



N° 1865

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 avril 2014.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION DE LOI *relative aux arrêts de travail et aux indemnités journalières*,

PAR MME BÉRENGÈRE POLETTI,

Députée.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 1782.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. UNE ÉVOLUTION PRÉOCCUPANTE DES ARRÊTS DE TRAVAIL	7
A. L'AUGMENTATION STRUCTURELLE DE LA DURÉE DES ARRÊTS DE TRAVAIL	7
B. LES FACTEURS EXPLICATIFS	8
C. DES COÛTS ET DES MÉCANISMES COMPLEXES	9
II. UN DISPOSITIF PERFECTIBLE	11
A. DES CONDITIONS D'OUVERTURE DE DROITS COMPLEXES	11
1. Le régime commun	11
2. Le dispositif au sein de la fonction publique	14
B. DES CONTRÔLES MULTIPLES INSUFFISAMMENT CIBLÉS ET COORDONNÉS	16
1. Le contrôle de droit commun	16
a. Le contrôle par l'assurance maladie	16
b. Le contrôle par des prestataires privés	19
2. Le contrôle de la fonction publique	19
III. UN DISPOSITIF PLUS EFFICIENT	23
A. UN DISPOSITIF PLUS JUSTE ET TRANSPARENT	23
1. La prise en compte de la nouvelle réalité du marché du travail	23
2. L'amélioration de la connaissance exacte du coût du dispositif	24
3. Le rétablissement du jour de carence dans la fonction publique	24
B. VERS UN CONTRÔLE PLUS OPÉRATIONNEL	27
1. Un contrôle ciblé	27
a. La mise à disposition de nouveaux outils	28
b. Des contrôles obligatoires opérés sur la base des fiches repères	29
c. Le contrôle des arrêts itératifs	30

2. Un contrôle décloisonné	30
a. Une coordination entre le contrôle administratif et médical	30
b. Une complémentarité entre le contrôle de l'assurance maladie et le contrôle à l'initiative de l'employeur.....	31
c. Une articulation avec la médecine du travail	32
3. La généralisation du contrôle de la fonction publique par la CNAMTS.....	32
TRAVAUX DE LA COMMISSION	35
I. DISCUSSION GÉNÉRALE	35
II. EXAMEN DES ARTICLES	51
<i>Article 1^{er}</i> Rapport évaluant le coût représenté par l'extension de la couverture des arrêts maladie	51
<i>Article 2</i> (art. L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale) : Mesure du coût représenté par les indemnités journalières complémentaires	55
<i>Article 3</i> (art. L. 315-1 du code de la sécurité sociale) : Computation du délai de quarante-huit heures dont dispose le médecin contrôleur mandaté par l'employeur pour transmettre son rapport au service médical de l'assurance maladie.....	59
<i>Article 4</i> (art. L. 315-1 du code de la sécurité sociale) : Renforcer le déclenchement du contrôle médical).....	61
<i>Article 5</i> (art. L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale) : Contrôle des arrêts itératifs.....	66
<i>Article 6</i> (art. L. 324-4-1 du code de la sécurité sociale) : Visite de pré-reprise	69
<i>Article 7</i> (art. 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010) : Prolongation de l'expérimentation relative au contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires.....	72
<i>Article 8</i> Rétablissement de la journée de carence pour les agents publics civils et militaires en congé de maladie.....	80
TABLEAU COMPARATIF	91
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	97

INTRODUCTION

Évaluées à 6,2 milliards d'euros en 2012, les dépenses d'indemnités journalières versées au titre de la maladie représentent une part non négligeable des dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), soit 9 % des soins de ville de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Plus préoccupant, ces dépenses ont connu une progression dynamique depuis les années 2000. Entre 2000 et 2010, ces indemnités ont augmenté de 47 %, soit une augmentation moyenne de 3,6 % par an. Entre 2008 et 2012, la progression s'est élevée à 9,8 %. Toutefois, en 2011 et 2012, les dépenses ont commencé à se stabiliser et même à diminuer – (- 0,9 % en 2012).

Dans ce contexte, plusieurs initiatives ont été engagées.

Une mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) s'est penchée sur cette question et, après trois mois de travaux, a déposé un rapport en avril 2013, formulant 24 préconisations ⁽¹⁾.

Dans la suite de ces préconisations, votre Rapporteuse a présenté plusieurs amendements lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 qui n'ont finalement pas été adoptés. La présente proposition de loi propose de reprendre certains de ces amendements.

De son côté, la CNAMTS a engagé des expérimentations afin de pratiquer un contrôle ciblé, aidé de nouveaux outils comme les observatoires locaux des indemnités journalières, les fiches repères ⁽²⁾, le système d'information dématérialisation et indexation automatique des documents et des messages électroniques (DIADEME) ⁽³⁾ et l'avis d'arrêt de travail dématérialisé (l'ATT en cinq clics).

Dans un contexte de comptes sociaux dégradés et pour répondre au programme d'économies substantielles annoncé, il semble donc légitime de réfléchir sur ce dispositif afin de mieux le connaître et de limiter, voire diminuer les dépenses d'indemnités journalières versées au titre de la maladie. C'est pourquoi, votre Rapporteuse propose, dans cette proposition de loi, d'améliorer le processus de contrôle en le rendant plus efficient. Ce dernier doit être plus sélectif et mieux coordonné. Il n'en sera que plus dissuasif et évitera la désinsertion professionnelle. Les fonctionnaires, dans un souci d'équité avec les salariés du secteur privé, doivent se rapprocher du dispositif commun. C'est dans cette perspective, que la journée de carence doit être rétablie.

(1) *Mme Berengère Poletti, Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la MECSS sur les arrêts de travail et les indemnités journalières, Assemblée nationale, XIV^e législature, n° 986, mai 2013.*

(2) *Fiches, élaborées par la CNAMTS après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), mentionnant des durées indicatives d'arrêt maladie en fonction des pathologies et des interventions chirurgicales les plus courantes.*

(3) *Système de gestion des flux dématérialisés qui assure une traçabilité des opérations, une recherche de données et un archivage.*

I. UNE ÉVOLUTION PRÉOCCUPANTE DES ARRÊTS DE TRAVAIL

L'évolution des arrêts de travail au titre de la maladie est préoccupante car elle cumule à la fois une augmentation de la durée des arrêts et une progression dynamique des dépenses.

A. L'AUGMENTATION STRUCTURELLE DE LA DURÉE DES ARRÊTS DE TRAVAIL

Si l'on se réfère aux statistiques de la CNAMTS, le nombre moyen d'arrêts au titre de la maladie comptabilisé dans l'année par bénéficiaire reste stable. La durée médiane des arrêts terminés dans l'année était de 7 jours en 2008, contre 8 jours en 2012.

Néanmoins, le nombre de journées indemnisées continue à augmenter de presque 5 % entre 2008 et 2012 passant de 195,3 millions de journées en 2008 à 204,7 journées en 2012.

Cette progression résulte de la progression du nombre d'arrêts maladie longs compris entre six et douze mois qui augmente de 8,7 % entre 2008 et 2012. Les arrêts compris entre un et deux ans progressent, quant à eux, de 6,2 %.

DURÉES MOYENNES ET MÉDIANE DES ARRÊTS TERMINÉS DANS L'ANNÉE

	2008			2009			2010			2011			2012		
	n	m	M	n	m	M	n	m	M	n	m	M	n	m	M
≤ 24 ans	1,39	16,5	5	1,42	15,6	5	1,40	17,7	6	1,40	17,3	6	1,39	18,1	6
25 à 29 ans	1,45	19,9	6	1,46	19,1	5	1,46	21,6	7	1,46	21,2	6	1,45	22,0	7
30 à 34 ans	1,45	21,4	6	1,46	20,8	6	1,47	23,4	7	1,47	23,0	7	1,47	23,6	7
35 à 39 ans	1,43	24,3	6	1,45	23,8	6	1,45	26,7	7	1,46	25,8	7	1,46	26,4	7
40 à 44 ans	1,42	28,7	7	1,43	28,0	6	1,44	31,2	7	1,44	30,3	7	1,44	30,9	7
45 à 49 ans	1,42	34,2	8	1,43	33,4	7	1,44	36,8	8	1,44	35,8	8	1,44	36,2	8
50 à 54 ans	1,43	41,1	8	1,44	40,1	8	1,45	43,2	9	1,44	42,2	9	1,45	42,4	9
55 à 59 ans	1,42	52,8	10	1,43	51,0	9	1,44	54,3	10	1,45	52,0	10	1,45	51,4	10
≥ 60 ans	1,33	82,3	14	1,33	78,1	13	1,34	80,7	14	1,36	70,9	13	1,37	69,5	13
Ensemble	1,42	29,7	7	1,44	28,8	6	1,44	32,3	8	1,44	31,4	7	1,44	32,3	8

n : nombre moyen d'arrêts différents dans l'année

m : durée moyenne des arrêts terminés durant l'année

M : durée médiane des arrêts terminés durant l'année

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Cette tendance est observée également dans la fonction publique.

Selon le groupe Sofaxis, courtier en assurances des collectivités territoriales et des établissements hospitaliers, auditionné par votre Rapporteur, la

durée moyenne des congés maladie dans les collectivités territoriales a progressé de 11 % entre 2007 et 2012. Les congés maladie de plus de 15 jours ont augmenté de 18 % entre 2007 et 2012.

B. LES FACTEURS EXPLICATIFS

Plusieurs éléments tendant à expliquer ces évolutions peuvent être soulignés.

- Le vieillissement de la population active explique tout d'abord l'augmentation structurelle de la durée des arrêts de travail. En effet, la part des plus de 50 ans s'accroît par rapport à celles des autres classes d'âge. Ces derniers bénéficient d'arrêts maladie plus longs. Si l'on se réfère au nombre de journées indemnisées, la part des salariés âgés de 55 ans à 59 ans participe à la progression entre 2008 et 2012 du nombre de ces journées à hauteur de 11,7 % et ceux de plus de 60 ans à hauteur de 48,7 %.

La durée médiane des arrêts terminés dans l'année est de 8 jours en 2012 pour l'ensemble des salariés mais de 13 jours pour les salariés âgés de plus de 60 ans.

De plus, ces salariés étant en fin de carrière, ils bénéficient de salaires plus conséquents, ce qui a une incidence sur le montant de leurs indemnités versées.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'ARRÊTS MALADIE (*) SELON LEUR ÂGE

Âge en fin d'année	Nombre de bénéficiaires d'arrêts (en milliers)		Taux d'évolution annuel (en %)				Taux d'évolution 2008/2012 (en %)
	2008	2012	2009	2010	2011	2012	
Moins de 30 ans	1 161	1 006	+ 4,8	- 11,8	+ 0,5	- 6,8	- 13,3
De 30 à 50 ans	2 475	2 406	+ 4,0	- 11,8	+ 2,5	- 2,4	- 2,8
Plus de 50 ans	1 100	1 222	+ 5,3	- 0,9	+ 4,0	+ 2,3	+ 11,1
50 à 54 ans	557	563	+ 4,0	- 3,7	+ 2,0	- 0,9	+ 1,2
55 à 59 ans	443	508	+ 5,8	+ 1,2	+ 4,9	+ 2,2	+ 14,7
Plus de 60 ans	101	151	+ 10,8	+ 5,7	+ 9,7	+ 17,1	+ 50,3
Ensemble	4 736	4 635	+ 4,5	- 6,5	+ 2,4	- 2,2	- 2,1

(*) que l'arrêt ait commencé ou non, se soit fini ou non, au cours de l'année n

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

ÉVOLUTION DE LA DURÉE DES ARRÊTS SELON L'ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES

Âge en fin d'année	2008		2009		2010		2011		2012	
	m	M	m	M	m	M	m	M	m	M
≤ 24 ans	16	5	16	5	18	6	17	6	18	6
25 à 29 ans	20	6	19	5	22	7	21	6	22	7
30 à 34 ans	21	6	21	6	23	7	23	7	24	7
35 à 39 ans	24	6	24	6	27	7	26	7	26	7
40 à 44 ans	29	7	28	6	31	7	30	7	31	7
45 à 49 ans	34	8	33	7	37	8	36	8	36	8
50 à 54 ans	41	8	40	8	43	9	42	9	42	9
55 à 59 ans	53	10	51	9	54	10	52	10	51	10
≥ 60 ans	82	14	78	13	81	14	71	13	69	13
Ensemble	30	7	29	6	32	8	31	7	32	8

m : durée moyenne des arrêts terminés durant l'année (en nombre de jours)

M : durée médiane des arrêts terminés durant l'année (en nombre de jours)

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

• Les conditions de travail et la pénibilité sont un deuxième facteur d'explication. Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a noté une corrélation entre la pénibilité du secteur professionnel et les arrêts de travail ⁽¹⁾.

Les conditions de production et d'organisation du travail ont connu d'importants bouleversements. Soumis à de nouveaux impératifs, les salariés se heurtent à des contraintes fortes dans leur travail, sont plus fortement sujets à la précarité de l'emploi, subissent les effets de la concurrence internationale. En dépit des progrès techniques, la pénibilité physique n'a pas disparu, les risques psycho-sociaux pouvant se révéler de nos jours un facteur aggravant. Les mauvaises conditions de travail occasionnent ainsi des pathologies spécifiques telles que les troubles musculo-squelettiques ou les états dépressifs et contribuent à l'augmentation du nombre des arrêts de plus de six mois.

Afin d'éviter tout raisonnement simpliste, la question des arrêts de travail nécessite la prise en compte de ses grands déterminants ainsi qu'une meilleure connaissance de leurs causes et coûts.

C. DES COÛTS ET DES MÉCANISMES COMPLEXES

Au-delà du coût supporté par l'assurance maladie et les régimes complémentaires, les arrêts de travail entraînent des dépenses induites.

(1) Bulletin d'information en économie de santé, Questions d'économie de la santé, « Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales », IRDES, n°177, juin 2012.

Votre Rapporteur voudrait insister sur ces coûts indirects. Pour suppléer l'absence de salariés, l'employeur aura recours à des travailleurs intérimaires ou à la mise en place d'heures supplémentaires, qui occasionneront des dépenses additionnelles.

Les auditions qui ont porté sur la journée de carence ont mis à jour des phénomènes comparables au secteur privé, notamment dans la fonction publique hospitalière. Les structures hospitalières sont tenues de fonctionner en continu. L'instauration de la journée de carence avait ainsi contribué à diminuer l'absentéisme de courte durée, particulièrement délétère pour le fonctionnement des hôpitaux, et le recours aux expédients permettant de neutraliser les absences inopinées (intérim, heures supplémentaires). L'abrogation de la journée de carence, à compter du 1^{er} janvier 2014, se traduit *a contrario* par des prévisions de hausse des postes de dépenses consacrés aux remplacements de courte durée. Selon la Fédération hospitalière de France, le moindre recours aux solutions de remplacement aurait permis de générer des économies dans des proportions voisines de 12 millions d'euros en 2012.

De manière plus insidieuse, l'absentéisme provoque une désorganisation du travail, et peut conduire parfois à des glissements de fonctions, mal vécus par les salariés. M. Christian Gourmelon, associé au cabinet de conseil, formation, accompagnement en management Symphonia, note ainsi que dans le cas de la grande distribution, il n'est pas rare qu'un chef de rayon dont le salaire mensuel avoisine les 3 000 euros accomplisse le travail d'un employé libre-service rémunéré au salaire minimum de croissance (SMIC) ⁽¹⁾.

Par ailleurs, cette désorganisation du travail entraîne chez les salariés un sentiment de démotivation qui peut conduire à un phénomène de contagion des arrêts.

Dans son rapport d'information mené au titre de la MECSS précité, votre Rapporteur avait déjà abordé la question de la santé au travail et insisté sur cette problématique, indissociable de l'évolution des arrêts de travail.

Les auditions menées par votre Rapporteur l'ont confortée dans son analyse. Il est ainsi nécessaire de mieux prendre en compte les relations humaines, les mécanismes d'encadrement et le climat social de l'entreprise afin d'éviter l'absentéisme.

M. Christian Gourmelon a ainsi insisté sur le management déficient comme cause première de l'absentéisme. L'importance du nombre d'échelons hiérarchiques entre un agent et le responsable d'une entreprise, publique ou privée, peut provoquer un désengagement progressif du salarié qui ne sent ni reconnu, ni impliqué. À cela s'ajoutent les incohérences managériales qui se manifestent par des injonctions contradictoires, sources de tensions inutiles et de stress pour l'encadrement comme pour les salariés. Il conviendrait notamment d'agir sur ces facteurs pour réduire l'absentéisme. Selon M. Christian Gourmelon,

(1) Audition du 25 mars 2014.

le critère de recrutement d'un cadre dirigeant devrait reposer à la fois sur des compétences techniques et des compétences comportementales.

Cette préoccupation n'est pas absente dans la fonction publique. Depuis octobre 2013, un programme de prévention des risques psycho-sociaux a été élaboré et une réflexion est engagée sur la « qualité de vie au travail » reposant notamment sur une plus grande responsabilisation et une meilleure participation aux tâches des agents, ce dont se réjouit votre Rapporteur.

Enfin, pour conclure sur ce point, il convient d'insister sur un phénomène peu connu, évoqué par M. Frédéric van Roekeghem, directeur général de la CNAMTS, lors de son audition ⁽¹⁾, à savoir, les arrêts de travail prescrits qui, soit ne sont pas utilisés par l'assuré, soit ne sont pas transmis à l'assurance maladie. Ce point mériterait d'être étudié de manière plus détaillée.

II. UN DISPOSITIF PERFECTIBLE

L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale prévoit le versement, sous conditions, aux assurés se trouvant dans l'incapacité physique temporaire constatée par le médecin traitant de continuer à travailler, d'une prestation en espèces, l'indemnité journalière, afin de compenser la perte de revenus consécutive à cet arrêt de travail. Le dispositif de la présente proposition de loi vise les seuls arrêts de travail et indemnités journalières au titre de la maladie.

A. DES CONDITIONS D'OUVERTURE DE DROITS COMPLEXES

Pour prétendre au versement d'une indemnité journalière, plusieurs conditions doivent être réunies, dont une durée minimale d'activité et un montant minimum de cotisations. Le régime diffère toutefois selon l'activité professionnelle de l'assuré.

1. Le régime commun

Dans le secteur privé, l'ouverture des droits et la couverture en cas d'arrêt maladie diffèrent selon que le bénéficiaire est salarié du régime général, salarié agricole, exploitant agricole ou émargeant au régime social des indépendants (RSI).

- *Les salariés*

Pour prétendre à l'octroi d'indemnités journalières, une durée minimale d'activité, d'affiliation au régime et un montant minimum de cotisations sont requis dans les régimes d'assurance maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

(1) Audition du 26 mars 2014.

Le montant de cette indemnité correspond à une fraction du gain journalier de base, soit 50 % du salaire brut. Le salaire de référence correspond à 1/91,25^e du montant des trois derniers salaires antérieurs à la date de l'interruption de travail versés pour une paie mensuelle ou journalière ⁽¹⁾. Ce salaire de base est plafonné à 1,8 fois le salaire minimum de croissance (SMIC).

Cette prestation peut être majorée lorsque l'assuré a trois enfants ⁽²⁾ et elle est révisée lorsque l'arrêt de travail est supérieur à trois mois ⁽³⁾.

La liquidation de cette prestation s'effectue à partir du quatrième jour de l'arrêt, soit un délai de carence de trois jours, tous les quatorze jours pendant une durée maximale de trois ans dans la limite de 360 jours indemnisés.

L'employeur complète toutefois cette prestation de l'assurance maladie en octroyant des indemnités journalières complémentaires. Leur réglementation résulte à la fois de dispositions législatives ou réglementaires et d'accords conventionnels.

Le dispositif légal résulte de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle qui impose aux entreprises de verser à leurs salariés un complément de revenu.

Ce droit commence à partir du huitième jour de l'arrêt de travail. Le salarié recevra alors 90 % de sa rémunération brute pendant les 30 premiers jours et au-delà 66,66 % de sa rémunération brute. Les durées d'indemnisation sont augmentées de 10 jours par période de cinq ans d'ancienneté en plus de la durée d'une année requise à l'article L. 1226-1 précité, sans pouvoir dépasser 90 jours.

Par ailleurs, selon le secteur d'activité, le salarié peut bénéficier de garanties supplémentaires selon les dispositions négociées dans les accords de branches ou d'entreprises.

Ces dispositifs conventionnels peuvent prendre en charge le délai de carence et maintenir un niveau de salaire selon des modalités différentes.

Ces indemnités journalières complémentaires jouent donc un rôle crucial dans le dispositif d'indemnisation des arrêts de travail et constituent une différence essentielle avec la fonction publique.

Il convient, néanmoins, de relever qu'une partie de la population salariée ne dispose pas de couverture complémentaire versée par son employeur pour deux raisons.

(1) Articles L. 323-4 et R. 323-4 du code de la sécurité sociale : les calculs varient selon la périodicité du versement de la paie.

(2) Article R. 323-5 du code de la sécurité sociale.

(3) Article R. 323-6 du code de la sécurité sociale.

En premier lieu, la couverture par une garantie complémentaire prévue par la loi est conditionnée à une ancienneté d'un an dans l'entreprise.

En deuxième lieu, certains secteurs d'activité ne sont pas couverts par des accords de branche ou d'entreprise offrant des garanties facultatives complémentaires.

Une enquête de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)⁽¹⁾ sur la protection sociale complémentaire d'entreprise a analysé les prises en charge des absences pour arrêt maladie selon les secteurs d'activité et la taille des établissements. S'agissant de la couverture des trois premiers jours du délai de carence, 48,5 % des très petites entreprises, comprenant moins de dix salariés, ne les prenaient pas en charge.

Par ailleurs, ces garanties complémentaires conventionnelles peuvent être plus ou moins avantageuses. Une étude menée par la direction de la sécurité sociale en 2011 a analysé cent cinq branches couvrant plus de 30 000 salariés qui a souligné la diversité de la prise en charge de la journée de carence. 38 % des régimes étudiés prennent en charge la totalité du délai, 28 % le font à partir du huitième jour et 25 % à compter du quatrième jour.

- *Les salariés agricoles*

Les salariés agricoles bénéficient d'indemnités journalières dont les conditions d'ouverture de droits et de prise en charge sont identiques à celle du régime général de la CNAMTS.

Les indemnités complémentaires sont gérées par la Mutualité sociale agricole (MSA) pour le compte d'institutions de prévoyance.

- *Les exploitants agricoles*

Depuis le 1^{er} janvier 2014⁽²⁾, le bénéfice des indemnités journalières s'applique aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ainsi qu'aux aides familiaux et associés. Le choix a été fait d'instaurer une cotisation estimée à 170 euros pour 2014 afin d'alimenter un fonds spécifique géré par la caisse centrale de la MSA. Le montant de l'indemnité est fixé à 60 % de 1/365^e du gain forfaitaire annuel les vingt-huit premiers jours d'arrêt de travail au-delà d'un **délai de carence de sept jours** et à 80 % de 1/365^e de ce même gain forfaitaire annuel à compter du vingt-neuvième jour⁽³⁾.

(1) MM. Marc Perronnin, Thierry Rochereau et Mme Aurélie Pierre, L'enquête protection sociale complémentaire d'entreprise 2009, *Rapports de l'IRDES n° 1890, juillet 2012 (étude réalisée sur un échantillon de 1 700 entreprises)*.

(2) Article 71 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 codifié à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime.

(3) Décret n° 2013-844 du 20 septembre 2013 relatif à la création d'un dispositif d'indemnités journalières pour les personnes non salariées des professions agricoles en cas de maladie ou d'accident de la vie privée.

- *Les travailleurs indépendants*

Au sein du Régime social des indépendants (RSI), ces conditions d'ouverture de droits et de modalités de prise en charge sont assorties de modalités spécifiques, liées à l'activité professionnelle des assurés. Le financement des indemnités journalières est assuré intégralement par des cotisations représentant 0,7 % des revenus sur lesquels elles sont assises, **le délai de carence est de sept jours** et le revenu de référence pris en compte pour calculer le montant de l'indemnité est celui des trois dernières années afin de prendre en compte le caractère irrégulier des revenus des travailleurs indépendants.

2. Le dispositif au sein de la fonction publique

Les fonctionnaires stagiaires et titulaires des trois fonctions publiques bénéficient d'un régime particulier en matière d'arrêts de travail, qui sont dénommés congés.

Trois régimes existent en fonction de la gravité de l'état de santé du fonctionnaire :

- le congé maladie ordinaire qui peut atteindre un an ;

- le congé de longue maladie ;

- le congé de longue durée. Cinq affections ouvrent droit à ce congé : la tuberculose, la maladie mentale, le cancer, la poliomyélite ou le déficit immunitaire grave et acquis.

Durant ces congés, le fonctionnaire ne bénéficie pas d'indemnités journalières mais continue de percevoir son traitement. Dans la fonction publique d'État, les règles de calcul sont les suivantes :

- lors du congé maladie ordinaire, le fonctionnaire reçoit son traitement plein pendant trois mois et la moitié de ce dernier pendant neuf mois ;

- lors du congé de longue maladie, il perçoit un an de traitement plein et deux ans de demi-traitement ;

- lors du congé de longue durée, il continuera à être rémunéré à taux plein pendant trois ans et en demi-traitement pendant deux ans.

Dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, les règles sont similaires, à l'exception du maintien ou de la suspension d'indemnités spécifiques selon le congé⁽¹⁾. Ainsi la nouvelle bonification indiciaire est suspendue lors d'un congé de longue durée dans la fonction publique hospitalière.

Ce dispositif a toutefois été modifié dans le cadre de l'instauration de la journée de carence le 1^{er} janvier 2012. La journée de carence⁽²⁾ a été appliquée, pour les congés maladie ordinaires, à l'ensemble des fonctionnaires stagiaires et titulaires et aux agents non titulaires de droit public des trois fonctions publiques. Les congés de longue maladie, de longue durée, ainsi que ceux liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle n'entraient pas dans le champ de la mesure.

Cette orientation, qui répondait à la nécessité de lutter contre l'absentéisme de courte durée, fortement perturbateur du fonctionnement des services, était justifiée par l'équité de traitement avec les salariés du secteur privé.

Les agents des trois fonctions publiques se sont ainsi vus prélever 1/30^e de leur traitement au titre du premier jour de congé maladie. Malheureusement, la nouvelle majorité politique a préféré revenir sur cette mesure, peu contestée par ailleurs, en abrogeant le dispositif à compter du 1^{er} janvier 2014.

Cette abrogation n'a pas permis de mesurer sur une période significative les effets de l'instauration de la journée de carence. Elle a pu être tardivement mise en œuvre en 2012 pour certaines structures publiques. En 2013, la quasi-certitude de l'abrogation de la journée de carence a pu se traduire, pour certaines collectivités territoriales, par une application anticipée de la mesure finalement adoptée dans le cadre du projet de loi de finances pour 2014. Dans le cas de la fonction publique hospitalière, l'instauration de la journée de carence a toutefois fait l'objet d'une application effective et a pu se traduire par des résultats probants sur l'absentéisme de courte durée.

La principale justification apportée a été le peu d'effet sur l'absentéisme. Cette position mériterait d'être tempérée. Comment en effet prétendre tirer le bilan d'une mesure sans disposer de statistiques fiables pour éclairer le législateur ? Les chiffres relatifs à l'absentéisme des trois fonctions publiques ne répondent pas à une méthodologie commune. En outre, il n'existe aucune donnée sérielle permettant de se faire une idée de l'évolution de l'absentéisme sur plusieurs années. Avant le travail d'actualisation relatif à l'année 2012, menée par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), les derniers états disponibles dataient de 2003 ! Il n'est donc pas sérieux de conclure

(1) Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux et décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière.

(2) Article 105 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

hâtivement au non-effet de la journée de carence sur l'absentéisme sans une base comparative consolidée.

B. DES CONTRÔLES MULTIPLES INSUFFISAMMENT CIBLÉS ET COORDONNÉS

1. Le contrôle de droit commun

Le salarié en arrêt maladie pourra faire l'objet d'un contrôle, soit de la part de l'assurance maladie, soit de la part de son employeur, par l'intermédiaire de prestataires privés.

a. Le contrôle par l'assurance maladie

L'assurance maladie exerce un double contrôle, à la fois administratif portant sur le respect des obligations qui incombent à l'assuré et médical portant sur l'adéquation entre la pathologie de l'assuré et son arrêt. Ces deux contrôles distincts sont mis en œuvre par des intervenants relevant de deux entités différentes au sein de l'assurance maladie. L'enjeu consiste à favoriser une approche commune et complémentaire des opérations fondée sur deux logiques du contrôle. En 2012, 363 920 contrôles administratifs et 1,7 million contrôles médicaux ont été réalisés par l'assurance maladie ⁽¹⁾. En 2013, ces chiffres s'élèvent respectivement, à 431 936 et 1,6 million.

- *Le contrôle administratif*

Le contrôle administratif est exercé par des agents administratifs relevant de la caisse primaire. Il porte sur le respect d'obligations administratives, telles que l'envoi de l'avis d'arrêt de travail dans le délai de 48 heures ou la présence à domicile.

En 2013, 149 457 contrôles du délai de l'envoi de l'avis d'arrêt de travail ont permis de récupérer 6,3 millions d'euros.

Par ailleurs, 27 297 contrôles de présence à domicile réalisés en 2012 ont constaté 7 562 absences. Ce contrôle peut entraîner une suspension des indemnités journalières ou une convocation au service médical mais il n'y pas de caractère d'automatisme.

Par ailleurs, le contrôle administratif permet de mettre à jour des situations qui relèvent de la fraude administrative.

– la falsification de documents et l'établissement de faux documents : 801 dossiers ont ainsi été détectés en 2013 ;

(1) Contrôles portant sur les arrêts au titre de la maladie.

– l'exercice d'une activité rémunérée, non autorisée, pendant l'arrêt : 830 dossiers relèvent de ce grief en 2013 ;

– la fraude en bande organisée, qui fait appel à la constitution d'entreprises et de salariés fictifs : 14 dossiers ont été instruits en 2013.

En cas de fraude administrative, l'assurance maladie peut prononcer des sanctions financières. L'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale prévoit qu'une pénalité peut être infligée pour toute inobservation des règles de la sécurité sociale qui a donné lieu à un versement indu d'une prestation en espèces. En 2013, 532 pénalités ont été prononcées.

En sus de ces pénalités financières, les directeurs de caisses primaires peuvent déposer des plaintes au pénal. En 2013, elles se sont élevées à 108.

Par ailleurs, depuis 2011⁽¹⁾, l'assurance maladie peut demander la restitution des indemnités journalières versées en cas d'inobservation volontaire de ces obligations administratives dont notamment le respect des heures de sorties et l'interdiction d'exercer une activité.

- *Le contrôle médical*

En premier lieu ce contrôle s'exerce vis-à-vis des assurés.

Le contrôle médical, exercé par les médecins conseils du service du contrôle médical de l'assurance maladie dépendant de l'échelon local du service médical, porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent la prescription d'un arrêt de travail et de ce fait l'attribution des indemnités journalières. Ce contrôle notamment porte sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré.

Le salarié bénéficiaire d'une indemnité journalière a l'obligation de se soumettre à ce contrôle, qui sera effectué à son domicile ou sur convocation au service du contrôle médical de sa caisse⁽²⁾.

La conséquence immédiate d'un contrôle constatant un arrêt de travail injustifié est la suspension du versement des indemnités journalières et la fixation d'une date de reprise du travail⁽³⁾. L'employeur et le médecin traitant en sont informés. Par ailleurs, si un nouvel arrêt est prescrit dans les dix jours francs de cette suspension, le service du contrôle médical devra autoriser au préalable la reprise de leur versement⁽⁴⁾.

(1) Article 114 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 codifié à l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 323-6 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

(4) Articles L. 323-7 et D. 323-4 du code de la sécurité sociale.

L'employeur peut, à son tour, décider de suspendre le versement des indemnités journalières complémentaires, si le salarié en bénéficie ⁽¹⁾.

La CNAMTS présente le contrôle des arrêts de plus de 45 jours comme systématique. Ce choix est justifié par l'impact financier représenté par ces arrêts. En 2012, les arrêts maladie compris entre un et six mois constituent environ 20 % des arrêts mais 40 % des dépenses. Si l'on se réfère aux arrêts de plus de six mois, qui font l'objet d'un contrôle obligatoire ⁽²⁾, ils participent à 5 % du nombre d'arrêts mais entraînent 40 % des dépenses.

Néanmoins, ce contrôle n'obéit à aucun critère, si ce n'est le nombre de jours prescrits.

Bien que représentant un volume conséquent à hauteur de 76 % pour les arrêts de moins de 30 jours et de 46 % pour les arrêts de moins de 8 jours, les arrêts de courte ou de moyenne durée sont donc beaucoup moins contrôlés, voire pas contrôlés pour les arrêts de très courte durée.

En 2012, sur 1,7 million d'arrêts maladie, 105 154 arrêts de courte durée ont été contrôlés, soit 6,15 % des arrêts. En 2013, ce taux chute à 4,10 % : ainsi, sur 1,6 million d'arrêts maladie contrôlés, 69 155 étaient de courte durée.

En 2012, les économies liées aux contrôles médicaux sont estimées à 427 millions d'euros ⁽³⁾.

Bien que certaines initiatives locales tendent à favoriser la coordination entre ces deux contrôles, ils restent majoritairement cloisonnés. Ainsi un contrôle administratif ayant constaté une irrégularité ne se traduira pas automatiquement par un contrôle médical.

En deuxième lieu, le travail d'accompagnement le plus important reste celui à destination des professionnels de santé. En effet, le fondement d'un arrêt de travail repose, avant tout, sur une prescription médicale. L'assurance maladie agit à la fois sur le nombre et la durée des arrêts prescrits, comme l'y autorise l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale qui énonce expressément que le service médical de l'assurance maladie constate les abus en matière de prescription d'arrêt de travail.

Depuis quelques années, les médecins conseils du service médical de l'assurance maladie mènent des actions de sensibilisation auprès des prescripteurs dans le cadre d'échanges confraternels.

Néanmoins, afin de dissuader une petite partie de praticiens identifiés comme « hyperprescripteurs » de délivrer des arrêts maladie de complaisance,

(1) Article L. 1226-1 du code du travail.

(2) Article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Contrôle des arrêts maladie et des arrêts d'accidents du travail.

l'assurance maladie a mis en place des dispositifs plus contraignants : l'entretien d'alerte, l'accord préalable et la mise sous objectifs quantifiés.

b. Le contrôle par des prestataires privés

Généralisé par loi du 19 janvier 1978 sur la mensualisation précitée, le versement d'indemnités journalières complémentaires justifie la possibilité pour une entreprise de mandater un médecin contrôleur auprès de son salarié afin d'effectuer une contre-visite médicale. Dans la pratique, l'employeur a recours à des sociétés prestataires de services, qui passent des conventions avec des médecins généralistes, rémunérés à l'acte par des honoraires qu'ils fixent eux-mêmes. Si le médecin conclut à un arrêt injustifié ou n'a pu procéder au contrôle, le versement des indemnités journalières complémentaires peut être suspendu par l'employeur.

Par ailleurs, depuis 2011, ⁽¹⁾ le médecin doit adresser sous 48 heures ses résultats au service du contrôle médical de l'assurance maladie dont dépend la personne concernée.

Ce dernier peut décider, à son tour de suspendre le versement des indemnités journalières de l'assurance maladie, ou de procéder à un nouvel examen de l'assuré. L'examen est de droit, lorsque le médecin contrôleur n'a pu l'effectuer ⁽²⁾.

Dans la pratique, la complémentarité entre ces deux intervenants est décevante.

2. Le contrôle de la fonction publique

Si les fonctionnaires sont soumis à un contrôle, ils bénéficient d'un régime spécifique. L'absence de résultat probant sur l'effectivité de ce contrôle a conduit à expérimenter la délégation du contrôle des congés maladie aux caisses primaires d'assurance maladie.

- *Un régime spécifique*

L'administration peut faire procéder à tout moment à une contre-visite médicale par un médecin agréé auprès de la direction de la sécurité sociale.

Le préfet doit établir une liste de médecins agréés dans chaque département, sur proposition de l'agence régionale de santé. Ces médecins sont choisis, sur leur demande ou avec leur accord parmi les praticiens âgés de moins de 65 ans et ayant au moins trois ans d'exercice professionnel, dont pour les

(1) Article 90 de la loi n°2009-1646 de financement de la sécurité sociale pour 2010 codifié à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

généralistes, un an au moins dans le département. Cet agrément est délivré pour trois ans renouvelables.

Le fonctionnaire a obligation de se soumettre à cette visite et s'expose à l'interruption du versement de sa rémunération en cas de refus. L'agent doit reprendre ses fonctions, si le médecin agréé conclut à son aptitude.

En cas de contestation, l'administration ou le fonctionnaire peut saisir le comité médical qui statue.

Cette instance indépendante est composée de médecins praticiens (deux médecins de médecine générale et, le cas échéant, un spécialiste de l'affection pour laquelle est demandé le congé). Elle est chargée de donner obligatoirement son avis médical sur :

- la prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs ;
- l'octroi des congés de longue maladie et de longue durée et le renouvellement de ces congés ;
- la réintégration après douze mois consécutifs de congés de maladie ou à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- l'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après un congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée ;
- la mise en disponibilité d'office pour raisons de santé, son renouvellement et l'aménagement des conditions de travail après la fin de la mise en disponibilité ;
- le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire.

Aucune donnée statistique n'est actuellement disponible sur les contrôles effectués par les médecins agréés, ce que regrette votre Rapporteuse.

Au terme des auditions qu'elle a menées, votre Rapporteuse est arrivée à la conclusion que ces contrôles étaient inopérants.

Il est tout d'abord assez rare qu'un médecin agréé remette en question la décision du confrère à l'origine de l'arrêt médical. En l'occurrence, c'est la prudence qui prévaut.

En outre, les conditions financières du contrôle par un médecin agréé sont aujourd'hui peu attractives, ce contrôle n'étant pas exonéré de la TVA.

Le 1° du 4 de l'article 261 du code général des impôts exonère les prestations de soins à la personne effectuées dans le cadre de l'exercice des

professions médicales et paramédicales réglementées. Cette disposition est la transposition en droit interne de l'article 132-1-c de la directive n°2006/112/CE du 28 novembre 2006⁽¹⁾. Dans deux arrêts rendus en 2003, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a considéré que ne constituaient des prestations de soins à la personne les prestations ayant une finalité thérapeutique, entendue comme visant à protéger, maintenir ou rétablir la santé des personnes⁽²⁾.

Ainsi, selon le bulletin officiel des finances publiques-impôts les expertises médicales, dont la finalité principale est de permettre à un tiers de prendre une décision produisant des effets juridiques à l'égard de la personne concernée, ne constituent pas des prestations de soins à la personne susceptibles de rentrer dans le champ de l'exonération.

Enfin, l'absence de dispositions législatives ou réglementaires permettant de sanctionner l'agent public absent sans justification de son domicile en dehors des heures de sortie autorisées en cas de visite inopinée du médecin agréé rend ce contrôle inopérant. En l'état du droit, seul le refus d'un agent de se soumettre à cette visite alors qu'il est en congé maladie peut entraîner une suspension de sa rémunération⁽³⁾.

- *La mise en place d'un dispositif expérimental*

À titre expérimental, l'article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 a instauré un contrôle par l'assurance maladie des congés maladie des fonctionnaires de l'État, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière.

Pour les fonctions publiques territoriales et hospitalières, l'expérimentation est fondée sur le volontariat et doit également répondre à certains critères relatifs à la taille de la structure. Pour la fonction publique hospitalière, les établissements de santé participant à l'expérimentation doivent employer au moins 400 agents au 1^{er} janvier 2010 et pour la fonction publique territoriale, les collectivités territoriales qui se porteront volontaires doivent comprendre au moins 500 agents au 1^{er} janvier 2010.

S'agissant de la fonction publique d'État, cinq départements ont été retenus, l'Ille-et-Vilaine, le Rhône, les Alpes-Maritimes, le Bas-Rhin et le Puy-de-Dôme ainsi que les services de l'administration centrale du ministère de l'économie et des finances. Cet échantillon représente 7 % à 8 % du total des fonctionnaires de l'État.

(1) Directive n°2006/112/CE du Conseil du 28 novembre 2006 relative au système commun de taxe sur la valeur ajoutée.

(2) CJCE, 20 novembre 2003, aff. C-307/01 Peter d'Ambrumenil et CJCE, 20 novembre 2003, C-212/01 Margarete Unterpertinger.

(3) Conseil d'État, 5ème sous-section, 28/09/2011, n°345238.

Neuf collectivités territoriales se sont portées volontaires, les communes d'Antibes, du Cannet, de Mandelieu-la-Napoule, de Menton et de Saint-Malo, les conseils généraux des Alpes-Maritimes, du Rhône et le conseil régional d'Auvergne.

S'agissant de la fonction publique hospitalière, participent à l'expérimentation les centres hospitaliers universitaires de Rennes, Nice, Strasbourg et de Clermont-Ferrand et les centres hospitaliers de Rennes (Guillaume Régnier), Fougères, Saint-Malo, Antibes, Cannes, Grasse, Brumath, Saverne, Bischwiller, Sélestat, Thiers et Riom.

Le champ d'application du contrôle est restreint, seuls les arrêts itératifs et de plus de 45 jours étant pris en compte.

En cas de manquement constaté à l'issue du contrôle médical, plusieurs sanctions sont prévues :

– l'interruption du versement de la rémunération en cas de non-respect par l'agent de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés par le service médical et la caisse primaire ;

– la retenue d'une partie de la rémunération, dans la limite de 50 %, en cas de non-respect des heures de sortie autorisées par le fonctionnaire, non justifié par des soins ou des examens médicaux ;

– la reprise des fonctions de l'agent sous peine d'interruption du versement de sa rémunération en cas d'absence de justification médicale de l'arrêt maladie, sauf s'il saisit le comité médical de l'avis rendu par le service médical.

- *Un bilan mitigé*

Prévue initialement pour une durée de deux ans, l'expérimentation menée par l'assurance maladie pour contrôler les congés maladie des fonctionnaires a été prolongée de deux années supplémentaires en 2011.

Cette expérimentation a, en effet, rencontré des difficultés, des facteurs, à la fois juridiques et techniques, ayant concouru à une lente montée en charge.

Sur un plan juridique, plusieurs décrets d'application étaient nécessaires pour la mise en place effective de ce contrôle. Des conventions de coordination avec l'assurance maladie devaient également être conclues pour permettre une réelle effectivité du contrôle exercé par la CNAMTS. Enfin, dans le cas particulier de la fonction publique territoriale, il fallait obtenir l'aval des organes délibératifs.

Sur un plan technique, le système d'information spécifiquement créé pour assurer la transmission des données n'a été opérationnel qu'en octobre 2010.

La mise œuvre de l'expérimentation a, parallèlement, souffert de dysfonctionnements : envoi tardif des arrêts, absence d'adresses ou coordonnées

erronées. La MECSS avait également relevé le manque d'adhésion de la part des services concernés comme facteur explicatif.

L'ensemble de ces raisons a conduit à une nouvelle prolongation du dispositif, jusqu'au 31 décembre 2015 dans le cadre du projet de loi finances pour 2014 ⁽¹⁾.

III. UN DISPOSITIF PLUS EFFICIENT

La politique de contrôle menée par l'assurance maladie reste perfectible. Quelques expérimentations menées depuis 2012, notamment sur le contrôle des arrêts itératifs et la prescription de la durée des arrêts de travail, gagneraient à être systématisées.

Par ailleurs, le dispositif devrait évoluer vers plus de justice et d'équité. Au moins cinq dispositifs coexistent pour prétendre à l'octroi d'une indemnisation lors d'un arrêt maladie sans compter qu'au sein du régime de droit commun, la population salariée la plus précaire en est exclue. S'agissant des fonctionnaires, ils sont soumis à un régime spécifique qui exclut la prise en compte d'une journée de carence.

Par ailleurs, la dépense globale représentée par ces indemnités reste inconnue pour tous les acteurs, y compris les entreprises.

Votre Rapporteur souhaite améliorer le dispositif dans un souci de transparence, en parvenant à chiffrer le coût des indemnités journalières pour les entreprises et dans un souci d'équité, en évaluant financièrement l'extension de la couverture des arrêts maladie. Dans la fonction publique, à défaut d'un contrôle effectif, le rétablissement de la journée de carence permettrait d'améliorer le fonctionnement des structures pour lesquelles l'absentéisme peut entraîner une réelle dégradation du service rendu et des conditions de travail.

A. UN DISPOSITIF PLUS JUSTE ET TRANSPARENT

1. La prise en compte de la nouvelle réalité du marché du travail

Le dispositif des arrêts de travail a été élaboré au sortir de la seconde guerre mondiale. Les conditions requises pour prétendre à l'octroi d'indemnités journalières, à savoir une durée minimale d'activité et un montant minimum de cotisations, ne sont plus adaptées à l'organisation du travail, notamment en raison du développement du travail à temps partiel et de l'intérim. En 2012, ce sont plus de 18,6 % des salariés soit près de 4,2 millions de salariés qui occupent un travail à temps partiel ⁽²⁾. S'agissant du travail intérimaire, ce sont presque 2 millions de

(1) Article 126 de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014.

(2) « Le temps partiel en 2012 », *Dares analyses*, février 2014.

personnes qui ont signé 16 millions de contrats de mission en 2012, ces chiffres étant en léger recul au regard de l'année 2011 ⁽¹⁾.

Les personnes exclues du dispositif exercent généralement un emploi précaire et cumulent plusieurs difficultés :

- le nombre d'heures travaillées est inférieur au plafond requis pour bénéficier d'indemnités journalières ;
- la durée d'affiliation est trop courte ;
- la reconstitution de leur salaire dépend de plusieurs employeurs.

Une extension de cette couverture aux populations salariées les plus précaires est souhaitable pour votre Rapporteuse mais comportera une incidence financière. C'est pourquoi, en cette période contrainte, il est nécessaire d'évaluer financièrement le coût d'une telle extension. C'est l'objet de l'article premier de la présente proposition de loi.

2. L'amélioration de la connaissance exacte du coût du dispositif

Votre Rapporteuse souhaiterait insister sur la nécessité d'améliorer la connaissance générale du coût représenté par ce dispositif. En effet, si la dépense totale des indemnités journalières versées au titre de la maladie par l'assurance maladie est connue, il n'en est pas de même pour celles versées par les employeurs, soit au titre du dispositif légal ou à la suite d'un accord d'entreprise. Il n'est donc pas possible de mesurer, de façon exhaustive, le montant global des indemnités journalières versées aux salariés.

Ni les représentants des employeurs, ni la direction générale du travail, ni les sociétés de contre-visites médicales, auditionnés par la MECSS, n'ont été en mesure d'estimer la dépense représentée par ces indemnités journalières complémentaires.

C'est pourquoi, votre Rapporteuse propose, à l'article 2, que les entreprises se saisissent de cette question et évaluent le coût de ces indemnités à l'occasion de la mise en place de la déclaration sociale nominative (DSN).

Par ailleurs, cette question participe du coût du travail et donc de la compétitivité des entreprises.

3. Le rétablissement du jour de carence dans la fonction publique

Une partie du dispositif de droit commun, dont relèvent les salariés, doit être appliquée aux fonctionnaires. À l'heure de nécessaires économies, il est juste que toute la population active participe de façon équitable. C'est pourquoi, votre

(1) « L'intérim en 2012 », *Dares analyses*, février 2013.

Rapporteure propose, à l'article 7, le rétablissement la journée de carence applicable aux congés maladie ordinaires des fonctionnaires.

C'est dans ce sens, qu'elle avait interpellé la ministre de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique sur cette mesure, lors d'une question d'actualité, le 27 février 2013. Il s'agit d'une mesure de justice, concourant à une meilleure organisation des services publics et génératrice d'économie.

- *Une mesure de justice*

Votre Rapporteure ne méconnaît pas les différences de prise en charge selon les régimes. Une comparaison attentive entre les régimes applicables aux salariés du secteur privé et aux agents publics montre qu'il ne serait pas opportun d'instaurer trois jours de carence dans le secteur public à l'instar du secteur privé.

L'instauration d'une seule journée de carence pour les agents publics se traduit en effet par une perte d'un trentième de la rémunération perçue sans compensation financière alors que, pour près de 65 % des salariés du régime général, les journées de carence peuvent être neutralisées grâce aux indemnités complémentaires prévues par les accords collectifs.

Il n'en reste pas moins vrai que **35 % des salariés du privé**, principalement issus des petites et moyennes entreprises, ne bénéficient que de la couverture minimale prévue par le régime général. L'indemnité journalière est ainsi égale à 50 % du salaire journalier de base, calculé sur la moyenne des salaires des trois derniers mois travaillés précédant l'arrêt de travail, ou des douze mois en cas d'activité saisonnière ou discontinue, et pris en compte dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur.

En outre, les mesures de neutralisation, lorsqu'elles existent, sont également justifiées par la différence de statut entre une fonction publique, bénéficiant de la sécurité de l'emploi, et un secteur privé, ne bénéficiant pas de cette garantie.

Rappelons enfin que le délai de carence prévu par le régime social des indépendants et des exploitants agricoles est de **sept jours sans compensation**.

- *Une meilleure organisation des services publics*

Si les arrêts sont justifiés dans la grande majorité des cas, il n'en demeure pas moins vrai que l'absentéisme répétitif, de courte durée, pèse sur l'organisation des structures et peut être générateur de tensions tant pour les équipes que pour le personnel d'encadrement. La mise en place de la journée de carence tend à neutraliser ces effets fâcheux.

Contrairement aux assertions de la ministre de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique, l'instauration du jour de carence a eu

un certain effet sur l'absentéisme de courte durée. Plusieurs études convergentes permettent de conclure en ce sens notamment pour la fonction publique hospitalière et la fonction publique territoriale.

