



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

indemnités journalières

Question écrite n° 82920

Texte de la question

M. Jean-Luc Prél interroge M. le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État sur les conditions pour bénéficier des indemnités journalières de l'assurance maladie. Les dépenses d'indemnités journalières d'assurance maladie augmentent de manière importantes au delà du taux de l'ONDAM. Compte tenu du déficit de l'assurance maladie, il est nécessaire de veiller à leur justification. Cependant, les conditions d'accès sont restrictives et définies à l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale. L'assuré social doit justifier que le montant des cotisations perçues est au moins égal au montant des cotisations dues pour un salaire égal à 1015 fois la valeur du salaire minimum de croissance au premier jour de la période de référence ou qu'il ait effectué au moins 200 heures de travail salarié ou assimilé au cours des trois mois civils ou des quatre-vingt-dix jours précédents. Les conditions sont également restrictives lorsque l'arrêt de travail se prolonge au delà du sixième mois. Or, en raison des difficultés du marché de l'emploi, il est fréquent qu'un salarié ne puisse justifier que de 185 heures de travail sur trois mois. Nombre d'assurés sociaux ont pourtant payé des cotisations mais ne totalisent pas le nombre d'heures requis et par conséquent n'ont pas droit aux indemnités journalières. C'est pourquoi il lui demande si le Gouvernement envisage de revoir les conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces ainsi que la mise en place d'un revenu de remplacement en contrepartie des cotisations versées.

Texte de la réponse

Aux termes de l'article L. 313-1 du code de la sécurité sociale, l'assuré doit justifier, pour ouvrir droit aux indemnités journalières de l'assurance maladie maternité, d'un montant de cotisations ou d'une durée minimale d'activité au cours d'une période de référence donnée. Ainsi, pour les indemnités journalières de moins de six mois, l'assuré doit justifier, à la date de l'interruption de travail : soit d'un montant minimal de cotisations au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations perçues pendant les six mois civils précédents ; soit d'au moins deux cents heures de travail salarié ou assimilé au cours des trois mois civils ou des quatre-vingt-dix jours précédents. Pour ouvrir droit aux indemnités journalières de plus de six mois, l'assuré doit justifier, à la date d'interruption de travail : de douze mois d'immatriculation en tant qu'assuré social ; de huit cents heures travaillées au cours des douze mois précédent l'arrêt de travail, dont deux cents heures pendant les trois premiers mois ; ou d'un montant minimal de cotisations au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations perçues pendant les six premiers mois. La législation actuelle subordonne donc le droit aux indemnités journalières maladie à la justification d'une activité professionnelle suffisante. S'agissant d'un droit contributif qui ouvre des avantages pour une période d'au moins six mois, le principe d'une condition minimale de travail avant ouverture des droits n'apparaît pas illégitime. Il est d'ailleurs souligné que le minimum de deux cents heures d'activité requis pour une période de trois mois est faible puisqu'il correspond à un peu moins de six semaines de travail à temps plein sur un trimestre ou bien encore à l'équivalent de trois heures travaillées par jour pour une semaine de six jours ouvrables. Il faut en outre rappeler que ces règles sont doré et déjà aménagées pour les salariés exerçant une profession à caractère saisonnier ou discontinu de façon à leur donner la possibilité de valider les conditions de salaire ou d'activité sur

une période plus longue (douze mois). Un décret en Conseil d'État du 22 octobre 2008 a permis d'étendre ces dispositions aux salariés rémunérés par chèque emploi-service universel, leur condition d'emploi ne garantissant pas une activité régulière sur l'ensemble de l'année. Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 comporte une disposition visant à permettre la totalisation des périodes travaillées ou des cotisations versées au titre des différents régimes obligatoires d'assurance maladie maternité auxquels un assuré a été affilié au cours de sa carrière professionnelle. Ainsi, un assuré qui change de régime d'affiliation n'est plus pénalisé en arrivant dans un nouveau régime : pour le calcul de l'ouverture du droit aux prestations, il est pris en compte les périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de travail effectuées dans le cadre d'un régime différent.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Luc Prével](#)

Circonscription : Vendée (1^{re} circonscription) - Nouveau Centre

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 82920

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Budget, comptes publics et réforme de l'État

Ministère attributaire : Travail, emploi et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 6 juillet 2010, page 7446

Réponse publiée le : 8 novembre 2011, page 11863