

Chapitre III

Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail

PRÉSENTATION

Les indemnités journalières sont des revenus de remplacement versés par l'assurance maladie aux salariés dont l'état de santé nécessite une interruption de travail pendant une durée temporaire. Ces prestations en espèces couvrent trois risques distincts : la maladie, les accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et la maternité. En 2017, elles ont été à l'origine de 14,5 Md€ de dépenses pour l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, dont 12,9 Md€ pour le seul régime général. Les indemnités pour maladie en représentent la plus grande partie (8 Md€, dont 7,4 Md€ pour le régime général).

Dans son rapport sur la sécurité sociale de 2012¹⁴⁷, la Cour avait recommandé d'affiner les études sur les déterminants des arrêts maladie, d'amplifier les actions de responsabilisation du corps médical, notamment en intégrant dans la rémunération à la performance des médecins libéraux un objectif de respect du référentiel de prescription et en mettant sous contrainte de régulation les médecins hospitaliers, en particulier les gros prescripteurs. Elle préconisait aussi de redéfinir la doctrine d'emploi des contrôles administratifs des assurés sociaux ainsi que les objectifs et les méthodes du contrôle médical et de mettre en œuvre les outils et la méthodologie nécessaires à une détection systématique des fraudes. Enfin, elle appelait à simplifier la réglementation de l'indemnisation des arrêts.

La plupart de ces préconisations n'ont pas été suivies d'effet ou ne l'ont été que partiellement. Au cours de la période récente, les dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie ont continué à augmenter à un rythme soutenu. Indépendamment d'autres travaux¹⁴⁸, la Cour a souhaité en analyser à nouveau les déterminants, les actions mises en œuvre afin d'en ralentir l'évolution et les voies possibles d'une maîtrise accrue de ces dépenses.

Les dépenses d'indemnités journalières pour maladie sont très dynamiques, sous l'effet de l'augmentation de la durée des arrêts de travail et se concentrent plus particulièrement sur certains secteurs d'activité et zones géographiques (I). Les modalités de gestion des indemnités sont lourdes, permettent de facto le versement de montants significatifs de prestations comportant des erreurs ou évitables, et ne corrigent qu'à la marge les prescriptions excessives d'arrêts (II). De nouveaux objectifs et instruments s'imposent afin de réguler plus efficacement ces dépenses (III).

¹⁴⁷ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2012*, chapitre XVIII Les indemnités journalières versées au titre de la maladie par le régime général, p. 515-544, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁴⁸ Un rapport relatif à la prévention, l'efficacité, l'équité et la maîtrise des arrêts de travail, établi par MM. Jean-Luc BÉRARD, Stéphane OUSTRIC et Stéphane SEILLER, a été remis au Premier ministre en février 2019.

I - Une forte dynamique des dépenses

L'augmentation rapide des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie entre 2013 et 2017, qui a dépassé celle de la masse salariale, a contribué à dégrader tendanciellement la situation financière de l'assurance maladie. L'âge, mais aussi le secteur d'activité et le lieu de vie des salariés, sont des déterminants majeurs des arrêts de travail.

A - Depuis 2013, une hausse des dépenses qui contribue à affecter l'équilibre financier de l'assurance maladie

Les dépenses d'indemnités journalières retracées par les comptes nationaux de la santé regroupent les indemnités versées par les régimes de base de sécurité sociale au titre des risques maladie, accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) et maternité. Tous régimes confondus, elles ont atteint 14,5 Md€ en 2017, soit 5,3 % de la dépense courante de santé¹⁴⁹ et 6,3 % des dépenses de prestations des trois risques précités.

Le régime général¹⁵⁰ concentre les 9/10^{ème} des dépenses d'indemnités journalières et en détermine la dynamique d'ensemble. En 2017, il a indemnisé 6,97 millions d'arrêts maladie, 1,05 million d'arrêts pour accident du travail ou maladie professionnelle et 635 000 arrêts pour maternité, y compris au titre d'une adoption. Ces arrêts ont été à l'origine de 7,4 Md€ de dépenses pour la maladie, de 2,9 Md€ pour les AT-MP¹⁵¹ et de 2,6 Md€ pour la maternité, soit 12,9 Md€ d'indemnités au total.

Depuis 2013, les dépenses d'indemnisation des arrêts maladie des régimes de base de sécurité sociale augmentent plus vite que les dépenses d'assurance maladie comprises dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Elles progressent aussi plus vite que la masse salariale, qui constitue à la fois l'assiette du calcul des indemnités, et celle d'une part prépondérante des recettes de l'assurance maladie.

¹⁴⁹ La dépense courante de santé regroupe les dépenses hors investissement des financeurs publics et privés pour la fonction santé.

¹⁵⁰ Les données détaillées du présent chapitre s'appuient sur des extractions du SNDS (système national des données de santé), France entière.

¹⁵¹ Ces données intègrent l'incidence de la sous-déclaration des accidents du travail et, plus encore des maladies professionnelles, qui minorent les dépenses d'indemnités journalières AT-MP et majorent celles pour maladie.

1 - Une progression des dépenses pour arrêts maladie et AT-MP plus forte que celle de l'ONDAM

Les dépenses d'indemnités journalières des régimes de base, tous risques confondus, ont baissé en valeur absolue entre 2011 et 2012, puis rebondi en 2013 et vivement progressé par la suite, avec une croissance annuelle moyenne de 3,2 % entre 2013 et 2017. Cette croissance est tirée par les indemnités journalières pour maladie (+4,2 % par an depuis 2013) et pour AT-MP (+3,8 % par an).

La progression des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP des régimes de base dépasse ainsi entre 2013 et 2017 celle des dépenses comprises dans le champ l'ONDAM (+2,1 % en moyenne annuelle), auquel elles sont intégrées. Elle excède aussi chaque année la prévision initiale de dépenses d'indemnités prise en compte lors de l'élaboration des lois annuelles de financement de la sécurité sociale. Pour leur part, les indemnités journalières de maternité, qui ne sont pas prises en compte dans l'ONDAM, sont restées stables au cours de la même période, à environ 3 Md€, dans le contexte d'une baisse de la natalité¹⁵².

Les dépenses d'indemnités journalières pour maladie du régime général sont demeurées quasi stables entre 2011 et 2013, autour de 6,3 Md€. Pour une part, leur progression a été contenue par des mesures réglementaires¹⁵³. Entre 2013 et 2017, elles ont augmenté de 4,2 % par an en moyenne. Cette progression traduit pour partie une évolution, favorable aux assurés, des conditions d'indemnisation des indemnités journalières de longue durée¹⁵⁴ et des temps partiels thérapeutiques¹⁵⁵ intervenue en 2014.

¹⁵² En 2017, au régime général, 539 000 assurés ont reçu des indemnités journalières pour maternité et adoption contre 587 000 en 2010 (-8,2 %). Au cours de la même période, leur durée moyenne par bénéficiaire a légèrement baissé (95,9 jours contre 97,1 jours).

¹⁵³ Depuis le 1^{er} décembre 2010, les indemnités sont calculées sur la base de 360 jours par an, au lieu de 365 jours auparavant. Depuis 2012, le salaire journalier pris en compte pour le calcul de l'indemnité est plafonné à 1,8 SMIC au lieu du plafond de la sécurité sociale, soit un écart de 19 %. Ces mesures ont engendré des économies pérennes estimées respectivement à 70 M€ et à 130 M€ l'année de leur entrée en vigueur.

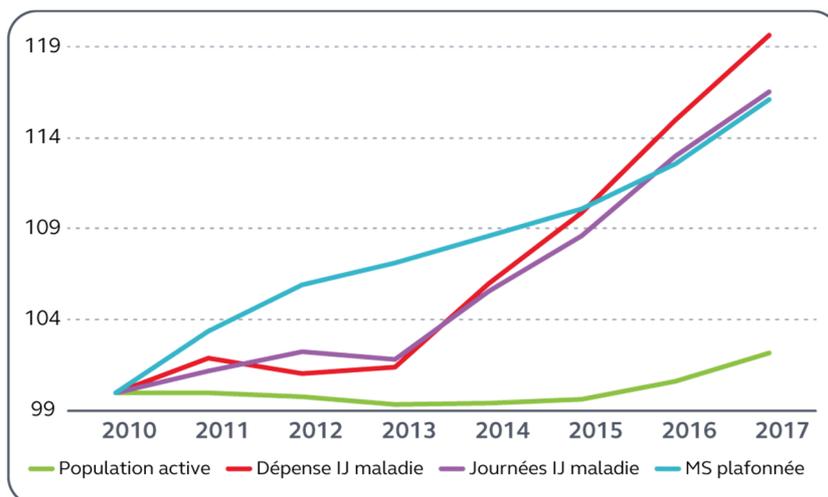
¹⁵⁴ Un décret du 27 décembre 2013 a supprimé la double condition d'heures travaillées (au cours des 12 mois et des trois mois précédant l'arrêt de travail) ou de durée cotisée (au cours des 12 mois et des six mois précédant l'arrêt). Depuis lors, les conditions alternatives d'heures travaillées ou bien de durée cotisée s'apprécient uniquement sur les 12 mois précédant l'arrêt de travail.

¹⁵⁵ En 2017, 143 000 assurés bénéficiaient de 441 M€ d'indemnités au titre d'un temps partiel thérapeutique.

2 - Une hausse des dépenses également plus rapide que celle de la masse salariale

Depuis 2013, la hausse des dépenses d'indemnités journalières maladie du régime général (+4,2 % en moyenne annuelle) dépasse celle de la masse salariale plafonnée à 1,8 SMIC qui en constitue l'assiette (+2,2 %). Cette dernière augmente elle-même sous l'effet de l'évolution de la population active, du niveau des salaires et du SMIC. Cet écart montre l'importance d'un autre déterminant de la dépense que constitue le nombre moyen de jours d'arrêt de travail par salarié.

Graphique n° 9 : évolution des dépenses d'indemnités journalières maladie, du nombre de journées indemnisées et de la masse salariale plafonnée à 1,8 SMIC (2010-2017, base 100 en 2010)



Source : Cour des comptes, d'après des données de l'Insee, de la DSS et de la CNAM.

De même, les dépenses d'indemnités journalières pour maladie augmentent plus vite que la masse salariale totale du secteur privé (+2,3 % en moyenne annuelle), sur laquelle étaient assises 61,7 % des ressources du régime général en 2017 (cotisations sociales, CSG sur les revenus d'activité d'origine salariale). Toutes choses égales par ailleurs, la hausse des dépenses liées aux arrêts de travail pour maladie contribue de ce fait à détériorer le solde de l'assurance maladie et à retarder son retour à l'équilibre financier.

