



N° 208

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 27 septembre 2017.

PROPOSITION DE LOI

relative aux arrêts de travail et aux indemnités journalières,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Béregère POLETTI, Virginie DUBY-MULLER, Bernard PERRUT, Jean-Pierre DOOR, Véronique LOUWAGIE, Patrick HETZEL, Annie GENEVARD, Guy TEISSIER, Marianne DUBOIS, Pierre MOREL-À-L'HUISSIER, Laure de LA RAUDIERE, Gérard CHERPION, Éric STRAUMANN, Julien AUBERT, Dino CINIERI, Claude de GANAY, Damien ABAD, Gilles LURTON, Michel HERBILLON, Patrice VERCHERE, Thierry SOLERE, Geneviève LEVY, Claude GOASGUEN, Frédéric REISS, Philippe GOSSELIN, Marie-Christine DALLOZ, Marc LE FUR, Valérie BOYER,

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Après trois mois d'auditions et avec l'assistance de la Cour des comptes, la MECSS a adopté le 23 avril, un rapport sur les arrêts de travail et les indemnités journalières [à l'unanimité de ses membres présents].

Les dépenses occasionnées par les indemnités journalières du régime général sont loin d'être négligeables. En 2011, les IJ maladie se sont élevées à 6,3 milliards d'euros et les IJ accidents du travail-maladies professionnelles à 2,5 milliards, soit un total de presque 9 milliards d'euros. Si on comptabilise les IJ du régime agricole et du régime des indépendants, on atteint 9,5 milliards d'euros.

Mais c'est surtout une dépense dynamique, les seules IJ maladie du régime général ont progressé de 47 % entre 2000 et 2010 passant de 4,3 milliards d'euros à 6,3 milliards d'euros.

Cette progression résulte de plusieurs facteurs :

- le vieillissement de la population ; les statistiques sont formelles, la durée moyenne des arrêts maladie s'accroît avec l'âge ;

- les mauvaises conditions de travail ;

- la densité des praticiens.

A contrario, de mauvaises conditions économiques et un contrôle accru des assurés et des praticiens freinent le rythme des dépenses.

Au fil des auditions, la mission a pu constater que cette dépense était insuffisamment maîtrisée. Elle a relevé, également, que la réglementation des arrêts de travail liée à la maladie n'était plus adaptée aux évolutions du monde du travail et mériterait d'être simplifiée et évaluée. Enfin, les contrôles exercés par l'assurance maladie, s'ils existent, sont trop peu sélectifs.

La mission fait 24 préconisations afin de mettre en place un dispositif plus juste qui passe à la fois par une réglementation plus protectrice privilégiant la santé au travail et la réinsertion professionnelle et par l'amélioration de la couverture des salariés. Par ailleurs, elle préconise un contrôle plus efficace.

Il est souhaitable d'insister sur trois points qui semblent particulièrement importants : la complexité et l'inégalité de la prise en charge des arrêts de travail, la connaissance partielle du coût total représenté par les dépenses d'indemnités journalières et les lacunes du contrôle.

S'agissant du premier point, la complexité, l'hétérogénéité et l'inégalité de la réglementation des arrêts de travail nécessitent de simplifier et de rationaliser le dispositif.

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. Au sein du secteur privé, pour les travailleurs salariés, deux conditions coexistent pour pouvoir prétendre au versement d'une indemnité journalière en cas de maladie : un plafond d'heures travaillées ou une durée minimale de cotisations. Or, ces deux conditions excluent de fait une partie des salariés, déjà en situation précaire, comme ceux travaillant à temps partiel ou en intérim. Ainsi, selon la Cour des comptes, ce serait de 20 % à 30 % de la population salariée qui ne serait pas couverte. On ne peut que s'interroger sur cette situation.

Il est souhaitable de réfléchir à une extension de la couverture afin de l'adapter à l'évolution du marché du travail et de faire procéder, au préalable, à une évaluation de la dépense supplémentaire induite par cette extension.