Selon le groupe Sofaxis, le nombre d'arrêts d'un jour a diminué de 43,2 % entre 2011 et 2012 pour la fonction publique hospitalière et de 40,6 % pour la fonction publique territoriale.

L'enquête Flash menée en octobre 2012 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) révèle que sur 14 établissements, 6 ont indiqué qu'ils avaient constaté une baisse du taux d'absentéisme entre 2011 et 2012 sur les arrêts de courte durée. De son côté, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a constaté que la journée de carence avait eu pour effet de diminuer de 24,5 % le nombre d'arrêts de moins de 6 jours entre 2011 et 2013.

L'effet de l'instauration de la journée de carence, notamment sur le fonctionnement des structures publiques hospitalières, ne peut être écarté. L'absentéisme répétitif, de courte durée et perlé, n'est pas sans conséquences sur la continuité du service assurée par les établissements publics. Le report de la charge sur les autres agents en activité ou le recours à des personnels temporaires pour assurer le service public sont les expédients les plus couramment utilisés pour pallier ces effets indésirables. Cette situation est génératrice de tensions tant pour les équipes, contraintes de pallier l'absence inopinée, que pour le personnel d'encadrement, en charge de la gestion des plannings. La mise en place de la journée de carence a ainsi permis de contrecarrer ces effets induits et non mesurables comme ont pu le confirmer à votre Rapporture les représentants des structures hospitalières.

- *Une mesure génératrice d'économies dans un contexte budgétaire contraint*

Depuis le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, les salariés ont été mis à contribution afin de limiter la progression des dépenses liées aux indemnités journalières au titre de la maladie, en instaurant des règles plus contraignantes pour le calcul de leur indemnité. Ainsi, le salaire de base est plafonné à 1,8 fois le SMIC. La Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale publié en septembre 2013 a estimé à 150 millions le montant des économies réalisées grâce à cette mesure en 2012. Cette disposition a, par ailleurs, contribué à la décélération du montant total des dépenses.

La mise en place d'une journée de carence au sein de la fonction publique en 2012 participait de cette volonté de contribuer à limiter les dépenses sociales.

Estimée initialement à une économie de 122 millions d'euros pour l'État par le gouvernement, lors de la discussion du projet de loi de finances pour 2012, l'instauration de la journée de carence aurait permis de récupérer près de

61 millions d'euros pour la fonction publique d'État et environ 55 millions d'euros pour la fonction publique hospitalière ⁽¹⁾.

Ces économies ont toutefois pu être partiellement neutralisées, l'instauration de la journée de carence n'ayant pas produit tous ses effets en 2012, en raison d'une mise en place parfois tardive, et en 2013, dans le cadre d'une application anticipée de la suppression de la journée de carence. Par ailleurs, pour éviter le couperet de la suspension du traitement, les agents publics ont également pu neutraliser la journée de carence en « consommant » un jour de réduction de temps de travail (RTT).

B. VERS UN CONTRÔLE PLUS OPÉRATIONNEL

Les contrôles pratiqués par l'assurance maladie portent essentiellement sur des arrêts longs, en raison de leur impact financier. Or, pour votre Rapporteur, le contrôle des arrêts de courte durée est aussi important en raison de son caractère dissuasif, notamment pour les arrêts itératifs. De plus, les arrêts de courte durée entraînent une désorganisation du travail.

Le contrôle aléatoire ne produisant que peu d'effets, votre Rapporteur plaide pour un contrôle plus opérationnel, reposant sur un contrôle ciblé et coordonné entre tous les intervenants.

À titre d'exemple, à Marseille la différence entre le contrôle ciblé et aléatoire est frappante. L'observatoire local de la caisse primaire de Marseille avait détecté une augmentation des durées d'arrêts atypiques pour des pathologies liées à la rhumatologie et à la dépression. Le contrôle ciblé sur ces arrêts a donné lieu à 45 % d'avis défavorables contre un taux de 24 % en contrôle aléatoire.

Par ailleurs, les congés maladie des fonctionnaires n'étant, en pratique, pas contrôlés, il conviendrait de généraliser le contrôle de la fonction publique par l'assurance maladie. Mais cette généralisation apparaît impossible en pratique du fait du manque d'informations dont dispose l'assurance maladie sur les agents et de la difficulté à recruter des médecins-conseils.

1. Un contrôle ciblé

Si l'on retient le nombre total de contrôles effectués par la CNAMTS et les sociétés de contre-visite médicales, il apparaît conséquent.

En effet, selon les chiffres communiqués par M. Olivier de Cadeville directeur de la direction déléguée aux réseaux de la CNAMTS ⁽²⁾, en 2013 2,5 millions de contrôles administratifs et médicaux ont été effectués. Les sociétés

(1) Projection de la DGOS réalisée à partir de données collectées auprès de 323 établissements de santé.

(2) Audition du 26 mars 2014.

de contre-visite médicales, Securex et Medicat Partner⁽¹⁾ avancent 70 000 contrôles par an.

Ces contrôles s'avèrent, en fait, peu concluants et ne jouent pas un rôle dissuasif. Votre Rapporteur est favorable à la mise en place d'un contrôle sélectif, qui retiendrait des critères objectifs, grâce à l'utilisation de nouveaux référentiels et de systèmes d'information mis en place par l'assurance maladie. Les articles 4 et 5 de la présente proposition de loi vont dans ce sens.

C'est dans cet esprit, que le directeur de la CNAMTS a fixé de nouvelles orientations, en mai 2012, en matière de contrôle administratif et médical qui privilégie des actions ciblées⁽²⁾.

a. La mise à disposition de nouveaux outils

- *Les observatoires locaux des indemnités journalières*

La caisse primaire de Bayonne a développé une base de données, l'observatoire local des indemnités journalières, qui permet de segmenter et d'identifier les variables de l'évolution des arrêts de travail pour chaque région.

Le caractère novateur de cette base réside dans sa nature médico-administrative. Au sein de l'observatoire sont regroupés des informations démographiques, comme l'âge, le sexe des assurés, des données socioprofessionnelles, à savoir le secteur d'activité, la catégorie socioprofessionnelle des assurés, des renseignements géographiques et également des données médicales comme les prescripteurs concernés, les motifs médicaux des arrêts, leur contexte, les parcours médicaux antérieurs ou postérieurs à l'arrêt et la durée effective de ces derniers.

L'exploitation de cette base de données facilite l'identification des déterminants de l'évolution des arrêts de travail et permet d'analyser si l'augmentation des arrêts est la conséquence mécanique d'une augmentation de la population active et de son vieillissement ou résulte d'autres facteurs.

Le contrôle peut être adapté en conséquence.

Le déploiement de cette base est effectif dans tout le réseau de l'assurance maladie, néanmoins seulement 30 % des caisses l'utilisent de façon opérationnelle.

Les résultats observés à Bayonne sont significatifs : les dépenses liées aux indemnités journalières ont été contenues depuis 2009 et une économie d'un million d'euros a été réalisée sur cette période. Sur un point particulier identifié par l'observatoire dans la circonscription comme représentant une variable

(1) Audition de la MECSS du 13 décembre 2012.

(2) Lettre réseau LR/DDO/72/2012 du 29 mai 2012 relative au contrôle des assurés en arrêt de travail.

d'augmentation des indemnités journalières versées au titre de la maladie, à savoir les arrêts maladie des moins de trente-cinq ans, les actions menées ont permis une diminution de quatre points des dépenses découlant de ces arrêts, soit une économie d'un demi-million d'euros sur une année.

● *Le système d'information dématérialisation et indexation automatique des documents et des messages électroniques (DIADEME)*

Ce système de gestion des flux dématérialisés permet d'assurer une traçabilité de la gestion des opérations de l'assurance maladie, une recherche et un archivage de données. Il facilite les sorties automatiques d'arrêts permettant de cibler les avis répétitifs.

● *L'envoi dématérialisé*

L'« ATT en cinq clics », permet au médecin de transmettre directement à la caisse par téléprocédure l'avis d'arrêt de travail ; ce dispositif permet à l'assurance maladie d'être informée plus rapidement des arrêts de courte durée et de pouvoir mener à bien le contrôle des arrêts itératifs souvent de courte durée.

Seulement 18 % ⁽¹⁾ des médecins utilisent ce dispositif au niveau national en 2013, ce que déplore votre Rapporteur. En Champagne-Ardenne, dont dépend la caisse primaire de l'Aube qui a mené l'expérimentation concluante sur les arrêts itératifs, ce taux atteint presque 29 % ⁽²⁾, preuve de l'efficacité de cet outil.

b. Des contrôles obligatoires opérés sur la base des fiches repères

Parmi les nouvelles orientations fixées par la CNAMTS, le contrôle de la prescription de la durée des arrêts en se référant aux fiches repères est privilégié, en mettant l'accent sur les arrêts post-opératoires ⁽³⁾.

Ces fiches, élaborées par la CNAMTS après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), utilisant la possibilité offerte à l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale, mentionnent des durées indicatives d'arrêt en fonction des pathologies et des interventions chirurgicales les plus courantes.

Elles ne disposent que d'une valeur indicative afin de pas entraver la liberté de prescription du professionnel de santé et de préserver la nature particulière du colloque singulier entre le médecin et son patient qui implique que chaque cas examiné est unique et ne peut être appréhendé hors de son contexte.

(1) 17,8 %.

(2) 28,8 %.

(3) Lettre réseau LR/DDO/72/2012 du 29 mai 2012 relative au contrôle des assurés en arrêt de travail.

Dans son rapport sur les charges et produits pour l'année 2014 ⁽¹⁾, la CNAMTS estime que 70 millions d'euros pourraient être économisés si ce référentiel était mieux respecté ; pour ce faire, elle propose de sensibiliser à la fois les assurés par des campagnes d'information et les prescripteurs par la mise en place d'ententes préalables lorsque l'arrêt serait prolongé et que la durée totale serait supérieure à celle indiquée dans les fiches repères ⁽²⁾.

Votre Rapporteur propose de rendre obligatoire à l'article 4 le contrôle médical d'un arrêt, dès lors que sa durée est supérieure à celle des fiches repères.

c. Le contrôle des arrêts itératifs

De même, parmi ses nouvelles orientations, l'assurance maladie a choisi, depuis 2012, de mener des actions de contrôle sur les arrêts fréquents et particulièrement sur les arrêts courts itératifs. Ainsi, au bout du quatrième arrêt, après trois arrêts de moins de quinze jours au cours des douze derniers mois, l'assuré est sensibilisé par un courrier qui l'avertit d'un éventuel contrôle.

158 543 contrôles en 2012 et 255 182 en 2013 ont été menés sur ce fondement. En 2013, ils ont donné lieu à 14 476 contrôles par le service médical débouchant sur 1 429 reprises du travail.

L'article 5 de la présente proposition de loi préconise de rendre obligatoire ce contrôle, aujourd'hui facultatif.

2. Un contrôle décroisé

La communication entre ces multiples acteurs, agents administratifs, médecins conseils, médecins du travail, médecins mandatés par les sociétés de contre-visite médicale n'est pas toujours effective alors que leur complémentarité est indéniable et contribue à un contrôle plus efficace.

C'est pourquoi, votre Rapporteur propose de mieux coordonner les actions des différents intervenants et d'encourager leur complémentarité.

a. Une coordination entre le contrôle administratif et médical

La dualité du contrôle et son organisation par deux services autonomes empêchent une coordination entre directeurs de caisses primaires et médecins conseils chefs des services du contrôle médical des échelons locaux.

Ainsi un contrôle administratif, portant notamment sur la présence de l'assuré à son domicile, n'entraîne pas automatiquement un contrôle médical.

(1) Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2014, juillet 2013.

(2) Proposition n°22.

Une expérimentation concluante, a été menée par les caisses primaires de la Marne et de Bayonne. Si lors du passage au domicile de l'assuré, ce dernier est absent, les agents administratifs déposent une convocation au service du contrôle médical.

C'est pourquoi, votre Rapporteuse propose de lier un contrôle médical à un contrôle administratif ayant conclu à une irrégularité. C'est notamment l'objet de l'article 4.

b. Une complémentarité entre le contrôle de l'assurance maladie et le contrôle à l'initiative de l'employeur

Lors de ses auditions, la MECSS avait pu constater que le dispositif de transmission des résultats des contrôles menés par les sociétés de contre-visite médicales aux médecins conseils de l'assurance maladie n'était pas efficient.

Dans son rapport sur les charges et produits pour l'année 2014, la CNAMTS évoque un nombre très faible de rapports transmis au service du contrôle médical. En 2012, 2 900 rapports ont été transmis et 70 % n'ont pu aboutir. En 2013, sur 3 645 contrôles diligentés par un médecin mandaté par l'employeur, 75 % ont été déclarés irrecevables.

Selon le directeur du service médical d'Île-de-France, auditionné par la MECSS lors de ses travaux, les contrôles de ces sociétés ne sont pas exploités pour trois raisons :

– le délai de transmission sous 48 heures des résultats de la contre-visite à son service n'est pas respecté. La plupart du temps, les arrêts sont terminés ; ainsi en 2013, sur 3 645 rapports transmis, 510 l'ont été hors délai.

– la transmission n'est pas effectuée par le médecin mais par l'employeur ;

– le médecin n'a pu procéder à l'examen de l'assuré.

S'agissant des sociétés de contre-visites médicales, les difficultés provenaient de deux facteurs :

– le délai de 48 heures est appliqué strictement et ne tient pas compte des week-ends ;

– les services médicaux de l'assurance maladie considèrent l'avis comme irrecevable quand le médecin n'a pu procéder à l'examen de l'assuré et n'effectuent pas de contrôle de leur côté.

Il convient donc de compléter le troisième alinéa du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale afin que ses dispositions deviennent pleinement opérationnelles. C'est l'objet de l'article 3.

c. Une articulation avec la médecine du travail

Enfin, le contrôle doit avoir aussi une finalité d'accompagnement afin de prévenir les arrêts à répétition du salarié et éviter, à terme, son éloignement du monde du travail, voire son licenciement pour inaptitude.

Selon Mme Pascale Peyre-Costa, médecin conseil cheffe de service responsable de l'échelon local du service médical de l'Essonne, auditionnée par la MECSS⁽¹⁾, au bout de 6 mois d'arrêt, 50 % des assurés ne reprennent pas le travail, ces taux passant à 70 % pour un an d'arrêt. La CNAMTS, de son côté, a estimé qu'une personne sur deux en arrêt de plus de six mois ne reprend pas son travail.

L'article 7 prévoit le recours au médecin du travail, par le médecin conseil, dès le deuxième mois de l'arrêt maladie et non plus à partir du troisième mois afin de lutter contre la désinsertion professionnelle.

3. La généralisation du contrôle de la fonction publique par la CNAMTS

Dans un souci d'équité entre assurés, votre Rapporteur est favorable à la généralisation du contrôle des congés maladie de la fonction publique par la CNAMTS. Cette perspective est d'ailleurs envisagée par la ministre de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique. Dans un courrier envoyé à l'ensemble des services centraux et déconcentrés, la ministre indique que l'expérimentation « *ouvre la voie vers une réforme des modalités de contrôle des arrêts maladie, qui doit tendre à appliquer les mêmes règles aux salariés et aux agents publics* ».

Afin que cette généralisation soit pleinement opérationnelle, il est impératif de régler plusieurs difficultés. C'est dans ce sens que votre Rapporteur propose une prolongation de l'expérimentation, durée qui lui paraît plus réaliste.

Au terme d'un premier bilan, des mesures correctrices avaient été envisagées. Des instructions avaient notamment été données pour que les administrations saisissent plus rapidement les données dans l'outil informatique. Or, selon les éléments transmis à votre Rapporteur, le taux des arrêts échus au moment de la saisie est de 74 % pour la fonction publique d'État, de 56 % pour la fonction publique hospitalière et de 65 % pour la fonction publique territoriale. L'obligation désormais légale faite aux fonctionnaires de transmettre dans un délai précis leur avis d'arrêts de travail, sous peine de sanctions pécuniaires, devrait permettre d'améliorer ces résultats⁽²⁾. Ce délai serait fixé à 48 heures comme pour le régime général, les modalités d'application devant encore être précisées par décret.

(1) Audition de la MECSS du 13 décembre 2012.

(2) Article 126 de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014

Enfin, le bilan provisoire plaide en faveur d'un renforcement et d'une prolongation de l'expérimentation.

Les informations transmises à votre Rapporteuse ne lui permettent pas de dresser un bilan exhaustif de cette expérimentation. Les données sont aujourd'hui incomplètes et l'ampleur du chantier, engagé certes avec détermination par les services de la DGAFP et la CNAMTS, est telle qu'il apparaît nécessaire de lever au préalable les obstacles administratifs et techniques empêchant un réel échange entre l'assurance maladie et les fonctions publiques.

Votre Rapporteuse estime également indispensable de connaître les raisons pour lesquelles 5 collectivités territoriales ont souhaité ne pas poursuivre dans la voie de l'expérimentation. L'enseignement qui peut en être tiré peut se révéler utile tant pour la poursuite de l'expérimentation que pour la généralisation de ce contrôle.

Il semblerait souhaitable de prolonger la durée de l'expérimentation, notamment pour tenir compte des effets de la mise en place des sanctions pécuniaires pour non-transmission des avis d'arrêt de travail dans le délai imparti, et des mesures correctrices engagées et pour permettre à la CNAMTS de disposer de l'ensemble des moyens et des informations propres à effectuer cette nouvelle mission. Cette prolongation pourrait être mise à profit pour définir les modalités d'une véritable stratégie du contrôle, fondée sur le ciblage, plutôt que sur une méthode aléatoire, à l'instar de ce que la CNAMTS a mis en place avec ses observatoires locaux des indemnités journalières.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. DISCUSSION GÉNÉRALE

La Commission des affaires sociales examine la proposition de loi au cours de sa séance du mercredi 9 avril 2014.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Cette proposition de loi s'inscrit pleinement dans l'actualité puisque l'on y retrouve plusieurs des préconisations formulées hier par le Premier ministre.

Les dépenses que représentent les indemnités journalières versées en cas d'arrêt maladie sont loin d'être négligeables. Pour le régime général, elles ont représenté plus de 6,2 milliards d'euros en 2013, après avoir progressé de presque 10 % entre 2008 et 2012.

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), dont je salue ici les deux coprésidents, MM. Jean-Marc Germain et Pierre Morange, s'était saisie de cette question à l'automne 2012 et, à la suite d'un travail très constructif entre tous ses membres, avait formulé 24 préconisations en avril 2013. J'ai, avec mes collègues du groupe UMP, déposé plusieurs amendements au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui reprenaient certaines de ces propositions et dont deux ont d'ailleurs été adoptés en commission.

Alors que les comptes sociaux sont dégradés et que le Gouvernement envisage un programme d'économies, il me semble légitime de réfléchir à un dispositif plus économe, plus efficace, plus juste et plus simple.

Tel est l'objet de cette proposition de loi. La première partie du texte concerne l'amélioration du contrôle des salariés du régime général. La seconde porte sur le régime de la fonction publique à travers la poursuite de l'expérimentation du contrôle par la CNAMTS des congés maladie des agents publics et le rétablissement du jour de carence.

Il faut tout d'abord mieux connaître le coût total que représentent les arrêts maladie. Lors de ses travaux, la MECSS avait découvert avec étonnement qu'il lui était impossible de chiffrer ce coût global. Si on connaît les dépenses d'indemnités journalières versées par le régime général d'assurance maladie, il n'en va pas de même de celles versées par les entreprises, que ce soit au titre du dispositif légal pour la prise en charge partielle du salaire ou au titre d'un accord de branche ou d'entreprise pour la prise en charge, totale ou partielle, du délai de carence. Ni les représentants des employeurs, ni les sociétés de contre-visites médicales n'ont été en mesure d'avancer ne serait-ce qu'une estimation.

Les entreprises doivent évaluer le montant des indemnités journalières complémentaires versées à leurs salariés. La déclaration sociale nominative (DSN) pourrait être l'outil approprié pour procéder à ce recensement. C'est ce que propose l'article 2.

La deuxième orientation de ma proposition de loi vise à maîtriser la dépense. Je propose pour cela que les contrôles soient mieux ciblés et décloisonnés.

Les multiples acteurs – agents administratifs, médecins conseils, médecins du travail, médecins mandatés par les sociétés de contre-visite médicale – ne communiquent pas toujours bien entre eux, alors que s'ils intervenaient de manière complémentaire, l'efficacité des contrôles en serait renforcée.

Je propose ainsi, à l'article 3, d'améliorer le lien entre les contrôles effectués par l'assurance maladie et ceux réalisés par les sociétés de contre-visite médicale mandatées par les employeurs. En effet, 75 % des avis transmis aux caisses sont déclarés irrecevables. Le délai de 48 heures dont disposent les sociétés de contre-visite pour envoyer leurs avis au service du contrôle médical pose problème. Je suggère qu'il soit tenu compte du week-end et des jours fériés dans ce délai. Ces deux contrôles sont complémentaires : il est donc impératif de renforcer la coopération entre ceux chargés de les exercer.

Je suggère par ailleurs que le contrôle effectué par l'assurance maladie soit plus opérationnel. La majeure partie des actions de la CNAMTS porte sur les arrêts de plus de 45 jours, au motif qu'ils sont coûteux, mais l'importance de ces arrêts traduit aussi les conditions de travail de plus en plus difficiles des salariés, dans un contexte de vieillissement de la population active. Les abus hélas constatés concernent essentiellement les arrêts de courte durée, les plus pénalisants pour les entreprises. Or, l'assurance maladie s'est dotée ces dernières années de plusieurs outils permettant d'assurer un contrôle plus sélectif.

Le plus intéressant et le plus prometteur est l'observatoire local des indemnités journalières, qui permet de segmenter et d'identifier les variables d'évolution des arrêts selon chaque région en fonction de critères objectifs tels que le sexe, l'âge, la zone géographique ou les secteurs professionnels. Ainsi, dans chaque région, les services peuvent déceler des tendances et cibler les contrôles. À Marseille, les différences obtenues avec le contrôle ciblé et le contrôle aléatoire sont frappantes. L'observatoire local avait détecté une augmentation des durées d'arrêts atypiques pour des pathologies rhumatologiques et des dépressions. Le contrôle ciblé sur ces arrêts a donné lieu à 45 % d'avis défavorables contre 24 % pour le contrôle aléatoire.

L'envoi dématérialisé des avis d'arrêt de travail par les prescripteurs à la CNAMTS, « l'ATT en 5 clics » cher à M. Pierre Morange, permet, quant à lui, une réception des arrêts en temps réel et ainsi un meilleur contrôle des arrêts courts. Mais seuls 20 % des médecins le pratiquent. Une expérimentation conduite

en Champagne-Ardenne a pourtant montré que dans l'Aube par exemple, où 30 % des médecins sont équipés, les résultats sont pleinement concluants.

Je propose ainsi que les contrôles médicaux soient menés par l'assurance maladie selon trois axes, repris dans les articles 4 et 5.

Le premier est la prise en compte du constat, par les agents des caisses primaires, que l'obligation de présence à domicile en dehors des heures de sortie autorisées ou celle de s'abstenir de toute activité non autorisée ne sont pas respectées. Il convient de mieux coordonner les contrôles administratif et médical, encore trop souvent distincts alors qu'ils sont complémentaires.

Le deuxième critère est le respect de la durée prescrite de l'arrêt au regard des fiches repères élaborées par l'assurance maladie. Si cette durée dépasse celle conseillée par ce référentiel, un contrôle médical serait effectué. La CNAMTS a évalué à 70 millions d'euros les économies possibles si les médecins appliquaient ces recommandations. Cela permettrait par ailleurs de mettre fin aux disparités géographiques concernant ces durées.

Le troisième axe concerne les arrêts itératifs, courts. L'article 5 tend à rendre automatique leur contrôle par le service du contrôle médical. La CNAMTS a certes jusqu'à présent mené une action ciblée sur ces arrêts, se contentant toutefois d'un contrôle administratif, donnant lieu à un courrier d'avertissement au bout du troisième arrêt.

Le contrôle a aussi pour finalité d'accompagner les salariés concernés, afin de prévenir les arrêts à répétition et éviter, à terme, leur éloignement du monde du travail, voire leur licenciement pour inaptitude, comme cela arrive hélas souvent. L'article 6 prévoit ainsi le recours au médecin du travail, par le médecin conseil, dès le deuxième mois de l'arrêt maladie et non plus à partir du troisième mois afin de lutter contre la désinsertion professionnelle.

Enfin, le dernier axe de cette proposition de loi est l'équité.

Il serait tout d'abord opportun d'évaluer le coût que représenterait l'extension du dispositif actuel aux salariés les plus précaires. Mise en place au sortir de la seconde guerre mondiale, la réglementation des arrêts de travail n'a pas évolué en même temps que les conditions de travail. Dans le secteur privé, pour les travailleurs salariés, pour pouvoir prétendre au versement d'une indemnité journalière en cas de maladie, il faut avoir travaillé un minimum d'heures ou cotisé pendant une durée minimale, ce qui exclut, de fait, une partie des salariés en situation précaire, comme ceux travaillant à temps partiel ou en intérim. Une évolution est souhaitable mais il convient, dans une période contrainte sur le plan budgétaire, d'en évaluer préalablement l'incidence financière. C'est l'objet de l'article premier de la présente proposition de loi.