B - Une durée des arrêts de travail pour maladie qui s'allonge

À titre principal, l'écart de progression des dépenses d'indemnisation des arrêts maladie par rapport à la masse salariale traduit l'augmentation de la durée moyenne des arrêts, qui s'accompagne d'une concentration croissante des dépenses d'indemnisation sur les arrêts longs.

1 - Une augmentation de la durée moyenne des arrêts maladie

La proportion d'assurés du régime général ayant bénéficié d'au moins un arrêt de travail pour maladie a augmenté, passant de 26,7 % en 2013 à 27,1 % en 2017 (+0,4 point).

De surcroît, le nombre moyen d'arrêts par bénéficiaire d'indemnités journalières a lui aussi augmenté, passant de 1,39 à 1,42 au cours de la même période (+2,2 %).

Enfin et surtout, chaque bénéficiaire d'un ou de plusieurs arrêts a été indemnisé pendant 47,4 jours en moyenne en 2017, contre 43,5 jours en 2013 (+9 %) ¹⁵⁶. La durée moyenne de chaque arrêt indemnisé s'est allongée, passant de 31,2 jours en 2013 à 33,5 jours en 2017 (+7,4 %) ¹⁵⁷.

2 - Une part croissante des arrêts de longue durée dans la dépense

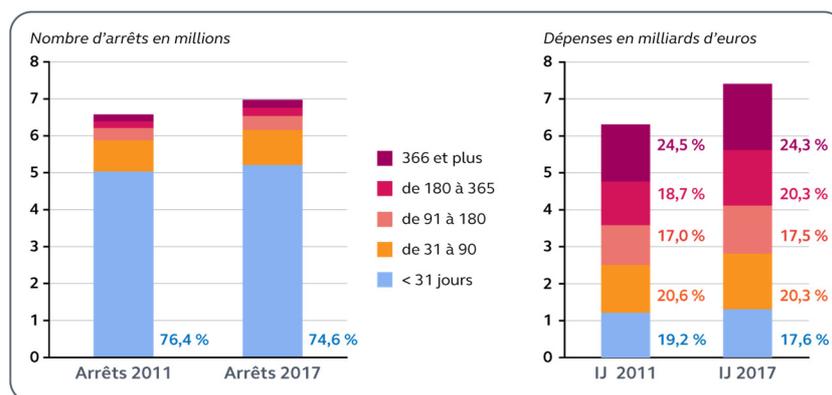
En 2017, les arrêts maladie de 30 jours au plus ont représenté 74,6 % du total des arrêts (5,2 millions) et 17,6 % des dépenses (1,3 Md€) ; en leur sein, 3,2 millions d'arrêts de moins de huit jours (soit 45 % du total) ont engendré 308 M€ de dépenses (soit 4,2 % du total). À l'opposé, les 3 % d'arrêts de plus d'un an ont suscité 24 % des dépenses (1,8 Md€).

Comme le montre le graphique ci-après, la part des arrêts les plus courts (moins de 31 jours) dans le total des arrêts a diminué et les dépenses d'indemnisation se concentrent de plus en plus sur les arrêts de longue durée (plus de trois mois).

¹⁵⁶ La durée moyenne d'indemnisation par bénéficiaire d'un ou de plusieurs arrêts pour AT-MP (904 000 en 2017, soit +4,2 % par rapport à 2013) a augmenté plus fortement, passant de 61,9 jours en 2013 à 66,2 jours en 2017 (+7 %). Ces données rapportent le nombre de journées d'arrêt au nombre d'arrêts constatés sur une année civile.

¹⁵⁷ La durée moyenne des seuls arrêts terminés une année donnée (qui ne reflètent donc qu'une partie de la dépense) augmente elle aussi : elle s'élève à 23,3 jours en 2017, contre 21,6 jours en 2011.

Graphique n° 10 : nombre d'arrêts et dépenses d'indemnisation en fonction de la durée des arrêts maladie (2011 et 2017)



Source : Cour des comptes, d'après des données de la CNAM.

Ainsi, un enjeu déterminant de maîtrise des dépenses d'indemnisation concerne les arrêts de plus de six mois (6,2 % des arrêts mais 44,6 % des dépenses en 2017 contre 5,5 % et 43,2 % en 2011).

C - Des arrêts de travail fonction de l'âge, des secteurs d'activité et des pratiques de prescription

Le vieillissement de la population des salariés et le développement des pathologies chroniques qui l'accompagne constituent un facteur explicatif important de l'augmentation des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie aux côtés de celle de la masse salariale. Il n'est cependant pas exclusif : la durée moyenne des arrêts s'allonge pour la plupart des classes d'âge.

Par ailleurs, la hausse globale du nombre et de la durée des arrêts de travail pour maladie recouvre de fortes disparités de ces arrêts selon les secteurs d'activité et les territoires.

1 - Un rôle important, mais non exclusif, du vieillissement de la population des salariés

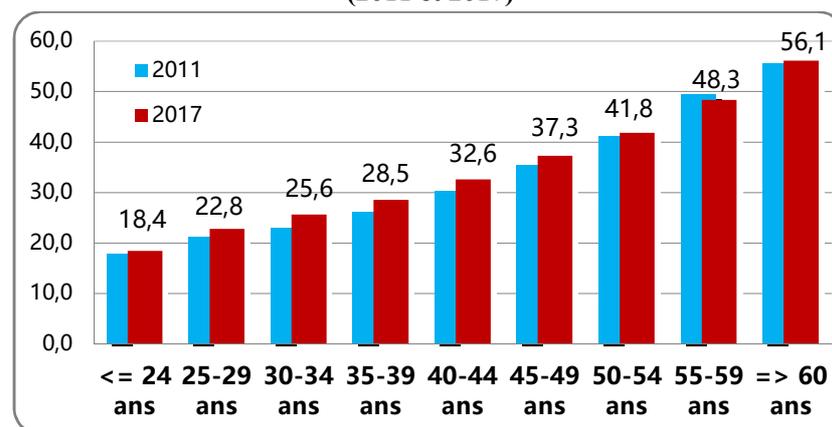
Sous l'effet notamment du report de l'âge légal de départ à la retraite par la réforme de 2010, les taux d'emploi des actifs sont passés entre 2011 et 2017 de 63,9 % à 72,4 % pour les 55-59 ans et de 18,6 % à 29,2 % pour les 60-64 ans.

En lien avec cette évolution, les salariés de 55 ans et plus ont été à l'origine de 16 % des arrêts pour maladie contre 13 % en 2011 ; ces arrêts ont occasionné 25 % des montants d'indemnités, contre 23 % en 2011¹⁵⁸.

Par ailleurs, les salariés ayant été arrêtés au moins une fois pour maladie en 2017 ont été indemnisés en moyenne pendant 56,1 jours pour ceux de 60 ans et plus, 48,3 jours pour ceux de 55 à 59 ans et 41,8 jours pour ceux de 50 à 54 ans.

Toutefois, l'évolution de la composition par âge de la population des assurés sociaux ne constitue pas un facteur explicatif univoque de l'allongement de la durée moyenne des arrêts de travail pour maladie. Comme le montre le graphique ci-après, cette durée a en effet augmenté non seulement pour les 60 ans et plus, mais aussi pour toutes les autres classes d'âge, hormis les 55-59 ans.

Graphique n° 11 : durée moyenne des arrêts pour maladie selon l'âge (2011 et 2017)



Lecture : en 2017, la durée moyenne des arrêts des personnes de 60 ans et plus est de 56,1 jours, tous arrêts confondus.

Champ : branche maladie du régime général, tous arrêts.

Source : Cour des comptes, d'après des données de la CNAM.

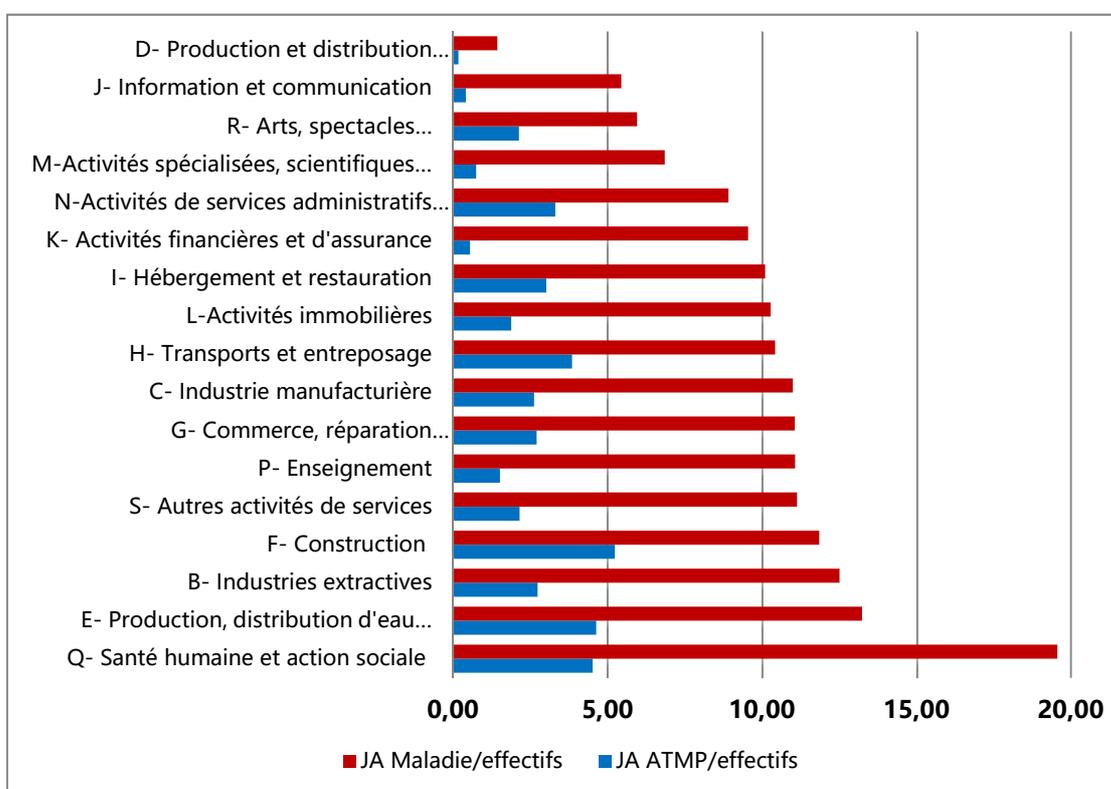
De plus, les indemnités versées aux assurés affectés par une pathologie chronique ayant le caractère d'une affection de longue durée (2,6 Md€ en 2017) représentent une part minoritaire des dépenses d'indemnisation pour maladie (35 %). Cette part s'accroît avec la durée des arrêts indemnisés, mais c'est seulement pour les durées dépassant une année entière qu'elle revêt un caractère majoritaire (58 % pour les arrêts d'une à deux années, 66 % pour ceux de plus de deux années).