Deuxième point, la mission a découvert avec étonnement qu'il lui était impossible de chiffrer le coût total représenté par les indemnités journalières. En effet, si les dépenses des indemnités journalières versées par les régimes d'assurance maladie sont connues, il n'en est pas de même pour celles versées par les entreprises que ce soit au titre du dispositif légal pour la prise en charge partielle de son salaire ou au titre d'un accord de branche ou d'entreprise pour la prise en charge totale ou partielle de son 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.

En outre, le montant des dépenses occasionnées par les congés maladie pris par les fonctionnaires des trois fonctions publiques n'est pas non plus évalué avec exactitude.

C'est pourquoi il semble nécessaire que les entreprises évaluent le montant des indemnités journalières complémentaires qu'elles versent à

leurs salariés. La mise en place de la déclaration sociale nominative pourrait être l'outil approprié pour procéder à ce recensement.

Quant aux contrôles qui constituent le troisième point, ils sont indéniablement perfectibles. 90 % des contrôles effectués par l'assurance maladie portent sur les arrêts maladie de plus de 45 jours.

Certes, ces arrêts pèsent lourds dans les dépenses totales : 5 % des arrêts de plus de 6 mois représentent 40 % des dépenses, c'est pourquoi la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la CNAMTS, justifie cette orientation ; mais sont-ils vraiment utiles ? Les résultats donnent un faible taux d'avis négatifs de 12 % à 15 %.

En fait, la majorité des arrêts, 76 %, est constituée d'arrêts courts de moins d'un mois. C'est pourquoi il est suggéré d'élargir le champ des contrôles systématiques de l'assurance maladie aux arrêts courts, d'au moins 7 jours. Néanmoins, ce contrôle pour être efficace, doit être ciblé.

La CNAMTS a mis en place un observatoire local des indemnités journalières qui permet d'identifier les caractéristiques des arrêts de travail pour chaque caisse et leurs facteurs d'évolution. L'audition du directeur de la caisse primaire de Bayonne qui a expérimenté cet outil prometteur, permet de définir au plus près les actions à entreprendre.

Sur la base de cet observatoire et d'une autre base de données interne à la CNAMTS, appelée DIADEME, base qui permet de recouper des informations, l'assurance maladie pourrait cibler les arrêts courts qui nécessiteraient d'être contrôlés.

La CNAMTS a commencé à s'orienter vers ce type de contrôle ciblé, en privilégiant le contrôle des arrêts itératifs. Au bout du quatrième arrêt après trois arrêts de moins de quinze jours au cours des douze derniers mois, elle adresse au salarié un courrier pour le sensibiliser et l'avertir d'un éventuel contrôle.

S'agissant de l'organisation des contrôles, la mission a pu constater lors de ses auditions que la coordination entre les acteurs pouvait être largement améliorée. L'exemple le plus significatif consiste dans les relations entre les services médicaux de l'assurance maladie et les sociétés privées de contre-visites médicales. Les employeurs qui versent des indemnités journalières complémentaires peuvent faire procéder à des contrôles par l'intermédiaire de ces sociétés. Si l'arrêt est considéré comme injustifié ou si le médecin contrôleur n'a pu procéder au contrôle,

l'employeur peut suspendre le versement de ces indemnités complémentaires. Depuis 2009, une disposition prévoit que les médecins contrôleurs communiquent leurs résultats aux services médicaux de l'assurance maladie qui, de leur côté, peuvent procéder à un contrôle et interrompre, le cas échéant, le versement des indemnités journalières versées par l'assurance maladie. Dans la majeure partie des cas, l'assurance maladie ne considère pas ces résultats comme recevables, soit en raison de leur envoi tardif, soit en raison de l'impossibilité qu'a eu le médecin contrôleur d'examiner l'assuré. Cette méfiance réciproque empêche toute complémentarité. En effet, une situation détectée par les sociétés de contrôle médical pourrait inciter les médecins conseils de l'assurance maladie à vérifier si l'arrêt de travail est justifié.

Il est suggéré qu'un protocole entre les organismes d'assurance maladie et les principales sociétés de contre-visites médicales soit élaboré et que les rôles et missions de chacun soit rappelés.