Je suggère par ailleurs d'allonger de deux ans, de 2016 à 2018, l'expérimentation relative au contrôle des congés maladie des fonctionnaires par la

CNAMTS, et ce afin que les conditions de la généralisation du contrôle soient réunies. À défaut, celle-ci ne serait qu'un leurre.

J'ai pu constater, au cours de mes auditions, que le régime spécifique du contrôle des congés maladie des fonctionnaires n'était pas efficace. Le recours au médecin agréé ne donne pas de résultat. Les contrôles sont peu fréquents, voire inexistantes. Je n'ai d'ailleurs pas pu obtenir de statistiques. Après une mise en place laborieuse, le bilan de l'expérimentation apparaît aujourd'hui toujours mitigé et perfectible. En l'état actuel des choses, il apparaît impossible de procéder à sa généralisation en 2016.

De nombreux problèmes doivent être préalablement résolus : effectifs supplémentaires dans les réseaux des caisses primaires, généralisation des systèmes d'information, toilettage des textes mais aussi évolution du champ du contrôle afin d'inclure les arrêts courts. Cette prorogation de l'expérimentation pourrait être mise à profit pour définir les modalités d'une véritable stratégie de contrôle, fondée sur le ciblage plutôt que sur une méthode aléatoire, à l'instar de ce que la CNAMTS a mis en place avec ses observatoires locaux des indemnités journalières.

La ministre de la fonction publique a elle-même reconnu que le contrôle devrait être renforcé et que les mêmes règles devaient s'appliquer aux salariés du privé et aux agents publics. J'ai noté que le courrier qu'elle a adressé aux préfets et aux ministres sur le dispositif mis en place pour lutter contre l'absentéisme injustifié date du 27 février 2014, soit quelques jours après le dépôt de ma proposition de loi. Comme quoi celle-ci aura permis d'obtenir un premier résultat !

Enfin, à défaut d'un contrôle efficace, je propose le rétablissement de la journée de carence pour les agents de la fonction publique.

Si la grande majorité des arrêts sont justifiés, l'absentéisme répétitif, de courte durée, pèse sur l'organisation des structures et peut être générateur de tensions, tant pour les équipes que pour le personnel d'encadrement. La mise en place d'une journée de carence vise à neutraliser ces effets fâcheux, notamment dans la fonction publique hospitalière. La Fédération hospitalière de France (FHF) et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) n'ont pas compris le recul du Gouvernement sur ce point.

Contrairement à ce que prétend la ministre, l'instauration du jour de carence a eu un certain effet sur l'absentéisme de courte durée. Plusieurs études convergentes permettent de conclure en ce sens, notamment pour la fonction publique hospitalière et la fonction publique territoriale.

Outre que l'économie d'environ 100 millions d'euros qui en résulterait serait bienvenue en cette période de rigueur budgétaire, les arrêts courts désorganisent les services et sont particulièrement problématiques pour les établissements de santé.

En conclusion, je dirai que le nécessaire contrôle ne nous dispense pas d'une réflexion sur les déficiences du management, source première de l'absentéisme itératif et de courte durée. L'importance des arrêts maladies de courte durée est un puissant révélateur du fonctionnement de nos organisations, dans le public comme dans le privé.

Le nombre d'échelons hiérarchiques entre un agent et le responsable d'une entreprise, publique ou privée, est, semble-t-il, plus élevé en France que dans les autres pays européens. Cet éloignement peut provoquer un désengagement progressif du salarié qui ne se sent ni reconnu ni impliqué. À cela s'ajoutent les incohérences managériales qui se manifestent par des injonctions contradictoires, sources de tensions inutiles et de stress, pour l'encadrement comme pour les salariés. Il conviendrait d'agir également sur ces facteurs pour réduire l'absentéisme. Ce sujet méconnu mérite toute notre attention.

M. Gérard Sebaoun. Cette proposition de loi, comme précédemment le rapport de la MECSS sur le même sujet, a retenu toute notre attention. Les dépenses d'indemnisation des arrêts de travail, dont nul ne contesterait l'utilité, déjà importantes, progressent régulièrement chaque année, tant en volume qu'en montant. En 2011, les indemnités versées au titre de la maladie par le seul régime général se sont élevées à 6,3 milliards d'euros. En volume, c'est 1 % environ d'indemnités journalières de plus chaque année. L'évolution n'est toutefois pas linéaire, et les facteurs explicatifs sont multiples. Vous en rappelez vous-même quelques-uns, madame la rapporteure : vieillissement de la population active, conditions de travail, densité des praticiens prescripteurs sur le territoire.

À l'inverse, la dégradation du contexte économique pousse au sur-présentéisme, notion nouvelle, déjà largement étudiée à l'étranger et qui commence seulement à l'être dans notre pays. Ce sur-présentéisme s'observe notamment chez les plus précaires qui, de peur de perdre leur emploi, sont prêts à s'exposer de façon délétère. Ce mouvement peut biaiser le volume apparent des indemnités journalières.

De même, des contrôles renforcés, aussi bien des prescripteurs que des assurés si l'on veut agir sur les deux bouts de la chaîne, peuvent contribuer à freiner le rythme des dépenses.

Vous vous appuyez, madame la rapporteure, sur le rapport de la MECSS, mais vous le faites sous un certain angle, revendiqué d'ailleurs, en prônant d'abord le renforcement des contrôles et le rétablissement du jour de carence dans les trois fonctions publiques, que notre majorité, par la voix de la ministre de la fonction publique, a fait supprimer dans la loi de finances pour 2014.

J'en viens au détail de vos propositions. La demande d'un rapport au Gouvernement que vous formulez à l'article 1^{er} est satisfaite par l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, issu d'un amendement voté

par notre commission et dont la première signataire n'était autre que la présidente de notre commission.

À l'article 2, vous souhaitez introduire dans la déclaration sociale nominative (DSN) une nouvelle donnée, le montant des indemnités journalières complémentaires. Cela me surprend car lors de nos débats sur le PLFSS 2014, vous aviez approuvé vos collègues Jean-Pierre Door et Jean-Pierre Barbier qui sollicitaient, l'un davantage de temps pour la mise en œuvre de la DSN, et l'autre une simplification du dispositif. Il ne paraît pas opportun, à ce stade, d'alourdir cette procédure.

À l'article 3, vous proposez d'allonger le délai de transmission du rapport du médecin contrôleur mandaté par l'entreprise en tenant compte du week-end et des jours fériés. Permettez-moi d'exprimer des réserves sur ce point, en accord avec le Conseil national de l'Ordre des médecins qui a rappelé qu'un médecin contrôleur ne devait pas, pour des raisons de déontologie médicale, se transformer en investigateur administratif.

Vous avez déjà eu l'occasion de présenter sous forme d'amendements les propositions que vous formulez aux articles 4, 5 et 6. Tous avaient été repoussés.

À l'article 7, vous demandez la prolongation de l'expérimentation du contrôle des congés maladie des fonctionnaires par les caisses d'assurance maladie, comme vous l'aviez déjà demandé au travers d'un amendement. Mme Marylise Lebranchu vous avait indiqué que cette expérimentation avait vocation à devenir la norme et que votre amendement était satisfait. Vous l'aviez d'ailleurs alors retiré.

L'article 8 constitue le cœur battant de votre proposition de loi qui vise, j'en suis convaincu, à rouvrir un front et nourrir une polémique sur un avantage supposé des fonctionnaires qui font l'objet de toute votre suspicion. Tous les parlementaires de votre groupe qui se sont exprimés sur le sujet se sont lancés dans la bataille avec pour étendard une note de la SOFAXIS datant de juin 2013 – il faut savoir que la SOFAXIS est l'assureur ayant vocation à couvrir le risque théorique pour les collectivités territoriales du jour de carence si celui-ci était rétabli. Cette note fait bien état d'une diminution de la part du premier jour d'arrêt entre 2011 et 2012, en évoquant en effet le rôle possible de la suppression du jour de carence. Mais elle dit aussi que cela peut résulter d'une évolution des comportements, avec du sur-présentisme et surtout la prise de jours de congé pour couvrir ce jour de carence. Depuis 2007, l'absentéisme augmente dans les collectivités territoriales, avec une forte hausse des arrêts les plus longs.

En réalité, le poids respectif des différents facteurs d'absentéisme dans les trois fonctions publiques reste difficile à évaluer. Mais il en est un qui est clairement identifié : le vieillissement des agents exerçant des métiers à risque. Pour la métropole lilloise et ses 2 500 agents, il a été observé une baisse de 29 %

des absences de courte durée mais le taux d'absentéisme global est resté le même car la durée moyenne des arrêts est passée de huit à douze jours.

M. Jean-Pierre Door. Il serait intéressant de savoir pourquoi.

M. Gérard Sebaoun. En conclusion, concentrons plutôt notre énergie sur la prévention, l'amélioration des conditions de travail, le vieillissement des salariés en activité et la question fondamentale de la qualité de vie au travail. Ne cédon pas aux sirènes dangereuses d'une suspicion généralisée à l'encontre de l'ensemble des salariés, du privé comme du public.

Je reconnais, madame la rapporteure, la constance de vos positions. Vous avez déjà déposé des amendements à divers textes allant dans le sens que vous préconisez aujourd'hui. Ces amendements ont été en leur temps repoussés. Je propose à mes collègues de faire preuve de la même constance que vous et de rejeter aujourd'hui l'ensemble des articles de votre proposition de loi.

M. Pierre Morange. Cette proposition de loi est issue des travaux de la MECSS, co-présidée par M. Jean-Marc Germain et moi-même, qui a voté à l'unanimité un certain nombre de préconisations. Ce consensus n'a malheureusement pas été confirmé, puisque les amendements que nous avons déposés lors de l'examen du PLFSS 2014 pour mettre en œuvre lesdites préconisations n'ont pas été adoptés par notre commission.

La philosophie de ce texte est simple, et sa seule grille de lecture est la recherche d'un rapport coût/efficacité. Cette grille de lecture est d'ailleurs celle qui vient d'être rappelée par le chef de l'État et par le Premier ministre, qui ont fixé des objectifs quantifiés, notamment en matière de réduction des dépenses de l'assurance maladie, avec quelque 10 milliards d'euros. Les travaux de la MECSS devraient constituer un élément indispensable à l'élaboration d'une stratégie politique nationale visant à la réduction des déficits. Pour l'heure, je salue la qualité de cette proposition de loi que j'ai souhaité cosigner avec l'ensemble des membres de notre groupe, qualité qui doit beaucoup à notre rapporteure et au remarquable travail des services de la commission.

Ce texte est marqué à la fois par un esprit de solidarité, par un esprit d'équité et par un esprit d'efficacité. Les deux premiers articles visent à combler une certaine méconnaissance en termes de données et à établir un principe de solidarité, notamment pour les travailleurs éloignés du monde du travail du fait de périodes de travail très fragmentées. Il s'agit de surcroît d'améliorer notre connaissance des versements effectués au titre des indemnités complémentaires, notamment par les entreprises, la MECSS ayant constaté avec surprise que ces dernières n'avaient pas la capacité de mesurer leur effort financier en la matière.

Les articles 3 à 6 s'inscrivent dans une logique d'efficacité, et non dans l'esprit d'une « chasse aux malades » dont l'idée même serait injurieuse pour les fonctionnaires de l'assurance maladie chargés du contrôle administratif et du contrôle médical.

Les articles 7 et 8 sont la déclinaison concrète de cet état d'esprit. Le principe d'équité républicaine trouve sa traduction dans l'article 7, qui vise à prolonger la durée de l'expérimentation relative au contrôle des congés maladie des fonctionnaires par la CNAMTS. Certes, la ministre de la fonction publique en a validé le principe dans la perspective d'une généralisation. Néanmoins, je tiens à préciser à M. Gérard Sebaoun qu'il a été démontré au sein de la MECSS qu'un certain nombre de problèmes techniques et juridiques rendaient malaisée la généralisation du jour au lendemain du dispositif. La prolongation de l'expérimentation jusqu'en 2017 trouve ici sa justification.

Il a d'autre part été constaté que le manque d'articulation entre la fonction publique, les administrations et la CNAMTS, notamment le contrôle, avait pour conséquence une transmission différée des données, qui aboutissait de fait à dépasser le délai de 48 heures.

Nous avons enfin déploré l'absence ou l'insuffisance de renseignements ayant trait à l'état civil des agents. Il a ainsi été constaté que l'état civil et les adresses n'étaient pas toujours complétés dans les fiches d'information des agents des services de l'administration centrale du ministère de l'économie et des finances. C'est dire à quel point l'expérimentation est essentielle.

J'en viens à l'article 8. Là encore, c'est un principe d'équité qui doit prévaloir. Le rétablissement du jour de carence dans la fonction publique est donc essentiel. Les premières données – certes fragmentées – font apparaître que l'instauration de ce jour de carence a permis une baisse des arrêts de courte durée dans la fonction publique hospitalière et la fonction publique d'État. Cela seul aurait dû suffire à justifier son maintien.

Il ne s'agit en aucun cas de ranimer une guerre de religion entre les salariés du régime général et ceux de la fonction publique. Rappelons néanmoins que la durée moyenne des arrêts de travail diffère très sensiblement entre le régime général et la fonction publique. Selon les chiffres qui ont été cités à la MECSS, ils s'élèveraient à une vingtaine de jours dans les conseils départementaux et régionaux, contre huit à neuf pour le régime général. C'est donc au nom d'un principe d'équité que l'article 8 doit être adopté.

M. Arnaud Richard. Le groupe UDI salue le travail conduit par notre rapporteure, qui fait suite à l'excellent rapport qu'elle avait rédigé pour le compte de la MECSS, rapport qui avait été adopté à l'unanimité.

Cette proposition de loi vise à répondre aux enjeux financiers que représentent les arrêts de travail et les indemnités journalières, ces dépenses ayant augmenté de près de 47 % entre 2000 et 2010. Elle répond à des besoins que la MECSS avait identifiés, notamment la nécessité de mesures d'économie. Nous ne pouvons que nous en réjouir.

Il s'agit également de lutter contre les abus et les fraudes par des mesures pour la plupart consensuelles et de bon sens, qui visent à instaurer un système plus juste et plus simple.

Le groupe UDI soutient sans réserve l'article 8, qui rétablit la journée de carence pour les fonctionnaires. La suppression de cette mesure par le gouvernement de M. Jean-Marc Ayrault – par dogmatisme – fait subir un coût démesuré aux finances publiques, alors que le Gouvernement cherche à faire des économies.

N'y voyez aucune acrimonie, M. Gérard Sebaoun, mais je ne comprends pas bien vos propos sur les amendements qui ont été présentés devant notre commission. Je regrette l'absence de cohérence entre les positions que vous défendez sur ces sujets et votre souhait manifeste de ne pas adopter cette proposition de loi. J'invite la majorité à se joindre à nous pour voter cet excellent texte, qui offre une solution pour trouver des économies qui contribueront à nous permettre d'économiser les 50 milliards – dont 11 milliards liés aux prestations sociales – dont nous a parlé le Premier ministre hier après-midi.

Le groupe UDI votera cette proposition de loi.

M. Thierry Braillard. Cette proposition de loi fait suite aux travaux de la MECSS, mais aussi aux débats que nous avons eus sur le projet de loi de finances pour 2014, qui a supprimé le jour de carence dans la fonction publique. Pour reprendre les propos d'un ministre, elle pose de vraies questions, mais n'apporte pas toujours de bonnes réponses.

Elle pose de vraies questions, car l'absentéisme est sans conteste une problématique pour la fonction publique d'État, la fonction publique hospitalière et la fonction publique territoriale. Néanmoins, nous savons que les absences d'une journée tendent à diminuer, et que l'instauration d'un jour de carence pour les agents publics a favorisé l'absentéisme de plus longue durée, ce qui a un impact supérieur sur l'organisation des services et les finances de l'État.

Ce texte entend aligner les services publics sur le secteur privé, bien que le taux d'absentéisme des agents publics sur la période 2003-2011 – 3,7 % – soit comparable à celui des salariés en contrat à durée indéterminée (CDI) depuis plus de trois ans.

Le jour de carence n'a pourtant pas le même impact sur les salariés du secteur privé que sur les agents publics. Les deux tiers d'entre eux sont en effet couverts par des assurances privées dans le cadre d'accords de branche ou d'entreprise. Or dans le contexte de la réduction des dépenses publiques, à laquelle la fonction publique contribue *via* le gel de ses salaires pour la cinquième année consécutive, l'État ne peut se permettre une telle compensation.

L'article 1^{er} du texte demande au Gouvernement de remettre au Parlement, avant le 31 décembre 2014, un rapport d'évaluation du coût supplémentaire induit

par une extension de la couverture des arrêts de travail liée à la maladie pour les assurés n'atteignant pas le plafond requis du nombre d'heures travaillées ou ayant une durée d'affiliation trop courte. Pour ma part, je suggère à Mme la présidente la création d'une mission d'information parlementaire sur le nombre d'articles de loi qui prévoient la remise d'un rapport et le nombre de rapports effectivement remis. Nous serions surpris de constater que les rapports que nous demandons pour nous donner bonne conscience sont rarement remis. Ne serait-ce que dans ce texte, deux rapports sont prévus, l'un à l'article premier et l'autre à l'article 7. C'est beaucoup.

Cette proposition de loi serait à vous entendre la traduction du rapport d'information que vous aviez présenté il y a un an devant notre commission, madame la rapporteure. Je salue la qualité de celui-ci, mais je ne trouve pas trace du rétablissement du jour de carence dans la fonction publique dans ses vingt-quatre préconisations.

Mme la rapporteure. Parce que la journée de carence existait encore !

M. Thierry Braillard. Sans l'article 8, le groupe RRDP aurait pu voter cette proposition de loi. Il est un peu le « faux nez » de votre texte. C'est dommage, car cela obère l'ensemble d'un travail qui était de qualité. Pour cette raison, le groupe RRDP et apparentés ne pourra voter ce texte.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Pour votre information, M. Thierry Braillard, la Conférence des présidents a décidé la création d'une mission qui va dans le sens que vous souhaitez. Quant aux missions d'information de la commission des affaires sociales, elles sont créées non à mon initiative, mais à celle du bureau de la commission – où tous les groupes sont représentés. Par ailleurs, nous conduisons des missions d'évaluation sur l'application des lois votées. Cela nous permet notamment de nous assurer que les décrets d'application relatifs aux demandes de rapports sont bien publiés. Enfin, quels que soient les bancs sur lesquels ils siègent, les députés de notre commission veillent à la remise des rapports qui la concernent – je pense par exemple aux franchises ou à la tarification à l'activité (T2A). Dans la mesure où l'article 40 de la Constitution limite nos possibilités, les demandes de rapports sont aussi une manière d'interpeller le Gouvernement sur un sujet particulier.

M. Denys Robiliard. Cette proposition de loi reprend des dispositions qui ont déjà été débattues par le Parlement l'an dernier, notamment au moment du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. L'opposition a, certes, toute latitude pour choisir ses thèmes d'intervention, mais je m'étonne de voir remettre l'ouvrage sur le métier alors que nous en avons discuté il y a fort peu de temps. Cela ne me semble en tout cas guère logique du point de vue de la procédure parlementaire. Ne serait-ce que de la communication ?

Ma deuxième interrogation touche à notre conception de la loi. Est-ce vraiment à la loi de définir une politique de contrôle ? Cette dernière devant être

adaptée de façon régulière aux informations dont on dispose sur les fraudes ou les abus existants, il me semble que ce n'est pas à la loi de dire que dans telle situation, il faut un contrôle systématique. La loi n'est d'ailleurs pas nécessaire pour cela : vous faites vous-même la comparaison entre l'efficacité d'un contrôle aléatoire et celle d'un contrôle ciblé, ce qui veut dire qu'il est déjà possible de procéder à des contrôles ciblés. Le texte risque donc d'être contre-productif : parce que les organismes de sécurité sociale devront procéder à des contrôles ciblés, ils n'auront plus le temps de procéder aux contrôles aléatoires, qui restent nécessaires pour que l'on sache que tout arrêt de travail peut être contrôlé.

Il y a là assez d'arguments pour rejeter cette proposition de loi.

M. Dominique Tian. La dette sociale en France atteint 130 milliards, quand l'Allemagne est à l'équilibre. Il nous faut en rechercher les causes. Notre rapporteure a fait un excellent travail, même s'il peut paraître récurrent – mais vous savez que l'UMP a de la constance.

Les chiffres sont accablants. Les dépenses d'indemnités journalières versées au titre de la maladie ont augmenté de 3,6 % par an entre 2000 et 2010. Comme le montre le rapport, il y a là de nombreuses dépenses qui pourraient être évitées.

Dans cet esprit, il est logique de rétablir le jour de carence dans la fonction publique. Pour assurer l'égalité avec le secteur privé, il faudrait même porter à trois le nombre de ces jours de carence. Les économies réalisées grâce à l'instauration du jour de carence sont tout à fait significatives, y compris dans les hôpitaux.

Il existe aussi un problème sur les arrêts longs. La rapporteure a cité le cas de Marseille, où la différence entre les résultats du contrôle ciblé et ceux du contrôle aléatoire est frappante. Il subsiste en outre, de l'aveu même de la sécurité sociale, des disparités régionales qui ne sont pas normales.

Un élément important n'a toutefois pas été abordé : il faut aussi compléter le contrôle médical par un contrôle administratif, à l'instar de ce que font les caisses d'allocations familiales (CAF) ou l'URSSAF. Lorsqu'une personne travaille au vu et au su de tout le monde, ce n'est pas un contrôle médical, mais une enquête administrative sur le terrain qui est nécessaire. Chacun sait que le contrôle médical est insuffisant. Mais la logique veut aussi que nous adoptions les moyens d'enquête nécessaires pour faire cesser ces arrêts de travail abusifs.

M. Bernard Accoyer. Je salue à mon tour le remarquable travail de Mme Bérengère Poletti et le courage qu'elle met à aborder les vrais sujets – ce même courage qui a été salué hier dans l'Hémicycle par un certain nombre de députés de la majorité, qui ont salué le discours du nouveau Premier ministre comme courageux et réaliste.

L'article 8 vise donc à rétablir le jour de carence dans la fonction publique, instauré par le gouvernement Fillon et supprimé par le gouvernement Ayrault, ce qui peut être qualifié d'ineptie, de scandale et d'injustice.

Le Premier ministre a annoncé hier 10 milliards d'économies – seulement – sur trois ans pour l'assurance maladie. Pressé de préciser ses intentions ce matin, il a parlé de 11 milliards d'économies de plus sur la sécurité sociale. Nous arrivons donc à une économie de 21 milliards sur le budget de la sécurité sociale. Nous risquons d'avoir des séances animées, notamment au moment de la discussion du PLFSS. L'injustice et la faute grossière, en termes d'équité comme en termes de gestion de l'assurance maladie, que constitue la suppression du jour de carence devra bien être corrigée. Vous serez vous-même conduits à faire ce que vous allez faire sur la clause de compétence générale : rétablir ce que vous aviez abrogé.

M. Dominique Tian. Très bien !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je crois même avoir entendu 23 milliards de la bouche du ministre des finances.

Mme la rapporteure. Cette proposition de loi s'inscrit tout à fait dans le cadre des préconisations qui ont été faites hier par le Premier ministre. Il nous faut avoir le courage de « secouer le cocotier » en mettant en place des mesures qui ont fait la preuve de leur efficacité.

Il me semble que vous confondez l'article 3 et l'article 4, M. Gérard Sebaoun. Vous voulez parler du colloque singulier entre le médecin et son patient, problématique qui relève non de l'article 3, mais de l'article 4 – qui évoque les fiches repères. En effet, l'article 3 ne traite que des conditions de transmission des rapports des médecins contrôleurs au service médical de l'assurance maladie et des délais. Précisons que les fiches repères ont été établies pour servir de guide aux médecins lorsqu'ils prescrivent des arrêts maladie. Il a, en effet, été constaté que la durée des arrêts pouvait varier du simple au triple pour la même pathologie. Ces fiches préconisent une durée d'arrêt de travail en fonction de la pathologie constatée par le médecin ; elles reposent sur la pratique médicale de terrain. Ces fiches repères étaient très souhaitées par les médecins prescripteurs d'arrêts de travail, le plus souvent les médecins traitants, qui peuvent subir des pressions de la part de leurs patients. En effet, elles leur permettent de répondre qu'en moyenne, l'arrêt prescrit pour telle ou telle pathologie est de telle durée. Bien utilisées, elles permettent donc de faire des économies. C'est pourquoi nous souhaitons qu'elles deviennent la règle, et que tout dépassement de la durée mentionnée sur la fiche repère donne lieu à un contrôle médical.