¹⁵⁸ Les arrêts de travail pour AT-MP font apparaître une évolution similaire.

2 - Une fréquence hétérogène des arrêts selon le secteur d'activité

La fréquence des arrêts de travail diffère nettement selon le secteur d'activité. La santé humaine et l'action sociale (établissements de santé et médico-sociaux notamment) est de loin celui dont les salariés sont le plus souvent arrêtés pour maladie (près de 20 jours en moyenne en 2016).

Graphique n° 12 : nombre moyen par salarié de journées d'arrêt de travail pour maladie et pour AT-MP (2016)



Lecture : en 2016, les salariés du secteur de la santé humaine et de l'action sociale ont en moyenne été arrêtés pendant près de 20 jours pour maladie.

Source : Cour des comptes, d'après des données de la CNAM.

Pour une part, la corrélation qui peut être observée sur le graphique précédent entre les secteurs les plus concernés par des arrêts de travail au titre des risques maladie et AT-MP reflète les disparités des conditions de travail selon les secteurs et leurs impacts sur la demande d'arrêts de travail par les salariés et les suites que lui réservent les médecins prescripteurs.

Dans le sens de cette observation, les pathologies susceptibles d'être activées ou renforcées par les conditions de travail des salariés tiennent une place élevée, voire croissante, dans l'ensemble des dépenses d'indemnités journalières. En 2016, les maladies psychiatriques et traitements psychotropes ont ainsi été à l'origine de 22,9 % de ces dépenses¹⁵⁹.

Tableau n° 19 : ventilation estimée des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP par groupes de pathologies (2012 et 2016)

	2012	2016
Hospitalisations ponctuelles	27,6 %	26,4 %
Traitements psychotropes	14,5 %	15,2 %
Maladies psychiatriques	7,4 %	7,7 %
Cancers	5,8 %	5,5 %
Maternité avec ou sans pathologie ¹⁶⁰	5,4 %	5,0 %
Soins courants	5,0 %	4,7 %
Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires	4,7 %	4,7 %
Traitement du risque cardiovasculaire	4,5 %	4,2 %
Maladies cardiovasculaires	3,2 %	3,2 %
Diabète	1,6 %	1,7 %
Autres pathologies ¹⁶¹	4,3 %	4,3 %
Pathologies non identifiées	15,3 %	16,7 %
Total	100,0 %	100,0 %

Source : Cour des comptes, d'après le rapport charges et produits 2018 de la CNAM.

3 - Des disparités territoriales des arrêts en partie inexpliquées

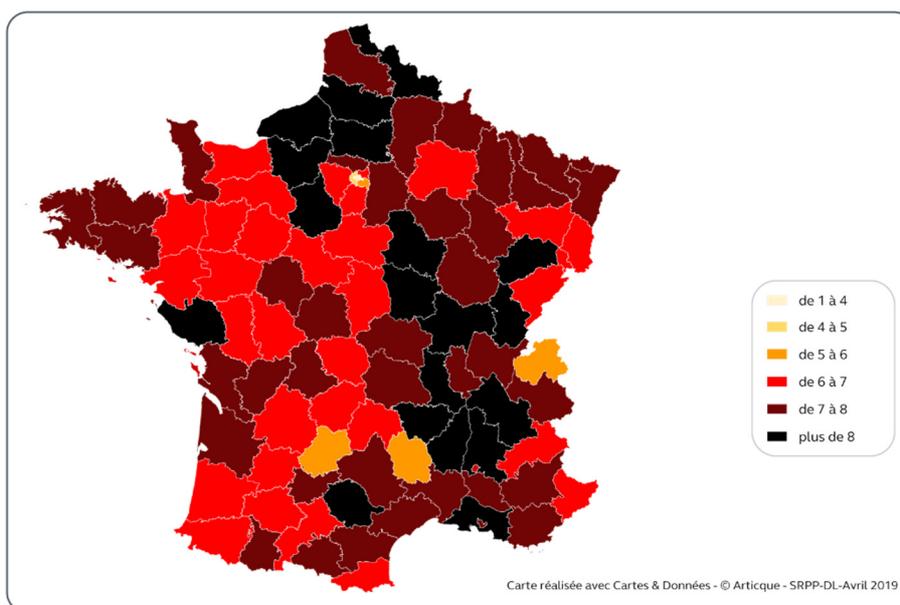
Les indemnités journalières se caractérisent aussi par des disparités territoriales, que la structure par âge de la population des salariés et la prévalence des pathologies n'expliquent qu'en partie. Pour une part, elles traduisent en effet des différences de pratiques de prescription.

¹⁵⁹ La méthode utilisée par la CNAM repose sur une proratisation de l'ensemble des dépenses par groupe de pathologies, à partir des données affectées par pathologie pour les arrêts de 180 jours et plus.

¹⁶⁰ Il s'agit de dépenses d'indemnisation d'arrêts maladie faisant suite à des grossesses.

¹⁶¹ Maladies neurologiques ou dégénératives, respiratoires chroniques, inflammatoires ou du foie et du pancréas, insuffisance rénale chronique terminale, VIH, maladies rares.

Carte n° 1 : nombre de journées d'arrêts maladie par personne active (2015)



Source : Cour des comptes d'après des données de la CNAM, du SNDS et de l'Insee.

En 2015, dernière année pour laquelle les données de population active sont disponibles par département, huit départements métropolitains connaissaient le nombre le plus élevé de journées d'arrêts de travail pour maladie rapporté à leur population active : l'Isère (9,8), le Pas-de-Calais, les Bouches-du-Rhône, la Loire, la Haute-Loire, la Haute-Saône, la Corse du Sud et le Nord (8,5). Le nombre de journées le plus faible pouvait être constaté à Paris (3,9), dans les Hauts-de-Seine (5) et le Val-de-Marne (5,7) ainsi qu'en Haute-Savoie (5,9).

II - Des faiblesses de gestion

Les limites fonctionnelles des processus et outils de gestion des indemnités journalières accentuent les lourdeurs inhérentes à une réglementation complexe et conduisent l'assurance maladie à verser un montant important de dépenses injustifiées. Pour leur part, les instruments de régulation du volume des arrêts de travail et de la pertinence des prescriptions n'atténuent qu'à la marge la croissance rapide des dépenses.

A - Une réglementation toujours complexe

1 - L'ouverture du droit et le montant des indemnités

Malgré certaines simplifications¹⁶², les conditions d'ouverture des droits à indemnisation, les définitions des salaires de référence et des bases de calcul des indemnités ainsi que les taux de remplacement restent complexes et diffèrent entre les risques maladie, AT-MP et maternité.

Les conditions sont plus favorables pour les AT-MP que pour les deux autres risques. L'ouverture des droits aux arrêts maladie obéit à des conditions renforcées pour les arrêts de plus de six mois et ceux de moins de six mois des travailleurs saisonniers. Pour calculer les indemnités maladie et maternité, la référence au salaire brut des trois mois précédant l'arrêt ou des 12 mois en cas d'activité discontinuée nécessite le recueil de données de salaires de plusieurs employeurs si le salarié arrêté a plusieurs emplois simultanés ou a exercé plusieurs emplois successifs.

L'assurance maladie applique de son propre chef des mesures de simplification de la réglementation applicable, pour ce qui concerne notamment certains salariés ayant une activité discontinuée ou à temps partiel et les demandeurs d'emploi.

¹⁶² Pour la maladie : période de référence prise en compte pour apprécier l'ouverture du droit à indemnisation en 2014. Pour les AT-MP et la maternité : calcul depuis 2015 du gain journalier net servant de base de calcul aux indemnités en appliquant au salaire brut un taux forfaitaire de 21 % au titre des prélèvements sociaux, au lieu de déduire des prélèvements différents pour ces deux risques.

Tableau n° 20 : attribution et montant des indemnités journalières

	Maladie	Maternité	AT-MP
Ouverture des droits	<p>Arrêts < 6 mois Au moins 150 heures de travail dans les 3 mois ou 90 jours avant l'arrêt de travail <u>Ou bien</u> Avoir cotisé sur un salaire \geq 1 015 SMIC horaires dans les 6 mois civils avant l'arrêt de travail (2 030 pour les saisonniers)</p> <p>Arrêts \geq 6 mois Dans tous les cas : au moins 12 mois d'immatriculation à la SS à la date de l'arrêt <u>Et</u> Au moins 600 heures de travail dans les 12 mois ou 365 jours précédents <u>Ou bien</u> Avoir cotisé sur un salaire \geq 2 030 SMIC horaires pendant les 6 mois civils précédents</p>	<p>Dans tous les cas : au moins 10 mois d'immatriculation à la SS à la date de l'arrêt <u>Et</u> Au moins 150 heures de travail pendant les 3 mois ou 90 jours précédents <u>Ou bien</u> Avoir cotisé sur un salaire \geq 1 015 SMIC horaires pendant les 6 mois civils précédents</p>	<p>Pas de condition préalable de durée d'immatriculation, de quotité de travail ou de durée de cotisation</p>
Base de calcul de l'indemnité	Salaire brut des 3 mois précédant l'arrêt ou des 12 mois si activité discontinuée		Salaire brut du mois précédant l'arrêt
Mode de calcul de l'indemnité	50 % du salaire brut plafonné à 1,8 SMIC (66,6 % si au moins 3 enfants à charge)	Salaire journalier de base dans la limite du plafond de la SS -21 % Application pendant toute la durée de l'interruption (y compris samedis, dimanches et jours fériés)	28 premiers jours : 60 % du salaire journalier de base plafonné à 337,97 € -21 % Jours suivants : 80 % du salaire journalier de base plafonné -21 %
Montant maximal journalier (2019)	45,01 € (60,02 € si au moins 3 enfants à charge)	Minimum : 9,53 € Maximum : 87,71 €	0,834 % du plafond annuel de la SS : 202,78 € pour les 28 premiers jours 270,38 € pour les jours suivants

Source : Cour des comptes.

