mois et permet le calcul de l'IJ, la seconde, qui repose sur le même formulaire, n'a pour objet que de communiquer la date de reprise du travail à la CPAM. Dans un souci d'allégement de cette procédure, certains employeurs ne procèdent qu'à un seul envoi, reportant ainsi la communication des salaires, à la date de reprise du travail. Lorsqu'elle n'est pas renseignée avec les salaires, l'envoi de cette seconde attestation par les employeurs est aléatoire. Certaines CPAM pratiquent un délai de rétention, en ne versant pas les trois derniers jours d'IJ précédant le terme de l'arrêt de travail et ne liquident ces trois jours d'IJ qu'à réception de la date de reprise. Cette pratique, qui génère une liquidation supplémentaire pour une même IJ est critiquable, d'autant que, comme le souligne la CNAMTS, elle n'est ni conforme à la réglementation ni à l'objectif de simplification.

Afin de rendre cette règle plus lisible pour les employeurs et d'ajuster les IJ à la durée réelle de l'arrêt, il pourrait être envisagé d'inverser le principe en exigeant des employeurs qu'ils ne

communiquent la date de reprise que dans le cas des reprises anticipées du travail.

C - L'évolution de l'assiette, condition d'une réelle simplification

1 - L'évolution de l'assiette : un préalable nécessaire

a) La recherche d'une alternative aux attestations de salaires

Compte tenu de la complexité de renseignement des attestations de salaire et de leur délai de communication par l'employeur, qui est souvent à l'origine de retards dans la liquidation des indemnités, plusieurs sources alternatives à ces déclarations ont été envisagées. Aucune réforme n'a pour l'instant abouti au vu des implications importantes d'une évolution de la source sur l'assiette, les conditions d'ouverture de droits et les modalités de calcul de la prestation.

La CNAMTS évaluait en 2003 à 20 % la part des attestations de salaires comportant des erreurs dans le bloc « salaires de référence »⁶⁷, du fait de la difficulté pour les employeurs de se retrouver dans le maquis des différentes définitions du salaire de référence, en maladie, maternité et accidents de travail. Ces erreurs de remplissage sont à l'origine d'échanges multiples avec les employeurs (retour d'attestations de salaire erronées), qui génèrent des retards dans le délai de liquidation comme évoqué supra. L'évolution de l'assiette et de sa source est déterminante pour la simplification des formalités des assurés et des employeurs en vue de leur offrir une meilleure qualité de service.

Les sources étudiées présentent les caractéristiques de ne pas reposer sur une demande supplémentaire d'information aux employeurs, mais d'utiliser des données de salaires déclarées par les employeurs dans un autre contexte.

- L'utilisation des données fiscales

L'assiette envisagée correspond au salaire net imposable déclaré, dans le souci de ne retenir dans l'assiette que des éléments de salaires permettant de préserver le principe de solidarité professionnelle. La principale difficulté liée à cette assiette réside dans le décalage dans le

⁶⁷ « Synthèse des propositions de réformes des indemnités journalières de la CNAMTS et positions de la DSS » dans le cadre de l'observatoire de la complexité administrative

temps entre la confirmation de l'assiette fiscale (septembre n pour les revenus de n-1) et le calcul du montant de l'IJ qui peut intervenir pour un arrêt maladie en n (voire au 1^{er} semestre de n+1) sur la base des revenus salariaux de n-1. Ce décalage théorique serait en moyenne de deux ans, conduisant à distendre le lien entre l'assiette et le revenu de remplacement que constitue l'IJ. Son principal inconvénient réside donc dans l'impossibilité de prendre en compte les changements de situations intervenus entre n-1 et mi n+2. Cette solution présente cependant l'avantage de la simplicité et de l'universalité dans le calcul de l'IJ et permettrait notamment de servir rapidement une IJ aux salariés les plus précaires sur la base de leurs salaires de n-1. Elle devrait reposer sur une transmission automatisée de la donnée « salaire net imposable » par la direction générale des finances publiques à la CNAMTS sur la base du NIR, dans le respect des exigences de protection des données personnelles prévues par la CNIL.

Utilisée par la branche famille pour les prestations sous condition de ressource, il apparaît regrettable que la source fiscale n'ait pas été explorée plus précisément comme assiette éventuelle des indemnités journalières en parallèle aux travaux sur le projet de DSN. Elle pourrait apparaître comme une alternative possible dans l'hypothèse où la date de mise en œuvre de la DSN, prévue le 1^{er} janvier 2016, ne serait pas respectée et où le périmètre de déploiement ne concernerait pas la totalité des entreprises. .

La CNAMTS se propose cependant désormais de conduire une étude de faisabilité à ce sujet. Une évolution vers l'assiette fiscale induirait en effet des évolutions réglementaires importantes, mais aussi des développements techniques et informatiques liés au changement simultané de source, d'assiette et de modalités de calcul.

- L'utilisation des données sociales déclarées par les entreprises à l'URSSAF

La direction de la sécurité sociale et la CNAMTS étudient actuellement cette piste dans le cadre du projet de modernisation des déclarations sociales.

Les travaux correspondants sont conduits par le GIP-MDS (groupement d'intérêt public modernisation des déclarations sociales), créé en 2000 et qui a pour mission de mutualiser les moyens et les expertises des organismes de protection sociale en termes de dématérialisation, et surtout de faciliter aux entreprises et à leurs représentants l'accès aux déclarations dématérialisées. Il met en œuvre et pilote le site www.net-entreprises.fr afin de permettre aux entreprises d'effectuer et de régler leurs déclarations sociales. Ce site permet

actuellement d'effectuer, par internet, de manière sécurisée, simple et gratuite, les principales déclarations sociales. Le GIP-MDS regroupe les organismes de protection sociale⁶⁸, ainsi que les représentants de la prévoyance collective, de la mutualité et des assurances. Les fédérations patronales, trois confédérations de salariés, les représentants des grands utilisateurs que sont les éditeurs de logiciels et les experts comptables en sont membres associés.

La première source envisagée réside dans les DADS (déclaration annuelle des salaires), mais ces déclarations n'étant qu'annuelles présentent l'inconvénient, comme la source fiscale (cf. supra) de ne pas refléter la situation professionnelle immédiate des salariés. La recherche d'une source simple, immédiatement disponible et permettant de servir les indemnités journalières dans des délais rapides aurait toutefois dû justifier déjà depuis longtemps un examen attentif de la possibilité de recourir à la DADS.

La mise en place d'une déclaration sociale nominative (DSN), déclaration mensuelle et unique des données sociales, conformément à la loi Warsmann adoptée le 29 février 2012⁶⁹ qui prévoit l'utilisation de la DSN à compter du 1^{er} janvier 2013 sur la base du volontariat des entreprises et sa mise en œuvre obligatoire au 1^{er} janvier 2016 constitue cependant une perspective de nature à faciliter la modernisation de la gestion des IJ. La DSN a vocation à remplacer la quasi-totalité des déclarations sociales actuelles⁷⁰ et présente l'intérêt de simplifier les déclarations des entreprises qui n'auraient qu'une déclaration à réaliser mensuellement. Ce dispositif permettra un accès ou un transfert direct et immédiat des données de salaires aux caisses, ce qui sécurisera le processus et autorisera surtout de procéder plus rapidement au calcul et au paiement des indemnités journalières quand ce projet très complexe aura effectivement abouti.

⁶⁸ ACOSS, AGIRC-ARRCO, CNAVTS, Pôle Emploi, CNAMTS, MSA, RSI...

⁶⁹ Proposition de loi de M. Jean-Luc WARSMANN relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, n° 3706, déposée à l'Assemblée nationale le 28 juillet 2011.

⁷⁰ A savoir sept déclarations sociales existantes périodiques : DADS-U (déclaration automatisée des données sociales), DUCS (déclaration unifiée de cotisations sociales), BRC (bordereau récapitulatif des cotisations), ADV (avis de versement), TR (tableau récapitulatif), ENA (état nominatif annuel), DRA (déclaration de régularisation annuelle) ; et quatre déclarations sociales existantes événementielles : AE (attestation employeur Assedic) ; DSIJ (Déclaration des indemnités journalières) ; bordereau d'affiliation et de radiation, DCS (déclaration congés-spectacles).

b) La nécessité d'une simplification des conditions d'ouverture de droits

Dans le cadre des réunions de travail sous l'égide du GIP-MDS, la CNAMTS et la direction de la sécurité sociale envisagent une mise en œuvre de la DSN sur la base de la réglementation actuelle des indemnités journalières. Pourtant, plusieurs points relatifs aux conditions d'ouverture de droits mériteraient d'être simplifiés, afin de ne pas créer de nouvelles contraintes pour les entreprises. Ainsi, il apparaîtra sans doute nécessaire de revoir la règle des 200 heures et des 800 heures au profit de son équivalence en montant de salaire cotisé, de manière à n'utiliser que les éléments de salaires contenus dans les DSN mensuelles. Il conviendra par ailleurs de s'interroger sur l'utilité de la date de dernier jour de travail et de la date de reprise, qui nécessiteront à réglementation constante des DSN complémentaires aux DSN mensuelles (dites « évènementielles»). En outre, une attention particulière devra être accordée au traitement des indemnités journalières complexes. Une consolidation des données de salaire par salarié, quelle que soit la fréquence de l'activité et le nombre d'employeurs devra pouvoir être réalisée automatiquement à travers le NIR, permettant le regroupement de données issues de plusieurs DSN. Cette préoccupation implique que l'obligation de la DSN porte sur la totalité des entreprises, y compris les plus petites, ou à défaut qu'une solution alternative soit prévue pour les salariés qui n'entreraient pas dans le champ de la DSN. Enfin, des choix d'infrastructure en termes de système d'information devront être réalisés pour conserver le principe d'une injection automatique des données en vue d'une liquidation automatisée dans PROGRES.

L'utilisation de la DSN devrait permettre de réels progrès dans la gestion des indemnités journalières en termes de gain de productivité et de qualité de service sans toutefois remettre en cause les principes généraux de la prestation. Elle ne produira toutefois pleinement ses effets que si est simplifiée dans le même temps au moins sur certains points clés la réglementation relative aux indemnités journalières, afin de ne pas accroître la charge administrative pour les entreprises. A cet égard, il conviendrait sans attendre de procéder à l'harmonisation de l'assiette de calcul des différentes indemnités journalières.

2 - La nécessité d'une harmonisation des assiettes des IJ maladie, maternité et AT-MP

L'automatisation de la transmission des données de salaire employeur ne pourra pleinement être efficace que dans la mesure où une seule assiette sera utilisée. Il est en effet difficile d'imaginer de demander

aux employeurs de renseigner mensuellement les informations nécessaires au calcul des IJ maladie, maternité et AT-MP pour l'ensemble de leurs salariés avec les assiettes différentes actuellement utilisées.

La piste la plus simple en termes d'harmonisation consisterait à retenir le salaire brut - déjà utilisé pour le calcul des IJ maladie - comme assiette des IJ maternité et AT-MP, en modulant les taux de couverture de manière à garantir les niveaux de remplacement actuels qui diffèrent selon les risques.

Dans le cadre du PLFSS 2012, le gouvernement a formulé une proposition d'harmonisation des assiettes, mais en proposant une harmonisation sur la base du salaire net (assiette des IJ maternité⁷¹). Pour les IJ maladie, au lieu d'un taux de remplacement de 50 % du salaire brut, l'IJ aurait correspondu à 60 % du salaire net. Cette mesure aurait permis un début de convergence entre les modalités de calcul des IJ maladie et maternité et se serait accompagnée d'une évolution à la marge du mode de calcul des IJ maternité et AT-MP, en vue de retenir un mode de calcul du net sur la base d'un abattement forfaitaire et non plus d'une déclaration des entreprises. En effet, le salaire net retenu actuellement pour les IJ maternité est en réalité un « faux net » car il correspond au gain journalier brut - somme des cotisations de base - CSG de base et non net de la CRDS. La complexité de ce mode de calcul conduit souvent les employeurs à appliquer eux-mêmes un abattement de 19,8 % dans les logiciels de paie. La proposition de réforme entraînait donc une économie d'environ 15 M€ par an avec des impacts différenciés selon les taux de cotisations sociales pratiqués.

Au terme d'un débat parlementaire très nourri, ce projet de réforme a finalement été abandonné. Si cette mesure présentait l'avantage d'une simplification importante, dans la perspective de la mise en place de la DSN, pour les employeurs qui n'auraient eu qu'une information à communiquer aux caisses (le salaire brut, qui aurait ensuite été abattu forfaitairement) et pour les salariés, qui auraient bénéficié d'une meilleure lisibilité du taux de remplacement exprimé en net (le salaire net étant plus explicite pour eux), elle présentait toutefois la difficulté d'entraîner une baisse du taux réel de remplacement pour les IJ maladie. Ceci conduisait soit à une baisse de revenu pour les salariés, soit à un transfert de charges vers les entreprises (pour les salariés bénéficiant d'un maintien de salaire). La diminution du taux réel de remplacement pour les IJ maladie représentait ainsi une économie potentielle pour l'assurance maladie évaluée à 200 M€.

⁷¹ Voir Chapitre II.II.A

Les travaux réalisés en amont de cette proposition de réforme montrent toutefois que dans un contexte de stabilité du niveau de remplacement du salaire brut (50 % depuis 1945 pour les IJ maladie), le taux de remplacement net des IJ a progressivement augmenté sous l'effet de la croissance des charges sociales, puisqu'il n'a pas été revu en fonction de l'évolution du salaire net. Ainsi, il était en 1990 de 61 % contre 54,5 % en 1970. L'assujettissement des IJ aux prélèvements sociaux à compter de 1991 (CSG de 1,1 %) qui ont progressé jusqu'à 6,7 % au total au titre de la CSG et de la CRDS a limité par la suite cette augmentation du taux de remplacement net. Il atteint encore toutefois 59,7 % en 2011.

La proposition de l'alignement de l'assiette IJ sur le salaire net (assiette des IJ maternité) n'apparaît en revanche d'un point de vue technique pas la plus simple puisqu'elle impose de recourir à un abattement forfaitaire du brut pour reconstituer un salaire net théorique. Ce calcul crée logiquement des inégalités entre assurés dont les taux réels de cotisation peuvent différer de la moyenne (l'écart entre le salaire brut et le salaire net diffère notamment selon le niveau de rémunération). Toutes choses égales par ailleurs, une harmonisation de l'assiette des indemnités journalières sur la base du salaire brut soumis à cotisations serait plus aisée car cette donnée est la plus simple à recueillir auprès des entreprises.

La CNAMTS a conduit dès 2003 des travaux d'évaluation de l'incidence d'une telle réforme reposant sur la prise en compte du salaire brut comme assiette de l'ensemble des IJ maladie, maternité et AT-MP. Les analyses alors conduites gagneraient à être approfondies de manière à évaluer précisément l'impact d'un tel changement d'assiette, à le lisser en fonction d'objectifs de neutralité des taux de remplacement réels et de stabilité de la dépense globale.

Une harmonisation sur la base du salaire brut permettrait de fait de payer les indemnités journalières dans un meilleur délai. La simplification de la communication des éléments de salaires par les entreprises (qui raisonnent plus facilement en brut) éviterait les problèmes de détermination des taux de cotisations et simplifierait la tâche des techniciens des caisses. Cette évolution permettrait surtout d'améliorer le taux d'intégration automatique des DSIJ dans PROGRES, et donc d'améliorer la productivité de la gestion des IJ, tout en améliorant la qualité de service.

D - Une subrogation peu développée mais un levier complémentaire de modernisation

La subrogation consiste pour l'employeur à percevoir directement de l'assurance maladie les indemnités journalières dues à son salarié lorsqu'il assure à ce dernier un maintien de salaire total ou partiel. Cette procédure simplifie substantiellement la gestion des IJ, puisque c'est l'employeur qui accomplit seul les démarches, le salarié recevant de celui-ci le montant de ses indemnités journalières et généralement un complément de salaire sans rupture de continuité du fait de ne pas avoir à attendre que l'ensemble de la procédure de liquidation ait eu lieu. La CPAM, pour sa part, n'a qu'un interlocuteur ce qui facilite les échanges éventuels.

La subrogation

En cas de maintien total ou partiel de salaire, l'employeur peut demander que les indemnités journalières dues à son salarié par la sécurité sociale lui soient versées directement dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal auxdites indemnités pour la période considérée. Dans ce cas, conformément à l'article R. 323.11 4 du code de la sécurité sociale, l'assuré doit autoriser l'employeur à percevoir ses indemnités.

1 - Seulement un tiers d'indemnités subrogées

Malgré ses avantages, la subrogation ne concerne environ qu'un tiers du total des IJ payées (33 % en 2010). Elle est généralement corrélée au maintien de salaire. Malgré l'augmentation de la population couverte par le maintien de salaire depuis 2008 (avec la diminution à un an au lieu de trois de l'ancienneté nécessaire pour bénéficier du maintien de salaire de l'employeur prévu par la loi de 1978 relative à la mensualisation), la part des indemnités journalières subrogées n'a que faiblement augmenté ces dernières années.

Coïncidant avec un maintien de salaire, la subrogation est généralement pratiquée sur une période de trois mois et l'est rarement au-delà de neuf mois (le maintien de salaire pour les salariés de plus d'un an d'ancienneté étant prévu par la loi au minimum pour deux mois et au maximum pour six mois).

En outre, il n'existe pas une corrélation systématique entre maintien de salaire et subrogation. Les CPAM constatent des pratiques variables selon les employeurs, tant en termes de mise en œuvre de la subrogation que de durée de subrogation. La décision des entreprises de recourir ou non à la subrogation est souvent liée aux politiques de lutte

contre l'absentéisme conduites par les établissements. En effet, si la subrogation présente l'avantage pour le salarié de ne pas subir de perte temporaire de revenu, elle est perçue parfois par l'entreprise comme l'amenant à ne pas prendre conscience de la conséquence financière de son arrêt de travail. Ainsi, la subrogation est plus fréquemment pratiquée par les grandes entreprises : en Seine et Marne, dix entreprises perçoivent à elles seules 10 % du total des IJ subrogées (parmi celles-ci figurent les plus gros employeurs du département dont Eurodisney ou encore la CPAM).

2 - Une absence d'orientation nationale en matière de subrogation

Bien que dans le cadre de groupes de travail avec la direction de la sécurité sociale en 2003, la CNAMTS ait plaidé pour la généralisation de la subrogation, celle-ci ne constitue pas un enjeu prioritaire pour elle.

Dans le cadre des CPG conclus entre la CNAMTS et les caisses, l'indicateur relatif aux délais de paiement des IJ ne concerne d'ailleurs que les IJ non subrogées. Si cette concentration de l'objectif sur les salariés semble légitime dans le souci d'éviter des ruptures de ressources, il est aussi révélateur de l'absence de priorité donnée au développement de la subrogation. Les CPAM visitées dans le cadre de l'enquête ont fait largement apparaître la subrogation comme une non préoccupation pour les elles, s'agissant d'un sujet qui concerne l'employeur.

Dans le rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale de 2004⁷², la Cour avait souhaité le développement de la subrogation, dans une perspective d'amélioration de la gestion des IJ et de la qualité de service rendu aux assurés et en 2006, elle soulignait l'« *attitude passive de la CNAMTS* » sur ce sujet. La situation n'a ainsi guère évolué.

3 - Un développement souhaitable dans le cadre du projet de déclaration sociale nominative

Le développement de la subrogation, s'il est toujours souhaitable du point de vue de l'amélioration de la gestion des IJ et de la qualité de service à l'assuré, ne pourra être développé que si les employeurs y trouvent un intérêt ou y sont incités. Ceux-ci devront notamment articuler

⁷² Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2004, chapitre I, « Les dépenses de la sécurité sociale » (p.34 à 38), Cour des comptes, septembre 2004.

leur politique de lutte contre l'absentéisme avec ce dispositif. L'extension de cette pratique pourrait être discutée avec les partenaires sociaux en contrepartie de l'allégement des formalités administratives qui apparaît comme une perspective réelle dans le cadre de la mise en œuvre de la future DSN. Les dispositions prévues à ce stade devraient inciter les entreprises à recourir à la subrogation car elles seraient ainsi dispensées de signaler le début d'arrêt de travail par une DSN complémentaire (l'employeur faisant l'avance de l'IJ au salarié, le signalement pourrait n'intervenir que dans la DSN mensuelle).

Une telle incitation à la généralisation de la subrogation ne transférerait pas pour autant le coût de l'indemnisation sur les entreprises, contrairement au modèle dominant dans les autres pays européens⁷³ qui est celui de la prise en charge des arrêts de courte durée par l'employeur, qui en supporte le coût, éventuellement en s'assurant contre ce risque, comme le montre le tableau suivant.

⁷³ Voir Tableau n° 4

Tableau n° 4 – Prise en charge des arrêts maladie en Europe (2003)

	CONDITIONS ET NIVEAU DU MAINTIEN DE SALAIRE PAR L'EMPLOYEUR	MODALITES DE FINANCEMENT
France	→ pour les salariés ayant plus d'un an d'ancienneté (depuis 2008, auparavant ancienneté de trois ans) → au taux de 90 % de la rémunération brute dans les 30 premiers jours d'arrêt, puis aux deux tiers pendant les 30 jours suivants (les durées d'indemnisation sont augmentées de 10 jours par période entière de cinq ans d'ancienneté supplémentaire, sans que chacune d'elle puisse dépasser 90 jours)	L'entreprise perçoit les indemnités journalières de l'assurance maladie (égales à 50% du salaire brut*) dans le cadre de la subrogation. *ou à 66% du salaire brut pour les salariés ayant plus de 3 enfants à partir du 31ème jour d'arrêt
Allemagne	→ pour tous les salariés présents dans l'entreprise depuis 4 semaines au moins → au taux de 100 % du salaire mensuel hors primes et heures supplémentaires → pendant une durée de 6 semaines maximum par an et par pathologie	Dans les entreprises de moins de 20 salariés, le coût de ce maintien de salaire est mutualisé à concurrence de 80 % du salaire maintenu. Le remboursement est confié à un fonds financé par les employeurs au prorata du nombre de salariés.
Grande Bretagne	→ si le salarié est absent plus de 4 jours calendaires en une ou plusieurs fois sur une période de 2 mois → pendant une durée maximale de 28 semaines → à hauteur de 280 euros si le salaire est de moins de 900 euros par mois, et 375 euros au-delà	Ces indemnités sont remboursées à l'employeur par le système de sécurité sociale. Si l'intéressé n'a pas d'employeur, une indemnité de 255 euros par mois est servie par le système de sécurité sociale sous réserve d'une durée de cotisations antérieure.
Italie	La législation ne prévoit pas le maintien du salaire, qui est par contre très fréquent dans les contrats de travail et conventions collectives.	
Espagne	→ au minimum pendant les 15 premiers jours de l'arrêt → à hauteur de 60 % d'un montant fixé réglementairement	L'employeur peut récupérer le montant payé au-delà du 16e jour auprès du système de sécurité sociale.
Suède	→ dans la limite de 14 jours en une ou plusieurs fois → à concurrence de 80 % du salaire, restant à la charge de l'employeur → quelles que soient la taille et la forme juridique de l'entreprise	
Norvège	→ maintien de salaire intégral → pendant les 16 premiers jours de l'arrêt → quelle que soit la taille de l'entreprise	L'employeur assume seul cette indemnisation (pas de mutualisation)
Pays-Bas	→ pendant 52 semaines (les arrêts espacés de moins de 4 semaines étant cumulés) → au minimum à hauteur de 70 % du SMIC. En pratique 70 ou 100 % du salaire	Cette obligation s'impose à tout employeur, les petites entreprises s'assurant auprès d'assurances privées.
Belgique	→ à hauteur de 100 % pendant 7 jours et les 23 jours suivants dans une proportion du salaire calculée de manière complexe → à condition d'appartenir à l'entreprise depuis plus d'un mois → ce maintien de salaire est renouvelé si le salarié a repris le travail pendant plus de 14 jours entre les 2 arrêts	

Source : Cour des comptes à partir des données du document de travail CNAMTS-DSS 2003

Si une telle évolution ne semble pas envisageable ni souhaitable en France (elle impliquerait de revoir en profondeur le dispositif d'indemnisation en baissant sans doute en contrepartie les charges sociales des entreprises), la subrogation des arrêts de travail de courte durée présente en revanche plusieurs avantages. Elle permettrait d'améliorer la gestion des IJ par les caisses, de réduire les délais d'indemnisation des salariés et d'accroître l'implication des entreprises dans la gestion de l'absentéisme maladie de courte durée, dont la fréquence est généralement liée aux conditions de travail.

Le développement de la subrogation devrait faire l'objet d'une étude détaillée envisageant l'ensemble de ses incidences techniques, par exemple la résolution des cas pour lesquels l'IJ versée peut être supérieure à l'indemnisation chômage ou au salaire maintenu.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La réglementation relative aux indemnités journalières se caractérise par sa complexité. Les conditions d'ouverture de droits et les modalités de calcul conduisent à prendre en compte de trop nombreux cas particuliers. Les modes opératoires locaux des caisses et la part d'interprétation laissée aux agents qui liquident les indemnités journalières sont un facteur d'inégalités entre assurés et de fragilité juridique du dispositif.