S'agissant de ce type de contrôle initié par les employeurs, il est proposé de compléter la disposition législative relative au délai de transmission de 48 heures dont dispose les médecins contrôleurs pour communiquer aux médecins conseils leurs résultats en incluant les week-ends et éviter ainsi que nombre de contrôles effectués le vendredi soient considérés comme irrecevables le lundi.

Au sein même de l'assurance maladie, l'organisation duale entre le contrôle administratif et le contrôle médical ne facilite pas la coordination entre ces deux types de contrôles. Le contrôle administratif qui consiste, notamment, à vérifier la présence à son domicile de l'assuré est effectuée par la caisse primaire tandis que le contrôle médical, qui lui, vérifie l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré est exercé par les services médicaux. C'est pourquoi il est préconisé que tout contrôle de la caisse primaire qui a constaté le non-respect d'une obligation administrative soit transmis au service médical afin qu'un contrôle médical ait lieu.

L'**article 1^{er}** demande un rapport au gouvernement 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.

L'**article 2** propose de faire évaluer par les entreprises le montant de ces indemnités versées au titre du dispositif légal et d'un accord de branche ou d'entreprise et d'introduire une disposition en ce sens dans la

déclaration sociale nominative (DSN). La mise en place de la DSN figurant à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale permet à l'employeur sur la base du volontariat de recenser les rémunérations versées à ses salariés au cours du mois précédant. À l'occasion de cette déclaration, le montant des indemnités journalières complémentaires pourrait être estimé.

L'**article 3** 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'entreprise pour transmettre son rapport au service médical de l'assurance maladie.

L'**article 4** propose de privilégier un contrôle plus ciblé, en prévoyant d'assurer une transmission systématique des caisses primaires vers les services médicaux, des arrêts pour lesquels une obligation administrative n'a pas été respectée, pour un contrôle médical, de concentrer l'activité des services médicaux de l'assurance maladie sur le contrôle médical sur examen. 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 pourraient être complétées, 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 Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et validées par la Haute Autorité de santé, dès qu'une des obligations administratives prévues à l'article L. 323-6 du même code comme les heures de sorties ne sont pas respectées.

L'**article 5** propose de modifier l'article L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale qui permet au service médical de l'assurance maladie de convoquer un assuré au vu de la fréquence de ses prescriptions d'arrêt de travail. Cet article pourrait être modifié afin de rendre obligatoire la convocation de l'assuré.

L'**article 6** propose de privilégier le contrôle médical ciblé des arrêts longs, à partir au moins du deuxième mois d'arrêt de travail, afin de favoriser la réinsertion professionnelle des assurés.

L'**article 7** propose de prolonger l'expérimentation prévue à l'article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, instaurant 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. Prévue initialement pour une durée de deux ans, cette expérimentation a déjà été prolongée de deux

années supplémentaires par l'article 76 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 pour s'achever au 31 décembre 2014. Lors de ses travaux sur les arrêts de travail, la MECSS a constaté que cette expérimentation avait rencontré des difficultés, tant juridiques que techniques dans sa mise en œuvre et avait donc débuté tardivement. En vue d'une généralisation de ce contrôle qui soulève d'autres difficultés comme la mise en place d'un système d'information pertinent au sein de l'assurance maladie et la mise à disposition de moyens humains, il apparaît pertinent de prolonger cette expérimentation non pas d'une année mais de trois années, jusqu'au 31 décembre 2017.

L'**article 8** rétablit la journée de carence pour les fonctionnaires. Depuis le 1^{er} janvier 2012, une journée de carence est 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. Lors de ses travaux sur les arrêts de travail, la MECSS a constaté que l'instauration de ce jour de carence avait eu un effet non négligeable particulièrement dans la fonction publique hospitalière. La Cour des comptes avait souligné que, selon ses informations, depuis la mise en place du jour de carence, le taux de congés pour maladie avait diminué de 25 % pour les congés maladie de courte durée. Selon la Fédération hospitalière de France, d'après une enquête réalisée dans dix centres hospitaliers universitaires et neuf centres hospitaliers représentant 20 % des effectifs de la fonction.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

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.

Article 2

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, ».

Article 3

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 ».

Article 4

- ① Après le premier alinéa du II de l'article L. 315-1 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « 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 5

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 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 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.