2 - La période d'indemnisation

L'assurance maladie indemnise les arrêts de travail pour maladie à compter du quatrième jour d'interruption d'arrêt pour les assurés du régime général. En principe, ces derniers doivent lui transmettre l'arrêt de travail dans les 48 heures suivant sa prescription¹⁶³.

Les arrêts de travail pour maladie des assurés non atteints par une affection de longue durée (ALD) sont indemnisés pendant 360 jours au plus par période glissante de trois ans.

Les assurés en ALD bénéficient d'indemnités pendant une durée maximale de trois ans, sans plafonnement du nombre de jours d'indemnisation. S'ils reprennent le travail pendant au moins un an ou qu'une autre ALD leur est reconnue, ils peuvent à nouveau être indemnisés pendant trois ans ; s'ils ont bénéficié de moins de 360 jours d'indemnisation, ils peuvent reporter le reliquat non pris au-delà de la période de trois ans.

Pour leur part, les indemnités journalières pour AT-MP sont versées pendant toute la période d'incapacité temporaire jusqu'à la guérison ou la consolidation de l'état de santé de la victime. Les indemnités journalières pour maternité sont versées pendant toute la durée du congé maternité.

Des couvertures complémentaires légale et conventionnelles de portée variable, qui couvrent une partie des jours de carence

La loi du 19 janvier 1978, dite de mensualisation, impose aux employeurs de verser aux salariés un complément d'indemnisation, qui vient s'ajouter aux indemnités pour maladie ou AT-MP versées par l'assurance maladie. Ce complément est lié au contrat de travail et donc dépourvu de portabilité d'un employeur à l'autre. Cette obligation ne s'applique pas aux salariés travaillant à domicile, aux saisonniers, aux intérimaires, aux intermittents, aux assistants maternels, aux salariés des employeurs particuliers et aux salariés embauchés depuis moins d'un an, soit 5,4 millions de salariés en 2015. La plupart des salariés en contrat à durée déterminée n'ont ainsi pas droit au complément légal.

¹⁶³ Le délai de carence ne s'applique pas au deuxième arrêt prescrit pour un motif identique à celui du premier arrêt dans un délai n'ayant pas dépassé 48 heures après la fin de ce dernier. De même, lorsque des arrêts successifs sont prescrits à une personne souffrant d'une ALD, le délai de carence ne s'applique qu'au titre du premier arrêt.

Pour bénéficier de cette indemnisation, le salarié doit justifier d'une année d'ancienneté dans l'entreprise et fournir les éléments attestant de son indemnisation par l'assurance maladie. L'indemnisation complémentaire est due après un délai de carence de sept jours.

Ainsi, le montant global de l'indemnisation par l'assurance maladie et l'employeur est de 90 % du salaire brut pendant les 30 premiers jours de l'arrêt, après le délai de carence de 7 jours, puis de 66,66 % pendant les 30 jours suivants. La durée d'indemnisation est prolongée de 10 jours par période de cinq années d'ancienneté. La durée d'indemnisation est augmentée de dix jours par période entière de cinq ans d'ancienneté en plus de la durée d'une année initialement requise, sans dépasser 90 jours.

Par ailleurs, les conventions de branche et les accords d'entreprise peuvent prévoir une indemnisation supplémentaire, qu'il s'agisse de l'extension du complément obligatoire au-delà du champ d'application de la loi de mensualisation (intérimaires, assistants maternels, employés de maison), d'une couverture totale ou partielle du délai de carence ou d'un complément employeur plus favorable. Selon une étude de 2017 de la DREES, 43 % des établissements déclaraient prendre en charge tout ou partie des jours de carence de leurs salariés.

B - Un processus de gestion lourd et entraînant des dépenses injustifiées ou potentiellement évitables

Le processus administratif et médical des indemnités journalières présente des faiblesses marquées : délais souvent élevés de mise en paiement des indemnités, dématérialisation partielle de l'acquisition et du traitement des données nécessaires à leur attribution, maîtrise insuffisante de la réglementation au stade de la liquidation des prestations et discontinuités des processus de gestion de l'indemnisation des arrêts de travail et d'autres situations d'inactivité.

Ces faiblesses pèsent sur les coûts de gestion des indemnités journalières par les services administratifs de l'assurance maladie. Surtout, des erreurs interviennent dans l'attribution et le calcul des indemnités journalières et la durée de versement de certaines indemnités est anormalement élevée, du fait de pratiques de gestion sous-optimales. Pour 2018, la Cour, à partir de données communiquées par la CNAM, évalue le montant agrégé des dépenses injustifiées ou potentiellement évitables à près de 0,8 Md€ par an, dont 300 M€ au titre des erreurs dans l'attribution

et le calcul des prestations et 485 M€¹⁶⁴ au titre de l'allongement anormal de certaines durées de versement. Les informations transmises par la CNAM ne permettent cependant pas de chiffrer la totalité des anomalies.

Si les actions engagées par la CNAM produisent des résultats significatifs en matière de dépenses potentiellement évitables, d'importantes marges de progrès subsistent pour assurer le paiement à bon droit des indemnités journalières.

Les coûts de gestion des indemnités journalières

En 2017, 2 975 emplois exprimés en équivalent temps plein (ETP) étaient affectés à la gestion des indemnités journalières, soit 14 % des ETP de la CNAM et des CPAM, contre 3 096 en 2015. Rapportés à 32,8 millions de décomptes d'indemnités en 2017 contre 29,7 millions en 2015, ils conduisaient à un coût de traitement unitaire moyen de 5,45 € en 2017 contre 6,28 € en 2015¹⁶⁵. S'agissant des indemnités AT-MP, les effectifs s'élevaient à 714 ETP en 2017 (749 en 2015), les décomptes à 5,3 millions (5 millions en 2015) et le coût unitaire de traitement à 8,30 €.

1 - Une lente réduction des délais de mise en paiement des indemnités

Les délais de mise en paiement des indemnités journalières ne se réduisent que lentement.

Ainsi, le délai moyen de paiement de la première indemnité maladie non subrogée par l'employeur s'élevait à 27,7 jours en 2017, après 28,8 jours en 2015 et 34,4 jours en 2013. La convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général avec l'État (COG) pour les années 2018 à 2022 prévoit une réduction modeste de ce délai, à 25 jours en 2022.

¹⁶⁴ Selon la CNAM, ce montant serait ramené à 215 M€ quand des mesures déjà prises auront fait sentir leurs effets, et pourrait être quasiment annulé si des mesures réglementaires venaient soutenir l'évolution des pratiques de gestion.

¹⁶⁵ Pour les années précédentes, les modalités de décompte des effectifs par processus étaient différentes, si bien que la CNAM attribuait à ce processus 4 000 ETP.

En 2012, la Cour avait recommandé de développer la subrogation¹⁶⁶, qui ne concernait en 2010 qu'un tiers des indemnités payées pour la maladie. Bien que le délai moyen de règlement aux employeurs des indemnités subrogées ait été divisé de plus de moitié (17,5 jours en 2017, contre 42 jours en 2013), la subrogation stagne : en 2016, elle concernait seulement 33,6 % des indemnités maladie (soit 2,6 Md€ ou 37 % de leur montant), 23,7 % des indemnités AT-MP (soit 742 M€) et 28,4 % des indemnités maternité (soit 920 M€). À défaut d'un engagement de l'assurance maladie sur les délais de remboursement, la plupart des employeurs sont réticents à faire l'avance du règlement des indemnités.

2 - Une dématérialisation encore partielle

La dématérialisation encore partielle de l'acquisition et du traitement des données nécessaires à l'indemnisation des arrêts de travail concourt à la longueur des délais de mise en paiement des indemnités.

S'agissant de l'attestation de salaire, par laquelle l'employeur est tenu de communiquer à l'assurance maladie les informations nécessaires à la liquidation des indemnités journalières, les envois papier ne représentaient plus que 14 % des transmissions début 2017. Néanmoins, la transmission¹⁶⁷ par la déclaration sociale nominative (DSN), en principe obligatoire pour l'ensemble des employeurs du secteur privé depuis 2017, connaît une montée en charge progressive : début 2018, elle ne représentait que 55 % des attestations dématérialisées, contre 45 % pour l'outil mis à disposition par la CNAM.

Bien qu'en progrès, la dématérialisation des avis d'arrêt de travail est moins avancée. En juillet 2019, 47 % des avis (contre 22,6 % en 2016) ont été établis et transmis par les médecins prescripteurs à l'assurance maladie dans le cadre du service dématérialisé qu'elle met à leur disposition. Dans les autres cas, le médecin continue à transmettre à l'assuré les volets de l'avis d'arrêt de travail destinés à l'assurance maladie (1^{er} volet destiné au service médical et 2^{ème} volet destiné aux services administratifs). L'assuré doit alors les adresser au service médical de l'assurance maladie (qui transmet le 2^{ème} volet aux services administratifs).

¹⁶⁶ La subrogation consiste en le maintien par l'employeur, pendant la durée de l'arrêt de travail, de tout ou partie du salaire, pour un montant au moins égal à celui des indemnités journalières, ce qui assure la continuité des ressources du salarié. L'assurance maladie verse alors à l'employeur les indemnités dues au salarié. L'employeur est subrogé de plein droit lorsqu'une disposition réglementaire (Alsace Moselle) ou conventionnelle le prévoit ; à défaut le salarié doit donner son accord.

¹⁶⁷ Par la voie d'une déclaration événementielle intervenant dans un délai de cinq jours suivant la réception de l'avis d'arrêt de travail.

Par ailleurs, il doit communiquer dans tous les cas à l'employeur le volet, non dématérialisé, destiné à ce dernier (3^{ème} volet).

Selon la prévision de la CNAM, les transmissions d'avis d'arrêt de travail non dématérialisés conduiraient en 2019 à réceptionner et à intégrer tardivement à son système d'information quelque 155 000 prescriptions, ce qui allonge leur délai moyen de paiement et rend certains contrôles inopérants.

L'instauration d'une obligation de prescription par la voie dématérialisée, prévue d'ici le 31 décembre 2021 par la loi 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, sous réserve de certaines exceptions à définir, devrait permettre de réduire les délais d'acquisition et de traitement des avis d'arrêt de travail.

En dehors de la dématérialisation partielle des avis d'arrêt de travail, d'autres facteurs contribuent à l'allongement des délais de mise en paiement des prestations : l'absence de réception d'une prescription effectuée par un médecin de ville, alors que les données de l'employeur font état d'un arrêt de travail ; le défaut de transmission de l'arrêt par l'établissement hospitalier dans lequel le patient a été admis ; l'envoi tardif de l'avis d'arrêt du fait de l'assuré. Dans ce dernier cas, les CPAM adressent à l'assuré un simple avertissement, sans appliquer les dispositions du code de la sécurité sociale¹⁶⁸ qui leur donnent la faculté de rejeter la demande d'indemnisation.