Le réseau de l'assurance maladie a amorcé un important mouvement de professionnalisation et de modernisation de la gestion des indemnités journalières. Celui-ci repose notamment sur le déploiement d'outils de dématérialisation des arrêts de travail et des attestations de salaire, en vue d'une automatisation croissante du processus de liquidation. La portée de ces chantiers de modernisation semble toutefois limitée par la complexité de la réglementation.

La simplification de cette dernière apparaît donc comme un préalable indispensable à la poursuite du processus de modernisation de la gestion des arrêts maladie, à l'amélioration de la qualité de service et de l'égalité de traitement entre assurés. Si des ajustements minima de la réglementation semblent nécessaires, une réforme d'ampleur doit s'attacher à moderniser la source et l'assiette de calcul des indemnités journalières. A ce titre, la perspective de déclaration sociale nominative (DSN) apparaît comme une opportunité, mais ne doit pas être envisagée à réglementation constante. L'étude d'une assiette d'origine fiscale doit par ailleurs être poursuivie en parallèle car elle apparaît comme une alternative possible si la mise en place effective de la DSN se révélait devoir être fortement retardée du fait de la complexité de ce projet. En outre, le développement de la subrogation pourrait venir compléter ce chantier de modernisation, en simplifiant les circuits.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

5. ajouter un objectif de transmission dématérialisée des arrêts de travail dans le cadre de la rémunération à la performance des médecins, dès que les outils informatiques appropriés auront été complètement déployés

6. reprendre les travaux conduits par la CNAMTS en 2003 en vue de procéder à une simplification réglementaire minima indispensable sur les points suivants :

→ l'articulation entre indemnités journalières et indemnisation chômage avec l'étude d'un transfert systématique des données de salaires

par Pôle emploi et des possibilités d'une subrogation des indemnités journalières

→ le paiement d'une indemnité journalière identique à celle de l'arrêt précédent en cas de pluralité d'arrêts sur une période donnée

→ la simplification des attestations de salaire ;

7. moderniser la transmission de l'assiette salariale nécessaire au calcul des indemnités journalières par le recours à la future déclaration sociale nominative, en simplifiant concomitamment la réglementation et en s'assurant de la couverture de l'ensemble des entreprises ;

8. évaluer en parallèle la possibilité d'utiliser les données fiscales comme source d'une nouvelle assiette, comme alternative éventuelle au projet de DSN ;

9. étudier la possibilité d'une harmonisation de l'assiette des indemnités journalières sur la base du salaire brut soumis à cotisations ;

10. inciter à généraliser la subrogation des indemnités journalières dans le cadre du projet de déclaration sociale nominative.

Chapitre III

La nécessité d'un renforcement des actions de régulation de la dépense

I - Une grande hétérogénéité dans les contrôles

A - Des contrôles administratifs très inégalement mis en œuvre

Les contrôles dits « administratifs » consistent dans le contrôle des obligations des assurés en arrêt de travail telles que définies et renforcées par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Si certains contrôles sont systématiquement pratiqués par les CPAM dans le cadre du processus de liquidation des indemnités journalières, d'autres le sont très inégalement en fonction des moyens que les caisses y allouent et des objectifs qu'elles s'assignent elles-mêmes. Ces contrôles ne font en effet l'objet d'aucun objectif dans leurs contrats pluriannuels de gestion, mais figurent pour l'essentiel dans le « plan de maîtrise socle IJ ».

1 - Un petit nombre de contrôles systématiques

Il en est ainsi des points suivants :

- *le délai d'envoi dans les 48 heures de l'arrêt de travail*

L'article R. 321.2 du code de la sécurité sociale précise que l'assuré doit envoyer son avis d'arrêt de travail à sa caisse d'affiliation dans les deux jours suivant la date de la prescription de l'arrêt de travail. Un décret de 2004⁷⁴ prévoit qu'en cas d'envoi au-delà du délai de deux jours, la caisse informe l'assuré du retard constaté et de la sanction à laquelle il s'expose en cas de nouvel envoi tardif dans les 24 mois suivant la date de prescription de l'arrêt considéré. Les sanctions mises en œuvre en cas de nouveau retard correspondent à des minoration d'IJ selon un barème prédéfini en fonction du nombre de retard et font l'objet d'un calcul automatique dans PROGRES.

Le respect du délai de 48 heures est contrôlé assez rigoureusement dans les caisses (seules de rares caisses ne le pratiqueraient pas) par le technicien en charge de la liquidation de l'IJ, qui peut envoyer un premier avertissement à l'assuré et déclencher une sanction en cas de retard renouvelé. Cette règle est d'ailleurs bien connue des assurés, qui la respectent largement.

La rigueur avec laquelle cette disposition est vérifiée s'explique par l'impact du délai d'envoi sur le délai global de paiement des IJ, qui court à compter de la prescription. Mais ce contrôle n'est pas dénué de fragilité, car il repose sur une vérification manuelle du technicien qui l'apprécie en jours ouvrés, à partir de la date du cachet de la poste ou de dépôt. Sa sanction est par ailleurs inopérante pour les salariés bénéficiant d'une subrogation de leurs indemnités journalières. En tout état de cause l'évolution de cette règle devra être envisagée avec le développement de l'AAT dématérialisé, puisque les assurés bénéficiant de la télétransmission en sont de fait également affranchis.

- *le contrôle de la cohérence des prescripteurs en cas de prolongation de l'arrêt*

L'article L.162.4.4 du code de la sécurité sociale conditionne l'indemnisation des prolongations d'arrêt de travail à une prescription délivrée soit par le prescripteur initial, soit par le médecin traitant désigné. Certaines exceptions à ce principe sont prévues (spécialiste consulté à la demande du médecin traitant, médecin remplaçant le

⁷⁴ Décret 2004-1454 du 23 décembre 2004 (JO du 30.12.2004)

médecin traitant ou le prescripteur initial, hospitalisation). Pour toute autre situation, l'assuré doit en principe apporter la preuve qu'il lui était impossible de consulter l'un des médecins désignés par la loi. A défaut, les indemnités journalières ne sont pas versées.

Le contrôle du prescripteur de la prolongation vise à éviter le nomadisme médical, mais sa mise en œuvre est parfois complexe. La cohérence des prescripteurs de l'arrêt initial et de l'arrêt de prolongation est systématiquement contrôlée car elle est automatiquement signalée au technicien au moment de la liquidation dans PROGRES. Certaines caisses prévoient des exceptions locales au principe (cabinets groupés, prescriptions de spécialistes ou d'établissements). En cas de défaut de cohérence, une lettre est envoyée à l'assuré pour lui en demander la justification. En l'absence de réponse, ou si le technicien considère sa justification comme non recevable, il peut décider de ne pas liquider l'indemnité.

2 - Un contrôle de la présence au domicile très inégalement pratiqué

Parmi les obligations de l'assuré figure sa présence au domicile pendant la durée de l'arrêt maladie et notamment pendant les heures de sorties non autorisées (article R. 123111 du code de la sécurité sociale).

Lors de la prescription de l'arrêt de travail, le médecin peut autoriser le patient à s'absenter de son domicile pendant son arrêt, mais l'assuré devra cependant être chez lui aux heures de présence obligatoires (entre 9-11 heures et 14-16 heures). S'il peut exceptionnellement autoriser des sorties sans contrainte d'horaire, il doit alors préciser les motifs d'ordre médical justifiant cette prescription. Sauf ce cas, les assurés sont tenus de respecter les heures de présence, y compris les samedis, dimanches et jours fériés et ne peuvent le cas échéant quitter leur domicile pendant ces créneaux, qu'à condition d'avoir obtenu l'autorisation préalable de leur caisse pour des motifs exceptionnels

Malgré le caractère contraignant de ces obligations destinées à permettre de vérifier qu'il ne s'agit pas d'arrêts de travail de complaisance, le contrôle de la présence à domicile est très inégalement pratiqué par les CPAM.

Certaines caisses n'exercent ces contrôles que sur signalement de l'employeur, alors que d'autres ont structuré cette activité, à travers un ciblage et une mesure de l'efficacité des contrôles réalisés. Les caisses qui ont renoncé à pratiquer ces vérifications sont généralement celles situées dans des départements soit très étendus, soit très urbains, où les conditions matérielles (coût de transport et difficulté d'accès en habitat

collectif) rendent difficiles leur réalisation. Dans les caisses qui ont organisé ce contrôle, celui-ci est réalisé par les inspecteurs assermentés (agents administratifs) qui exercent cette activité en complément de leur mission de reconnaissance des accidents de travail. Le ciblage de ces contrôles est plus ou moins structuré. Certaines caisses laissent le soin aux enquêteurs de les sélectionner en fonction des déplacements prévus dans le cadre des visites prévues pour la reconnaissance des accidents du travail, d'autres ciblent les arrêts itératifs ou de certains prescripteurs. La CPAM de Troyes a même développé un outil local de suivi des contrôles permettant de suivre les contrôles et les suites (sanctions et éventuelles décisions de la commission de recours amiable) et d'assurer la communication entre enquêteurs et techniciens chargés de la liquidation des indemnités.

Ce type de contrôle présente plus un intérêt en termes de prévention des fraudes que de gain financier. Il n'existe pas d'évaluation nationale de l'impact du contrôle des horaires de présence. En revanche, le bilan de l'action de la CPAM de Troyes en 2010 permet d'illustrer les résultats de cette politique de contrôle dans un département à dominante rurale de taille moyenne : 26 % des assurés n'étaient pas présents à leur domicile aux horaires obligatoires ; des sanctions financières (minoration des IJ) ont été prononcées pour 82 % d'entre eux pour une économie nette (après déduction des coûts de personnels et des montants annulés par la commission de recours amiable) de 11 000 euros.

Si le bilan financier de ces contrôles est très limité, l'existence d'un contrôle des horaires de présence exerce un effet disciplinant sur le comportement des assurés (qualifié d' « effet radar » dans les caisses), qui est plus effectif dans les petits départements que dans les gros et qui participe de la prévention du travail dissimulé. Ces contrôles permettent en effet de déceler ponctuellement des situations de cumul d'activité constituant une fraude aux indemnités journalières. Au terme de l'article L. 323.6 du code de la sécurité sociale, l'assuré, en arrêt de travail, doit s'abstenir de toute activité non autorisée. Cette interdiction des activités non autorisées inclut non seulement les activités rémunérées mais également les activités domestiques (bricolage, jardinage,...). S'il est constaté que l'assuré exerce une activité pendant son arrêt de travail, un refus de versement des indemnités est notifié pour la totalité de l'arrêt de travail.

3 - Une nécessité de redéfinir les objectifs et la doctrine de contrôle

Il est nécessaire d'évaluer précisément l'impact et la charge de travail associée aux contrôles administratifs. Il n'existe en effet aucune

donnée nationale permettant de connaître le nombre et le type de contrôles administratifs réalisés par les agents des CPAM et les résultats de ces contrôles.

En fonction de cette évaluation, il conviendrait que la CNAMTS redéfinisse clairement la doctrine d'emploi de ces contrôles et leur mode de ciblage, de telle manière qu'ils participent par un pilotage plus ferme à une meilleure régulation de la dépense liée aux arrêts maladie.

B - Un contrôle médical hétérogène

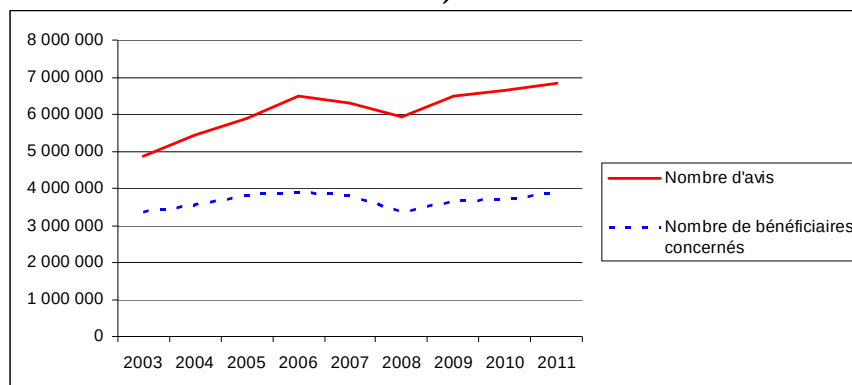
Malgré la définition d'orientations nationales visant à son renforcement depuis 2004, le contrôle médical des arrêts de travail se caractérise par une grande hétérogénéité des pratiques et son impact demeure limité. Le meilleur ciblage des contrôles permis par le déploiement de nouveaux outils devrait permettre d'en accroître l'efficacité.

1 - Une intensification de la politique de contrôle accompagnée de la définition d'objectifs nationaux

La loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004 a conduit au renforcement des contrôles médicaux. Au terme de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, l'assuré est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service médical. A défaut, la CPAM peut suspendre le versement des indemnités journalières.

Pour l'ensemble des arrêts de travail, le nombre total d'avis sur dossier et sur personnes a significativement progressé, passant de 4,9 millions en 2003 à 6,8 millions en 2011.

Graphique n° 11 : Nombre d'avis émis par le service médical (2003-2011)



Source : Cour des comptes. Données CNAMTS

En 2010, le service du contrôle médical a contrôlé 1,8 million d'arrêts pour le risque maladie (contre 1,6 million en 2008), correspondant à un quart du volume des arrêts de travail de cette année.

Des objectifs quantitatifs et par type d'arrêts maladie sont fixés annuellement aux échelons locaux du service médical (ELSM) à travers la déclinaison du contrat pluriannuel de gestion de la direction régionale du service médical (DRSM) dont ils dépendent. Ils portent sur les champs suivants :

- *Les arrêts dits « courts » (moins de 45 jours)*

Ils ne font l'objet que d'un contrôle très partiel. En 2010, ils ont représenté 11 % des contrôles réalisés par le service médical, mais ont concerné moins de 4 % du total des arrêts de courte durée (qui représentent environ 80 % des arrêts maladie).

Les objectifs quantitatifs fixés aux services du contrôle médical paraissent souvent très ambitieux pour les arrêts de courte durée. Ainsi pour l'Ile de France en 2011, l'objectif était fixé à 41 000 contrôles, mais seulement 20 000 ont pu être réalisés. Ces objectifs, qui reposent sur la volonté de l'assurance maladie de rendre visible les contrôles sur les arrêts de courte durée (recherche d'un « effet radar ») sont souvent mal ressentis par les équipes du contrôle médical, qui estiment ne pas disposer des outils nécessaires à leur réalisation.

Il existe en effet une réelle difficulté à contrôler les arrêts de très courte durée tout d'abord en raison du délai de réception de l'arrêt de travail et de sa prise en charge par les services administratifs et médicaux. Ce délai rend quasi impossible le contrôle des arrêts de moins de 7 jours.

Le contrôle des arrêts courts porte donc essentiellement sur les arrêts de 7 à 45 jours pour lesquels le service médical ne dispose par ailleurs que de peu d'outils pour procéder à un ciblage.

- *Les arrêts de plus de 45 jours*

Ils font l'objet d'un contrôle systématique depuis 2007⁷⁵. En 2011, les échelons locaux du service médical se sont vus assigner un objectif de contrôle de 95 % de ces arrêts de plus de 45 jours dans un délai de 120 jours. Ce contrôle exhaustif ne signifie pas convocation systématique de l'assuré. En effet, cet objectif est assorti d'un sous-objectif de 30 % de contrôles sur personnes, permettant aux ELSM de rendre 70 % de leurs avis sur le seul examen du dossier. Ces avis sont en général positifs.

- *Les arrêts atteignant six mois*

Le contrôle de tous les arrêts atteignant six mois est systématique (article L. 324-1 du code de la sécurité sociale). Il ne fait pas l'objet d'un objectif spécifique car l'avis du service médical est obligatoire dans le cadre de la nouvelle ouverture de droit aux indemnités à laquelle est tenue de procéder la CPAM au-delà de six mois d'arrêt maladie.

- *Les arrêts supérieurs à six mois*

Au-delà de six mois, les assurés en arrêt de travail sont en principe contrôlés au bout d'un an d'arrêt à l'occasion d'un bilan médico-social professionnel (BMSP), puis ensuite selon une fréquence décidée par chaque médecin conseil, qui peut soit rééchelonner régulièrement l'arrêt de travail (avis positif sur dossier) soit convoquer l'assuré aux moments où il le juge opportun pour émettre un nouvel avis. Le service médical n'est soumis à aucun objectif de contrôle sur ces arrêts de longue durée. Or, ces derniers sont ceux qui pèsent le plus dans la dépense et qui conduisent aux situations sociales les plus difficiles en raison de l'éloignement prolongé du marché du travail qu'elles entraînent.

2 - Des inégalités de pratique importantes et persistantes

a) Les taux d'avis favorables et défavorables

Le principal indicateur permettant de mesurer la diversité des pratiques et de l'impact des contrôles médicaux réside dans la proportion

⁷⁵ Le contrôle précédemment fixé à 60 jours d'indemnités journalières payées a été ramené à 45 jours d'indemnités journalières prescrites.

d'avis favorables ou défavorables émis par chaque ELSM⁷⁶. Cet indicateur présente plusieurs limites liées notamment aux modalités de saisie des avis dans HIPPOCRATE, qui diffèrent d'un ELSM à l'autre. Il doit donc être interprété avec prudence, d'autant que les proportions d'avis favorables et défavorables ne sont pas un indicateur de souplesse ou de sévérité des contrôles, puisque ces différences peuvent également résulter de stratégies différentes de ciblage des assurés contrôlés. En outre, l'avis défavorable ne signifie pas systématiquement un retour au travail. Pour les arrêts longs, il inclut les décisions de passage en invalidité.

- *Les arrêts inférieurs à 45 jours*

Le taux d'avis défavorables est de 15,2 %, mais fait apparaître une grande dispersion entre ELSM (s'étalant de 4,7 % à 39,8 %). Ainsi, un quart des 106 ELSM présente un taux d'avis défavorables inférieur à 10 % et plus d'un quart supérieur à 20 %. Quatre ELSM présentent même un taux supérieur à 30 %.

- *Les arrêts supérieurs à 45 jours*

Le taux d'avis défavorables est de 10,8 %. La dispersion entre ELSM est moins importante que sur les arrêts de courte durée (ce taux variant de 3,8 % à 19,7 %). 40 % des ELSM présentent un taux d'avis défavorables inférieur à 10 % et seulement pour 15 d'entre elles inférieur à 7 %. Ce taux est supérieur à 13 % pour un tiers des ELSM, voire supérieur à 15 % pour 12 ELSM.

- *Les arrêts supérieurs à six mois*

Le taux d'avis défavorables est de 15,7 %. La dispersion entre ELSM est assez importante (ce taux variant de 6,6 % à 25 %). Seuls 16 ELSM présentent un taux d'avis défavorables inférieur à 12 %, mais un quart des ELSM présentent des taux supérieurs à 18 %, voire pour la moitié d'entre eux (15 ELSM) supérieurs à 20 %. Ces taux élevés d'avis défavorables incluent également les stabilisations à la suite d'une reconnaissance de l'inaptitude en lien avec la médecine du travail, ainsi que les passages en invalidité soit par stabilisation (avant le terme de l'arrêt maladie), soit par forclusion (au terme des droits aux IJ). Ainsi, pour l'ELSM de Melun, le taux d'avis négatif de 18,5 % en 2010

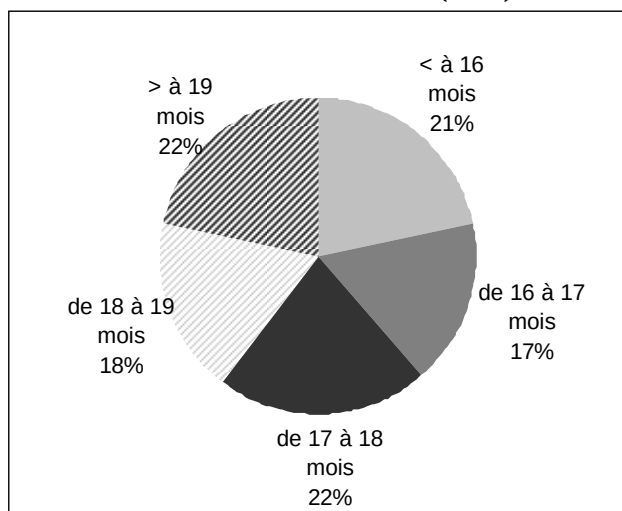
⁷⁶ Les taux présentés ci-dessous correspondent aux données communiquées par la CNAMTS incluant les contrôles des arrêts maladie, arrêts de travail et AT-MP. Seuls les indicateurs relatifs aux contrôles des arrêts de plus de six mois ne concernent que les arrêts maladie.

correspondait à hauteur de 72 % à des entrées en invalidité, dont deux tiers par stabilisation et un tiers par forclusion.

b) Les délais de stabilisation

Le second indicateur illustrant la diversité des pratiques des ELSM concerne la stabilisation⁷⁷ et fait apparaître l'hétérogénéité des durées d'arrêt maladie observées avant décision de mise en invalidité qui entraîne la fin du versement des indemnités journalières. Les différences de fréquence et de ciblage des contrôles conduisent à des durées moyennes d'arrêt de travail variables avant la mise en invalidité. Sur les 60 568 entrées en invalidité en 2010 faisant suite à des arrêts maladie, la durée moyenne de l'arrêt de travail précédant le passage en invalidité s'est élevée à 18 mois. Cette durée varie cependant fortement d'un ELSM à l'autre, de 375 jours constatés en 2010 à Mende (soit 12 mois et demi) à 660 en moyenne à Amiens (22 mois).

Graphique n° 12 : Durée moyenne de l'arrêt de travail avant stabilisation en invalidité (2010)



Source : Cour des comptes. Données CNAMTS

⁷⁷ La stabilisation correspond à la décision prise par le service du contrôle médical au moment où l'état du patient n'évolue plus ou n'est plus susceptible d'amélioration.

Dans le cadre d'initiatives régionales, certains échelons locaux du service médical sont soumis à des objectifs de stabilisation anticipée des assurés en arrêt maladie. L'objectif consiste en général à accroître la proportion de stabilisations réalisées avant 18 ou 24 mois (le retour au travail étant très rare au-delà). L'objectif retenu en Bourgogne est ainsi de 70 % à 18 mois, avec trois rendez-vous prévus à échéances déterminées (un entre 45 jours et six mois ; le suivant entre 9 et 13 mois et un dernier autour de 18 mois).

La Cour avait constaté, dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010⁷⁸, l'hétérogénéité des pratiques du contrôle médical en termes de reconnaissance de l'invalidité et considéré comme souhaitable l'élaboration d'un référentiel sur lequel les médecins conseils puissent s'appuyer pour reconnaître l'invalidité. Son élaboration est désormais en cours et il convient que sa diffusion puisse intervenir à terme rapproché.

L'intérêt d'une stabilisation avant l'arrivée au terme de la période d'arrêt maladie est en effet multiple. D'un point de vue social, elle permet de ne pas retarder l'évaluation de la situation du patient en vue de se prononcer sur sa capacité à reprendre une activité et de ne pas le laisser en attente dans une situation intermédiaire incertaine entre activité et inactivité. D'un point de vue économique, elle permet une prise en charge plus rapide au titre de l'invalidité, dont le coût est généralement inférieur pour l'assurance maladie à celui des arrêts maladie. En effet, le montant moyen de la pension d'invalidité est inférieur à celui des indemnités journalières : il était de 20 euros par jour en 2008, alors que celui des indemnités journalières était de 29 euros.

3 - Un impact malgré tout non négligeable

La CNAMTS évalue à 398 M€ les économies directes résultant des seuls contrôles médicaux en 2010. En moyenne, lorsqu'un arrêt est interrompu avant son terme, l'économie est de 29 jours en maladie et de 27 jours en AT. Ceci concerne environ 83 000 arrêts et 2,34 millions de journées, pour une économie estimée à 80,4 M€ en 2010. La stabilisation des arrêts maladie (passage en invalidité) a par ailleurs généré une économie estimée en 2010 à 318 M€, en croissance de 28 % par rapport à 2009.

⁷⁸ Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale pour 2010, chapitre XV « L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général » (p.393 à 425), Cour des comptes, septembre 2010

Au total, l'économie directe permise par les contrôles réalisés en 2010 par le service médical sur les arrêts de travail a crû de 50 % en deux ans, pour une valorisation du temps de travail des praticiens-conseils de l'ordre de 45 M€.

La CNAMTS a tenté de valoriser les économies directes et indirectes (évolution des comportements) liées au renforcement de l'ensemble des actions de contrôle depuis 2004 par rapport à une évolution tendancielle. Elle les estime à 1 Md€ par an, mais cette analyse repose sur des hypothèses théoriques et ne dissocie pas l'impact des différents facteurs.

En tout état de cause, les économies directes obtenues dans un contexte de faible structuration de la méthodologie et du ciblage du contrôle des arrêts maladie laissent entrevoir un gain potentiellement élevé attendu d'une modernisation des processus.

