



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

congé de maladie

Question écrite n° 44215

Texte de la question

M. René-Paul Victoria attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur le contrôle des arrêts maladie émis par les médecins. Confrontées à une augmentation importante du nombre d'indemnités journalières relatives à des arrêts de travail, les caisses primaires d'assurance maladie de certains départements ont mis en oeuvre une procédure dite de « ciblage » des médecins prescripteurs les plus importants et des salariés le plus fréquemment arrêtés. Certains praticiens ont ainsi été convoqués, d'autres ont reçu la visite d'un délégué et certains ont reçu un courrier d'information circonstancié. Par ailleurs, certains salariés ayant bénéficié d'arrêts de travail sans pour autant être malades ont dû recevoir des enquêteurs de la CPAM, qui se réservent la possibilité de sanctionner les salariés fraudeurs. Il lui demande, d'une part, de préciser les règles applicables à la fraude à la réglementation sur les arrêts du travail, d'autre part, de lui fournir un bilan précis des contrôles menés. Aussi, il souhaiterait savoir si le Gouvernement entend généraliser cette procédure qui permet de réserver aux salariés qui en ont réellement besoin le bénéfice des arrêts de travail.

Texte de la réponse

La lutte contre les gaspillages et les fraudes est une préoccupation du Gouvernement et de l'assurance maladie. Les arrêts de travail font partie intégrante de cette démarche. Le service du contrôle médical est légitime, en vertu du II de l'article L. 315-1 et de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, à convoquer et examiner un assuré en arrêt de travail. Les enquêteurs de la caisse primaire peuvent également, en ce qui concerne les problématiques administratives, être amenés à les entendre ou les visiter conformément à l'article L. 114-10 du même code. À l'issue de ces investigations, le législateur a prévu, outre les actions traditionnelles de récupération d'indu, pénales ou ordinaires, des sanctions administratives dédiées notamment aux articles L. 323-6 et L. 162-1-14 ou encore un dispositif de mise sous accord préalable des forts prescripteurs à l'article L. 162-1-15. Les contrôles concernant les assurés sociaux se divisent en trois catégories : le contrôle systématique au 45e jour d'arrêt soit sur pièce, soit par un examen de la personne ; le contrôle des arrêts d'une durée inférieure à 45 jours qui font l'objet de ciblage sur la base de critères spécifiques ; enfin, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) travaille à la mise en place de contrôles des arrêts de travail basés sur des pathologies déterminées, notamment celles « à risque de désinsertion sociale ». Le service du contrôle médical de l'assurance maladie a contrôlé près de 1,6 million d'arrêts de travail (contre 1 250 000 en 2007) soit près de 230 000 arrêts de courte durée et près de 1,4 million d'arrêts de longue durée. Sur les contrôles réalisés sur les arrêts de courtes durées, 13 % ont été considérés comme non justifiés et le versement des indemnités journalières stoppé. Par ailleurs, près de 400 000 arrêts de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle ont également été contrôlés en 2008. L'ensemble de ces contrôles a été à l'origine de 264 millions d'euros d'économies selon le bilan 2008 de la lutte contre la fraude établi par l'assurance maladie en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale. On ajoutera à ces trois catégories de contrôle l'expérimentation introduite par l'article 103 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui instaure une nouvelle procédure de suspension des indemnités journalières (IJ) suite à la réception par le service médical d'un avis du médecin contrôleur mandaté par l'employeur. Cette expérimentation, menée sur onze

départements, a fait l'objet d'une évaluation positive et sera généralisée cette année. En ce qui concerne les prescripteurs, l'assurance maladie peut soumettre à l'accord préalable du service médical, pendant une durée déterminée, toutes les prescriptions d'IJ des médecins repérés pour avoir des niveaux de prescriptions d'IJ nettement supérieurs à la moyenne des confrères de la même région. 349 procédures ont été engagées depuis 2005, dont 146 en 2008 pour une économie de 47,7 MEUR depuis 2005 dont 13,3 MEUR en 2008. Enfin, la CNAMTS a engagé, depuis l'an dernier, une action nationale d'envergure destinée à repérer et sanctionner les comportements spécifiques de fraude, qu'ils soient commis par les assurés, les prescripteurs ou les employeurs, voire une multitude d'acteurs agissant en bande organisée. Dans ce cadre, la caisse primaire peut être amenée à entendre, éventuellement par le biais de son service médical, des assurés dans le cadre des dispositions déjà mentionnées. En cas de fraude avérée, outre les mesures déjà citées, les organismes locaux peuvent naturellement être amenés à déposer des plaintes pénales ou ordinaires. Ce contrôle spécifique à la fraude est en cours de réalisation et les résultats sont attendus pour la fin de l'année. L'assurance maladie a également mis en place des actions de communication à destination des assurés, employeurs et prescripteurs, voire même d'accompagnement par la caisse ou le service médical pour ces derniers. C'est donc un dispositif complet de contrôle, mais aussi d'accompagnement qui se met en place depuis plusieurs années. Piloté au niveau national, il est coordonné et homogène sur le territoire et s'accompagne d'un dispositif juridique, solide. Le Gouvernement reste vigilant à la poursuite des efforts en la matière.

Données clés

Auteur : [M. René-Paul Victoria](#)

Circonscription : Réunion (1^{re} circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 44215

Rubrique : Travail

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 10 mars 2009, page 2258

Réponse publiée le : 13 juillet 2010, page 7932