La dématérialisation encore largement inachevée de la liquidation des prestations favorise elle aussi l'allongement des délais de règlement des indemnités. C'est seulement dans la moitié des cas, correspondant à des arrêts simples, généralement de courte durée, que les prestations sont liquidées sans intervention manuelle. Les envois tardifs ou complémentaires d'attestations de salaires, par le (ou les) employeur(s), voire de copies de bulletins de salaires par les salariés eux-mêmes, par exemple quand ils ont ou ont eu plusieurs employeurs ou sont au chômage, entraînent des traitements manuels. À toutes les étapes du processus, des rejets ou des signalements d'anomalies nécessitent des retraitements manuels, avant la reprise des étapes automatisées suivantes.

¹⁶⁸ Selon l'article R. 323-12 du code de la sécurité sociale, la caisse est fondée à refuser le bénéfice des indemnités journalières afférentes à la période pendant laquelle son contrôle aura été rendu impossible, en dehors du cas d'une ALD.

3 - De fréquentes erreurs dans l'attribution et le calcul des prestations, généralement au détriment de l'assurance maladie

En application de la COG, la CNAM effectue chaque année un test national de recalcul (« re-liquidation ») des indemnités journalières sur un échantillon de 1 000 prestations au titre des trois risques maladie, maternité et AT-MP. Ce test, dont la Cour tient compte après vérification dans ses opinions sur la régularité et l'image fidèle des comptes des branches maladie et AT-MP¹⁶⁹, porte sur les erreurs commises par les services administratifs des CPAM.

Pour 2018, 12 % des indemnités nouvellement attribuées comportaient une erreur de portée financière. Le montant agrégé des erreurs représentait l'équivalent de 3,9 % du montant total des règlements au titre des trois risques, soit 538 M€ d'erreurs au total, dont 414 M€ au détriment de l'assurance maladie et 124 M€ au détriment des assurés et des employeurs subrogés¹⁷⁰. Le coût net de ces erreurs pour l'assurance maladie avoisine ainsi 300 M€.

L'ampleur des erreurs de liquidation des indemnités journalières résulte du manque de contrôles automatisés de cohérence sur les données déclarées par les employeurs et les assurés. Elle traduit aussi une maîtrise insuffisante de la réglementation lors des étapes manuelles de la liquidation portant sur la détermination de la période de référence et des salaires à prendre en compte, notamment pour les salariés ayant plusieurs employeurs, les travailleurs saisonniers, ceux en contrat à durée déterminée et ceux alternant des périodes travaillées et de chômage.

Pour leur part, les anomalies susceptibles d'affecter les décisions du service médical ou leur prise en compte par les services administratifs ne sont pas mesurées. Si tel était le cas, les erreurs affectant les indemnités journalières liquidées s'inscriraient à un niveau encore plus élevé.

¹⁶⁹ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2018*, La Documentation française, mai 2019, 63 p., disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁷⁰ Ces données correspondent à la valeur centrale de celles comprises, avec un degré d'assurance au plan statistique de 95 %, entre 10 % et 14 % pour la fréquence des erreurs de liquidation et de 434 M€ et 609 M€ pour le montant des erreurs.

4 - Un allongement parfois anormal des durées de versement qui occasionne des dépenses évitables

L'articulation imparfaitement assurée de la gestion des arrêts de travail et des indemnités journalières au sein du service médical, entre les services administratif et médical et avec celle d'autres prestations sociales, occasionne un allongement parfois anormal de la durée de versement des prestations.

Un audit de 2015 de la CNAM avait recensé à ce titre une dizaine de points de fuite, évalués entre 600 et 800 M€ par an au total.

À la demande de la Cour dans le cadre de la présente enquête, la CNAM a actualisé cette évaluation. Les informations transmises font apparaître que les améliorations apportées aux processus de gestion de l'indemnisation des arrêts de travail auraient permis de ramener ces dépenses potentiellement évitables de 825 M€ à 485 M€. Selon la CNAM, ce montant serait encore réduit à 215 M€ quand les mesures internes engagées (notamment la refonte du système d'information du service médical) auront produit l'ensemble des effets qui en sont attendus. Au-delà, des évolutions réglementaires permettraient d'accroître la portée financière de ces actions, pour un montant estimé à 200 M€. L'estimation des dépenses évitables reste cependant incomplète sur certains points.

a) Des délais de convocation, de reprise du travail et d'indemnisation des assurés à réduire

Plus les délais de convocation des assurés par le service médical sont longs, plus le risque de versement d'indemnités sans justification médicale est élevé. À cet égard, le délai moyen entre l'envoi de la convocation à l'assuré et la présentation de ce dernier devant le médecin conseil a été réduit de 31 jours en 2015 à 23 jours en 2019¹⁷¹ ; 60 % des assurés sont désormais reçus par le service médical dans un délai inférieur à 15 jours. L'assurance maladie a pour objectif de réduire le délai moyen à moins de 8 jours en 2020.

D'autres marges d'amélioration des processus de gestion subsistent.

Ainsi, l'indemnisation continue d'un arrêt de travail est plafonnée à 180 jours d'indemnisation. Sa poursuite est conditionnée à la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD) après avis du service médical. Or, au premier semestre 2018, 2 864 ouvertures de droit à

¹⁷¹ Sauf mention contraire, les indications chiffrées relatives à 2019 correspondent à la situation observée au 2^{ème} trimestre 2019.

indemnisation au-delà de 180 jours ont été effectuées sans cet avis et 11 914 avis ont été donnés *a posteriori*, après l'ouverture des droits.

En 2018, la durée moyenne des temps partiels thérapeutiques (TPT) s'élevait à quatre mois. Cependant, 2 831 TPT accordés dépassaient 12 mois. Ce dispositif, qui peut conduire à majorer d'un an le délai maximal de trois ans pendant lequel l'indemnité journalière est maintenue¹⁷², appelle une surveillance particulière. De fait, il crée un droit à l'ouverture d'un arrêt de longue durée, au titre d'une ALD, lorsque l'assuré est placé en TPT au moment où il dépasse 180 jours d'arrêt de travail. Cette situation, qui concernait 10 % des TPT en 2018, donne lieu depuis 2019 à une procédure de signalement avant que la durée du TPT n'atteigne 180 jours. Elle devrait permettre de réduire fortement le nombre de TPT de longue durée injustifiés.

Au total, 90 M€ d'économies annuelles auraient été réalisées depuis 2015 au titre de l'ensemble des entrées de patients dans le dispositif des ALD. Néanmoins, les modalités perfectibles de leur gestion occasionneraient encore 70 M€ d'excès de dépenses à l'assurance maladie.

L'allongement de la durée de versement des indemnités peut aussi résulter des délais qui s'écoulent entre le moment où le service médical, ayant convoqué l'assuré, a constaté que l'arrêt n'avait pas lieu de se poursuivre, et celui de la reprise du travail. Ainsi, si le délai moyen séparant ces deux événements a, selon la CNAM, été ramené à 18 jours en 2019 (contre 24 en 2014), il dépassait encore 15 jours dans 70 % des cas. La CNAM estime à 50 M€ les économies possibles à ce titre (venant s'ajouter à celles de 55 M€ déjà réalisées).

Par ailleurs, le service médical retient généralement comme date de prise d'effet d'une suspension de versement des indemnités celle de la fin de l'arrêt prescrit par le médecin, alors que le code de la sécurité sociale¹⁷³ vise dans le cas général la date à laquelle le patient a été informé par le praticien-conseil de l'assurance maladie. Si les dérogations à cette règle étaient l'exception et non la pratique prépondérante du service médical, l'assurance maladie pourrait selon la CNAM réaliser, a minima, plus de 50 M€ d'économies par an.

Enfin, alors que l'indemnisation des assurés hors ALD est limitée dans le cas général à 360 jours par période de trois années glissantes, 166 000 assurés hors ALD ont été indemnisés plus de 360 jours au cours de la période 2015-2017 et 153 000 au cours de la période 2014-2016. En

¹⁷² Article R. 323-3 du code de la sécurité sociale.

¹⁷³ Article L. 315-2.

2019, la CNAM a déployé des requêtes visant à détecter les cas dans lesquels les assurés cumulent un nombre élevé de journées d'arrêts de travail et à les convoquer par le service médical afin d'apprécier leur situation. Dans le cadre de l'enquête de la Cour, elle n'a cependant pas été en mesure d'identifier la part des indemnités supérieures à 360 jours effectuées à bon droit, par exemple lorsque les assurés bénéficient d'un temps partiel thérapeutique. L'étendue et l'impact financier de potentielles anomalies ne sont pas suivis.

b) Un suivi des parcours des assurés à resserrer

D'autres points de fuite tiennent à une articulation mal assurée de l'indemnisation des arrêts de travail avec trois autres dispositifs de prise en charge de situations d'inactivité : invalidité, chômage et retraite.

Afin que les indemnités journalières indemnisent effectivement une incapacité temporaire, le service médical doit appréhender en temps voulu la stabilisation de l'état du patient, nécessaire à la reconnaissance de l'invalidité. Or, en 2018, 25 300 assurés indemnisés depuis plus de 12 mois n'avaient pas été vus par le service médical ; d'après la CNAM, leur nombre se réduirait en 2019. En outre, 48 % des assurés dont l'invalidité a été reconnue en 2017 avaient été indemnisés au titre du risque maladie pendant au moins 400 jours dans les trois ans avant cette reconnaissance et 10 % pendant au moins 600 jours.

Par ailleurs, sur les premiers mois de 2019, le délai de prise d'effet de l'invalidité dépassait encore 45 jours après l'avis médical dans 29 % des cas, contre la totalité en 2014.

Les CPAM peuvent détecter le cumul injustifié d'indemnités journalières et d'allocations chômage en consultant les informations mises à leur disposition par Pôle emploi¹⁷⁴. Cette modalité de contrôle au cas par cas est cependant moins efficace qu'un transfert régulier d'informations de Pôle emploi à l'assurance maladie, suivi de leur analyse selon un procédé automatisé, comme c'est le cas pour les CAF. À cet égard, l'assurance maladie ne suit pas le nombre de bénéficiaires d'allocations chômage concernés par un arrêt de travail, ni le montant des indemnités

¹⁷⁴ Sur un portail d'informations (AIDA).

correspondantes¹⁷⁵. Des évolutions réglementaires seraient souhaitables afin de garantir la cohérence mutuelle des règles de ces deux dispositifs.