J'en viens à la prolongation de l'expérimentation relative au contrôle des congés maladie des fonctionnaires par la CNAMTS. Nous avons eu une discussion à l'occasion d'un amendement au projet de loi de finances dans lequel je demandais la prolongation de cette expérimentation. Mme la ministre de la

fonction publique m'avait répondu que le Gouvernement allait plus loin que ce que je proposais, puisqu'il allait expérimenter le dispositif jusqu'à la fin de 2016, avant de le généraliser dans toute la France. Or l'expérimentation montre que nous sommes loin d'avoir en main tous les éléments permettant d'envisager cette généralisation. Le texte maintient donc notre proposition d'augmenter la durée de l'expérimentation tout en l'améliorant, afin de pouvoir disposer d'un bilan qui permette de procéder à cette généralisation.

Les points qui suscitent des difficultés dans l'expérimentation sont notamment la lourdeur du dispositif, qui nécessite une double saisie des renseignements ; des taux d'arrêts de travail échus qui restent élevés, d'où la proposition de M. Pierre Morange d'étendre « l'ATT en cinq clics » ; un taux de sanction ou de suite très faible, voire inexistant ; et des contrôles non ciblés, à l'aveugle, qui ne donnent pas de résultats.

Je me félicite que M. Thierry Braillard partage notre constat que cette situation pose problème. Il importe que nous nous penchions régulièrement sur ce sujet, car c'est ainsi que nous ferons avancer les choses.

En ce qui concerne les rapports, il faut rappeler que les parlementaires disposent d'assez peu de « leviers » pour faire entendre leurs suggestions, et que celles-ci se heurtent fréquemment à l'article 40. Bien souvent, le seul moyen d'interpeller le ministre concerné sur un sujet particulier reste donc de demander un rapport.

Vous dites que si les arrêts de courte durée ont diminué, les arrêts de longue durée ont connu une augmentation. Certes, mais celle-ci s'observe depuis plusieurs années. Elle n'est donc pas imputable à l'instauration de la journée de carence dans la fonction publique ; elle est en grande partie liée au vieillissement de la population active. Pour avoir interrogé un établissement de santé de ma région, je puis en revanche vous dire que durant les deux années où la journée de carence a été en vigueur, les arrêts de courte durée ont diminué de 55 %. C'est dire l'impact de cette mesure ! (*Protestations parmi les députés du groupe SRC.*)

Nous avons certes déjà débattu de ce sujet, M. Denys Robiliard ; mais aucune des améliorations que nous avons proposées n'a été adoptée en séance publique. Dans sa grande sagesse, la commission avait daigné adopter deux de mes amendements ; malheureusement, cela n'a pas été confirmé en séance publique. Plus que jamais, il est pourtant nécessaire de réfléchir à la meilleure manière de faire des économies. Il me paraît en outre délétère de fermer les yeux sur certains abus, notamment dans la fonction publique hospitalière, où des arrêts de travail courts et itératifs, qui sont toujours le fait des mêmes personnes, peuvent dérégler complètement le fonctionnement de l'hôpital public...

M. Gérard Sebaoun. Arrêtez d'accuser l'hôpital ! C'est scandaleux de jeter ainsi la suspicion sur l'ensemble des agents hospitaliers de notre pays ! Il ne

faut pas s'attacher au jour de carence, mais aux jours suivants ! Il faut être scrupuleux lorsqu'on discute !

Mme la rapporteure. Cela nous a été dit par la Fédération hospitalière de France (FHF) et par l'Assistance publique- Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui ne sont pas dirigées par des personnalités de notre sensibilité politique...

M. Gérard Sebaoun. Nous ne sommes pas obligés de partager l'avis de l'AP-HP !

Mme la rapporteure. Vous ne partagez pas l'avis du Gouvernement lui-même, M. Gérard Sebaoun : vous n'avez pas voté la confiance au Gouvernement hier !

M. Gérard Sebaoun. Cela n'a rien à voir avec ce débat, Mme Bérengère Poletti !

M. Dominique Tian. M. Gérard Sebaoun ne fait confiance à personne !

M. Gérard Sebaoun. Certainement pas à vous, surtout lorsqu'il s'agit des fonctionnaires !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Laissez Mme la rapporteure s'exprimer. Chacun pourra reprendre la parole lorsque nous discuterons des articles.

Mme la rapporteure. Le Premier ministre nous a demandé hier de trouver ensemble des leviers d'économies. Peut-être n'êtes-vous pas d'accord, M. Gérard Sebaoun...

M. Gérard Sebaoun. Vous auriez dû voter la confiance, en ce cas !

Mme la rapporteure. Il y a d'autres sujets sur lesquels je ne suis pas d'accord. Mais je le suis pour faire des économies ! C'est d'ailleurs ce que nous demandons depuis plus de deux ans !

M. Dominique Tian. Il ne faut pas vous fâcher, M. Gérard Sebaoun...

M. Gérard Sebaoun. Je le répète, il est scandaleux d'attaquer les agents hospitaliers comme vous l'avez fait !

Mme la rapporteure. Je n'attaque pas les agents hospitaliers. Simplement, il y a des agents qui abusent – et qui fragilisent leurs collègues de l'hôpital. Je suis aussi une hospitalière : quand vous travaillez avec quelqu'un qui vous présente invariablement des arrêts de travail à la dernière minute, il arrive un moment où il faut soutenir ceux qui privilégient une démarche responsable ! Arrêtons de défendre l'indéfendable et d'avoir une vision angélique de la société !

M. Gérard Sebaoun. Qu'on ne stigmatise pas l'ensemble des agents pour quelques-uns ! Je ne partage pas votre position sur l'hôpital !

M. Dominique Tian. Dans les hôpitaux de Paris, on a mis en place des primes de présentéisme.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Cessez d'interrompre la rapporteure.

Mme la rapporteure. Je pense avoir dit l'essentiel de ce que j'avais à dire, madame la présidente.

II. EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

Rapport évaluant le coût représenté par l'extension de la couverture des arrêts maladie

Cet article prévoit l'évaluation financière d'une éventuelle extension de la couverture des arrêts maladie pour les assurés relevant de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui ne remplissent pas les conditions définies à l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale.

I. LA COUVERTURE DES ARRÊTS MALADIE DES SALARIÉS DANS LE RÉGIME GÉNÉRAL

L'assuré social peut se trouver dans l'incapacité physique, temporaire, de continuer à travailler. Aux termes de l'article L. 321-1 du Code de la sécurité sociale, cette incapacité est constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale. Afin de compenser la perte des revenus de l'assuré social en situation d'arrêt de travail, le régime d'assurance maladie verse, sous conditions, des prestations en espèce.

Aux termes de l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale, deux conditions alternatives sont ainsi requises pour prétendre à l'octroi d'indemnités journalières : une durée minimale d'activité et des règles relatives à un montant minimum de cotisations.

Pour les indemnités journalières versées pendant les six premiers mois de l'arrêt de travail, il est nécessaire :

– soit d'avoir travaillé au moins 200 heures dans les trois derniers mois ou durant les 90 jours précédant l'arrêt ;

– soit que le montant des cotisations dues au titre de l'assurance maladie assises sur les rémunérations perçues durant les six mois précédents soit au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 1 015 fois la valeur du SMIC au premier jour de la période de référence.

Pour les indemnités journalières versées au-delà des six premiers mois de l'arrêt de travail, il convient d'être affilié depuis plus d'un an au régime général et :

– soit d'avoir travaillé au moins 800 heures au cours de l'année ou des 365 jours précédant l'arrêt ;

– soit que le montant des cotisations dues au titre de l'assurance maladie assises sur les rémunérations perçues pendant l'année soit au moins égal au

montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 030 fois la valeur du SMIC au 1^{er} janvier qui précède le début de cette période.

En remplissant ces conditions, le salarié peut prétendre au versement d'indemnités journalières dont le montant est déterminé selon des modalités prévues par les articles L. 323-4, R. 323-4 et R. 323-5 du code de la sécurité sociale. Le montant de l'indemnité journalière est égal à 50 % du salaire journalier de base, celui-ci étant calculé sur la moyenne des salaires soumis à cotisation des trois derniers mois travaillés précédant l'arrêt de travail, ou des douze mois en cas d'activité saisonnière ou discontinue. Ce salaire de base est pris en compte dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur.

S'agissant des salariés agricoles, les mêmes règles s'appliquent. Les indemnités complémentaires sont gérées par la Mutualité sociale agricole pour le compte d'institutions de prévoyance.

II. UN DISPOSITIF QU'IL IMPORTE D'ADAPTER À LA RÉALITÉ DES CONDITIONS D'EMPLOI

1. L'essor des emplois précaires

Élaboré au lendemain de la seconde guerre mondiale dans un contexte d'activité économique et de conditions de travail particuliers, le dispositif des indemnités journalières apparaît aujourd'hui peu adapté. Le temps partiel et l'intérim se sont développés.

Une étude menée par le conseil économique, social et environnemental (CESE) ⁽¹⁾ souligne, ainsi, que la part des emplois temporaires a considérablement évolué tant dans le secteur privé que dans le secteur semi-public. Cette tendance de fond peut également être favorisée par les politiques de l'emploi, d'insertion ou de réinsertion sur le marché du travail passant par des stages et des contrats courts. Entre 1990 et 2014, la part de l'emploi temporaire dans l'emploi salarié est ainsi passée de 10 % à 15 %.

Le travail à temps partiel s'inscrit dans cette tendance de fond et a connu une croissance importante. Selon le rapport du CESE, 5,8 % de l'emploi relevait d'un temps partiel en 1971. En 2012, ce sont plus de 18,6 % des salariés soit près de 4,2 millions qui occupent un travail à temps partiel ⁽²⁾. Ces salariés travaillent en moyenne 23,2 heures par semaine, contre 39,6 heures pour les salariés à temps complet, et près de 40 % ont une quotité de travail inférieure ou égale à un mi-temps. Enfin, 16 % des salariés à temps partiel ont plusieurs emplois.

Les emplois à temps partiel sont majoritairement occupés par des femmes (82,5 %), concernent les salariés de 25 à 49 ans (près de 60 %) et peu qualifiés

(1) Françoise Milewski, « Le travail à temps partiel », *Les études du Conseil économique, social et environnemental*, décembre 2013.

(2) « Le temps partiel en 2012 », *Dares analyses*, février 2014.

(50,9 % ont un niveau inférieur au bac). Plus nombreux à relever d'un contrat à durée déterminée que les salariés à temps complet, ils sont davantage exposés à la précarité, lorsqu'ils se trouvent en situation de temps partiel « subi », c'est-à-dire lorsqu'ils recourent au temps partiel faute d'avoir trouvé un emploi à temps plein.

La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a transposé l'article 11 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 qui instaure une durée minimale de travail et cherche à limiter le temps partiel.

Au niveau de chaque branche, il est prévu **une négociation obligatoire** pour celles d'entre elles dont **plus du tiers des effectifs** est à temps partiel.

Dans l'entreprise, l'accord instaure une **durée minimale hebdomadaire de travail de 24 heures**, à laquelle il pourra être dérogé seulement :

- à la demande du salarié, en cas de contraintes personnelles ou pour cumuler plusieurs emplois ;
- par accord de branche, si des garanties pour la mise en œuvre d'horaires réguliers sont offertes ;
- pour les salariés âgés de moins de 26 ans poursuivant leurs études.

L'entrée en vigueur de cet article sera progressive, au 1er janvier 2014 pour le plancher de 24 heures, tandis que les contrats de travail en cours à cette date bénéficieront d'une période transitoire de deux ans avant de devoir intégrer cette nouvelle durée minimale.

S'agissant du travail intérimaire, ce sont presque 2 millions de personnes qui ont signé 16 millions de contrats de mission en 2012, ces chiffres étant en léger recul au regard de l'année 2011. Les missions sont souvent de courte durée, la durée moyenne s'établissant à 1,7 semaine, et représentent, au final, une faible activité sur l'année. En moyenne, les intérimaires sont en mission 2,6 mois dans l'année, un intérimaire sur deux a été en mission moins de 1,5 mois dans l'année ⁽¹⁾.

Ainsi que le rappelle le rapport du CESE, les personnes qui occupent un emploi précaire cumulent plusieurs difficultés pour bénéficier des prestations sociales et s'en trouvent exclues faute de satisfaire aux exigences minimales requises. Il en est ainsi des indemnités journalières dans la mesure où le nombre d'heures travaillées est inférieur au plafond requis, la durée d'affiliation est trop courte et la reconstitution du salaire dépend de plusieurs employeurs.

Dans sa communication remise à la MECSS en juillet 2012, la Cour des comptes relevait que la part de la population salariée du secteur privé, pénalisée

(1) « L'intérim en 2012 », *Dares analyses*, juillet 2013.

faute de remplir les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières, se situait dans une fourchette de 20 % à 30 %.

Selon la réponse de la ministre des affaires sociales et de la santé à une question écrite ⁽¹⁾, cette estimation serait moindre : « *sur la base d'une exploitation de l'enquête emploi en continu de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) sur l'année 2011, environ 3 % de la population salariée ne remplirait pas à l'heure actuelle la condition des 200 heures de travail salarié sur le trimestre, nécessaire pour avoir des droits.* »

2. Poursuivre la rénovation indispensable du dispositif.

Plusieurs réflexions sont actuellement en cours pour permettre l'adaptation du dispositif à la réalité de la situation difficile à laquelle de nombreux concitoyens sont aujourd'hui confrontés.

Un décret du 27 décembre 2013 ⁽²⁾ a ainsi procédé à une simplification des conditions d'accès aux indemnités journalières au-delà du sixième mois d'arrêt de travail afin de tenir compte de la précarisation du marché du travail. L'ouverture des droits était en effet soumise à une double condition d'heures travaillées - justifier de huit cents heures travaillées au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail, dont deux cents heures pendant les trois premiers mois. Ces conditions ont été assouplies, le critère de deux cents heures au cours du premier trimestre a été supprimé, car elle conduisait à restreindre les droits de personnes qui remplissaient pourtant globalement les critères en termes de nombre d'heures travaillées. Votre Rapporteur se félicite de cette évolution qui ne concerne toutefois que les arrêts dont la durée est supérieure à six mois. L'étude d'impact réalisée par la CNAMTS a évalué le coût de la mesure à 3 millions d'euros.

La CNAMTS, dans son rapport sur les charges et produits pour l'année 2014 ⁽³⁾, propose également d'ouvrir un droit aux indemnités journalières pour les salariés ayant une petite activité et de rénover les conditions alternatives permettant l'octroi des indemnités journalières afin de s'adapter à l'évolution de la durée légale du travail. Le montant des cotisations dues au titre de l'assurance maladie assises sur les rémunérations perçues durant les six mois précédents, équivaut aujourd'hui au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 1 015 fois le SMIC pourrait être abaissé à 910 SMIC.

(1) Jacques Cresta, question n°41339 du 26 novembre 2013, Assemblée nationale, XIV^e législature.

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

(3) Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014 (loi du 13 août 2004), « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses pour 2014 », Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, 11 juillet 2013.

Toujours dans cet esprit, l'article 60 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit la remise au Parlement, avant la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, d'un rapport sur les modalités d'adaptation des conditions d'attribution des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie et maternité. Ce rapport présentera notamment la possibilité d'une prise en compte au prorata des heures travaillées.

La direction proposée par la présente proposition se veut à la fois plus ambitieuse et pragmatique, en insistant sur le chiffrage du coût supplémentaire représenté par une extension de cette couverture. Plutôt qu'un ajustement du dispositif au prorata du nombre d'heures travaillées, votre Rapporteur estime souhaitable d'étendre la couverture des arrêts de travail par l'assurance maladie aux salariés ne remplissant pas les conditions permettant le versement des indemnités journalières. Toutefois, compte tenu des contraintes budgétaires, il lui apparaît nécessaire de faire procéder, au préalable, à une évaluation du coût supplémentaire induit par une éventuelle extension du dispositif. La date butoir de remise du rapport est fixée au 31 décembre 2014.

*

* *

La Commission rejette successivement les amendements rédactionnels AS1 et AS2 de la rapporteure.

Puis elle rejette l'article 1^{er}.

Article 2

(art. L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale)

Mesure du coût représenté par les indemnités journalières complémentaires

Cet article vise à mesurer la dépense représentée par la couverture complémentaire des indemnités journalières du régime général versées par les entreprises tant au titre du dispositif légal que des conventions collectives. Il prévoit ainsi d'identifier ces informations au sein de la déclaration sociale nominative (DSN), en cours de déploiement. Il reprend la première préconisation du rapport de la MECSS précitée.

I. LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES COMPLÉMENTAIRES

La MECSS, lors de ses travaux, a mis en lumière la difficulté à mesurer la dépense représentée par les indemnités journalières complémentaires. En effet, ni les représentants des employeurs, ni la direction générale du travail, ni les sociétés de contre-visites médicales, n'ont été capables d'évaluer cette dépense. Cette

estimation se révèle cependant nécessaire si l'on souhaite appréhender la réalité du coût de la prise en charge des arrêts maladie des salariés.

Ce dispositif complémentaire est composé de deux étages, les indemnités étant versées au titre du dispositif légal ou à la faveur d'accords de branche ou d'entreprises.

1. Le dispositif légal

Depuis l'accord national interprofessionnel sur la mensualisation du 10 décembre 1977, généralisé par loi du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle ⁽¹⁾ les entreprises sont tenues, en cas d'arrêt de travail et au-delà du délai de carence, de verser à leurs salariés un complément de revenu, des indemnités journalières complémentaires, qui complètent celles versées par l'assurance maladie.

Selon l'article L. 1226-1 du code du travail, le salarié doit remplir deux conditions pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières complémentaires :

- justifier d'un an d'ancienneté minimum ;
- recevoir des indemnités journalières de l'assurance maladie.

Sauf dispositions conventionnelles plus favorables, ce droit commence à partir du huitième jour de l'arrêt de travail ⁽²⁾. Le salarié reçoit alors 90 % de sa rémunération brute pendant les trente premiers jours et au-delà 66,66 % de celle-ci ⁽³⁾. Les durées d'indemnisation sont augmentées de dix jours par période de cinq ans d'ancienneté dans l'entreprise en plus de la durée d'une année requise à l'article L. 1226-1 précité, sans pouvoir toutefois dépasser quatre-vingt-dix jours ⁽⁴⁾.

2. Les dispositifs conventionnels sont caractérisés par une hétérogénéité de la prise en charge complémentaire

Des conventions collectives peuvent prévoir des garanties complémentaires telles que la prise en charge du délai de carence et/ou le maintien partiel ou total du salaire. Elles se caractérisent par une grande diversité : modalités de prise en charge (natures des compléments proposés) ou conditions de prises en charge (ancienneté des salariés bénéficiaires). La direction de la sécurité sociale a conduit une étude en 2011 sur la couverture de la garantie du maintien de salaire auprès de 100 branches couvrant plus de 30 000 salariés. Cette étude a souligné la diversité de la prise en charge de la journée de carence. 38 % des

(1) Article 1^{er} de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 sur la mensualisation codifié à l'article L. 1226-1 du code du travail.

(2) Article D. 1226-3 du code du travail.

(3) Article D. 1226-1 du code du travail.

(4) Article D. 1226-2 du code du travail.

régimes étudiés prennent en charge la totalité du délai, 28 % le font à partir du huitième jour et 25 % à compter du quatrième jour.

**COUVERTURE DE LA GARANTIE MAINTIEN DE SALAIRE
PAR LES BRANCHES PROFESSIONNELLES**

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

La MECSS avait également relevé la difficulté à recenser des conventions collectives multiples et hétérogènes et à isoler des données particulières au sein des salaires individuels. En effet, si ces conventions peuvent être consultées sur le site internet du Gouvernement « *Légifrance* », aucune base de données ne permet de synthétiser les dispositions en vigueur.

Ainsi, aucun dispositif ne permet actuellement d'identifier de manière rigoureuse le coût des indemnités complémentaires versées par les entreprises. La seule estimation avancée, 3 milliards d'euros, provient d'une étude menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales sur le montant des indemnités journalières complémentaires versées par les organismes mutualistes et les institutions de prévoyance. Ce chiffre doit être pris toutefois avec beaucoup de précautions dans la mesure où il est construit à partir des données de la comptabilité nationale retraitées par la DREES.

**II. LA CONSTITUTION D'UNE BASE STATISTIQUE À PARTIR DE LA
DÉCLARATION SOCIALE NOMINATIVE**

La déclaration sociale nominative (DSN) pourrait être l'outil permettant l'élaboration des statistiques afférentes aux indemnités journalières complémentaires.

Créée par l'article 35 de la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives, la DSN est une déclaration mensuelle et dématérialisée des données individuelles du salarié effectuée par son employeur à un organisme unique. Elle correspond à un fichier produit à partir de la paie, destiné à communiquer les informations nécessaires à la gestion des droits sociaux des salariés aux organismes concernés. Elle comprend :

- l'identification de l'employeur et du salarié ;
- les informations sur le contrat de travail ;
- les données sur la paie, la rémunération, les primes, indemnités ou gratifications ;
- les événements survenus dans le mois.

Mise en place, dans un premier temps, sur la base du volontariat, la généralisation de la DSN est prévue pour 2016.

L'article 27 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a accéléré son déploiement en la rendant obligatoire, au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2015, pour les entreprises redevables d'un certain montant de cotisations, dont le montant de cotisations devant être prochainement fixé par décret. Cette obligation devrait concerner soit des entreprises qui sont d'ores et déjà aujourd'hui soumises à l'obligation d'effectuer des déclarations de cotisations de façon dématérialisée auprès des Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), soit des entreprises dont le montant de cotisations sociales de l'année civile précédente excède 50 000 €.

L'article R. 133-13 du Code de la sécurité sociale prévoit que l'employeur qui opte pour la DSN doit déclarer, notamment, le début et la fin de l'arrêt de travail « *pour cause d'accident ou de maladie non professionnelle, de congé de maternité, d'adoption ou de paternité et d'accueil de l'enfant* ». **L'employeur pourrait renseigner, à cette occasion, le paiement des indemnités journalières complémentaires versées au titre de la maladie.**

Dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, votre commission avait ainsi adopté un amendement tendant au même objectif ⁽¹⁾.

*
* *

La Commission rejette l'article 2.

(1) Amendement n° AS-255 de Mme Poletti.

Article 3

(art. L. 315-1 du code de la sécurité sociale)

Computation du délai de quarante-huit heures dont dispose le médecin contrôleur mandaté par l'employeur pour transmettre son rapport au service médical de l'assurance maladie

Cet article propose de modifier le quatrième alinéa de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale afin de prendre en compte le week-end et les jours fériés dans le calcul du délai maximal dont dispose le médecin contrôleur mandaté par l'employeur pour transmettre son rapport au service du contrôle médical de l'assurance maladie. Il reprend la vingtième préconisation du rapport de la MECSS.

I. LES MODALITÉS DE LA CONTRE-VISITE MÉDICALE ORGANISÉE PAR L'EMPLOYEUR

Lorsqu'un assuré bénéficie d'un arrêt maladie, il s'expose à un contrôle de l'assurance maladie et s'il bénéficie d'indemnités journalières complémentaires, il pourra être soumis à un contrôle de la part de son employeur, *via* des prestataires privés.

En effet, lorsque l'employeur complète l'indemnité journalière versée par l'assurance maladie en octroyant des indemnités journalières complémentaires à son salarié, ce versement justifie la possibilité pour l'employeur de mandater un médecin contrôleur auprès de son salarié afin d'effectuer une contre-visite médicale (article L. 1226-1 du code du travail). L'objet du contrôle porte sur tous les éléments d'ordre médical et notamment sur la pertinence de l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré ainsi que sur la présence du salarié à son domicile.

L'employeur a le choix du médecin. Dans la pratique, il a recours à des organismes spécialisés, qui passent des conventions avec des médecins généralistes, rémunérés à l'acte par des honoraires fixés par ces derniers.

Ce contrôle ne peut en aucun cas être opéré par le médecin du travail, qu'il s'agisse d'un médecin du travail propre à l'entreprise dans le cas d'un service autonome ou du médecin d'un service médical inter-entreprises. Tenu au secret médical, le médecin contrôleur n'a pas à fournir à l'employeur d'informations sur l'état de santé du salarié.

À la réception de la demande, la société de contre-visite médicale recherche un médecin disponible en fonction du secteur géographique et lui transmet le dossier de la personne à contrôler. Ce dernier effectue alors une visite au domicile.

L'employeur et le médecin sollicité sont libres de déterminer les date et heure de la contre-visite sans avoir à prévenir le salarié ⁽¹⁾ sans qu'elle puisse avoir lieu pendant les heures de sortie autorisées ⁽²⁾.

Deux cas de figure peuvent se présenter :

– le salarié peut être absent de son domicile pour un motif légitime (consultation médicale en dehors des heures de sorties autorisées ou séances de rééducation par exemple). Dans cette hypothèse, il n'est pas considéré comme s'étant soustrait au contrôle médical. Le complément aux indemnités journalières doit donc être maintenu ;

– le salarié est absent lors du passage du médecin contrôleur, sans raison légitime. Il perd le bénéfice du complément aux indemnités journalières de l'assurance maladie pour la période restant à couvrir. Mais l'impossibilité de procéder à une contre-visite ne peut priver le salarié du complément de salaire pour la période antérieure à la date de visite.