4 - Une modernisation indispensable

Dans le chapitre qu'elle avait consacré au contrôle médical au sein du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009⁷⁹, la Cour préconisait l'évolution des méthodes et de l'organisation des contrôles. Les progrès constatés à cet égard restent inaboutis.

a) Un ciblage des contrôles à développer

Dans les ELSM ne disposant pas de DIADEME, le ciblage des arrêts courts à contrôler est réalisé à partir d'un tri manuel des arrêts de travail arrivés. L'identification des arrêts courts au sein des liasses est rendue difficile par le mélange entre prolongations et arrêts initiaux. Un pré-tri est généralement réalisé par les agents administratifs du service médical sur la base d'orientations locales. Ces dernières ciblent généralement certaines pathologies en cohérence avec les orientations de la CNAMTS (exemple : asthénie, lombalgie) et excluent certains arrêts du contrôle (exemple : arrêts prescrits par des spécialistes, arrêts en rapport avec une grossesse, une ALD, des pathologies évolutives). Les critères de ciblage sont plus ou moins formalisés selon les ELSM, certains ayant élaboré un référentiel par pathologie, avec mode opératoire (à convoquer ou à échéancer) et durées moyennes indicatives d'arrêt.

⁷⁹ Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale pour 2009, chapitre VIII «Le contrôle médical» (p.215 à 242), Cour des comptes, septembre 2009

Pour affiner le ciblage, le service médical peut prendre en compte d'autres éléments tels que le rapport entre la durée de l'arrêt et la pathologie, la situation professionnelle ou la justification du motif médical de la prescription d'indemnité journalière. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a introduit pour le régime général la mention obligatoire par le médecin des motifs médicaux (art. L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale) justifiant la prescription d'un arrêt de travail donnant lieu à l'octroi d'indemnités journalières (arrêt supérieur à trois jours). Les médecins conseils ne disposent que de très peu de données sur le patient (pathologie, durée de l'arrêt et entreprise) et n'ont en général pas accès aux données de la CPAM relatives à ses autres consommations médicales.

Certains échelons locaux du service médical, comme celui de Macon, ont par ailleurs adopté de nouvelles stratégies de ciblage dans le cadre d'une analyse et d'un ciblage conjoint avec les services de la caisse, qui portent par exemple sur les arrêts maladie prescrits par les médecins identifiés comme gros prescripteurs et réfléchissent à d'autres types de ciblage (portant par exemple sur les entreprises les plus génératrices d'arrêts de travail).

D'une manière générale cependant, le ciblage comme les modalités de contrôle semblent être très peu standardisés entre les médecins d'un même service et entre échelons locaux. Il n'existe en effet ni outils d'aide au ciblage, ni de mode opératoire standardisé.

Certains ELSM s'appuient cependant sur des outils leur permettant d'affiner le ciblage de leurs contrôles et ont véritablement structuré cette activité de sélection. Ainsi, la CPAM de Melun a centralisé la sélection et l'envoi des convocations du service médical sur un seul site (celui de l'arrivée du courrier et de la numérisation dans DIADEME). A partir de critères définis dans un référentiel, les agents administratifs pré-sélectionnent les arrêts sous la responsabilité des médecins. Ce travail de sélection s'appuie sur un outil développé en Ile-de-France (« Conso IJ ») permettant au service médical de vérifier pour chaque assuré la cohérence de l'arrêt de travail avec l'ensemble des autres consommations médicales contenue dans son dossier à la caisse (données ERASME sur consommation de soins des bénéficiaires du régime général et données administratives sur assurés et praticiens ; données de liquidation de l'ensemble des actes et prestations des CPAM et mutuelles).

Pour les arrêts de plus de 45 jours, certains échelons locaux cherchent à expérimenter de nouvelles stratégies de contrôle. Ainsi, à l'initiative de la direction régionale du service médical d'Ile-de-France, plusieurs ciblage sont en cours d'expérimentation, par exemple sur les

plus de 58 ans, en vue soit d'une reprise du travail, soit d'une entrée en invalidité (qui n'est pas possible au-delà de 60 ans)

Le ciblage semble avoir un impact significatif sur le résultat des contrôles. Ainsi, l'ELSM de Melun a fait évoluer le taux d'avis négatifs sur les arrêts de courte durée de 8 % en 2008 à 15 % en 2011, notamment du fait de l'utilisation des outils de ciblage ainsi mis en œuvre en Ile-de-France.

b) La nécessité d'une meilleure organisation du service médical

Le contrôle médical ne constitue qu'une des missions du service médical du régime général, dont les effectifs réels s'élevaient fin 2011 à 8 768 ETP : 2 053 praticiens conseils (1708 exerçant des missions de terrain) et 6 715 personnels administratifs.

Ce dernier est en effet structuré en trois pôles (un pôle relations avec les professionnels de santé, un pôle contrôle des prestations et relations avec les assurés, dit « CPR2A », et un pôle contentieux). L'activité de contrôle ne représente ainsi pour l'ELSM de Troyes qu'un quart du temps de travail médical et une part du temps de l'équipe administrative affectée au pôle CPR2A.

L'arrivée de nouveaux outils est susceptible toutefois de faciliter l'exercice du contrôle médical, notamment le recours au référentiel médical relatif aux indemnités journalières à des fins de contrôle. L'élaboration du référentiel des durées indicatives d'arrêt de travail par pathologie, diffusé en 2011 aux médecins libéraux⁸⁰, vise certes à faire converger les pratiques des médecins en matière de prescription, mais également à constituer un outil d'aide à la décision pour le contrôle médical.

Par ailleurs il importe de poursuivre le mouvement de transfert d'une partie de l'activité des médecins conseils vers le personnel administratif, notamment pour toutes les tâches de sélection et de préparation des convocations..

En outre, le développement des processus médico-administratifs (notamment la mise en place de l'observatoire IJ) constitue un élément récent important de renforcement du contrôle.

c) Une redéfinition nécessaire des objectifs et indicateurs du contrôle médical

⁸⁰ Voir Chapitre III.III.A.1

Au-delà des objectifs quantitatifs fixés aux échelons locaux du service médical en nombre de contrôles, il semble nécessaire de déterminer des objectifs plus qualitatifs.

Concernant les arrêts courts, un objectif en termes de pourcentage d'arrêts à contrôler devrait leur être assigné, les objectifs actuels étant définis en valeur absolue pour les arrêts courts, et être assorti d'une incitation au ciblage des contrôles.

Pour les arrêts supérieurs à 45 jours, la réflexion de la CNAMTS en vue de la création d'un indicateur visant à valoriser l'économie en termes de dépenses d'indemnisation liées aux avis du contrôle médical (soit de reprise anticipée du travail, soit de stabilisation vers l'invalidité) apparaît pertinente. Un tel objectif permettrait d'inciter les échelons locaux à intensifier le suivi des assurés en arrêts de longue durée, entre 6 mois et un an d'arrêt maladie, afin de déterminer rapidement s'ils seront aptes à reprendre une activité ou devront être reconnus invalides. Cette méthode de valorisation est déjà utilisée par certains services, tels que celui de Melun, qui y voient un réel intérêt de mobilisation.

Un indicateur spécifique relatif à la stabilisation apparaîtrait également souhaitable. Au regard de la grande hétérogénéité des pratiques en matière de stabilisation, la CNAMTS envisage d'ailleurs en 2012 de fixer aux directions régionales du service médical des objectifs en termes de durée moyenne d'arrêt de travail avant stabilisation. Un indicateur ad hoc viendrait utilement compléter cette initiative

d) Un déploiement bienvenu mais encore très récent du contrôle interne au sein du service médical

Lancée en 2010⁸¹, la démarche de contrôle interne du service médical a consisté en l'élaboration d'un référentiel plan de maîtrise des risques général et de quatre référentiels particuliers, dont l'un consacré aux arrêts maladie. Il vise à apporter une assurance raisonnable de maîtrise des risques financiers et de fraude. S'agissant des indemnités journalières, le plan de maîtrise socle repose largement sur la maîtrise des risques métiers relatifs à l'arrêt de travail et reprend à ce titre le référentiel (durée moyenne d'arrêt de travail par type de pathologie) développé dans le cadre de la régulation.

Le référentiel spécifique au contrôle interne en matière d'indemnités journalières a été déployé au second semestre 2011 et a

⁸¹ Lettre réseau du 22 octobre 2010 relative au déploiement du contrôle interne dans le réseau du service médical.

conduit les échelons locaux du service médical à réaliser un autodiagnostic suivi d'un plan d'action prévoyant les mesures à prendre et leurs échéances.

Compte tenu de son caractère très récent, il n'a pas été possible d'évaluer l'impact de cette démarche dans le cadre de l'enquête, mais elle devrait constituer un outil précieux de convergence des processus métiers du service médical.

C - Le contrôle médical à l'initiative de l'employeur : une complémentarité à mieux articuler avec les contrôles de l'assurance maladie

Les employeurs peuvent recourir à un contrôle médical réalisé à leur initiative par des médecins mandatés, dit « contrevisite employeur ». Cette faculté est une contrepartie de l'obligation de maintien de salaire pour certains salariés. Si la possibilité pour le médecin mandaté par l'entreprise de transmettre au service du contrôle médical de la CPAM son avis concluant à l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail existe depuis 2004, le service médical était originellement libre de lui donner les suites qu'il souhaitait. Jusqu'en 2010, ces contrôles permettaient en effet à l'employeur de suspendre le maintien de salaire, mais n'emportaient pas de conséquence sur les indemnités journalières versées par le régime général. Ce dispositif a été progressivement revu.

1 - Une expérimentation sur un périmètre non significatif

En vue de renforcer la coordination entre les actions du service médical et les contrevisites diligentées par l'employeur, une expérimentation a été prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, permettant au service médical de suspendre le versement des indemnités journalières sur la base de l'avis médical d'un médecin mandaté dans le cadre d'une contrevisite. La loi de financement pour 2010⁸² a généralisé cette expérimentation.

Cette dernière a été mise en œuvre de l'été 2008 à la fin 2009 dans douze caisses d'assurance maladie du régime général et du régime agricole, présentant un nombre d'indemnités journalières par assuré

⁸² Article 90-1 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009.

supérieur à la moyenne nationale. Le rapport d'évaluation au Parlement⁸³ a considéré ses résultats globalement encourageants, malgré le nombre limité d'avis recevables entrant strictement dans le champ de l'expérimentation (51 avis recevables sur les 223 transmis dans le cadre de l'expérimentation). Sur les 51 cas recevables, 90 % des assurés ont soit repris le travail, soit ont vu leurs indemnités suspendues. Ces résultats ont été qualifiés de « réel succès » malgré le caractère peu significatif d'un échantillon aussi réduit.

2 - Une généralisation du dispositif dont la complexité limite la portée

Au vu des critiques dont avait fait l'objet l'expérimentation notamment de la part des médecins conseils, qui n'avaient pas à confirmer ou à infirmer l'avis médical du médecin mandaté par l'employeur, sa généralisation a été assortie de garanties. A la suite de l'intervention du conseil national de l'ordre des médecins, a été prévue la formulation d'un avis de confirmation par le médecin conseil, ainsi que l'obligation pour le médecin contrôleur d'émettre son avis médical sur la base d'un examen physique du patient.

Les résultats de ce dispositif apparaissent limités, essentiellement pour deux motifs :

- Une procédure de suspension du versement des indemnités complexe à mettre en œuvre

Lorsqu'un médecin mandaté par l'employeur conclut qu'un arrêt n'est pas médicalement justifié et le transmet au service médical, celui-ci, peut suspendre le versement des indemnités journalières sans avoir convoqué l'assuré. Toutefois, cette procédure comporte de nombreuses garanties pour l'assuré qui en limitent la mise en œuvre.

A réception d'avis négatif issu de la contrevisite, le médecin conseil peut en effet confirmer ce dernier sur simple examen du dossier, mais l'assuré peut alors solliciter une expertise médicale de la part du contrôle médical, dans les 10 jours. Le médecin conseil peut aussi choisir de convoquer l'assuré pour confirmer ou infirmer l'avis du médecin mandaté, mais c'est alors la procédure de droit commun du contrôle médical qui est mise en œuvre.

⁸³ Evaluation de la mise en œuvre de l'expérimentation relative à la contrevisite employeur prévue à l'article 103 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, Rapport au Parlement, juillet 2009.

Par conséquent, le versement des indemnités journalières n'est interrompu automatiquement que dans les cas où l'assuré ne sollicite pas l'expertise médicale dans les 10 jours. En outre, une nouvelle notification est alors adressée à l'assuré l'informant de la suspension de versements des indemnités journalières et de la possibilité du recours à l'expertise médicale dans un délai d'un mois.

Les conditions de mise en œuvre de cette procédure sont d'autant plus limitées qu'elle n'est pas applicable quand l'avis du médecin mandaté n'est pas transmis au service médical dans un délai de 48 heures.

- Un faible nombre d'avis transmis au service médical

La lourdeur de la procédure et la proportion limitée d'avis de contrevisite reposant sur un motif médical expliquent la faiblesse du nombre d'avis transmis au service médical.

Dans les échelons locaux du service médical visités, les médecins conseils reconnaissent recevoir très peu d'avis pour lesquels ils sont conduits à enclencher la procédure de suspension des indemnités journalières (une dizaine par an dans les petits départements). Comme le mettait en évidence le rapport d'évaluation de l'expérimentation, cette faible transmission peut s'expliquer soit par un recours limité des employeurs à la contrevisite en raison de son coût et de son impact, soit par la méconnaissance par les sociétés prestataires de contrevisites de leur obligation de transmission des avis négatifs à la CPAM.

Enfin, les avis des médecins mandatés dans le cadre de contrevisites ne reposent que minoritairement sur un motif médical et n'entrent donc pas dans le cadre de la procédure de suspension des indemnités journalières. Les résultats affichés par les principaux prestataires de contre-visite⁸⁴ font en effet apparaître des taux d'avis médicaux négatifs de 6,5 % à 8 % sur un total d'avis négatif de 47 % . L'essentiel de ces avis négatifs (32 %) reposent donc sur des motifs d'un autre ordre, généralement l'absence au domicile en dehors des heures de sortie autorisées.

3 - Des complémentarités à développer avec les contrôles non médicaux des CPAM

Si la contrevisite présente un intérêt pour l'employeur, qui est en droit de s'assurer que ses salariés respectent leurs obligations dans le cadre de la pratique du maintien de salaire, la tentative de mise en relation

⁸⁴ Données Medicat Partner et Sesame France

de la contrevisite et du seul contrôle médical de l'assurance maladie semble ainsi mal fonctionner.

Il est cependant regrettable que la majorité des avis négatifs émis par les médecins mandatés sur la base de motifs non médicaux, ne soient pas actuellement exploités par les CPAM comme complément aux contrôles administratifs. En effet, le constat par un médecin mandaté de l'absence au domicile (qui confirme la proportion d'un tiers des assurés absents, mise en évidence par la CPAM de Troyes) n'est actuellement pas communiqué aux CPAM et ne peut donc donner lieu à une suspension des indemnités. Une communication systématique des avis négatifs de contrevisites et une procédure de reconnaissance de ceux-ci par les CPAM devraient être envisagées en vue d'accroître les synergies entre les contrôles de l'assurance maladie et le contrôle employeur.

D - Une relation à optimiser entre les caisses et les échelons locaux du service médical

La gestion des indemnités journalières repose sur les interventions respectives des services administratifs des caisses et du service médical. Dans les CPAM visitées dans le cadre de l'enquête, les relations entre la caisse et l'échelon local du service médical, sont plus ou moins formalisées, mais permettent de conduire des actions conjointes tant dans le champ de la régulation, que des contrôles. Plus généralement toutefois, des progrès apparaissent souhaitables pour une meilleure organisation des travaux communs.

Dans le cadre de la gestion des indemnités journalières, les procédures régissant les relations entre la CPAM et le service médical sont définies dans un protocole local d'action concertée. Les échanges sont en général limités à l'envoi des avis du contrôle médical, en vue de la suspension ou de la poursuite du versement des indemnités journalières par la caisse. Ces avis du contrôle médical sont émis sur des formulaires papier souvent encore manuscrits ou édités par HIPPOCRATE. Cette relation peu satisfaisante en termes d'efficacité et de réactivité est toutefois en cours de modernisation. Le déploiement de la dématérialisation de la relation médico-administrative (dite « LM2A ») vise à faciliter le travail conjoint, en permettant aux agents des caisses de visualiser les avis du service médical sur écran. Une liaison retour permettra au service administratif de poser des questions au service médical.

En matière de gestion du risque, la coopération entre CPAM et ELSM repose formellement sur un comité local de gestion du risque, mais sa densité est déterminée par l'implication respective des directeurs

de la CPAM et de l'échelon local du service médical. La différence de représentation dans les instances régionales de pilotage du risque peut apparaître parfois aussi comme un obstacle à un travail réellement partenarial en matière de gestion du risque sur le terrain. Alors que le directeur de la CPAM siège dans le comité régional de gestion du risque, le médecin chef de l'ELSM n'y siège pas, puisque c'est le directeur régional du service médical qui y représente le service médical.

Dans le champ des contrôles, l'intensité de la coopération entre service médical et CPAM est également variable. Si dans certains départements des stratégies communes de contrôle sont définies en vue de faire converger le ciblage des contrôles administratifs et médicaux, certains responsables locaux échangent encore peu.

La création d'observatoires des indemnités journalières (dits « observatoires IJ ») au niveau local tend cependant à formaliser la coopération entre le service médical et la caisse et à les contraindre à développer des analyses et stratégies communes. Expérimenté à Bayonne et généralisé fin 2011 à l'ensemble du territoire, l'observatoire est une cellule médico-administrative, qui administre une base de données issue d'HIPPOCRATE et de l'application de gestion des assurés des caisses. Le rapprochement des données médico-administratives vise à repérer les types d'indemnités journalières nécessitant une action de régulation ou de contrôle.

Il est difficile d'évaluer à ce stade l'impact qu'auront les observatoires sur le travail conjoint entre services administratifs et médicaux car les travaux avaient à peine débuté fin 2011 au niveau local. La mise en place de ces observatoires a souvent été en effet retardée en raison du formalisme nécessaire à sa création. Celle-ci a notamment reposé sur la signature de conventions relatives au respect du secret médical pour les agents des CPAM habilités à travailler sur les données de l'observatoire, bien que ces données soient anonymes. Au-delà de cette lourdeur initiale, la portée de ce nouvel outil sera sans doute largement conditionnée par son appropriation par les caisses et les services médicaux. Elles sont amenées dès 2012 à élaborer leur premier plan d'action conjoint sur la base des analyses issues de l'observatoire.

II - Une lutte contre la fraude à reconsidérer

A - Des contrôles effectués par les comptables qui ne sécurisent pas toujours suffisamment la liquidation des indemnités

Les contrôles réalisés par les comptables participent à la sécurisation du paiement de la prestation. Ces contrôles sont mis en œuvre dans l'ensemble des caisses, notamment dans le cadre des plans de contrôle socle de l'agent comptable au caractère obligatoire. La plupart de ces contrôles sont articulés avec les actions de maîtrise des risques énoncées par le plan de maîtrise socle relatif aux indemnités journalières et sont donc réalisés conjointement avec les responsables métiers dans le cadre des autodiagnostic et des diligences de contrôle interne, dont il doit être rendu compte à l'agent comptable de la CNAMTS en vue de la validation annuelle des comptes des organismes de base pour les besoins de la certification des comptes des branches maladie et AT-MP. Les contrôles comptables obligatoires incluent huit contrôles relatifs au paiement des indemnités journalières maladie.

Contrôles comptables obligatoires prévus dans le cadre du plan de maîtrise socle IJ et/ou du plan de contrôle socle de l'agent comptable

Les contrôles a priori :

- Contrôle de l'ouverture de droits des IJ de plus de six mois (contrôle exhaustif, vérification éléments d'ouverture des droits)
- Contrôle du montant de l'IJ (vérification de l'exactitude du calcul sur échantillon)
- Contrôle du montant des IJ supérieur à un seuil de sécurité prédéfini (contrôle exhaustif : vérification du destinataire et de la cohérence des éléments du dossier)
- Contrôle des IJ particulières saisies manuellement sans calcul automatique de PROGRES (contrôle exhaustif)
- Contrôle des IJ forfaitaires (contrôle exhaustif)
- Contrôle des régularisations d'IJ (contrôle exhaustif)

Les contrôles a posteriori :

- Contrôle de la fiabilité des paiements (contrôle sur échantillon)
- Contrôle des paiements multiples (contrôle exhaustif)

Hors ce cadre des contrôles comptables sont parfois réalisés sur instruction de la CNAMTS. Ceux-ci se conforment notamment au catalogue de maîtrise des risques (requêtes relatives au contrôle des courriers NPAI⁸⁵, NPAI subrogées, IJ sans soin) ou d'enquêtes nationales ponctuelles, telle que celle de lutte contre la fraude administrative en 2010.

Au-delà de ces contrôles, les caisses pratiquent également des contrôles comptables ponctuels, généralement dans le cadre de plans régionaux de lutte contre la fraude. Ces contrôles sont ciblés en fonction du rapport entre le temps de contrôle passé et le préjudice financier. Les plus petites CPAM considèrent les contrôles nationaux suffisants au vu du rapport entre temps consacré et résultats.

De manière générale, la Cour a constaté dans le cadre de son rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2011 que le périmètre des contrôles des agences comptables n'était pas modulé en fonction de la fréquence et de la nature des erreurs observées. Par ailleurs, l'outil informatique utilisé pour effectuer les contrôles ne conserve pas en mémoire les paramètres retenus pour sélectionner les prestations contrôlées. Cette lacune crée un risque de paramétrage non conforme aux instructions de la CNAMTS, que des audits internes ou externes ne permettraient pas de déceler.

Sans apporter de réponse à la totalité des constats qui précèdent, le développement de la dématérialisation et des observatoires des indemnités journalières pourrait contribuer à faire évoluer les contrôles des agences comptables. Un outil tel que DIADEME se révèle ainsi précieux en termes d'accès aux arrêts de travail et devrait permettre de réduire les temps de contrôles, impliquant des recherches d'archives souvent longues. D'autre part, le développement des observatoires devrait permettre de mieux cibler ces contrôles au niveau local, mais aussi de revoir certains ciblage nationaux sur la base de croisement des données médico-administratives.

Comme l'a souligné la Cour dans son rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2011, la CNAMTS a mis en place un indicateur de fiabilité des indemnités journalières (dit « indicateur de fiabilité des prestations en espèces » - IF PE), global aux trois risques maladie, maternité et AT-MP.

Cet indicateur est pertinent dans son principe car il permet de mesurer l'incidence financière des erreurs, en faveur ou en défaveur des

⁸⁵ NPAI : « n'habite pas à l'adresse indiquée ».

assurés sociaux, qui affectent les indemnités journalières liquidées et mises en paiement, après ou sans contrôle des agences comptables. Cependant, la CNAMTS a fixé le plafond toléré d'erreurs à un niveau qui ne permet pas de maîtriser effectivement le risque financier lié à ces erreurs (2 % du montant des prestations). Certes, pour la dernière période suivie par la CNAMTS (août 2010 et septembre 2011), l'incidence financière des erreurs s'est inscrite à un niveau inférieur à ce plafond (entre 0,73 % et 0,89 % du montant des charges avec un intervalle de confiance de 95 %). Cependant, ce niveau demeure significatif. En outre, la situation réelle des erreurs qui affectent les indemnités journalières est plus dégradée que celle mesurée dans le cadre de l'indicateur : la Cour a détecté des erreurs qui ne l'avaient pas été dans le cadre des contrôles sur échantillons qui servent à en déterminer la valeur. Sur un plan général, la CNAMTS n'a pas mis en place un encadrement procédural permettant d'assurer une détection exhaustive des erreurs et d'assurer la traçabilité des contrôles effectués.

Du fait des faiblesses ainsi constatées dans la liquidation des prestations en espèces et des insuffisances du contrôle interne, la Cour a été conduite à émettre une réserve sur les comptes combinés pour 2011 de la branche maladie et ceux de la CNAMTS.

B - Un faible nombre de fraudes détectées

1 - Des fraudes administratives identifiées très limitées

Les fraudes de nature administrative constituent les seuls abus aux indemnités journalières constituant des fraudes stricto-sensu. Les autres abus liés à des prescriptions médicales excessives ne peuvent être qualifiés que de comportements abusifs. En effet, ceux-ci découlent à l'origine d'une prescription médicale que seul le contrôle médical peut remettre en cause et ceci uniquement pour l'avenir et non de manière rétroactive. Bien que les fraudes et abus soient l'objet d'une politique globale de « répression des fraudes et des pratiques abusives »⁸⁶ pilotée par la CNAMTS dans le cadre de la gestion du risque de l'assurance maladie, leur nature et les procédures qui entourent leur répression diffèrent substantiellement.