S'agissant des assurés cumulant une retraite et un emploi, le service médical de l'assurance maladie ne reçoit pas les informations utiles de la CNAV pour cibler les contrôles, vérifier que les arrêts de travail sont justifiés et s'assurer que les assurés concernés demeurent aptes au travail.

C - Un contrôle du service médical à renforcer

Les actions de gestion du risque déployées par l'assurance maladie en direction des assurés et des médecins prescripteurs atténuent l'évolution spontanée du nombre et de la durée des arrêts de travail indemnisés.

Elles conduisent cependant à ne réaliser qu'une partie des économies prévues par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses. De ce fait, les indemnités journalières contribuent au dépassement récurrent du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux soins de ville qui peut être constaté depuis 2014. La nature, le périmètre ou le positionnement dans le temps des actions mises en œuvre en éclairent les limites.

1 - Des contrôles sur les assurés en cours de réorganisation

En contrepartie de l'indemnisation, l'assuré doit respecter les horaires de sortie prescrits par le médecin et répondre aux convocations des échelons locaux du service médical de l'assurance maladie (ELSM)¹⁷⁶.

Malgré une augmentation de l'effectif de bénéficiaires d'indemnités journalières, passé de 4,6 à 4,9 millions entre 2012 et 2017, le nombre de convocations d'assurés est resté globalement stable. Il s'élevait à 948 025 en 2018 contre 937 832 en 2015. La CNAM a pour objectif de porter le nombre de contrôles à 1,2 million en 2019.

Le service médical de l'assurance maladie remet en cause l'arrêt de travail prescrit par le médecin dans une minorité de cas. Sous l'effet d'un

¹⁷⁵ Selon l'audit de 2015 précité, quelque 290 000 chômeurs avaient présenté en 2014 au moins un arrêt de travail, pour une durée moyenne de 35 jours et un montant d'indemnités journalières de 260 M€. Ces données ne sont pas suivies.

¹⁷⁶ Les assurés en arrêt de travail sont par ailleurs soumis à des contrôles qui peuvent déclencher les employeurs à leur domicile. En 2016, 150 000 contre-visites ont été effectuées à l'initiative de l'employeur, soit l'équivalent de 2 % des arrêts de l'année. Seule la moitié de ces contre-visites a abouti. Dans les autres cas, l'absence du salarié, compte tenu notamment de l'autorisation de sorties libres par le médecin, ou le refus du salarié de participer à l'entretien de contrôle, ont rendu ce dernier inopérant.

meilleur ciblage des dossiers contrôlés, le taux d'avis défavorables a cependant fortement augmenté : selon la CNAM, il atteindrait 19 % des dossiers sur les premiers mois de 2019, contre 13,5 % en 2017 et 8,7 % en 2014.

Ces contrôles sont cependant inégalement couvrants : fin juillet 2018, 94,2 % des arrêts de travail de plus de six mois d'assurés en affection de longue durée (ALD) avaient été contrôlés, mais seulement 66,5 % de ceux des autres assurés (au regard d'une cible de 85 %) ; 43 % des assurés indemnisés depuis plus de 310 jours avaient été contrôlés (au regard d'une cible plus limitée de 50 %). Dans le cas général, les contrôles sur les arrêts longs sont mis en œuvre à un moment déjà avancé de ces derniers, ce qui limite l'effet favorable pour l'assurance maladie de leur éventuelle remise en cause par le service médical.

Par ailleurs, une partie des arrêts de travail sont prescrits à de mêmes assurés par plusieurs médecins : par deux généralistes distincts pour 700 000 assurés, par trois généralistes pour 107 000 assurés et par quatre généralistes pour 18 500 assurés ; de plus, 13,5 % des arrêts ont été renouvelés par un praticien d'une spécialité différente de celui à l'origine du premier arrêt (selon des données 2017). Au-delà de situations normales (déménagement en cours d'année ou travail saisonnier des assurés, indisponibilité ponctuelle du médecin traitant), l'assurance maladie devrait s'attacher à cerner celles qui caractérisent un « nomadisme médical » justifiant un contrôle de l'assuré.

Les fraudes et fautes détectées aux indemnités journalières

En 2017, les services administratifs et le service médical de l'assurance maladie ont détecté 270 M€ de préjudices subis ou évités, tous droits et prestations confondus, au titre de fraudes et de fautes (pour lesquelles l'intentionnalité propre à la qualification de fraude n'a pu être démontrée), contre 244,8 M€ en 2016.

Dans cet ensemble, les fraudes et fautes aux indemnités journalières représentaient 13 M€ pour 3 200 dossiers, soit une augmentation de 21,7 % par rapport à 2016 (10,7 M€) et de 140 % depuis 2010 (5,4 Md€), soit un taux de croissance annuel moyen de 13,3 %. Au-delà de la constatation des indus correspondants, l'assurance maladie a appliqué près de 800 pénalités financières pour un montant total de 2,6 M€, contre 3,3 M€ en 2016.

Les principaux motifs des fraudes et fautes aux indemnités journalières sont, pour 52 %, la falsification, la contrefaçon, l'utilisation de faux justificatifs en matière de droits ou de prescriptions, pour un préjudice évalué à 6,8 M€. Les autres motifs concernent le cumul d'une activité et d'un arrêt de travail pour un préjudice évalué à 6,1 M€.

2 - Une gradation d'actions à l'égard des « gros prescripteurs » d'arrêts de travail dont les effets restent limités

Parallèlement aux missions confiées aux délégués de l'assurance maladie (DAM)¹⁷⁷, le service médical analyse notamment la justification et l'efficacité des prescriptions médicales. La complémentarité entre les DAM et les praticiens conseils, aidés par des infirmiers et des conseillers¹⁷⁸, est donc essentielle pour la gestion du risque par l'assurance maladie. La CNAM évalue à environ 7 000 les médecins fortement prescripteurs, 7 000 également les médecins très fortement prescripteurs et de 700 à 1 000 les médecins sur-prescripteurs, auxquels sont réservées les actions les plus contraignantes.

a) Des actions principalement non contraignantes

Les CPAM organisent des actions de communication auprès des représentants locaux des médecins qui visent à les impliquer dans l'enjeu de la maîtrise des arrêts de travail.

Au-delà, la CNAM prévoyait en 2018 de réaliser 8 000 échanges confraternels de médecins conseils du service médical pour les médecins les plus fortement prescripteurs d'arrêts de travail et 8 000 visites de DAM pour les autres.

Par ailleurs, des programmes personnalisés d'accompagnement (PPA) permettent depuis 2017 aux médecins qui le souhaitent d'obtenir une assistance du service médical pour des cas concrets de leur patientèle.

Pour les médecins qui dépassent la moyenne régionale de prescription, le service médical organise depuis 2016 des entretiens préalables ou d'alerte qui précèdent, le cas échéant, des mesures plus coercitives (voir *infra*). Ces entretiens prennent appui sur des fiches qui caractérisent le profil de prescription des médecins concernés par rapport à leurs confrères. Selon la CNAM, 527 médecins ont fait l'objet de tels entretiens dans le cadre de la campagne d'actions 2016-2017. Un tiers des médecins ayant bénéficié d'un entretien a baissé de 20 % ses prescriptions, tout en maintenant un volume de prescriptions supérieur à la moyenne.

¹⁷⁷ Qui délivrent aux médecins une information structurée sur les évolutions réglementaires et les objectifs conventionnels et de gestion de l'assurance maladie.

¹⁷⁸ Ces emplois ont été créés respectivement en 2015 et 2018. Ils visent à permettre aux médecins conseils de concentrer leur action sur des tâches à plus forte valeur ajoutée.

En dernier ressort, lorsque les entretiens préalables et d'alerte ne permettent pas de modifier la pratique de prescription d'un médecin, l'assurance maladie peut conclure avec ce dernier une convention de mise sous objectif (MSO)¹⁷⁹. En cas de refus, le directeur de la CPAM peut conditionner les prescriptions du médecin à une mise sous accord préalable (MSAP) du service médical¹⁸⁰. Cette procédure peut être engagée lorsque les prescriptions indemnisées (corrigées de la patientèle en ALD) dépassent nettement les données moyennes de prescription indemnisées des médecins ayant un profil de patientèle similaire.

En 2018, seuls 596 médecins au total¹⁸¹ ont été identifiés au plan national comme susceptibles de faire l'objet d'une MSO ou d'une MSAP (soit 0,6 % des 101 400 médecins ayant prescrit des arrêts de travail). En 2016-2017, seules 47 MSO et 39 MSAP ont en définitive été prononcées.

b) Un impact globalement limité sur les dépenses

Selon la CNAM, la campagne 2016-2017 d'actions du service médical auprès des médecins sur-prescripteurs d'arrêts de travail aurait permis 59,1 M€ d'économies (dont 36,2 M€ pour les entretiens préalables, 9,8 M€ pour ceux d'alerte et 13,1 M€ pour les MSO/MSAP). Au cours de la période récente, l'assurance maladie a de moins en moins recouru aux procédures contraignantes de MSO/MSAP, sans que les entretiens préalables et d'alerte aient un impact notable sur l'évolution des dépenses.

¹⁷⁹ Instaurée en 2012, la MSO permet au service médical de proposer au médecin de s'engager sur un objectif de réduction des prescriptions dans un délai convenu. Si le médecin ne respecte pas ses engagements, l'assurance maladie peut, après procédure contradictoire, lui appliquer des pénalités d'un montant maximal égal à deux plafonds mensuels de la sécurité sociale (6 754 € en 2019) ; pour 2016-2017, leur montant moyen s'est élevé à 2 259 €.

¹⁸⁰ La MSAP, mise en œuvre pour les prescriptions d'indemnités journalières depuis 2006, permet à l'assurance maladie de subordonner les prescriptions d'un médecin, pour une durée maximale de six mois, à l'accord préalable du service médical. L'assuré est averti par courrier des conditions spécifiques de la prescription de l'arrêt qui lui a été accordé. L'assurance maladie peut appliquer dans les conditions précitées une pénalité financière en cas de récurrence faisant suite à deux périodes de mise sous accord préalable ; pour 2016-2017, leur montant moyen a atteint 3 269 €.

¹⁸¹ Ils étaient au nombre de 824 en 2017 et de 543 en 2016.

Tableau n° 21 : économies permises¹⁸² par les MSO et MSAP (en M€)

	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Nombre de médecins concernés	375	512	433	86
Économies réalisées	49,1 M€	72,1 M€	56,4 M€	13,1 M€
Montant moyen par médecin et par mois	8 186 €	8 804 €	7 672 €	8 519 €

Source : CNAM.