De plus, si le médecin conclut à un arrêt injustifié, le versement des indemnités journalières complémentaires peut être suspendu par l'employeur.

Depuis 2011 ⁽³⁾ lorsque le contrôle conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, un rapport est également transmis au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie dans un délai maximal de quarante-huit heures.

Au vu de ce rapport, ce service peut soit demander à la caisse primaire de suspendre, à son tour, les indemnités journalières, soit procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré.

II. UN DISPOSITIF QUI POURRAIT ÊTRE AMÉLIORÉ

Lors de ses travaux, la MECSS a constaté le bilan décevant de ce contrôle, et son absence d'effets vis-à-vis du contrôle mené par l'assurance maladie.

En effet, selon le directeur général de la CNAMTS, parmi les 3 000 avis transmis par les sociétés de contre-visites médicales, 70 % ne remplissaient pas les critères requis pour être recevables. En Île-de-France, de janvier à novembre 2012, sur 437 contrôles menés par des sociétés privées, 70 % étaient inexploitable. En 2013, le nombre d'avis transmis a augmenté, passant à 3 645 mais 75 % restent irrecevables.

(1) *Cass. soc.*, 5 oct. 1983, n° 81-40.204.

(2) *Cour de cassation, chambre sociale*, 30 mai 2007, no 06-42.396.

(3) Article 90 de la loi n° 2009-1646 de financement de la sécurité sociale pour 2010 codifié à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

Un point notamment a surtout été relevé : le respect du délai de transmission sous quarante-huit heures des résultats de la contre-visite au service médical. Pour l'assurance maladie, ce délai n'est pas respecté et la plupart du temps, les arrêts sont terminés quand la transmission du rapport est effectuée. En 2013 sur les 3 645 avis transmis au service du contrôle médical, 2 220 ont été déclarés irrecevables, parmi lesquels 510 qui sont arrivés hors délai.

En effet, pour les sociétés de contre-visites médicales, le délai de quarante-huit heures est appliqué strictement et ne tient pas compte des week-ends. L'envoi des résultats devant se faire par courrier pour des raisons de confidentialité médicale, le service médical de l'assurance maladie prend en compte, non le cachet de la poste mais la date d'arrivée du courrier, ce qui rend particulièrement difficile la transmission des résultats effectués un vendredi.

Le contrôle exercé par l'assurance maladie et les sociétés privées vise un même objectif, éviter les fraudes et les comportements abusifs. C'est pourquoi, il paraît regrettable à votre Rapporteur que ces deux acteurs ne soient pas plus complémentaires. L'exclusion des journées du samedi, du dimanche et des jours fériés dans le calcul du respect du délai de quarante-huit heures devrait contribuer à l'amélioration du dispositif.

Dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, votre commission avait ainsi adopté un amendement tendant au même objectif ⁽¹⁾.

*
* *

La Commission rejette l'amendement rédactionnel AS3 de la rapporteur.

Puis elle rejette l'article 3.

Article 4

(art. L. 315-1 du code de la sécurité sociale)

Renforcer le déclenchement du contrôle médical)

Cet article complète les dispositions relatives au contrôle médical exercé par les médecins conseils de l'assurance maladie prévues à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, en prévoyant un contrôle dès lors que la durée prescrite de l'arrêt de travail est supérieure à celle indiquée dans les fiches repères élaborées par la CNAMTS ou dès qu'une des obligations administratives prévues à l'article L. 323-6 du même code n'est pas respectée.

(1) Amendement n° AS-261 de Mme Poletti.

I. L'ASSURANCE MALADIE EXERCE UN CONTRÔLE DUAL

L'assurance maladie exerce un double contrôle sur les prescriptions d'arrêts de travail, à la fois administratif portant sur le respect des obligations administratives qui incombent à l'assuré et médical, portant sur l'adéquation entre la pathologie de l'assuré et la justification de son arrêt.

1. Le contrôle administratif

Le contrôle administratif a pour objet de vérifier si l'assuré en arrêt de travail respecte les obligations suivantes :

– l'envoi de l'avis de l'arrêt de travail à sa caisse primaire dans les deux jours suivant la date d'interruption de travail conformément à l'article R. 321-2.

En cas d'envoi au-delà du délai, la caisse informe l'assuré du retard constaté et de la sanction à laquelle il s'expose en cas d'un nouvel envoi tardif dans les vingt-quatre mois suivant la date de prescription de l'arrêt considéré. En cas de nouvel envoi tardif, sauf si l'assuré est hospitalisé ou s'il établit l'impossibilité d'envoyer son avis d'arrêt de travail en temps utile, la suspension des indemnités journalières porte sur 50 % en cas de retard simple (arrêt non échu) et sur 100 % lorsque l'arrêt est échu.

L'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale liste trois autres obligations :

– le respect des heures de sorties autorisées par le praticien. Au terme de l'article R. 323-11-1, le praticien indique sur l'arrêt de travail « *soit que les sorties ne sont pas autorisées, soit qu'elles le sont* ». Dans ce cas, l'assuré doit être présent à son domicile de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux. Par dérogation, le praticien peut autoriser les sorties libres, en portant sur l'arrêt de travail les éléments d'ordre médical le justifiant. En cas de non-respect des heures de présence indiquées sur l'avis d'arrêt de travail, le salarié peut s'exposer à un contrôle médical, mais ses indemnités ne seront pas suspendues ;

– l'abstention de toute activité non autorisée. Si l'activité a donné lieu à une rémunération, à des revenus professionnels ou à des gains, la fraude administrative est avérée et l'assurance maladie peut prononcer une sanction financière et engager des poursuites pénales ;

– l'interdiction de quitter la circonscription de sa caisse, sans autorisation préalable.

2. Le contrôle médical

L'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale définit le contrôle médical exercé par service médical de l'assurance maladie. Dans le cas particulier des indemnités journalières versées au titre des arrêts de travail, ce contrôle porte sur tous les éléments d'ordre médical et notamment sur la pertinence de l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré.

L'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale prévoit un suivi systématique des arrêts de plus de six mois et des arrêts consécutifs à une affection de longue durée.

Au terme de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, le salarié bénéficiaire d'une indemnité journalière a l'obligation de se soumettre à ce contrôle, qui sera effectué à son domicile ou sur convocation au service médical de sa caisse.

Si ce contrôle conclut à un arrêt injustifié, le versement des indemnités journalières est suspendu et une date de reprise du travail est fixée ⁽¹⁾.

Le service du contrôle médical

Les missions du contrôle médical sont prévues aux articles L. 315-1 à L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale. Afin de déceler toutes formes d'abus dans la prescription d'arrêts de travail, le service médical procède à l'examen sur tous les éléments d'ordre médical de l'arrêt de travail. La procédure de contrôle doit garantir l'effectivité des droits de la défense selon des conditions définies par décret.

L'organisation du contrôle médical est déclinée sur trois échelons : national, régional (20 directions régionales du service médical (DRSM)) et local (128 échelons locaux du service médical (ELSM)). Prenant la forme d'un service à caractère national, il est confié à des médecins conseils, chirurgiens-dentistes conseils et pharmaciens conseil. La réforme de la gouvernance du contrôle médical du régime général intervenue en 2004 ⁽²⁾ a eu pour objectif de renforcer le pilotage au niveau national et d'améliorer l'efficacité du service en régionalisant la gestion des moyens.

Ainsi, au niveau national la direction du service du contrôle médical est confiée au directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie ⁽³⁾. Au niveau régional la direction est assurée par un médecin conseil régional ⁽⁴⁾ et à l'échelon local par un médecin conseil chef de service ⁽⁵⁾. Pour chaque niveau, les directeurs sont assistés de médecins conseils adjoints ainsi que de praticiens conseils qui remplissent des missions de conseillers techniques auprès des caisses primaires d'assurance maladie. Les directions des services régionaux et locaux établissent et transmettent chaque année à la caisse nationale un rapport d'activité du contrôle médical.

(1) Article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

(2) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(3) Article R. 315-2 du code de la sécurité sociale.

(4) Article R. 315-3 du code de la sécurité sociale.

(5) Article R. 315-4 du code de la sécurité sociale.

Les échelons régionaux et locaux sont organisés autour de cinq pôles d'activité : le contrôle des prestations et relations avec les assurés qui réalise la majeure partie de l'activité des services consistant en l'examen des demandes individuelles de certaines prestations, le contrôle contentieux, les relations avec les professionnels de santé, l'organisation du système de soins et la prévention et promotion de la santé.

3. Les difficultés posées par ce contrôle dual

Cette organisation duale au sein de la CNAMTS participe d'une certaine faiblesse du contrôle. En effet, deux types d'acteurs différents interviennent, les agents administratifs relevant du directeur de la caisse primaire qui sont chargés du contrôle administratif et les médecins conseils dépendant du médecin chef de l'échelon local du service du contrôle médical qui exercent le contrôle médical. Les échanges entre ces deux entités reposent sur des pratiques propres à chaque région. Ainsi lors de son audition, Mme Liliane Ropars ⁽¹⁾, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, a indiqué que sa caisse avait créé un serveur commun aux services administratifs et médicaux qui permet d'assurer une continuité entre les contrôles administratifs et médicaux. S'agissant des résultats des contrôles administratifs menés suite à des signalements de la part des employeurs à la caisse, ils sont systématiquement transmis au service médical. Pour les autres contrôles, si les agents administratifs observent une suspicion de fraude administrative (activité rémunérée), ils transmettent leurs avis au service du contrôle médical. Enfin, si l'assuré était absent, l'agent administratif déposera une convocation au service médical.

II. VERS UN RENFORCEMENT DES CONTRÔLES MÉDICAUX EXERCÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE

1. Une meilleure articulation entre le contrôle administratif et médical

Il semble nécessaire à votre Rapporteur de mieux articuler les contrôles administratifs et médicaux.

Lors des travaux de la MECSS, le directeur général de la CNAMTS, M. Frédéric Van Roekeghem avait indiqué que des instructions avaient été données afin de favoriser une plus grande synergie entre directeurs de caisses primaires et médecins conseils chefs des échelons locaux des services du contrôle médical ⁽²⁾. Ainsi, la direction régionale du service du contrôle médical d'Île-de-France, qui supervise les échelons locaux, réunit ainsi tous les mois, les huit directeurs des caisses primaires dans le cadre du comité local de la gestion du risque.

Le premier objet du présent article consiste à prévoir le déclenchement systématique du contrôle médical dès lors que le contrôle administratif ferait

(1) Audition du 26 mars 2014.

(2) Audition de la MECSS du 6 décembre 2012.

apparaître une irrégularité. L'absence de l'assuré à son domicile, en dehors des heures de sorties autorisées, ou la pratique d'une activité sont des critères pertinents et objectifs pouvant servir de fondement à la vérification du bien-fondé de l'arrêt maladie.

La MECSS, dans son rapport, suggérait dans sa préconisation n° 16 d'assurer cette transmission systématique.

2. Mieux cibler les contrôles médicaux

90 % des contrôles médicaux menés par la CNAMTS portent sur des arrêts de plus de quarante-cinq jours. Ce choix est justifié par l'impact financier représenté par ces arrêts.

Les arrêts maladie compris entre un et six mois constituent environ 20 % des arrêts mais 40 % des dépenses. Si l'on se réfère aux arrêts de plus de six mois, qui font l'objet d'un contrôle obligatoire, ils participent à 5 % du nombre d'arrêts mais entraînent 40 % des dépenses.

Votre Rapporteur est favorable à une approche plus qualitative que financière. C'est pourquoi, elle préconise un contrôle plus sélectif, en se fondant sur des critères objectifs. Ainsi, la durée anormalement élevée d'un arrêt maladie au regard des fiches repères élaborées par la CNAMTS entraînerait un contrôle médical systématique.

Ce référentiel de pratique médicale développé par l'assurance maladie depuis 2009, se présente sous forme de fiches repères qui mentionnent des durées indicatives d'arrêt en fonction des pathologies et des interventions chirurgicales les plus courantes. En vertu de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale, elles sont élaborées après avis de la Haute Autorité de santé (HAS). Elles couvrent 63 pathologies et interventions chirurgicales qui recouvrent aussi bien les angines, la grippe, les entorses à la cheville que l'infarctus du myocarde, la chirurgie de la cataracte ou différents types de fracture.

Ces fiches ont pour objectif à la fois de réduire les abus s'agissant de la durée des arrêts maladie et d'harmoniser les durées moyennes sur le territoire.

La Cour des comptes avait ainsi noté, dans sa communication transmise à la MECSS, que les durées moyennes d'arrêt variaient fortement sur le territoire et particulièrement les durées post-opératoires. Ainsi, pour une opération de la cataracte, 25 % des malades avaient un arrêt de six jours, 20 % bénéficiaient de trente-quatre jours alors que la durée moyenne était de vingt et un jours et demi.

Les résultats de la mise en place de ces fiches repères sont importants. Selon la CNAMTS, en 2012, la diminution de la durée globale des arrêts a été de 2,7 jours par rapport à 2010 et 11,5 millions d'euros d'économies ont été réalisées. S'agissant du canal carpien, l'assurance maladie a observé une diminution de la durée des arrêts de 2,5 jours et pour les hernies discales, une diminution de

3,9 jours a été constatée. Pour 2013, des résultats partiels indiquent une diminution de la durée globale des arrêts de 0,5 jour soit une diminution de 0,8 % par rapport à 2012 et une économie de 1,7 million d'euros.

La liberté de prescription du médecin et le colloque singulier entre le patient et son médecin sont préservés car ces fiches n'ont qu'une valeur indicative et doivent avant tout contribuer à harmoniser et objectiver les conditions de prescription.

L'assurance maladie privilégie depuis 2012 le contrôle de la durée des arrêts en se référant aux fiches repères, en mettant l'accent sur les arrêts post-opératoires.

Ces contrôles ciblés par la CNAMTS résultent d'orientations données aux caisses primaires et aux services du contrôle médical par l'intermédiaire d'une lettre réseau ⁽¹⁾, qui ne possèdent pas de caractère contraignant.

Votre Rapporture propose de donner force obligatoire à ce type de contrôle en l'inscrivant dans la loi.

*

* *

*La Commission **rejette** l'amendement rédactionnel AS4 de la rapporteure.*

*Puis elle **rejette** l'article 4.*

Article 5

(art. L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale)

Contrôle des arrêts itératifs

L'article 5 prévoit de rendre obligatoire la convocation de l'assuré auprès du service du contrôle médical de l'assurance maladie lorsque ce dernier bénéficie d'arrêts itératifs.

I. LE DISPOSITIF DE CONTRÔLE DES ARRÊTS ITÉRATIFS

L'article L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale permet au service du contrôle médical de l'assurance maladie de convoquer un assuré, soit au vu de la fréquence de ses prescriptions d'arrêt de travail, soit au vu de ses dépenses présentées au remboursement, afin de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique de ses soins ou traitements.

Les modalités d'application de cet article sont fixées par l'article R. 315-2-1 du code de la sécurité sociale. Lors de sa convocation, l'assuré peut se

(1) Lettre réseau LR/DDO/72/2012 du 29 mai 2012 relative au contrôle des assurés en arrêt de travail.

faire assister par le médecin de son choix. Le service du contrôle médical peut établir des recommandations, dans un délai d'un mois, y compris sur les prescriptions d'arrêts de travail qui ne se substituent pas aux prescriptions médicales et n'interrompent pas les traitements et soins en cours.

L'assurance maladie privilégie le contrôle des arrêts longs, justifiant le coût moindre représenté par les arrêts courts au sein de l'assurance maladie. En effet, les arrêts de moins de 8 jours représentent 46 % des arrêts mais seulement 5 % des dépenses.

Au-delà de l'aspect financier, ces arrêts de courte durée, souvent itératifs, désorganisent les entreprises et induisent des coûts indirects, dont le remplacement par des intérimaires ou le recours aux heures supplémentaires.

L'assurance maladie a choisi, depuis 2012 ⁽¹⁾, de réorienter ses actions de contrôle sur les arrêts fréquents et particulièrement sur les arrêts courts itératifs, en diffusant une lettre réseau aux directeurs des caisses primaires et aux médecins conseils chefs des services du contrôle médical. Cette dernière préconise l'envoi d'un courrier systématique à l'assuré au bout du quatrième arrêt, après trois arrêts de moins de quinze jours au cours des douze derniers mois, qui le sensibilise en l'avertissant d'un éventuel contrôle.

Au niveau national, en 2012 ,158 543 contrôles d'arrêts itératifs sur un total de 363 920 contrôles administratifs et, en 2013, 255 182 contrôles d'arrêts itératifs sur 431 936 contrôles administratifs ont été menés sur ce fondement. En 2013, ce sont 14 476 contrôles du service médical qui ont entraîné 1 429 reprises du travail.

Au niveau régional, le suivi de cette démarche, effectué notamment dans la caisse primaire de l'Aube ⁽²⁾ a donné des résultats prometteurs ; sur un échantillon de six cents arrêts de travail, trois cents arrêts provenaient de la population ciblée et les trois cents autres étaient constitués par un groupe témoin. Dans l'échantillon ciblé, 51 % des assurés ne bénéficiaient pas d'un nouvel arrêt de travail et, dans le groupe témoin, seulement 39 % ne s'arrêtaient pas une quatrième fois, soit un différentiel de douze points.

II. LE DISPOSITIF ENVISAGÉ

Ces contrôles ont pour fondement une lettre réseau ⁽³⁾précitée qui incite les caisses à mener ce type d'action.

Votre Rapporteur propose de rendre obligatoire ce contrôle exercé par le service du contrôle médical qui portera sur des arrêts itératifs.

(1) Lettre réseau LR/DDO/72/2012 du 29 mai 2012 relative au contrôle des assurés en arrêt de travail.

(2) Audition du 26 mars 2014.

(3) Lettre réseau LR/DDO/72/2012 du 29 mai 2012 relative au contrôle des assurés en arrêt de travail.

Un décret fixera les conditions d'application, en reprenant les critères retenus par l'assurance maladie, à savoir :

- des arrêts prescrits par des médecins libéraux et hospitaliers ;
- des arrêts au titre de la maladie :
- des arrêts dont la durée est inférieure à 16 jours chacun ;
- des arrêts prescrits au cours d'une période de 6 mois ;
- des assurés âgés de 16 à 62 ans.

De nouveaux outils développés par l'assurance maladie permettent ce ciblage. Plusieurs processus différents sont en cours :

– au niveau de la prescription et de l'envoi de l'arrêt de travail : l'assurance maladie a développé « l'ATT en cinq clics », permettant au médecin de le transmettre directement à la caisse par téléprocédure ; ce dispositif permet à l'assurance maladie d'être informée plus rapidement des arrêts de courte durée et de pouvoir mener à bien le contrôle des arrêts itératifs souvent de courte durée.

Seulement 18 % ⁽¹⁾ des médecins utilisent ce dispositif au niveau national en 2013, ce que déplore votre Rapporteur. En Champagne-Ardenne, dont dépend la caisse primaire de l'Aube qui a mené l'expérimentation concluante sur les arrêts itératifs précités, ce taux est presque de 29 % ⁽²⁾, preuve de l'efficacité de cet outil.

– au niveau du traitement et du suivi des dossiers d'arrêts de travail par la CNAMTS. Le système d'information DIADEME permet de numériser et d'archiver tous les documents papiers relatifs aux indemnités journalières. La CNAMTS dispose ainsi d'une base de données qui assure la traçabilité des pièces et permet de produire des sorties automatiques d'arrêts afin de cibler les arrêts répétitifs.

Ce contrôle dissuasif permettra de plus, un accompagnement de l'assuré pour prévenir les arrêts à répétition et éviter, à terme, son éloignement du monde du travail, voire son licenciement pour inaptitude.

*

* *

La Commission examine l'amendement AS8 de la rapporteur.

Mme la rapporteur. Cet amendement de rédaction globale prévoit que la convocation au service du contrôle médical au vu des dépenses présentées au remboursement reste à son appréciation, mais que la convocation au service du contrôle médical au vu d'arrêts itératifs devient automatique. Il tient compte de la

(1) 17,8 %.

(2) 28,8 %.

remarque qui avait été formulée par M. Bapt lorsque nous l'avions présenté au moment de la discussion du PLFSS pour 2014.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle rejette l'article 5.

Article 6

(art. L. 324-4-1 du code de la sécurité sociale)

Visite de pré-reprise

Le présent article propose de réduire de trois à deux mois le délai à partir duquel la visite de pré-reprise du salarié en arrêt maladie peut être effectuée sur demande du médecin conseil.

I. LA VISITE DE PRÉ-REPRISE

Adopté à l'occasion des discussions portant sur la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie⁽¹⁾, l'article L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale a pour objet de favoriser la reprise d'une activité professionnelle par les assurés connaissant de longues périodes d'arrêts de travail. Il vise tout particulièrement le cas des travailleurs âgés de plus de cinquante ans pour lesquels il est constaté une augmentation sensible des arrêts de travail de plus de trois mois.

Cet article dispose qu'au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin conseil, en liaison avec le médecin traitant, peut solliciter le médecin du travail pour « *préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation* ». En outre, l'assuré peut être assisté durant toute cette phase par une personne de son choix.

Cette visite est organisée par le service de santé du travail qui convoque le salarié. Cette attribution résulte des missions exercées par le service de santé au travail (SST) qui sont définies à l'article L. 4622-2 du code du travail. Ils conseillent les employeurs et les travailleurs afin de diminuer les risques professionnels, prévenir la pénibilité au travail ou contribuer au maintien à l'emploi. Si le STT est l'organisateur de cette visite, il n'en est pas à l'initiative.

Aucun avis d'aptitude ou d'inaptitude ne peut être délivré à l'issue de cette visite. Aux termes de l'article R. 4624-21 du code du travail, le médecin du travail peut émettre plusieurs recommandations : aménagements et adaptations du poste de travail, préconisations de reclassement ou formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle. Pour ce faire, il s'appuie sur le service social du travail du service de santé au travail interentreprises ou sur celui de l'entreprise. L'employeur et le médecin conseil sont tenus informés de ces recommandations, à moins que le salarié ne s'y oppose.

(1) Article 24 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Les services de santé au travail (SST)

La loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail et ses décrets d'application du 30 janvier 2012 relatifs à l'organisation de la médecine du travail et à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail visent à développer et renforcer le rôle des entreprises dans la promotion de la santé au travail.

Les missions des SST sont désormais inscrites dans le code du travail à l'article L. 4622-2 qui dispose que « *les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». **L'article L. 4622-1 du code du travail, oblige ainsi chaque employeur à organiser un SST selon deux modalités et l'article L. 4622-12 du même code en impose la surveillance par une instance professionnelle :**

– Si l'entreprise comprend moins de 500 salariés, l'employeur doit adhérer à un service interentreprises (SSTI). Il s'agit d'un organisme à but non lucratif ayant pour activité exclusive la pratique de la médecine du travail. Structuré en un ou plusieurs secteurs géographiques et/ou professionnels, il est administré par un président, sous la surveillance d'un comité interentreprises ou d'une commission de contrôle ;

– Si au contraire l'entreprise emploie plus de 500 salariés, l'employeur a la possibilité (et non l'obligation) de créer un service autonome et de l'administrer sous la surveillance du comité d'entreprise.

La liberté dans le choix de la forme du service de santé au travail doit laisser plus de souplesse dans la transposition du cadre légal à l'environnement économique et local des entreprises. En ce sens, **le service autonome peut être un service de groupe**, catégorie nouvellement créée à l'article D. 4622-5 du code du travail dont la mission est de coordonner les actions de prévention réalisées dans tout ou partie des entreprises constituant un groupe. L'employeur peut faire suivre ses salariés par un service autonome d'une autre entreprise lorsque cette dernière appartient au même groupe ou qu'elle intervient régulièrement en tant qu'entreprise extérieure. Autre possibilité, **un service de santé au travail de site** peut-être constitué après autorisation administrative à titre dérogatoire (article D. 4622-16 du code du travail) pour des entreprises, n'appartenant pas à un même groupe mais exerçant leur activité sur un même site, ayant conclu un accord de coopération pour la mise en œuvre des mesures de prévention relatives à la santé et à la sécurité de leurs salariés.

Le comité d'entreprise ou, à défaut, les délégués du personnel doivent être préalablement consultés et peuvent s'opposer de manière motivée au choix de l'employeur.

L'article L. 4622-6 du code du travail dispose que « *les dépenses afférentes aux services de santé au travail sont à la charge des employeurs. Dans le cas de services communs à plusieurs entreprises, ces frais sont répartis proportionnellement au nombre de salariés* ».

Quelle que soit la forme du SST choisi, **la constitution d'au moins une équipe pluridisciplinaire, comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et des infirmiers, est obligatoire** ⁽¹⁾. Le médecin du travail peut ainsi s'appuyer sur l'expertise de professionnels relevant de spécialités médicales diverses. À cette fin, l'employeur fait appel à des compétences extérieures. La loi lui confie également une nouvelle mission d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

(1) Article L. 4622-8 du code du travail.