Selon l'enquête nationale d'évaluation du taux de fraudes aux indemnités journalières pilotée par la CNAMTS en 2010, les fraudes

⁸⁶ Voir Lettre réseau 2011 « Plan annuel de contrôle-contentieux et de lutte contre la fraude et les pratiques abusives »

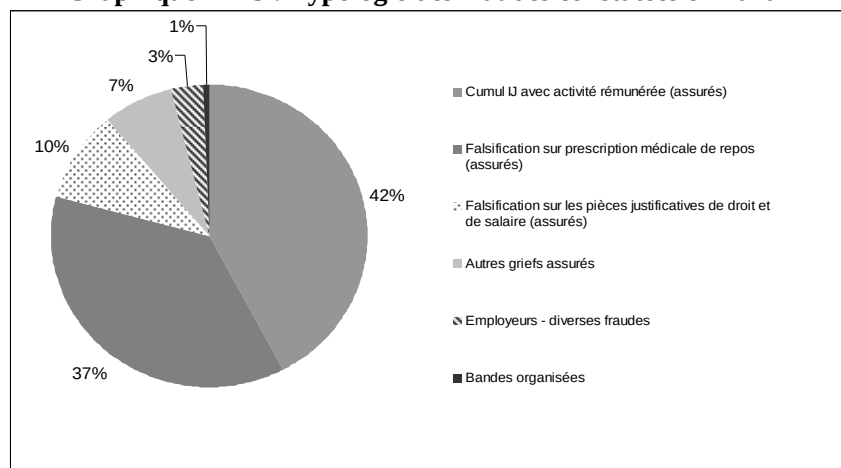
administratives aux indemnités journalières seraient marginales : sur 9 300 arrêts de travail contrôlés dans les caisses dans le cadre de l'enquête, seuls 19 cas de fraudes ont été constatés, mettant en évidence une fréquence de fraude de l'ensemble des arrêts de travail indemnisés de 0,17 % (0,16 % pour les seuls arrêts maladie) pour un préjudice total de 52 367 €. Cette fréquence moyenne permettrait d'estimer le montant annuel de la fraude à 7,3 M€ pour l'ensemble des risques en 2010 (sur un total de 11,1 Md€ en 2010) soit un taux de 0,07 % (0,05 % pour les seules indemnités journalières maladie).

Selon cette enquête, les fraudes constatées correspondent à trois types de fraudes :

- le cumul de l'indemnité journalière avec une activité (63 %), soit quand l'assuré a poursuivi son activité chez son employeur tout en étant indemnisé par la CPAM, soit quand il a exercé une autre activité chez un autre employeur, ou enfin quand il a pratiqué une activité non autorisée et incompatible avec le versement d'indemnités journalières (type activité domestique de bricolage) ;
- la falsification des pièces justificatives (22 %) nécessaires au calcul et au paiement de l'indemnité journalière et notamment la falsification des éléments de salaires ou la surcharge de l'arrêt de travail (c'est-à-dire la modification du nombre de jours d'arrêts par l'assuré sur le formulaire d'arrêt de travail) ;
- l'absence de déclaration du salarié par l'employeur (15 %) et/ou l'absence d'existence légale de l'entreprise. Cela recouvre le défaut de déclaration préalable à l'embauche et de paiement de cotisations à l'URSSAF.

Cette typologie est globalement convergente avec celle observée annuellement dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'échelle nationale en 2010 et 2011. Ainsi, sur les 1890 cas de fraudes mis au jour en 2010, pour un préjudice subi évalué par la CNAMTS à 5,36 M€⁸⁷, le premier motif de fraude apparaît aussi comme étant le cumul d'activité, suivi de la falsification des pièces justificatives. La proportion de fraudes liées aux entreprises apparaît moins importante dans les fraudes constatées annuellement, ce qui révèle peut-être la difficulté pour les CPAM à mettre au jour ce type de fraudes dans le cadre des contrôles réguliers pratiqués avec leurs seuls outils.

⁸⁷ En 2011, 1843 fraudes auraient été recensées pour un préjudice subi évalué à 6,3 M€ (résultats provisoires au 17 janvier 2012).

Graphique n° 13 : Typologie des fraudes constatées en 2010

Source : Cour des comptes, Données CNAMTS

2 - Des sanctions peu nombreuses et inégales

Le constat d'une fraude administrative aux indemnités journalières peut donner lieu à plusieurs types de sanctions en fonction de la nature de la fraude et de sa gravité. Dans une lettre-réseau de 2009⁸⁸, la CNAMTS a diffusé un référentiel en vue d'harmoniser sur le territoire les sanctions liées à des fraudes administratives aux indemnités journalières. Celle-ci distingue quatre types de sanctions :

- retenue de tout ou partie des indemnités journalières en cas de cumul de celles-ci avec une activité (article L. 323-6 du code de la sécurité sociale), à l'initiative du directeur de la CPAM et sur la base d'un barème indicatif (prévoyant une sanction plus lourde pour les activités rémunérées et en cas de récidive) ;
- action en récupération d'indus ;
- pénalités financières (article L. 162-1-14 du code) en cas de fraude aux documents (attestations de salaires, bulletins de salaires). Elles sont prononcées par le directeur après avis d'une commission des pénalités financières, composée d'administrateurs de la caisse. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a étendu la possibilité de pénalités

⁸⁸ Lettre réseau de mars 2009 « Référentiel des sanctions à mettre en œuvre en application des contrôles contentieux prévus dans le cadre du programme national de lutte contre la fraude aux IJ ».

financières au cas de cumul d'indemnités avec une activité rémunérée ;

- action pénale, quand le préjudice excède 3 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

En pratique, ce sont les pénalités financières qui apparaissent les plus dissuasives, car l'action pénale est rare et les retenues ou récupérations d'indus se limitent au préjudice subi ou évité. Ces pénalités ne sont cependant que peu mises en œuvre du fait de la faible proportion de fraudes décelées et de la complexité de la procédure règlementaire⁸⁹ qui prévoit des délais à respecter en termes d'avertissement et de notification et soumet surtout le prononcé d'une pénalité par le directeur de la CPAM à l'avis préalable d'une commission locale ad-hoc. Si le directeur n'est pas lié par cet avis, ce dernier est très suivi en pratique. La saisine de la commission implique au demeurant que le caractère intentionnel de la fraude soit clairement établi. Le caractère intentionnel est en effet, avec le fondement légal et matériel, une des trois éléments constitutifs de la fraude.

En outre, dans un souci d'homogénéisation des pénalités financières sur le territoire, la loi de financement pour 2011 est venue ajouter une étape supplémentaire à cette procédure en soumettant la notification de la pénalité financière à l'avis conforme du directeur de l'UNCAM (union nationale des caisses d'assurance maladie). Cet avis est toutefois réputé conforme à l'expiration d'un délai d'un mois. Cette nouvelle procédure étant entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2011, il est difficile d'évaluer à ce stade quel sera son impact sur l'évolution des pénalités.

La complexité de ce dispositif explique largement qu'en 2010, seulement 292 pénalités financières faisant suite à une fraude administrative aux indemnités journalières aient été prononcées, soit un quart environ cependant du total des pénalités financières décidées par les directeurs de caisses. Les pratiques des organismes varient substantiellement en la matière puisqu'environ un tiers d'entre elles n'ont prononcé aucune pénalité financière en ce domaine en 2010, alors que certaines en ont décidé un nombre non négligeable : 18 à Reims et 16 à Albi. Aucune corrélation entre le volume total des indemnités journalières et le nombre de pénalités prononcées n'apparaît.

⁸⁹ Décret n° 2009-982 du 20 août 2009 relatif aux pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale et à diverses mesures intéressant la lutte contre la fraude.

3 - Les limites du dispositif actuel de lutte contre la fraude

Au vu du très faible pourcentage de fraude constaté, il pourrait sembler ainsi exister un écart important entre la réalité de la fraude et les représentations collectives diffusées, notamment à travers les campagnes de lutte contre la fraude.

Une première interprétation peut consister à considérer que ce faible taux de fraude administrative aux indemnités journalières résulte de la bonne sécurisation de la chaîne des arrêts maladie (« hyper contrôlée » selon la CNAMTS), qui fait intervenir trois acteurs en plus de l'assuré bénéficiaire, à savoir le médecin à l'origine de la prescription, l'entreprise qui transmet les éléments de salaire et confirme l'absence et la CPAM (qui liquide la prestation et la contrôle). Il semble en effet difficile à un acteur isolé de frauder dans ce contexte au vu du croisement des données de prescription et de salaire réalisé au moment du paiement de la prestation.

Une seconde interprétation repose sur une lecture plus critique des résultats des actions de lutte contre la fraude, qui ne pourraient révéler qu'une petite partie de la réalité de la fraude. En l'occurrence, comme le révèlent la typologie des fraudes constatées et l'enquête de la CNAMTS de 2010, les fraudes les plus fréquemment mises en évidence sont celles d'acteurs isolés, pour l'essentiel des assurés, qui sont facilement décelées par le croisement des données de prescription ou de paie, ou par des contrôles sur place quand il s'agit de cumul d'activité. Autrement dit, il est possible qu'une partie des fraudes, qui reposerait notamment sur des dispositifs organisés sur une plus vaste échelle impliquant des entreprises fictives et des salariés, ne puissent pas être repérées, faute d'une vigilance spécifique à cet égard.

La détection des fraudes aux indemnités journalières ne découle de fait que rarement de la recherche systématique de fraudes mais de la remontée de signalements, qui déclenchent ensuite des investigations.

L'essentiel des signalements est issu de l'activité des services de production, qui peuvent constater certaines incohérences au moment de la liquidation (falsification des documents notamment), ainsi que de celle des agents contrôleurs pratiquant les contrôles à domicile. Dans le cadre de ses contrôles, l'agent comptable peut également être conduit à réaliser un signalement. Le dispositif de lutte contre la fraude est structuré au niveau local par des réunions régulières de comités entre les caisses et les échelons locaux du service médical en charge du suivi des suspicions de fraudes. Ces comités se réunissent mensuellement ou trimestriellement en vue de faire le point sur l'état des investigations et d'examiner les projets

de pénalités financières avant proposition à la commission des pénalités financières.

Dans le cadre du programme national de lutte contre les fraudes administratives aux indemnités journalières (2008-2009), huit requêtes avaient été mises à disposition des caisses en vue de cibler les dossiers à contrôler dans le cadre de la lutte contre la fraude. Au vu du faible taux de fraude constaté sur les dossiers ciblés (1,5 %), de « la mobilisation hétérogène du réseau, de l'absence d'organisation dédiée au niveau local et régional »⁹⁰, une révision de ce programme national est en cours. Celui-ci devait être profondément revu en 2011 sur la base de « méthodes nationales de ciblage, de mise à disposition de protocoles d'investigation, de consolidation d'un référentiel d'action contentieuse, d'un programme fortement coordonné au niveau régional », mais la formalisation de ce nouveau programme n'a pas été réalisée.

La mise au jour de fraudes qui reposeraient sur une coopération entre plusieurs acteurs de la chaîne d'indemnisation (assuré, médecin prescripteur et/ou entreprise) apparaît moins systématique. Elle repose concrètement sur des échanges ponctuels et non systématiques entre les administrations sociales (Pôle emploi, URSSAF, CAF,..) que les CPAM saisissent dans le cadre d'enquêtes sur des situations individuelles.

De manière plus formelle, la lutte contre la fraude organisée passe par l'action des comités opérationnels départementaux (CODAF), qui réunissent sous la co-présidence du préfet de département et du procureur de la République du chef-lieu du département, les services de l'Etat (police, gendarmerie, administrations préfectorale, fiscale, douanière et du travail) et les organismes locaux de protection sociale (Pôle emploi, URSSAF, caisses d'allocations familiales, d'assurance maladie et de retraite, le régime social des indépendants - RSI -, la MSA). Au vu de sa vaste mission, l'action du CODAF en termes de lutte contre la fraude aux indemnités journalières n'est que marginale. Des signalements peuvent ponctuellement être transmis par une URSSAF dans le cadre de démantèlement de filières de travail illégal. Cette action au niveau départemental est complétée en Ile-de-France par l'existence d'un comité opérationnel de lutte contre la fraude, au sein duquel siègent la CRAMIF, la direction régionale du service médical d'Ile-de-France et les CPAM de la région. Celui-ci conduit des actions sur différents sujets de fraude aux prestations sociales mais pas n'a pas entrepris à ce stade d'actions spécifiques en matière d'indemnisation d'arrêts de travail.

⁹⁰ Lettre réseau de mars 2011

Au final, l'essentiel des fraudes recensées résulte ainsi de contrôles manuels effectués dans le cadre de la mise en œuvre de la prestation, mais la capacité des CPAM à identifier les fraudes résultant d'acteurs organisés est très faible. Cette fragilité est particulièrement importante en ce qui concerne le repérage d'entreprises « coquilles vides », puisqu'il n'existe pas de croisement automatique des données communiquées par les employeurs avec les données URSSAF. Il est donc en théorie possible qu'une entreprise transmette des données de salaires permettant le versement d'indemnités à un salarié, alors même qu'elle n'aurait aucune activité et n'aurait pas réglé de charges sociales.

4 - Les perspectives d'amélioration des détections des fraudes

Au vu du faible taux de fraude administrative observé, la CNAMTS privilégie deux pistes d'amélioration. D'une part, elle souhaite le développement du ciblage des contrôles administratifs mais aucune orientation nationale précise n'a été édictée à ce jour dans ce domaine, où la diversité des pratiques est importante. Il est cependant probable que le déploiement des observatoires relatifs aux indemnités journalières permette d'accroître ce ciblage. La CNAMTS envisage d'autre part de développer le « datamining »⁹¹ pour les IJ. Une expérimentation a été conduite avec la CRAMIF puis avec la région Nord Pas de Calais, en vue de repérer les profils susceptibles de frauder. Les résultats de l'expérimentation n'étant pas concluants (faute d'échantillon significatif de fraudeurs à une échelle régionale), le « datamining » devrait être élargi en 2012 aux 100 caisses en vue d'identifier un profil type de fraudeurs.

Comme l'ont souligné plusieurs acteurs rencontrés dans les CPAM, il semble aujourd'hui nécessaire que l'assurance maladie puisse disposer d'un accès systématique aux données d'autres administrations sociales, notamment à celles des URSSAF et de Pôle emploi, en vue de permettre de croiser plus systématiquement les informations relatives aux bénéficiaires et aux entreprises. Ce croisement des fichiers paraît d'autant plus nécessaire que la CNAMTS pilote actuellement une automatisation poussée du processus de liquidation des indemnités journalières, qui fera progressivement disparaître certains contrôles humains. Ainsi, l'intégration automatique des attestations de salaires dématérialisées ne

⁹¹ Méthode de détection des fraudes qui repose sur l'identification des fraudeurs à partir d'extraction des bases de données, auxquelles sont appliquées des modèles permettant d'attribuer des scores de risque de fraudes en fonction des caractéristiques de consommation des assurés

permettra pas de déceler les entreprises « coquilles vides » en l'absence de croisement avec des données issues des URSSAF.

III - Des actions de régulation à accentuer

La politique de régulation en matière de prescription d'arrêts de travail a été développée à partir de 2004. Les dispositifs mis en œuvre visent à agir sur le comportement de l'ensemble des acteurs. Conduites conjointement sur un plan opérationnel par les caisses et les échelons locaux du service médical, les actions sont largement pilotées au niveau régional dans le cadre de la politique de gestion du risque conduite sous la responsabilité d'un directeur de CPAM coordonnateur. Il est cependant regrettable que les ARS ne se soient pas vu à ce stade assigner de missions spécifiques⁹² en matière de régulation des indemnités journalières, notamment au regard de la problématique des prescriptions hospitalières d'arrêts de travail, qui représentent près de 20% du total et ne font l'objet d'aucun mécanisme de régulation. .

En outre, la dualité des réseaux administratif et médical conduit à n'associer aux instances régionales que les directeurs de caisses et non les médecins-chefs conseils, qui se voient relayer les orientations prises soit par le directeur régional du service médical, soit par le directeur de la CPAM. Cette organisation se traduit par la prépondérance du pilotage des CPAM dans les actions de régulation et bien que les médecins conseils soient associés au niveau local à travers un comité de pilotage de gestion du risque, leur degré d'implication est variable.

L'impact des actions engagées est difficile à évaluer d'autant que les outils et processus sont encore en cours de structuration.

A - Des actions auprès des médecins à visée plus pédagogique que contraignante

Le premier ordonnateur de la dépense d'indemnité journalière étant le médecin à travers sa prescription d'arrêt de travail (« 1 euro dépensé est 1 euro prescrit »), l'action de la CNAMTS s'est attachée ces dernières années à déployer des outils de régulation en vue de maîtriser les prescriptions d'arrêts maladie. Ces actions sont d'autant plus importantes,

⁹² Les IJ ne figurent pas dans les 10 priorités nationales assignées aux ARS pour l'élaboration des programmes régionaux de gestion du risque pluriannuel (PRGRP) pour 2010, 2011 et 2012.

que tous les médecins ne paraissent pas avoir conscience de leur responsabilité dans la prescription d'une dépense d'indemnisation par le biais de l'arrêt de travail qu'ils délivrent. Il est ainsi regrettable qu'aucune sensibilisation à cette problématique ne figure dans leur formation initiale.

L'analyse systématique des prescriptions permet tout d'abord d'identifier les prescripteurs ne s'inscrivant pas dans la moyenne. Le nombre moyen d'indemnités journalières maladie prescrites par praticien est de 2 700 par an en 2010. Cependant, ces prescriptions présentent une très forte dispersion comme l'indique la ventilation des prescripteurs par décile. Près d'un millier de médecins prescrivent ainsi plus de 10 000 indemnités journalières par an.

Tableau n° 5 - Nombre moyen d'indemnités journalières prescrites par médecin⁹³ (IJ indemnisées par l'assurance maladie en 2010)

1er décile	2nd décile	3ème décile	4ème décile	5ème décile	6ème décile	7ème décile	8ème décile	9ème décile	10ème décile
90	534	1 072	1 571	2 059	2 572	3 178	3 952	5 071	7 952

Source : Cour des comptes – données CNAMTS

L'assurance maladie dispose de divers leviers, plus ou moins incitatifs ou contraignants, pour une meilleure maîtrise des prescriptions, dont l'impact est toutefois rarement évalué.

Un premier niveau d'action consiste en la sensibilisation du médecin sur les caractéristiques de ses prescriptions avec la remise de son profil de prescription d'arrêts de travail comparé à la moyenne des praticiens de son département. Cette communication peut avoir lieu soit à l'occasion des visites des délégués de l'assurance maladie de la CPAM, parmi en général de nombreux autres sujets, soit à l'occasion d'un entretien confraternel avec un médecin conseil. Si cette démarche joue un rôle responsabilisant auprès des praticiens libéraux, elle est plus compliquée à conduire auprès des praticiens exerçant en établissement, qui sont pourtant à l'origine de 18 % des prescriptions d'arrêts de travail (jusqu'à 25 % dans certains départements). En effet, pour les établissements, une identification du médecin prescripteur est rarement possible ce qui empêche une responsabilisation individuelle.

Cette démarche est progressivement complétée par la mise en place de nouveaux outils.

⁹³ Journées indemnisées par l'assurance maladie en 2010, correspondant aux arrêts maladie prescrits par les généralistes libéraux. Les faibles niveaux de prescriptions des 1er et 2nd déciles sont peu significatifs car ils sont influencés par les départs à la retraite, les installations en cours d'année ou les exercices à temps partiel.

1 - La diffusion d'un référentiel de prescription des arrêts de travail : un progrès récent, potentiellement porteur d'économies importantes

Afin d'accompagner les médecins dans leur prescription et au vu de la grande hétérogénéité des durées moyennes d'arrêt de travail pour des situations identiques (celles-ci vont du simple au double entre départements), la CNAMTS a diffusé à partir de 2009 un référentiel. Ce dernier qui se compose de fiches repères présentant des durées indicatives d'arrêts de travail par pathologie a été soumis à l'avis de la Haute autorité de santé (dans le cadre de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale).

Cette démarche, qui a été initiée de longue date dans les pays anglo-saxons, repose sur la constatation de l'hétérogénéité des prescriptions pour un même motif médical. Elle vise à maîtriser de manière médicalisée le poste des indemnités journalières, favoriser la reprise du travail de façon concertée et prévenir les risques de chronicité et de désinsertion sociale et professionnelle.

Fin 2011, 33 fiches-repères avaient été établies et ce développement doit être poursuivi en 2012⁹⁴. Les CPAM rencontrées dans le cadre de l'enquête étaient en cours de diffusion du référentiel, remis aux médecins par les délégués de l'assurance maladie ou par les médecins conseils. L'accueil de ce nouvel outil était plutôt positif, les médecins y voyant non seulement un appui méthodologique à leur prescription mais un document validé par la HAS pouvant être opposé aux patients en attente d'une prescription plus longue.

Ce référentiel devrait jouer un rôle croissant et central en matière de régulation des prescriptions puisqu'il proposera un renseignement par défaut de la durée d'arrêt de travail en fonction de la pathologie dans l'avis d'arrêt de travail dématérialisé. Une mesure de la convergence des pratiques au référentiel pourra par ailleurs être réalisée à terme en comparant les durées de prescriptions par pathologie à celle du référentiel. Ceci permettra de mesurer l'impact de cet axe fort de la politique de régulation. Il devrait par ailleurs être utilisé progressivement comme un outil de ciblage des contrôles médicaux sur les arrêts dont les durées s'éloigneront de celles préconisées par le référentiel.

Les gains attendus du déploiement du référentiel sont importants. Pour les 19 premières fiches validées, il était observé que la moitié des

⁹⁴ Cf. annexe 11 – Exemples de fiches pathologie (angine et sciatique) du référentiel IJ.

prescriptions étaient supérieures à la durée d'arrêt la plus longue préconisée. La CNAMTS estime à 125 M€ a minima par an l'économie potentielle liée à la diffusion du référentiel⁹⁵ par la convergence des durées moyennes vers la durée médiane observée en 2011.

2 - Des outils d'alerte, à la portée cependant incertaine

Différentes initiatives ont été prises pour renforcer l'action de sensibilisation et de responsabilisation conduite en direction des médecins au profil de prescription atypique :

- L'envoi de courriers ciblés aux plus gros prescripteurs

Ces courriers permettent ponctuellement aux caisses de compléter les échanges avec les délégués et médecins conseils. Une campagne nationale a ainsi ciblé en 2008 les 25 % plus gros prescripteurs, sur la base du nombre d'arrêts par patient comparé à une moyenne régionale. Le soutien de la commission locale paritaire est souvent recherché dans cet exercice en vue de donner plus de légitimité aux courriers. Cette procédure est toutefois utilisée avec prudence par les caisses, qui ne la pratiquent généralement que dans le cadre de campagnes nationales.

- L'entretien d'alerte

Cet outil apparaît efficace en matière de régulation des prescriptions d'arrêts de travail dans les petits départements, puisqu'il permet de cibler les prescripteurs véritablement hors norme à l'aune de la moyenne du département. Consistant en une convocation conjointe du médecin par le directeur de la CPAM et le médecin chef de l'ELSM, ils permettent d'objectiver le profil de prescription des médecins et d'exercer une action pédagogique et incitative en évoquant une mise sous accord préalable à défaut d'une prescription plus sobre. Dans l'Aube, la campagne conduite en 2008 a ainsi permis d'infléchir de 30 % le volume de prescription des médecins convoqués.

Dans le cadre de l'évolution des outils de régulation entreprise en 2011, la CNAMTS a cependant préconisé l'abandon des entretiens d'alerte, jugés inefficaces au niveau national et irréalisables dans certains départements dès lors que l'objectif fixé était de rencontrer 5 % des médecins.

⁹⁵ Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits de l'année 2012, Conseil CNAMTS, 7 juillet 2011

3 - La mise sous accord préalable : un outil exceptionnel à l'efficacité limitée par sa complexité

Créée par la loi du 13 août 2004, la mise sous accord préalable est la seule procédure contraignante à disposition des directeurs de CPAM pour limiter les prescriptions des médecins très gros prescripteurs, mais elle n'est mise en œuvre que dans le cadre de campagnes nationales très encadrées.

Le bilan de cette procédure apparaît toutefois marginal, tant au regard du nombre de médecins concernés que de son impact global. Depuis sa mise en place effective en 2006, moins de 500 mises sous accord préalable en matière d'arrêts de travail ont été mises en œuvre sur l'ensemble du territoire.

Tableau n° 6 - Mises sous accord préalable déclenchées depuis 2006

	Total MSAP	Durée des MSAP déclenchées					
		6 mois	5 mois	4 mois	3 mois	2 mois	1 mois
2006	44	22	4	6	10	2	0
2007	120	29	10	11	43	22	5
2008	96	31	2	14	28	17	4
2009	21	7	0	0	6	6	2
2010	143	42	3	19	43	28	8
2011	31	11	0	6	7	6	1
Total	455	31%	4%	12%	30%	18%	4%

Source : Cour des comptes – données CNAMTS

Cette portée limitée résulte des seuils élevés retenus pour le déclenchement des mises sous accord préalable dans le cadre des campagnes nationales. Les médecins concernés sont ceux dont les prescriptions d'arrêt de travail sont plus de quatre fois et demie supérieures à la moyenne de leurs confrères sur le ressort de la même union régionale des caisses d'assurance maladie.