À partir de cette année, l'assurance maladie entend renforcer les contrôles portant sur la pertinence des prescriptions, en visant à ce titre les arrêts de plus de 180 jours relatifs à des pathologies dont la recommandation cible est inférieure à ce seuil. Si les arrêts de courte durée forment une part limitée des dépenses, leur contrôle constitue néanmoins un enjeu important : la succession d'arrêts courts, mais répétitifs, aboutit en pratique à des arrêts de longue durée.

III - Réguler plus efficacement les dépenses

Une responsabilisation accrue de l'ensemble des acteurs, médecins prescripteurs, patients et employeurs est indispensable à une maîtrise effective du nombre et de la durée des arrêts. Elle nécessite à cet effet des procédures et instruments plus efficaces.

A - Réduire les arrêts de travail pour maladie résultant des conditions de travail

Les arrêts de travail sont une source de désorganisation du travail dans les entreprises et de coûts pour la collectivité à travers leur prise en charge par l'assurance maladie et, le cas échéant, par des assurances complémentaires subventionnées sur le plan fiscal et social. En maîtriser le nombre et la durée nécessite de faire évoluer les comportements des employeurs et des salariés qui suscitent en partie leur demande.

¹⁸² Les économies réalisées sont estimées en calculant la différence entre le nombre d'indemnités théoriquement prescrit (nombre d'indemnités calculé si le rapport du volume d'indemnités prescrit entre les médecins ciblés et les médecins non ciblés était resté le même) et le nombre d'indemnités réellement observé.

1 - Amplifier les actions de sensibilisation des entreprises

Les échanges du service médical de l'assurance maladie avec les médecins du travail, les représentants des employeurs et des salariés, les médecins traitants et les acteurs paramédicaux qui interviennent dans le parcours de soins des patients devraient être significativement renforcés. Les réunions territoriales mises en œuvre depuis fin 2018 par les échelons locaux du service médical, en vue de favoriser la coordination des acteurs du retour au travail du salarié, sont une première étape dans cette direction.

À la suite de premières expérimentations, le service médical de l'assurance maladie devrait élargir les échanges réguliers initiés¹⁸³ avec les entreprises affectées par des fréquences ou des volumes particulièrement élevés d'arrêts de travail, ainsi qu'avec les médecins du travail dont elles relèvent. Les actions à déployer pourraient consister à améliorer la connaissance des entreprises sur les motifs des arrêts de leurs salariés pris ensemble (sans détail individuel), à leur communiquer des éléments de comparaison avec des entreprises ayant une activité et une taille similaires et à mettre en place un suivi des arrêts en liaison avec leur service des ressources humaines (quand elles en sont dotées) et la médecine du travail.

Par ailleurs, des messages de santé publique autour des pathologies courantes à l'origine d'arrêts maladie devraient être diffusés au sein des entreprises. Ils pourraient être relayés par les CARSAT, à l'occasion des réunions collectives sur la prévention des risques professionnels.

2 - Inciter financièrement les entreprises à agir sur les causes internes d'une partie des arrêts de travail

Au-delà de ces actions de sensibilisation, la typologie sectorielle des arrêts de travail pour maladie et les écarts qui peuvent être constatés au sein d'un même secteur invitent à mettre en place des mécanismes de régulation visant à responsabiliser plus fortement les employeurs.

Aux Pays-Bas, après une forte hausse des arrêts utilisés comme une alternative au chômage, l'obligation de prise en charge par les employeurs du revenu de remplacement a été portée par étapes à deux ans en 2004.

L'instauration d'une nouvelle incitation financière, au-delà des couvertures complémentaires légale et conventionnelles (voir encadré *supra* page 149), pourrait également être envisagée en France, sous réserve

¹⁸³ En 2019, cette action viserait 500 entreprises de plus de 200 salariés (150 en 2018).

que son efficacité soit établie pour les pays qui l'ont mise en place, sans que soient constatées des discriminations à l'embauche.

À titre d'illustration, un report sur les employeurs de 20 % du coût de l'indemnisation des arrêts de moins de six mois (pour lesquels les indemnités versées à des assurés en ALD représentent uniquement 20 % du montant total des indemnités correspondantes), procurerait à l'assurance maladie une économie de 0,8 Md€, qui pourrait être compensée par une baisse des cotisations dont sont redevables les entreprises.

3 - Responsabiliser également les salariés

Afin de limiter le nombre d'arrêts de travail de courte durée, un jour de carence d'ordre public, non indemnisé, ni par l'employeur, ni par les organismes de prévoyance¹⁸⁴, pourrait par ailleurs être instauré, comme c'est déjà le cas dans la fonction publique¹⁸⁵.

Du fait de l'absence de maintien de salaires par l'employeur lors du jour de carence, cette mesure induirait des pertes de recettes de cotisations patronales à nombre inchangé d'arrêts de travail¹⁸⁶. Elle pourrait cependant procurer une économie pour la sécurité sociale si elle entraîne une réduction notable de la demande d'arrêts de travail de courte durée. Cela suppose aussi l'absence de compensation du jour de carence par un allongement de la durée moyenne des arrêts prescrits.

Les études menées sur l'effet d'un jour de carence sur le recours aux arrêts de travail montrent que l'économie potentielle bénéficierait principalement aux entreprises qui compensent actuellement les jours de carence, tandis que celle en faveur de l'assurance maladie serait limitée.

L'instauration d'un jour de carence d'ordre public adresserait aux salariés, aux employeurs et aux médecins prescripteurs un signal supplémentaire en faveur de la maîtrise de la fréquence des arrêts et viserait à mieux maîtriser les arrêts courts, parfois répétés, source de

¹⁸⁴ En application de l'article L. 2251-1 du code du travail, le caractère d'ordre public peut en effet interdire pour les salariés du secteur privé la prise en charge de cette journée par une mesure conventionnelle.

¹⁸⁵ Après avoir été mis en place en 2012, puis retiré en 2014, un délai de carence d'une journée pour les fonctionnaires (de l'État, territoriaux et hospitaliers) a été restauré par la loi de finances pour 2018. Avant prise en compte de ses effets éventuels sur la durée des arrêts de travail, l'économie liée à cette mesure est estimée à 270 M€ pour 2018.

¹⁸⁶ À nombre inchangé de jours d'arrêt, cette mesure se traduirait en effet par une économie de 240 M€ de prestations d'indemnités journalières, mais une perte de 350 M€ de cotisations patronales (au titre de la maladie et des autres risques sociaux).

désorganisation dans l'entreprise. Afin qu'elle produise les effets qui en sont attendus, elle devrait s'accompagner d'une communication adaptée des pouvoirs publics en direction des assurés comme des médecins.

B - Recentrer les arrêts de travail prescrits sur leur finalité médicale

1 - Inviter les médecins à une rigueur accrue de prescription

Au regard de leur nombre, les diverses actions de gestion du risque mises en œuvre par l'assurance maladie paraissent couvrir chaque année pratiquement l'ensemble des médecins qu'elle identifie comme étant à l'origine de prescriptions excessives.

Elles présentent néanmoins une efficacité insuffisante : la durée moyenne des arrêts augmente pour toutes les classes d'âge ou presque.

Tout en respectant la liberté de prescription, plusieurs évolutions apparaissent nécessaires afin de mieux accompagner le corps médical dans la maîtrise des arrêts de travail.

Les médecins, notamment généralistes, peuvent être démunis pour évaluer la durée d'arrêt la mieux adaptée au rétablissement de l'état de santé de leurs patients et à la reprise de leur travail. Depuis 2010, des fiches repères établies par l'assurance maladie et validées par la HAS fournissent des durées indicatives d'arrêt pour des situations cliniques particulières ou des pathologies courantes. Cependant, les 67 fiches publiées à ce jour couvrent seulement 15 % des dépenses d'indemnisation. Leur périmètre devrait être étendu afin de couvrir la totalité des pathologies courantes.

L'instauration par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé d'une obligation de prescription par la voie dématérialisée devrait s'accompagner d'une motivation obligatoire par le médecin, garantie par des contrôles automatisés bloquants, de deux éléments : la cause médicale de l'arrêt - aujourd'hui non systématiquement renseignée par les prescripteurs - et la durée prescrite lorsqu'elle déroge à celle recommandée par les fiches repères. Une fois rendue obligatoire la dématérialisation des arrêts, le contrôle des prescriptions pourrait alors se redéployer vers l'examen de la motivation des durées dérogatoires. En l'absence de justification particulière motivée par le médecin, le médecin conseil pourra plus facilement cibler les patients à examiner et inviter les médecins concernés par des pratiques de sur-prescription à les amender.

Eu égard à l'effet dissuasif insuffisant des dispositifs de MSO et de MSAP en vigueur, le dépassement sans justification suffisante de la durée d'arrêt prévue par les fiches repères devrait par ailleurs conduire l'assurance maladie à réduire la rémunération sur objectif de santé publique versée au praticien sur-prescripteur.

Enfin, si toutes les autres actions ont échoué, la répétition d'abus manifestes devrait conduire l'assurance maladie à déconventionner les praticiens concernés pendant une certaine durée. Par définition, cette issue concernerait un nombre réduit de prescripteurs « hors norme ».

Pour l'ensemble des praticiens, une autre évolution s'impose : la communication périodique par l'assurance maladie de repères sur leur pratique de prescription afin de leur permettre de la situer par rapport à celle de leurs confrères et, le cas échéant, de la faire évoluer.

À titre d'illustration, une réduction du niveau moyen de prescription d'indemnités journalières pour maladie du 9^{ème} décile des médecins les plus prescripteurs à celui des médecins du 8^{ème} décile précédent procurerait à l'assurance maladie une économie annuelle de l'ordre de 0,5 Md€.

2 - Prévenir les risques de désinsertion professionnelle en régulant plus activement les arrêts de travail de longue durée

Le risque de désinsertion professionnelle des salariés est prévisible dès les six premiers mois de l'arrêt. La période de référence de trois années pour l'indemnisation des arrêts maladie peut conduire à des situations préjudiciables au retour au travail¹⁸⁷, alors que les progrès thérapeutiques permettent désormais dans de nombreux cas d'évaluer sur une période plus courte la stabilisation de l'état de santé des patients.

Dans ces conditions, il y aurait lieu, pour les salariés non en ALD, de réduire à deux ans la période de référence pour l'indemnisation de leurs arrêts de travail et d'adapter en conséquence la durée maximale d'indemnisation aujourd'hui fixée à 360 jours.