II. LA RÉDUCTION DU DÉLAI À COMPTER DUQUEL LA VISITE PEUT ÊTRE ORGANISÉE

Le présent article propose d'organiser la visite de pré-reprise à partir de deux mois d'arrêt de travail au lieu des trois mois prévus par l'article L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale.

Lors des travaux de la MECSS, les représentants du Conseil national de l'Ordre des médecins ⁽¹⁾ avaient regretté que le recours au médecin du travail pour une reprise de l'activité intervienne désormais après le troisième mois et non plus entre le vingt-et-unième jour et le troisième mois, car, de ce fait, une partie des arrêts susceptibles de poser des difficultés de réinsertion au salarié dans son travail n'étaient plus couverts.

De même, Mme Pascale Peyre-Costa, médecin conseil cheffe de service responsable de l'échelon local du service médical (ELSM) de l'Essonne, lors de son audition ⁽²⁾, avait insisté sur la nécessité de prévenir la désinsertion professionnelle dans le cadre d'arrêts longs.

En effet, selon les statistiques au bout de six mois d'arrêt, 50 % des assurés ne reprennent pas le travail, ce taux passant à 70 % après un an d'arrêt.

Par ailleurs, la CNAMTS estime qu'une personne sur deux en arrêt de plus de 6 mois ne reprendra pas le travail.

La préconisation n° 7 de la MECSS portait sur le ciblage des arrêts longs, à partir au moins du deuxième mois, afin de favoriser la réinsertion professionnelle des assurés.

C'est pourquoi, votre Rapporteuse, porte le point de départ à partir du deuxième mois et non plus du troisième mois pour une éventuelle visite de pré-reprise sollicitée par le médecin conseil et menée par le médecin du travail.

*

* *

La Commission rejette l'article 6.

Après l'article 6 : Rapport relatif à l'amélioration de la gestion et de l'organisation des entreprises et des administrations publiques

La Commission est saisie de l'amendement AS5 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Cet amendement fera plaisir à M. Thierry Braillard...

(1) Audition du mercredi 28 novembre 2012.

(2) Audition du 13 décembre 2012.

J'ai été sensible à certains arguments que nous avons entendus lors des auditions et qui concernaient le management et l'encadrement. C'est un vaste sujet, qui reste encore à défricher. Cet amendement prévoit donc que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 31 décembre 2015, un rapport portant sur la mise en place, par les branches professionnelles, des outils visant à améliorer la qualité de la vie au travail, notamment ceux susceptibles d'accompagner les cadres dirigeants à mieux appréhender les conditions d'exercice du travail. Ce rapport devra également porter sur la prise en compte de la formation à l'encadrement dans les programmes des écoles et des universités.

La Commission rejette l'amendement.

Article 7

(art. 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010)

Prolongation de l'expérimentation relative au contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires

L'article 7 prévoit de prolonger la durée de l'expérimentation relative au contrôle des congés maladie ordinaires des fonctionnaires de l'État, hospitaliers et territoriaux par la CNAMTS. Il modifie l'article 91 de la loi du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 qui avait instauré cette expérimentation.

1. Le cadre de l'expérimentation du contrôle des arrêts maladie des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie

Créé à titre expérimental par l'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le dispositif visé par l'article 7 de la présente proposition de loi consiste dans le transfert du contrôle des congés maladie de certains fonctionnaires aux caisses primaires d'assurance maladie et à leurs services médicaux.

Cette expérimentation concerne les fonctions publiques d'État, hospitalière et territoriale. Elle touche les congés maladie ordinaire dus à une maladie non professionnelle d'une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée.

Le dispositif porte à la fois sur le contrôle médical des arrêts de travail et des heures de sorties autorisées en les alignant sur les règles applicables aux salariés du secteur privé.

Les agents sont ainsi soumis aux contrôles organisés par le service du contrôle médical et la caisse primaire, qui informe l'administration lorsque la personne concernée ne respecte pas cette obligation de contrôle :

– dans le cadre du contrôle administratif des heures de sorties autorisées, l'administration est informée par les agents de la caisse primaire en cas de constat

de l'absence du domicile ou du caractère volontaire de l'inobservation de cette obligation ⁽¹⁾ ;

– dans le cadre du contrôle médical des arrêts de travail, l'administration est informée par le service du contrôle médical lorsque la prescription n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée. Dans cette hypothèse, l'avis s'impose à l'administration.

L'article 91 prévoit également un régime de sanction en cas de soustraction au dispositif expérimental :

– en cas de non-respect de l'obligation de se soumettre aux contrôles, l'administration peut interrompre le versement de sa rémunération ;

– en cas d'absence de justification médicale de l'arrêt de travail, le fonctionnaire se voit enjoint par l'administration de reprendre ses fonctions sous peine d'interruption du versement de sa rémunération ;

– en cas de non-respect des heures de sorties autorisées, non justifié par des soins ou des examens médicaux, l'administration peut retenir une partie de la rémunération, dans la limite de 50 %.

L'expérimentation ne touche pas aux modalités de contestation d'ordre médical et au contentieux des avis rendus par le service du contrôle médical, et des décisions prises par l'administration, celles-ci demeurant conformes aux règles appliquées à la fonction publique dans ce domaine. Dans la perspective de cette généralisation, ces modalités devront être repensées comme l'avait suggéré la Cour des comptes.

Pour chacune des fonctions publiques concernées, une convention, signée avec la CNAMTS, fixe la liste des caisses primaires et des services de contrôle médical participant, les engagements réciproques des signataires et des indicateurs de suivi. L'article 91 de la loi de financement prévoit un dispositif distinct selon les fonctions publiques. Pour l'État, la convention fixe la liste des administrations concernées. Dans le cadre des fonctions publiques hospitalières et territoriales, l'expérimentation repose sur la base du volontariat, conformément aux principes d'autonomie des établissements publics de santé et de libre-administration des collectivités territoriales. Ces dernières doivent s'inscrire dans une convention-cadre nationale qui fixe notamment le seuil minimal de fonctionnaires requis pour mettre en œuvre le dispositif expérimental.

(1) Ce contrôle est effectif uniquement pour les administrations situées dans le ressort géographique de la CPAM du département du Rhône.

Le régime spécifique des congés maladies des fonctionnaires de l'État

L'article 35 de la loi du 11 janvier 1984⁽¹⁾ fixe le cadre dans lequel le régime des congés maladie des fonctionnaires de l'État doit s'inscrire et renvoie à un décret⁽²⁾ les conditions dans lesquelles sont déterminées les obligations auxquelles les « *fonctionnaires sont tenus de se soumettre en vue, d'une part, de l'octroi ou du maintien de ces congés et, d'autre part, du rétablissement de leur santé, sous peine de voir réduire ou supprimer le traitement qui leur avait été conservé* ».

Le cadre du congé maladie

En cas de maladie attestée par un certificat médical le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, le fonctionnaire a droit à des congés maladie. Pour obtenir un congé maladie, ainsi que le renouvellement du congé initialement accordé, le fonctionnaire doit adresser, dans un délai de quarante-huit heures, à l'administration dont il relève, par l'intermédiaire de son chef de service, une demande appuyée d'un certificat d'un médecin, d'un dentiste ou d'une sage-femme.

Le cadre du contrôle

L'administration employeur peut faire procéder à tout moment à une visite du fonctionnaire par un médecin agréé. Chaque administration doit en effet s'attacher un ou plusieurs médecins généralistes et spécialistes agréés inscrits sur une liste établie dans chaque département par le préfet sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du Conseil départemental de l'ordre des médecins et du ou des syndicats départementaux des médecins. L'agent 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'obliger le fonctionnaire de reprendre son travail.

Le cadre de la contestation

Les conclusions du médecin agréé peuvent être contestées par l'agent ou l'administration devant le comité médical compétent, chargé de donner un avis sur les contestations d'ordre médical qui peuvent s'élever notamment « à propos [...] de l'octroi et du renouvellement des congés de maladie et de la réintégration à l'issue de ces congés ». Ce comité comprend deux praticiens de médecine générale, auxquels est adjoint, pour l'examen des cas relevant de sa qualification, un spécialiste de l'affection pour laquelle le bénéficiaire du congé est demandé.

L'avis délivré par le comité médical ne lie pas l'administration.

2. Une lente montée en charge du dispositif

Initialement prévue pour deux ans, la durée de l'expérimentation a ensuite été prolongée afin de la porter à quatre ans⁽³⁾. La dernière loi de financement de la sécurité sociale a enfin précisé qu'elle devrait prendre fin le 31 décembre 2015⁽⁴⁾, cette prolongation s'inscrivant dans la perspective d'une généralisation du contrôle par l'assurance maladie à l'ensemble de la fonction publique.

(1) Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

(2) Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

(3) Article 76 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

(4) Article 126 de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014.

Ces multiples modifications témoignent de la lente montée en charge de l'expérimentation que la Cour des comptes⁽¹⁾ et les travaux de la MECSS⁽²⁾ n'avaient pas manqué de souligner. Ce constat prenait appui sur un rapport intermédiaire daté d'octobre 2011⁽³⁾, transmis au Parlement dans le cadre des travaux de la MECSS, qui mettait en exergue plusieurs facteurs de nature à expliquer le report du lancement effectif de l'expérimentation.

Des raisons juridiques et techniques ont ainsi été avancées, l'expérimentation nécessitant non seulement l'adoption de textes d'application et de conventions avec la CNAMTS pour chacune des trois fonctions publiques mais aussi le déploiement d'un système d'information spécifique. Sur ce dernier aspect, le niveau de sécurité exigé pour l'échange de données nominatives et la procédure de gestion des habilitations des personnes autorisées à manipuler l'outil ont ralenti le démarrage de l'expérimentation.

Par ailleurs, la phase d'information, de sensibilisation et de formation des acteurs, nécessaire au caractère opérationnel de l'expérimentation, a pu contribuer au ralentissement de la montée en charge du dispositif.

S'agissant de la fonction publique d'État, l'expérimentation a pris effet à compter de la signature, le 26 mars 2010, d'une convention de partenariat entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'État. Cette convention prévoit que six caisses primaires d'assurance maladie procèdent au contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires d'État (Clermont-Ferrand, Lyon, Nice, Rennes, Paris et Strasbourg).

S'agissant de la fonction publique territoriale, l'ensemble des textes ayant été adoptés ou publiés, l'expérimentation a débuté au cours du dernier trimestre de l'année 2011. Participent à l'expérimentation les villes de Mandelieu, du Cannet, de Saint-Malo, Menton et Antibes ainsi que les conseils généraux des Alpes-Maritimes, du Rhône et le conseil régional d'Auvergne.

S'agissant de la fonction publique hospitalière, ont été retenus pour la mise en œuvre du dispositif expérimental, les centres hospitaliers universitaires de Rennes, Nice, Strasbourg et de Clermont-Ferrand, ainsi que les centres hospitaliers de Rennes (Guillaume Régnier), Fougères, Saint-Malo, Antibes, Cannes, Grasse, Brumath, Saverne, Bischwiller, Sélestat, Thiers et Riom.

(1) *Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, juillet 2012.*

(2) *Mme Poletti, Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les arrêts de travail et les indemnités journalières, Assemblée nationale, XIV^e législature, n° 986, 24 avril 2013.*

(3) *Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère du budget, des comptes publics, de la réforme de l'État, « Évaluation de l'expérimentation relative au contrôle par l'assurance maladie des arrêts maladie des fonctionnaires d'État, territoriaux et hospitaliers prévue à l'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 », octobre 2011.*

Point sur les textes d'application nécessaires à la réalisation de l'expérimentation

Pour la fonction publique d'État, l'expérimentation était subordonnée :

- à la conclusion d'une convention nationale qui définit la liste des administrations, des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation, ainsi que les engagements réciproques des signataires et les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Pour la fonction publique de l'État, une convention de partenariat a été signée et le 26 mars 2010⁽¹⁾, deux avenants ayant été ensuite signés et publiés aux Journal du 30 juin 2010 et du 12 avril 2012 ;
- à la publication d'un décret en Conseil d'État pris après avis de la CNIL⁽²⁾. Ce décret porte création d'un traitement de données à caractère personnel relatif au contrôle à titre expérimental des congés de maladie des fonctionnaires de l'État. Un outil informatique a ainsi été créé pour permettre le recueil et l'exploitation des données relatives aux contrôles réalisés dans le cadre de l'expérimentation. Ce texte a lui-même fait l'objet d'une modification pour tenir compte de la prolongation de l'expérimentation⁽³⁾ ;
- à la publication d'un décret précisant les modalités de prise en charge des frais de transport des fonctionnaires d'État qui se rendent au contrôle réalisé par le service du contrôle médical⁽⁴⁾.

Pour les fonctions publiques hospitalière et territoriale, la mise en œuvre de l'expérimentation était subordonnée :

- à la conclusion d'une convention-cadre nationale pour chacun des deux fonctions publiques. Ces documents, signés le 25 juin 2010 et publiés au *Journal officiel* du 15 septembre 2010, ont chacun fait l'objet d'un avenant publié au journal officiel du 31 juillet 2012 ;
- à la conclusion d'une convention locale, pour chacun des établissements publics de santé volontaires et chacune des collectivités territoriales volontaires ;
- à une décision de l'organe délibératif des collectivités territoriales concernées ou à une information des instances consultatives du personnel pour les établissements publics de santé ;
- à la publication d'un décret en Conseil d'État pris après avis de la CNIL portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif au contrôle à titre expérimental des congés de maladie des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux⁽⁵⁾ ;
- à la publication d'un arrêté fixant la liste des établissements publics de santé et des collectivités territoriales autorisés à participer à l'expérimentation⁽⁶⁾ ;
- à la publication d'un décret relatif aux modalités de prise en charge des frais de transport des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux en cas de contrôle.

(1) *Convention de partenariat pour le contrôle, à titre expérimental, des arrêts maladie des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles du 26 mars 2010, publiée au Journal Officiel du 2 mai 2010.*

(2) *Décret n° 2010-1095 du 17 septembre 2010 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif au contrôle à titre expérimental des congés de maladie des fonctionnaires de l'État.*

(3) *Décret n° 2012-1108 du 2 octobre 2012 modifiant la durée de mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel relatif au contrôle à titre expérimental des congés de maladie des fonctionnaires de l'État.*

(4) *Décret n° 2010-1176 du 5 octobre 2010 fixant les conditions et les modalités de remboursement des frais de transport des fonctionnaires de l'État soumis au contrôle des caisses primaires d'assurance maladie.*

(5) *Décret n° 2011-1359 du 25 octobre 2011 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif au contrôle à titre expérimental des congés de maladie des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux.*

(6) *Arrêté du 28 octobre 2011 fixant la liste des établissements publics de santé et des collectivités territoriales autorisés à participer à l'expérimentation mentionnée au V de l'article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.*

3. Un bilan susceptible d'être amélioré

- *Un premier bilan en demi-teinte*

Compte tenu de sa lente montée en charge, un premier bilan de l'expérimentation a été réalisé pour la seule fonction publique d'État. Le rapport d'octobre 2011 évoque des « *résultats en demi-teinte* ». La Cour des comptes, quant à elle, évoque des « *résultats globalement décevants* ».

Sans revenir sur les justifications juridiques et techniques ayant motivé le report de l'expérimentation, plusieurs éléments ont altéré la portée du dispositif de l'article 91.

Pour des raisons techniques, les arrêts de moins de quinze jours ont été exclus du contrôle. Les conventions nationales mentionnent ainsi le contrôle médical des arrêts de plus de quarante-cinq jours consécutifs ou les contrôles réalisés sur le quatrième arrêt de travail lorsqu'il est constaté « *plus de trois arrêts de travail de courte durée, au cours des douze derniers mois, dès lors que le quatrième est d'une durée supérieure à quinze jours* ». Ce choix est justifié par la complexité du circuit de transmission des arrêts, des fonctionnaires à leur administration, puis des administrations à la caisse primaire compétente : les arrêts de moins de quinze jours sont échus avant de pouvoir faire l'objet d'un contrôle.

Au 1^{er} septembre 2011, soit 10 mois après le début de l'expérimentation, un premier bilan a été établi s'agissant de la fonction publique d'État.

Sur les 25 477 fonctionnaires pour lesquels ont été prescrits des congés maladie, pour un total de 51 749 arrêts, 4178, soit 16,4 % sont entrés dans le champ du contrôle prévu par l'expérimentation. Les 83 % restants ne relevaient pas du champ, soit qu'ils bénéficiaient de congé de longue durée ou de longue maladie, soit que leur arrêt était inférieur à 45 jours, soit que leur arrêt n'était que le 1^{er}, le 2^{ème} ou le 3^{ème} arrêt court sur 12 mois.

Sur les 16 % de fonctionnaires concernés par l'expérimentation, un peu moins de la moitié, soit 44 %, a fait l'objet d'un contrôle effectif. En effet, dans 56 % des cas, le contrôle n'a pas pu être opéré pour deux raisons principales : les arrêts maladie saisis par les administrations étaient échus lors de leur saisie ou les adresses données par les fonctionnaires se révélaient incomplètes.

La faible mobilisation de l'administration est également une autre raison mise en exergue par le rapport d'application. Sur l'ensemble des cas contrôlés, il est apparu que 5,4 % des arrêts maladie n'étaient pas médicalement justifiés tandis que 13,5 % des cas ne donnaient pas suite à la convocation. En outre, les fonctionnaires ont fait l'objet de mesures par les administrations dans seulement 4,5 % des cas.

Plusieurs mesures correctrices avaient notamment été décidées, pour améliorer le cadre de l'expérimentation.

S'agissant du nombre important d'arrêts non contrôlables en raison de leur expiration, des études ont été menées. Il est ainsi apparu que plus de 90 % des arrêts maladies échus ont été prescrits pour une durée inférieure à quinze jours, ces arrêts n'entrant pas dans le champ du contrôle. Des instructions auraient été données pour que les administrations procèdent plus rapidement à la saisie des arrêts dans l'outil informatique.

S'agissant de l'absence d'adresses complètes, il a été décidé de mettre à la disposition des services un numéro de téléphone permettant de joindre le fonctionnaire concerné et de faire évoluer l'outil informatique afin d'informer l'assurance maladie des éventuels changements d'adresse.

Enfin, l'absence de suites données par les administrations à la suite des contrôles étant susceptible de s'expliquer par la reprise du travail du fonctionnaire, il a été décidé de compléter l'outil informatique à cet effet.

● *La situation en janvier 2014*

S'agissant de la fonction publique d'État, les administrations expérimentatrices ont saisi 187 912 arrêts se rapportant au congé maladie ordinaire pour 53 423 fonctionnaires. Sur ce total, les données révèlent que 139 265 arrêts étaient échus au moment de la saisie, **soit un taux de 74 %**. Manifestement, les orientations visant à sensibiliser les administrations à la saisie rapide des arrêts ne se sont pas traduites dans les faits, ce que regrette votre Rapporteur. Cette assertion doit toutefois être tempérée en raison de l'adoption du dispositif prévu par l'article 126 de la loi de finances pour 2014, au terme duquel une sanction pécuniaire peut être prévue en cas de non-respect du délai de transmission de l'avis d'arrêt de travail par le fonctionnaire à son employeur, dans les trois fonctions publiques. Les décrets d'application, qui devraient fixer à 48 heures le délai de transmission, n'ont toutefois pas été encore été pris.

9 595 arrêts entrent dans le champ de l'expérimentation, soit 0,51 % du nombre d'arrêts saisis.

S'agissant du contrôle administratif, les résultats ne portent que sur le département du Rhône, seul département expérimentateur. Sur 1 221 contrôles, 126 absences au domicile ont été constatées, soit 10 % des contrôles diligentés.

S'agissant du contrôle médical, sur les 9 595 arrêts entrant dans le champ du contrôle :

– 4 488 arrêts n'ont pu être contrôlés. Les deux principales raisons sont les suivantes : arrêts échus à la date de réception de l'arrêt par les services du contrôle médical, absence des agents à la convocation du service médical ;

– 285 n'étaient pas médicalement justifiés le jour du contrôle, soit un taux d'arrêt non médicalement justifié de 2,97%.

S'agissant de la fonction publique hospitalière, 33 403 arrêts ont été saisis pour 13 035 fonctionnaires, dont 18 540 arrêts échus au moment de la saisie, soit 56 %.

S'agissant de la fonction publique territoriale, seules 4 collectivités territoriales ont saisi des arrêts⁽¹⁾. 19 784 arrêts ont ainsi été saisis pour 6 026 fonctionnaires, dont 12 925 arrêts échus au moment de la saisie, soit 65 %. Environ 1 400 arrêts maladies ont été signalés, au service du contrôle médical, donnant lieu à 700 contrôles pour lesquels il est apparu que 79 % étaient médicalement justifiés, 8 % non médicalement justifiés, le restant des agents n'ayant pu être contrôlés en raison de leur absence du domicile.

L'objectif à terme étant de généraliser cette procédure, l'année 2014 devrait être mise à profit pour identifier les difficultés susceptibles de contrecarrer cette perspective.

Se pose ainsi la question des moyens permettant à la CNAMTS d'effectuer ce contrôle. La généralisation de ce nouveau processus impliquerait la création de 75 emplois.

Le déclenchement du contrôle médical pouvant prendre appui sur l'analyse des dossiers médicaux des agents, se pose également la question de leur accès aux services de l'assurance maladie. Ces dossiers médicaux sont actuellement alimentés et conservés par les mutuelles. Il convient de prévoir des passerelles de transmission d'information.

Enfin, la question du délai de déclenchement des contrôles avant l'échéance de l'arrêt nécessite un fort investissement sur l'amélioration des systèmes informatiques.

Une fois ces obstacles levés, l'année 2015 devrait être mise à profit pour engager les trois fonctions publiques dans la voie de la généralisation.

Les informations transmises à votre Rapporteuse ne lui permettent pas de dresser un bilan exhaustif de cette expérimentation. Les données sont aujourd'hui incomplètes et l'ampleur du chantier, engagé avec détermination par les services de la DGAFP et la CNAMTS, est telle qu'il apparaît nécessaire de lever au préalable les obstacles administratifs et techniques. En effet, il ne semble pas que la CNAMTS dispose de tous les éléments permettant de déclencher les contrôles nécessaires. Votre Rapporteuse estime également indispensable de connaître les raisons pour lesquelles 5 collectivités territoriales ont souhaité ne pas poursuivre dans la voie de l'expérimentation.

Il semblerait souhaitable de prolonger la durée de l'expérimentation, notamment pour tenir compte des effets de la mise en place des sanctions pécuniaires pour non transmission des avis d'arrêt de travail dans le délai imparti,

(1) Conseil Général des Alpes-Maritimes, Mairie de Menton, Mairie de St-Malo, Conseil Général du Rhône.

et des mesures correctrices engagées et pour permettre à la CNAMTS de disposer de l'ensemble des moyens et des informations lui permettant d'effectuer cette nouvelle mission. Cette prolongation pourrait être mise à profit pour définir les modalités d'une véritable stratégie du contrôle, fondée sur le ciblage, plutôt que sur une méthode aléatoire, à l'instar de ce que la CNAMTS a mis en place avec ses observatoires locaux des indemnités journalières. L'exploitation de cette base de données facilite l'identification des déterminants de l'évolution des arrêts de travail et permet d'analyser si l'augmentation des arrêts était la conséquence mécanique d'une augmentation de la population active et de son vieillissement et/ou résultait d'autres facteurs. Le contrôle peut être adapté en conséquence.

*

* *

La Commission examine l'amendement AS6 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. J'ai évoqué cet amendement tout à l'heure. Il s'agit de prolonger de deux ans l'expérimentation du contrôle des congés maladie des agents des trois fonctions publiques par la CNAMTS, en reportant son terme au 31 décembre 2017.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle rejette l'article 7.

Article 8

Rétablissement de la journée de carence pour les agents publics civils et militaires en congé de maladie

L'article 8 prévoit de rétablir la journée de carence pour les agents publics civils et militaires en congé de maladie, cette disposition ne s'appliquant pas aux congés de longue maladie, de longue durée ou si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

I. LA SUPPRESSION DE LA JOURNÉE DE CARENCE PAR L'ACTUELLE MAJORITÉ

1. Les justifications avancées pour supprimer la journée de carence

La journée de carence applicable en cas de congé de maladie ordinaire pour maladie non professionnelle dans la fonction publique avait été instituée par la loi de finances pour 2012 ⁽¹⁾ à compter du 1^{er} janvier 2012.

(1) Article 105 de la loi n°2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

Introduit par l'Assemblée nationale sur l'initiative du Gouvernement en première lecture, l'article avait pour objet que les agents publics, en cas de congé maladie, ne perçoivent pas leur rémunération au titre du premier jour de ce congé.