Cette procédure apparaît par ailleurs particulièrement lourde, tant sur le plan matériel que juridique. Elle repose sur une mobilisation importante du service médical qui reçoit l'ensemble des arrêts de travail prescrits par le médecin sous accord préalable assortis d'une fiche justificative pour chaque arrêt. Le service médical se prononce ensuite sur chaque arrêt en convoquant une partie des patients concernés pour avis médical.

Les caisses visitées ont cependant mis en évidence le recul significatif des prescriptions pendant la période concernée (avec un infléchissement d'au minimum de 30 %), mais une reprise progressive de leur croissance après quelques mois avant une stabilisation à un niveau

légèrement inférieur. La CNAMTS a évalué à 9 M€ les dépenses évitées par la campagne 2008. L'évaluation des campagnes 2009 et 2010 étant en cours fin 2011, une évaluation pluriannuelle des économies issues du dispositif n'a pu encore être réalisée.

Cette procédure n'apparaît pas comme un outil de régulation dans les plus petits départements. Ainsi, en Saône et Loire, seule une mesure a été mise en œuvre depuis 2007 et dans l'Aube trois. Le ciblage national des très gros prescripteurs sur la base d'un nombre d'arrêts de travail en valeur absolue et non en pourcentage de patientèle rend en effet cette procédure inopérante dans de nombreux territoires. La pertinence de cette méthode qui vise à préserver l'égalité de traitement des médecins sur l'ensemble du territoire est ainsi très contestable.

L'absence de montée en charge de cette procédure, ses résultats limités et sa complexité ont conduit la direction de la sécurité sociale à proposer la création d'un dispositif alternatif.

4 - La fixation d'objectifs quantifiés de diminution des prescriptions : une perspective à préciser

Dans le souci de créer un outil plus souple de régulation, a été instauré en 2011, sur la base des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010⁹⁶, un dispositif de fixation d'objectifs de réduction des prescriptions⁹⁷ : la mise sous objectif quantifié, alternative à la mise sous accord préalable que le directeur de la caisse peut proposer aux médecins dont le niveau de prescriptions excède une moyenne prédéfinie. Elle consiste en une possibilité offerte au médecin de s'engager contractuellement sur l'atteinte d'un objectif quantifié de diminution de ses prescriptions d'arrêts de travail sur une période de quatre à six mois. Le médecin a la faculté de refuser cette proposition au risque de se voir mettre sous accord préalable. En revanche, s'il accepte la contractualisation, il devra atteindre l'objectif fixé, au risque sinon de se voir infliger une pénalité financière.

Cette nouvelle procédure présente l'avantage d'être moins lourde en termes de mise en œuvre. En effet, elle repose sur la responsabilité d'un médecin conseil référent, qui sera chargé d'observer la pratique de médecin et de dresser un bilan de ses prescriptions à mi-parcours et au

⁹⁶ Article 41.

⁹⁷ Décret n° 2011-551 du 19 mai 2011 relatif aux procédures de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou de mise sous accord préalable des médecins.

terme de la période de contractualisation. Elle ne nécessite pas un examen systématique de l'ensemble des arrêts prescrits.

Malgré cette apparente simplicité, elle soulève néanmoins de nombreuses difficultés de mise en place. La CNAMTS a élaboré un mode opératoire complexe à destination des caisses, qui devait leur permettre de la mettre en œuvre seulement au printemps 2012.

Ce nouveau dispositif a conduit la CNAMTS à suspendre la campagne de mise sous accord préalable de 2011 et à retarder le lancement d'une nouvelle campagne pour 2012. Ce flottement a suscité des interrogations de la part des caisses et des ELSM, qui se sont retrouvés mi-2011 sans outil contraignant pour agir.

Les acteurs rencontrés dans le cadre de l'enquête ont ainsi largement émis le souhait d'une plus grande autonomie dans le ciblage des médecins aux prescriptions atypiques, encore trop souvent définis sur la base de critères nationaux. La création des observatoires qui vise à développer une analyse locale des caractéristiques des arrêts de travail devrait de fait s'accompagner d'une déconcentration du ciblage des contrôles.

5 - Les limites des outils de régulation des prescriptions

Les efforts entrepris se heurtent à diverse limites très préjudiciables à leur efficacité :

- Une évaluation insuffisante

Si l'impact des mises sous accord préalables sur l'évolution des prescriptions des médecins concernés est généralement suivi et analysé, il n'en va pas de même des actions de sensibilisation, des courriers ciblés et des entretiens d'alerte. Dans les CPAM visitées, une seule avait évalué l'impact des campagnes successives sur les prescriptions des médecins. Une évaluation plus systématique devrait être recherchée en vue d'affiner le ciblage de ces actions. Cette évaluation pourra notamment être réalisée à partir de l'observation des écarts de prescription au référentiel de prescription.

- Une action très limitée sur la prescription hospitalière

La difficulté à identifier les médecins à l'origine des prescriptions dans les établissements limite la portée des dispositifs de régulation décrits précédemment aux seuls médecins libéraux. Or, les établissements étant à l'origine d'environ 20 % des prescriptions, il apparaît nécessaire de développer des actions spécifiques de convergence des prescriptions, soit au niveau des structures (par service par exemple), soit en mettant en

place un processus d'identification des prescripteurs (dont l'intérêt concerne l'ensemble des prescriptions).

- *Une absence de prise en considération dans les conventions médicales*

L'absence d'éléments relatifs aux arrêts de travail dans les conventions médicales récentes apparaît particulièrement dommageable.

Mis en œuvre depuis 2009, les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) proposés aux médecins libéraux volontaires ne comportaient pas d'indicateur relatif aux arrêts maladie. Le volet « optimisation des prescriptions » faisait référence à six catégories de prescriptions de médicaments, sans retenir ce champ.

De même, la nouvelle rémunération à la performance des médecins, issue de la convention médicale du 26 juillet 2011, qui a succédé aux CAPI et qui s'impose à tous les médecins conventionnés sauf refus explicite de leur part, ne prévoit aucun indicateur relatif aux arrêts maladie parmi les 29 indicateurs suivis pour le calcul de la rémunération⁹⁸

L'insertion d'indicateurs relatifs aux prescriptions d'arrêts de travail pour inciter au respect du référentiel désormais diffusé devrait ainsi faire l'objet d'un avenant à la convention.

B - Les actions auprès des assurés

Les actions de régulation entreprises auprès des assurés sociaux ont pour l'instant essentiellement consisté en des campagnes de communication portant sur le rappel de leurs droits et devoirs ou la lutte contre les arrêts abusifs, à visée pédagogique.

Ces campagnes résultent pour l'essentiel d'initiatives régionales dans le cadre de la politique de gestion du risque et prennent la forme d'insertion d'informations dans les courriers aux assurés, voire d'ajout de volets au formulaire Cerfa ou de campagne d'affichage.

Les rares initiatives nationales se sont inscrites dans le cadre de campagnes plus vastes qui n'ont pas porté spécifiquement sur la question des arrêts de travail. Ainsi, la campagne nationale « frauder c'est voler, celui qui fraude sera sanctionné » de septembre 2011, réédition d'une

⁹⁸ Seul l'indicateur de moyens relatifs à l'informatisation du cabinet participe très indirectement à l'amélioration de la gestion des arrêts maladie, à travers la télétransmission (voir Chapitre II.I.C.3)

campagne de 2009, a été conduite conjointement avec le ministère du budget, des comptes publics et l'ensemble des administrations sociales, dans un objectif de lutte contre les fraudes sociales. Cette campagne a visé tous les types de fraude sociale (travail dissimulé, fraudes fiscales, fraudes aux prestations sociales). Malgré l'intensité de ce type de campagne (6 spots audio diffusés sur radios nationales, affiches et actions sur internet pendant 3 semaines), son impact n'est guère évaluable.

Cette faiblesse des actions nationales de sensibilisation et de responsabilisation des assurés est dommageable car elle conduit le niveau régional à multiplier des dispositifs et supports de communication pour des objets assez similaires, sans pour autant garantir une bonne perception des messages.

Dans un souci de responsabilisation des assurés sur les prescriptions d'arrêts de travail et de manière à faciliter une convergence des comportements, la CNAMTS envisage toutefois la diffusion du référentiel de prescription (cf. supra) auprès des assurés. Les modalités de cette diffusion n'ont pas été précisées à ce stade. Celles-ci seront déterminantes. La pertinence d'une diffusion des délais préconisés par la Haute autorité de santé doit en particulier être soigneusement pesée, ces délais indicatifs ne pouvant en aucune manière être interprétés comme des droits.

C - Les actions auprès des entreprises

Les actions de régulation auprès des entreprises sont récentes et très variables selon les départements. Certaines CPAM ont développé une communication spécifique en direction des entreprises dans un objectif de rappel des règles, procédures et des contacts en matière d'arrêt maladie. Ces actions prennent la forme soit de courriers, voire de guides pratiques généralement élaborés au niveau régional.

Depuis 2009, des actions en ce domaine sont ainsi conduites dans le cadre de la maîtrise médicalisée en entreprise auprès des entreprises présentant le nombre le plus important d'arrêt maladie. Elles consistent à apporter aux entreprises un appui en termes d'analyse de leur absentéisme et à leur proposer un travail conjoint. Dans les départements visités dans le cadre de l'enquête, cette démarche semble diversement accueillie par les entreprises. Un travail de fond est parfois engagé avec certaines d'entre elles, mais une majorité y voit peu d'intérêt. En effet, la préoccupation des entreprises porte principalement sur l'absentéisme de courte durée pour lequel les CPAM ne disposent que de peu de données. En outre, la nécessité de respecter le secret médical rend parfois les

échanges compliqués, quand la taille de l'entreprise ne permet pas de garantir l'anonymat des pathologies.

Le service médical intervient également dans la prévention de la désinsertion professionnelle, où il travaille en lien avec le médecin du travail en vue d'évaluer la possibilité et les conditions d'une reprise d'emploi. Cette coopération peut être formalisée par une visite de reprise qui permet soit d'envisager l'aménagement du poste de travail, le reclassement ou la reconnaissance de l'inaptitude par le médecin du travail lorsqu'il n'y a pas de perspective de reconnaissance de l'invalidité. Ce travail conjoint est cependant limité par la disponibilité des médecins du travail et par la différence d'approche. Alors que le médecin du travail se prononce sur l'aptitude vis-à-vis du poste de travail pour la reconnaissance de l'inaptitude, le médecin conseil évalue l'aptitude globale au travail pour la reconnaissance de l'invalidité.

La caisse nationale d'assurance maladie a procédé le 30 mai 2012, à l'issue de l'enquête de la Cour qui lui avait fait part de ses constats dans le cadre de la contradiction, à la diffusion d'une lettre-réseau qui détaille de nouvelles orientations en matière de contrôles administratifs et médicaux des arrêts de travail.

En matière de contrôles administratifs, est présentée une nouvelle stratégie d'analyse et de contrôle des obligations des assurés en arrêt de travail. Quatre fiches relatives aux modes opératoires sont destinées à simplifier, harmoniser et accroître leur efficacité.. L'harmonisation des sanctions est quant à elle reportée à une autre lettre réseau.

S'agissant du contrôle médical, la CNAMTS souhaite en renforcer l'efficacité par un meilleur ciblage en fonction des durées, des pathologies et des caractéristiques du prescripteur ou du caractère itératif des arrêts. Assorties d'indicateurs de suivi, les modalités de mise en œuvre de ces orientations sont largement déconcentrées dans le cadre des observatoires locaux.

Ces orientations prennent ainsi a priori en compte, au moins pour partie, les analyses de la Cour sur les nombreuses limites de la politique de contrôle jusqu'alors mise en œuvre. Leur effectivité dépendra cependant de la fermeté et de la continuité de pilotage dont saura faire preuve la caisse nationale en ce domaine. L'inclusion d'un axe spécifique aux contrôles dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion, qui démarrera à compter de 2014, serait opportune à cet égard.

IV - La participation de la CNAMTS au contrôle des arrêts maladie dans les fonctions publiques : vers une approche globale de la population salariée

A - Le contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires : un dispositif spécifique

L'administration employeur peut faire procéder à tout moment à une contrevisite de l'agent par un médecin agréé. L'intéressé doit s'y soumettre, sous peine d'interruption du versement de sa rémunération. Si le médecin agréé conclut à l'aptitude à la reprise des fonctions, l'employeur a la possibilité d'enjoindre l'agent de reprendre son travail. Les conclusions du médecin agréé peuvent être contestées par l'agent ou l'administration devant le comité médical. Aucune donnée nationale n'existant sur les pratiques des administrations en termes de contrôle de l'absentéisme maladie, il est n'est pas possible de savoir dans quelle mesure celui-ci est pratiqué par les administrations.

Le comité médical exerce un rôle central dans la régulation des arrêts maladie dans la fonction publique. Instance indépendante composée de médecins praticiens, il est chargé de donner un avis médical, à la demande de l'administration, sur l'octroi et le renouvellement des congés de maladie (longue maladie, longue durée, maladie ordinaire au-delà de 6 mois consécutifs), ainsi que sur les décisions de réintégration à l'issue des congés de maladie longs, de mise en disponibilité d'office pour raisons de santé ou de reclassement pour motif de santé.

B - L'expérimentation du contrôle des arrêts maladie des agents publics par les CPAM

Prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010⁹⁹, cette expérimentation vise à harmoniser les règles et modalités de contrôle des arrêts maladie prescrits aux assurés du régime général et aux fonctionnaires, dans un souci d'équité mais aussi d'un meilleur suivi et de connaissance des absences maladie des fonctionnaires.

Réalisée à titre gracieux par la CNAMTS, l'expérimentation porte sur le contrôle médical et administratif des arrêts maladie des

⁹⁹ Article 91 de la loi 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale.

fonctionnaires inférieurs à six mois, hors congés longue maladie et longue durée (ainsi que hors congés maternité et accidents de travail).

Mise en place pour une durée de deux ans, elle a été prorogée par la loi de financement pour 2012¹⁰⁰ pour deux années supplémentaires, à la suite de l'évaluation réalisée dans le cadre d'un rapport au Parlement d'octobre 2011¹⁰¹. Il a en effet été constaté un retard important dans la mise en œuvre de cette expérimentation, qui n'a débuté qu'en octobre 2010 pour la fonction publique d'Etat. Pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière, l'expérimentation se faisant sur la base du volontariat des administrations, elle avait à peine commencé fin 2011, l'arrêté fixant la liste des administrations concernées ayant été publié en octobre 2011¹⁰².

Le rapport au Parlement relève les résultats globalement décevants de la première phase de l'expérimentation, qui n'a concerné que la fonction publique d'Etat.

La portée de l'expérimentation (qui a porté sur 25 000 fonctionnaires et 52 000 arrêts d'octobre 2010 à septembre 2011) a largement été limitée par la réduction du périmètre prévu par la loi de financement pour 2010. La convention de partenariat entre l'Etat et la CNAMTS de mars 2010 a ainsi limité le champ des contrôles aux arrêts de plus de 45 jours (excluant ainsi le contrôle ponctuel des arrêts de courte durée), ainsi qu'aux arrêts itératifs, objets de contrôles « ponctuels ». Au final, seuls 16 % des arrêts de travail transmis sont entrés dans le champ du contrôle médical. En outre, le contrôle administratif des arrêts de travail (essentiellement des heures de sorties) n'a concerné qu'un seul département expérimental (le Rhône) et ne porte que sur un pourcentage limité des arrêts de travail communiqués.

La nécessité de formaliser les relations juridiques entre les acteurs et de mettre en place un outil informatique commun déployé par la CNAMTS, permettant les échanges et le suivi des arrêts de travail entre les administrations, les CPAM et le contrôle médical ont ensuite retardé le démarrage effectif de l'expérimentation.

Comme le note le rapport, c'est surtout la faible mobilisation des administrations concernées qui explique largement les médiocres résultats de l'expérimentation. Le défaut de prise en main des nouvelles

¹⁰⁰ Article 76 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011.

¹⁰¹ Rapport au Parlement relatif à l'expérimentation du contrôle des fonctionnaires (octobre 2011).

¹⁰² Un arrêté du 28 octobre 2011 fixe la liste des établissements publics de santé et des collectivités territoriales autorisés à participer à l'expérimentation.

procédures et outils par les services de gestion du personnel ont eu un impact sur le délai et la qualité de la saisie des arrêts de travail dans l'application partagée avec les caisses et le service médical : 78 % des arrêts saisis étant échus ou mal renseignés, ils n'ont pu être contrôlés.

L'administration a été particulièrement prudente dans les suites données aux avis médicaux négatifs ou dans les cas de refus de se soumettre aux contrôles. Seuls 4,5 % des avis négatifs ont donné lieu à une mise en demeure. Ce manque de réactivité s'explique notamment par les incertitudes juridiques qui entouraient l'expérimentation. La loi de financement pour 2010 prévoyait plusieurs types de suite pouvant être données par l'administration en cas d'avis négatifs : possibilité de retenir 50 % de la rémunération en cas de non respect des heures de sorties autorisées, d'enjoindre à l'agent de reprendre le travail en cas d'avis médical négatif ou encore de suspendre sa rémunération en cas de refus de se soumettre aux contrôles. En revanche, les modalités de recours des agents contre les avis médicaux des CPAM n'étaient pas prévues. La loi de financement pour 2012 est venue combler ce vide juridique en formalisant une possibilité de recours devant les comités médicaux sur la base de la communication des avis médicaux de l'assurance maladie. Le renforcement de la sécurité juridique des procédures s'est accompagné selon la direction générale de l'administration et de la fonction publique d'une augmentation des suites données par l'administration (avec un taux de suivi de 90 % en mars 2012).

Sur le fond, les résultats des contrôles révèlent une proportion d'arrêts non médicalement justifiés inférieure à celle du régime général. Sur l'ensemble des arrêts contrôlés, le taux d'avis médicaux négatifs s'élève à 6,3 % contre 10,8 % pour les arrêts du régime général supérieurs à 45 jours. Cette différence résulte en partie de l'absence de ciblage des contrôles pratiqués sur les agents publics, puisque dans le cadre de l'expérimentation les médecins conseils ne disposent ni de l'arrêt de travail, ni de la pathologie à l'origine de la prescription avant la convocation de la personne.

Enfin, les contrôles réellement effectués ont porté sur moins de 3 % des arrêts saisis par l'administration. Sur les 66 639 arrêts saisis entre octobre 2010 et fin 2011, 4 851 sont entrés dans le champ du contrôle (7 %) mais sur cette masse seulement 38 % (1843) ont pu être contrôlés, les 62 % restant n'ayant pu être contrôlés pour cause d'arrêt échu, d'adresse erronée ou d'absence

C - La perspective d'une généralisation des contrôles des arrêts maladie des agents des fonctions publiques par l'assurance maladie

L'expérimentation du contrôle des arrêts maladie des agents publics de l'Etat étant toujours en cours, et venant juste de démarrer dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, il importera que son évaluation examine non seulement son impact et les difficultés rencontrées, mais aussi la pertinence et les conditions d'une éventuelle généralisation au regard des considérations suivantes.

1 - L'intérêt d'une généralisation du contrôle par l'assurance maladie

La généralisation du contrôle des arrêts maladie dans les fonctions publiques par l'assurance maladie tendrait à renforcer une approche globale de la régulation des arrêts maladie, quel que soit le statut des salariés.

L'expérimentation du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires ainsi que la mise en œuvre du jour de carence dans les fonctions publiques ont mis au jour l'absence de structuration du circuit des arrêts de travail dans ces dernières, qui repose sur des pratiques propre à chaque administration.

Plutôt que de créer des outils et des procédures spécifiques aux fonctions publiques, comme cela a été le cas dans le cadre de l'expérimentation du contrôle qui a reposé sur un outil de recensement des arrêts maladie dans les administrations concernées (ADTF), il serait plus pertinent de s'appuyer sur les outils et procédures de la CNAMTS. En effet, ATDF a été conçu pour un volume expérimental et souffre de diverses limites, notamment l'absence de module de supervision permettant d'avoir une vision des saisies effectuées.

L'intérêt de cette mutualisation des outils et des procédures de contrôles réside tout d'abord dans la formalisation d'un circuit unique de circulation des avis d'arrêts de travail (encore peu formalisé dans les fonctions publiques). L'administration concernée, comme tout employeur, ne recevrait que le volet 3 de l'avis d'arrêt de travail, alors qu'elle reçoit aujourd'hui généralement l'intégralité des volets. Les deux premiers volets seraient communiqués comme pour l'ensemble des salariés au médecin conseil et à la CPAM en vue de permettre le contrôle administratif et médical, dans les mêmes conditions que les salariés du privé. La CPAM et l'échelon local du service médical auraient ainsi accès

aux données de l'arrêt de travail, ce qui n'est pas le cas dans le cadre de l'expérimentation et rend compliqué les contrôles en l'absence de ciblage des contrôles médicaux par pathologie.

Cette mutualisation inscrirait surtout les fonctionnaires dans le processus global de régulation des prescriptions d'arrêts de travail sur la base des outils nationaux développés par la CNAMTS. Elle permettrait par exemple que l'arrêt de travail dématérialisé puisse être utilisé pour les patients fonctionnaires, ce qui ne sera pas le cas dans le dispositif actuel qui imposera un arrêt de travail papier. Dans le cadre de la convergence des durées d'arrêts de travail sur la base du référentiel de prescription, les durées d'arrêts des fonctionnaires seraient ainsi contrôlées sur les mêmes bases que celles des salariés du secteur privé. Cette convergence des durées concerne en effet l'ensemble des prescripteurs et a vocation à devenir un outil de ciblage des contrôles du service médical.

2 - Les conditions d'une généralisation

Parmi les points à examiner en amont d'une généralisation figure la question des moyens du réseau de l'assurance maladie pour réaliser ces contrôles.

Il conviendrait tout d'abord de s'assurer de la possibilité pour les systèmes d'information des CPAM et des ELSM d'une prise en charge de dossiers de personnes non affiliées au régime général, de manière à mettre à disposition des personnels des CPAM et équipes médicales, les arrêts maladie des fonctionnaires permettant leur transmission et leur contrôle dans les mêmes conditions que les autres assurés. Les procédures et circuits de gestion des arrêts maladie dans l'administration concernée devront être formalisés et l'articulation des rôles du comité médical, des caisses et du service médical précisés.

En outre, le service médical devrait disposer des moyens humains associés à cette nouvelle mission. L'évaluation d'une charge correspondant à 75 ETP réalisée par la CNAMTS devrait être affinée dans la perspective d'une généralisation aux trois fonctions publiques. Les gains de productivité attendus du déploiement des outils dématérialisés, notamment de l'arrêt de travail dématérialisé, ainsi que le rééquilibrage des charges entre travail administratif et médical au sein du service médical permis par ces nouveaux outils, devraient permettre de compenser en partie ces nouveaux besoins. Si une prestation à titre onéreux était envisagée, la cohérence avec les règles de la commande publique devrait être examinée.

Enfin, la perspective d'une généralisation du contrôle des arrêts maladie auprès des CPAM soulève la question de l'articulation du

contrôle réalisé par la CPAM et l'ELSM avec le dispositif de régulation des arrêts maladie propre à la fonction publique piloté par le comité médical. En vue d'assurer un contrôle de qualité et un suivi dans le temps des patients contrôlés, il semble nécessaire de confier à l'assurance maladie l'intégralité des contrôles y compris ceux emportant une prise de décision de passage en congé de longue maladie ou congé de longue durée et de soumettre ces décisions aux voies de recours du régime général. Cette évolution implique une réflexion sur le dispositif de régulation des arrêts maladie propre à la fonction publique et sur le devenir des comités médicaux et des droits des fonctionnaires en la matière.

Aucun de ces points n'apparaît cependant a priori en tant que tels bloquants, même si leur mise en œuvre ne peut reposer que sur un dialogue social approfondi avec les organisations représentatives des fonctionnaires.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'amélioration du pilotage de la dépense induite par les arrêts maladie implique le renforcement des outils de régulation existants.

Au sein du régime général, la régulation des arrêts maladie repose aujourd'hui essentiellement sur les contrôles administratifs et médicaux portant sur les assurés. Les contrôles administratifs, notamment comptables, révèlent peu de fraudes, ce qui peut poser la question de leur pertinence d'approche. Par ailleurs, l'ensemble des contrôles administratifs et médicaux se caractérise par une très grande hétérogénéité des pratiques locales et par l'absence de mesure de leur impact.

Au regard de l'importance des comportements individuels et collectifs dans l'évolution des arrêts maladie, un renforcement des outils de régulation est nécessaire, tant vis-à-vis des médecins que des assurés. Les actions de la CNAMTS vis-à-vis des prescripteurs se sont jusqu'alors limitées à la cible des très gros prescripteurs. Elles doivent aujourd'hui s'orienter vers la convergence des prescriptions, sur la base du référentiel de prescription, contenant des durées indicatives par pathologie. De nouveaux outils doivent venir compléter cette démarche, dans le cadre des contrats de performance avec les médecins libéraux et en dotant les caisses d'outils plus contraignants.

Les actions de régulation vis-à-vis des salariés restent quant à elles largement à développer. Au-delà des campagnes de lutte contre la fraude, des actions à visée pédagogique doivent être beaucoup plus activement développées.