Pour les arrêts longs, l'organisation du retour au travail est la condition même de ce retour. Les assurés dont les perspectives de retour dans l'entreprise sur le poste précédemment occupé sont incertaines devraient bénéficier en temps utile d'un accompagnement personnalisé, de

¹⁸⁷ Selon les données de l'enquête IRDES, « Quel est l'impact de la survenue d'un accident du travail sur la santé et le parcours professionnel ? » publiée en 2015, l'employabilité des individus diminue fortement au-delà de la deuxième année d'arrêt de travail lié à un choc de santé (maladie ou accident). Cette difficulté est plus intense pour les femmes et s'accroît pour les deux sexes avec l'âge.

manière à préparer ce retour au travail bien avant la fin de l'arrêt. Le dispositif de *gate keeper* appliqué aux Pays-Bas offre à cet égard une référence utile.

À cet effet, un contact du service médical avec l'assuré devrait intervenir en fonction de la pathologie dans les tous premiers mois de l'arrêt de travail, en vue de mettre en place avec l'assuré et avec son employeur un plan d'accompagnement et de retour au travail lorsque l'état de santé de l'assuré le permet. Ce plan pourrait par exemple comprendre une période de télétravail, l'aménagement du poste de travail, un changement de poste ou la mise en œuvre d'actions de formation.

Ces échanges précoces contribueraient à prévenir les arrêts de travail longs pour lesquels la durée d'arrêt fragilise, voire détériore en tant que telle l'employabilité de l'assuré. Lorsqu'à l'inverse l'état de santé de l'assuré rend peu envisageable la reprise ultérieure du travail, ils viendraient préparer la reconnaissance d'une invalidité ou, le cas échéant d'une inaptitude, si l'assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite conditionnant le taux plein.

Le suivi des arrêts de travail en Allemagne et aux Pays-Bas

L'Allemagne et les Pays-Bas mettent en œuvre des politiques actives afin de prévenir la désinsertion professionnelle et favoriser le retour au travail du salarié dès que son état le permet.

En Allemagne, les caisses effectuent un suivi individualisé et proposent une offre d'accompagnement avant la 6^{ème} semaine d'arrêt de travail. D'abord facultatif mais mis en œuvre par 80 % des caisses, ce dispositif a été rendu obligatoire en 2015. Il s'est traduit par une diminution de 9 % du nombre d'arrêts et de 12 % de leur durée¹⁸⁸.

Aux Pays-Bas, devant la hausse des arrêts de travail utilisés comme une alternative au chômage, l'obligation de prise en charge par les employeurs du revenu de remplacement des salariés en contrat à durée indéterminée a été portée des 6 premières semaines de l'arrêt à un an en 1996, puis à deux ans en 2004. Depuis 2002, avant la fin de la 8^{ème} semaine d'arrêt, le salarié et l'employeur doivent analyser les conditions de retour au travail et définir un plan de retour au travail dans le cadre d'un protocole, dit *gate keeper*, soumis à l'agence d'assurance sociale. L'employeur peut cesser de verser les indemnités, voire licencier le salarié s'il ne respecte pas ses engagements sans raison valable. Lorsqu'elle examine la demande ultérieure du salarié d'une reconnaissance d'invalidité, l'agence peut la rejeter si elle estime insuffisants les efforts de réintégration au travail.

¹⁸⁸ IRDES d'après SVR Gesundheit, 2015.

C - Poursuivre la réduction des délais et des dépenses injustifiées ou évitables

En dehors de la dématérialisation des prescriptions médicales d'arrêt de travail dont la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé engage la généralisation, d'autres évolutions techniques sont indispensables à une gestion plus aisée, rapide et fiable des indemnités journalières.

Un premier enjeu concerne l'achèvement de la dématérialisation de l'attestation de salaire pour les indemnités journalières (DSIJ) dans le cadre de la DSN. À cet égard, il importe que le ministère chargé de la sécurité sociale et l'assurance maladie fixent un terme aux possibilités d'utilisation par les employeurs de salariés de modalités alternatives aux déclarations événementielles d'arrêts de travail de la DSN.

Par ailleurs, les situations dans lesquelles un même assuré a plusieurs employeurs de manière simultanée ou successive sur une courte période alourdissent la gestion, donnent lieu à des interprétations locales de la règle de droit propices à des inégalités de traitement et favorisent les erreurs de calcul des indemnités¹⁸⁹. Afin de réduire ces difficultés, la convention d'objectifs et de gestion (COG) avec l'État de la branche maladie du régime général pour 2018-2022 prévoit la récupération automatisée d'ici 2020 de l'ensemble des données émanant de plusieurs employeurs (qui seront chaînées par le numéro de sécurité sociale de l'assuré). D'abord interne au régime général, ce dispositif sera ensuite étendu au régime agricole des salariés afin de procéder à une liquidation unique des indemnités aux assurés ayant des droits sous les deux régimes.

De manière générale, la COG 2018-2022 prévoit d'utiliser systématiquement les données véhiculées par la DSN pour calculer les indemnités journalières. Au-delà de la facilitation de leur calcul, l'assurance maladie et l'ACOSS devraient définir les outils informatiques et procédures de gestion permettant de procéder à une vérification croisée des informations déclarées dans la DSN qui fondent à la fois le droit à indemnisation et les cotisations des employeurs. En effet, les anomalies,

¹⁸⁹ Les CPAM appliquent parfois à tort une période de référence de trois mois ou des critères variables d'appréciation du caractère discontinu ou irrégulier du travail.

voire les fraudes qui seraient alors constatées peuvent concerner les seules indemnités¹⁹⁰ ou bien les cotisations comme les indemnités¹⁹¹.

Par ailleurs, l'assuré se voit toujours remettre par son médecin le troisième volet de l'arrêt de travail en format papier en vue de le communiquer à son employeur. La transmission de ce volet devrait elle aussi être dématérialisée. À cette fin, la CPAM pourrait adresser à l'employeur, à la suite de la réception du deuxième volet adressé par le médecin prescripteur, un message dans le cadre de la DSN qui vienne s'implanter dans son logiciel de paie.

Enfin, il importe que la CNAM vérifie l'application par les échelons locaux du service médical et les services administratifs des CPAM de normes de gestion portant sur plusieurs points clés du processus médico-administratif de gestion des indemnités : convocation de certaines catégories d'assurés par le service médical à la suite du franchissement de certains seuils (longueur de la durée des arrêts de longue durée, cumul d'arrêts successifs, nombre de praticiens impliqués, atypie au regard du secteur d'activité ou du parcours de l'assuré) ; délais entre la date de convocation de l'assuré et celle de son examen par le service médical ; délais entre la décision de suspension du versement d'indemnités, la date de sa prise d'effet et celle de la reprise du travail de l'assuré ; date de la prise d'effet de la suspension du versement d'indemnités.

Un partage d'informations mieux assuré avec Pôle emploi et avec la CNAV s'avère par ailleurs nécessaire afin de mieux appréhender les parcours des assurés et les indemnités et prestations dont ils bénéficient.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Sous l'effet de la hausse rapide du nombre et, plus encore, de la durée des arrêts de travail qui en sont à l'origine, les indemnités journalières pour maladie pèsent sur l'équilibre financier de l'assurance maladie. L'année 2018 confirme cette évolution préoccupante, avec une hausse de 4,4 % des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie, tandis que la masse salariale sur laquelle est assise le financement de la sécurité sociale a progressé de 3,5 %.

¹⁹⁰ Conditions de durées d'activité ou cotisées non réunies, reprise non signalée de l'activité d'un salarié, cumul de salaires et d'indemnités pour une même période.

¹⁹¹ Demande d'indemnisation par un salarié d'une entreprise sans salaires et cotisations déclarés au titre de la période concernée ou d'un salarié non pris en compte dans les cotisations déclarées, discordances entre l'attestation de salaires et ceux pris en compte dans les cotisations déclarées, collusions entre employeurs et salariés.

Des efforts convergents des médecins prescripteurs, des employeurs de salariés, des salariés et de l'assurance maladie elle-même sont indispensables pour ralentir la hausse des dépenses tout en répondant aux besoins des assurés.

Ils doivent viser à prévenir les arrêts injustifiés ou évitables, à favoriser une prescription mesurée, à contrarier la désinsertion professionnelle des salariés arrêtés ou, à l'inverse, à tirer plus rapidement les conséquences de l'absence de perspective d'amélioration de leur état de santé par la reconnaissance d'une invalidité (ou d'une inaptitude pour les assurés qui atteignent l'âge légal de départ à la retraite). La réduction des dépenses injustifiées ou évitables versées par l'assurance maladie du fait d'informations manquantes et de systèmes d'information et de procédures de gestion parfois défailants ou sous-optimaux constitue un autre enjeu majeur.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 9. mieux accompagner les médecins dans la prescription des arrêts de travail grâce à des durées indicatives d'arrêt pour l'ensemble des pathologies courantes, dont le dépassement devrait être motivé par le prescripteur et adapter le montant de la rémunération sur objectifs de santé publique versée aux médecins dont les prescriptions s'avèrent excessives (CNAM, HAS) ;*
- 10. instaurer un premier jour de carence d'ordre public pour les salariés afin de mieux maîtriser les arrêts de travail répétés de courte durée, en accompagnant cette mesure par une communication adaptée en direction de ces derniers et des médecins prescripteurs (ministère chargé de la sécurité sociale) ;*
- 11. afin de réduire les risques de désinsertion professionnelle des assurés non en ALD, réduire de trois à deux ans la période de référence de l'indemnisation des arrêts de travail pour maladie et ajuster en conséquence la durée maximale d'indemnisation (ministère chargé de la sécurité sociale) ;*
- 12. mettre en œuvre un accompagnement plus individualisé dès le premier trimestre d'arrêt pour favoriser le retour au travail, dans tous les cas où un risque d'éloignement durable de l'emploi peut être identifié (ministère chargé de la sécurité sociale, CNAM) ;*

13. poursuivre la réduction des dépenses injustifiées ou évitables versées par l'assurance maladie du fait des conditions de gestion des indemnités journalières :

- en renforçant leur processus médico-administratif par la fixation de délais d'action à respecter par les services médical et administratif à ses différentes étapes ;*
 - en exploitant les données déclarées dans la DSN afin de mieux assurer les conditions d'ouverture des droits à indemnisation, la cohérence de ces derniers avec les bases salariales des cotisations déclarées et l'exactitude du calcul des indemnités (ministère chargé de la sécurité sociale, CNAM).*
-