Le délai de carence des agents publics ne s'appliquait pas dans les cas de congé de longue maladie, de congé de longue durée, d'incapacité professionnelle résultant, notamment, de blessures ou de maladie contractées ou aggravées du fait des activités de service ou d'accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Cette mesure d'équité a ensuite été abrogée par la nouvelle majorité politique dans le cadre de la loi de finances pour 2014 ⁽¹⁾.

Deux raisons ont été avancées pour justifier l'abrogation de cette disposition.

L'instauration du délai de carence n'aurait pas permis de réduire significativement l'absentéisme dans la fonction publique, les données disponibles entre 2011 et 2012 n'ayant pas montré de recul significatif généralisé des arrêts de courte durée.

L'autre raison tenait à l'existence d'une neutralisation des journées de carence applicables aux salariés du secteur privé. L'étude d'impact souligne ainsi que « 64 % des salariés et 75 % de ceux relevant d'entreprises de plus de 250 salariés bénéficient d'une couverture complémentaire aux prestations du régime de base obligatoire prévoyant, sur la base de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, la neutralisation du délai de carence ».

Faute de vouloir maintenir le jour de carence, la majorité a décidé de se concentrer sur le contrôle médical et administratif au moyen de l'expérimentation.

2. Un bilan pourtant prometteur

L'actuelle majorité politique fait fi du bilan pourtant prometteur de l'instauration de la journée de carence.

● Selon les dernières données transmises à votre Rapporteuse, « *il n'est pas mis en évidence de recul significatif généralisé des arrêts de courte durée, suite à l'instauration, au 1^{er} janvier 2012, du jour de carence dans la fonction publique : dans les trois versants de la fonction publique confondus, la proportion d'agents en arrêt court est restée stable à 1,0 %. À noter qu'elle est passée de 1,0 % à 0,9 % dans la fonction publique d'État, et qu'elle est restée stable dans la fonction publique hospitalière à 0,7 % et dans la fonction publique territoriale à 1,2 %.* »

(1) Article 126 de la loi n°2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014.

Il est permis de penser que l'instauration du jour de carence a eu un certain effet sur l'absentéisme occasionné par les arrêts de courte durée. Plusieurs études tendent à accréditer de cette thèse.

Une étude menée par le groupe Sofaxis auprès de la fonction publique hospitalière et territoriale a révélé qu'en 2012 **a été observée une baisse du nombre des congés maladies de courte durée, soit** un recul de plus de 43 % dans la fonction publique territoriale et de 40 % dans la fonction publique hospitalière :

– l'étude relative à la fonction publique territoriale ⁽¹⁾ révèle que le nombre d'arrêts d'un jour a diminué de 43,2 % entre 2011 et 2012, ceux de deux jours de 18 % et de 12 % pour ceux de trois jours sur la même période ;

– pour la fonction publique hospitalière ⁽²⁾, il apparaît que le nombre d'arrêts d'un jour a diminué de 40,6 % entre 2011 et 2012, ceux de deux jours de 31,6 % et de 16,3 % pour ceux de trois jours sur la même période. La même étude souligne en outre que ces arrêts représentent près du quart de l'ensemble des arrêts maladie.

La Fédération hospitalière de France a communiqué en février 2013 sur les effets du jour de carence sur l'absentéisme de courte durée. Une diminution de l'ordre de 3 à 7 % avec des maximas autour de 20 % aurait été constatée.

La direction générale de l'offre de soins a lancé en octobre 2012 une enquête Flash auprès d'un échantillon de 21 établissements représentant différentes catégories et régions. Sur les 14 ayant répondu sur l'évolution du taux d'absentéisme entre 2011 et 2012, 6 ont indiqué qu'ils avaient constaté une baisse du taux d'absentéisme sur les arrêts de courte durée.

Enfin, pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, la journée de carence a eu pour effet de diminuer de 24,5 % le nombre d'arrêts de moins de 6 jours et de 19,5 % le nombre de jours d'arrêts de moins de 6 jours entre 2011 et 2013.

● Parmi les arguments souvent invoqués pour supprimer la journée de carence dans la fonction publique, figure l'effet induit sur la durée des arrêts de travail. L'application de la journée de carence, qui se traduit par une perte réelle de rémunération, pousserait les agents publics à « rentabiliser » leur arrêt par une durée plus longue.

Cette assertion est doublement choquante. Elle accrédite tout d'abord l'idée selon laquelle le comportement des agents publics ne serait mu que par un calcul économique faisant fi de leur dévouement à leurs tâches. Elle mériterait

(1) *Analyse et conjoncture*, « Absences au travail pour raison de santé dans les collectivités territoriales en 2012 », Sofcap, Groupe Sofaxis, novembre 2013.

(2) *Analyse et conjoncture*, « Absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers en 2012 », Sofcah, Groupe Sofaxis, décembre 2013.

d'être étayée par des données objectives tout en tenant compte de l'augmentation tendancielle de la durée des arrêts de travail.

Aucune donnée statistique ne permet, à ce jour, de mesurer cette hausse tendancielle pour la fonction publique. Toutefois, selon Sofaxis, la durée des arrêts de travail ne cesserait d'augmenter depuis 2007, en particulier en accidents du travail tant pour la fonction publique hospitalière que pour la fonction publique territoriale. Les statistiques de la CNAMTS corroborent cette tendance s'agissant des salariés du régime général, puisque la durée moyenne des arrêts est de 29,7 jours en 2008 contre 32,3 en 2012. Sur la même période, s'il est constaté une diminution des arrêts inférieurs à 8 jours (-5,1 %), on peut noter une hausse des arrêts supérieurs à 8 jours (+3,2 %), notamment ceux supérieurs à 15 jours (+4,8 %).

● **Enfin, l'effet de l'instauration de la journée de carence sur le fonctionnement des structures publiques ne saurait être écarté.**

Les arrêts dans la grande majorité des cas sont justifiés mais il n'en demeure pas moins vrai que l'absentéisme répétitif, de courte durée, pèse sur l'organisation des structures et se traduit par un report de la charge sur les autres agents en activité. Il est générateur de tension tant pour les équipes que pour le personnel d'encadrement. C'est notamment vrai pour les structures hospitalières qui fonctionnent 24 heures sur 24 heures et toute l'année. La mise en place de la journée de carence peut ainsi permettre de contrecarrer ces effets induits.

On ne saurait non plus négliger le fait que l'absentéisme répétitif est un des indicateurs de la démotivation professionnelle. Il est ainsi le révélateur d'un mal-être, d'une organisation ou d'un management peu satisfaisants pour les agents. À cet égard, l'instauration de la journée de carence ne dispense pas les organisations publiques de mieux appréhender la réalité des conditions de travail des agents et les stratégies qu'il convient d'adopter pour les améliorer. La recherche de la performance des politiques publiques, gage d'efficacité de la dépense publique, n'est pas contradictoire avec l'instauration de rapports de confiance entre agents publics ou avec la reconnaissance du travail accompli.

II. L'ÉQUITÉ ENTRE SECTEUR PUBLIC ET SECTEUR PRIVÉ DOIT ÊTRE RECHERCHÉE

Le rétablissement de la journée de carence s'inscrit dans un contexte d'absentéisme non négligeable dans la fonction publique. Il permettrait à la fois de disposer de marges de manœuvres alors que le budget de l'État est contraint tout en instaurant une équité entre secteur public et secteur privé.

1. L'absentéisme dans les fonctions publiques

Selon les données transmises à votre Rapporteur par la DGAFP, l'absentéisme pour raison de santé en 2012 dans les services de l'administration

centrale et les services déconcentrés des ministères⁽¹⁾ s'élève en moyenne à 12,3 jours par agent, dont 7 jours pour maladie ordinaire. Pour mémoire, en 2003, le nombre moyen de jours d'absence par agent s'élevait à 13.

Dans la fonction publique territoriale, les informations portées à la connaissance de votre Rapporteur font état d'une moyenne de 21,7 jours en 2011 d'absence pour raison de santé contre 20,6 jours en 2009.

Dans la fonction publique hospitalière, en 2008, les agents se sont arrêtés 16,3 jours en moyenne pour raison de santé.

Votre Rapporteur ne dispose pas de données similaires pour le secteur privé. Toutefois, selon le baromètre de l'absentéisme 2013 du groupe de conseil Alma consulting, l'absentéisme en France représenterait 16,6 jours d'absence par salarié en 2012, en augmentation de 18 % par rapport à l'année précédente, le premier facteur étant l'état de santé.

Votre Rapporteur souligne toutefois que ces données doivent être prises avec précaution. La DGAFP indique ainsi que *« l'analyse de l'absentéisme au travail pour raison médicale à partir des sources d'information de type administratif se heurte à de multiples difficultés : les définitions retenues, les champs d'investigation, les producteurs de données, les calendriers de collecte d'informations et ceux de publication sont hétérogènes et non coordonnés. Les comparaisons entre versants de la fonction publique et avec le secteur privé sont dès lors délicates à réaliser »*.

2. La recherche d'une certaine équité

Votre Rapporteur ne méconnaît pas les différences de régimes. Une comparaison attentive entre les régimes applicables aux salariés du secteur privé et aux agents publics montre qu'il ne serait pas judicieux d'aligner complètement le secteur public sur le secteur privé. L'instauration d'une journée de carence pour les agents publics se traduit par une perte d'un trentième de la rémunération perçue sans compensation financière, ce que votre Rapporteur n'ignore pas. Il n'est donc pas envisageable d'instaurer trois jours de carence sans aucune mesure de neutralisation.

Néanmoins, l'instauration d'une seule journée de carence serait de nature à favoriser une certaine équité dans la prise en charge des arrêts entre privé et public.

Rappelons qu'au terme du droit en vigueur, le fonctionnaire en congé de maladie ordinaire perçoit son traitement indiciaire en intégralité pendant 3 mois à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail. Pendant les 9 mois suivants, le traitement indiciaire est réduit de moitié.

(1) Hors ministères de l'agriculture, du travail et de la justice qui n'ont à ce stade pas répondu et hors militaires de la défense pour lesquels les informations n'ont pas été transmises.

A contrario, les salariés du secteur privé se voient appliquer trois journées de carences, la perte de rémunération pouvant être couverte par une prise en charge obligatoire par l'assurance-maladie et l'employeur travail ainsi qu'à titre facultatif par l'assurance complémentaire.

Par ailleurs, la prise en charge obligatoire des salariés du secteur privé ne s'applique pas dans les mêmes proportions. Alors que pour un fonctionnaire, le traitement est maintenu dans son intégralité pendant les trois premiers mois, les salariés du secteur privé ne perçoivent pas l'intégralité de leur rémunération. Pour les mois suivants, comme le relève une étude menée par l'IRDES ⁽¹⁾, la prise en charge décroît avec la durée de l'arrêt de travail : « *aux 4^e, 5^e, 6^e et 7^e jours d'absence, 75 % des établissements déclarent que les salariés sont couverts totalement et 17 % déclarent qu'ils sont pris en charge partiellement contre respectivement 70 % et 22 % aux 40^e et 41^e jours d'absence (...) Enfin, aux 70^e et 71^e jours d'absence, environ 57 % des établissements déclarent que les salariés sont pris en charge totalement et 29 % déclarent une prise en charge partielle* »

Enfin, lorsqu'elle existe, la prise en charge facultative par les indemnités complémentaires ne couvre pas l'intégralité des salariés. **Cette neutralisation systématique ne doit pas donc pas être surestimée**, votre Rapporteuse tenant à souligner **qu'un peu plus d'un tiers des salariés** du secteur privé ne bénéficie pas d'une prise en charge partielle ou totale. En outre, la prise en charge est variable selon la taille des entreprises et la catégorie socio-professionnelle comme le relève l'étude menée par l'IRDES.

(1) Marc Perronin, Aurélie Pierre et Thierry Rochereau, « L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009 », *Les rapports de l'IRDES*, n° 554, juillet 2012.

La prise en charge pour les salariés du secteur privé

- Aux termes des articles L. 321-1 et R. 323-1 à R. 323-12 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie prend en charge les indemnités journalières à partir du quatrième jour d'arrêt de travail. L'indemnité journalière est égale à 50 % du salaire journalier de base. Celui-ci est calculé sur la moyenne des salaires des trois derniers mois travaillés précédant l'arrêt de travail, ou des douze mois en cas d'activité saisonnière ou discontinuée, pris en compte dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur ⁽¹⁾.
- Aux termes de l'article L. 1226-1 et des articles D. 1226-1 à 1226-8 du code du travail, l'employeur est tenu de verser une indemnité complémentaire consistant à maintenir un niveau de rémunération à compter du huitième jour d'arrêt, pendant une durée variable selon l'ancienneté. Cette obligation s'applique aux salariés ayant déjà un an d'ancienneté :
 - pour un salarié ayant entre 1 et 5 ans d'ancienneté, 90 % de sa rémunération brute est versée pendant les trente premiers jours de l'arrêt, l'indemnisation étant portée à 66,66 % pour les trente jours suivants ;
 - pour un salarié ayant au moins 31 ans d'ancienneté, 90 % de sa rémunération brute est versée pendant les quatre-vingt-dix premiers jours de l'arrêt, l'indemnisation étant portée à 66,66 % pour les quatre-vingt-dix jours suivants.
- Enfin, des indemnités supplémentaires peuvent être versées au salarié en complément des prestations obligatoires, le total ne pouvant pas être supérieur au salaire brut perçu au moment de l'arrêt de travail.

Cas d'un salarié dont l'ancienneté dans l'entreprise est comprise entre 1 et 5 ans, et dont la convention collective ne prévoit pas de disposition particulière concernant les obligations de l'employeur au titre de la mensualisation.

Source : Centre technique des institutions de prévoyance, <http://www.ctip.asso.fr/garanties/incapacite/la-garantie-incapacite-de-travail>.

3. Des marges de manœuvre bienvenues

Dans un contexte économique contraint, et alors que le Gouvernement est en quête de gisements d'économie, le rétablissement de la journée de carence peut permettre de retrouver des marges de manœuvre.

Dans le cadre du projet de loi de finances pour 2014, la suppression du délai de carence a représenté un coût de masse salariale estimé pour l'État à 60,8 millions d'euros, 63,5 millions d'euros dans la fonction publique hospitalière et 40 millions d'euros dans la fonction publique territoriale.

Les derniers éléments transmis à votre Rapporteuse corroborent ces chiffres pour la fonction publique d'État et la fonction publique hospitalière comme le souligne le tableau ci-après.

(1) Soit 2 601,68 euros au 1^{er} janvier 2014.

ESTIMATION DES ÉCONOMIES RÉALISÉES EN 2012 AVEC L'INSTAURATION DE LA JOURNÉE DE CARENCE DANS LA FONCTION PUBLIQUE

	Nombre de journées de carences prélevées	Nombre d'agents concernés	Montant des sommes retenues (M€)
Fonction publique d'État (*)	500 000	755 000	60,84
Fonction publique hospitalière (**)	595 652	372 392	55,25
Fonction publique territoriale	n.c.	n.c.	n.c.

(*) Source : DGAFP

(**) Source : DHOS : projection réalisée à partir de données collectées auprès de 323 établissements de santé

III. LE DISPOSITIF ENVISAGÉ

L'article 8 prévoit de rétablir la journée de carence pour les agents publics civils et militaires en congé de maladie dans la rédaction issue de la loi de finances pour 2012.

Le champ d'application de l'amendement s'applique aux fonctionnaires de l'État, hospitaliers et des collectivités territoriales ainsi qu'aux agents publics non titulaires. La circulaire d'application relative à la journée de carence prévue par la loi de finances pour 2012 précisait ainsi les catégories de personnels concernés ⁽¹⁾ :

- Les fonctionnaires, stagiaires et titulaires, relevant de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 ;
- l'ensemble des agents publics non titulaires régis par les dispositions du droit public. Cette catégorie inclut les agents de l'État ⁽²⁾, des collectivités territoriales ⁽³⁾ et des établissements hospitaliers ⁽⁴⁾ recrutés sur contrat à durée déterminée ou indéterminée ;
- certains personnels mentionnés à l'article L. 6152-1 du code de la santé publique ⁽⁵⁾, les internes et, étudiants en médecine et en pharmacie ainsi que les ouvriers de l'État ⁽¹⁾ ;

(1) *Circulaire du 24 février 2012 du ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État / ministère de la fonction publique.*

(2) *Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'État pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.*

(3) *Décret n° 88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents non titulaires de la fonction publique territoriale.*

(4) *Décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.*

(5) *Il s'agit des personnels exerçant leur activité dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel, assistants des hôpitaux, praticiens attachés, etc...).*

- les magistrats régis par l'ordonnance n° 58-1270 du 22 décembre 1958 portant loi organique relative au statut de la magistrature ;
- les personnels militaires relevant du code de la défense ;
- les maîtres contractuels ou agréés à titre provisoire ou définitif, des établissements d'enseignement privé sous contrat avec l'État

Cette disposition ne s'applique qu'aux congés de maladie ordinaires. Sont ainsi exclus :

- les congés de longue maladie et de longue durée ;
- les congés maladie provenant d'une des causes exceptionnelles mentionnées à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite. Il s'agit ainsi des infirmités résultant de blessures ou de maladie contractées ou aggravées soit en service, soit en accomplissant un acte de dévouement dans un intérêt public, soit en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes ;
- les congés maladie provenant d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions.

Dans le cadre de l'instauration de la journée de carence en 2012, le maintien du traitement était effectif à partir du deuxième jour du congé maladie ordinaire. On entend par traitement, la rémunération principale, les primes et indemnités qui suivent le sort du traitement, y compris l'indemnité de résidence, la nouvelle bonification indiciaire, les majorations et indexations outre-mer et les autres primes et indemnités versées aux fonctionnaires, à l'exclusion notamment des indemnités représentatives de frais, des heures supplémentaires, des indemnités qui impliquent un service fait et des avantages en nature.

En revanche, le supplément familial de traitement n'entre pas dans l'assiette de la retenue du jour de carence.

*

* *

La Commission rejette l'amendement rédactionnel AS7 de la rapporteure.

Puis elle examine l'amendement AS9 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Cet amendement permet de soustraire à l'application de la journée de carence les personnes dont l'état de santé nécessite de recevoir des soins dans un établissement de santé.

(1) Personnels soumis aux dispositions du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle rejette l'article 8.

Après l'article 8 : Rapport relatif à la mise en place du temps partiel thérapeutique dans la fonction publique hospitalière

La Commission est saisie de l'amendement AS10 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Aujourd'hui, les agents publics peuvent se voir accorder un temps partiel thérapeutique après six mois consécutifs de congé de maladie pour une même affection ou après un congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions. Dans le cas particulier de la fonction publique hospitalière, la mise en place de ce temps partiel thérapeutique peut être retardée par la réunion parfois tardive du comité médical ou de la commission de réforme compétent, qui entraîne un retour tardif des agents concernés. Cet amendement propose d'évaluer les conditions dans lesquelles la mise en place du temps partiel thérapeutique peut être subordonnée au seul double avis conforme du médecin traitant et du médecin du travail.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle rejette l'ensemble de la proposition de loi.

En conséquence, en application de l'article 42 de la Constitution, la discussion en séance publique se déroulera sur la base du texte initial de la proposition de loi.

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte adopté par la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 133-5-3. – I. – Tout employeur de personnel salarié ou assimilé, à l'exception des employeurs de salariés mentionnés aux articles L. 1271-1 du code du travail et L. 531-5 du présent code, peut adresser à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative établissant pour chacun des salariés ou assimilés le montant des rémunérations versées au cours du mois précédent, les dates d'arrivée et de départ, de suspension et de reprise du contrat de travail ainsi que la durée du travail. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>.....</p>	<p>Proposition de loi relative aux arrêts de travail et aux indemnités journalières</p> <p>Article 1^{er}</p> <p>Le Gouvernement remet au Parlement avant le 31 décembre 2014 un rapport d'évaluation du coût supplémentaire induit par une extension de la couverture des arrêts de travail liée à la maladie pour les assurés n'atteignant pas le plafond requis du nombre d'heures travaillées ou ayant une durée d'affiliation trop courte.</p> <p>Article 2</p> <p>À la première phrase du I de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, après le mot : « précédent, », sont insérés les mots : « en distinguant les indemnités journalières complémentaires versées au titre du dispositif légal et celles versées au titre d'un accord de branche ou d'entreprise, ».</p>	<p>La commission n'a pas adopté de texte</p>
<p>Art. L. 315-1. – I. – Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et</p>	<p>Article 3</p>	<p>Article 3</p>

Dispositions en vigueur

L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

II. – Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en oeuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.

Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures. Le rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné. Au vu de ce rapport, ce service :

1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;

2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré.

.....

Texte de la proposition de loi

La première phrase du troisième alinéa du II de l'article L. 315-1 du même code est complétée par les mots : « en excluant le samedi, le dimanche et les jours fériés ».

Texte adopté par la Commission

Art. L. 315-1. – II. – **Cf supra**

Article 4

Après le premier alinéa du II de l'article L. 315-1 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la durée prescrite de l'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard du référentiel élaboré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en application de l'article L. 161-39 et au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, dans des conditions fixées par décret, lorsqu'une des obligations administratives définies à l'article L. 323-6 n'a pas été respectée, le service médical de l'assurance maladie procède à l'évaluation thérapeutique de l'arrêt. »

Article 4

Article 5

Art. L. 315-2-1. – Si, au vu des dépenses présentées au remboursement ou de la fréquence des prescriptions d'arrêt de travail, le service du contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré ou à un bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles dans les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer l'intéressé. Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'intéressé, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont transmises à l'assuré ou au bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, par le médecin choisi par celui-ci, lorsque ces recommandations sont établies conjointement ou, à défaut, par le service du contrôle médical.

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 315-2-1 du même code, les mots : « peut convoquer » sont remplacés par le mot : « convoque ».

Article 5

Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Art. L. 323-4-1. – Au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin conseil en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix.

Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010

Art. 91. – Afin d'harmoniser les règles et modalités de contrôle des assurés se trouvant dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre le travail, le contrôle des arrêts de travail dus à une maladie d'origine non professionnelle des personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat est confié, à titre expérimental et par dérogation à l'article 35 de la même loi, aux caisses primaires d'assurance maladie et aux services du contrôle médical placés près d'elles

Cette expérimentation s'applique aux arrêts prescrits pour une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée.

.....
IV. – L'expérimentation prévue au présent article prend effet à compter de la signature de la convention prévue au dernier alinéa du I et s'achève au 31 décembre 2015. Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation, au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation.
.....

Article 6

À la première phrase de l'article L. 323-4-1 du même code, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « deux ».

Article 6

Article 7

Article 7

À la première phrase du IV de l'article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, les mots : « et s'achève au 31 décembre 2017 » sont remplacés par les mots : « pour une durée de quatre ans ».

Article 8

Hormis les cas de congé de longue maladie, de congé de longue durée ou si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, les agents publics civils et militaires en congé de maladie, ainsi que les salariés dont l'indemnisation du congé de maladie n'est pas assurée par un régime obligatoire de sécurité sociale, ne perçoivent pas leur rémunération au titre du premier jour de ce congé.

Article 8

ANNEXE :
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Sofaxis** – M. Marc Jeannin, directeur général et M. Pierre Souchon, directeur du département ingénierie services
- **Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)** – M. Christian Poinboeuf, directeur des ressources humaines, M. Éric Chollet, directeur d'hôpital, chef du département de la gestion des personnels, et Mme Léopoldine Robitaille, directeur d'hôpital, chef du département contrôle de gestion et prévision
- **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) – Service Information sur la performance des établissements de santé** – M. Roman Pourcher, responsable du pôle analyse des données et indicateurs de performance et Mme Élise Kayser, statisticienne, pôle analyse des données et indicateurs de performance
- **Symphonia Conseil** – M. Christian Gourmelon, associé
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général et M. Olivier de Cadeville, directeur délégué aux opérations
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – Mme Christine Gardel, adjointe à la sous-direction des ressources humaines du système de santé, représentant M. Jean Debeaupuis, directeur général et M. Clément Corriol, adjoint à la MEIMMS (Mission études d'impact métiers et masse salariale)
- **Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)** – Mme Marie Christine Germain, directrice générale adjointe en charge des ressources humaines et du dialogue social

➤ Audition commune :

Caisse primaire d'assurance maladie de la Marne – Mme Liliane Ropars, directrice, directrice coordinatrice gestion du risque pour la région Champagne-Ardenne et Mme Berquet, sous directrice de la direction du Service

Caisse primaire d'assurance maladie de Bayonne – M. Alain Brousse, directeur, Mme Véronique Toulouse, sous directrice en charge de la production et de la régulation et Mme Julie Chapron, chef du projet mission indemnités journalières

➤ Table ronde :

Direction générale des collectivités locales (DGCL) – M. Christophe Peyrel, sous-directeur des élus locaux et de la fonction publique territoriale

Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) – Mme Marie-Anne Lévêque, directrice générale, M. Pierre Coural, chef de service de la DGAFP et M. Sébastien Clausener, chef du bureau des politiques sociales, de la santé et de la sécurité au travail

➤ **Fédération hospitalière de France** – M. Gérard Vincent, délégué général, et Mme Marie Houssel, adjointe au responsable du pôle ressources humaines