L'approche globale de la régulation, qui est la condition de son efficacité, pose la question de la spécificité du contrôle des arrêts maladie de la fonction publique qui aboutit de fait à exempter largement les agents publics de toute action suivie en ce domaine. L'expérimentation du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires par l'assurance maladie, qui devra être attentivement évaluée à son terme, invite à une réflexion d'ampleur sur la perspective d'une généralisation de ce dispositif.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 11. évaluer l'impact et la pertinence des contrôles administratifs en vue d'en redéfinir les objectifs et la doctrine d'emploi*
- 12. structurer la méthodologie et le ciblage du contrôle médical des arrêts maladie :*

→ en développant le ciblage du contrôle des arrêts de courte durée ,en définissant un objectif en termes de pourcentage d'arrêts à contrôler et en s'assurant notamment de l'effectivité des orientations définies par la CNAMTS en mai 2012

→ en définissant pour les arrêts de longue durée, un objectif de délai de stabilisation et d'économie associée en termes de dépenses d'indemnités journalières

→ en revoyant l'organisation des activités administratives et médicales au sein du service médical en lien avec le déploiement des nouveaux outils

13.inscrire dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG), un axe spécifique définissant les objectifs en matière de contrôles administratifs et médicaux des arrêts maladie ;

14.envisager la communication systématique des avis négatifs de contrevisites (y compris non médicaux) aux CPAM et une procédure de reconnaissance de ceux-ci par ces dernières ;

15.améliorer la capacité à détecter les fraudes organisées en donnant un accès aux CPAM aux fichiers des autres administrations sociales et fiscales (notamment à ceux de l'URSSAF et de Pôle emploi) ;

16.poursuivre les actions de maîtrise des prescriptions à travers :

→ l'inclusion des médecins hospitaliers dans le dispositif global de régulation des prescriptions d'indemnités journalières

→ la prise en compte d'indicateurs relatifs aux prescriptions d'indemnités journalières et au respect du référentiel dans la rémunération à la performance des médecins, à travers un avenant à la convention de juillet 2011

→ la mise à disposition des CPAM et échelons locaux du service médical d'outils de régulation contraignants permettant d'agir sur les gros prescripteurs à l'échelle de leur territoire (sur la base de critères régionaux ou départementaux) ;

17.communiquer plus fortement et plus régulièrement auprès des assurés sur la maîtrise des arrêts maladie et les actions engagées, notamment à travers des supports spécifiques de communication sur l'existence d'un référentiel de prescription de manière à éviter des sollicitations des médecins contraires aux bonnes pratiques ;

18.évaluer de manière rigoureuse l'expérimentation en cours du contrôle des arrêts de travail de la fonction publique par l'assurance maladie en vue d'en envisager la généralisation.

Conclusion générale

La problématique des arrêts maladie et de leur mode de prise en charge reste insuffisamment analysée, qu'il s'agisse des modalités exactes de couverture de la population active ou des déterminants d'une dépense qui malgré des efforts de contrôle et de régulation demeure d'autant plus dynamique que le vieillissement de la population et les modifications des conditions de travail ne sont pas sans conséquence en ce domaine.

Cette mauvaise connaissance est en elle-même un frein à la modernisation du dispositif de prise en charge comme à l'identification des leviers d'une régulation plus efficace.

La charge de gestion des indemnités journalières est particulièrement lourde pour les caisses du fait de la très grande complexité de la réglementation à appliquer : 5300 agents ETP s'y consacraient en 2010, tous types d'indemnités confondus. Bien que le réseau de l'assurance maladie ait amorcé une démarche de modernisation de la liquidation des indemnités journalières, qui repose sur une spécialisation et sur le déploiement de nouveaux systèmes d'information (dématérialisation et numérisation), son ampleur est aujourd'hui limitée par la complexité de la réglementation. L'objectif de simplification, bien que partagé par la CNAMTS et la direction de la sécurité sociale, recommandé par la Cour dans les RALFSS 2004 et 2006 et inscrit dans la convention d'objectif et de gestion de la branche maladie 2009-2013, n'a pour l'instant pas été suivi d'effets.

La perspective du déploiement de la déclaration sociale nominative (DSN) ne saurait retarder davantage d'indispensables ajustements réglementaires, d'autant plus urgents que leur mise en œuvre conditionne en réalité largement le bon aboutissement de cette réforme majeure. A cet égard la question de l'harmonisation de l'assiette des différentes sortes d'indemnités journalières constitue un enjeu majeur.

Elle conditionne en particulier l'amélioration du délai de paiement des indemnités journalières qui doit demeurer une priorité. Comme l'a confirmé l'enquête, le délai moyen est encore élevé (38,5 jours en 2010 et 2011) et masque des cas de règlements dans des délais peu raisonnables, particulièrement pénalisants dans certaines situations professionnelles (travail discontinu, multi-employeurs,...) qui concernent les salariés les plus précaires, pour lesquels le délai de paiement excède souvent ce délai moyen.

Au-delà de la simplification de la réglementation, l'amélioration du pilotage global de la dépense d'indemnité journalière implique un renforcement de la politique de régulation. Les outils de régulation doivent tout d'abord être renforcés vis-à-vis des médecins, qui à travers leur prescription sont les premiers ordonnateurs de la dépense. Les actions de la CNAMTS ont jusqu'alors essentiellement ciblé les très gros prescripteurs, elles doivent aujourd'hui s'orienter vers une action plus large sur la pertinence des prescriptions. La mise à disposition des médecins d'un référentiel avec des durées indicatives de prescription par pathologie s'inscrit dans cette démarche, même si son déploiement et son effectivité restent à assurer. La mise en place d'indicateurs relatifs aux prescriptions d'arrêts de travail dans le cadre des contrats de performance, ainsi que la création d'outils plus contraignants permettant aux CPAM d'agir sur les gros prescripteurs devraient la compléter.

Les actions de régulation vis-à-vis des assurés restent quant à elles largement à développer. Elles se sont jusqu'alors limitées au niveau national à des campagnes de lutte contre la fraude. Elles devront être complétées par des actions plus continues en vue de les responsabiliser davantage. La question de la diffusion des durées indicatives du référentiel aux patients constitue à ce titre un enjeu particulier de communication.

Au-delà de ces actions, un réexamen s'impose de la pertinence et de la doctrine d'emploi des contrôles réalisés par les CPAM et le contrôle médical. Leur rationalisation, leur homogénéisation et l'amélioration de leur ciblage doivent être poursuivies en vue de renforcer leur efficacité. Les nouveaux outils, notamment l'avis de travail dématérialisé, constituent des leviers importants de progrès, sous réserve de leur généralisation rapide, qui impliquera la fixation d'objectifs spécifiques aux médecins.

Dans le cadre d'une approche globale de la régulation, qui conditionne son efficacité en termes de responsabilisation et de modification de comportements tant des médecins que des assurés, se pose la question de la situation atypique à cet égard des agents des fonctions publiques. L'expérimentation du contrôle des arrêts de travail des agents de la fonction publique d'Etat, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière par l'assurance maladie en cours dans certaines administrations devra à son terme de 2014 être précisément évaluée en vue d'apprécier la pertinence d'une généralisation du dispositif. Au-delà des problématiques d'efficience, les considérations d'équité sont à cet égard primordiales : une maîtrise durable des dépenses liées aux arrêts maladie suppose au-delà des différences de mode de couverture une approche harmonisée pour les diverses catégories de la

population active, sans laquelle la discipline collective indispensable tant des assurés sociaux que des prescripteurs ne réussira pas à s'instaurer de manière pérenne.

Annexes

ANNEXE 1 : Lettre de saisine des présidents de la commission des affaires sociales et de la MECSS de l'Assemblée nationale

ANNEXE 2 : Réponse du Premier président de la Cour des comptes aux présidents de la commission des affaires sociales et de la MECSS de l'Assemblée nationale

ANNEXE 3 : Liste des personnes rencontrées

ANNEXE 4 : Glossaire

ANNEXE 5 : Conditions d'ouverture de droits et modalités de calcul des indemnités journalières maladie

ANNEXE 6 : Comparaison des modalités de calcul des indemnités journalières maladie-maternité-AT-MP

ANNEXE 7 : Les difficultés opérationnelles de mise en œuvre du jour de carence dans la fonction publique

ANNEXE 8 : Recensement des dispositions relatives au complément de salaire dans 14 conventions collectives

ANNEXE 9 : Nombre moyen de journées d'arrêt maladie indemnisées par salarié en 2010 – Ratio par département

ANNEXE 10 : Extrait de la convention d'objectifs et de gestion maladie entre l'Etat et la CNAMTS 2010-2013

ANNEXE 11 : Exemple de fiches repères du référentiel de prescriptions IJ

ANNEXE 12 : Formulaire Cerfa

ANNEXE 1 : LETTRE DE SAISINE DES PRESIDENTS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA MECSS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE



ASSEMBLÉE
NATIONALE

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE
DES LOIS DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

KCC A1111622 CDC
16/12/2011

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ-ÉGALITÉ-FRATERNITÉ

Paris, le 15 DEC. 2011

Monsieur le Premier président,

À la suite de nos entretiens du 6 décembre dernier, nous avons l'honneur de demander à la Cour des comptes, en application des articles 47-2 de la Constitution et L. O. 132-3-1 du code des juridictions financières, la réalisation de deux rapports d'enquête sur les sujets suivants :

- les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie,
- le financement de la branche Famille.

La première étude est attendue pour juillet 2012 ; la seconde, centrée sur la question de la fiscalisation des ressources de la branche, est attendue pour le premier trimestre 2013, un rapport d'étape en octobre 2012 nous étant utile.

Vous remerciant de la précieuse collaboration fournie par la Cour aux travaux de la MECSS, nous vous prions de croire, Monsieur le Premier président, à l'expression de notre parfaite considération.

Le Président,
Jean MALLOT

Le Président,
Pierre MORANGE

Le Président de la Commission,
Pierre MÉHAIGNERIE

Monsieur Didier MIGAUD
Premier président
Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 PARIS 01 SP

Secrétariat de la Mission : Assemblée nationale – Service de la culture et des questions sociales
Division du contrôle et des études culturelles et sociales - 126, rue de l'Université 75355 Paris cedex 07 SP
Tél. : 01 40 63 92 51 ou 01 40 63 65 94 - Télécopie : 01 40 63 55 22 – www.assemblee-nationale.fr

ANNEXE 2 : REPONSE DU PREMIER PRESIDENT DE LA
COUR DES COMPTES A LA DEMANDE DE
L'ASSEMBLEE NATIONALE

*Le Premier Président
de la
Cour des Comptes*

Paris, le 11 01 12

Messieurs les Présidents,

En réponse à votre courrier en date du 15 décembre 2011, j'ai le plaisir de vous confirmer que la Cour travaillera sur les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie pour répondre à votre demande d'enquête formulée en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières. La Cour devrait être en mesure de vous faire parvenir son rapport pour le 1^{er} juillet 2012, comme vous l'avez souhaité.

Pour votre demande d'enquête relative au financement de la branche famille, la Cour devrait également pouvoir vous fournir un rapport d'étape au 1^{er} octobre 2012 puis un rapport définitif au 30 avril 2013.

Je vous propose que vos échanges puissent se poursuivre avec M. Antoine Durrleman, Président de la sixième chambre, dans les mois qui viennent, pour préciser le champ et la portée de ces enquêtes.

Je vous rappelle enfin que M. Jean-Marie Bertrand, président de chambre, rapporteur général, se tient à votre disposition pour tous les sujets que vous souhaiteriez voir aborder avec la Cour.

Je vous prie d'agréer, Messieurs les Présidents, l'expression de ma haute considération. *en de mes très h. m. t. à m. l'Assemblée.*

Didier Migaud
Didier MIGAUD

Monsieur Pierre MEHAIGNERIE
Président de la commission des affaires sociales

Monsieur Pierre MORANGE
Coprésident de la mission d'évaluation
et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Monsieur Jean MALLOT
Coprésident de la mission d'évaluation
et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Assemblée Nationale
126, rue de l'Université
75355 PARIS CEDEX 07 SP

ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	
Agathe DENECHERE	Directrice de cabinet du Directeur général
Mathilde LIGNOT-LELOUP	Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Dominique POLTON	Directrice de la stratégie, des études et des statistiques
Pierre FENDLER	Directeur du contrôle contentieux et de la répression des fraudes
Laurent BAILLY	Responsable adjoint du département de la réparation des risques professionnels à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie
Michelle CARZON	Directrice du réseau médical
Jean-Yves CASANO	Directeur de l'organisation, de la relation client et de la qualité
Emmanuel GOMEZ	Direction de l'organisation, de la relation client et de la qualité (responsable de l'accompagnement des médecins conseils, du contrôle, du référentiel IJ)
Vincent MAGINOT	Adjoint au Directeur de l'organisation, de la relation client et de la qualité
Isabelle BERTIN	Adjointe du Directeur du contrôle contentieux et de la répression des fraudes
Abdelkader BELKHIR	Chargé de mission au cabinet du directeur général
Catherine MARGNES	Direction de l'organisation, de la relation client et de la qualité
Dorothée HANNOTIN	Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Christianne DRAICCHIO	Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Direction de la sécurité sociale (DSS)	
Dominique LIBAULT	Directeur de la sécurité sociale
Laurent CAUSSAT	Sous-directeur des Etudes et des prévisions financières (6ème SD)
Cécile WAQUET	Adjointe à la sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents de travail (2ème sous-direction)
Valérie MARTY	Adjointe au Chef du bureau de la couverture maladie universelle et des prestations de santé (Bureau 2A)
Romain ROUSSEL	Chef du Bureau Economie et Santé (6B)
Christine FREYERMUTH	Adjointe au Chef du bureau des accidents du travail et des maladies socio-professionnelles (Bureau 2C)
Myriam MIKOU	Bureau Economie et Santé (6B)
Françoise MULET-MARQUIS	Chargée de mission à la 2ème sous-direction
Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)	
Sébastien ROUX	Sous-directeur Salaires, Travail et Relations professionnelles (SD - SDRT)
Julien DEROYON	Chef du Bureau des Relations Professionnelles et temps de travail
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	
Denis RAYNAUD	Chef du bureau des dépenses de santé et des relations avec l'Assurance maladie
Catherine ZAIDMAN	Chargée de la sous-direction Synthèses, études économiques et évaluation
Malik KOUBI	Chef du bureau Comptes et Prévisions d'ensemble

Direction générale du travail (DGT)	
Jean-Henri PYRONNET	Adjoint à la sous-directrice des relations individuelles et collectives au travail
Olivier BARAT	Bureau des relations collectives au travail
Direction du Budget (DB)	
Anne DUCLOS-GRISIER	Sous-directrice de la 2 ^{de} sous-direction
Rodolphe GINTZ	Sous-directeur de la 6 ^{ème} sous-direction
Marie SAMSON	Chef du bureau des comptes sociaux et de la santé (6BCS)
Direction générale de la fonction publique (DGAFP)	
Thomas ANDRIEU	Directeur adjoint au directeur général
Philippe SIMEON DREVON	Sous-directeur de l'information et de la logistique
Sébastien CLAUSENER	Chef du Bureau des politiques sociales
Christine GONZALEZ-DEMICH	Chef du Bureau des statistiques, des études et de l'évaluation
Nacer-Eddine DJIDDER	Adjoint au Chef de bureau des rémunérations et des pensions au travail
Direction générale des collectivités territoriales (DGCL)	
Roger-Philippe CUPIT	Sous-direction des élus locaux et de la fonction publique territoriale
Clémence MACKOVIK	Sous-direction des élus locaux et de la fonction publique territoriale
Direction générale de l'offre de soins (DGOS)	
Raymond LE MOIGN	Sous-directeur des ressources humaines du système de santé
Jihane BENDAIRA	Adjointe au chef de bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales (RH3)
Secrétariat général Éducation nationale, enseignement supérieur, recherche	
Eric BERNET	Chef de service, Adjoint à la Directrice générale des ressources humaines
Marie-Aimée DEANA-COTE	Sous-directrice des études de gestion prévisionnelle, statutaires et action sanitaire et sociale
Opérateur national de paie (ONP)	
Gregoire PARMENTIER	Chef de service département métier
Corinne PASQUAY	Département métier
Caisse primaire d'assurance maladie et service médical de Bayonne	
Alain BROUSSE	Directeur de la CPAM de Bayonne
Véronique TOULOUSE	Sous-directrice en charge de la production et de la régulation
Julie CHAPERON	Chef de projet Observatoire Indemnités journalières

Caisse primaire d'assurance maladie et service médical de Melun	
Anne PELLEGRINI	Directrice de la CPAM
Pierre EMERY	Directeur adjoint de la CPAM
Brigitte BARRAU	Agent comptable
Pierre TINET	Directeur Santé et affaires juridiques
Christine LAMY	Directeur Prestations et Outil de production
Dr Micle BELADINA	Médecin-Conseil Chef de service
Dr Jean RAIMBAUX	Responsable de territoire, coordonnateur d'activité
Régine ARLLOT	Pilote Processus IJ AT-MP
Gilles CHAMPTROUSSEL	Pilote du Processus IJ maladie
Caisse primaire d'assurance maladie et service médical de Troyes	
Jean-Joseph ROBINEAU	Directeur de la CPAM
Stéphane ANTIGNY	Directeur adjoint de la CPAM
Dr Lucien TRUCHI	Médecin-Conseil Chef de service
Dr Alain HERIQUE	Médecin-Conseil
Sarah FESSY	Fondé de pouvoir (AC)
Sélène CAMPANONES	Responsable Régulation
Liliane NOWAKOWSKI	Responsable Prestations
Josette RASSER	Responsable revenus de remplacement (Pôle prestations)
Christophe GILBLAS	Responsable informatique et budget
Joel SORET	Maîtrise qualité
Jacky LOUIS	Contrôle des prestations
José DOMINGO	Statistiques et contrôle de gestion
Caisse primaire d'assurance maladie et service médical de Macon	
Alain PIFFETEAU	Directeur de la CPAM
Pierre Yves MALINAS	Directeur adjoint de la CPAM
Hélène PAILLARD	Sous-directrice en charge de la régulation et de la lutte contre la fraude
Mireille DE ANGELIS	Agent comptable
Guy DELORME	Médecin-Conseil Chef de service
M. KOENIG	Responsable département dossier clients/prestations
Murielle JUSSEAU	Pilote Prestations en espèces
Fabienne HUMBLLOT	Responsable contrôle interne et qualité
Jerome CLEMENT	Responsable gestion du risque et fraude
Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)	
Yann BOURGUEIL	Directeur de l'IRDES
Thierry ROCHEREAU	Maître de recherche
Mohamed ALI BEN ALIMA	Chargé de recherche, Responsable de la base de données Hygie
Camille REGAERT	Chargée de recherche

ANNEXE 4 : GLOSSAIRE

AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
AAT	Avis d'Arrêt de Travail
AP	Attestation Patronale
ATI	Avis Technique Impossible
CM	Contrôle Médical
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisses primaires d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion (conclu entre la CNAMTS et chaque CPAM et DRSM)
CSS	Code de la sécurité sociale
DAM	Délégués de l'assurance maladie (interlocuteurs de la CPAM auprès des médecins)
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGT	Direction générale du travail
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRSM	Direction régionale du service médical
DSIJ	Déclaration de salaire pour versement indemnités journalières ou Dématérialisation des attestations de Salaires pour le paiement des Indemnités Journalières
DSS	Direction de la sécurité sociale
DADS	Déclaration annuelle des salaires
DSN	Déclaration sociale nominative
ELSM	Echelon local du service médical
GDR	Gestion du risque
IJ	Indemnités journalières
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MME	Maîtrise médicalisée en entreprise
MSA	Mutualité sociale agricole
PJ	Pièces Justificatives
PLAC	Plan Local d'Actions Concertées
PMS	Plan de maîtrise socle
PRN	Prescription de Repos Notifiée
PSAC	Plan de maîtrise socle de l'agent comptable
RALFSS	Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
RSI	Régime social des indépendants
SA	Service Administratif (= CPAM)
SM	Service Médical (= ELSM)
MSAP	Mise sous accord préalable
MSOQ	Mise sous objectif quantifié
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie

ANNEXE 5 : CONDITIONS D'OUVERTURE DE DROITS ET MODALITÉS DE CALCUL DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE

	Conditions d'attribution		Délai de carence	Durée	Montant
	En nombre d'heures travaillées	En montant de cotisations			
IJ inférieures à 6 mois	avoir travaillé au moins 200 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'interruption de travail (soit 200 heures à tps plein = environ 6 semaines)	OU avoir perçu un salaire au moins égal à 1.015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt (9 135€ bruts = 9€*1015)	3 jours SAUF : • reprise d'activité entre 2 arrêts de travail n'ayant pas dépassé 48 heures OU • arrêts de travail successifs dus à une ALD NB : hors Alsace Moselle	Hors ALD : 360 indemnités journalières maximum au cours de 3 années consécutives ALD : 3 ans maximum (de date à date) NB : nouveau délai de 3 ans possible si reprise travail pendant au moins un an sans interruption	Moins de 3 enfants à charge : 50% du salaire journalier de base, soit pour un salarié payé au mois, le salaire journalier de base est égal à 1/91,25ème du total des 3 dernières paies Montant maxi : 48,43€ en 2011 Plus de 3 enfants à charge : 66% du salaire journalier de base Montant maxi : 64,57€
IJ au-delà de 6 mois	à la date d'interruption de travail, justifier de 12 mois d'immatriculation en tant qu'assuré social auprès de l'Assurance maladie ET avoir travaillé au moins 800 heures au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail, dont 200 heures pendant les 3 premiers mois des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail (soit 800 heures à tps plein = environ 6 mois),	OU avoir perçu un salaire au moins égal à 2.030 fois le montant du SMIC horaire pendant les 12 mois civils (ou les 365 jours) précédant l'arrêt, dont au moins 1.015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 premiers mois (18 270 € bruts = 9€*2030)			
Intérimaires et saisonniers et CESU	avoir travaillé au moins 800 heures au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail,	OU avoir perçu un salaire au moins égal à 2.030 fois le montant du SMIC horaire pendant les 12 mois civils (ou les 365 jours) précédant l'arrêt			

**ANNEXE 6 : COMPARAISON DES MODALITÉS DE
CALCUL DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE –
MATERNITÉ - AT-MP**

	Période de référence	Salaire de référence	Calcul	Majoration	Imposition
Maladie	3 mois précédents l'arrêt de travail	Total des salaires bruts des 3 derniers mois (dans la limite du plafond sécu soit 2946€ /mois en 2011)	= 50% de 1/91,25 ^{seu} du salaire brut plafonné (soit une IJ maximale de 48,43€ en 2011)	*Au-delà de 6 mois : si arrêté ministériel *Si le salarié > 3 enfants : au-delà du 31 ^{seu} jour : 66% du salaire journalier de base. Montant maxi : 64,57€	Soumis à CSG (6,2%) et CRDS (0,5%)
Maternité	3 mois précédents l'arrêt de travail	Salaire brut minoré de : - la part salariale des cotisations légales ou conventionnelles - la CSG	= Salaire brut – 19,68% (si l'entreprise n'a pas contrat prévoyance) dans la limite du plafond SS 1/91,25 ^{seu}		Soumis à CSG et CRDS
AT-MP	1 mois précédent l'arrêt	Salaire brut + rappels de salaires et primes non mensualisés réintégrés	= 60% de 1/30,42 ^{seu} du salaire de référence -20,96% dans la limite de 0,834% du plafond de SS (soit une IJ maximale de 176,9€ en 2011)	*Majoration au-delà du 28 ^{seu} jour : 80% du gain journalier	

ANNEXE 7 : LES DIFFICULTES OPERATIONNELLES DE MISE EN OEUVRE DU JOUR DE CARENCE DANS LA FONCTION PUBLIQUE

1. Les difficultés d'une mise en œuvre opérationnelle en 2012

Du côté de l'Etat, en l'attente du déploiement de l'outil national de paie (ONP), une évolution du logiciel PAY a permis début 2012 d'introduire un code émolument spécifique à la retenue du jour de carence, comme le précise la circulaire. Pour la fonction publique d'Etat, il devrait donc être **possible d'identifier le nombre de jours de carence et leur montant pour à partir de mars 2012.**

En outre, **la mise en œuvre de cette disposition nécessitera des précisions pour certaines administrations.** Ainsi, au ministère de l'éducation nationale, où l'organisation est particulièrement déconcentrée, une réflexion sur une circulaire spécifique était en vue de préciser des éléments spécifiques à l'Education nationale, notamment concernant les enseignants, qui en principe récupèrent les cours annulés lors de leurs congés de maladie de courte durée. Le ministère souhaitait conserver une certaine flexibilité dans cette gestion, tout en affichant le principe de l'égalité de traitement entre personnels administratifs, techniques et enseignants.

Pour la fonction publique territoriale et hospitalière, chaque système de paie devra être adapté en vue de permettre le décompte des jours de carences. Ces évolutions devront permettre de porter sur le bulletin de paie de l'agent la mention du jour de carence et de disposer d'un suivi de ces jours de carence permettant de faire remonter les données de suivi à la DGAFP. Toutefois, un calendrier du déploiement de ces évolutions est impossible à établir du fait de la diversité des systèmes de paie concernés, et ni la DGCL, ni la DGOS n'envisagent de compléter la circulaire DGAFP par des consignes spécifiques aux fonctions publiques hospitalière et territoriale. Dans ce contexte, **il sera extrêmement difficile à l'Etat de suivre l'évolution de la mise en œuvre du jour de carence dans ces deux fonctions publiques, en l'absence d'outil automatisé de remontée d'information et au vu de la diversité des acteurs et des systèmes d'information utilisés. A cette fin, la DGAFP a pris des dispositions afin que cette donnée apparaisse dans les déclarations annuelles de données sociales des employeurs publics, à une date qui n'est toutefois pas encore précisée.**

Au-delà de son caractère symbolique dans le cadre du PLFSS 2012, l'introduction d'une journée de carence dans la fonction publique conduit

à poser la question de la gestion et du suivi des absences maladie dans la fonction publique.

Si le délai de mise en œuvre d'une journée de carence dans la fonction publique a été très contraint, les services n'ayant pas eu le temps de préparer en amont les procédures et outils de sa mise en œuvre, cette réforme semble avoir joué un rôle d'impulsion pour une meilleure connaissance et un véritable pilotage des absences maladie dans l'administration. Cette recherche d'une meilleure connaissance participe d'un besoin global de pilotage de l'ensemble de la fonction publique et pour chacune des administrations d'un besoin dans son fonctionnement quotidien, notamment sur les questions de relations collectives et individuelles au travail.

2. Des préalables en termes d'outils : l'optimisation des systèmes d'information de paie et de ressources humaines

Le futur opérateur national de paie, dont le déploiement est prévu de 2013 à 2017, devrait permettre un meilleur suivi des absences maladie, tant à travers l'identification en paie des jours de carence, qu'avec le renseignement systématique dans les SIRH des éléments relatifs aux arrêts de travail, qui pourront être exploitées dans le futur SI décisionnel (SID) de l'ONP. En effet, il est prévu que les éléments suivants, relatifs aux absences maladie soient systématiquement renseignés dans les SIRH et se déversent ensuite dans le SI paie : motif de l'absence, date de début et date de fin, tranche de rémunération pour les CLM, CLD et CGM.

Cependant, ces données ne pourront être exploitées que dans le cadre de la mise en place du **système d'information décisionnel adossé à l'ONP** (dont le déploiement ne devrait intervenir qu'à partir de 2014). Un volet « congés et absences » est a priori prévu et devrait permettre, concernant les congés pour raison médicale, de suivre : le type de congé maladie, le nombre de congés maladie (y compris leur fréquence et leur répétition), le nombre d'agents concernés (distincts), la durée des congés maladie (y compris la durée cumulée par agent ou/et par unité).

Toutefois, **la définition des besoins du futur SID**, sa priorisation et son plan de déploiement n'étant pas arrêtés, il est difficile de savoir quand ces fonctionnalités seront réellement disponibles. Dans ce contexte, comme tente de le promouvoir la DGAFP, qui a formulé ses attentes sur le volet arrêts de travail du SID il est essentiel de contraindre les administrations à saisir rigoureusement les éléments relatifs aux arrêts de travail dans leur SIRH selon des procédures harmonisées, afin d'assurer la qualité de ces données qui pourront être agrégées dans le SID. Chaque ministère conservant son propre SIRH, cette qualité reposera sur les procédures développées dans le cadre du contrôle interne.

En outre, le déploiement du SID de l'ONP ne permettra pas de disposer de données de synthèse relatives à l'absentéisme maladie dans la fonction publique territoriale et hospitalière. En revanche, le projet d'entrepôt de données commun aux trois fonctions publiques et alimenté par les DADS (déclarations annuelle de données sociales) et de son exploitation dans le cadre du SID de l'ONP pourrait offrir un outil de suivi exhaustif de l'absentéisme maladie si des données relatives aux jours d'absence y figuraient.

ANNEXE 8 : RECENSEMENT DES DISPOSITIONS RELATIVES AU COMPLÈMENT DE SALAIRE DE 14 CONVENTIONS COLLECTIVES

					GARANTIES COMPLÉMENTAIRES ARRÊTS MALADIE ET AT-MP		
IDCC	Titre abrégé de la convention collective	Date de signature	Effectifs couverts	Carence	Annuité requise	Montant du maintien de salaire	Durée du complément
211	PARVIOCIER EMPLOYEUR SALARIÉS	24/11/1995	752 200	7 jours (0 pour AT-MP)	6 mois	Le montant de l'indemnité journalière d'incapacité est calculé dans les conditions suivantes : a) La garantie de base mensuelle est égale à 76 % du salaire mensuel brut plafonné à la tranche A de la sécurité sociale limitée à 100 % du salaire net ; b) La garantie de base journalière est égale à 1/30 de la garantie mensuelle ; c) L'indemnité journalière d'incapacité due au salarié pour les jours calendaires indemnifiables est égale à la garantie de base journalière définie ci-dessus diminuée de l'indemnité journalière de sécurité sociale recouvrée à partir du salaire de référence (voir art. 1.3). Pour les salariés ne justifiant pas du nombre d'heures de travail nécessaire pour bénéficier de l'indemnisation de la sécurité sociale, ces indemnités seront reconstruites d'une manière théorique comme si l'intéressé les avait perçues.	L'indemnisation au titre de l'incapacité prend fin : a) Pour les salariés bénéficiant des indemnités journalières de la sécurité sociale, à la cessation du paiement de ces indemnités journalières ; b) Pour les autres salariés, au 1 035 ^e jour de maladie continue, carences comprises, en cas d'arrêts successifs, la durée de 1 035 jours est reconstruite si entre deux arrêts la reprise du travail est au moins égale à 6 mois, dans le cas contraire, les arrêts se cumulent dans la limite de 1 035 jours ; c) Pour tous les salariés : - à la date d'effet d'une rente d'invalidité ; - ou au premier jour d'effet de la retraite ; - ou au décès de l'intéressé.
1486	BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES	15/12/1967	716 200	0	1 an (sauf AT-MP)	Un complément d'indemnité destiné à compléter les versements de la sécurité sociale à hauteur de 40 % du salaire brut sans pour autant excéder le salaire net 30 jours après le salaire en activité.	Jusqu'au classement en invalidité par la sécurité sociale *
2216	COMMERCE DÉTAIL ET GROS À PRÉDOMINANCE ALIMENTAIRE	12/07/2001	653 300	7 jours (sauf hospitalisation ou arrêt maladie > 2 mois et cadres)	1 an (1 mois pour AT-MP)	Employés, ouvriers, personnes de bureau, 100 % pendant les 30 premiers jours puis 90 % pendant les 15 jours suivants pour le personnel ayant de 1 à 5 ans de présence : 100 % pendant 35 jours puis 90 % pendant les 40 jours suivants pour le personnel ayant de 5 à 10 ans de présence ; 100 % pendant 90 jours pour le personnel ayant de 10 à 15 ans de présence ; 100 % pendant 90 jours puis 60 % pendant les 30 jours suivants pour le personnel ayant de 15 à 20 ans de présence ; 100 % pendant 120 jours puis 65 % pendant les 60 jours suivants pour le personnel ayant plus de 20 ans de présence.	Employés, ouvriers, personnes de bureau, de 45 à 180 jours (selon durée de l'arrêt maladie AT-MP) A partir de 180 jours, 100 % pendant les 15 jours suivants pour le personnel ayant de 1 à 5 ans de présence ; 100 % pendant 90 jours puis 60 % pendant les 30 jours suivants pour le personnel ayant de 5 à 10 ans de présence ; 100 % pendant 120 jours puis 65 % pendant les 60 jours suivants pour le personnel ayant plus de 20 ans de présence.
16	TRANSPORTS ROUTIERS	21/12/1950	652 700	8 jours (ouvriers, employés) mais 0 (TAM, IC)	3 ans	Ouvriers, Employés : "Après 3 ans d'ancienneté : 100 % de la rémunération du 1 ^{er} au 40 ^e jour d'arrêt". TAM : "Après 3 ans d'ancienneté : 100 % de la rémunération du 1 ^{er} au 30 ^e jour d'arrêt". Cadres : "Après trois ans d'ancienneté : 100% de la rémunération du 1 ^{er} au 40 ^e jour d'arrêt".	Ouvriers, Employés, 40 jours TAM, 30 jours Cadres, 60 jours
1597	BÂTIMENT OUVRIERS (PLUS DE 10 SALARIÉS)	06/10/1990	545 500	3 jours	1 à 3 mois	Jusqu'à concurrence de 100% du salaire du 1 ^{er} au 45 ^e jour puis de 75% du 46 ^e au 90 ^e jour (malade) jusqu'à concurrence de 50% du 1 ^{er} au 15 ^e jour puis de 100% du 15 ^e au 30 ^e jour (AT-MP-30 jours) jusqu'à concurrence de 100% du 1 ^{er} au 90 ^e jour (AT-MP-30 jours).	du 45 ^e au 90 ^e jour pour la maladie
1979	HÔTELS CAFÉS RESTAURANTS (HCR)	30/04/1997	565 500	10 jours (0 pour AT-MP)	3 ans	Pendant une première période de 30 jours, les salariés perçoivent 90 % de leur rémunération brute, puis les 30 jours suivants, ils perçoivent les 2/3 des 66 % de cette rémunération. Ces deux temps d'indemnisation sont augmentés chacun de 10 jours, par période entière de 5 ans d'ancienneté en sus, sans que chacun d'eux puisse dépasser 90 jours.	du 11 ^e au 50 ^e ou 180 ^e jour selon l'ancienneté (du 1 ^{er} au 50 ^e ou 180 ^e jour en AT-MP).
416	ÉTABLISSEMENTS ET SURVIVANTS POUR PERSONNES INADAPTES ET HANDICAPÉES	15/03/1966	442 000	0	1 an	"Les salariés reçoivent, sous déduction des indemnités journalières perçues au titre de la sécurité sociale et d'un régime complémentaire de prévoyance : Pendant les 3 premiers mois : le salaire net qu'ils auraient perçu normalement sans interruption d'activité ; Pendant les 3 mois suivants : le demi-salaire net correspondant à leur activité normale."	6 mois (idem AT-MP)
1090	SERVICES DE L'AUTOMOBILE	15/01/1961	439 600	0	1 an	100% : "Les appointements seront maintenus par l'employeur sous déduction des indemnités journalières de la sécurité sociale auxquelles l'intéressé a droit pour la même période."	45 jours par an (90 pour les cadres) : "Au cours d'une même année civile et dans la limite de 45 jours calendaires d'indisponibilité alternés consécutivement ou non". A partir du 46 ^e jour calendrier d'indisponibilité alterné consécutivement ou non au cours d'une même année civile, le salarié percevra directement et sans condition d'ancienneté, les indemnités de prévoyance ajoutées aux indemnités journalières de la sécurité sociale dans les conditions précisées par le règlement de prévoyance visés à l'article 1.26.
660	MÉTALLURGIE ROBENRIERS ET CADRES	13/03/1972	417 500	0	1 an (3 mois pour AT-MP)	de 1 à 5 ans : 3 mois à plein tarif et 3 mois à demi-tarif ; de 5 à 10 ans : 4 mois à plein tarif et 4 mois à demi-tarif ; de 10 à 15 ans : 5 mois à plein tarif et 5 mois à demi-tarif ; au-delà de 15 ans : 6 mois à plein tarif et 6 mois à demi-tarif. Malade : "jusqu'à concurrence de 100 % du salaire de l'intéressé, pendant 45 jours à partir de l'expiration du délai déterminé à l'article 6.131 ; jusqu'à concurrence de 75 % du salaire de l'intéressé, après ces 45 jours et jusqu'au 90 ^e jour inclus de l'arrêt de travail". AT-MP : "jusqu'à concurrence de 50% du 1 ^{er} au 15 ^e jour puis de 100% du 15 ^e au 30 ^e jour (AT-MP-30 jours) jusqu'à concurrence de 100% du 1 ^{er} au 90 ^e jour (AT-MP-30 jours)".	du 3 ^e au 90 ^e jour
1596	BÂTIMENT OUVRIERS (JUSQU'À 10 SALARIÉS)	06/10/1990	396 400	3 jours (0 pour AT-MP)	1 à 3 mois	Le montant de l'indemnité est calculé comme suit : - de 1 à 3 ans d'ancienneté : pendant 20 jours, 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait gagnée s'il avait continué à travailler ; pendant les 30 jours suivants, les 2/3 de cette même rémunération ; - de 3 à 5 ans d'ancienneté : pendant 30 jours, 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait gagnée s'il avait continué à travailler ; pendant les 30 jours suivants, les 2/3 de cette même rémunération ; - de 5 à 10 ans d'ancienneté : pendant 40 jours, 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait gagnée s'il avait continué à travailler ; pendant les 30 jours suivants, les 2/3 de cette même rémunération ; - au-delà de 10 ans d'ancienneté : pendant 50 jours, 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait gagnée s'il avait continué à travailler ; pendant les 30 jours suivants, les 2/3 de cette même rémunération ; Ces temps d'indemnisation seront augmentés de 10 jours par période entière de 5 ans d'ancienneté en sus du minimum de 3 années sans que chacun d'eux puisse dépasser 90 jours.	du 3 ^e au 90 ^e jour
573	COMMERCE DE GROS	23/06/1970	341 600	10 jours (0 pour AT-MP) et hospitalisation et pour les cadres > 3 ans d'ancienneté	1 an	Le montant de l'indemnité est calculé comme suit : - de 1 à 3 ans d'ancienneté : pendant 20 jours, 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait gagnée s'il avait continué à travailler ; pendant les 30 jours suivants, les 2/3 de cette même rémunération ; - de 3 à 5 ans d'ancienneté : pendant 30 jours, 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait gagnée s'il avait continué à travailler ; pendant les 30 jours suivants, les 2/3 de cette même rémunération ; - de 5 à 10 ans d'ancienneté : pendant 40 jours, 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait gagnée s'il avait continué à travailler ; pendant les 30 jours suivants, les 2/3 de cette même rémunération ; - au-delà de 10 ans d'ancienneté : pendant 50 jours, 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait gagnée s'il avait continué à travailler ; pendant les 30 jours suivants, les 2/3 de cette même rémunération ; Ces temps d'indemnisation seront augmentés de 10 jours par période entière de 5 ans d'ancienneté en sus du minimum de 3 années sans que chacun d'eux puisse dépasser 90 jours.	du 11 ^e au 45 ^e ou 180 ^e jour (malade) (des 1 ^{er} jour pour AT-MP et hospitalisation)
1610	PROPRIÉTÉ ENTREPRISES	01/07/1994	333 900	7 jours mais 3 jours pour ETAM et 0 pour cadres	12 mois	Salariés : "90 % de la rémunération brute (sis « employeur ») de 30 à 100 jours". Cadres : "12 semaines de la sécurité sociale + employeur : 2/3 de la rémunération brute (complément Ac26 Prévoyance) : 13 % de la rémunération brute (de 20 à 100 jours)". Salariés : "Le mensuel recevra la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler pendant 45 jours augmentés de 15 jours par période de 5 ans d'ancienneté". Cadres : "Il recevra les trois quarts de cette même rémunération" pendant les 30 jours suivants "augmentés de 10 jours par période de même durée".	de 60 à 200 jours
50	MÉTALLURGIE OBTAM REGION PARISIENNE	16/07/1954	296 400	0	1 an (6 mois pour AT-MP)	Salariés : "90 % de la rémunération brute (sis « employeur ») de 30 à 100 jours". Cadres : "12 semaines de la sécurité sociale + employeur : 2/3 de la rémunération brute (complément Ac26 Prévoyance) : 13 % de la rémunération brute (de 20 à 100 jours)". Salariés : "Le mensuel recevra la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler pendant 45 jours augmentés de 15 jours par période de 5 ans d'ancienneté". Cadres : "Il recevra les trois quarts de cette même rémunération" pendant les 30 jours suivants "augmentés de 10 jours par période de même durée".	de 75 jours à une durée non limitée mais correspondant à 225 jours de maintien de salaire à 30 ans d'ancienneté (135-90)
2120	BANQUE	10/01/2000	296 000	0 pour le 1 ^{er} et 2 nd arrêt : 3 jours pour les autres suivants	1 an	Salariés : "90 % de la rémunération brute (sis « employeur ») de 30 à 100 jours". Cadres : "12 semaines de la sécurité sociale + employeur : 2/3 de la rémunération brute (complément Ac26 Prévoyance) : 13 % de la rémunération brute (de 20 à 100 jours)". Salariés : "Le mensuel recevra la rémunération qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler pendant 45 jours augmentés de 15 jours par période de 5 ans d'ancienneté". Cadres : "Il recevra les trois quarts de cette même rémunération" pendant les 30 jours suivants "augmentés de 10 jours par période de même durée".	de 4 à 30 mois en fonction de l'ancienneté (et du nombre d'enfants à charge)
Total population salariée de ces 14 conventions collectives			6 980 000				
en % de la population salariée			44%				

ANNEXE 9 : NOMBRE MOYEN DE JOURNEES D'ARRET MALADIE INDEMNISEES PAR SALARIE* EN 2010

	2010		2010
Ain (01)	13,0	Lozère (48)	6,5
Aisne (02)	10,9	Maine-et-Loire (49)	9,0
Allier (03)	10,3	Manche (50)	8,8
Alpes-de-Haute-Provence (04)	11,2	Marne (51)	7,5
Hautes-Alpes (05)	8,9	Haute-Marne (52)	9,5
Alpes-Maritimes (06)	9,0	Mayenne (53)	8,9
Ardèche (07)	13,2	Meurthe-et-Moselle (54)	9,2
Ardennes (08)	10,5	Meuse (55)	11,1
Ariège (09)	10,8	Morbihan (56)	10,2
Aube (10)	8,8	Moselle (57)	11,2
Aude (11)	10,3	Nièvre (58)	10,6
Aveyron (12)	9,2	Nord (59)	9,6
Bouches-du-Rhône (13)	11,8	Oise (60)	11,8
Calvados (14)	8,0	Orne (61)	8,7
Cantal (15)	8,8	Pas-de-Calais (62)	12,4
Charente (16)	9,2	Puy-de-Dôme (63)	9,9
Charente-Maritime (17)	10,0	Pyrénées-Atlantiques (64)	8,8
Cher (18)	9,5	Hautes-Pyrénées (65)	8,8
Corrèze (19)	8,7	Pyrénées-Orientales (66)	9,7
Côte-d'Or (21)	8,5	Bas-Rhin (67)	9,7
Côtes-d'Armor (22)	10,4	Haut-Rhin (68)	10,2
Creuse (23)	8,7	Rhône (69)	8,2
Dordogne (24)	8,5	Haute-Saône (70)	11,7
Doubs (25)	8,3	Saône-et-Loire (71)	9,6
Drôme (26)	10,4	Sarthe (72)	9,1
Eure (27)	12,8	Savoie (73)	8,7
Eure-et-Loir (28)	12,0	Haute-Savoie (74)	9,7
Finistère (29)	10,6	Paris (75)	2,7
Corse-du-Sud (2A)	11,9	Seine-Maritime (76)	10,0
Haute-Corse (2B)	12,8	Seine-et-Marne (77)	11,0
Gard (30)	12,0	Yvelines (78)	7,9
Haute-Garonne (31)	8,0	Deux-Sèvres (79)	8,8
Gers (32)	8,1	Somme (80)	10,8
Gironde (33)	9,1	Tarn (81)	12,8
Hérault (34)	9,2	Tarn-et-Garonne (82)	11,5
Ille-et-Vilaine (35)	8,3	Var (83)	13,1
Indre (36)	9,6	Vaucluse (84)	10,7
Indre-et-Loire (37)	8,9	Vendée (85)	10,0
Isère (38)	12,4	Vienne (86)	8,2
Jura (39)	11,5	Haute-Vienne (87)	9,3
Landes (40)	8,3	Vosges (88)	8,8
Loir-et-Cher (41)	9,2	Yonne (89)	11,5
Loire (42)	12,1	Territoire de Belfort (90)	9,2
Haute-Loire (43)	12,8	Essonne (91)	9,3
Loire-Atlantique (44)	8,3	Hauts-de-Seine (92)	4,0
Loiret (45)	9,2	Seine-Saint-Denis (93)	8,3
Lot (46)	7,6	Val-de-Marne (94)	7,3
Lot-et-Garonne (47)	8,2	Val-d'Oise (95)	10,0

Source : Cour des comptes (à partir de données CNAMTS et INSEE)

(*)rapport entre le nombre d'indemnités journalières maladie indemnisées par l'assurance maladie (donnée CNAMTS 2010) et la population salariée (donnée INSEE au 31 décembre 2008)

ANNEXE 10 : EXTRAIT DE LA COG MALADIE ENTRE
L'ETAT ET LA CNAMTS 2010-2013

**« OFFRIR À NOS ASSURÉS UN SERVICE DE QUALITÉ ET
HOMOGENÈNE SUR TOUT LE TERRITOIRE**

**2. SIMPLIFIER ET FLUIDIFIER LA RELATION AVEC
L'ASSURE**

[...]

2.2. Réduire la complexité par des évolutions réglementaires

[...]

→ **Simplifier la gestion des prestations en espèces**

Le calcul des prestations en espèces est très complexe et se fonde sur des modalités de calcul différentes selon qu'il s'agit d'indemnités journalières maladie, maternité ou accident du travail/ maladie professionnelle, ce qui est source de complexité (différences quant à l'assiette, au salaire et à la période de référence pris en compte). Les situations de chômage, d'employeurs multiples, d'intérim complexifient encore la gestion des situations.

L'Etat et l'Assurance Maladie proposeront donc des évolutions dans les modes de calcul des prestations en espèces afin de les rendre plus lisibles et plus cohérents, en analysant notamment l'impact d'une harmonisation des modalités de calcul (assiette, salaire et périodes de référence).

Dans l'attente de ces évolutions réglementaires, l'Assurance Maladie proposera les modalités selon lesquelles un dispositif d'avance adapté, permettant de limiter l'impact pour l'assuré d'une trop longue absence de revenus, pourrait être mis en place. Elle sensibilisera également les entreprises sur la nécessité d'une transmission rapide de l'attestation patronale. »

ANNEXE 11 : EXEMPLES DE FICHES REPÈRES DU RÉFÉRENTIEL IJ

ARRÊT DE TRAVAIL

Octobre 2010

Angine Après avis de la HAS*

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées.

Elles sont indicatives et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de chaque patient.

Les situations bénignes peuvent ne pas nécessiter d'arrêt de travail.

Type d'emploi	Durée de référence*
Tout type d'emploi	3 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients sont capables de reprendre le travail.
Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

► **La durée de l'arrêt est à adapter selon :**

- la sévérité des symptômes : douleurs, dysphagie, fièvre, céphalées,
- l'âge et la condition physique du patient,
- le travail en milieu sanitaire ou au contact de populations fragiles (personnes âgées, enfants). Dans ce cas, le contact professionnel n'est pas souhaitable en phase aiguë d'une angine virale et jusqu'à 2 jours après le début de l'antibiothérapie si l'angine est bactérienne.

L'Afssaps recommande de pratiquer un TDR angine⁽¹⁾ devant une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée chez les adultes ayant un score de Mac Isaac ≥ 2 . Une angine dont le TDR est positif doit être traitée par antibiotique, une angine dont le TDR est négatif ne doit pas recevoir ce type de traitement (en dehors de la présence de facteurs de risque de RAA où la culture du prélèvement pharyngé est indiquée).

► **Une information rassurante délivrée à votre patient contribue à sa reprise d'activité sans appréhension :**

- une bonne observance du traitement diminue l'inconfort.
- le respect des règles d'hygiène limite les risques de contagion.

⁽¹⁾ les demandes de test doivent être adressées à votre caisse à l'aide de bons de commande (par courrier ou fax) ou par l'intermédiaire de votre délégué.

Sources : AFSSAPS, *Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes*, janvier 2005.
Guide des conduites à tenir en cas de maladie transmissible dans une collectivité d'enfants, Ministère de la Santé (mars 2003).
www.ameli-sante.fr/angine.
Official Disability Guidelines, 14th Edition, 2009.
Medical Disability Advisor, 5th Edition, 2005.
National Health Service, *Choises, Tonsillitis*.

* www.has-sante.fr

ARRÊT DE TRAVAIL

Fév.
2011

Sciatique (hors sciatique paralysante ou hyperalgique et syndrome de la queue de cheval) après avis de la HAS*

*Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées.
Elles sont indicatives et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de chaque patient.*

Type d'emploi		Durée de référence*
Travail sédentaire		2 jours
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10 kg ou Charge répétée < 5 kg	5 jours
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 25 kg ou Charge répétée < 10 kg	21 jours
Travail physique lourd	Charge > 25 kg	35 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre le travail.
Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

► **La durée de l'arrêt est à adapter selon :**

- l'étiologie de la sciatique,
- la réponse au traitement médical,
- l'âge et la condition physique du patient,
- le temps et les modalités de transport.

Sources : ANAES, Service des Recommandations et Références Professionnelles, Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution, février 2000.
Medical Disability Advisor, 5th Edition, 2005.
Official Disability Guidelines, 14th Edition, 2009.

* www.has-sante.fr.

Février 2011 - SG/DGM/DSS 1/29-2010



**l'Assurance
Maladie**

ARRÊT DE TRAVAIL

Fév.
2011

Sciatique

(hors sciatique paralysante ou hyperalgique et syndrome de la queue de cheval)
après avis de la HAS*

► Restauration des capacités fonctionnelles

Le traitement initial repose essentiellement sur le traitement de la douleur.
Le repos au lit prolongé est à éviter ; le maintien des activités habituelles à favoriser.
Dans les épisodes aigus, le traitement kinésithérapique n'est pas indiqué.
En cas de douleur chronique, le renforcement musculaire est en revanche essentiel, tout comme l'éducation du patient (position, mouvement, soulèvement de charge...).



Votre patient a-t-il reçu une information rassurante pour lui permettre de reprendre ses activités sans appréhension ?

► Reprise des activités professionnelles

Reprendre le travail, même si l'activité comprend le port de charges, est possible avant disparition complète des douleurs, pourvu que la reprise soit progressive (aménagement temporaire du poste ou des tâches).
Une adaptation ergonomique du poste de travail peut être souhaitable pour éviter les récurrences.



La question de la reprise de l'emploi a-t-elle été abordée dès le début de l'arrêt pour prévenir le risque de désinsertion professionnelle ?

► Reprise des activités sportives et de loisir

La pratique d'un sport diminue de façon significative le risque de passage à la chronicité.
Il est possible de reprendre les activités sportives sans attendre la disparition complète des douleurs.
Certains sports tels la natation ou la marche, sont à encourager chez le patient sédentaire.



Votre patient a-t-il été informé de l'intérêt de pratiquer une activité physique adaptée ?

Sources : Société Française de Rhumatologie, Dossier Mal de Dos, 2005.

ANAES, Service des Recommandations et Références Professionnelles, Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution, février 2000.

INRS.fr, Osez bouger pour vous soigner, 2008, www.INRS.fr.

Medical Disability Advisor, 5 th Edition, 2005.

* www.has-sante.fr.

Février 2011 - SG/DGM/DSS 1/29-2010

ANNEXE 12 : FORMULAIRES CERFA

Avis d'arrêt de travail (Cerfa n° 10170*04)

 n°10170*04	avis d'arrêt de travail	☐ initial ☐ de prolongation	volet 3, à adresser à votre EMPLOYEUR ou à l'ASSEDIC (art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)
l'assuré(e)			
numéro d'immatriculation		Ce modèle est présenté à titre d'information.	
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))		Pour votre démarche, le formulaire original	
prénom		vous sera fourni par l'organisme d'assurance	
code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)		maladie.	
adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1)			
code postal	ville	n° de téléphone :	
bâtiment :	escalier :	étage :	appartement :
code d'accès de la résidence :			
(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence			
activité salariée ☐		profession indépendante ☐	
sans emploi ☐		date de cessation d'activité : précisez votre situation (voir notice 1)	
l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui ☐ date : non ☐			
l'employeur			
nom, prénom ou dénomination sociale			
adresse			
n° téléphone :			
e-mail :			
les renseignements médicaux			
je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :			
et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : inclus			
sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)			
* une des deux cases doit être obligatoirement cochée			
sorties autorisées: oui ☐ à partir du : non ☐			
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)			
par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :			
non ☐ oui ☐ à partir du : (voir notice 6 bis)			
reprise à temps partiel pour raison médicale ☐ à partir du : (voir notice 6)			
(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)			
MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR :			
dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai			
afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).			
date :		identification du praticien (nom, prénom et n° ADELI et/ou n° RPPS)	
signature du praticien			
correspondance éventuelle destinée à l'employeur			



n° 50069#04

avis d'arrêt de travail

notice

à destination du patient

Après avoir complété les rubriques "assuré(e)" et "employeur" :

- **Si vous êtes salarié(e) ❶**
Adressez au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail, les volets 1 et 2 de cet avis. Adressez le volet 3 à votre employeur. Faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaires établie par votre employeur.
- **Si vous êtes sans emploi ❶**
Remplissez la case "précisez votre situation" (ex : chômage, licenciement, démission...). Des indemnités journalières peuvent éventuellement vous être attribuées.
Adressez au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil, dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail, les volets 1 et 2 de cet avis. Adressez le volet 3 à votre ASSÉDIC.
- **Si vous exercez une profession indépendante ❶**
Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre Caisse Maladie Régionale et conservez le volet 3.
- **Si vous êtes fonctionnaire ❶**
Adressez les volets 2 et 3 à votre employeur et conservez le volet 1 comportant des données médicales. Vous devrez présenter le volet 1 à toute requête du médecin agréé de votre administration (circ. FP/4 n° 2049 du 24 juillet 2003 - NOR FPPA0300112C).

En cas d'envoi tardif, vous vous exposez à une réduction du montant de votre indemnisation
(art. D.323-2 du Code de la sécurité sociale pour les assurés du régime général).

❷ accident causé par un tiers :

Si votre arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers, vous êtes tenu d'en informer votre organisme d'assurance maladie (art. L.376-1 du Code de la sécurité sociale). Dans ce cas, cochez la case prévue à cet effet.

Quelle que soit votre situation, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile sauf en cas de sorties libres (art. L.323-6 du Code de la sécurité sociale),
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical (art. L.315-2 du Code de la sécurité sociale),
- de vous abstenir de toute activité non autorisée (art. L.323-6 du Code de la sécurité sociale).

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières.

Votre médecin est tenu de préciser les éléments médicaux justifiant votre arrêt de travail conformément à l'article L.162-4-1, 1^{er} alinéa du Code de la sécurité sociale.

N'ouvre pas droit à indemnisation, la prolongation d'un arrêt de travail prescrite par un médecin autre que le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, sauf dans les cas où elle est prescrite à l'occasion d'une hospitalisation ou par le médecin remplaçant l'un de ces médecins ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant (art. L.162-4-4 et R.162-1-9-1 du Code de la sécurité sociale).

En dehors de ces cas, l'assuré(e) doit justifier, par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie, de l'impossibilité du médecin prescripteur de l'arrêt initial ou du médecin traitant de prescrire la prolongation.

Dans tous les cas, l'assuré(e) ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré(e) indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel la prolongation n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

Pour tous renseignements complémentaires, consultez votre organisme d'assurance maladie.

à destination du praticien

Pour préserver le secret médical, vous remettez l'avis d'arrêt de travail à votre patient, après l'avoir complété, avec une enveloppe "M. le Médecin Conseil" qui lui permettra d'adresser les volets destinés à son organisme d'assurance maladie ou à son employeur. Les enveloppes permettant cet envoi vous seront remises avec les avis d'arrêt de travail.

❸ Dispositions relatives aux affections de longue durée :

Afin de permettre l'indemnisation des arrêts de travail conformément à la réglementation et dans le souci d'un meilleur service rendu à l'assuré(e), il vous est demandé de bien vouloir indiquer si l'arrêt de travail est en rapport avec une affection visée à l'article L.324-1 du Code de la sécurité sociale, à savoir :

- affection nécessitant une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à 6 mois non exonérante,
- affection de longue durée exonérante reconnue sur liste (ALD 30) ou hors liste.

❹ Dispositions relatives à l'assurance maternité :

Un état pathologique résultant de la grossesse permet l'indemnisation d'une période supplémentaire au titre de l'assurance maternité.

❺ Vous devez préciser si l'état du malade autorise des sorties. Dans ce cas, l'assuré(e) doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux.

❺ bis Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :

Si pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "oui". Dans ce cas, l'assuré(e) n'a pas à respecter les heures de présence à domicile.

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case "non".

❻ L'indemnisation pour perte d'activité dans le cadre d'une reprise à temps partiel n'est pas prévue pour une profession indépendante.

❼ Eléments d'ordre médical :

L'article L.162-4-1, 1^{er} alinéa du Code de la sécurité sociale prévoit la mention sur le volet 1 de ce formulaire des éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail, en précisant, si besoin, les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

S 3116 f

**Attestation de salaire pour le paiement des indemnités
journalières maladie, maternité et paternité (Cerfa n° 11135*02)**

cerfa **ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES** **SECURITE SOCIALE**
MALADIE MATERNITE PATERNITE
N° 11135*02 (Art. L 323-4, L 331-3, L 331-8, R 323-4, R 323-6, R 323-8, R 323-10 et R 331-5 du Code de la Sécurité Sociale)

EMPLOYEUR
NOM - PRENOM ou DENOMINATION
ADRESSE
N° TELEPHONE (facultatif)
Code Postal
Numéro SIRET S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case

ASSURE(E)
N° D'IMMATRICULATION MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (facultatif)
NOM PATRONYMIQUE - PRENOM (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)
ADRESSE
Code Postal
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)
Date du dernier jour de travail
Date de reprise du travail
Reprise à temps partiel ☐ Motif médical (avec accord de la CPAM) ☐ Non repris ce jour
OU Raison personnelle ☐
☐ CAS GENERAL MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 200 H DE TRAVAIL
☐ CAS PARTICULIERS MONTANT DE LA COTISATION PLUS DE 800 H DE TRAVAIL Pour la période du au

SALAIRES DE REFERENCE (1)
SALAIRE DE BASE
Période de référence du au Montant du salaire
1 2 3
SOMMES AYANT DONNE LIEU A REGULARISATION DE COTISATIONS
Pour la période 1 Pour la période 2
4 5
L'ASSURE N'A PAS TRAVAILLE A TEMPS COMPLET PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE
Motif de l'absence 6 Nombre d'heures réellement effectuées 7 Nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet 8 Salaire rétabli 9

(1) SE REPORTER A LA NOTICE D'UTILISATION

MATERNITE (à compléter par l'assurée au début du repos prénatal)
Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité. Signature de l'assurée
PATERNITE (à compléter par le père au début du congé de paternité)
Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt. Signature de l'assuré
date de naissance de l'enfant :

DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE
A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR
Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : du au
N° de compte postal ou bancaire de l'employeur et intitulé
A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)
J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre. Signature de l'assuré(e)
Signature de l'employeur

Fait à le
Nom du signataire
Qualité

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal).
La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S 3201 n



N° 50236 # 02

Madame, Monsieur,

C'est avec beaucoup de soin que vous devez compléter cet imprimé. En effet, c'est en fonction des renseignements fournis que seront calculées les indemnités journalières dues à votre salarié(e) ou à vous-même en cas de maintien de salaire.

Dans la mesure où votre salarié(e) travaille en même temps pour plusieurs employeurs, chacun d'eux devra établir la présente attestation.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, il convient d'utiliser l'attestation de salaire S 6202.

Le Directeur de la Caisse Primaire.

NOTICE D'UTILISATION

Cochez le motif de l'arrêt (maladie, maternité, paternité) dans le titre de l'attestation de salaire.

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Situation à la date de l'arrêt : précisez chômage, licenciement, démission, congé payé ou non payé, appel sous les drapeaux, congé de conversion. Dans tous ces cas, indiquez la date du dernier jour de travail effectif précédant ce congé et cochez "repris" ou "non repris".

CAS GENERAL

Précisez le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès calculées sur les rémunérations perçues au cours des 6 mois civils précédant la date d'arrêt effectif du travail,

OU

Cochez la case "plus de 200 h". Ce nombre d'heures doit avoir été effectué au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs précédant la date d'arrêt effectif du travail.

CAS PARTICULIERS

Travailleurs saisonniers, VRP, Journalistes à la pique, Travailleurs à domicile...

Précisez le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès calculées sur les rémunérations perçues au cours des 12 mois civils précédant la date d'arrêt effectif du travail,

OU

Cochez la case "plus de 800 h". Ce nombre d'heures doit avoir été effectué au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs précédant la date d'arrêt effectif du travail.

SALAIRES DE REFERENCES

CATEGORIES	PAIES A PRECISER (1 paie par ligne suivant la périodicité)
Salariés payés au mois	3 dernières paies échues avant l'arrêt de travail
Salariés payés à la quinzaine	6 dernières paies échues avant l'arrêt de travail
Salariés payés à la semaine	12 dernières paies échues avant l'arrêt de travail
Travailleurs saisonniers, VRP, journalistes à la pique, travailleurs à domicile...	Les paies échues au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail

COLONNE 3 - Montant du salaire

Maladie

Il s'agit du montant sur lequel ont été calculées les cotisations dues par le salarié pour les assurances maladie, maternité, invalidité et décès, après abattement éventuel pour frais professionnels.

Maternité-Paternité

Il s'agit de la même base, que définie ci-dessus, diminuée de la part salariale des cotisations obligatoires d'origine légale et conventionnelle et de la C.S.G.

COLONNES 4 et 5 - Sommes ayant donné lieu à régularisation annuelle de cotisations

Si au titre de l'année civile qui précède la période de référence indiquée dans les colonnes 1 et 2 un versement régularisateur de cotisations est intervenu, précisez la période et les sommes concernées.

1 Arrêt de travail en mai 2001

Salaires de référence : février, mars et avril 2001

Salaires de régularisation à prendre en compte :

Période du 1.1.2000 au 31.12.2000

2 Arrêt de travail en mars 2001

Salaires de référence : décembre 2000, janvier et février 2001

Salaires de régularisation à prendre en compte :

Périodes du 1.1.99 au 31.12.99 et du 1.1.2000 au 31.12.2000

COLONNE 6 - Motif de l'absence

Indiquez selon le cas, maladie (MAL), accident du travail (AT), maternité (MAT), paternité (PAT), chômage total ou partiel (CHOM), fermeture de l'établissement (FERM), congés payés (COP), service national (SN), absence autorisée (ABA) ; autres cas, renseignez-vous auprès de votre Caisse Primaire.

COLONNE 8 - Nombre d'heures correspondant à un travail à temps complet

Il s'agit du nombre d'heures qui aurait été effectué par le salarié s'il avait pu, à ce poste, travailler à temps complet.

COLONNE 9 - Salaire rétabli

Il s'agit du salaire tel que défini en colonne 3, et rétabli sur la base de l'emploi à temps complet.

rubriques "maternité" et "paternité" :

congé maternité : faites signer l'assurée au début du congé - congé paternité : faites signer l'assuré au début du congé et joignez la copie de l'acte de naissance ou du livret de famille mis à jour que vous aura remis, le cas échéant, votre salarié.

DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

En cas de maintien total ou partiel du salaire, l'employeur peut demander que les indemnités journalières dues à l'assuré lui soient versées directement, dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée. Dans ce cas, conformément à l'article R 323.11 4 ° alinéa du Code de la sécurité sociale, l'assuré doit autoriser l'employeur à percevoir ses indemnités.

S 3201 n

**Attestation de salaire pour les arrêts de plus de six mois (Cerfa
n° 11136*02)**

No 11136*02

**ATTESTATION DE SALAIRE
DELIVREE PAR L'EMPLOYEUR DANS LE CAS
D'UNE INTERRUPTION CONTINUE SUPERIEURE A 6 MOIS
(Art. R 313-3 2° a et b du Code de la Sécurité Sociale)**

SECURITE SOCIALE

EMPLOYEUR		
NOM - PRENOM ou DENOMINATION		
ADRESSE		
N° TELEPHONE		
Code postal		
Numéro SIRET		
S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case ☐		
ASSURE(E)		
N° D'IMMATRICULATION		
MATRICULE DANS L'ENTREPRISE		
NOM PATRONYMIQUE - PRENOM (NOM, 3-8 lettres, 0-10 chiffres d'usage)		
ADRESSE		
Code postal		
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE		
RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS		
Date du dernier jour de travail		
Indiquer :		
soit	le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date d'interruption de travail	
	et le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le salarié au cours des 6 premiers mois de cette même période	
soit	le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail	
	et le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 3 premiers mois de la période considérée.	
Fait à	le	Signature de l'employeur
Nom du signataire		
Qualité		

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 114-13 du Code de la Sécurité Sociale, 441.1 du Code Pénal).
La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S 3202 e

Attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières AT-MP (Cerfa n° 11137*02)

cerfa **ATTESTATION DE SALAIRE**
ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE Sécurité Sociale

No 11137*02
ATTENTION Dans le cas d'un accident avec arrêt de travail, les zones "EMPLOYEUR" et "VICTIME" peuvent être remplies par duplication avec la liasse de la déclaration d'accident du travail S6200

EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale _____
Adresse _____ N° de Téléphone _____

ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME
(Le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)

Adresse _____ N° de Téléphone _____
N° SIRET de l'établissement _____

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime _____

VICTIME

N° d'immatriculation _____
A défaut sexe _____ Date de naissance _____
NOM, Prénom (nail, s'il s'agit d'un lieu, du nom d'époux)
ADRESSE _____ Nationalité ☐ Française ☐ C.E.E. ☐ Autre
Date d'embauche _____ Profession _____ Ancienneté dans le poste _____
Qualification professionnelle _____
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? ☐ OUI ☐ NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN DU TRAVAIL

Nom, adresse _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL

Date de l'accident ou de la 1^{re} constatation médicale _____ Motif de l'arrêt ☐ Accident du travail ☐ Maladie professionnelle
Date du dernier jour de travail _____ Travail non repris à ce jour ☐
Date de reprise du travail _____

SALAIRES DE REFERENCE (en euros) (en fonction de la date d'arrêt de travail)

A	SALAIRE DE BASE				ACCESSOIRES DU SALAIRE				FRAIS PROFES.	
	Date d'échéance de la paye	Période du	au	Montant brut	Avantages en nature et poutboires non inclus dans le salaire brut de base	Indemnités, primes, gratifications versées avec la même période que le salaire brut de base et non inclus dans celui-ci	Part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6	Part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6	Soumis à cotisations	Déd. Sup. %
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SALAIRE DE BASE ET ACCESSOIRES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE										

B Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base

Date de versement	Période à laquelle se rapporte le versement du	au	Montant brut	Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12
11	10	11	12	13

C Cas où la période de référence n'a pas été entièrement accomplie

Motif	Interruption du travail		S'il s'agit d'une interruption autorisée		Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18
	du	au	La victime a-t-elle bénéficié d'un montant de salaire ?	Si la victime a subi une perte du salaire, indiquez le salaire brut perdu	
14	15	16	OUI ☐ NON ☐	17	18
			☐ OUI ☐ NON		

D Salaire minimum des apprentis, des stagiaires ou des salariés de moins de 18 ans
— pour les apprentis précisez le N° et la date du contrat

DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation du _____ au _____
Pendant cette période le salaire sera maintenu ☐ Intégralement ☐ Partiellement
N° compte postal ou bancaire employeur _____
et intitulé _____

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre
Signature de l'assuré(e) _____
Signature de l'employeur _____

Fait à _____ le _____
Nom du signataire _____
Qualité du signataire _____

La loi rend passible d'amende ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fautes ou de fausses déclarations (art. L 433.1, L 433.2, R 433.5 à R 433.7, R 433.8.1, R 433.12, R 436.2 et R 441.4 du Code de la Sécurité Sociale).
La loi 78-17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.



N° 50287#02

NOTICE D'UTILISATION

Madame, Monsieur,

Vous devez obligatoirement adresser la présente attestation à la Caisse Primaire du LIEU DE RESIDENCE HABITUELLE de la victime, dès que vous avez connaissance de l'arrêt de travail ou de la rechute.

S'il s'agit d'une maladie professionnelle, remettez l'attestation à la victime.

C'est en fonction des renseignements fournis que seront calculées les indemnités journalières dues à la victime et tant précisé que si celle-ci travaille simultanément pour plusieurs employeurs, chacun d'eux est tenu de fournir la présente attestation.

Remplissez la zone relative aux salaires de référence en vous aidant des précisions suivantes :

A SALAIRE DE BASE ET ACCESSOIRES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE .

Le salaire de base correspond aux gains ECHUS, au cours de la période de référence (qu'ils aient ou non été versés) y compris le cas échéant, le salaire maintenu pendant un ou des arrêts de travail survenus au cours de cette période (voir **C** ci-dessous).

La période de référence est déterminée en fonction de la périodicité des payes ; il s'agit à la date de l'arrêt de travail :

- a) de la dernière paye échue si le salaire ou gain est réglé au mois,
- b) des deux dernières payes échues si le salaire ou gain est réglé deux fois par mois ou toutes les deux semaines,
- c) des quatre dernières payes échues si le salaire ou gain est réglé chaque semaine,
- d) des payes afférentes au mois antérieur à la date d'arrêt de travail si le salaire ou gain est réglé journalièrement, ou à intervalles réguliers différents ou irréguliers ainsi qu'au début ou à la fin d'un travail,
- e) des salaires ou gains des trois mois antérieurs à la date de l'arrêt de travail si le salaire ou gain n'est pas réglé au moins une fois par mois mais l'est au moins une fois par trimestre.
- f) des salaires ou gains des douze mois antérieurs à la date de l'arrêt de travail si l'activité de l'entreprise n'est pas continue ou présente un caractère saisonnier ou lorsque la victime exerce une profession de manière discontinue.

Colonne 7

Inscrivez le montant global de la part salariale des cotisations correspondant aux sommes portées aux colonnes 4, 5 et 6 de **A**.

Si ce total ne figure pas déjà sur le bulletin de paye du mois considéré, le calculer en additionnant l'ensemble des cotisations salariales réglées au titre de la période de référence (AS-AVG-AV-ASSEDIC ou contribution solidarité - ARRCO + AGIRC et CSG pour son montant net, ainsi que les régimes de prévoyance complémentaire).

Colonne 8

Inscrivez dans cette colonne les sommes effectivement versées au titre des frais d'atelier et des frais professionnels soumis à cotisations. Si l'intéressé bénéficie en matière d'impôts d'une réduction propre en sus du taux général de réduction pour frais professionnels, indiquez son taux.

B RAPPELS DE SALAIRE ET D'ACCES SOIRES DU SALAIRE - ACCES SOIRES DU SALAIRE VERSÉ AVEC UNE PERIODICITE DIFFERENTE DE CELLE DU SALAIRE DE BASE .

Ils seront rapportés à une période immédiatement postérieure au mois civil au cours duquel ils ont été versés et d'une durée égale à la période au titre de laquelle ils ont été alloués. Inscrivez donc les sommes déjà versées à ce titre et susceptibles d'être reportées sur la période de référence (inscrite en **A**, colonnes 2 et 3).

Exemple :

Un salarié payé mensuellement est victime d'un accident du travail avec arrêt immédiat le 4 juillet 1993. La période de référence sera le mois de juin 1993. Il a perçu une prime annuelle le 31/12/92, celle-ci sera inscrite en **B** avec sa date de versement, la période à laquelle la prime se rattache (du 1.1.92 au 31.12.92) et son montant brut.

En effet, cette prime doit être répartie sur les 12 mois civils qui suivent la date de son versement et donc 1/12e de son montant sera ajoutée au salaire et aux accessoires du salaire afférents à la période de référence (juin 93) pour le calcul de l'indemnité journalière.

Colonne 13

Inscrivez le montant global de la part salariale des cotisations et de la CSG (défini colonne 7) correspondant aux seules sommes portées à la colonne 12.

C CAS OU LA PERIODE DE REFERENCE N'A PAS ÉTÉ ENTIEREMENT ACCOMPLIE

En raison d'un des motifs figurant dans la liste suivante : maladie (MAL), longue maladie (MLD), accident du travail (AT), maternité (MAT), chômage total ou partiel (CHOM), fermeture de l'établissement (FERM), congés non payés autorisés (ABS AUT), service national (SN)... (art. R. 433.7 du Code de la Sécurité Sociale).

Colonne 14

Inscrivez le ou les motifs d'interruption du travail (voir ci-dessus),

Colonne 18

Inscrivez le salaire brut perdu relatif à l'interruption de travail au cours de la période de référence. Dans le cas d'une embauche ou d'un changement d'emploi récent, le salaire de base est déterminé à partir du salaire afférent à l'emploi occupé au moment de l'arrêt de travail. Toutefois, si le salaire de base ainsi déterminé se trouve inférieur au montant global des rémunérations réellement perçues dans les différents emplois au cours de la période à considérer, c'est sur ce montant global que sera calculée l'indemnité journalière.

Colonne 19

Indiquez le montant global de la part salariale des cotisations et de la CSG (défini colonne 7) qui aurait été calculé sur le salaire brut perdu mentionné colonne 18, selon le calcul suivant :

Colonne 19 = colonne 18 X colonne 7 : colonnes 4 + 5 + 6

D CAS PARTICULIERS

Salariés de moins de 18 ans : Indiquez le salaire minimum applicable au salarié adulte de la même catégorie.

Apprentis ou stagiaires : Précisez le salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi qualifié dans lequel l'apprenti ou le stagiaire aurait normalement été classé à la fin de l'apprentissage ou du stage.

DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

En cas de maintien total ou partiel du salaire, l'employeur peut demander que les indemnités journalières dues à l'assuré(e) lui soient versées directement dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée. Dans ce cas la victime doit autoriser l'employeur à percevoir les indemnités, en complétant le cadre prévu.

Le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
S6202

